



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIV - Nº 1813

Bogotá, D. C., viernes, 26 de septiembre de 2025

EDICIÓN DE 17 PÁGINAS

DIRECTORES: DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO

**PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO
NÚMERO 360 DE 2025 CÁMARA**

por medio de la cual se aprueba el voto de los miembros de la fuerza pública y se modifica el artículo 219 de la Constitución Política de Colombia.

Bogotá, D. C., 23 de septiembre 2025

Doctor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General

Cámara de Representantes de Colombia

Ciudad

Referencia: Radicación Proyecto de Acto Legislativo.

Respetado Secretario.

Presentamos a consideración de la Honorable Cámara de Representantes de la República de Colombia el Acto Legislativo, *por medio de la cual se aprueba el voto de los miembros de la Fuerza Pública y se modifica el artículo 219 de la Constitución Política de Colombia*, iniciativa legislativa que cumple las disposiciones de la normatividad vigente.

Agradecemos surtir el trámite correspondiente.

Cordialmente,

 JUAN MANUEL CORTÉS DUEÑAS Representante a la Cámara	 GERMAN BLANCO ALVAREZ Senador
 ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO Representante a la Cámara Departamento de Santander	 JOSÉ JAIME USCÁTEGUI PASTRANA Representante a la Cámara

 JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE REPRESENTANTE A LA CÁMARA DEPARTAMENTO DE NARIÑO	 JUAN CARLOS WILLS OSPINA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR BOGOTÁ
 Jorge Eliécer Tamayo Marulanda Representante a la Cámara	 Luiseth Sánchez
 JUAN FELIPE CORZO ALVAREZ H.R Norte de Santander Centro Democrático	 Ana Paola García Soto Representante a la Cámara Departamento de Córdoba
 JOSÉ VICENTE CARREÑO senador de la República	 EDUAR ALEXIS TRIANA RINCÓN Representante a la Cámara Boyacá Centro Democrático

**PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO
NÚMERO 360 DE 2025 CÁMARA**

por medio de la cual se aprueba el voto de los miembros de la Fuerza Pública y se modifica el artículo 219 de la Constitución Política de Colombia.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

ARTÍCULO 1º. Modifíquese el artículo 219 de la Constitución Política, el cual quedará así:

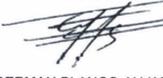
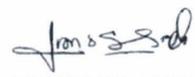
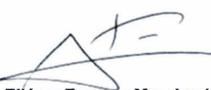
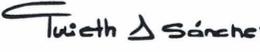
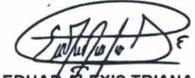
La Fuerza Pública no es deliberante. Sus miembros no podrán reunirse, sino por orden de autoridad legítima, ni dirigir peticiones colectivas,

salvo sobre asuntos relacionados con el servicio y la moralidad institucional. Los miembros de la Fuerza Pública en servicio activo podrán ejercer el derecho al sufragio en las elecciones populares, garantizándose la neutralidad institucional, la reserva del voto y la prohibición de pertenecer a partidos o movimientos políticos mientras se encuentren en servicio activo.

ARTÍCULO 2°. PARÁGRAFO TRANSITORIO. El Gobierno nacional y la Registraduría Nacional del Estado Civil reglamentarán, en un plazo máximo de un (1) año, las condiciones logísticas y de seguridad para el ejercicio del sufragio por parte de los miembros de la Fuerza Pública.

ARTÍCULO 3°. Vigencia. El presente Acto Legislativo rige a partir de su promulgación.

De los honorables congresistas,

 JUAN MANUEL CORTÉS DUEÑAS Representante a la Cámara	 GERMAN BLANCO ALVAREZ Senador
 ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO Representante a la Cámara Departamento de Santander	 JOSÉ JAIME USCÁTEGUI PASTRANA Representante a la Cámara
 JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE REPRESENTANTE A LA CÁMARA DEPARTAMENTO DE NARIÑO	 JUAN CARLOS WILLS OSPINA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR BOGOTÁ
 Jorge Eliécer Tamayo Marulanda Representante a la Cámara	 Tuieth Sánchez
 JUAN FELIPE CORZO ALVAREZ H.R Norte de Santander Centro Democrático	 Ana Paola García Soto Representante a la Cámara Departamento de Córdoba
 JOSÉ VICENTE GARREÑO Senador de la República	 EDUAR ALEXIS TRIANA RINCÓN Representante a la Cámara Boyacá Centro Democrático

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

**PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO
NÚMERO 360 DE 2025 CÁMARA**

por medio de la cual se aprueba el voto de los miembros de la fuerza Pública y se modifica el artículo 219 de la Constitución Política de Colombia.

Basados en el artículo 375 de la Constitución Política de Colombia y en concordancia con el artículo 223 de la Ley 5ª de 1992, siendo más de 10 congresistas los que promovemos la iniciativa, presentamos a consideración del Honorable

Congreso de la República, Proyecto de Acto Legislativo que pretende modificar el artículo 219 de la Constitución, logrando implementar el derecho a voto de los miembros activos de la Fuerza Pública.

Introducción

La democracia se construye en conjunto, inclusive con las voces disidentes de aquellos que opinen de manera distinta a la corriente institucional o al mismo sistema político. La Constitución Política de 1991, es la mayor apertura democrática en la historia colombiana, permitiendo el ejercicio y desarrollo de múltiples derechos y, por supuesto, de deberes en favor de la ciudadanía, estructurando una nueva relación ciudadano – Estado.

El derecho de elegir a los gobernantes es el pilar del Estado Democrático y el ejercicio del voto secreto es una de sus garantías esenciales y primordiales en un estado social de derecho, es allí, donde entra el presente proyecto de acto legislativo que pone en consideración del Congreso de la República la posibilidad de permitir participar en las justas democráticas (SOLO VOTACIÓN) a la Fuerza Pública activa, (Policía Nacional, Ejército Nacional, la Armada Nacional y la Fuerza Aeroespacial en favor de la autonomía personal sin dejar de lado el concepto de disciplina, subordinación militar y personal no deliberante.

Tal garantía debe darse a los miembros activos de la Fuerza Pública como actores y concedores del territorio y sus falencias. Esta apertura democrática de las mismas debe ser gradual y únicamente enfocada en el ejercicio del voto secreto, sin que se vean involucrados en participación política.

Objeto del Proyecto

El presente Acto Legislativo propone la modificación del artículo 219 de la Constitución Política de 1991, con el fin de reconocer el derecho al voto a los miembros de la Fuerza Pública en servicio activo. Se busca armonizar la neutralidad institucional con el derecho político fundamental al sufragio, consolidando la inclusión ciudadana y la legitimidad democrática.

Antecedentes normativos y de trámite legislativo

En legislaturas anteriores se han presentado diversas iniciativas en torno al derecho al sufragio de la Fuerza Pública, incluidas propuestas aún más ambiciosas que, además de reconocer dicho derecho, pretendían otorgar curules especiales a sus integrantes¹. En términos generales, estos proyectos planteaban que *“Los miembros de la Fuerza Pública podrán ejercer el derecho al sufragio y se les garantizará y facilitará, a través de mecanismos idóneos y oportunos, el legítimo uso del citado derecho”*².

¹ Proyecto de Acto Legislativo 134 de 2022 Cámara

² Proyecto de Acto de Legislativo 16 de 2021 Senado *Gaceta del Congreso* número 128/2021

En este sentido, resulta pertinente impulsar una reforma que se concentre exclusivamente en garantizar el goce efectivo del derecho al voto de los miembros de la Fuerza Pública, de manera que dicho ejercicio se desarrolle en armonía con los principios fundamentales del Estado y en estricto respeto por la institucionalidad democrática.

Conviene señalar que, durante los debates de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, se ponderó la posibilidad de otorgar a la Fuerza Pública el derecho al sufragio. Sin embargo, prevaleció el precepto actual que restringe dicha facultad. Aun así, con el propósito de enriquecer la discusión contemporánea, resulta pertinente traer a colación los textos presentados en aquella época que contemplaban esta alternativa, aunque fueron derrotados debido a las circunstancias políticas del momento.

CONSIDERACIONES

ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y POLÍTICA CONSTITUCIONAL

1. La restricción en 1991: contexto y razones.

Durante la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, la experiencia histórica de intervenciones indebidas de las Fuerzas Armadas en la política, sumada al complejo contexto de violencia interna y confrontaciones armadas, motivó la adopción de disposiciones constitucionales encaminadas a asegurar la estricta subordinación del poder militar al poder civil. En este marco, el artículo 219 de la Constitución estableció que “la Fuerza Pública no es deliberante” y prohibió a sus miembros ejercer el derecho al sufragio o participar en actividades partidistas, con el fin de evitar cualquier riesgo de politización de la institución castrense y garantizar que su accionar estuviera al servicio exclusivo de la Nación y no de intereses políticos particulares.

Sin embargo, es importante destacar que esta restricción fue una respuesta coyuntural a la realidad política y de seguridad de principios de los años noventa. El Constituyente optó por sacrificar, de manera excepcional, el ejercicio de un derecho fundamental universalmente reconocido —el sufragio—, en aras de salvaguardar la estabilidad institucional y evitar que la Fuerza Pública fuese instrumentalizada en un escenario de fragilidad democrática.

Hoy, más de tres décadas después, el contexto es distinto. Colombia cuenta con instituciones más consolidadas, un sistema electoral fortalecido y organismos de control con mayores competencias para garantizar la neutralidad de la Fuerza Pública. En este escenario, mantener la restricción absoluta al derecho al voto de sus integrantes se traduce en una limitación desproporcionada e injustificada de un derecho fundamental, contrario al principio de progresividad de los derechos humanos (artículo 93 C. P.) y a los estándares internacionales, según los cuales los derechos políticos solo pueden restringirse en circunstancias estrictamente necesarias y razonables.

De esta manera, el debate actual debe reconocer las razones históricas que justificaron la prohibición en 1991, pero también advertir que tales razones han perdido vigencia en el contexto democrático contemporáneo. En consecuencia, avanzar hacia el reconocimiento del derecho al voto para los miembros de la Fuerza Pública no solo es jurídicamente posible, sino que responde a un mandato de igualdad, dignidad y ampliación de la ciudadanía en una democracia moderna.

2. Evolución normativa posterior.

Si bien la Constitución de 1991 mantuvo la prohibición expresa de participación política para los miembros de la Fuerza Pública, a partir de los años 2000 se han suscitado debates doctrinales, académicos y legislativos orientados a revisar el alcance de dicha restricción. En particular, se ha planteado la necesidad de diferenciar entre el **sufragio activo**: el derecho a votar y el **sufragio pasivo**: la posibilidad de postularse y ser elegido, reconociendo que la prohibición absoluta desconoce el carácter progresivo y universal de los derechos políticos.

De igual manera, la práctica comparada demuestra que en diversos países democráticos los integrantes de la Fuerza Pública ejercen el derecho al voto sin que ello haya comprometido la neutralidad institucional ni la disciplina castrense. A ello se suman los compromisos internacionales en materia de derechos humanos asumidos por Colombia particularmente el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 25) y la Convención Americana sobre Derechos Humanos (art. 23), los cuales obligan al Estado a garantizar que toda restricción a los derechos políticos sea razonable, necesaria y proporcional.

