

Bogotá D.C., junio 04 de 2026

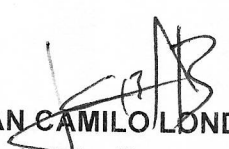
Honorable Representante
CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES
Presidente
Comisión Séptima Constitucional Permanente
Cámara de Representantes
E.S.D.

Asunto: Informe de ponencia de archivo para primer debate
al Proyecto de Ley No. 293 de 2025 Cámara.

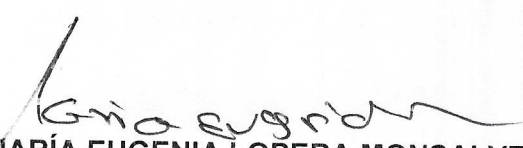
Respetado presidente:

En cumplimiento del encargo que nos hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, en desarrollo de lo dispuesto en la Ley 5ª de 1992 art. 150, 153 y 156, en nuestra calidad de ponentes, nos permitimos rendir informe de ponencia de archivo para primer debate del **Proyecto de Ley No. 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"**.

Cordialmente,



JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Alianza Verde



MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE
Ponente
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Liberal

INFORME DE PONENCIA DE ARCHIVO PARA PRIMER DEBATE

En atención a la designación a la realizada por la mesa directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, nos permitimos rendir **INFORME DE PONENCIA DE ARCHIVO** para primer debate al Proyecto de Ley No. 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*”. El presente informe se desarrolla conforme al siguiente contenido:

- I. Antecedentes y Trámite
- II. Síntesis de la iniciativa
- III. Análisis de la iniciativa
- IV. Consideraciones de inconveniencia
- V. Marco constitucional y legal
- VI. Conflicto de intereses
- VII. Proposición.

I. ANTECEDENTES Y TRÁMITE.

Antecedentes

Autores: Hs.Rs. OLGA LUCÍA VELÁSQUEZ NIETO, OLGA BEATRIZ GONZÁLEZ CORREA.
Ponentes: Hs.Rs. JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA, MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE
Origen: CÁMARA DE REPRESENTANTES
Tipo de Ley: ORDINARIA
Fecha de Radicación: 02 de septiembre de 2025
Texto Radicado: Gaceta 1813/2025 Cámara de Representantes

Después del estudio de la iniciativa, se concluye que cumple con los requisitos contemplados en el artículo 154 de la Constitución Política que hacen referencia a la iniciativa legislativa.

El Proyecto de Ley presentado a consideración, tiene como propósito la creación y regulación del servicio de transporte asistencial avanzado de pacientes como un servicio público esencial en salud, bajo estándares internacionales de atención prehospitalaria. De acuerdo con la exposición de motivos, la iniciativa busca fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la estructuración de un modelo de atención prehospitalaria basado en experiencias internacionales, particularmente en sistemas como el canadiense y

estadounidense.

Trámite

El Proyecto de Ley 293 de 2025 Cámara fue radicado el 02 de septiembre de 2025 ante la Secretaría General de la Cámara de Representantes, con la autoría de las honorables Representantes Olga Lucía Velásquez Nieto y Olga Beatriz González Correa. Al proyecto de Ley le fue asignado el número 293 de 2025 Cámara y fue publicado en la Gaceta del Congreso No. 1813 de 2025.

Por reparto, la Secretaría General envió el expediente el día 18 de septiembre de 2025 a la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes. Así pues, el 26 de septiembre de 2025, mediante oficio CSCP 3.7-098-25, fueron designados para primer debate como coordinador ponente el Representante Juan Camilo Londoño Barrera y como ponente la Representante María Eugenia Lopera Monsalve, quienes suscriben este informe de ponencia.

II. SÍNTESIS DE LA INICIATIVA.

El presente Proyecto de Ley tiene como 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.

Incluye un total de 13 artículos, los cuales se describen a continuación:

- **Objeto de la Ley.** Crea el Transporte Asistencial Avanzado (TAA) como servicio público esencial en salud. Buscando garantizar la disponibilidad, continuidad y calidad del servicio; enfocado en proteger el derecho fundamental a la salud.
- **Definiciones y marco conceptual.** Establece conceptos clave como:
 - Tipos de ambulancia (TAB, TAA y TAC)
 - Estándares internacionales
 - Roles del talento humano (técnico, tecnólogo y profesional paramédico)
 - Define la atención prehospitalaria como un sistema estructurado
- **Clasificación del transporte asistencial.** Regula específicamente el nivel de Transporte Asistencial Avanzado (TAA) dirigido a pacientes en riesgo vital durante el traslado que puede ser operado en medios terrestres, aéreos, marítimos o fluviales.

