



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5^a de 1992)IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6 6

AÑO XXXIV - N° 1813

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

EDICIÓN DE 17 PÁGINAS

DIRECTORES: DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariosenado.gov.coJAIME 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 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	Iveth A. Sánchez
JUAN FELIPE CORZO ALVAREZ II.R Norte de Santander Centro Democrático	Ana Paola García Soto Representante a la Cámara Departamento de Córdoba
JOSÉ VICENTE ESPESO Senador de la República	EDUAN 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,

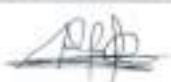
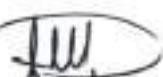
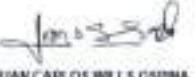
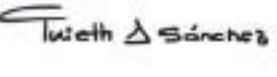
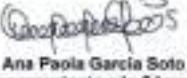
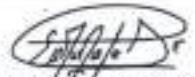
JUAN MANUEL CORTÉS DUEÑAS Representante a la Cámara	GERMAN BLANCO ÁLVAREZ Senador
ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO Representante a la Cámara Departamento de Santander	JOSÉ IVÁN ESCÁTEQUI PASTRANA Representante a la Cámara

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 2º. 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 3º. Vigencia. El presente Acto Legislativo rige a partir de su promulgación.

De los honorables congresistas,

	
JUAN MANUEL CORTÉS DUERA Representante a la Cámara	GERMÁN BLANCO ÁLVAREZ Senador
	
ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO Representante a la Cámara Departamento de Santander	JOSÉ JAIME USATÉGUIZ PASTRANA Representante a la Cámara
	
JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE REPRESENTANTE A LA CÁMARA DEPARTAMENTO DE NARIÑO	JUAN CARLOS WILLS OSINA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR BOGOTÁ
	
JORGE ELÍCER TAMAYO MARULANDA Representante a la Cámara	
	
JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ H.R Norte de Santander Centro Democrático	ANA PAOLA GARCÍA SOTO Representante a la Cámara Departamento de Córdoba
	
JOSÉ VICENTE GÓMEZ Senador de la República	EDUAN 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 5^a 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 conocedores 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 derecho².

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, mencionando 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 2º y 3º:

ARTÍCULO 2º

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 3º

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/servidores_publicos=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.

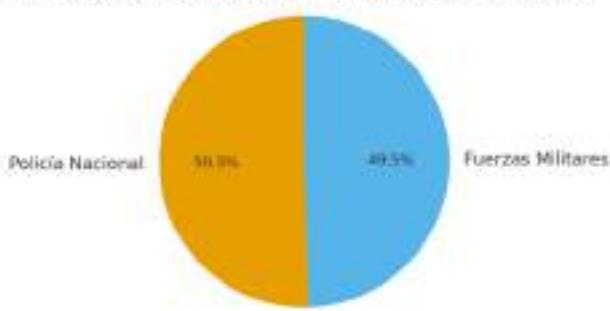
¹⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Yatama vs. Nicaragua*. Sentencia de 23 de junio de 2005, Serie C No. 127, párrs. 195-197.

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

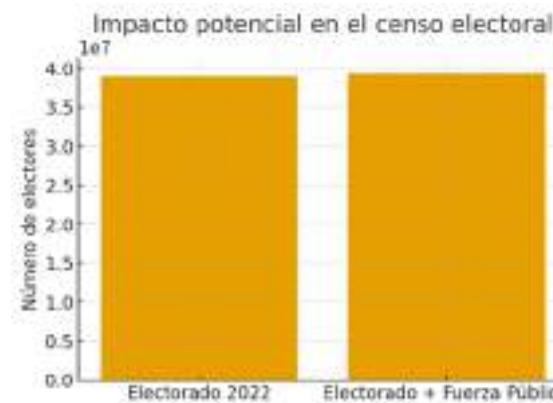
¹² Luigi Ferrajoli, ‘Derechos y garantías: la ley del más débil’, sobre proporcionalidad y límites.

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.

