

## BANCADA LEGISLATIVA CENTRO DEMOCRÁTICO

AUTOR PRINCIPAL  
H.S. IVÁN DUQUE MÁRQUEZ

PROYECTO DE LEY No. \_\_\_\_\_ DE 2015  
SENADO

**“POR MEDIO DEL CUAL SE REGULA EL USO DEL DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA) EN TRANSPORTES ASISTENCIALES, LUGARES DE ALTA AFLUENCIA DE PÚBLICO, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.**

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA

**Artículo 1°. Objeto.** La presente ley tiene como objeto establecer la obligatoriedad, la dotación, disposición y acceso a los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA), en los transportes de asistencia básica y medicalizada, así como en los espacios con alta afluencia de público.

**Artículo 2°. Definiciones.** Para los efectos de la presente ley se entenderá por:

- a) **Desfibrilador Externo Automático (DEA).** Aquel dispositivo médico electrónico portátil, dotado de electrodos destinados a generar y aplicar pulsos intensivos que puede descargar una corriente al corazón a través del tórax, para que ésta detenga la fibrilación ventricular y permita que el corazón vuelva a un ritmo normal saliendo del paro, que garantice el ritmo cardiaco viable del paciente.
- b) **Transportes Asistenciales.** Son los transportes asistenciales básicos y medicalizados, tanto públicos como privados, de orden terrestre, fluvial, marítimo y aéreo.
- c) **Espacios con alta afluencia de público.** Son los espacios públicos y privados, abiertos o cerrados, permanentes o temporales, destinados a la recepción, atención, circulación y/o estancia de alta afluencia de público.

**PARÁGRAFO.** Para los efectos de la presente ley, se entenderá que los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) estarán a disposición en los transportes, espacios y urgencias de carácter extrahospitalario.

**Artículo 3°. Ámbito de aplicación.** La presente ley estará destinada a garantizar el acceso a Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en ambientes extrahospitalarios, transportes asistenciales y espacios con alta afluencia de público, tales como los siguientes:

- a) Transportes asistenciales básicos, medicalizados, públicos y privados, de orden terrestre, fluvial, marítimo y aéreo.
- b) Terminales de transporte terrestre, marítimo, fluvial y aéreo nacional e internacional.
- c) Escenarios deportivos, tanto públicos como privados, tales como estadios, coliseos, polideportivos, canchas sintéticas, gimnasios, clubes deportivos, acuáticos y parques naturales, de diversiones y/o recreacionales, ciclo vías y centros de alto rendimiento o entrenamiento.
- d) Entidades públicas tales como Gobernaciones, Asambleas Departamentales, Concejos, Ministerios, Departamentos Administrativos, guarniciones militares y policiales, y centros de atención al público tanto nacionales, como departamentales y distritales.
- e) Cárceles y centros penitenciarios o de detención de orden nacional, municipal y/o distrital.
- f) La Presidencia de la República, el Congreso de la República, Palacio de Justicia (Altas Cortes), Ministerio Público, Fiscalía General de la Nación, y Complejos Judiciales tales como Tribunales y Juzgados.
- g) Los sistemas de transporte masivo metropolitano.
- h) Escenarios culturales y recreacionales tanto públicos, privados y/o de naturaleza mixta, tales como museos, bibliotecas, ferias, centros de exposición, teatros, complejos turísticos y hoteleros.
- i) Centros de rehabilitación, salud mental y/o reclusión temporal.
- j) Universidades públicas y privadas.
- k) Colegios públicos, privados y/o en concesión.
- l) Centros comerciales.
- m) Inmuebles de uso mixto tales como centros empresariales y de unidades residenciales y comerciales de más de cien unidades.

**PARÁGRAFO PRIMERO.** Los anteriores sin perjuicio de otros espacios con alta afluencia de público, que sean identificados por las autoridades competentes.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.** Las autoridades departamentales, municipales y locales reglamentarán el registro, verificación, supervisión y control de los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en los términos de la presente ley, bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social.

