



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XVI - Nº 118

Bogotá, D. C., martes 17 de abril de 2007

EDICION DE 8 PAGINAS

DIRECTORES:

EMILIO RAMON OTERO DAJUD
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.gov.co

ANGELINO LIZCANO RIVERA
SECRETARIO GENERAL DE LA CAMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

SENADO DE LA REPUBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NUMERO 218 DE 2007 SENADO

por la cual se desarrolla la Telemedicina en Colombia y se articula la plataforma de las Tecnologías de la Información y el Conocimiento.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Objeto, alcances, definiciones y principios fundamentales

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto mejorar la cobertura, la calidad, oportunidad y posibilidad de todos los colombianos de acceder a los servicios de salud, mediante el apoyo de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones (TIC), acordes y adaptadas a nuestras realidades de tecnología, conectividad y nivel científico.

Artículo 2°. *Alcances de la Telemedicina en Colombia.* El proyecto de ley tiene los siguientes alcances, que a su vez son sus objetivos específicos:

- a) Facilitar la implementación de decisiones y conductas médico-quirúrgicas, en la atención a los pacientes;
- b) Hacer un mejor uso de los recursos de salud, los cuales siempre serán escasos para las necesidades y falencias que tiene Colombia en este sector;
- c) Disminuir las tasas de morbimortalidad de la población por patologías específicas;
- d) Optimizar el manejo médico prehospitalario;
- e) Disminuir las secuelas o complicaciones de los pacientes;
- f) Generar una red de asesoría y apoyo médico entre los profesionales de la salud;
- g) Evitar el traslado de pacientes o la remisión innecesaria;
- h) Descongestionar los servicios de urgencias bajando sobre costos o evitando el mal uso de los mismos;
- i) Racionalizar los costos de los servicios de hospitalización;

j) Modernizar y optimizar el CRUE (Centro de Referencia de Urgencias y Emergencias);

k) Reducir los costos del servicio para los usuarios;

l) Promover la atención integral de los pacientes;

m) Fortalecer los sistemas de gestión de la información entre los niveles de atención;

n) Fomentar la educación continuada del personal de la salud;

o) Disminuir los riesgos potenciales durante el traslado de pacientes;

p) Optimizar los recursos de la salud pública;

q) Mejorar la calidad de la asistencia desde el nivel primario;

r) Fomentar e integrar a los centros y a los profesionales en la investigación;

s) Contribuir a la modernización del Estado.

Artículo 3°. *Definición de Telemedicina.* Se define como la asesoría y provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, por profesionales de la salud, quienes utilizan para tal objetivo las Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), acordes y adaptadas a nuestras realidades de tecnología, conectividad y su conocimiento científico, permitiéndoles intercambiar datos e imágenes diagnósticas, con el propósito de facilitar el acceso de la población que por sus condiciones personales (distancia, inseguridad, desplazamiento, pobreza, vulnerabilidad en seguridad social, dependencia de terceros, etc.), padezcan de enfermedades agudas, críticas, crónicas, discapacitantes y secuelas, independientemente de su área geográfica.

Artículo 4°. *Principios básicos:*

1. **En cuanto a la competencia:** Los médicos que practican la Telemedicina deben estar autorizados para ejercer la medicina en el país y deben ser competentes en su especialidad, de acuerdo con las disposiciones legales que rigen en Colombia sobre la materia.

2. **La relación Médico-Paciente:** Ese uso de la Telemedicina no debe afectar negativamente la relación personal entre el médico y su

paciente, que, al igual que en otras áreas de la medicina, debe basarse en el respeto mutuo, la independencia de juicio del médico, la autonomía del paciente y el secreto médico. Es esencial que el médico y el paciente se puedan identificar mutuamente con toda seguridad cuando tenga lugar una consulta telemédica. La aplicación más importante de la Telemedicina es cuando el médico que trata al enfermo solicita la opinión o el consejo de otro médico, a petición o con permiso del paciente. Normalmente una consulta telemédica directa solo debería tener lugar si el médico tiene una relación profesional con el paciente o tiene conocimiento suficiente del problema en cuestión, de manera que el médico pueda emitir un juicio clínico conveniente y justificado.

3. **En caso de urgencia** dicho juicio debe basarse en una información casi completa, pero entonces el peligro para la salud del enfermo será el factor determinante para dar consejo o tratamiento.

4. **Responsabilidad del médico:** El médico que pide a otro médico su opinión seguirá siendo responsable del tratamiento y de las demás decisiones y recomendaciones que se hagan al paciente. Si practica la Telemedicina directamente con el paciente, el médico asume la responsabilidad del caso en cuestión. El médico que realiza intervenciones médicas utilizando técnicas de Telemedicina es responsable de estas intervenciones.

5. **Calidad, seguridad y protección en Telemedicina:** Un médico que practique la Telemedicina es responsable de la buena calidad de sus servicios. No puede utilizar la Telemedicina sin comprobar que el equipo necesario para dar este tipo de servicio tiene la calidad adecuada y funciona correctamente. El médico debe evaluar atentamente los datos y el resto de la información que recibe. El médico sólo puede dar su opinión, dar recomendaciones o tomar decisiones si la calidad y la cantidad de los datos o del resto de la información que recibe es suficiente y está relacionada con el caso en cuestión. El médico debe asegurarse, cuando realiza intervenciones médicas a distancia, de la presencia de un personal suficiente y convenientemente formado que atienda al enfermo y le preste asistencia permanente.