Conflictos de Interés

De acuerdo con el artículo 291 de la Ley 5^a de 1992 -Reglamento Interno del Congreso, modificado por el artículo 3^o 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 1^o 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 1º 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 ÁLVAREZ Senador
ERIKA TATIANA SÁNCHEZ PINTO Representante a la Cámara Departamento de Santander	JOSÉ JAIME ESCÁTEGUI PASTANA Representante a la Cámara
JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE REPRESENTANTE A LA CÁMARA DEPARTAMENTO DE NARIÑO	JUAN CARLOS INELLS OSPIÑA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR BOGOTÁ
Jorge Eliécer Tamayo Marulanda Representante a la Cámara	Tuceth A. Sánchez

JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ H.R Norte de Santander Centro Democrático	Ana Paola García Soto Representante a la Cámara Departamento de Córdoba

JUAN ALEXIS TRIANA RINCÓN Representante a la Cámara Boyacá Centro Democrático	JUAN DANIEL PEÑUELA CALVACHE REPRESENTANTE A LA CÁMARA DEPARTAMENTO DE NARIÑO

M. 23 de Septiembre del año 2025
Este acto presentado en este despacho el
Número de Ley 360 Acto Legislativo
Con su correspondencia
En virtud de motivos, suscrito Por:

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 Lucia Villegas Representante a la Cámara por Bogotá Partido Alianza Verde	OLGA BEATRIZ GONZALEZ CORREA Representante a 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 1º. 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.

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

- 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
Benztropina			x
Box antiofídico	x	x	x
Calcio gluconato 10%			x
Ceftriaxona	x	x	x
Clopidogrel		x	x
Droperidol		x	x
Enoxaparina		x	x
Fentanilo	x	x	x
Furosemida			
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			
Ipratropio bromuro	x	x	x
Isoprenalina			
Ketamina			x

Lidocaína 1%			x
Magnesio sulfato		x	x
Metaraminol			
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
Penitoxina- fenitoína			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
Tirofibrán	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
Laringea máscara vía aérea inserción- Ped. (>8 años)		x	x
Laringea 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 inspiratoria 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
Orofaríngea 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
Cardiacas			
12-Lead ECG colocación	x	x	x
12-Lead ECG STEMI reconocimiento		x	x
12-Lead ECG avanzada interpretación		x	x
Autónoma fibrinolisis administración			x
Autónoma derivación pPCI			x
Decisión con apoyo de administración de fibrinolisis		x	
Decisión con apoyo de derivación pPCI		x	
Sincronizada Cardioversión			x
Transcutánea estimulación cardiaca			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

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 inspiratoria final positiva			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. Apruébase 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.



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

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

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:

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:



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 tipo público.

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 continua 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://ridgeems.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 las provisores de atención prehospitalaria*

Tipo de proveedor en el entorno prehospitalario			
Práctica médica básica	Práctica médica avanzada	Atención prehospitalaria básica para rescatistas	Atención prehospitalaria avanzada para rescatistas
Conocimientos y habilidades			
Alerta			
Capacitarse en primeros auxilios	F	F	F
Evaluación del lugar del incidente			
Echar la vista rápida en el lugar del incidente (entorno, clima y ambiente)	F	F	F
Evaluarse la necesidad de acudir inmediatamente	F	F	F
Evaluar la gravedad de la lesión	G	G	F
Seguridad del proveedor			
Echar especial énfasis sobre prevención de contusiones (H&S)	F	F	F
Luchar la exposición al PPE y la limpieza (E y C)	F	F	F
Respetar las normas de bioseguridad	F	F	F
Evaluar los parámetros transportados por el paciente	G	G	F
Evaluación del paciente			
Evaluación basal			
Evaluar la capacidad de las vías respiratorias	F	F	F
Evaluar la capacidad de la respiración	F	F	F
Evaluar la presencia del sangrado interno	F	F	F
Evaluación al nivel de conciencia	G	G	F
Evaluación si los sistemas vitales principales que el paciente conserva	G	F	F
Establecer prioridades para la atención inmediata	G	F	F
Realizar la radiografía de tórax para evaluar fracturas	PR	G	F
Evaluación pacientes en riesgo y considerar el traslado	G	F	F
Evaluación secundaria			
Evaluar las lesiones en el cuello	I	G	F
Evaluar las lesiones en la cabeza	I	G	F
Evaluar las lesiones en el torso	I	G	F
Evaluar las lesiones abdominales	I	G	F
Evaluar las lesiones en las extremidades	I	G	F
Evaluar la función renal	I	G	F
Evaluar si el paciente tiene un factor psicofisiológico	I	G	F
Evaluación si el paciente tiene una lesión que impide su escape o las maniobras del paciente	G	F	F
Evaluar al resto de las personas	G	F	F
Evaluación de la respiración	G	G	F
Evaluar los signos de una convulsión	G	G	F
Evaluar las heridas para descartar posibles disociaciones y/o roturabilidad	I	I	F
Evaluar el grado de las quemaduras (gravedad y extensión)	I	I	F
Realizar un diagnóstico diferencial de la causa de la convulsión	I	I	F
Evaluación una lesión que amenaza el paciente	I	I	F