**PARÁGRAFO TERCERO.** En situaciones de urgencia extrahospitalaria o necesidad manifiesta, y con el fin de garantizar el primer eslabón de la cadena vital, los lugares anteriormente señalados que sean de naturaleza privada prestarán su colaboración permitiendo el uso de los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) ante cualquier emergencia, sin que por ello se menoscabe la propiedad privada.

**Artículo 4°. Entrenamiento y uso.** El personal médico, paramédico, auxiliar y de apoyo de transportes asistenciales públicos y privados, los efectivos de las fuerzas militares y de policía destinados a lugares con alta afluencia de público, los brigadistas en salud, personal de enfermería, el personal de seguridad y vigilancia

privada, los salvavidas, guías, instructores, entrenadores, los docentes y/o titulares de educación física, recreación y deporte, los guardianes de establecimientos carcelarios y/o penitenciarios, y los administradores de propiedades y copropiedades privadas en los términos del artículo anterior, recibirán capacitación y certificación en uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) por parte de las Secretarías Departamentales y /o Municipales de Salud, de acuerdo con la reglamentación y supervisión del Ministerio de Salud y Protección Social.

**PARÁGRAFO.** Los lugares de alta afluencia de público – sean de naturaleza pública o privada -, garantizarán un número plural de personas capacitadas y certificadas para el uso de los DEA, de tal manera que siempre haya personal capacitado a disposición para garantizar el primer eslabón de la cadena vital.

**Artículo 5°. Implementación.** De acuerdo con lo previsto por la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales, reglamentará y supervisará lo relativo a:

- a) Estandarización del tipo de DEA requerido para la atención de emergencias extrahospitalarias.
- b) Registro, inspección y vigilancia de los DEA.
- c) Registro, inspección y vigilancia de los lugares y transportes obligados a contar con un DEA.
- d) Capacitación, certificación y supervisión para el uso del DEA.
- e) Procedimiento y protocolo para la disponibilidad necesaria (geográfica, por factores de emergencia y riesgo de los DEA), en lugares públicos y privados.
- f) Procedimiento para simulacros en atención de emergencias que requieran el uso de los DEA.
- g) Coordinación de la “ruta vital y de emergencia” con las entidades hospitalarias públicas y privadas.
- h) Régimen sancionatorio por el incumplimiento de las disposiciones anteriores.

Las demás que sean pertinentes y necesarias en los términos previstos por la presente ley.

**Artículo 6°. Adquisición.** Las entidades de derecho público efectuarán las previsiones y apropiaciones presupuestales necesarias para la adquisición de los DEA en los términos previstos por la presente ley, en concordancia con lo dispuesto por la Ley 80 de 1993, la Ley 1751 de 2015, y las demás normas que sean complementarias y concordantes.

Los sujetos de derecho privado estarán sujetos a la aprobación de los DEA adquiridos, en los términos previstos por el Artículo 5 de la presente ley.

**Artículo 7°. Reglamentación.** El Gobierno Nacional reglamentará las materias que sean de su competencia en un término máximo de seis (6) meses posteriores a la promulgación de la presente ley.

**Artículo 8°. Vigencia.** La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

## **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

La presente Exposición de Motivos busca resaltar la importancia de los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA), así como la necesidad de que por vía de un instrumento normativo de la envergadura de una ley se regule el acceso, obligatoriedad y disponibilidad de los DEA, con el fin de garantizar una adecuada atención de emergencia en situaciones que pongan en peligro la vida por episodios cardiacos sucedidos fuera de centros hospitalarios.

El objeto del presente Proyecto es el de garantizar - a través de la obligatoriedad -, la disposición de los DEA en transportes medicalizados y lugares con alta afluencia de público, para que su uso por parte de personal médico, asistencial y/o con entrenamiento básico de emergencia, contribuya a la reducción de casos de muerte por episodios cardiacos ocurridos por fuera de instalaciones hospitalarias.