En consecuencia, los desarrollos posteriores al texto constitucional, tanto en el plano interno como en el derecho internacional, han puesto en evidencia que la prohibición absoluta establecida en 1991 requiere ser reexaminada a la luz de los principios de igualdad, proporcionalidad y progresividad de los derechos fundamentales.

3. Jurisprudencia

Al proponerse un cambio Constitucional es necesario tener presente la Jurisprudencia Constitucional frente a la propuesta, mencionado que al ser una norma de rango Constitucional que no se encuentra en debate, su desarrollo vía Jurisprudencial es breve y somero.

Es aquí donde debe entenderse a la Fuerza Pública como un acto no deliberante tal cual lo expresa la Corte Constitucional:

FUERZA PÚBLICA-No deliberante

(...) por razón de la delicada misión constitucional que cumple la fuerza pública -para lo cual pueden hacer uso de la fuerza y de las armas-, el constituyente dispuso que dicha fuerza no es deliberante; que no puede reunirse, sino por orden de autoridad legítima; que no puede dirigir peticiones a las autoridades,

excepto sobre asuntos que se relacionen con el servicio y la moralidad del respectivo cuerpo; que sus miembros, mientras permanezcan en servicio activo, no pueden ejercer la función del sufragio ni intervenir en actividades o debates de partidos o movimientos políticos.³

Ahora bien, el fin de esta no deliberación de la Fuerza Pública en palabras de la Corte:

FUERZA PÚBLICA-Finalidad del carácter no deliberante

El carácter no deliberante de la fuerza pública es una garantía de su neutralidad en el desarrollo de la vida política y democrática de la nación, neutralidad que es especialmente necesaria debido a la facultad del uso de la fuerza y de las armas a que se hizo referencia.

Por ello, esta Corte ha dicho que “[la función de garante material de la democracia, que es un sistema abierto de debate público, le impide a la Fuerza Pública y a sus miembros -que ejercen el monopolio legítimo de la fuerza- intervenir en el mismo”⁴.

Asimismo, se resalta los elementos que a juicio del órgano constitucional llevaron a la prohibición constitucional del voto de la Fuerza Pública.

Por lo anterior, la Constitución prevé para ellos un estatuto especial. En primer lugar, con el fin de garantizar su neutralidad política, les restringe el ejercicio de algunos derechos políticos fundamentales, tales como el derecho al sufragio, de reunión, de petición y a intervenir en actividades y debates de los partidos y movimientos políticos. Adicionalmente, autoriza al legislador para determinar un régimen especial disciplinario y penal, de carrera, prestacional, así como un sistema de promoción profesional, cultural y social.⁵

Agregando a lo anterior, Estado Colombiano ratificó el 29 de octubre de 1969, El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, donde se destacan los siguientes artículos 2° y 3°:

ARTÍCULO 2°

1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción, los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social...

ARTÍCULO 3°

Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos civiles y políticos enunciados en el presente Pacto.

³ Corte Constitucional. Sentencia C-430 de 2019, M. S.: ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO.

⁴ *Ibidem*

⁵ *Ibidem*

Lo que permite y avalaría la modificación constitucional.

Es importante resaltar que el ordenamiento jurídico colombiano reconoce el ejercicio del derecho al sufragio a los servidores públicos y trabajadores oficiales, siempre que su actividad política no interfiera, condicione ni menoscabe el normal desarrollo del proceso democrático. En esa medida, extender este derecho a los miembros de la Fuerza Pública contribuiría a reforzar los principios de igualdad y transparencia en la administración pública, evitando un tratamiento diferenciado que resulta difícil de justificar en un Estado Social de Derecho.

De acuerdo con datos de la Función Pública⁶, la composición total del empleo público en Colombia asciende a cientos de miles de servidores, dentro de los cuales el Ministerio de Defensa reporta 378.338 uniformados. Esta cifra evidencia que se trata de un sector significativo de la ciudadanía, cuya exclusión del ejercicio del sufragio representa una limitación sustancial a la participación democrática.

Marco internacional de derechos humanos

1. Instrumentos aplicables.

El derecho internacional de los derechos humanos consagra expresamente el derecho a participar en la vida pública, a votar y a ser elegido. La Convención Americana sobre Derechos Humanos (art. 23)⁷ y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 25)⁸ reconocen estos derechos como universales y esenciales para el ejercicio de la democracia. De manera reiterada, el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, en su Observación General número 25, ha sostenido que cualquier limitación a los derechos políticos debe ser excepcional, estrictamente necesaria en una sociedad democrática y ajustarse al principio de proporcionalidad⁹. Esto implica que las restricciones generales, como la prohibición absoluta del voto a un grupo poblacional en este caso, la Fuerza Pública, resultan incompatibles con dichos estándares internacionales.

2. Jurisprudencia internacional relevante.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso *Yatama vs. Nicaragua*

⁶ Función Pública. Estado en cifras. Ver en: <https://www.funcionpublica.gov.co/web/sie/servidorespublicos=en-el-estado>

⁷ Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 23. Adoptada en San José, Costa Rica, el 22 de noviembre de 1969.

⁸ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 25. Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

⁹ Comité de Derechos Humanos de la ONU, *Observación General No. 25: La participación en los asuntos públicos y el derecho de voto (artículo 25 del Pacto)*, CCPR/C/21/Rev.1/Add.7, 12 de julio de 1996, párr. 4 y 14.

(2005), enfatizó que los Estados deben evitar restricciones arbitrarias o desproporcionadas que excluyan a sectores completos de la población de la participación política¹⁰. Si bien los Estados pueden establecer ciertas limitaciones razonables para garantizar la neutralidad institucional, no es admisible una restricción que anule por completo el derecho de sufragio de más de 370.000 ciudadanos uniformados en Colombia. Al contrario, los estándares internacionales imponen el deber de garantizar que estas personas puedan participar en igualdad de condiciones, sin discriminación y bajo reglas claras que aseguren tanto la transparencia electoral como la disciplina institucional.

En consecuencia, desde la perspectiva del derecho internacional de los derechos humanos, la prohibición absoluta que establece el artículo 219 de la Constitución no cumple con los criterios de necesidad ni de proporcionalidad. Por ello, avanzar hacia el reconocimiento del derecho al voto de la Fuerza Pública no solo armoniza con el bloque de constitucionalidad (art. 93 C.P.), sino que constituye una obligación internacional derivada de los tratados ratificados por Colombia.

3. Doctrina y fundamentos teóricos

1. Norberto Bobbio: universalidad del sufragio.

Bobbio ha sostenido que el sufragio universal es la condición mínima para la materialización de la democracia; toda exclusión de carácter absoluto debilita la legitimidad de las instituciones representativas.¹¹

2. Luigi Ferrajoli: proporcionalidad y límites a los derechos.

Ferrajoli afirma que las restricciones a derechos fundamentales requieren una exigencia de proporcionalidad y justificación clara; la excepcionalidad no debe transformarse en norma permanente.¹²

3. Roberto Gargarella y otros autores latinoamericanos.

Gargarella resalta que la inclusión política de sectores tradicionalmente marginados, fortalece la gobernabilidad democrática y reduce las tensiones entre sociedad civil y Fuerzas Armadas.¹³

3. Estadísticas y evidencias empíricas

A continuación, se presentan cifras oficiales que sustentan la dimensión numérica de la Fuerza Pública y su impacto potencial en el electorado.

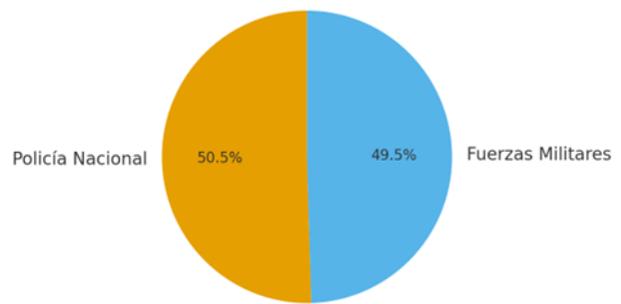
¹⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Yatama vs. Nicaragua*. Sentencia de 23 de junio de 2005, Serie C No. 127, párrs. 195-197.

¹¹ Norberto Bobbio, 'Derecha e Izquierda', y 'La democracia y los derechos', obras sobre sufragio y legitimidad.

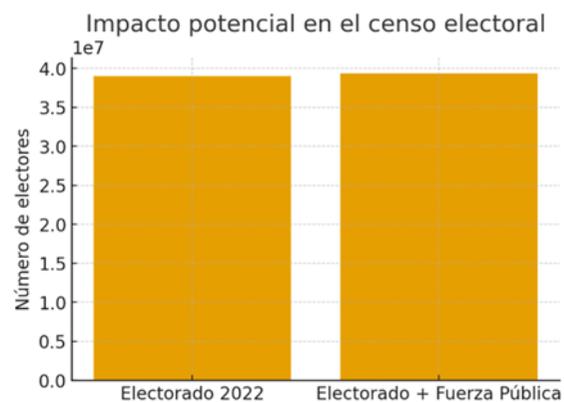
¹² Luigi Ferrajoli, 'Derechos y garantías: la ley del más débil', sobre proporcionalidad y límites.

¹³ Roberto Gargarella, 'La nueva constitucionalidad', sobre inclusión democrática en América Latina.

Composición estimada de la Fuerza Pública (2025)



Fuente: Policía Nacional; Ministerio de Defensa (cifras consolidadas 2024-2025).¹⁴



Fuente: Registraduría Nacional del Estado Civil; cálculos propios.¹⁵

4. Derecho comparado

País	¿Pueden votar?	Modalidad	Fuente Legal
Brasil	Sí	Voto obligatorio; militares votan en sus circunscripciones	Constitución de 1988; Tribunal Superior Electoral
Argentina	Sí	Voto obligatorio; participación como cualquier ciudadano	Código Electoral; Cámara Nacional Electoral
Chile	Sí	Voto voluntario; prohibición de militancia activa	Código Electoral; SERVEL
España	Sí	Voto garantizado; voto en el exterior regulado	LOREG; Ministerio del Interior
EE. UU.	Sí	Voto por ausente/por correo para militares en servicio	UOCAVA/FVAP
México	Sí	Voto permitido; restricciones en participación política	INE; Ley General de Instituciones y Procedimientos Electorales
Perú	Sí	Voto permitido; restricciones en participación política	Constitución; Art .34
Colombia	No	Prohibición expresa (Art. 219 C.P.)	Constitución Política de 1991, art. 219
Venezuela	Sí	Voto permitido; restricciones en participación política	Constitución; Art 330
Portugal	Sí	Voto garantizado; mecanismos especiales	Código Electoral
Italia	Sí	Voto garantizado; regulaciones administrativas	Código Electoral italiano

¹⁴ Policía Nacional — Informe de cifras de personal (corte 31/07/2025).

¹⁵ Registraduría Nacional del Estado Civil — Censo electoral 2022 (39.002.239 electores).