6. **Historia Clínica:** Todos los médicos que practican la Telemedicina deben llevar un historial completo del paciente y todos los casos deben estar convenientemente documentados. También debe consignarse la manera de identificar al paciente, así como la cantidad y la calidad de los datos y del resto de la información que se recibe. Las conclusiones, las recomendaciones y los servicios de Telemedicina que se efectúen deberán estar convenientemente documentados, respetando las normas, guías y parámetros vigentes en el país sobre la Historia Clínica.

7. **Ética médica, consentimiento del paciente y secreto médico:** Los principios de ética médica de obligado cumplimiento para la profesión también deben respetarse en la práctica de la Telemedicina. Las normas habituales en materia de confidencialidad y seguridad se aplican también a los documentos que se utilizan en telemedicina. Solo pueden utilizarse los métodos de archivo y transmisión cuando se garantice el secreto y la seguridad. Los datos del paciente y las demás informaciones solo pueden facilitarse a otro médico o profesional de salud a petición o con el consentimiento informado (permiso) del paciente, y de la manera que este apruebe. Estos datos deben estar relacionados con el problema que se trate.

CAPITULO II

Consejo Rector de la Telemedicina en Colombia

Artículo 5°. Créase el Consejo Rector de la Telemedicina en Colombia (Coretel) como organismo asesor, de carácter nacional, público, compuesto por las personas expertas en la temática, con experiencia

demostrada, que estén participando activamente desde sus grupos de trabajo y regiones, en el desarrollo de este tema, con la presencia de los Ministerios de la Protección Social, de Telecomunicaciones, de Educación, Hacienda y Vivienda y Medio Ambiente.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social reglamentará en un plazo no mayor a tres meses, la conformación de este Consejo Rector.

Artículo 6°. El Consejo Rector de la Telemedicina en Colombia tendrá, entre otras, las siguientes funciones:

a) Promover la investigación de las TIC aplicadas a la mejora del acceso a los servicios de salud de calidad, de toda la población Colombiana, dentro de los criterios establecidos por la Constitución de 1991;

b) Analizar, proponer, evaluar y retroalimentar el modelo nacional de Telemedicina, con fines eminentemente sociales, orientados a mejorar la calidad de vida de la gente;

c) Brindar asesoría al Ministerio de la Protección Social para el desarrollo de la Telemedicina, como una política de Estado, con fines sociales y orientada a mejorar el acceso de todos los colombianos, a los servicios de salud de calidad;

d) Asesorar al Ministerio de Comunicaciones en cuanto a las necesidades de conectividad que hagan viable el modelo de Telemedicina en el país;

e) Analizar las normas vigentes y proponer a la Comisión Sexta del Senado de la República sus modificaciones, ajustes, ampliaciones o adiciones;

f) Proponer a la Comisión Sexta del Senado de la República el desarrollo de esta Ley Marco, estableciendo los resultados previstos del modelo, para el corto, mediano y largo plazo;

g) Ofertar y promover soluciones para la homologación de la Telemedicina en el ámbito nacional;

h) Brindar apoyo, acompañamiento, coordinación, supervisión a los diferentes programas en sus etapas de generación, diseño, cumplimiento, calidad y metas propuestas, en cuanto a Telemedicina, con la asesoría de los Ministerios de la Protección Social, de Telecomunicaciones, de Educación, Hacienda y de Vivienda y Medio Ambiente;

i) Promover modelos para la modernización de los métodos de Referencia y Contrarreferencia, así del CRUE nacional;

j) Analizar propuestas tecnológicas que vayan surgiendo, en apoyo al modelo de Telemedicina en Colombia;

k) Generar y difundir el uso de las TIC y la cultura web a través de escenarios como las cátedras, simposios, congresos en universidades, centros de investigación y afines para los Profesionales de la Salud, de Ingenierías eléctrica, electrónica, de sistemas; tecnólogos y odontólogos;

l) En general, propender por el desarrollo del uso y la investigación de la Telemedicina en Colombia;

m) Establecer indicadores y criterios para el seguimiento, monitoreo y retroalimentación del modelo propuesto.

CAPITULO III

Consideraciones técnicas

Artículo 7°. A partir de la promulgación de la presente ley Compartel como organismo de conectividad nacional, previa asesoría y estudio del Consejo Rector de Telemedicina de Colombia, definirá un mapa de conectividad, acorde a las prioridades en salud pública y características de las poblaciones, explorando y valorando otros tipos de conectividad como las Plataformas Satelitales de telefonía celular y los protocolos PLC/BPL, que se diseñen para la implantación y desarrollo de Teleme-

dicina, teniendo en cuenta los modelos regionales de telemedicina, a fin de superar los problemas actuales de lentitud, sobrecostos y disminución de la objetividad de la conectividad.