ESTRUCTURA DE RECURSOS PARA SISTEMAS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA PARA TRAUMATISMOS

CUADRO 2. (continuación)

Tipo de proveedor en el entorno prehospitalario			
Práctica médica básica	Práctica médica avanzada	Atención prehospitalaria básica para rescatistas	Atención prehospitalaria avanzada para rescatistas
Intervenciones			
Manejo en el lugar del incidente			
Manejar situación de rescate	PR	G	F
Manejar escenas seguras para evitar daños en las personas adyacentes	PR	G	F
Controlar grandes hemorragias, el sangre y otros líquidos	G	F	F
Dar oxígeno y manejar inestabilidad	G	F	F
Manejar el tránsito de pacientes	G	F	F
Documentar el incidente	G	G	F
Vías respiratorias y respiración			
Otorgar las cuatro operaciones de las vías respiratorias (p.ej., lavar la respiración de los rescatistas de PPE)	F	F	F
Utilizar o aplicar las vías alternativas con dispositivos simples que se necesitan para la ventilación y tracción mandibular	F	I	F
Manejar a dar las vías alternativas utilizando una protección de respiración	F	I	F
Proporcionar succión respiratoria (presión positiva con inspiración BLS) (BLS)	PR	F	F
Utilizar dispositivos de succión	I	G	F
Inspección vía aérea en el tiempo o no de dudas	I	G	F
Proporcionar actividad respiratoria artificial (utilizar máscara Pocket Mask para proveer ventilación boca-a-máscara)	I	G	F
Ajustar la ventilación mediante un dispositivo de vía aérea manual	I	G	F
Administrar oxígeno	I	G	F
Utilizar dispositivos para las vías aéreas, dispositivos de respiración	I	I	G
Utilizar dispositivos de succión	I	I	G
Utilizar dispositivos de ventilación	I	I	G
Utilizar dispositivos de respiración médica	I	I	G
Realizar intubación endotraqueal	I	I	G
Realizar intubación endotraqueal quirúrgica	I	I	G
Realizar descompresión gástrica	I	I	G
Realizar descompresión por presión para descomprimir órganos	I	I	G
Realizar broncoaspiración por intubación	I	I	G
Corazón, respiración, vías de alimentación, movilidad y eliminación			
Controlar las vías respiratorias y tratar de preservarlas	F	I	F
Mejorar las condiciones de la respiración al tratar de una convulsión y/o una respiración cardiorrespiratoria	I	I	F
Introducir el paciente para aliviar el dolor, reducir el sangrado y/o la complicación	I	I	F
Garantizar fuerza para controlar la hiperextensión y el dolor	I	I	F
Evitar la hiperextensión para mantener la vía respiratoria	I	I	F

GUÍAS PARA LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE LOS TRAUMATISMOS

CUADRO 2. (continuación)