País	¿Pueden votar?	Modalidad	Fuente Legal
Alemania	Sí	Voto garantizado; restricciones administrativas	Ley Electoral federal
Francia	Sí	Voto garantizado; mesas especiales	Código Electoral
Uruguay	Sí	Voto obligatorio; participación general	Código Electoral de Uruguay
Bolivia	Sí	Voto obligatorio; participación general	Normativa electoral boliviana

La mayoría de democracias contemporáneas reconocen el sufragio a militares y policías con las adecuadas restricciones administrativas para garantizar la neutralidad institucional.¹⁶

5. Jurisprudencia nacional e internacional (extractos y análisis)

1. Corte Constitucional de Colombia

- Sentencia C-511 de 1994¹⁷. En esta decisión, la Corte analizó el contexto histórico de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991 y reiteró que la prohibición de participación política de la Fuerza Pública se justificaba como una medida de protección de la neutralidad institucional y la subordinación del poder militar al poder civil¹. Sin embargo, el tribunal reconoció que se trataba de una limitación excepcional a un derecho fundamental, lo cual obliga a que su interpretación sea restrictiva y no expansiva. Este aspecto abre la puerta a sostener que, si cambian las condiciones históricas y sociales, la medida podría ser reevaluada a la luz del principio de proporcionalidad.

- Sentencia C-430 de 2019¹⁸. En este fallo, la Corte Constitucional reafirmó que los derechos políticos pueden ser objeto de restricciones, pero dichas limitaciones deben superar un juicio estricto de proporcionalidad². La sentencia precisó que no toda limitación resulta legítima: debe demostrarse que la medida es idónea, necesaria y estrictamente proporcional para alcanzar un fin constitucional imperioso. Este razonamiento resulta aplicable al debate sobre la Fuerza Pública, pues plantea que la restricción absoluta del voto —que afecta a más de 370.000 ciudadanos— debe analizarse bajo parámetros actuales de proporcionalidad, lo que permite cuestionar su vigencia y pertinencia en la democracia contemporánea.

2. Corte Interamericana de Derechos Humanos

- Caso Yatama vs. Nicaragua (2005)¹⁹. En esta sentencia, la Corte Interamericana subrayó que

el derecho a la participación política es esencial para la existencia de una sociedad democrática y que cualquier restricción debe estar debidamente justificada, ser proporcional y no traducirse en la exclusión de sectores completos de la ciudadanía³. El tribunal internacional estableció que las limitaciones colectivas y absolutas constituyen una forma de discriminación política incompatible con la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Este criterio es directamente aplicable al caso colombiano, donde la Fuerza Pública ha sido privada en bloque del derecho al sufragio por más de tres décadas.

La jurisprudencia nacional ha reconocido que la prohibición al sufragio de la Fuerza Pública es una restricción excepcional, cuya legitimidad depende del contexto histórico y de un examen estricto de proporcionalidad. A su vez, la jurisprudencia interamericana establece que las limitaciones absolutas y colectivas a los derechos políticos son incompatibles con los estándares de derechos humanos. Así, al contrastar ambos criterios, se observa que la prohibición absoluta establecida en 1991 difícilmente resiste un control de convencionalidad en el presente. Por tanto, resulta jurídicamente viable y necesario avanzar en la reforma constitucional que permita a los miembros de la Fuerza Pública ejercer el derecho al voto en condiciones de igualdad.

Conflicto de Interés

De acuerdo con el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992 -Reglamento Interno del Congreso, modificado por el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, establece que: “el autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo con el artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar”.

De igual manera, el artículo 286 de la norma en comento, modificado por el artículo 1º de la Ley 2003 de 2019, define el conflicto de interés como la “situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista”.

Por lo anterior, tenemos que en esta iniciativa legislativa no se evidencia que los congresistas puedan incurrir en posibles conflictos de interés, toda vez que tampoco puede predicarse un beneficio particular, actual y directo que les impida participar de la discusión y votación de este proyecto.

Lo anterior, sin perjuicio del deber de los congresistas de examinar, en cada caso en concreto, la existencia de posibles hechos generadores de conflictos de interés, en cuyo evento deberán declararlos de conformidad con lo dispuesto en

¹⁶ Consultas a normativas electorales y constituciones nacionales (Brasil, Argentina, Chile, España, EE. UU., México, Portugal, etc.).

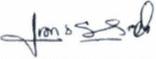
¹⁷ Corte Constitucional de Colombia- Sentencia C-511 de 1994: análisis histórico y justificación de la restricción en la Constitución de 1991. [10]

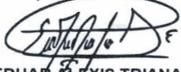
¹⁸ Corte Constitucional de Colombia - Sentencia C-430 de 2019: precisiones sobre la proporcionalidad y límites a derechos políticos en el contexto de la Fuerza Pública.

¹⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos - Caso Yatama vs. Nicaragua (2005): el tribunal internacional reafirmó la centralidad del derecho al sufragio y estableció límites estrictos a las restricciones colectivas.

el inciso 1° del artículo 286 *ibidem*: “Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones”.

De los honorables congresistas,

 JUAN MANUEL CORTÉS DUEÑAS Representante a la Cámara	 GERMAN BLANCO ALVAREZ Senador
 ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO Representante a la Cámara Departamento de Santander	 JOSÉ JAIME USCÁTEGUI PASTRANA Representante a la Cámara
 JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE REPRESENTANTE A LA CÁMARA DEPARTAMENTO DE NARIÑO	 JUAN CARLOS WILLIS OSPINA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR BOGOTÁ
 Jorge Eliécer Tamayo Marulanda Representante a la Cámara	 Julieth Sánchez

 JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ H.R Norte de Santander Centro Democrático	 Ana Paola García Soto Representante a la Cámara Departamento de Córdoba
 JOSE VICENTE CARREÑO Senador de la República	 EDUAR ALEXIS TRIANA RINCÓN Representante a la Cámara Boyacá Centro Democrático

SECRETARÍA GENERAL

El día 23 de septiembre del año 2025
 Ha sido presentado en este despacho el
 Proyecto de Ley Auto Legislativo
 No. 360 Con su correspondiente
 Exposición de Motivos, suscrito Por: H.R. Juan Cortés

SECRETARIO GENERAL

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 293 DE 2025 CÁMARA

por el cual se crea el transporte asistencial avanzado de pacientes, de acuerdo con los estándares internacionales y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, 2025

Doctor

JULIÁN LÓPEZ

Presidente de la Cámara de Representantes de Colombia

Doctor

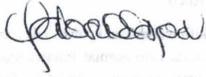
JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General Cámara de Representantes

Asunto: Radicación del Proyecto de Ley “por el cual se crea el transporte asistencial avanzado de pacientes, de Acuerdo con los estándares Internacionales y se dictan otras disposiciones.

Apreciado señor secretario.

Con toda atención me permito presentar ante la Honorable Cámara de Representantes el Proyecto de Ley “por el cual se crea el transporte asistencial

 Olga Lucía Velásquez Representante a la Cámara por Bogotá Partido Alianza Verde	 OLGA BEATRIZ GONZALEZ CORREA Representantes la Cámara por Tolima Partido Liberal
---	--

PROYECTO DE LEY NÚMERO 293 DE 2025

por el medio del cual se crea el transporte asistencial avanzado de pacientes, de acuerdo con los estándares internacionales y se dictan otras disposiciones.

El Congreso

DECRETA:

Artículo 1°. OBJETO. La presente ley tiene por objeto fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la creación y regulación del servicio de transporte asistencial avanzado de pacientes, como servicio público esencial en salud, garantizando su disponibilidad, continuidad y calidad conforme a estándares nacionales e internacionales de atención prehospitalaria, con el fin de proteger de manera real y efectiva el derecho fundamental a la salud.

Artículo 2º. Definiciones.

- Servicio Público Esencial: el transporte asistencial de pacientes. es un servicio público esencial vigilado por el Estado y el sistema de salud. este es prestado por el Gobierno, o un privado, cuya interrupción pondría en peligro la vida, la seguridad personal o la salud de la totalidad o parte de la población¹.

- Tipología de Ambulancia: las ambulancias se clasifican de acuerdo con su tipo de nivel, dotación y talento humano. los niveles son:

- Ambulancia de Transporte Asistencial Básico (TAB)

- Ambulancia de Transporte Asistencial Avanzado (TAA)

- Ambulancia de Transporte Asistencial Crítico (TAC). la ambulancia de transporte asistencial Medicalizado ahora en adelante se llamará ambulancia de Transporte Asistencial Crítico.

-Estándar Internacional de Tipos de Ambulancia: la ambulancia, se define como un vehículo de transporte asistencial, utilizado en el traslado de un paciente, construida y diseñada bajo normas internacionales de seguridad, comodidad y accesibilidad, y adaptada al medio terrestre, aéreo, marítimo, fluvial o diferente: y debe contar con una dotación esencial de acuerdo con su tipología. para dar atención oportuna y adecuada al paciente durante el desplazamiento, está compuesta por:

(a) Un compartimiento del conductor o paramédico.

(b) Un compartimiento para pacientes para acomodar a un proveedor de servicios de emergencias en salud, y un paciente ubicado en la camilla principal, de manera que se pueda dar al paciente principal soporte vital durante el desplazamiento.

(c) Equipos y suministros para la atención de emergencias en el lugar de los hechos, así como durante el transporte.

(d) Dispositivos de Seguridad para los tripulantes y el paciente.

(e) Comunicación por radio bidireccional.

- Idoneidad Profesional en Atención Prehospitalaria: es aquella según la cual una persona cuenta con la suficiente competencia, tanto a nivel de conocimientos, experiencia y título académico, para ejercer la profesión prehospitalaria o cargo determinado.

- Acto controlado: es realizar una intervención en salud en un paciente, ya sea de manera invasiva o no invasiva, siempre con la supervisión directa del profesional idóneo autorizado.

- Acto delegado: es realizar una intervención en salud en un paciente, ya sea de manera invasiva o no invasiva, siempre bajo la delegación directa o indirecta del profesional idóneo autorizado.

- Oficial Prehospitalario de Comunicaciones: significa que una persona titulada en atención prehospitalaria, es empleada en un servicio de comunicaciones que recibe solicitudes de servicios de ambulancia y de emergencia, y hace que se produzca una respuesta a dichas solicitudes.

- Técnico Profesional Paramédico: es un técnico profesional de la salud, que ha obtenido el grado universitario de técnico profesional en atención prehospitalaria y que tiene competencias ocupacionales de apoyo y gestión de procesos.

- Tecnólogo Paramédico: es un tecnólogo en salud, que ha obtenido el grado universitario de tecnólogo en atención prehospitalaria y que tiene competencias ocupacionales de apoyo, coordinación o liderar procesos.

- Profesional Paramédico: es un profesional de la salud, que ha obtenido el grado profesional universitario de Atención Prehospitalaria, y que tiene competencias ocupacionales de gerencia, liderazgo y autonomía profesional de sus procesos.

- Vehículo de respuesta a emergencias: es un vehículo identificado, del servicio de emergencias en salud, que no es para trasladar pacientes, y que se utiliza para brindar servicios de respuesta a emergencias, y al que el director le ha asignado un número de vehículo de respuesta a emergencias.

- Vehículo Comando de Incidentes en Salud: es un vehículo identificado, del servicio de emergencias en salud, que no es para trasladar pacientes, y que se utiliza para transportar al comandante del incidente en salud.