La presente Exposición de Motivos busca evidenciar la necesidad, pertinencia y viabilidad del presente Proyecto de Ley, desarrollando el análisis a través del sustento médico, técnico y jurídico sobre los DEA, su uso, la literatura científica al respecto, y la incidencia de las enfermedades cardiovasculares como la principal causa de muerte en el país, sin olvidar el derecho comparado y la necesidad de adoptar una legislación uniforme y actualizada que garantice el derecho a la vida, gracias a la adecuada atención de episodios cardiacos.

### **I. EL DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA) COMO HERRAMIENTA NECESARIA PARA UNA ADECUADA ATENCIÓN DE EMERGENCIA.**

#### **A. Definición.**

El Desfibrilador Externo Automático (DEA) es un pequeño aparato portátil, de poco peso, que puede descargar una corriente al corazón a través del tórax, para que en el evento de un paro cardiaco, ésta detenga la fibrilación ventricular, y permita que el corazón vuelva a un ritmo normal.

Los (DEA) son unos equipos eléctricos que entregan impulsos de corriente de alta amplitud al corazón, para restaurar el ritmo normal y la función contráctil en pacientes que se encuentran en fibrilación ventricular (FV) y que no presentan pulso palpable.

Este tipo de desfibriladores pueden analizar el electrocardiograma y determinar si la desfibrilación es necesaria o no, y están diseñados para ser usados en emergencias cardiacas, en cualquier sitio público, por personas sin una preparación profunda en soporte de vida cardiaca.<sup>1</sup>

Los DEA hacen posible la resucitación exitosa de un paro cardiaco y pueden usarlos personas ajenas a la medicina con algo de entrenamiento, o aun sin entrenamiento, cuando han oído acerca de su uso y utilidad. Así, la atención inmediata con respuesta del sistema de emergencia, con el uso de la resucitación cardiopulmonar y la desfibrilación son críticos y dependen del tiempo de atención no sólo para mejorar la supervivencia del paro, sino para disminuir su morbilidad.<sup>2</sup>

El paro post-infarto obedece a un cese súbito de la actividad cardiaca, que no permite su bombeo y función normal y que de no controlarse en minutos, conduce a la muerte. Como se mencionó, la mayoría de los paros ocurre por fibrilación ventricular; esta consiste en un ritmo desorganizado del corazón que se origina en los ventrículos, que producen un ritmo muy rápido y asincrónico, inefectivo para producir un bombeo adecuado y por lo tanto el gasto cardiaco cae a cero. El único tratamiento posible de la fibrilación ventricular es la desfibrilación y no puede manejarse ni con drogas o sólo masaje cardiaco. De tal manera que para restaurar la actividad del corazón se necesitan las dos cosas: resucitación cardiopulmonar y desfibrilación.

En estudio publicado en agosto de 2009 por la Revista Colombiana de Cardiología, se señalaba que desde 1995, la Asociación Americana del Corazón (AHA) promovió el uso de la desfibrilación externa automática, con el fin de mejorar la supervivencia del paro cardiaco súbito ocurrido fuera del hospital.

Ello evidenciaba la necesidad de implementar el acceso público a la desfibrilación, al evidenciarse la necesidad de organizar el programa para una mayor efectividad que permitiera prevenir muertes ocasionadas por episodios cardiacos.

De acuerdo con los análisis recogidos en la publicación científica, hay varias causas que pueden ocasionar paro cardiaco, pero las más frecuentes son las siguientes:

---

<sup>1</sup> “[...] *Lo que garantiza que cualquier persona con la capacitación básica pueda atender de inmediato la emergencia, siguiendo las indicaciones que el equipo brinda y que son las adecuadas para cada caso en particular, sin necesidad que sea un médico el que atienda al paciente, lo que efectiviza en el tiempo los resultados esperados (reducción de mortalidad y consecuencias neurológicas).* [...]” VASCO RAMÍREZ, Mauricio. *Desfibrilación externa automática.* Revista Colombiana de Anestesiología. Vol.34 No.2 Bogotá, June 2006. ISSN 0120-3347

<sup>2</sup> Ello corresponde a los llamados eslabones de atención previstos en el protocolo médico de atención urgente de episodios cardiacos: primer eslabón, atención de emergencia, segundo eslabón, resucitación cardiopulmonar, y tercer eslabón, la desfibrilación.