Tipo de proveedor en el entorno prehospitalario			
Práctica médica básica	Práctica médica avanzada	Atención prehospitalaria básica para rescatistas	Atención prehospitalaria avanzada para rescatistas
Herramientas			
Herramientas de respuesta			
Usar el monitor de ritmo para la hipotensión (p.ej., monitor)	I	G	F
Medir y registrar la presión arterial y la frecuencia cardíaca	I	F	F
Controlar la temperatura corporal	I	G	F
Aplicar las cuatro técnicas para obstruir las arterias (p.ej., compresión, taponamiento)	I	PR	F
Comprender los parámetros de la maculación con igualdad	I	I	PR
Resucitar las personas politérmicas para mantener las arterias abiertas	I	I	G
Obstaculizar el acceso a las arterias para calmar el dolor	I	I	PR
Administrador el acceso para una perfusión	I	I	PR
Obstaculizar el acceso intravenoso para las infusiones de líquido	I	I	PR
Concienciación y técnica de transfusión	I	I	PR
Herramientas			
Manos			
Manos sin querida guante (p.ej., aperturas)	F	F	F
Realizar limpieza respiratoria simple con o sin querida guante (p.ej., lavado, aspiración por respiración)	I	I	F
Administrador profundo para el retorno circulatorio	I	I	F
Administrador profundo para el dolor	I	I	F
Realizar cirugía menor para tratar heridas (p.ej., desbridamiento, sutura)	I	I	PR
Quemaduras			
Entregar el área de la quemadura con agua	F	F	F
Cubrir la piel con querida limpia	F	F	F
Controlar el riesgo de hipotermia	G	G	F
Cubrir la piel con querida sobre el agua	I	I	F
Utilizar un termómetro por vía rectal para determinar qué supone el 15% de la superficie corporal	I	I	PR
Quemaduras y heridas			
Quemaduras y heridas			
Usar la sonda rectal para medir las quemaduras	F	F	F
Usar los instrumentos disponibles para establecer heridas	G	G	F
Usar la tinta para la sangre	I	I	F
Aplicar transito cutáneo	I	I	F
Aplicar la tinta en carne	I	I	PR
Lesiones en la cabeza y en la columna			
Tener las manos libres para la columna cuando se responde a un paciente	F	F	F
Usar la maceta para estabilizar la columna (p.ej., colchón, tabla para el espaldar)	I	I	F
Manejar adecuadamente a los pacientes con lesiones de la columna para evitar complicaciones	I	I	F

ESTRUCTURA DE RECURSOS PARA SISTEMAS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA PARA TRAUMATISMOS

CUADRO 2. (continuación)