- Coordinador médico: es un médico designado por un hospital base como coordinador médico de un programa de hospital base;

Artículo 3º. Tipo de Transporte de ambulancia avanzada: está clasificada, según su nivel:

Lista de actos que pueden realizar según su nivel	Técnico Paramédico	Tecnólogo Paramédico	Profesional Paramédico
Administración de medicamentos	Según delegación	Según delegación	Según autonomía
Agua para inyección	x	x	x
Adrenalina	x	x	x
Amiodarona			x
Aspirina	x	x	x
Atropina			x
Benzotropina			x
Box antifúngico	x	x	x
Calcio gluconato 10%			x
Ceftriaxona	x	x	x
Clopidogrel		x	x
Droperidol		x	x
Enoxaparina		x	x
Fentanilo	x	x	x
Furosemda			
Glucagón	x	x	x
Glucosa gel	x	x	x
Gliceril trinitrato- nitroglicerina	x	x	x
Glucosa 5%		x	x
Glucosa 10%		x	
Haloperidol			x
Heparina		x	
Hidrocortisona	x	x	
Hidroxocobalamina		x	
Hipertónica salina 7.5%	x	x	
Ibuprofeno			
Influenza vacuna	x	x	
Insulina			
lpratropio bromuro	x	x	x
Isoprenalina			
Ketamina			x

¹ <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=346> (Ley 336 de 1996. Artículo 5º)

Lidocaina 1%			x
Magnesio sulfato		x	x
Metaminol			
Metoxiflurano	x	x	x
Metoprolol			
Midazolam	x	x	x
Morfina	x	x	x
Naloxona	x	x	x
Noradrenalina			x
Ondansetrón	x	x	x
Oseltamivir			
Oxígeno	x	x	x
Oxicodona		x	x
Oxitocina		x	x
Paquete de células rojas plaquetarias			
Paracetamol	x	x	x
Penitoina- fenitoina			x
Prometazina			x
Propofol			
Rocuronio			x
Salbutamol	x	x	x
Sodio bicarbonato 8.4%			x
Sodio cloruro 0.9%	x	x	x
Sugammadex			
Tenecteplasa		x	x
Tétano vacuno		x	x
Tirofiban	x	x	x
Tranexámico ácido	x	x	x
Destrezas- Habilidades	Técnico Paramédico	Tecnólogo Paramédico	Profesional Paramédico
Acceso			
Canalización Intravenosa Yugular Externa			x
Intraóseo – EZ-IO®			x
Intraóseo – FASTResponder™			x
Canalización Intravenosa Periférica		x	x
Vía Aérea			
Laringoscopia Directa – Pediátrica (> 8 años)		x	x
Laringoscopia Directa – Pediátrica (= 8 años)			x
Laríngea máscara vía aérea inserción– Ped. (>8 años)		x	x
Laríngea máscara vía aérea inserción– Ped. (= 8 años)			x
Nasofaríngea vía aérea inserción	x	x	x

Infusión de la administración de sangre		x	x
Infusión de la administración de líquidos aeromédico		x	x
Subcutáneo		x	x
Sublingual	x	x	x
Jeringa bomba de infusión – Perfusor ® Space		x	x
Jeringa bomba de infusión – SPRINGFUSOR ® 30		x	x
Obstétricas			
Bimanual compresión	x	x	x
Parto de nalgas	x	x	x
Cordón umbilical en nuca	x	x	x
Parto cefálico fisiológico	x	x	x
Hombros distocia	x	x	x
Respiratorias			
Bolsa válvula mascarilla ventilación	x	x	x
Descompresión torácica de emergencia – aguja (cánula): paro cardíaco traumático		x	x
Descompresión torácica de emergencia – aguja (cánula): sospecha de neumotórax a tensión		x	x
Descompresión torácica de emergencia: set de neumotórax de emergencia			x
Descompresión torácica de emergencia: toracotomía de dedo			x
Descompresión torácica de emergencia – Tubo toracotomía			x
Ventilación no invasiva – CPAP		x	x
Presión espiratoria final positiva			x
Resucitación			
Resucitación Cardiopulmonar	x	x	x
Desfibrilación – semiautomática	x	x	x
Desfibrilación – manual		x	x
Trauma			
Torniquete Arterial	x	x	x
Paquete Nasal			x
Dispositivo de compresión circunferencial pélvica	x	x	x
Cierre de piel – adhesivo cutáneo tópico		x	x
Cierre de piel – Grapadora			x
Toracotomía*			

Oral endotraqueal tubo inserción		x	x
Orofaringea vía aérea inserción	x	x	x
Rápida secuencia de inducción			x
Quirúrgica cricotirotomía			x
Evaluación			
Sanguíneo análisis – CoaguChek® XS Plus			x
Sanguíneo análisis – Glucometría	x	x	x
Sanguíneo análisis – i-STAT ®			x
Invasiva arterial presión		x	x
Ultrasonido – asistido con sonografía para trauma			x
Análisis de la onda EtCO2 – ETT/LMA		x	x
Análisis de la onda EtCO2 – nasal		x	x
Alteraciones del comportamiento			
Terminación de orden de evaluación de emergencia	x	x	x
Sedación – alteración del comportamiento agudo		x	x
Cardíacas			
12-Lead ECG colocación	x	x	x
12-Lead ECG STEMI reconocimiento		x	x
12-Lead ECG avanzada interpretación		x	x
Autónoma fibrinólisis administración			x
Autónoma derivación pPCI			x
Decisión con apoyo de administración de fibrinólisis		x	
Decisión con apoyo de derivación pPCI		x	
Sincronizada Cardioversión			x
Transcutánea estimulación cardíaca			x
Administración de drogas			
Fluidos/calentador de sangre			x
Intramuscular	x	x	x
Intranasal	x	x	x
Intraóseo			x
Intravenoso	x	x	x
Nebulizado	x	x	x
Oral	x	x	x
Infusión de la administración de líquidos		x	x

Otros			
Orogástrico tubo inserción			x
Sedación – procedimiento			x
Venosa flebotomía			x
Interpretación de rayos x			x
*Solo debe ser realizado por un Profesional Paramédico, autorizado y entrenado			

Artículo 9º. *Habilitación y Certificación de las instituciones de Transporte Asistencial de Pacientes.* Le corresponde a las Secretarías de Salud habilitar y certificar las instituciones y empresas que prestan estos servicios, y que además cumplan con todas las regulaciones que para ello se exige.

Parágrafo 1º. Las instituciones y empresas privadas de transporte asistencial de pacientes deben estar habilitadas y vinculadas a través del programa hospital base de la jurisdicción.

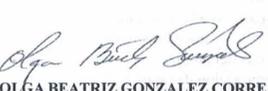
Parágrafo 2º. las instituciones y empresas privadas de transporte asistencial de pacientes deben contar con póliza de responsabilidad civil de daños contra terceros y póliza de responsabilidad civil profesional.

Artículo 10. *Ámbito de aplicación.* El presente acuerdo se aplica a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces, Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), Aseguradoras y en general todas las instituciones y/o empresas que presten servicios de salud en todo Colombia.

Artículo 11. *Garantía de la Prestación del Servicio.* Las EPS, ARL, Aseguradoras y en general todas las instituciones y/o empresas que presten servicios de salud, deberán garantizar por medio de las IPS la prestación del servicio de Transporte Asistencial en todas sus modalidades, para todas las personas que requieran el servicio de urgencias vitales.

Artículo 12. *Integralidad de la ley.* Apruébese como parte integrante del Plan Obligatorio de Salud todos los artículos de esta ley, el Ministerio de Salud, debe asignarles Códigos independientes en la clasificación única de procedimientos en salud para el Servicio de Transporte Asistencial Avanzado de pacientes, y el servicio profesional de ayudantía prehospitalaria.

Artículo 13. *Vigencia.* la presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias.

 <p>Olga Lucía Velásquez Representante a la Cámara por Bogotá Partido Alianza Verde</p>	 <p>OLGA BEATRIZ GONZALEZ CORREA Representante la Cámara por Tolima Partido Liberal</p>
--	--

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. OBJETO DEL PROYECTO

Este acuerdo tiene como objeto fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la creación del servicio de transporte asistencial avanzado de pacientes, cumpliendo con los estándares aceptados internacionalmente², para la atención prehospitalaria de los traumatismos, con la finalidad de lograr una prestación de un servicio público esencial en salud que proteja de manera real

y efectiva el derecho fundamental a la salud de los usuarios de este servicio.

II. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE CONVENIENCIA DE LA INICIATIVA

a. Experiencias Internacionales - Regionalización del trauma avanzado

Según la OMS, Las lesiones son una causa importante de muerte prematura y discapacidad en todo el mundo³.

La mayor parte de las estrategias para el control de las lesiones se centra en la prevención primaria, es decir, en evitar que se produzcan las lesiones o minimizar su gravedad, o en la prevención secundaria, es decir, en dar una **respuesta médica apropiada** a fin de mejorar el tratamiento, para minimizar el daño después de una lesión.

En muchos casos, la rapidez de la **atención prehospitalaria** de emergencia y el traslado de las víctimas con lesiones desde el lugar del incidente a un centro de atención médica puede salvar vidas, reducir la incidencia de discapacidad a corto plazo y mejorar notablemente las consecuencias a largo plazo.

En el año 2000, un grupo de expertos internacionales, que asistió a una reunión especial convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra, coincidió en que existe una necesidad imperiosa de fortalecer la calidad y la disponibilidad de los sistemas de **atención prehospitalaria**, para traumatismos en todo el mundo. Para lograrlo, se propuso una colaboración que identificara las estrategias centrales, el equipamiento, los insumos y las estructuras de organización que se necesitan para crear sistemas efectivos y adaptables de atención prehospitalaria para personas lesionadas en todo el mundo.

Los principios fundamentales, del sistema deben ser:

- Un sistema efectivo de atención prehospitalaria para traumatismos debe ser sencillo, sostenible, práctico, eficiente y flexible.
- Siempre que sea posible, la atención prehospitalaria debe estar integrada a la infraestructura existente de atención médica, salud pública y transporte del país.
- Los sistemas efectivos de atención prehospitalaria para traumatismos formarán la base de toda atención de emergencia donde sea que se establezcan y rápidamente se les asignará la responsabilidad de ocuparse de una mayor cantidad de cuestiones de salud, entre ellas, emergencias pediátricas, emergencias médicas adultas, emergencias de obstetricia.

