

Bogotá, 2025

Doctor

JULIAN LOPEZ

Presidente de la Cámara de Representantes de Colombia

Doctor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

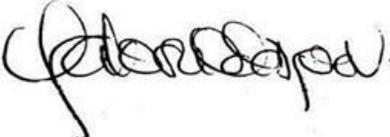
Secretario General Cámara de

Representantes

Asunto: Radicación del Proyecto de Ley “**POR EL CUAL SE CREA EL TRANSPORTE ASISTENCIAL AVANZADO DE PACIENTES, DE ACUERDO CON LOS ESTANDARES 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 AVANZADO DE PACIENTES, DE ACUERDO CON LOS ESTANDARES INTERNACIONALES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES**”.

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

POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL TRANSPORTE ASISTENCIAL AVANZADO DE PACIENTES, DE ACUERDO CON LOS ESTANDARES 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 2. 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 a 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.

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

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

-Avanzada: se define como un vehículo utilizado en el traslado de un paciente, que se encuentra con compromiso de su vida por su enfermedad o trauma, en el medio terrestre, aéreo, marítimo, fluvial o diferente; y que debe contar con una dotación avanzada, para dar atención oportuna y adecuada al paciente durante el desplazamiento.

Artículo 4. Tripulación de Ambulancia Avanzada. La ambulancia está conformada:

-Avanzada: El servicio habilitado de salud debe contar de tres (3) tripulantes; dos (2) Tecnólogos en Atención Prehospitalaria con competencia en Atención vital avanzada, uno será líder; y un conductor primordialmente (1) técnico profesional en atención prehospitalaria, en cualquier caso, con certificado de formación en la competencia de Atención vital básica. El conductor debe cumplir con los requerimientos de la autoridad de tránsito terrestre y adicionalmente cuenta con capacitación en primeros auxilios.

Prehospitalario de Atención Vital Avanzada: Cumpliendo con estándares nacionales e internacionales, se llamará Tecnólogo Paramédico, al tecnólogo en atención prehospitalaria con la competencia de Atención Vital Avanzada.

Artículo 5. Dotación de las Ambulancias: se utilizará la norma técnica colombiana NTC 3729 de 2007 de ICONTEC para ambulancias en su actualización vigente, para los requisitos de dotación, o la que este más actualizada.

-**Avanzada:** Además de lo exigido para la ambulancia de transporte asistencial básico se debe incluir: **B.1.1 Equipos:** Un monitor portátil de electrocardiografía de mínimo tres electrodos para las derivaciones de miembros con desfibrilador. Un dispositivo para cortar anillos. - Un medidor de glicemia ó dextrometer. - Un oxímetro de pulso. Equipo de órganos de los sentidos. Un mango de laringoscopio adulto con mínimo tres valvas de diferentes tamaños y un mango de laringoscopio pediátrico con mínimo tres valvas de diferentes tamaños. Se puede utilizar un solo mango de laringoscopio para uso adulto y pediátrico. - Máscaras laríngeas y/o combitubos para uso pediátrico y adulto, mínimo de dos tamaños para cada grupo etéreo. Tubos endotraqueales para uso pediátrico y adulto, mínimo de dos tamaños para cada grupo etéreo. - Una bujía de intubación. **B.2.1 Insumos:** Equipos de microgoteo y de macrogoteo. - Un torniquete para realizar venopunción. - Jeringas desechables de diferentes tamaños. - Frascos con jabón quirúrgico, solución yodada y alcohol. - Medicamentos e insumos de uso médico para administración del tipo de: reanimación, líquidos parenterales, cardiovasculares, analgésicos, corticoesteroides, enfermedades gastrointestinales, anestésicos locales, anticonvulsivantes, diuréticos, broncodilatadores, carbón activado y los demás que para estos propósitos determine la institución.

Artículo 6. Profesionalización del Personal Prehospitalario. Se busca el desarrollo académico, cualificación, especialización posgradual, y profesionalización del talento humano en atención prehospitalaria, a través de los ciclos propedéuticos de educación superior, orientados por las instituciones universitarias, con la participación de las asociaciones profesionales.