Artículo 8°. Las imágenes diagnósticas y exámenes deben ser tratados por medio del Protocolo Dicom (Digital Imaging and Communication in Medicine) por el Centro de Referencia de Telemedicina, no siendo necesario, su “Dicomización” desde el Centro de Remisión de Telemedicina.

Artículo 9°. El diagnóstico deberá ser valorado, para su informe final, por un médico especialista.

CAPITULO IV

Financiación para el desarrollo de la Telemedicina en Colombia

Artículo 10. A partir de la vigencia de la presente ley, se destinará anualmente el 10% del recaudo del Fondo de Comunicaciones, Unidad Administrativa Especial adscrita al Ministerio de Comunicaciones, al financiamiento de las inversiones requeridas para desarrollar el Modelo de Telemedicina para Colombia, de acuerdo con las prioridades y el programa que diseñe el Consejo Rector de la Telemedicina. Tales recursos se destinarán, en partes iguales, para financiar el desarrollo del modelo y para reducir los costos de los equipos y la conectividad que es necesaria para que la Telemedicina sea una realidad en el país.

Artículo 11. A partir de la vigencia de la presente ley, los aseguradores y prestadores de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, independientemente de los planes de beneficios, ofrecerán dentro de sus portafolios de servicios o capacidad de oferta a sus usuarios, la Telemedicina como una modalidad de servicio, adecuada, efectiva y racional, facilitando el libre acceso y escogencia de parte del usuario de la misma, lo cual contribuirá a su desarrollo y sostenibilidad.

Parágrafo 1°. En el término de 3 meses, el Ministerio de la Protección Social tramitará la inclusión en los planes de beneficios de la Seguridad Social en Salud (POS, POS-S y de Salud Pública), de los servicios prestados en la modalidad de Telemedicina.

Parágrafo 2°. En un plazo no mayor de 3 meses, una vez la presente ley entre en vigencia, el Ministerio de la Protección Social reglamentará los aspectos necesarios para el cumplimiento de la presente ley.

CAPITULO V

Inclusión de la cátedra de Telemedicina

Artículo 12. A partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el Ministerio de Educación, con la asesoría del Instituto Colombiano de Fomento de la Educación Superior, Icfes, y las Universidades Públicas y Privadas que cuenten con las carreras de Medicina, Ingeniería de Sistemas, y/o Programas de pre y posgrado similares, desarrollará, en un plazo máximo de seis meses, la reglamentación que haga obligatoria la inclusión de la cátedra de Telemedicina dentro del pènsun académico, de las universidades colombianas, para las áreas del conocimiento de los programas de pregrado de las Ingenierías de Sistemas, Telecomunicaciones, Eléctrica, Electrónica y Mecatrónica y fundamentalmente, en las facultades de Medicina y Ciencias de la Salud. Así mismo, se reglamentará la enseñanza de la Telemedicina en el curso corto de inducción, previo a la realización del año de servicio rural Médico, Odontológico y de Enfermería impartido en las diferentes Secretarías de Salud Departamentales o sus entes equivalentes.

Néstor Iván Moreno Rojas,
Senador de la República.

Esta ponencia fue elaborada con el apoyo técnico del doctor Naddim Miserque, Cardiólogo Internista, R.M 1007292 SSS. Experto en Telemedicina, Investigador de Colciencias; identificado con cédula de ciudadanía 92505114.

EXPOSICION DE MOTIVOS

1. Fundamentos éticos y humanos

Las acciones de salud pública son la base de la sostenibilidad de cualquier sistema de seguridad social en salud; en Colombia, el modelo actual adolece de serias dificultades, las cuales se evidencian en los indicadores de Vigilancia Epidemiológica, que demuestran que no ha sido posible alcanzar resultados de impacto en enfermedades que siguen causando años de vida perdidos y muertes que podrían evitarse, sobre todo, en grupos vulnerables como los niños, los adultos mayores y las mujeres en edad fértil.

Se ha demostrado que gran parte de las enfermedades, tanto transmisibles, como crónicas, podrían evitarse, si se atacan los factores de riesgo asociados con el ambiente, los hábitos de vida o si son oportunamente atendidas, a través de sólidos modelos de Atención Primaria, que evitarían o al menos minimizarían, el uso de los servicios de salud, a los cuales importantes sectores de la población no tienen acceso.

Partiendo de la base que el recurso humano para prestar los servicios de salud es escaso en el país, la solución de la problemática de Salud Pública se complica; con mayor razón si se tiene en cuenta la carencia de modelos idóneos de Atención Primaria por parte de los Aseguradores y la inaccesibilidad de la población a los servicios y a los medicamentos.

El aseguramiento en salud de toda la población colombiana, aún no es una realidad, aunque así lo concibió la Ley 100 de 1993 y ahora la Ley 1122 de 2007. Esta cobertura universal, si se alcanza, sigue siendo limitada y parcial, debido en algunos casos, a que la prestación de servicios, cuando el usuario los requiere, no se hace efectiva, por las múltiples barreras que persisten y que no se solucionarán dentro de los modelos de atención previstos, o a que la oferta de servicios de salud no está disponible de manera amplia, en todos los niveles de complejidad, con los especialistas calificados y expertos, en todas las regiones de Colombia. Ello conduce a que la atención sea de mayor calidad en los centros urbanos y bastante precaria en las zonas rurales o poblaciones dispersas.