La resolución WHA60.22, de la OMS, insta a los países miembros:

² Ley 1438 de 2011. Artículo 99. Estándares aceptados Internacionalmente

³ Guía para la atención prehospitalaria de traumatismos. OMS. 2007. <http://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/723/9789275316252.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

1. a que **evalúen** de forma integral el contexto de la atención prehospitalaria y de emergencia, incluidas, cuando proceda, las necesidades que aún no se han atendido;

2. a que velen por que los ministerios de salud **participen** en la revisión y el fortalecimiento de la prestación de atención traumatológica y de emergencia, y que a ese efecto se disponga de un mecanismo de coordinación intersectorial;

3. a que consideren el establecimiento de sistemas institucionales e integrados de atención de emergencia y que aprovechen los sistemas no institucionales y los recursos comunitarios, con el fin de **dotar** de capacidad de atención integrada a las zonas donde son inviables los sistemas de atención médica de emergencia prehospitalarios institucionales;

4. a que velen por que en los contextos que cuenten con un sistema institucional de atención médica de emergencia, y donde sea apropiado y viable, se disponga de un mecanismo de vigilancia que proporcione información pertinente de **mejor calidad** y garantice unas normas mínimas de capacitación, dotación de equipo, infraestructura y comunicaciones;

5) a que, en los lugares que cuenten con un sistema institucional de atención médica de emergencia, o donde se estén poniendo en marcha esos servicios, establezcan números de teléfono de acceso universal y los **divulguen** ampliamente;

6) a que determinen un **conjunto básico de servicios** de atención traumatológica y de emergencia y elaboren métodos para garantizar y documentar que esos servicios se prestan de modo apropiado a quienes los necesitan;

7) a que consideren el establecimiento de incentivos para la **formación** y la mejora de las condiciones de trabajo de los dispensadores de atención afectados;

8) a que velen por que en los programas de estudios sanitarios figuren las **competencias** básicas adecuadas y promuevan la formación continua del personal que presta atención traumatológica y de emergencia;

9) a que velen por que se disponga de **fuentes de datos suficientes** para monitorear objetivamente los resultados de los esfuerzos desplegados para reforzar los sistemas de atención traumatológica y de emergencia;

10) a que revisen y actualicen la legislación pertinente, incluidos, cuando sea necesario, los aspectos financieros y de gestión, para asegurar que haya un conjunto básico de servicios de atención traumatológica y de emergencia accesibles para todas las personas que los necesiten;

A nivel mundial los niveles de atención del trauma prehospitalario⁴, son:

Nivel de primer respondiente (primeros auxilios)

⁴ <https://paramedic.ca/nocp-guidelines/>

Nivel de Atención Básica Prehospitalaria para traumatismos, con ambulancia básica

Nivel de Atención Avanzada Prehospitalaria para traumatismos, con ambulancia avanzada

Nivel de Atención Crítica Prehospitalaria para traumatismos, con ambulancia crítica

Colombia, ya cuenta con un nivel de primeros respondientes, no estructurado, no organizado, pero con legislación disponible.

También cuenta con un nivel de ambulancia básica para traumatismos; **no cuenta** con el nivel de ambulancia avanzada para traumatismos, y el nivel de ambulancia crítica, lo suple la ambulancia medicalizada. Algunas experiencias internacionales son:



RECUADRO 4. Estudio de caso: Tallandia
 Desarrollo e implementación de un sistema de atención prehospitalaria
 Cada año, más de 12 millones de pacientes acuden a los departamentos de emergencia de Tallandia con traumatismo agudo y estados de emergencia médica. En 1994, el Ministro de Salud Pública reconoció la importancia de desarrollar un sistema efectivo de atención prehospitalaria para abordar esta necesidad y mejorar la atención. Se adoptó a continuación un plan estratégico a largo plazo y se implementó en tres fases.
 • La Fase I duró de 1994 a 2000, y se centró en el desarrollo del modelo. En esta fase se analizaron cuatro componentes importantes: administración y gestión (establecimiento de juntas provinciales, normas y reglamentaciones de práctica y desarrollo de un sistema de evaluación), personal (designación de personal prehospitalario como paramédicos enfermeros, técnicos médicos de emergencia de nivel intermedio, técnicos médicos de emergencia de nivel básico y prestadores de primeros auxilios) y desarrollo de descripciones de puestos de trabajo para la práctica clínica y sistemas de evaluación, normas de ambulancia (definición de normas sobre los requisitos de equipos y mantenimiento) y sistemas de capacitación (establecimiento de un sistema de flotas de ambulancias con un mismo número en todo el país, educación del público y desarrollo de la red de rescate).
 • Durante la Fase 2 (2000 a 2004), se creó una organización (conocida como la Junta Nacional) con el fin de desarrollar el sistema de atención prehospitalaria y formular un presupuesto (aprobado por el Ministerio de Salud Pública) a un costo de 10 baht por persona; 1 baht (valiente) = aproximadamente 0,02 euros).
 • La Fase 3 (2004) se centró en el análisis de la implementación del modelo en el ámbito provincial. Una revisión inicial de datos de la provincia de Khon Kaen (con una población de 1,7 millones de habitantes) del año 2003 mostró que se consultaba con 1000 integrantes del personal de atención prehospitalaria y 80 ambulancias, y que se habían respondido a 7935 llamadas de emergencia. En total, 90% de las emergencias se habían resuelto en menos de 10 minutos, y en 90% de los casos el tiempo en el lugar del incidente (tiempo transcurrido en el lugar del incidente, después de la llegada y antes del transporte) fue de menos de 10 minutos.
 • Este es un proceso constante, y la atención prehospitalaria en Tallandia continúa desarrollándose. Sin embargo, aún quedan cuatro temas que deben seguir estudiándose: el establecimiento de una legislación nacional de atención prehospitalaria, mayor desarrollo de la unidad nacional central de alarma, la definición de normas y la dirección para el desarrollo del personal, y la implementación de un sistema de presupuesto sostenible.



RECUADRO 6. Estudio de caso: Palisera
 Cómo establecer el servicio médico inicial de rescate en casos de emergencias
 Durante los últimos años, se ha intentado mejorar la atención prehospitalaria en casos de emergencias en Palisera, un municipio en el suroeste de España. Los médicos de Palisera propusieron que se estableciera un servicio médico de rescate en el municipio y que este sistema formara parte de la infraestructura de atención prehospitalaria de emergencia.
 Si bien ha habido varios años anteriores de apoyo y el consorcio que el proyecto rescate, en diciembre de 2004 el gobierno de Palisera lanzó en Palisera el primer servicio médico de rescate para casos de emergencia con profesionales altamente capacitados y equipados. Se creó una estación de ambulancias y emergencias (conocida como Unidad 112) que realiza eficientemente tareas de rescate y de traslado de las víctimas con traumatismos causados por el tráfico y emergencias.
 El servicio se lanzó dentro de los 6 meses posteriores a la decisión de implementación. El material de capacitación se escribió en un día. Se realizaron rescates exitosos en el área, se realizaron ejercicios de capacitación y se asignaron los instructores correspondientes. Las personas rescatadas recibieron un estudio programado de capacitación física, controlado internamente en el centro de capacitación de la policía de Lugo. El plan de estudios incluyó módulos sobre rescate, categorización del paciente y técnicas de traslado.
 Si bien ha habido varios años anteriores de apoyo y el consorcio que el proyecto rescate y de rescate esenciales. Todas las empresas de telefonía fija y móvil implementaron el código de emergencia gratuita con la ayuda de las autoridades de telecomunicaciones. También se desarrolló un sistema de seguimiento y un software de registro, que se instalaron en la Central de Control de Emergencias y Centro de Comandancia que garantiza la calidad del servicio. Se fundó una estación central y cinco subestaciones con el fin de regular el servicio médico de rescate en casos de emergencia. Si bien se trata de un servicio nuevo, ya se han logrado mejoras en rescatados ante emergencias en ruta. Finalmente, los resultados obtenidos en el lugar del incidente, las operaciones de categorización de pacientes y de traslado se llevan a cabo sin inconvenientes, y se manejan mejor las situaciones que involucran a varias personas.

RECUADRO 7. Estudio de caso: salvar vidas, salvar extremidades (11,51)
 El tiempo es un factor esencial en el tratamiento de los traumatismos en minas. En el oeste de Camboya y en el norte de Irak, se desarrolló e implementó un programa de capacitación prehospitalaria simple pero sistemático, dirigido a los habitantes de zonas rurales.
 Este programa se centró en técnicas de soporte vital como la atención de las vías aéreas y el control de sangrado sin el uso de torniquetes. La enseñanza de estas técnicas se combinó con la capacitación en técnicas avanzadas. Estos tipos de programas se pueden organizar de forma segura y económica. Se organizaron "clases de supervivencia" sistemáticas en comunidades rurales con servicios de emergencias médicas escasos, pocas ambulancias y evacuaciones que toman mucho tiempo. La idea de crear una "universidad en la comunidad" se utilizó para llevar conocimientos médicos académicos y técnicos a las zonas rurales para capacitar a los habitantes para que se ayuden entre sí. Los conocimientos se impartieron mediante cursos de capacitación en cascada, en los que había que utilizar el idioma y la cultura local, y los instructores debían tener el control absoluto.
 Después de la introducción de este programa y de 4 años de capacitación y desarrollo de redes a nivel local en el oeste de Camboya y en el norte de Irak, la mortalidad prehospitalaria de las lesiones ocasionadas por las minas terrestres descendió de más del 40% a menos del 10%.

b) Programa⁵ Hospital Base

Es el programa creado y operado por un hospital base de tipo público, con el propósito de:

proporcionar dirección médica, liderazgo y asesoramiento en la prestación de atención médica de emergencia prehospitalaria dentro de un sistema de servicios de salud de emergencia comunitario multidisciplinario.

Un hospital base:

- brinda capacitación, garantía de calidad, educación continua y orientación a los paramédicos y otros socorristas,
- Establece protocolos y guías de atención para los paramédicos⁶,
- delega actos controlados a los Prehospitalarios=paramédicos,

⁵ <https://ontariobasehospitalgroup.ca/index.php/elementor-91/>
⁶ https://ontariobasehospitalgroup.ca/wp-content/uploads/2022/01/2022_02_01_ALS-PCS_v4.9.pdf

- brinda asesoramiento en salud relacionado con la atención prehospitalaria de pacientes y el transporte de pacientes a los servicios de ambulancia y comunicación y a los asistentes sanitarios de emergencia, paramédicos y otros empleados de los servicios,
- proporciona información y asesoramiento sobre garantía de calidad relacionados con la atención prehospitalaria de pacientes a los servicios de ambulancia y a los asistentes sanitarios de emergencia y paramédicos, y
- proporciona la educación en salud continúa requerida para mantener la delegación de actos controlados a los paramédicos.

El país líder en el desarrollo del Programa Hospital Base, es Canadá.



Version 4.8.2

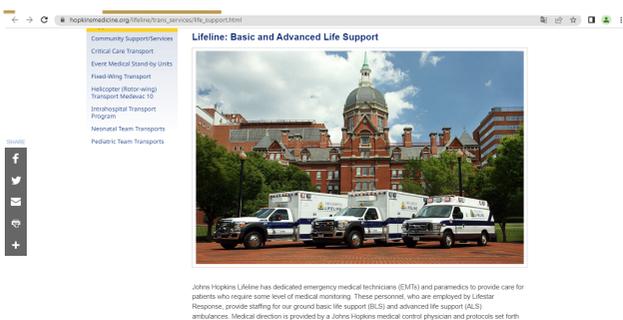
<http://www.ontariobasehospitalgroup.ca>

c. Transporte Asistencial Avanzado de Pacientes

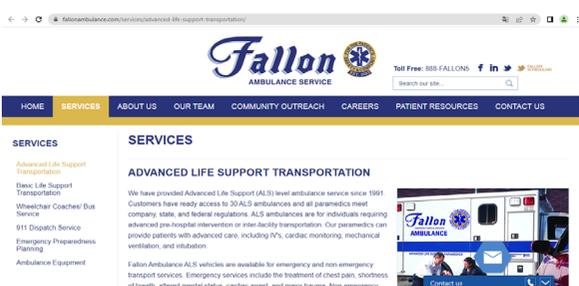
El transporte asistencial avanzado del trauma prehospitalario, está distribuido por regiones o localidades, con el fin de optimizar los recursos humanos, sanitarios, tecnológicos, de infraestructura, algunas experiencias internacionales son:

En los EE.UU

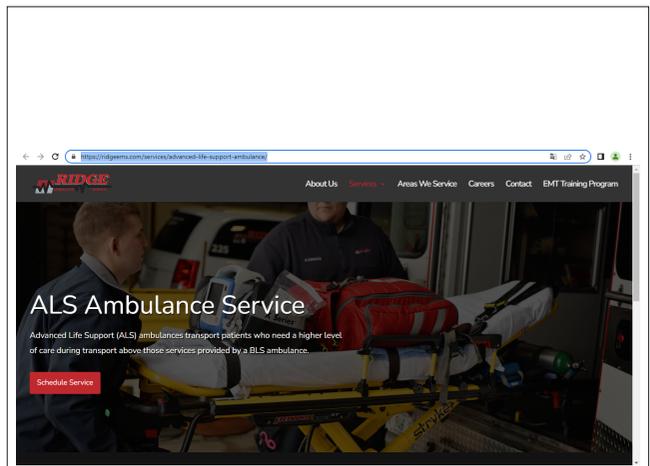
<https://www.hopkinsmedicine.org/lifeline/trans-services/life-support.html>



<https://www.fallonambulance.com/services/advanced-life-support-transportation/>



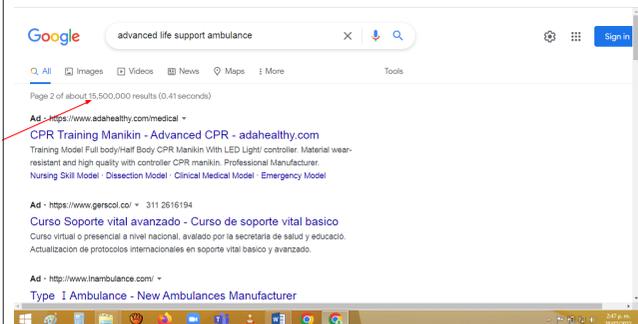
<https://ridgeme.com/services/advanced-life-support-ambulance/>



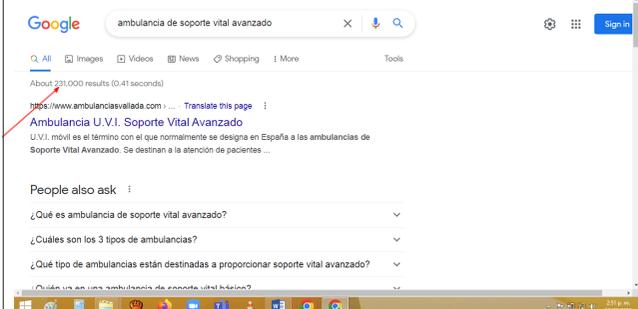
En la india, <https://highlandhospital.in/critical-care-ambulance>



En el buscador de Google, colocando las palabras advanced life support ambulance: ambulancia de soporte vital avanzado, se logra identificar 15.500.000 resultados.



EN el buscador de Google, colocando las palabras: ambulancia de soporte vital avanzado, se logra identificar 231.000 resultados.



c. Competencias

GUÍAS PARA LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE LOS TRAUMATISMOS

CUADRO 2. Matriz de conocimientos, habilidades, equipos y suministros fundamentales para los proveedores de atención prehospitalaria*

	Tipo de proveedor en el entorno prehospitalario			
	Primeros auxilios básicos	Primeros auxilios avanzados	Atención prehospitalaria básica para traumatismos	Atención prehospitalaria avanzada para traumatismos
Conocimientos y habilidades				
Alerta				
Capacidad para pedir ayuda	F	F	F	F
Evaluación del lugar del incidente				
Evaluar la seguridad en el lugar del incidente (peligros físicos y ambientales)	F	F	F	F
Establecer la necesidad de ayuda adicional	F	F	F	F
Evaluar la causa de la lesión	C	C	F	F
Seguridad del proveedor				
Recibir capacitación sobre precauciones universales	F	F	F	F
Limitar la exposición al VIH y la hepatitis B y C mediante los suministros disponibles	F	F	F	F
Limitar los patógenos transportados por el aire	C	C	F	F
Evaluación del paciente				
Evaluación inicial				
Evaluar la capacidad de las vías respiratorias	F	F	F	F
Evaluar la capacidad de la respiración	F	F	F	F
Evaluar la gravedad del sangrado externo	F	F	F	F
Reconocer el nivel de conciencia	C	F	F	F
Reconocer si los traumatismos impedirán que el paciente sobreviva	C	F	F	F
Establecer prioridades para la atención inmediata	C	F	F	F
Realizar la categorización de varios pacientes	PR	C	F	F
Reconocer pacientes en riesgo y coordinar el traslado	C	F	F	F
Evaluación detallada				
Evaluar las lesiones en la cabeza	I	C	F	F
Evaluar las lesiones en la columna	I	C	F	F
Evaluar las lesiones en el tórax	I	C	F	F
Evaluar las lesiones abdominales	I	C	F	F
Evaluar las lesiones en las extremidades	I	C	F	F
Evaluar la función neurológica	I	C	F	F
Evaluar si el paciente tiene un trauma psicológico	I	C	F	F
Reconocer la presencia de una lesión que ponga en riesgo la vida o las extremidades del paciente	C	C	F	F
Evaluar el nivel de malestar	C	F	F	F
Reconocer la hipotermia	C	C	F	F
Evaluar los signos de una conmoción	C	C	F	F
Evaluar las heridas para determinar posibles discapacidades o la mortalidad	I	C	F	F
Evaluar el grado de las quemaduras (profundidad y extensión)	I	C	F	F
Realizar un diagnóstico diferencial de la causa de la conmoción	I	I	F	F
Reconocer una lesión que atraviesa el platismo	I	I	I	F

GUÍAS PARA LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE LOS TRAUMATISMOS

CUADRO 2. (continuación)

	Tipo de proveedor en el entorno prehospitalario			
	Primeros auxilios básicos	Primeros auxilios avanzados	Atención prehospitalaria básica para traumatismos	Atención prehospitalaria avanzada para traumatismos
Emplear el recalentamiento externo para la hipotermia (p. ej. mantas)	C	C	C	F
Medir y registrar la presión arterial y la frecuencia cardíaca	I	F	F	F
Controlar la temperatura corporal	I	C	F	F
Aplicar torniquetes arteriales (en situaciones extremas)	I	PR	F	F
Comprender los parámetros de la reanimación con líquidos	I	I	PR	F
Envolver fracturas pélvicas para controlar las hemorragias	I	I	C	F
Establecer el acceso intravenoso percutáneo periférico	I	I	PR	F
Administrar el reemplazo de líquidos por vía intravenosa	I	I	PR	F
Establecer el acceso por vena periférica	I	I	I	PR
Establecer el acceso intraóseo para niños menores de 5 años	I	I	I	F
Conocimientos y técnicas de transfusión	I	I	I	PR
Heridas				
Manejo no quirúrgico de heridas (p. ej. apósitos)	F	F	F	F
Realizar limpieza interfacial profunda con apósitos en heridas graves (p. ej. lesiones ocasionadas por minas terrestres)	I	I	C	F
Administrar profilaxis para el tétanos (toxóide)	I	I	I	PR
Administrar antisuero para el tétanos	I	I	I	PR
Realizar cirurgías menores para tratar heridas (p. ej. desinfección, sutura)	I	I	I	PR
Quemaduras				
Enfriar el área de la quemadura con agua	F	F	F	F
Cubrir la piel con apósitos limpios	F	F	F	F
Controlar el riesgo de hipotermia	C	C	F	F
Cubrir la piel con apósitos esterilizados	I	I	C	F
Utilizar un tratamiento por vía intravenosa para quemaduras que superen el 15% de la superficie corporal	I	I	PR	F
Lesiones en las extremidades y fracturas				
Usar la inmovilización básica para las extremidades fracturadas	F	F	F	F
Usar los materiales disponibles para entablillar huesos	C	C	F	F
Utilizar la tabla para la columna	I	I	C	F
Aplicar tracción cutánea	I	I	C	F
Aplicar la reducción cerrada	I	I	I	PR
Lesiones en la cabeza y en la columna				
Tomar las precauciones para la columna cuando se rescata o se mueve a un paciente	F	F	F	F
Usar la inmovilización selectiva (p. ej. collarín, tabla para la espalda)	I	I	F	F
Manejar adecuadamente a los pacientes inmovilizados para evitar complicaciones	I	I	F	F

5. MATRIZ DE RECURSOS PARA SISTEMAS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA PARA TRAUMATISMOS

CUADRO 2. (continuación)

	Tipo de proveedor en el entorno prehospitalario			
	Primeros auxilios básicos	Primeros auxilios avanzados	Atención prehospitalaria básica para traumatismos	Atención prehospitalaria avanzada para traumatismos
Intervenciones				
Manejo en el lugar del incidente				
Manejar situaciones de rescate	PR	C	F	F
Manejar rescates seguros para evitar daños neurovasculares adicionales	PR	C	F	F
Controlar grandes multitudes, el tráfico y otras amenazas	C	F	F	F
Evitar colisiones y lesiones secundarias	C	F	F	F
Manejar el traslado de pacientes	C	F	F	F
Documentar el incidente	I	C	F	F
Vías respiratorias y respiración				
Quitar los cuerpos extraños de las vías respiratorias (p. ej. a través de la maniobra de Heimlich)	F	F	F	F
Volver a abrir las vías aéreas con maniobras manuales (p. ej. maniobra frente-mentón y tracción mandibular)	F	F	F	F
Volver a abrir las vías aéreas utilizando una posición de recuperación	F	F	F	F
Proporcionar asistencia respiratoria (resucitación con respiración boca a boca)	PR	F	F	F
Utilizar dispositivos de succión	I	C	F	F
Insertar una vía aérea orofaríngea o nasofaríngea	I	C	F	F
Proporcionar asistencia respiratoria (utilizar mascarillas Pocket Mask para proveer ventilación boca-mascarilla)	I	C	F	F
Asistir la ventilación mediante un dispositivo bolsa-válvula-mascarilla	I	C	F	F
Administrar oxígeno	I	C	F	F
Usar dispositivos para las vías aéreas (es decir, dispositivos de inserción ciega)	I	I	C	F
Usar apósitos triangulares	I	I	C	F
Usar intubación endotraqueal	I	I	I	F
Usar dispositivos de detección esofágica	I	I	I	C
Realizar cricotiroideotomía por punción	I	I	I	F
Realizar cricotiroideotomía quirúrgica	I	I	I	PR
Realizar descompresión gástrica	I	I	I	F
Realizar toracotomía por punción para descompresión torácica	I	I	I	F
Realizar toracotomía por intubación	I	I	I	PR
Circulación, hipotermia e insuficiencia cardiocirculatoria				
Controlar hemorragias internas a través de presión directa	F	F	F	F
Elevar las piernas de la víctima si hay evidencia de una insuficiencia cardiocirculatoria	C	C	F	F
Inmovilizar al paciente para aliviarle el dolor, reducir el sangrado y las complicaciones	C	C	F	F
Entablillar fracturas para controlar las hemorragias y el dolor	C	C	F	F
Evitar la hipotermia con una manta u otro material	C	C	F	F

5. MATRIZ DE RECURSOS PARA SISTEMAS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA PARA TRAUMATISMOS

CUADRO 2. (continuación)