Parágrafo. Recalificación. El personal prehospitalario debe recalificar sus destrezas, habilidades y conocimientos de intervención en pacientes cada 3 años a través del director médico del hospital base, estos exámenes demuestran sus competencias para desempeñarse en el cargo, estas son actualizaciones continuas del talento humano en atención prehospitalaria.

Artículo 7. Protocolos. Los protocolos de intervención de emergencias en salud, deben ser creados, aprobados y aceptados internacionalmente, por el director médico del sistema de emergencias médicas local, especialmente para el transporte asistencial Básico, Avanzado.

Parágrafo 1. Se utilizará video, documentos, grabación, radios, celular, teléfono, telemedicina, teleasistencia, historia clínica prehospitalaria y otros medios disponibles, para estar en contacto directo con los prehospitalarios de la escena.

Parágrafo 2. Declaración de No traslado: el criterio profesional del prehospitalario debe respetarse, ningún paciente que ha sido declarado muerto por un profesional de la salud, o que a la valoración inicial se encuentre sin signos vitales, no podrá ser transportado en la ambulancia.

Artículo 8. Actos controlados y actos delegados. Son los actos, procedimientos, actuaciones y competencias que pueden hacer los Paramédicos, según su nivel de formación, las cuales son autorizadas y aprobadas por el director médico del sistema de emergencias médicas local.

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
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
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
Tirofibán	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



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
Cardiacas			
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



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*			

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

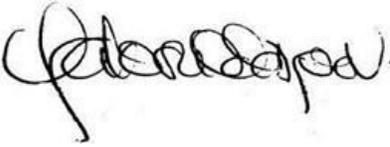
Parágrafo 2. las instituciones y empresas privadas de transporte asistencial de pacientes deben contar con póliza de responsabilidad civil de daños contra terceros y póliza de responsabilidad civil profesional.

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 Representantes 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

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

³ Guía para la atención prehospitalaria de traumatismos. OMS. 2007.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/723/9789275316252.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

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:

- 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)

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:

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



RECUADRO 4. Estudio de caso: Tailandia

Desarrollo e implementación de un sistema de atención prehospitalaria

Cada año, más de 12 millones de pacientes acuden a los departamentos de emergencia de Tailandia 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 1 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, pautas de práctica clínica y sistemas de evaluación), normas de ambulancia (definición de normas sobre los requisitos de equipos y mantenimiento) y sistemas de comunicación (establecimiento de un sistema de llamadas de emergencia 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 tailandés = 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 contaban con 1000 integrantes del personal de atención prehospitalaria y 80 ambulancias, y que se habían respondido a 7835 llamadas de emergencia. En total, 90% de las respuestas se habían realizado 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 Tailandia 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: Pakistán

Cómo establecer el servicio médico inicial de rescate en casos de emergencias

Durante los últimos años, se ha intentado brindar atención prehospitalaria en casos de emergencias en Pakistán. Sin embargo, no se pudieron sustentar los esfuerzos debido a que ninguna entidad ha tenido la autoridad y la responsabilidad para desarrollar un sistema. Los médicos de Punjab propusieron que se estableciera un servicio médico de rescate para casos de emergencia y que ese sistema formara parte de la infraestructura de atención prehospitalaria de emergencias.

Si bien ha llevado varios años promover el apoyo y el compromiso que el proyecto requiere, en diciembre de 2004 el gobierno de Punjab lanzó en Pakistán el primer servicio médico de rescates para casos de emergencia con profesionales altamente capacitados y equipados. Se creó una dirección independiente para el servicio de ambulancias y emergencias (conocido como Rescue 1122) que realiza eficazmente tareas de rescate y de traslado de las víctimas con traumatismos causados por el tránsito y emergencias.

El servicio se lanzó dentro de los 6 meses posteriores a la decisión de implementación. El material de capacitación se escribió en urdu. Se reclutaron rescatistas entusiastas en Lahore, se fundaron institutos de capacitación y se asignaron los instructores correspondientes. Las personas reclutadas recibieron un estricto programa de capacitación física, controlado internacionalmente en el centro de capacitación de la policía de Lahore. El plan de estudios incluyó módulos sobre rescate, categorización del paciente y técnicas de soporte vital.