Existe una gran división o brecha diferenciada, entre las ciudades capitales e intermedias y las ciudades pequeñas o pueblos rurales o periféricos en nuestro país, que no solo son de tipo geográfico, de acceso, seguridad y violencia, sino en referencia a los servicios, fundamentalmente de salud, la cual se refleja en las tasas de sobrevivencia, morbilidad, secuelas y mortalidad, así como en la calidad de vida de las personas, en general y de la población vulnerable, pobre, de escasos recursos, en particular, distinguiendo entre ellos a los grupos especiales como la tercera edad, mujeres, desplazados y población pediátrica que físicamente no tienen, ni se les ofrece la forma o el mecanismo de equidad y oportunidad, en el acceso a los servicios básicos antes referidos, siendo obligación y deber de un Estado de derecho con gasto social definido, dentro de la Constitución Política de 1991, como es el caso del Estado colombiano.

En nuestras realidades rurales actuales se observan las elevadas tasas de morbimortalidad e incluso secuelas por enfermedades cuyos ejes centrales o comunes son la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno o la falta de remisión acertada al nivel de complejidad que correspondiera por su gravedad, o la incapacidad de iniciar un manejo prehospita-

lario durante su traslado, o la limitante cruel en la complejidad-calidad y especialización de la atención, por denominaciones administrativas referentes a los niveles de atención en I, II, III y IV, como si las enfermedades y los pacientes se limitarían y valga la redundancia, por esa separación de niveles. Está bien para diferentes fines definir los niveles de atención en salud, pero no limitarlos en cuanto a la oportunidad y capacidad resolutoria en la prestación de un adecuado servicio.

En un mundo globalizado que se integra diariamente, a través de las Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), donde se ha entendido que estas son fundamentales para mejorar la calidad de vida de la gente, es inadmisibles que no se hayan aplicado estas tecnologías a la salud, para mejorar nuestros regulares índices de salud pública.

Con base en lo anterior, se considera oportuno aprovechar las ventajas que brindan las nuevas tecnologías de la información y las telecomunicaciones, TIC, como lo han hecho otros países del mundo, en apoyo a la salud de los colombianos, a través del uso de herramientas que como la Telemedicina, han demostrado ser costo-efectivas y contribuir a utilizar de manera más eficiente los escasos recursos disponibles, tanto a nivel de profesionales, conocimiento científico, como de equipos de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.

Este proyecto se basa y se justifica plenamente en la aplicación y socialización de Tecnologías de Información y Comunicaciones a la Salud, también conocido como Modelo de Telemedicina Nacional y a decir verdad, mundial, ya que compartimos realidades socioeconómicas, limitaciones en salud y epidemiologías muy parecidas con una gran cantidad de países, mal llamados, del tercer mundo o subdesarrollados, ubicados en el resto de América, Asia y África.

2. Fundamentos constitucionales y legales

a) El artículo 11 de nuestra Carta Política establece la inviolabilidad del Derecho a la Vida y en el 13 se afirma que todas las personas recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos sin que deban intervenir factores de discriminación y mediando un compromiso directo por parte del Estado de promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva. Por su parte, el artículo 49 establece que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos, a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de Salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”.

El artículo 334, prevé la óptima utilización de los recursos para mejorar la calidad de vida de la gente; el artículo 336, incisos 4° y 5° hace referencia a los recursos provenientes del monopolio de los juegos de suerte y azar y de los licores para los servicios de salud.

En el artículo 350 se indica prioridad al gasto público social sobre cualquier otra asignación para atender las necesidades básicas insatisfechas de la población. Los artículos 356, 357, 358 y 359 establecen de forma global que los recursos provenientes de las participaciones (Ley 715 de 2001 o Ley de las Participaciones) serán destinados a la financiación de los servicios de educación y de la salud, los cuales podrán tener el carácter de rentas de destinación específica y que mediante estos recursos se prestarán los servicios por las respectivas entidades territoriales. Los artículos 365 y 366 se refieren, en general, nuevamente, a un Estado garante de la prestación adecuada de los servicios, en particular de la salud, la equidad y el bienestar de la población;

b) La Ley 9ª de 1979, la Ley 10 de 1990, las Leyes 60 y 99 de 1993, la Ley 100 de 1993, la Ley 715 de 2001 y la nueva Ley de Seguridad Social en Salud, 1122 de 2007, que dan cumplimiento a los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de 1991, hacen referencia a que el Estado garantiza de forma progresiva los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad, concretados en la prestación del servicio público obligatorio y esencial de la seguridad social, orientado por principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación para obtener una calidad de vida de acuerdo con la dignidad humana;

c) En los artículos 93 y 94 de la Carta Política se establece un compromiso nacional en el ámbito de los derechos humanos, incluido el de la salud y para tal efecto se diseñó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y sus subsistemas, con sus diferentes normativas;