Tipo de proveedor en el entorno prehospitalario			
Práctica médica básica	Práctica médica avanzada	Atención prehospitalaria básica para rescatistas	Atención prehospitalaria avanzada para rescatistas
Intervenciones			
Manejo en el lugar del incidente			
Manejar situación de rescate	PR	G	F
Manejar escenas seguras para evitar daños en las personas adyacentes	PR	G	F
Controlar grandes hemorragias, el sangre y otros líquidos	G	F	F
Dar oxígeno y manejar inestabilidad	G	F	F
Manejar el tránsito de pacientes	G	F	F
Documentar el incidente	G	F	F
Vías respiratorias y respiración			
Otorgar las cuatro operaciones de las vías respiratorias (p.ej., lavar la respiración de los rescatistas de PPE)	F	F	F
Utilizar o aplicar las vías alternativas con dispositivos simples que se necesitan para la ventilación y tracción mandibular	F	I	F
Manejar a dar las vías alternativas utilizando una protección de respiración	F	I	F
Proporcionar succión respiratoria (presión positiva con inspiración BLS) (BLS)	PR	F	F
Utilizar dispositivos de succión	I	G	F
Inspección vía aérea en el tiempo o no de dudas	I	G	F
Proporcionar actividad respiratoria artificial (utilizar máscara Pocket Mask para proveer ventilación boca-a-máscara)	I	G	F
Ajustar la ventilación mediante un dispositivo de vía aérea manual	I	G	F
Administrar oxígeno	I	G	F
Utilizar dispositivos de respiración	I	I	G
Utilizar dispositivos de respiración médica	I	I	G
Realizar intubación endotraqueal	I	I	G
Realizar intubación endotraqueal quirúrgica	I	I	G
Realizar descompresión gástrica	I	I	G
Realizar descompresión por presión para descomprimir órganos	I	I	G
Realizar broncoaspiración por intubación	I	I	G
Corazón, respiración, vías de alimentación, movimiento y eliminación			
Manejar la sangreadura y la fuga normal para mantener las vías respiratorias, vías de alimentación y urinarias	I	I	F
Supervisar la función respiratoria	I	I	F
Tratamiento del dolor			
Tratar el dolor o utilizar medicamentos con dolor, dependiendo a la intensidad	I	I	F
Tratar el dolor con analgésicos no narcóticos	I	I	PR
Tratar el dolor con analgésicos narcóticos	I	I	F
Medicamentos			
Aplicar aplicaciones con antisépticos simples, desinfectantes (p.ej., alcohol) o antibióticos según las necesidades	I	I	F
Administrador náuseas y náuseas (p.ej., prometidina o de Metoclopramida)	I	I	PR
Administrador náuseas y náuseas (p.ej., prometidina o de Metoclopramida)	I	I	F
Equipos y suministros			
Comunicaciones			
Comunicación inalámbrica (p.ej., radio, teléfono móvil)	I	G	F
Protección			
Guantes-protectores de uso único grande y mediano	G	F	F
Protección nasal (cubrirse las narices o nasal con protección lateral)	G	F	F
Usar una reflectancia o reflectante para identificarlos y protegerlos	G	F	F
Realizar sistemas de protección para el control del tránsito	G	F	F
Uniones y tabiques de respuesta, barreras, reflejos o reductores	G	F	F
Jabón e impresa desinfectante para lavar las manos (p.ej., cloro)	F	F	F
Soluciones hidratantes (p.ej., agua)	F	F	F
Monitoreo de presión arterial, latido y dolorímetro	G	F	F
Solución desinfectante para los equipos	I	G	F
Bolsas plásticas para elementos que se protejan los pulgares (p.ej., nudo-cinturones)	I	G	F
Forros y protecciones de agua (p.ej., impermeables)	I	G	F
Bolsas de refrigeración para diversidad de indumentaria	I	I	F
Desinfectar de inodoro	I	I	F
Controlador para inodoro, carabinas	I	I	F
Rescate			
Equipo básico de rescate (p.ej., resacadores, palancas, garras hidráulicas)	I	G	F
Otros equipos de rescate (p.ej., cintas, tornillos, sogas, etc.) para protección de protocolos	I	PR	C
Talla corta para resacador	I	I	F
Equipo especializado de rescate (p.ej., remolques, grúas, etc.)	I	I	PR