Además, se habilitaron ambulancias y vehículos especialmente diseñados con equipos médicos y de rescate esenciales. Todas las empresas de telefonía fija y móvil implementaron el código de emergencia gratuito 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 Comunicaciones que garantizan la calidad del servicio. Se fundó una estación central y cinco subestaciones con el fin de respaldar el servicio médico de rescates en casos de emergencia. Si bien se trata de un servicio nuevo, ya se han logrado mejoras en las respuestas ante emergencias: es más frecuente la presencia de rescatistas capacitados 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 "cadenas 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 técnicas a las zonas rurales y 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,
- 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

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

- Community Support/Services
- Critical Care Transport
- Event Medical Stand-by Units
- Fixed-Wing Transport
- Helicopter (Rotor-wing) Transport Medevac 10
- Intrahospital Transport Program
- Neonatal Team Transports
- Pediatric Team Transports

Lifeline: Basic and Advanced Life Support



Johns Hopkins Lifeline has dedicated emergency medical technicians (EMTs) and paramedics to provide care for patients who require some level of medical monitoring. These personnel, who are employed by Lifestar Response, provide staffing for our ground basic life support (BLS) and advanced life support (ALS) ambulances. Medical direction is provided by a Johns Hopkins medical control physician and protocols set forth

SHARE



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



Toll Free: 888-FALLON5     FALLON SCHEDULING

Search our site...

- HOME
- SERVICES**
- ABOUT US
- OUR TEAM
- COMMUNITY OUTREACH
- CAREERS
- PATIENT RESOURCES
- CONTACT US

SERVICES

- Advanced Life Support Transportation
- Basic Life Support Transportation
- Wheelchair Coaches/ Bus Service
- 911 Dispatch Service
- Emergency Preparedness Planning
- Ambulance Equipment