d) El Estado, además, se convierte en garante internacional de los servicios de la salud y el bienestar social con equidad, al suscribir tratados y convenios internacionales, por ejemplo: La Carta de las Naciones Unidas, La Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 25 inciso 1° y artículo 22), la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Art. XI), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículos 9° y 12 de la Ley 74 de 1968), Protocolo de San Salvador (Ley 16 de 1972, Ley 319 de 1996, declarado Constitucional en Sentencia C-251/28 de mayo/1997), entre otros más;

e) Respecto a la Telemedicina como modelo nacional alternativo y complementario, existe una normativa desde el año 2004 con la Resolución 02182 del 9 de julio y, posteriormente, actualizada con la Resolución 1448 de mayo de 2006, del Ministerio de la Protección Social, por la cual se normaliza la habilitación de las entidades que participan en el modelo; se configuran los aspectos éticos, legales, de responsabilidades y se incluyen anexos técnicos. Sin embargo, existen algunos aspectos no definidos aún, por ejemplo, el tema de los tipos de tecnologías adaptadas a Colombia, las características de calidad aceptadas como buenas y adecuadas, tarifas homologadas nacionales, la caracterización en la contratación, las relaciones y obligaciones contractuales entre las aseguradoras y las empresas proveedoras del servicio de telemedicina, la generación del conocimiento y de investigación en TIC en el país, el contenido de tele-educación al personal del área de la salud, el tipo de ayuda o subsidio estatal a los organismos de salud que conforman la red hospitalaria, el compromiso real y apoyo de las empresas de conectividad y telecomunicaciones privadas, el compromiso real y adecuado del Estado a través de sus Ministerios de la Protección Social; de Educación; de Vivienda y Medio Ambiente; de Hacienda y Telecomunicaciones, la priorización de los municipios por parte de Compartel para darle sentido social y contenido a la conectividad por Internet, entre otros.

3. Financiamiento y sostenibilidad

El Fondo de Comunicaciones es una Unidad Administrativa Especial adscrita al Ministerio de Comunicaciones, creada mediante Decreto-ley 129 de 1976 y reestructurado a través de los Decretos 1130 de 1999 y 2324 de 2000. El Fondo tiene por objeto el financiamiento de los planes, programas y proyectos para facilitar el acceso de todos los habitantes del territorio nacional a los servicios de telecomunicaciones y postales sociales así como apoyar las actividades del Ministerio y el mejoramiento de su capacidad administrativa, técnica y operativa para el cumplimiento de sus funciones, así como el financiamiento y ejecución de programas destinados a la expansión de las Tecnologías de la

Información, utilizando como fuente de financiación los recursos que recibe por los pagos que los operadores de telecomunicaciones realizan por concesiones, autorizaciones y utilización del espectro radioeléctrico, entre otros, recursos estos que deben revertirse en su totalidad en el sector y en apoyo a las comunicaciones sociales; la Telemedicina está acorde con este propósito.

La inclusión en los portafolios de Aseguradores y Prestadores, de todos los Planes de beneficios de la Seguridad Social en Salud de Colombia, independiente del Plan de Beneficios, de la modalidad de prestación del servicio de salud por Telemedicina, permitirá que el usuario gane confianza en la misma y por ende, se generen los recursos necesarios para su desarrollo y sostenibilidad.

4. Alcances del modelo

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que en el siglo XXI la principal expectativa referente a la salud colectiva es que esta se alcance por medio de la mejoría del acceso a los recursos de mayor y mejor calidad, disponibles en el área de salud para la mayor parte de la población mundial. En lo que se refiere a la incorporación de tecnología, la OMS recomienda que sus miembros utilicen la telemática como instrumento político y estratégico en la planificación y en la ejecución de acciones en salud¹. Los avances en el área de tecnología de información y comunicación pueden propiciar nuevas formas de transmisión de conocimientos y cuidados en salud, auxiliando a las Naciones en la mejoría de la atención a la salud, contribuyendo a la disminución de los índices de mortalidad y morbilidad.

Si bien el modelo será de iniciativa pública, con la participación activa de los Ministerios de Comunicaciones; de la Protección Social y de Educación, entre otros, este requiere para ser viable, del soporte de la empresa privada, clínicas que están investigando sobre el tema, de las universidades, los centros de enseñanza y de las redes Telemáticas existentes, como Unired en Santander, Rumbo en Bogotá, Ruana en Medellín, RUAV en el Valle del Cauca, Rumba en Barranquilla, RUP en Popayán, y en general, todas las redes que conforman la Red Nacional Académica de Tecnología Avanzada de Colombia, Renata, además de todos los actores de la seguridad social en salud, vigente.

Las nuevas tecnologías, sin embargo, también conllevan muchos riesgos y es evidente que esta nueva cultura debe desarrollarse sobre una base ética sólida. La legislación no ha sido capaz de adaptarse al ritmo del desarrollo, pero ya han sido definidos principios que sirven de orientación para la implementación y desarrollo de la Telemedicina, así como resoluciones por parte del Ministerio de la Protección Social², con unos lineamientos generales para su aplicación, más no sobre su impulso y desarrollo, como una política de Estado, que podría contribuir a mejorar la cobertura de los servicios de salud y el acceso de los pacientes a una atención de calidad.