- **Talento humano (tripulación).** Define la composición obligatoria de dos (2) tecnólogos en atención prehospitalaria y (1) conductor con formación básica en salud, e introduce estándares de formación y competencias
- **Dotación de ambulancias.** Se remite a la Norma Técnica (NTC 3729). Establece equipos mínimos como monitor, desfibrilador, oxímetro, insumos médicos, medicamentos, etc. Buscando una homologación con estándares internacionales.
- **Profesionalización del servicio.** Promueve la formación académica progresiva y la especialización. Exige, además el reentrenamiento cada 3 años del personal.
- **Protocolos de atención.** Estos deben ser estandarizados y avalados internacionalmente. Incluye el uso de telemedicina y criterios como la “no movilización” en caso de fallecimiento.
- **Actos médicos y competencias.** Define actos delegados y controlados. Establece qué puede hacer cada nivel de paramédico (medicación, procedimientos invasivos, manejo de emergencias (Incluye una matriz técnica).
- **Habilitación y control.** Las Secretarías de Salud habilitan y certifican a los prestadores exigiendo pólizas de responsabilidad y vinculación a programas hospital base.
- **Ámbito de aplicación.** Aplica a:
 - EPS
 - ARL
 - Aseguradoras
 - IPS y demás actores del sistema
- **Garantía del servicio.** Obliga a garantizar el transporte asistencial en urgencias vitales para toda la población.
- **Integración al sistema de salud.** Incorpora el servicio (TAA) al Plan Obligatorio de Salud (POS) ordenando crear códigos específicos para su financiación.
- **Vigencia.** Rige desde su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias.

III. ANÁLISIS DE LA INICIATIVA

El Proyecto de Ley objeto de estudio propone la creación y regulación del servicio de transporte asistencial avanzado de pacientes, con el propósito de fortalecer el Sistema General de

Seguridad Social en Salud mediante la adopción de estándares nacionales e internacionales de atención prehospitalaria.

Desde el punto de vista estructural, la iniciativa se compone de trece (13) artículos que desarrollan, de manera progresiva, los elementos esenciales del servicio propuesto. En primer lugar, se establece su objeto y se definen conceptos clave relacionados con el transporte asistencial, la tipología de ambulancias, el talento humano en atención prehospitalaria y las condiciones de prestación del servicio (artículos 1 y 2).

Posteriormente, el proyecto delimita las características del transporte asistencial avanzado, incluyendo su definición, la composición de la tripulación y los requisitos de dotación de las ambulancias, remitiendo parcialmente a normas técnicas vigentes como la NTC 3729 (artículos 3, 4 y 5). En este mismo sentido, se introducen disposiciones orientadas a la profesionalización del talento humano en atención prehospitalaria, así como mecanismos de actualización periódica de competencias (artículo 6).

Un componente relevante del articulado corresponde a la regulación de los protocolos de atención y la definición de los denominados actos controlados y actos delegados, estableciendo de manera detallada las competencias, procedimientos y medicamentos que pueden ser administrados por el personal prehospitalario según su nivel de formación (artículos 7 y 8). Este desarrollo incluye, como se observa en las tablas contenidas entre las páginas 5 y 9 del texto radicado, una enumeración amplia de intervenciones clínicas, habilidades técnicas y fármacos autorizados para cada perfil profesional.

Adicionalmente, el proyecto regula aspectos relacionados con la habilitación y certificación de las instituciones prestadoras del servicio, asignando esta función a las entidades territoriales de salud, e incorporando requisitos como la vinculación a programas de hospital base y la exigencia de pólizas de responsabilidad (artículo 9). Asimismo, define el ámbito de aplicación de la ley, extendiéndolo a EPS, ARL, aseguradoras y demás actores del sistema de salud (artículo 10), e impone la obligación de garantizar la prestación del servicio de transporte asistencial en situaciones de urgencia (artículo 11).

De manera complementaria, la iniciativa dispone la incorporación del servicio dentro del Plan de Beneficios en Salud, mediante la asignación de códigos específicos en la clasificación única de procedimientos, lo cual implica su reconocimiento dentro del aseguramiento en salud (artículo 12).

En cuanto a la exposición de motivos, el proyecto fundamenta su necesidad en la importancia de la atención prehospitalaria para la reducción de la mortalidad y la discapacidad asociada a eventos traumáticos, apoyándose en lineamientos de la Organización Mundial de la Salud y en experiencias internacionales de sistemas de atención de emergencias, particularmente en modelos de regionalización del trauma y programas de hospital base (páginas 10 a 13).