Tweets by @FallonAmb 

SERVICES

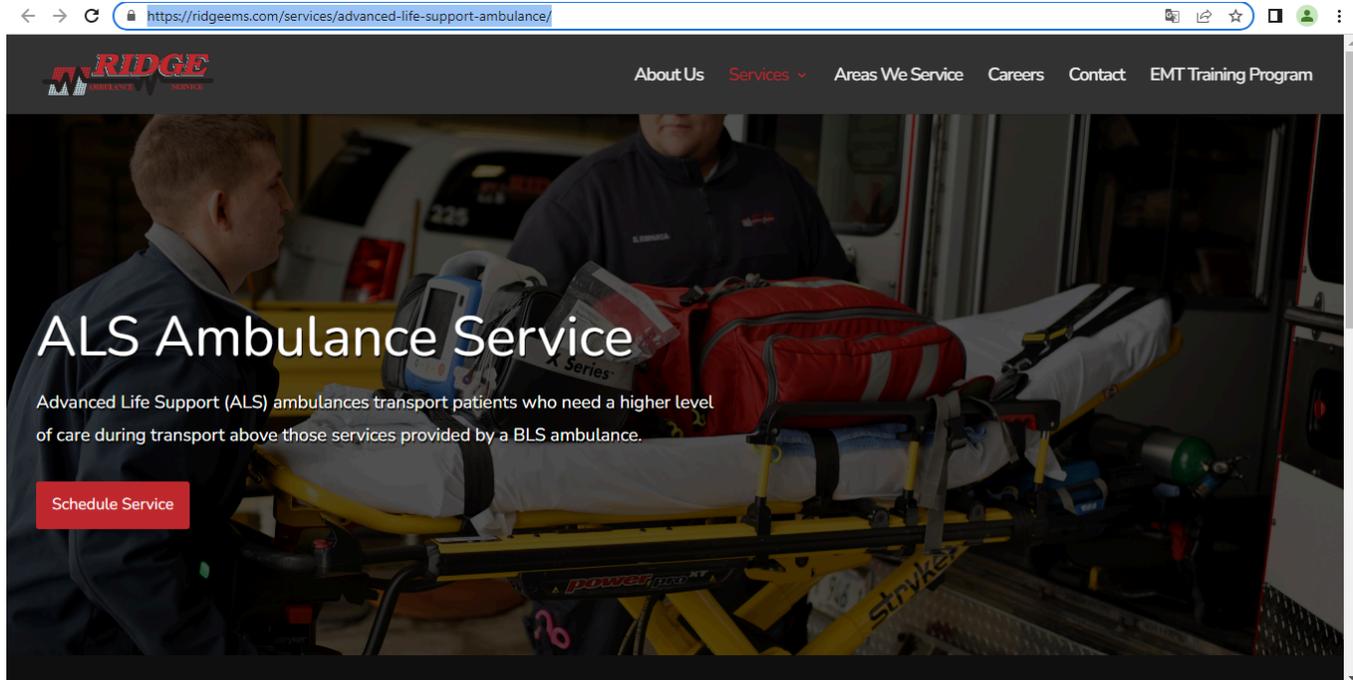
ADVANCED LIFE SUPPORT TRANSPORTATION

We have provided Advanced Life Support (ALS) level ambulance service since 1991. Customers have ready access to 30 ALS ambulances and all paramedics meet company, state, and federal regulations. ALS ambulances are for individuals requiring advanced pre-hospital intervention or inter-facility transportation. Our paramedics can provide patients with advanced care, including IV's, cardiac monitoring, mechanical ventilation, and intubation.

Fallon Ambulance ALS vehicles are available for emergency and non-emergency transport services. Emergency services include the treatment of chest pain, shortness of breath, altered mental status, cardiac arrest, and major trauma. Non-emergency



<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.

A screenshot of a Google search results page. The search bar contains the text "advanced life support ambulance". Below the search bar, it says "Page 2 of about 15,500,000 results (0.41 seconds)". There are three advertisement results. The first is for "CPR Training Manikin - Advanced CPR - adahealthy.com" with a red arrow pointing to the URL. The second is for "Curso Soporte vital avanzado - Curso de soporte vital basico" from gerscol.co. The third is for "Type I Ambulance - New Ambulances Manufacturer" from lnambulance.com. The Windows taskbar is visible at the bottom with the system clock showing 2:47 p.m. on 28/07/2022.

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

A screenshot of a Google search results page. The search bar contains the text "ambulancia de soporte vital avanzado". Below the search bar, it says "About 231,000 results (0.41 seconds)". The first result is from "https://www.ambulanciasvallada.com" with a red arrow pointing to the URL. The title is "Ambulancia U.V.I. Soporte Vital Avanzado" and the snippet describes U.V.I. móvil as a term used in Spain for advanced life support ambulances. Below the results, there is a "People also ask" section with three questions: "¿Qué es ambulancia de soporte vital avanzado?", "¿Cuáles son los 3 tipos de ambulancias?", and "¿Qué tipo de ambulancias están destinadas a proporcionar soporte vital avanzado?". The Windows taskbar is visible at the bottom with the system clock showing 2:51 p.m. on 28/07/2022.

c. Competencias

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

	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

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 cricotiroidotomía por punción	I	I	I	F
Realizar cricotiroidotomía 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

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 cirugías 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
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	
Soluciones limpiadoras	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 segundero	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 tópico	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 ³	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

³ 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 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 pre hospitalarios** 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 una 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 pre hospitalario 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 pre hospitalario);
- **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 pre hospitalario. 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 pre hospitalaria (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 pre hospitalario 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 pre hospitalario.

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

- **Rentrenamiento** periódico en cuanto a la atención básica pre hospitalaria
- **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 pre hospitalario 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 pre hospitalaria 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/10665.2/723/9789275316252.pdf?sequence=1&isAllowed=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/10665.2/726/92%2075%2031599%20X.pdf?sequence=1&isAllowed=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/10665/327859/9789588379968-spa.pdf?ua=1
Guía para la atención traumatología básica. OMS	El Proyecto de Atención Traumatológica Básica (EsTC, 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/10665.2/724/927531618X.pdf?sequence=1&isAllowed=y

INTERNACIONAL	
<p>Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA60.22. PAGINA 86. OMS</p>	<p>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;</p> <p>https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/S/WHASS1_WHA60REC1-sp.pdf</p>

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. 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 cardiorrespiratorio 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 5596 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 Numero único - 123	ARTICULO 59. Sistema integrado de seguridad y emergencias Número Unico- 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 Urgencias 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 Urgencias 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:

ARTICULO 7o. ANALISIS 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 tramite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo...”

De acuerdo a 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.*

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