1. Infarto agudo del miocardio en el que los trastornos eléctricos que suceden pueden conducir a fibrilación ventricular, taquicardia ventricular sin pulso, actividad eléctrica sin pulso y asistolia; es decir, llevar al fenómeno de muerte súbita y paro cardiopulmonar.
2. Enfermedad cerebral vascular (trombosis o hemorragia).
3. Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño en adultos y niños (atragantamiento).
4. Otras enfermedades o circunstancias clínicas de aparición súbita como por ejemplo: trauma severo de diferentes causas, intoxicaciones exógenas, falla cardíaca congestiva, encefalopatía hipertensiva, arritmias cardíacas, etc.<sup>3</sup>

La importancia de contar con un DEA en un ambiente externo al hospitalario, a más de evidenciarse en la literatura científica al respecto, es una realidad tal y como lo señalan los análisis del Ministerio de Salud y Protección Social, en donde se constata que el infarto agudo de miocardio o ataque cardíaco fue responsable de la muerte de 16.000 hombres de los 29.000 colombianos que fallecieron en 2011 por esa causa en el país, lo cual implica que al día fallecieron por esta enfermedad 43 varones.<sup>4</sup>

*“[...] Si la fibrilación ventricular no se trata de inmediato, se desarrolla paro cardíaco por asistolia o actividad eléctrica sin pulso y probablemente será más difícil una resucitación exitosa. Para atender el paro en forma adecuada se requieren dos elementos: reanimación básica y **desfibrilación**. [...]”<sup>5</sup> (Negrita y subrayado fuera de texto).*

De acuerdo con los análisis científicos, dentro de las causas de muerte súbita en el infarto agudo del miocardio se calcula que aproximadamente 250.000 personas mueren fuera del hospital, y el causante de muerte más común es la fibrilación ventricular, precedida inicialmente por taquicardia ventricular con pulso y luego sin pulso.<sup>6</sup>

La Asociación Americana del Corazón hace referencia a la “*cadena de la supervivencia*”, compuesta por cuatro eslabones para atender el paro, dentro del Primer Eslabón - considerado vital para la supervivencia de la paciente -, se

---

<sup>3</sup> *Ibíd.*

<sup>4</sup> <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Hombres,-m%C3%A1s-propensos-en-Colombia-a-morir-de-infarto.aspx>

<sup>5</sup> *Ibíd.* 1

<sup>6</sup> *“[...] Cuando ha habido oportunidad de registrar el ritmo, 40% ha mostrado fibrilación ventricular, pero es probable que una proporción mayor de este ritmo haya estado presente al tiempo del colapso, si se hubiera tenido tiempo de registrarlo. Si alguien con entrenamiento hubiese estado presente al tiempo del colapso, el paciente hubiera podido sobrevivir y salir del paro (la importancia del denominado «primer respondiente» para atender la emergencia). [...]” (Matiz, 2009).*

encuentra la necesidad de contar con un desfibrilador externo automático (DEA), o pedir uno convencional si se está en un ambiente hospitalario.

## **B. Pertinencia e importancia.**

La importancia del DEA se ve reflejada en que la descarga eléctrica terminará la fibrilación ventricular, y permitirá al corazón reactivar un efectivo ritmo de perfusión. Si al paciente se le aplican respiraciones y masaje dentro de dos a cinco minutos, y una desfibrilación ojalá antes de los primeros cuatro minutos, las posibilidades de éxito de la reanimación serán mayores.<sup>7</sup>

Siendo el DEA un elemento de urgencia vital para la salvación de vidas por episodios cardiacos como los anteriormente señalados, es preciso reiterar que su importancia no solo deriva del hecho de ser herramienta fundamental dentro del protocolo médico para salvar vidas (primer eslabón de la cadena vital), sino que además es un elemento de uso sencillo, incluso, para personal no médico.