Asimismo, el documento presenta un marco jurídico que incluye normas constitucionales, legales y reglamentarias del orden nacional e internacional relacionadas con el derecho a la

salud, la atención de urgencias y la organización del sistema de emergencias médicas (páginas 24 y 25).

Finalmente, en materia de impacto fiscal, el proyecto hace referencia a la obligación de cumplir con lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003, señalando de manera general que la implementación de la iniciativa podría realizarse con recursos del plan territorial de salud, sin desarrollar un análisis detallado de costos o fuentes específicas de financiación (página 26).

En síntesis, el proyecto plantea la estructuración integral de un modelo de transporte asistencial avanzado, abordando aspectos conceptuales, técnicos, operativos y organizacionales, con énfasis en la estandarización de la atención prehospitalaria y la cualificación del talento humano, así como en la articulación del servicio dentro del sistema de aseguramiento en salud basado en el sistema canadiense y norteamericano.

IV. CONSIDERACIONES DE INCONVENIENCIA

Se considera que el Proyecto de Ley que crea el Transporte Asistencial Avanzado (TAA) resulta inviable e inconveniente principalmente por las siguientes razones que serán desarrolladas a continuación:

- Duplica y desarticula el marco normativo vigente del Sistema de Emergencias Médicas (SEM).
- Introduce inflexibilidades técnicas y operativas contrarias al modelo flexible del Sistema de Salud actual.
- Carece de sustento fiscal.
- Genera riesgos de sostenibilidad financiera y de acceso equitativo.

4.1. Inviabilidad jurídica y legal.

Se considera que el proyecto no crea una necesidad jurídica nueva, porque el transporte asistencial ya se encuentra regulado dentro del Sistema de Emergencias Médicas (SEM), la Red de servicios (Ley 715 de 2001), Resolución 926 de 2017 y el CRUE (Resolución 1220 de 2010). Se estaría legislando sobre una materia ya regulada, lo que genera inflación normativa y posibles conflictos de interpretación.

Se podría presentar una vulneración del principio de unidad del Sistema de Salud ya que el proyecto crea un “subsistema paralelo” al referenciar el concepto de hospital base pero que no se desarrolla en el articulado y que resulta necesario para implementar la propuesta de la iniciativa, protocolos propios y jerarquías operativas, impone un modelo específico de atención prehospitalaria. Lo anterior, rompe el modelo de red integrada de servicios establecido en la Ley 1438 de 2011 y la Ley 100 de 1993 ya que el Sistema colombiano no es vertical ni centralizado como el modelo canadiense que cita el proyecto.

Se observa un posible vicio de constitucionalidad ya que la ley debe fijar marcos generales y no manuales técnicos que son competencia del Ministerio de Salud y Protección Social. Esto se observa en la lista de medicamentos contemplada en el artículo 8, contiene procedimientos clínicos específicos, en el artículo 5 se enlista una serie de requisitos de dotación, además de otras competencias operativas que se encuentran contenidas en el articulado. Por lo anterior podría presentarse un riesgo de obsolescencia normativa inmediata.

Finalmente se advierte que podrían presentarse posibles vacíos de responsabilidad y control al asignar funciones a hospitales base, paramédicos y directores médicos sin armonizar con el Ministerio de Salud y Protección Social, el INVIMA y la Superintendencia Nacional de Salud.

4.2. Inviabilidad económica y fiscal.

El proyecto no cuantifica los costos reales de poner en operación esta iniciativa, ni identifica fuentes de financiación, solo menciona de manera genérica que se financiará con planes territoriales.

En el artículo 11 se observa una generación de gasto estructural obligatorio dirigido a EPS, ARL y aseguradoras para garantizar el servicio; en el artículo 12 ordena la inclusión en el Plan de Beneficios lo que generaría costos adicionales en talento humano especializado, dotación tecnológica y operación permanente. Adicional a esto, también existe el riesgo de incremento en la UPC y presión al Sistema de Salud ya que al crear más servicios obligatorios es mayor el costo asegurado afectando la sostenibilidad de las EPS y las finanzas territoriales.

Con el modelo propuesto es inminente el riesgo de inequidad territorial ya que es altamente costoso y requiere alta tecnología por lo tanto solo sería viable en municipios categoría I, II o distritos, limitando el acceso a los municipios de categoría IV, V, VI y posiblemente III aumentando las brechas en acceso a salud.