	Tipo de proveedor en el entorno prehospitalario			
	Primeros auxilios básicos	Primeros auxilios avanzados	Atención prehospitalaria básica para traumatismos	Atención prehospitalaria avanzada para traumatismos
Mantener la oxigenación y la tensión normal para evitar traumatismos cerebrales secundarios	I	I	C	F
Supervisar la función neurológica	I	I	C	F
Tratamiento del dolor				
Tratar el dolor sin utilizar medicamento, con hielo, elevación e inmovilización	C	F	F	F
Tratar el dolor con analgésicos no narcóticos	I	I	PR	F
Tratar el dolor con analgésicos narcóticos	I	I	I	F
Medicamentos				
Aplicar apósitos con antibióticos tópicos, desinfectantes o antisépticos según sea necesario	I	I	C	F
Administrar vacunas y antibióticos (p. ej. profilaxis para el tétanos)	I	I	I	PR
Administrar otros medicamentos	I	I	PR	F
Equipos y suministros				
Comunicaciones				
Comunicaciones inalámbricas (p. ej. radio, teléfono móvil)	I	C	C	C
Protección				
Guantes esterilizados de uso único, grandes y medianos	C	F	F	F
Protección visual (anteojos de plástico o cristal con protección lateral)	C	F	F	F
Vestimenta reflectante (es decir, abrigos) para identificación y protección	C	C	F	F
Banderas u otros dispositivos para el control del tránsito	C	C	F	F
Linterna y baterías de repuesto; lamparillas, reflectores o velas	C	C	F	F
Jabón o espuma antiséptica para lavarse las manos	F	F	F	F
Soluciones limpiadoras C	F	F	F	F
Toalla	C	C	F	F
Vestimenta de protección, batas y delantales	I	C	F	F
Solución desinfectante para los equipos	I	C	F	F
Bolsas plásticas para desechos que no pongan en peligro el medioambiente	I	C	F	F
Fósforos a prueba de agua	I	C	C	F
Bolsas de incineración para desechos biológicos	I	I	F	F
Extintidor de incendios	I	I	F	F
Contenedor para elementos cortantes	I	I	F	F
Rescate				
Equipo básico de rescate (p. ej. machetes, palancas, gatos hidráulicos)	I	C	F	F
Otros equipos de rescate (p. ej. cizallas, serruchos, soga, pala, vestimenta de protección)	I	PR	C	F
Tabla corta para rescates	I	I	F	F
Equipo especializado de rescate (p. ej. cortadores, esparcidores, rampas)	I	I	PR	C

GUÍAS PARA LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE LOS TRAUMATISMOS

CUADRO 2. (continuación)

	Tipo de proveedor en el entorno prehospitalario			
	Primeros auxilios básicos	Primeros auxilios avanzados	Atención prehospitalaria básica para traumatismos	Atención prehospitalaria avanzada para traumatismos
Inmovilización y traslado de pacientes				
Tabla de plástico, metal o madera larga y rígida	C	C	F	F
Tablas para entablillar extremidades	I	C	F	F
Camilla (dispositivo de madera, plástico o tela)	I	C	F	F
Dispositivo de inmovilización para la cabeza	I	I	F	F
Collarín cervical	I	I	F	F
Control de las vías aéreas y de la respiración				
Protector para el rostro	I	C	F	F
Mascarilla Pocket Mask (p.ej. para proveer ventilación boca-mascarilla)	I	C	F	F
Dispositivo bolsa-válvula-mascarilla	I	C	C	F
Vías aéreas nasofaríngeas y/u orofaríngeas (para lactantes, niños y adultos)	I	C	C	F
Cánula nasal, sonda y tubos asociados	I	C	F	F
Bajalengua	I	C	F	F
Equipo de oxígeno y equipo de administración fijos	I	C	F	F
Mascarilla para el suministro de oxígeno vía máscara facial	I	I	F	F
Dispositivo de succión (manual o con motor)	I	I	F	F
Cánula Yankauer u otra cánula rígida para succión	I	I	F	F
Dispositivo de inserción ciega	I	I	PR	C
Mango de hojas del laringoscopio	I	I	I	F
Conector y tubo endotraqueal	I	I	I	F
Inserción de estilete o sonda	I	I	I	F
Pinzas de disección	I	I	I	F
Dispositivo detector esofágico	I	I	I	F
Pinzas Magill	I	I	D	F
Aguja y jeringa	I	I	I	F
Aguja para toracotomía	I	I	I	F
Control de hemorragias y lesiones cutáneas				
Agua potable	C	C	F	F
Vendas	I	C	F	F
Vendas elásticas	I	C	F	F
Rollos de gasa	I	C	F	F
Compresas	I	C	F	F
Algodón absorbente	I	C	F	F
Cinta adhesiva	I	C	F	F
Solución de rehidratación oral	I	C	F	F
Mantas	I	C	F	F
Vendaje de apósito adhesivo (yeso enrollado)	I	I	F	F
Vendas de 4 x 4, vendas triangulares	I	I	F	F
Torniquete arterial	I	I	F	F
Agujas y jeringas	I	I	I	F
Compresas esterilizadas	I	I	F	F
Conjunto de infusión intravenosa (líneas y cánulas)	I	I	F	F
Aguja intraósea o equivalente	I	I	I	F

5. MATRIZ DE RECURSOS PARA SISTEMAS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA PARA TRAUMATISMOS

CUADRO 2. (continuación)

	Tipo de proveedor en el entorno prehospitalario			
	Primeros auxilios básicos	Primeros auxilios avanzados	Atención prehospitalaria básica para traumatismos	Atención prehospitalaria avanzada para traumatismos
Quemaduras				
Vaselina o gasa de parafina	I	I	F	F
Apósito esterilizado	I	I	C	F
Apósito para quemaduras	I	I	I	C
Diagnóstico y supervisión				
Reloj pulsera o despertador con segundo	I	D	E	E
Estetoscopio	I	D	F	F
Dispositivo de medición de la presión arterial	I	C	F	F
Minilinterna	I	I	F	F
Linterna (luz artificial)	I	C	F	F
Termómetro	I	I	C	F
Oxímetro de pulso	I	I	I	C
Dispositivo de control cardíaco electrónico	I	I	I	C
Medicamentos				
Oxígeno	I	D	F	F
Apósito antibiótico tóxico	I	I	C	F
Diazepam (o equivalente)	I	I	I	C
Caja de seguridad para sustancias controladas	I	I	I	C
Sulfato de morfina	I	I	I	C
Ácido acetilsalicílico	I	I	I	C
Ibuprofeno (o equivalente)	I	I	I	C
Paracetamol (acetaminofén)	I	I	I	C
Solución dextrosa al 50%	I	I	I	F
Soluciones cristaloides (salina normal)	I	I	I	F
Agua para inyecciones	I	I	I	F
Misceláneos				
Lista de contactos locales para emergencias*	C	F	F	F
Bisturí, tijeras	I	C	F	F
Recipiente para beber agua o botellas de agua	I	I	F	F
Recipientes para suministros y equipos (p.ej. bolsos, mochilas o cajas)	I	I	F	F
Mantas para rescates (plateado/plateado o plateado/dorado)	I	I	F	F
Pala	I	I	C	F
Etiquetas de categorización	I	I	C	F
Vaselina	I	I	F	F
Material para tomar notas				
Lápiz	I	C	F	F
Marcador indeleble	I	C	F	F
Bloc de notas	I	I	F	F
Registros para documentar los incidentes y el cuidado de los pacientes	I	I	C	F

* Los elementos de la matriz de recursos se dividen en: F para fundamental, C para conveniente, PR para posiblemente requerido e I para irrelevante.

d. el Mejoramiento de Calidad (MC), atención y avances en la evidencia científica, en Atención Prehospitalaria:

El MC basada en la atención del trauma hospitalario, ayuda a entender el Mejoramiento de Calidad en la Atención Prehospitalaria, atención del trauma, y todos los sistemas regionales de atención de trauma que abarcan la atención pre hospitalaria y la red de hospitales.

Asimismo, el MC para el cuidado agudo debe complementar o idealmente ser integrado con el MC para la rehabilitación (Colegio Americano de Cirujanos, 2006; Hoyt, Coimbra and Potenza, 2008).

Algunos de los mejores ejemplos de la utilidad de las técnicas de MC para la identificación de problemas y dirigir y estimular acciones correctivas provienen de los sistemas regionales de atención de trauma. Como ejemplo, una revisión de muerte prevenible en California, EUA, en los años 70, mostró una proporción alta de muertes prevenibles en el Condado de Orange. Un tercio de las muertes debidas a lesiones en la cabeza y dos tercios de las muertes debidas a lesiones en otras partes del cuerpo fueron juzgadas como prevenibles.

Esta revisión estimuló acciones correctivas en la forma de mejor la organización de los servicios de atención de trauma en el Condado de Orange, incluyendo la designación y la inversión en varios hospitales principales para la atención del trauma y la promulgación de criterios de triaje prehospitalarios para traer a los pacientes más gravemente lesionados a estos hospitales. El resultado fue un descenso notorio en las muertes médicamente prevenibles (West y Trunkey, 1979; West, Cales y Gazaniga 1983).

Otros ejemplos en los servicios de ambulancia

El MC en la atención pre hospitalaria del trauma es un poco más dificultoso por la falta de no base de evidencia para varios de los procedimientos utilizados, como sen los líquidos intravenosos y el manejo avanzado de la vía aérea (por ejemplo, intubación endotraqueal). Aunque estas son técnicas definitivamente establecidas para el cuidado general del traumatizado, su efectividad en el ámbito prehospitalario no ha sido bien definido (Bickell et al., 1994; Bunn et al., 2001; Maier y Rhodes, 2001; Sasser et al., 2005). Sin embargo, varias medidas bien aceptadas de calidad son monitorizadas a menudo en el ámbito prehospitalario (Soreide y Grande, 2001; Hoyt, Coimbra y Potenza, 2008), es decir:

- **Oportunidad de arribo y transporte** (tiempo de atención, de llegada y de salida)
- **Despacho del personal apropiado** (por ejemplo, personal con entrenamiento y habilidades apropiadas para el nivel de agudeza de la emergencia a la que están respondiendo, en sistemas en los que existen diferentes niveles de respuesta para escoger);
- **Manejo de la vía aérea**, incluyendo el éxito de la intubación endotraqueal (en sistemas en los cuales la técnica es utilizada en el ambiente prehospitalario);
- **Inmovilización de la columna**
- **Resultados**, incluyendo la evaluación de la contribución del componente atención pre hospitalaria de las muertes prevenibles.

También existen varias consideraciones para la implementación de procesos específicos en el ámbito prehospitalario. Desde el punto de vista del supervisor (ya sea el director médico o algún otro) de un SEM, es útil revisar regularmente los documentos redactados por el personal de la atención prehospitalaria (por ejemplo, historias clínicas y hojas de ejecución del SEM). En general, una pobre documentación es a menudo indicativa de una calidad de la atención deficiente (Sasser et al., 2005).

En la revisión de los registros, es especialmente útil la identificación y seguimiento de “incidentes críticos”. Estos incluyen errores obvios, resultados deficientes inesperados y “casi” fallas. La revisión de estos incidentes críticos con el personal prehospitalario es similar a los ateneos de M y M en el hospital. La revisión busca identificar las causas de raíz, las condiciones y las políticas que pudieron contribuir al problema (Sasser et al., 2005).