Así pues, cualquier persona que haya tenido entrenamiento (bomberos, policías, conductores de ambulancias, azafatas, guardias de seguridad, personas que trabajen en Medicina Ocupacional o de la brigada de emergencia), pueden estar en capacidad de operar un DEA y coadyuvar en el tratamiento de una emergencia y la posible salvación de una vida por una intervención adecuada y oportuna.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el perfil epidemiológico de países de 2011, la tasa de mortalidad de Colombia por cada 100 mil habitantes para enfermedades cardiovasculares (ECV) y diabetes es de 166,7 para mujeres y de 205,9 para hombres.

Según esta organización internacional, las ECV fueron la causa de muerte de 60.000 colombianos en 2011, por lo que uno de cada tres fallecimientos en el país estuvo relacionada con esos padecimientos durante ese año.<sup>8</sup>

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de este grupo de enfermedades se destaca la isquémica cardiaca o infarto como responsable del mayor número de casos fatales. Para 2011 este fue el responsable de la muerte de 29.000 colombianos, afectado en su mayoría a los hombres, con 16.000 casos. Lo anterior significa que en ese año murieron, en promedio, 80 personas al día a causa de esta enfermedad.

Las tasas de mortalidad por 100 mil habitantes de infarto entre 2005 y 2010 más elevadas se registraron en los departamentos de Tolima (84,53), Caldas (81,72), Quindío (74,53), Risaralda (70,50), Huila (68,17), Cundinamarca (64,74), Antioquia (63,58), Santander (62,44), Valle del Cauca (59,72), Meta (59,43), Magdalena

---

<sup>7</sup> *Ibíd.*

<sup>8</sup> Véase: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-enfrenta-epidemia-de-enfermedades-cardiovasculares-y-diabetes.aspx>

(58,82), Atlántico (54,83), Norte de Santander (54,54), Cesar (53,03), Arauca (52,43), Sucre (52,28), Boyacá (52,18) y Caquetá (49,51).<sup>9</sup>

Es claro que la adecuada atención médica, y el uso oportuno de un DEA, hubiesen podido evitar muchas de estas muertes por infarto derivadas de ECV, principal causa de muerte natural en nuestro país.

En tal virtud, la obligatoriedad de contar con DEA en transportes asistenciales y lugares con alta afluencia de público es una imperiosa necesidad de salud pública.

## II. MARCO JURÍDICO

Respecto al Proyecto propuesto al H. Senado de la República vale la pena recabar como inventario normativo que sustenta la propuesta los siguientes instrumentos:

### i) VIGENTES

Si bien la Constitución Política (CP) no hace referencia expresa al derecho a la salud, el Artículo 49 dispone:

*“[...] ARTICULO 49. Modificado por el Acto Legislativo No 02 de 2009. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*

*Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.*

*Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.*

*La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.*

*Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. [...]”* (Subrayado fuera de texto).

A su turno, la Ley 1751 de 2015 dispuso que:

---

<sup>9</sup> Boletín de Prensa No. 077 de 2014 (21/03/14), Ministerio de Salud, disponible en [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

*“[...] Artículo 1o. **Objeto.** La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.*

*Artículo 2º. **Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud.** El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.*

*Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. [...]” (Subrayado fuera de texto).*

En igual sentido, la Ley 1438 de 2011 señaló:

*“[...] Artículo 1: OBJETO DE LA LEY. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.*

*(...)*

*Artículo 67. SISTEMAS DE EMERGENCIAS MÉDICAS. Con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, se desarrollará el sistema de emergencias médicas, entendido como un modelo general integrado, que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios pre hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y procesos de vigilancia.*

*El Ministerio de la Protección Social reglamentará, en el transcurso de un año (1) a partir de la vigencia de la presente ley, el desarrollo y operación del sistema de emergencias médicas, que garantice la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con sus competencias, incluyendo los casos en los que deberá*

*contarse con personal con entrenamiento básico donde haya alta afluencia de público. Para la operación del sistema se podrán utilizar recursos del programa institucional de fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias. [...]"*

La Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social dispone que:

*"[...] Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.*

(...)