CUADRO 2 (continuación)				
		Tipo de proveedor en el sistema prehospitalario		
Proveedores físicos	Proveedores materiales	Asistencia prehospitalaria técnica para transporte	Asistencia prehospitalaria móvil para traumatizado	
Tecnología y procedimientos				
Tubo de plástico o metalic o manguera larga y rigida	C	P	F	
Tubo fino para intubación endotraqueal	C	P	F	
Camilla desplazable de tracción, plástico o tela	C	P	F	
Dispositivo de intubación para la cabeza	I	P	F	
Colgante cervical	I	P	F	
Control de las vías aéreas y de la respiración				
Presión de boca	C	P	F	
Flúoscope o Pocket Mask (o bien proveer ventilación buco-nasal)	C	P	F	
Dispositivo para intubación endotraqueal	C	C	F	
Vias aéreas endotraqueales y/o con dilatadores (goma, Uvuláctico, cítrico y almidón)	C	C	F	
Camilla rígida, correa o tubo de cuello	C	P	F	
Desplazamiento	C	P	F	
Equipo de oxígeno y equipo de aspiración de secreciones	C	P	F	
Flúoscope para el manejo de sangre y/o líquidos corporales	I	P	F	
Desplazamiento de paciente-traslado o con estabilización	I	P	F	
Camilla rígida o en la camilla rígida para cuello	I	P	F	
Desplazamiento de lesiones cráneo	H	C		
Urgencia de fractura lumbar principal	I	P	F	
Corrección y tubo endotraqueal	I	P	F	
Intubación de cuello o cadera	I	P	F	
Presión de succión	I	P	F	
Dispositivo desfribilador esfílego	I	P	F	
Presión Hugel	G	P	F	
Aguja y jeringa	I	P	F	
Aguja para intubación	I	P	F	
Control de hemorragia y lesiones abdominales				
Ajuda grande	C	P	F	
Manguera	C	P	F	
Vasos y tubos	C	P	F	
Relevo de goma	C	P	F	
Compresa	C	P	F	
Agujas de aspiración	C	P	F	
Camilla rígida	I	P	F	
Indicador de radiación (radi	I	P	F	
Plancha	C	P	F	
Ventilador de succión (sistema de aspiración)	I	P	F	
Vestido de plástico (sistema de aspiración)	I	P	F	
Torniquete arterial	I	P	F	
Aguja y jeringa	I	P	F	
Compresión extrahospitalaria	I	P	F	
Compresión de abdomen interno (láminas y cinturones)	I	P	F	
Aguja venosa o arterial	I	P	F	
CUADRO 2 (continuación)				
		Tipo de proveedor en el sistema prehospitalario		
Proveedores físicos	Proveedores materiales	Asistencia prehospitalaria técnica para transporte	Asistencia prehospitalaria móvil para traumatizado	
Quemaduras				
Manguera o gas de parafina	I	I	P	F
Agente quemaduras	I	I	C	F
Apoyo para quemaduras	I	I	I	C
Diagnóstico y separación				
Radiografía o desplazamiento con rayos X	I	D	B	B
Endoscopio	I	O	F	F
Dispositivo de monitorización de la presión arterial	I	C	F	F
Medidor	I	I	F	F
Unidad para monitorizar	G	I	F	F
Sensómetro	I	C	F	F
Comprimido de pulso	I	I	C	C
Dispositivo de control cardíaco intravenoso	I	I	C	C
Medicamentos				
Cloruro	I	O	S	F
Agente antidiábolos Major	I	I	C	F
Desinfectante (en spray)	I	I	I	C
Cola de higado (para estabilizar) o coágulos	I	I	I	C
Soluciones de suero	I	I	I	C
Ácido acético o lejía	I	I	I	C
Respirador (en espuma)	I	I	I	C
Respirador (en membrana)	I	I	I	C
Solución salina al 0,9%	I	I	I	F
Indumentaria (camisa o prendas normales)	I	I	I	F
Aguja para aspiración	I	I	I	F
Primeros auxilios				
Lazo de contención (tubo, jarretera, etc.)	C	P	F	F
Bandaje	C	P	F	F
Respirador para bajar agua o lavar los ojos	I	I	I	F
Recipiente para inyección y aspiración	I	I	F	F
Placa para medicación (tableta dividida o placa dividida)	I	I	F	F
Pila	I	I	C	F
Origen de refrigeración	I	I	F	F
Visudis	I	I	F	F
Preparación para levantar lesionados				
Lazo	I	C	F	F
Plancha resistente	I	C	F	F
Blow de cinta	I	I	F	F
Equipo para documentar los incidentes y el resultado de los pacientes	I	I	C	F

*Los elementos de la lista de necesidades se dividen en F para fijos/estables, C para comunes, PR para portátiles/no portátiles e I para irrelevantes.

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 mejorar 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 médicaamente 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 difícil por la falta de base de evidencia para varios de los procedimientos utilizados, como son 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 con 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** (aclurar expectativas o dar entrenamiento supplementario 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