4.3. Inviabilidad técnica y sanitaria.

Se realiza un diagnóstico errado del Sistema de Salud en Colombia al afirmar que este no cuenta con transporte asistencial avanzado de pacientes ya que existen las ambulancias medicalizadas, y el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) operando. El problema real no es normativo, sino de gestión territorial, coordinación del sistema y capacidad instalada (tiempos de respuesta).

El proyecto se basa o referencia en los casos de Canadá y EE.UU, pero ignora las diferencias territoriales, de capacidad institucional y de financiación, es decir, no se puede pretender trasplantar un modelo sin realizar una adaptación al contexto colombiano.

Respecto del talento humano se observa una sobrerregulación al crear nuevas categorías, definir competencias rígidas y establecer recertificaciones obligatorias, estableciendo barreras

de ingreso al trabajo, incremento de costos laborales y un posible déficit de personal habilitado.

El aumento de requisitos se vería reflejado en una rigidez del sistema disminuyendo la capacidad de respuesta lo cual afecta la oportunidad del servicio (posible retraso en la atención de emergencias) al presentar exigencias como por ejemplo, una tripulación especializada y protocolos estrictos.

En conclusión, el Proyecto de Ley aunque loable en su intención, resulta inconveniente e inviable, en tanto no responde a las verdaderas necesidades del Sistema de Salud colombiano, desconoce el marco normativo vigente, impone cargas fiscales insostenibles y genera riesgos de desarticulación institucional.

V. MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL.

Nivel normativo	Norma	Contenido clave
Constitución Política	Art. 48 – Seguridad social	La seguridad social es un servicio público obligatorio, bajo dirección, coordinación y control del Estado.
Constitución Política	Art. 49 – Salud	La salud es un servicio público a cargo del Estado, que debe organizar, dirigir y reglamentar, garantizando acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación.
Ley Estatutaria 1751 de 2015	Derecho fundamental a la salud	Reconoce la salud como derecho fundamental autónomo; fija principios de oportunidad, calidad, continuidad y disponibilidad en la prestación.
Ley 100 de 1993	SGSSS y organización del sistema de salud	Crea y estructura el Sistema General de Seguridad Social en Salud, sus regímenes, financiación y beneficios, incluyendo la atención de urgencias.
Ley 715 de 2001	Competencias territoriales y redes de servicios	Define competencias de departamentos, distritos y municipios en salud, la organización de la red de servicios y el sistema de referencia y contrarreferencia.
Resolución 1220 de 2010 del Ministerio de Salud y Protección.	Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE)	Regula organización, operación y funciones de los CRUE como instancia de coordinación de urgencias y desastres.
Resolución 926 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección.	Sistema de Emergencias Médicas (SEM)	Define el SEM como modelo general integrado de atención de emergencias; fija componentes, responsabilidades territoriales y lineamientos de atención prehospitalaria.

VI. CONFLICTO DE INTERESES.

Según lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, corresponde al autor del proyecto y el ponente de un Proyecto de Ley enunciar las posibles circunstancias en las que se podría incurrir en conflicto de interés por parte de los congresistas que participen de la discusión y votación del Proyecto de Ley. En ese sentido, señala el artículo 1° de la Ley 2003 de 2019 lo siguiente:

“ARTÍCULO 1° El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:

ARTÍCULO 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones. Se entiende como conflicto de interés una 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.

a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.

b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión

c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.”

Atendiendo el anterior apartado legal, se considera que en el caso de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que eventualmente puedan generar un conflicto de interés por parte de los congresistas que participen en el debate y votación. Lo anterior, entendiendo el carácter general de lo propuesto en la iniciativa legislativa.

Es menester señalar que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite o votación del presente Proyecto de Ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5 de 1992 modificado por la Ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales en las que pueda estar incurso.

IX. PROPOSICIÓN.

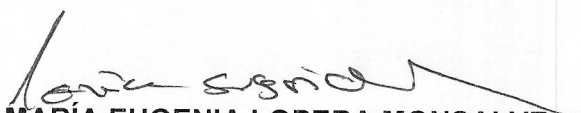
Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos, en el marco de la Constitución Política y la Ley, respetuosamente solicitamos a la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes **ARCHIVAR** el Proyecto de Ley No. 293 de 2025 Cámara “Por el cual se crea el Transporte Asistencial Avanzado de pacientes,

de acuerdo con los estándares internacionales y se dictan otras disposiciones”, y en consecuencia votar de manera positiva la presente ponencia.

De los Honorables Representantes,



JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Alianza Verde



MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE
Ponente
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Liberal