El término Telemedicina define el ejercicio de la medicina a distancia. En la Telemedicina las decisiones relacionadas con las intervenciones, el diagnóstico y el tratamiento y las recomendaciones, se basan en datos, documentos o cualquier tipo de información transmitida por sistemas de telecomunicación.

La Resolución 01448 del 8 de mayo de 2006, con sus anexos técnicos, reglamenta algunos aspectos de la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina y se establecen las condiciones de habilitación de obligatorio cumplimiento para las instituciones que prestan los servicios de salud, bajo esta modalidad. En su artículo 2°,

la Resolución define **Telemedicina** como la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a servicios que presentan limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos, en su área geográfica.

Estudios serios que se vienen desarrollando en el país, permiten concluir que en Colombia contamos con los elementos para establecer el marco normativo para impulsar un proyecto que pretenda realizar el fin constitucional de la cobertura universal en materia de salud, a través de alternativas tecnológica y económicamente viables. Así mismo, contamos con amplia reglamentación en materia de seguridad social que provee de un marco legal para la organización y el manejo operativo de las redes de Telemedicina, a través de las cuales sea posible ofrecer servicios especializados de salud en todos los rincones del país³. No obstante, este proyecto de ley apunta a que se defina la Telemedicina como política de Estado y alternativa viable para mejorar la cobertura y el acceso a los servicios de salud, con un criterio de sostenibilidad y no como un proyecto puntual.

Hemos revisado algunos modelos existentes a nivel de Latinoamérica y concluimos que el colombiano, será un modelo adaptado a nuestras particulares necesidades y presentará resultados a corto, mediano y largo plazo, a través de un desarrollo coherente capaz de ser monitoreado a través de indicadores.

También se contempla la creación de un organismo a nivel nacional que lidere este modelo así como el desarrollo de contenidos, tecnología y herramientas que lo hagan viable y sobre todo, proponga al Legislativo el desarrollo de un marco jurídico que desarrolle la presente ley y que tienda a que la Telemedicina se consolide en Colombia como un medio para acercarnos a los objetivos del milenio y mejorar la calidad de vida de la gente, sobre todo, aquella de estratos bajos que no tiene acceso a una medicina de calidad. El organismo propuesto como Consejo Rector, brindará toda la asesoría necesaria a los Ministerios de la Protección Social y de Comunicaciones, para efectuar los desarrollos técnicos y normativos a que haya lugar, para que la Telemedicina sea una realidad en el país.

El proyecto de ley que se presenta constituye un marco general para iniciar la consolidación de un modelo jurídico, económico, científico, tecnológico y asistencial de Telemedicina en Colombia, pero en sí la política está por desarrollarse.

5. La necesidad de un ente rector

Proponemos en el proyecto de ley la creación del Consejo Rector de la Telemedicina en Colombia (Coretel) debido a que:⁴

a) Existen diversos grupos de teleexpertos en el país, que tienen poca interrelación, no comparten sus experiencias y trabajos, no hacen sinergia de resultados, de investigación o de programas. Por regiones establecen algunos indicadores y no a nivel nacional. No se conoce su eficiencia o su homologación en los diferentes procesos;

b) Existe un desconocimiento importante por parte del Estado de las condiciones o requerimientos tecnológicos, científicos, de conectividad y redes para realizar Telemedicina en el país;

c) Debe generarse una normativa adaptada a nuestras condiciones particulares;

¹ CRAIG J.; PATTERSON V. Introduction to the practice of telemedicine. IN: WOOTON R.; CRAIG J.; PATTERSON V. Introduction to telemedicine 2 ed. London: Royal Society of Medicine Press Ltd: 2006. Cap. 1, pp. 3-14.

² RESOLUCION 1448, MINPROTECCION SOCIAL. 2006.

³ Algunos problemas jurídicos derivados de la implementación de la telemedicina en Colombia como modalidad alternativa de prestación del servicio público de salud. Natalia Millán Cuéllar.

⁴ Asesoría de Nadim Miserque, Cardiólogo Internista, R.M 1007292 SSS., Experto en Telemedicina, Investigador de Colciencias.

d) Es urgente la homologación y el conocimiento de los programas de Telemedicina en Colombia para evitar el monopolio y evitar, por todos los medios, perder el enorme sentido social de la salud y educación que permite la Telemedicina;

e) Existe escaso fomento en investigaciones para el desarrollo de innovación y tecnologías propias a la Telemedicina en el país y nos vemos obligados a importar los modelos.

6. Consideraciones técnicas

Se propone en el proyecto de ley la necesidad de que Compartel, como organismo de conectividad nacional (telefonía comunitaria y domiciliaria, Internet social, Centros Integrados de Telecomunicaciones Sociales, CITS; Telecentros - telefonía, fax, Internet, recursos informáticos, capacitación en Tic), con la Asesoría del Consejo Rector de Telemedicina, defina un mapa de conectividad, acorde a las prioridades en salud pública y características de las poblaciones, **explorando y valorando otros tipos de conectividad como las Plataformas Satelitales de telefonía celular y los protocolos PLC/BPL**, que se diseñen para la implantación y desarrollo de Telemedicina en diversas regiones y se revalúe el modelo actual de fases de conectividad que poco ha tenido en cuenta los modelos regionales de Telemedicina, lo cual se traduce en lentitud, sobrecostos y disminución de la objetividad de la conectividad, bajo los siguientes argumentos:

a) El objeto fundamental de Compartel y el Estado es la modernización, el desarrollo y la socialización de la educación y las ciencias por la web, competitividad tecnológica regional como factor de desarrollo y esto se logra dándole “contenido a la banda” uso adecuado del Internet banda ancha;

b) Los contenidos actuales son el de gobernabilidad (con poco uso y aplicación práctica), el de seguridad (faltan datos para su evaluación), el de educación (con diversos programas pero falta el recurso humano local que los desarrolle y socialice); y finalmente, el de salud, que se trata justamente de la Telemedicina, donde como hemos repetido, no existe una política de Estado, definida con indicadores de evaluación y metas para alcanzar.