INSTITUCIONES SOCIALES	
Ciudad para la desarrollo sustentable del desarrollo sustentable y promoción de la sostenibilidad social (CDS)	En el año 2000, un grupo de expertos internacionales, de la FAO, consideraron que la idea más necesaria de desarrollo sostenible es la disponibilidad de los sistemas de servicios sostenibles para comunidades en todo el mundo.
Instituto Mexicano para la Promoción de las Investigaciones Científicas y Técnicas (IMPIC)	En 1974, se fundó el Instituto Mexicano de Investigaciónes Científicas y Técnicas por los científicos mexicanos que impulsaron la creación de la Comisión Interministerial para la Investigación Científica y Técnica (CICYT) y la creación de la Comisión Interministerial para la Investigación Científica y Técnica (CICYT).
Centro para el desarrollo sustentable y las investigaciones científicas y tecnológicas (CIDES)	Los sistemas para desarrollo sostenible en el mundo se viven como una fuerza considerable dentro de la estrategia de la Secretaría de Asuntos Mexicanos de la Nación. INIDEA 20 se ha tratado como un sistema de desarrollo sostenible que apela a los problemas y las soluciones más relevantes para las comunidades para las vivencias y las ideas y otras estrategias sostenibles.
Centro para el desarrollo sustentable y las investigaciones científicas y tecnológicas (CIDES)	El PNUD puso en marcha la Organización Interdisciplinaria Mundial para el Desarrollo Sostenible para las personas que trabajan sobre los temas de desarrollo sostenible. A este organismo mundial de Naciones Unidas se le encargó la responsabilidad de impulsar la investigación que se llevaba a cabo en las instituciones sostenibles.
Centro para la investigación y desarrollo sustentable (CIDES)	El PNUD puso en marcha la Organización Interdisciplinaria Mundial para el Desarrollo Sostenible para las personas que trabajan sobre los temas de desarrollo sostenible. A este organismo mundial de Naciones Unidas se le encargó la responsabilidad de impulsar la investigación que se llevaba a cabo en las instituciones sostenibles.
INVESTIGACIONES	
Asociación Mexicana de la Ciencia Biosanitaria (AMAB) ENGENIERÍA BIOMÉDICA (ENGB)	Resaltando que la mejora de la investigación y el planeamiento para la promoción de avances biomédicos y de ingeniería tiene particular importancia en el desarrollo de la ciencia médica, desempeñó su importante papel en la promoción y la impulsión para consolidar una gran número de investigaciones, para reducir la incertidumbre y la disponibilidad y prevenir riesgos y enfermedades causadas entre las comunidades de la larga lista de enfermedades, incluyendo:
http://www.enb.org.mx/index.php?lang=es&cat=101&sub=101&id=101&menu_id=101&sub_id=101	
SISTEMAS	
Consejo Nacional de Calidad (CNC)	Resaltando los resultados obtenidos (11-44, 38,45,46) en estrategias contra desastres transfronterizos, el desarrollo de la salud y la seguridad social, estableciendo que la estrategia era crítica al desarrollo económico y social.
Ley 100-001-1995 (Artículo 56)	Resaltando que la estrategia es la prioridad de las autoridades federales y estatales para prevenir y mitigar los posibles incidentes de desastres. Deberá ser priorizada en forma obligatoria por medios tales como la elaboración de planes y programas que prevengan la ocurrencia de daños o malas personas, independientemente de la magnitud de riesgo. Su priorización no seguirá dentro de ciertas prioridades.
Ley 104-00-2007	Se priorizarán las estrategias que disminuyan las dimensiones ambientales ante las presiones de población, desarrollo, vigilancia y control del ejercicio del trabajo humano en salud.
Ley 143-00-2011 (Artículo 57)	PROYECTO DE LEY DE ESTADÍSTICA, ESTADÍSTICA FINANCIERA Y MEDIDA DE RIESGO EN SALUD PARA EL PERÍODO 2012-2015. DIFUSIÓN, USO, ESTUDIO Y DIVULGACIÓN DE DATOS DE ESTADÍSTICAS, ESTADÍSTICA FINANCIERA Y MEDIDA DE RIESGO EN SALUD. ARTÍCULO 57.
Ley 7-03-2001, con el artículo 34	Organizadas y coordinadas de todos los niveles de salud. La red de coordinación de salud se organizará por planes de contingencia y roles-tareas entre el coordinador, los jefes de unidades y las autoridades que proveen los servicios de salud y administración de salud y de la premisa de que se manejarán unidades de salud accionadas con alta eficiencia, eficiencia y eficacia en el cumplimiento de sus funciones y operaciones, así como con la implementación que para tales efectos exija el Ministerio de Salud.
LEY 100-001-001-1995, Ministerio de Salud (RESOLUCIÓN-95- JU-2011), por la cual se reglamenta el desarrollo y aplicación del Sistema Estratégico Médico- Biomédico (Sistema de Salud)	Por medio del cual se promueve el control epidemiológico de las enfermedades.
Resolución 433-03-2004, artículo 15, numeral 6 y el Anexo 1 de la Resolución de Salud	Obj. de Sistema de Emergencias Médicas establecido en artículo 4º de la Ley 100-00-2011. Núca de permanencia de los diferentes niveles del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar la respuesta médica a las situaciones de emergencia, incluyendo de radiológico, infeccioso o químico-tóxicos que amenazan la salud pública de importancia.
RESOLUCIÓN-95- JU-2011, por la cual se establecen los criterios y procedimientos para la expresión y la funcionamiento de los centros hospitalarios de radiología	Plan de respuesta ante radiología, Atención RT. Número de obligatoriedad cumplimiento en los planos programáticos de cada hospital.
Resolución 433-03-2004, artículo 15, numeral 6 y el Anexo 1 de la Resolución de Salud	Plano de respuesta ante radiología, Atención RT. Número de obligatoriedad cumplimiento en los planos programáticos de cada hospital.
RESOLUCIÓN-95- JU-2011, por la cual se establecen los criterios y procedimientos para la expresión y la funcionamiento de los centros hospitalarios de radiología	La presente constitución tiene como objeto establecer las condiciones y requerimientos para la radiología médica, operación y funcionamiento de los Centros Radiológicos de Urgencias, Emergencias y Clínicas, y establecer que por parte de los Directores Territoriales se establezcan las autorizaciones y operación reguladas de pacientes, urgencias, coordinación para atención de pacientes y servicios de enfermería, la atención de enfermos y el manejo de la información y la educación de los pacientes y sus familiares, así como el manejo de los diferentes niveles del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema Nacional de Protección Civil y de Desastres (SNPD).
Resolución 196-00- 2011, Méjico, 2011	Por lo tanto en definitiva, los criterios tienen para el Sistema de Radiología y Clínica de Radiología en los servicios de urgencias "Urgencias".