#### *2328 Transporte asistencial*

*Grupo Servicio Transporte asistencial Transporte asistencial básico  
Transporte asistencial medicalizado.*

*Grupo: Transporte asistencial Servicio: Transporte asistencial básico.*

*Descripción del Servicio: Es el traslado de un paciente en un medio de transporte terrestre, marítimo y/o fluvial que debe contar con una dotación básica para dar atención oportuna y adecuada al paciente durante el desplazamiento.*

*Dotación Transporte Asistencial Medicalizado*

*Desfibrilador bifásico con capacidad de realizar cardioversión sincrónica y marcapasos transcutáneo, baterías mínimo para 4 horas. [...]" (Subrayado fuera de texto).*

Igualmente se pueden mencionar como acervo normativo adicional las siguientes:

- Artículos 173, numeral 3 de la Ley 100 de 1993
- Artículo 56 de la Ley 715 de 2001
- Artículo 2 del Decreto – Ley 4107 de 2011
- Capítulos I y II del Título III del Decreto 1011 de 2006
- Artículo 58 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 118 del Decreto-ley 019 de 2012

## ii) ANTECEDENTES

En el H. Senado de la República hizo tránsito el *PROYECTO DE LEY 149 DE 2008 POR LA CUAL SE DISPONE LA INSTALACIÓN DE CARDIODESFIBRILADORES EXTERNOS AUTOMÁTICOS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*, de autoría del H.S. Jorge Eliecer Ballesteros Bernier, el cual, si bien tenía un propósito similar, no recogía muchas de las necesidades que se buscan suplir mediante este Proyecto y la realidad actual a la luz de la Ley 1751 de 2015.<sup>10</sup>

Igualmente es pertinente señalar que el Concejo de Bogotá, en el ámbito local, intentó una iniciativa similar mediante acuerdo en el año 2008, la que tampoco tuvo éxito pero, como anotamos en el apartado inmediatamente anterior, no contaba con un marco jurídico suficiente y una realidad - no solo jurídica -, sino en materia de políticas públicas, prevención, pertinencia y distribución de costos, entre otras.<sup>11</sup>

## III. DERECHO COMPARADO

Por la importancia del tema, su pertinencia, la homologación internacional sobre las técnicas y la existencia de los dispositivos en el mercado de dispositivos médicos internacionales, similares iniciativas hoy son leyes en varios Estados, garantizándose así una atención adecuada que evite muertes por la más común de las causas derivadas de las ECV:

- Perú: Ley 2787 de 2003 que dispone la obligatoriedad para utilizar desfibriladores en lugares públicos y privados.
- Uruguay: Ley 18.360 del 26 de septiembre de 2008 referida a la obligatoriedad de disponer en espacios públicos o privados donde exista afluencia de público, Desfibriladores Externos Automáticos (DEA).
- Francia: Decreto No. 2007-705 del 4 de mayo relativo a la utilización de desfibriladores automáticos externos por personal no médico, que modifica el Código de Salud Pública.
- España: Real Decreto 414/1996, 1 de mayo, sobre productos sanitarios y Directiva 93/24/CE sobre requisitos y condiciones de estos productos sanitarios.
- Argentina: Ley 4077 de 2011 Obligatoriedad de contar con un desfibrilador externo automático (DEA) en lugares de concurrencia masiva.

## IV. NECESIDAD DE CONTAR CON UNA NORMATIVIDAD UNIFORME EN MATERIA DE DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA)

La pertinencia y relevancia de este Proyecto no solo deriva de la necesidad de garantizar el derecho a la vida y el derecho – ahora fundamental – a la salud, sino

---

<sup>10</sup> Gaceta del Congreso No. 662 del 25 de septiembre de 2008.