Se consideró necesario establecer en esta ponencia unas premisas técnicas para la operatividad del modelo, teniendo en cuenta los costos de los equipos y su uso más racional; los modelos alternativos en los Centros de Remisión o Periféricos (formatos JPEG de cámaras fotográficas digitales de alta definición) que pueden convertirse en el Centro de Referencia, con buenos resultados, así como las velocidades de Internet disponibles.

Se establece además que el informe de las imágenes radiológicas deben estar a cargo del médico especialista.

7. El fomento del conocimiento

El proyecto de ley contempla la necesidad de incluir en el pènsum de estudios de las carreras en TIC, así como de las ciencias de la salud, la Cátedra de Telemedicina, teniendo en cuenta que existe gran desconocimiento sobre el uso de estas tecnologías por parte del talento humano de las ciencias de la salud y que estamos en mora de desarrollar la “cultura de la web”, desde las universidades y los centros de estudios, en todas las áreas del conocimiento, y en especial de la salud. Es imprescindible para los profesionales de la salud el manejo adecuado de las herramientas web para fortalecer su desempeño, competitividad y mejoramiento en la calidad.

Si bien a nivel general, se busca posibilitar y facilitar la cooperación y el intercambio de conocimiento entre los grupos que brindan atención a los pacientes, también se busca avanzar en la investigación de las potencialidades que tiene esta modalidad de atención médica, así como en los sistemas de información de transmisión de datos clínicos, imágenes y señales biomédicas.

El modelo se concibe como una red de información y Telecomunicaciones, orientada a apoyar las condiciones de salud de la población colombiana, así como a capacitar el recurso humano para compartir el conocimiento, desarrollar una plataforma tecnológica que lo haga viable y sostenible y avanzar en cuanto a la investigación y enseñanza. Esta red podría a su vez ser el medio para compartir conocimiento y experiencia a nivel mundial así como facilitar la movilidad y el intercambio de expertos investigadores dentro de los grupos de la red temática para así intercambiar información relevante sobre métodos, instrumentos, resultados de los proyectos de investigación e iniciativas relevantes, entre otros. Uno de los aspectos más importantes del modelo se encuentra en la sinergia que se puede lograr al compartir el conocimiento y la experiencia adquirida, dándole especial énfasis a la investigación aplicada.

El modelo que se pretende desarrollar a partir de la presente Ley-Marco, apunta a un desarrollo coherente y consistente con nuestras propias necesidades y realidad tecnológica, sin perder de vista la necesidad de realizar un monitoreo, para la mejora continua, a través del Consejo Rector de la Telemedicina en Colombia.

Néstor Iván Moreno Rojas,

Senador de la República.

SENADO DE LA REPUBLICA

Secretaría General (Art. 139 y ss. Ley 5ª de 1992)

El día 16 del mes de abril del año 2007 se radicó en este Despacho el Proyecto de ley número 218, con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales, por el honorable Senador *Iván Moreno Rojas*.

El Secretario General,

Emilio Otero Dajud.

SENADO DE LA REPUBLICA

SECRETARIA GENERAL

Tramitación de Leyes

Bogotá, D. C., 16 de abril de 2007

Señora Presidenta:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 218 de 2007 Senado, *por la cual se desarrolla la Telemedicina en Colombia y se articula la plataforma de las Tecnologías de la Información y el Conocimiento*, me permito pasar a su Despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General. La materia de que trata el mencionado proyecto de ley es competencia de la Comisión Sexta Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., 16 de abril de 2007

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el proyecto de ley de la referencia a la Comisión Sexta Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional con el fin de que sea publicado en la *Gaceta del Congreso*.

Cúmplase.

La Presidenta del honorable Senado de la República,

Dilian Francisca Toro Torres.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

I N F O R M E S D E C O N C I L I A C I O N

Bogotá, D. C., 10 de abril de 2007

INFORME DE CONCILIACION

AL PROYECTO DE LEY NUMERO 129 DE 2005 SENADO, 285 DE 2006 CAMARA

por medio de la cual se aprueba el “Convenio de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República de Chile”, suscrito en Santiago, a los nueve (9) días del mes de diciembre del año dos mil tres (2003).

Doctora

DILIAN FRANCISCA TORO

Presidenta

Honorable Senado de la República

Doctor

ALFREDO CUELLO BAUTE

Presidente

Honorable Cámara de Representantes.