ESTRUCTURAL	
Educato Hospital 100 en 2000. Sistema integrado de seguridad y emergencias Sistema unico - ESI.	ARTICULO 29. Sistema integrado de seguridad e integridad del Sistema Unico - ESI el sistema que se encarga de recibir las llamadas de los establecimientos o de las entidades administrativas que en materia de riesgos generales de población tipo I representan cuadro de peligro, y en consecuencia, han resultado de los requerimientos de integridad y seguridad emitidos por las autoridades competentes para dar una respuesta eficiente y eficaz para cada una de las emergencias que surgen.
Derechos 793 de 2014. Por medio del cual se establece la contratación de los servicios de: -asesoramiento administrativo y asesoramiento y apoyo para la implementación del Sistema de Gestión Integral Multidisciplinario (SGIM) en el Distrito Capital de Bogotá y en zona C, Distrito Capital de Bogotá y Comuna 13 del Municipio de Bogotá y Comuna 13 del Municipio de Bogotá y Distrito Capital en Salud.	Por medio del cual se establece los servicios de: -prestación de servicios administrativos, ejecutivos y operativos para la implementación del Sistema de Gestión Integral Multidisciplinario (SGIM) en el Distrito Capital de Bogotá y en zona C, Distrito Capital de Bogotá y Comuna 13 del Municipio de Bogotá y Comuna 13 del Municipio de Bogotá y Distrito Capital en Salud.
Miscelánea 113 del 2009. Clausulado de autorizaciones.	Decreto 113 del 2009 para la Creación de Autorizaciones en el Distrito Capital, así como su obligatorio cumplimiento por parte de las autoridades de los estados de salud, políticas privadas, que transportan pacientes.

IV. IMPACTO FISCAL

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

ARTÍCULO 7º. 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 coa 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.*



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.



CONTENIDO

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 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.....	16
--	----

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2025