Es también útil llevar a cabo revisiones periódicas de condiciones comunes, como son las colisiones de vehículo a motor para evaluar sus resultados, tales como obtener el seguimiento del hospital. Estas revisiones combinan los datos de resultados de los datos de los SEM en el proceso de atención, dando así a los directores médicos un resumen cuantitativo del funcionamiento del sistema (Sasser et al., 2005).

Los métodos anteriores pueden ser complementados escuchando la radio en forma regular (cuando es técnicamente posible) y mediante la observación directa en la escena del rendimiento del personal prehospitalario.

Cuando se han identificado problemas, una variedad de acciones correctivas pueden ser instituidas, es decir:

- **Rentrenamiento** periódico en cuanto a la atención básica prehospitalaria
- **Sesiones educativas** en las cuales nuevos procedimientos o técnicas son incorporadas o las existentes son modificadas;
- Sesiones educativas en las cuales el personal es orientado a **nuevos equipamientos** o a nuevas medicaciones;
- Dar respuestas de la auditoria de la **comunicación por radio**, observación directa y revisión de reportes de casos
- **Disciplina** (aclarar expectativas o dar entrenamiento suplementario corregirá, usualmente, los problemas identificados, ya sean individuales o a nivel de todo el sistema. Sin embargo, para los pocos casos en los cuales este no es el caso, el supervisor de los SEM debe tener la autoridad para mantener la disciplina y suspender o despedir al personal prehospitalario que no cumplan consistentemente con las expectativas) (Sasser et al., 2005).

Las técnicas de MC pre hospitalaria anteriormente mencionadas se aplican ya sea a lo que se considera un SEM específico (por ejemplo, un servicio de ambulancia) o a todos los SEM en un área determinada o de la red.

También pueden ser aplicadas como parte de un programa de MC de un hospital que monitorea la atención prehospitalaria como parte del espectro de atención para los casos recibidos en la institución, con

respuestas provistas como apropiadas a los SEM que transportaron pacientes.

Finalmente, los procesos de MC, ya sea para hospitales o para sistemas más amplios, tienen a menudo connotaciones legales. En la mayoría de sistemas legales, los procesos de MC y las actas/registros que ellos generan son considerados como confidenciales y protegidos legalmente. Siendo así, no pueden ser liberados públicamente y no son accesibles legalmente o sujetos a liberación a requerimiento por parte de terceros. Son, pues, considerados en una forma similar a los debates mantenidos entre los individuos y sus abogados o sus letrados. Esto permite mantener la franqueza y la transparencia en la notificación de errores y problemas por parte de los participantes del proceso de MC. Cuando se estén instalando nuevos programas de MC en lugares donde no existían previamente. sería útil garantizar la confidencialidad de las deliberaciones y las actas/registros relacionados y acordar protección legal a los mismos.

III. MARCO JURÍDICO

INTERNACIONAL	
Guía para la atención prehospitalaria de traumatismo. Organización Mundial de la Salud (2007).	En el año 2000, un grupo de expertos internacionales, de la OMS, coincidieron que existe una necesidad imperiosa de fortalecer la calidad y la disponibilidad de los sistemas de atención prehospitalaria para traumatismos en todo el mundo. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/731978927511625?pdfSequence=1&iisAllowed=y
Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito. OMS	En 1974, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Resolución WHA27.59, que declara que los accidentes causados por el tránsito constituyen un problema de salud pública de suma gravedad, e hizo un llamamiento a los Estados Miembros para que lo resuelvan https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/726925207592011599920X.pdf?sequence=1&iisAllowed=y
Guías para programas de mejora de la calidad en el trauma. OMS	Los esfuerzos para fortalecer la atención en el trauma a nivel mundial también han recibido un impulso considerable desde la adopción de la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA60.22 sobre trauma y servicios de atención de emergencia que pedía a los gobiernos y la OMS aumentar sus esfuerzos para fortalecer los servicios para las víctimas de trauma y otras emergencias médicas https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/3278599789583379968-spa.pdf?pg=1
Guía para la atención traumatología básica. OMS	El Proyecto de Atención Traumatológica Básica (EstTC, por la sigla en inglés) aborda uno de los puntos importantes de la gama de actividades encaminadas al control de los traumatismos, a saber, impulsar mejoras de bajo costo en la atención traumatológica que se brinda en los establecimientos sanitarios. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/724927531618X.pdf?sequence=1&iisAllowed=y
INTERNACIONAL	
Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA60.22. PAGINA 86. OMS	Reconociendo que la mejora de la organización y la planificación para la prestación de atención traumatológica y de emergencia forma parte esencial de la prestación de atención integrada, desempeña un importante papel en la preparación y la respuesta ante incidentes con gran número de víctimas, y puede reducir la mortalidad y la discapacidad y prevenir otros resultados sanitarios adversos consecutivos de la carga de traumatismos cotidianos; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/3278599789583379968-spa.pdf?pg=1

NACIONAL	
Constitución Política de Colombia 1991	Se resaltan los siguientes artículos 11,44, 48,49,50. Se consagran como derechos fundamentales, el derecho a la salud y a la seguridad social, estableciendo que la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado.
Ley 100 DE 1993 Artículo 168.	Atención inicial de urgencias. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa
Ley 1164 DE 2007	La presente ley tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio del talento humano en salud
Ley 1438 de 2011 Artículo 67	"POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES". Sistema de emergencias médicas. Artículo 67
Ley 715 de 2001, con el artículo 54	Organización y consolidación de redes de servicios de salud. A la red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud.
DECRETO 412 DE 1992. Ministerio de Salud	Por medio del cual se conforma el Comité Nacional de Urgencias
RESOLUCIÓN 926 DE 2017. por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas. Ministerio de Salud	Que el Sistema de Emergencias Médicas, establecido mediante el artículo 67 de la Ley 1438 de 2011, busca la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar la respuesta oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismo o paro cardiopulmonario que requieran atención médica de urgencias
Resolución 425 de 2008 artículo 15, numeral 6 del Ministerio de Salud.	Plan de intervenciones colectivas. Artículo 15. Acciones de obligatorio cumplimiento en los ejes programáticos del plan de salud territorial. Emergencias y desastres. Atención inicial de urgencias
RESOLUCIÓN 1220 DE 2010. Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE.	La presente resolución tiene por objeto establecer las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE, buscando que por parte de las Entidades Territoriales exista una adecuada y oportuna regulación de pacientes urgentes, coordinación para la atención de emergencias o desastres, estandarización de procesos de referencia y contrarreferencia y la adecuada integración de los recursos relacionados con estos eventos, a través del fomento de la cooperación y la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres (SNPAD).
Resolución 596 de 2015. Triage hospitalario. Ministerio de Salud	Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage"

DISTRITAL	
Decreto Distrital 451 de 2005. Sistema integrado de seguridad y emergencias Número único - 123	ARTICULO 59. Sistema integrado de seguridad y emergencias Número Único- 123 Es el sistema que se ocupará de recibir las llamadas de los ciudadanos o de las entidades solicitando ayuda en casos de emergencias de cualquier tipo o reportando casos de policía, y de despachar las unidades de los organismos de emergencia y seguridad en forma coordinada, para dar una respuesta eficiente y rápida para cada uno de los escenarios de emergencias y seguridad.
Decreto 793 de 2018. Por medio del cual se establecen las normas y procedimientos administrativos, técnicos y operativos para la implementación del Sistema de Emergencias Médicas-SEM en el Distrito Capital de Bogotá y se crea el Comité Distrital de Seguridad y Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres en Salud	Por medio del cual se establecen las normas y procedimientos administrativos, técnicos y operativos para la implementación del Sistema de Emergencias Médicas-SEM en el Distrito Capital de Bogotá y se crea el Comité Distrital de Seguridad y Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres en Salud
Resolución 133 de 2006. Circulación de ambulancias	Adopta el Protocolo para la Circulación de Ambulancias en el Distrito Capital, el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud, públicos o privados, que transportan pacientes.

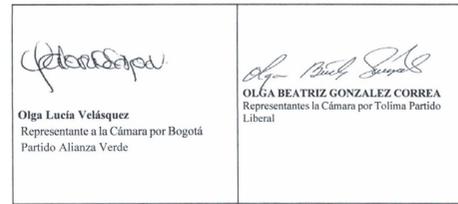
IV. IMPACTO FISCAL

Es de aclarar que de acuerdo con la Ley 819 de 2003 en su artículo 7° se prevé:

ARTÍCULO 7°. 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, deberá 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...”

De acuerdo con lo anterior, la administración puede implementar la presente iniciativa a través de los recursos que se asignen al plan territorial de salud 2020-2024. *Propósito 1. Hacer un nuevo contrato social para incrementar la inclusión social, productiva y política.*



SECRETARÍA GENERAL

El día 2 de septiembre del año 2025

El proyecto presentado en este despacho es el Proyecto de Ley Auto Legislativa No. 293 Con su correspondiente exposición de motivos, suscrito por: Olga Lucía Velásquez y otros

SECRETARIO GENERAL

CARTAS DE ADHESIÓN

CARTA DE ADHESIÓN DE COAUTORÍA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 279 DE 2024 CÁMARA

HONORABLE REPRESENTANTE GABRIEL ERNESTO PARRADO DURÁN

por medio del cual se prorroga el Decreto Ley 893 de 2017, se promueve el fortalecimiento institucional de los municipios pertenecientes a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y se dictan otras disposiciones.

GABRIEL ERNESTO PARRADO DURÁN
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

PACTO HISTÓRICO
COLOMBIA PUEDE

Bogotá, 25 de septiembre de 2025.

Doctor
JAIME LUIS LACOUTURE
Secretario General
Cámara de Representantes

Asunto: Carta de Adhesión de coautoría al Proyecto de Ley No. 279 de 2024 Cámara.

Respetado Secretario:

Cordial Saludo,

Por medio de la presente solicito respetuosamente adherir mi firma como coautor del Proyecto de Ley 279 de Cámara del 2024 "Por medio del cual se prorroga el Decreto Ley 893 de 2017, se promueve el fortalecimiento institucional de los municipios pertenecientes a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial - PDET - y se dictan otras disposiciones". Esta solicitud la hago teniendo en cuenta que en el departamento del Meta el cual represento cuenta con varios municipios PDET.

Agradeciendo su atención y gestión correspondiente para dicho trámite.

Cordialmente

GABRIEL ERNESTO PARRADO DURÁN
Representante a la Cámara por el departamento del Meta
Pacto Histórico - PDA

✉ gabrielparradorepresentante@gmail.com
f Gabriel Parrado @GabrielParradoD

C O N T E N I D O

Gaceta número 1813 - Viernes, 26 de septiembre de 2025

CÁMARA DE REPRESENTANTES**PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO** **Págs.**

Proyecto de acto legislativo número 360 de 2025 Cámara, por medio de la cual se aprueba el voto de los miembros de La fuerza pública y se modifica el artículo 219 de la Constitución Política de Colombia	1
Proyecto de Ley número 293 de 2025 cámara, por el cual se crea el transporte asistencial avanzado de pacientes, de acuerdo con los estándares internacionales y se dictan otras disposiciones.....	7

CARTAS DE ADHESIÓN

Carta de Adhesión de coautoría al Proyecto de Ley número 279 de 2024 Cámara, honorable Representante Gabriel Ernesto Parrado Durán por medio del cual se proroga el Decreto Ley 893 de 2017, se promueve el fortalecimiento institucional de los municipios pertenecientes a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y se dictan otras disposiciones.....	16
---	----