Referencia: Informe de Conciliación al Proyecto de ley número 129 de 2005 Senado, 285 de 2006 Cámara.

En cumplimiento de la designación que las respectivas Mesas Directivas del Senado y la Cámara de Representantes hicieron en los suscritos, con el fin de conciliar los textos aprobados por la Plenaria de cada una de las Corporaciones del Proyecto de ley número 129 de 2005 Senado, 285 de 2006 Cámara, *por medio de la cual se aprueba el Convenio de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República de Chile*, suscrito en Santiago, a los nueve (9) días del mes de diciembre del año dos mil tres (2003), presentamos en los siguientes términos el informe de conciliación:

Antecedentes

Los Gobiernos de Colombia y Chile, con el fin de fortalecer los lazos de amistad que históricamente han mantenido, y con el propósito de enfrentar los retos que impone el fenómeno de la globalización en los campos de la ciencia y la tecnología, del comercio y turismo, de las migraciones laborales, de la salud y la seguridad social, entre otros temas, han venido adoptando distintos instrumentos internacionales que permitan el logro de tales objetivos.

Un tema de particular importancia para los dos países es el de la seguridad social y la salud, especialmente el reconocimiento de las pensiones para los colombianos vinculados laboralmente en Chile y los chilenos en Colombia, o para aquellos independientes que hagan aportes a los sistemas pensionales de cada país, y que en tal sentido puedan acceder a dichos beneficios en los que se tenga en cuenta y reconozca el período de cotización y los aportes que hayan tenido ocurrencia en uno y otro sistema.

Por lo anterior, los Gobiernos colombiano y chileno suscribieron el presente Convenio que tiene como objetivo general garantizar el cumplimiento de los principios de igualdad y universalidad al permitir a las personas que aspiran a obtener una pensión, validar el tiempo cotizado por un afiliado a un sistema de pensiones de cualquiera de los dos países, a efectos de reconocer las pensiones de vejez, de invalidez y de sobrevivientes, bajo las condiciones y con las características de la legislación nacional que se aplique en el momento en el cual el afiliado solicite la prestación. También prevé el acceso a los sistemas de salud de quienes se encuentren en su calidad de pensionados, así como la asistencia recíproca y la colaboración administrativa entre las instituciones de las Partes para el reconocimiento de los derechos allí incorporados, y la debida y eficaz ejecución del Acuerdo.

El proyecto de ley aprobado por el Senado y la Cámara de Representantes es de origen gubernamental presentado por los entonces Ministros de Relaciones Exteriores; Hacienda y Crédito Público, y de la Protección Social, doctora Carolina Barco; doctor Alberto Carrasquilla y doctor Diego Palacio Betancourt, inició su trámite por el Senado de la República y finalizó con la aprobación en la Plenaria de la Cámara de Representantes.

INFORME DE CONCILIACION

Los Congresistas miembros de esta Comisión, una vez comparados y estudiados los textos aprobados por ambas Cámaras, observaron discrepancias mínimas de forma en el articulado de los mismos, en razón a que en el artículo 1° del texto aprobado en la Cámara de Representantes se cambia la palabra “*aprúbase*” por “*aprúbase*” y a que en los artículos 1° y 2° se sustituye “*Santiago*” por “*Santiago de Chile*”, no existiendo ninguna otra diferencia entre los textos del articulado.

En virtud de lo anterior y luego de analizar la conveniencia de cada uno de los textos, la presente Comisión propone a las Plenarias de cada una de las Cámaras acoger el texto aprobado por el Senado de la República, con el siguiente texto conciliado definitivo:

PROYECTO DE LEY NUMERO 129 DE 2005 SENADO, 285 DE 2006 CAMARA

por medio de la cual se aprueba el “Convenio de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República de Chile”, suscrito en Santiago, a los nueve (9) días del mes de diciembre del año dos mil tres (2003).

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Apruébase el “Convenio de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República de Chile”, suscrito en Santiago, a los nueve (9) días del mes de diciembre del año dos mil tres (2003).

Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 7ª de 1944, el “Convenio de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República de Chile”, suscrito en Santiago, a los nueve (9) días del mes de diciembre del año dos mil tres (2003), que por el artículo 1° de esta ley se aprueba, obligará al país a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto del mismo.

Artículo 3°. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

De los honorables Congresistas,

Manuel Ramiro Velásquez Arroyave, Jairo Clopatofsky Ghisays,
Senadores de la República;

Hernando Betancur Hurtado, Luis Felipe Barrios Barrios,
Representantes a la Cámara.

CONTENIDO

Gaceta número 118 - Miércoles 17 de abril de 2007
SENADO DE LA REPUBLICA

Págs.

PROYECTOS DE LEY

Proyecto de ley numero 218 de 2007 Senado, por la cual se desarrolla la Telemedicina en Colombia y se articula la plataforma de las Tecnologías de la Información y el Conocimiento..... 1

INFORMES DE CONCILIACION

Informe de conciliacion al Proyecto de ley numero 129 de 2005 Senado, 285 de 2006 Cámara, por medio de la cual se aprueba el “Convenio de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República de Chile”, suscrito en Santiago, a los nueve (9) días del mes de diciembre del año dos mil tres (2003). 7