<sup>11</sup> Proyecto de acuerdo No. 110 de 2013, [www.concejodebogota.gov.co](http://www.concejodebogota.gov.co)

de la necesidad de hacer uniformes las condiciones que permitan prevenir episodios cardiacos que muy seguramente derivarán en el deceso del paciente sin las herramientas adecuadas, previniéndose así el principal factor de muerte en nuestro país como lo son las ECV.

Como se ha anotado a lo largo de esta Exposición de Motivos, las condiciones técnicas y normativas actuales son propicias para la regulación de los DEA por vía de ley, incluyendo su obligatoriedad en los transportes asistenciales (tanto básicos como medicalizados) y los ambientes extra hospitalarios con alta afluencia de público y/o en donde se pueden presentar este tipo de situaciones, garantizando que la primera respuesta incremente la posibilidad de vida del paciente.

Finalmente vale la pena recordar que la norma técnica colombiana NTC 3729 del 12 de diciembre de 2007 de ICONTEC, reglamenta los estándares de la tipología vehicular de ambulancias de transporte terrestre.

En sus Anexos A y B se recogen los elementos necesarios para la certificación de este tipo de vehículos, en donde se menciona que solo para los Transportes de Asistencia Medicalizada (TAM) se requiere como dotación del vehículo el DEA.

En Colombia hay 4665 ambulancias, de las cuales 899 son Transporte Asistencial Medicalizado (TAM) y 3766 son Transporte Asistencial Básico (TAB)<sup>12</sup>, por lo que, el nivel de cobertura en materia de DEA es insuficiente, razón de más para nivelar a Colombia con el estándar internacional en materia de necesidades a través del DEA como herramienta básica de supervivencia.

## **V. IMPACTO FISCAL**

De acuerdo con lo anteriormente señalado no hay lugar a aducir un “impacto fiscal” para la aprobación o implementación de la presente ley, toda vez que ella guarda relación con la inclusión del derecho a la salud como derecho fundamental en los términos previstos por la Ley 1751 de 2015.

En igual sentido, la Resolución Número 2003 del 28 de mayo de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social tiene prevista la obligatoriedad de contar con los DEA en ciertos tipos de transportes asistenciales, así como en los centros hospitalarios.

De otra parte, los particulares y sujetos de derecho privado, en cumplimiento de lo previsto por el orden constitucional, legal y reglamentario están en la obligación de coadyuvar con la protección de derechos fundamentales como son la vida y la salud, asimismo, aquellos que participan en actividades privadas como el transporte medicalizado, las actividades deportivas, recreativas y educativas deben propender por garantizar una adecuada atención, lo que, no solo limita su riesgo jurídico, sino que desarrolla los principios de solidaridad y colaboración. En igual sentido, la adquisición, operación y mantenimiento de los DEA es su

---

<sup>12</sup> Tomado de [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

obligación, razón por la cual están coadyuvando a equilibrar las cargas del Estado, supliendo esta necesidad.<sup>13</sup>

Atentamente,

**IVÁN DUQUE MÁRQUEZ**  
Senador de la República  
Autor Principal

**ÁLVARO URIBE VÉLEZ**  
Senador de la República

**PALOMA VALENCIA LASERNA**  
Senadora de la República

**ALFREDO RAMOS MAYA**  
Senador de la República

**FERNANDO NICOLAS ARAUJO  
RUMIE**  
Senador de la República

**ORLANDO CASTAÑEDA SERRANO**  
Senador de la República

**MARÍA DEL ROSARIO GUERRA  
DE LA ESPRIELLA**  
Senadora de la República

**ERNESTO MACÍAS TOVAR**  
Senador de la República

---

<sup>13</sup> El 15 de febrero de 2015 el Ministro de Salud y Protección Social, doctor Alejandro Gaviria Uribe, anunció que se dará inicio en Colombia a la regulación de precios de los dispositivos médicos en Colombia, lo que abre una ventana de oportunidad para la regulación de equipos como el DEA con miras a garantizar su oferta y disponibilidad en los términos del presente Proyecto. Para mayor información véase:

<http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Inicia-regulacion-de-precios-a-dispositivos-medicos-en-Colombia-.aspx>