BOLETÍN JURÍDICO No.12 DICIEMBRE 2020

BOLETIN JURIDICO N°12 DICIEMBRE DE 2020

TABLA DE CONTENIDO.

1. JURISPRUDENCIA 4

1.1. SENTENCIAS CORTE CONSTITUCIONAL 5

1.1.1 Setencia C-252/2020 6

2. NORMATIVA 68

2.1. LEY 69

2.1.1. Ley 2064 de 2020 70

2.2. DECRETOS 75

2.2.1. Decreto 1649 de 2020 76

2.2.2. Decreto 1710 de 2020 79

2.2.3. Decreto 1711 de 2020 99

2.2.4. Decreto 1787 de 2020 102

2.2.5. Decreto 1809 de 2020 125

2.3. RESOLUCIONES. 134

2.3.1. Resolución 2238 de 2020 135

2.3.2. Resolución 2239 de 2020 138

2.3.3. Resolución 2263 de 2020 143

2.3.4. Resolución 2272 de 2020 152

2.3.5. Resolución 2295 de 2020 155

2.3.6. Resolución 2350 DE 2020 158

2.3.7. Resolución 2461 de 2020 167

2.3.8. Resolución 2452 de 2020 174

2.3.9. Resolución 2475 de 2020 181

2.3.10. Resolución 2476 de 2020 187

2.4.1. Circular 44 de 2020 190

2.4.2 Circular 45 de 2020 195

3. CONCEPTOS. 206

3.1.ASUNTO: Derecho de petición de información. 207

3.2. ASUNTO: Radicado 202042402048102 208

3.3. ASUNTO: Registro de libro de actas de la Junta Directiva- ESE 209

3.4. ASUNTO: Derecho de petición (No. 021) 212

3.5. Asunto: Consulta sobre el quorum y voto mayoritario en la junta directiva de una E.S.E. 221

1. JURISPRUDENCIA

1.1. SENTENCIAS CORTE CONSTITUCIONAL

1.1.1 Setencia C-252/2020

Referencia: Expediente RE-271

Revisión de constitucionalidad del Decreto legislativo 538 del doce (12) de abril de 2020, *"(p)or el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica*".

Magistrada sustanciadora:
CRISTINA PARDO SCHLESINGER

Bogotá D. C., dieciséis (16) de julio de dos mil veinte (2020).

La Sala Plena de la Corte Constitucional, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales, en especial de la prevista en el artículo 241 (numeral 7º) de la Constitución Política y agotado el trámite establecido en el Capítulo VII del Decreto ley 2067 de 1991, profiere la siguiente:

SENTENCIA

I. ANTECEDENTES

Mediante Resolución 385 del doce (12) de marzo de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social declaró la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional por causa del COVID-19 y adoptó algunas medidas para hacer frente a dicho virus[1]. Seguidamente, con ocasión del COVID-19, el Presidente de la República expidió el Decreto legislativo 417 del diecisiete (17) de marzo de 2020 en donde declaró el estado de emergencia económica social y ecológica en todo el territorio nacional (en adelante, también, el "Decreto 417" o el "decreto matriz"). Este decreto legislativo fue declarado exequible por la Corte mediante Sentencia C-145 de 2020[2].

Con fundamento en el mencionado decreto matriz el Gobierno nacional expidió el Decreto legislativo 538 del doce (12) de abril de 2020, *"(p)or el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica"* (en adelante, también, el "Decreto 538" o el "decreto de desarrollo"). El Decreto 538 constituye el objeto de esta

[1] Inicialmente se declaró que la emergencia sanitaria iba hasta el treinta (30) de mayo de 2020. Posteriormente, mediante la Resolución 844 del 26 de mayo 2020, se dispuso la prórroga de dicha emergencia sanitaria hasta el treinta y uno (31) de agosto de 2020.
[2] MP José Fernando Reyes Cuartas.

sentencia.

En cumplimiento de lo previsto en el parágrafo del artículo 215 superior y del artículo 36 del Decreto ley 2067 de 1991, la secretaria jurídica del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, en representación del jefe del Gobierno nacional, remitió a la Corte el texto del Decreto 538 para que este Tribunal decidiera definitivamente sobre su constitucionalidad.

Mediante Auto del veinte (20) de abril de 2020 la magistrada sustanciadora avocó conocimiento del mencionado decreto de desarrollo, comunicó de la iniciación del presente asunto al Presidente de la Republica y a los ministros de su despacho, decretó algunas pruebas, dispuso su fijación en lista para permitir la participación ciudadana y, una vez expirado el término para dicha participación, le dio traslado al señor Procurador General de la Nación para que rindiera el concepto de su competencia[3].

Practicadas las pruebas decretadas y agotado el trámite previsto en el Decreto ley 2067 de 1991, la Corte procede a decidir sobre la constitucionalidad del Decreto 538 de 2020.

II. NORMA DEMANDADA

El texto de la parte resolutiva del Decreto 538 de 2020[4], objeto de control en esta providencia, es el que se transcribe a continuación:

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETO LEGISLATIVO 538 DE 2020
(12 Abr 2020)

Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

en ejercicio de las facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas en el artículo 215 de la Constitución Política, en concordancia con la Ley 137 de 1994, y el Decreto Ley 417 del 17 de marzo de 2020 "Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional", y

CONSIDERANDO

---

[3] Este procedimiento estuvo también compuesto por Auto del cuatro (4) de mayo de 2020, en donde la magistrada sustanciadora requirió al Gobierno nacional para que diera respuesta a una de las pruebas inicialmente decretadas (prueba esta que, según manifestó la secretaria jurídica del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, fue oportunamente remitida en fecha anterior); así como por Auto del quince (15) de mayo de 2020, en donde se le ordenó a la Secretaría de la Corte que prosiguiera con el trámite que previó el Auto del veinte (20) de abril de 2020.
[4] El texto completo del Decreto 538 de 2020 se encuentra como Anexo 1 a esta providencia.

(…)

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

CAPÍTULO I

ACCESO Y CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES AFECTADOS POR LA PANDEMIA DE COVID-19

ARTÍCULO 1. Autorización transitoria para la prestación de servicios de salud. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, la secretaría de salud departamental o distrital o las direcciones territoriales de salud, previa solicitud de los prestadores de servicios de salud inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS-, los autorizarán para:

1.1. Adecuar temporalmente un lugar no destinado a la prestación de servicios de salud, dentro o fuera de sus instalaciones.

1.2. Reconvertir o adecuar un servicio de salud temporalmente para la prestación de otro servicio no habilitado.

1.3. Ampliar la capacidad instalada de un servicio de salud habilitado.

1.4. Prestar servicios en modalidades o complejidades diferentes a las habilitadas.

1.5. Prestar otros servicios de salud no habilitados.

Para la prestación de los servicios bajo estas condiciones solo se requerirá la autorización por parte de las secretarías de salud departamentales o distritales, o las direcciones territoriales de salud. No obstante, los servicios autorizados no quedan habilitados de manera permanente, sino solamente durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La solicitud de autorización, la presentará el prestador de servicios de salud, por medio del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS-, y deberá incluir la siguiente información:

a. Nombre del servicio a prestar

b. Modalidad en la que se prestará el servicio de salud.

c. Complejidad en la que se prestará el servicio de salud.

d. Domicilio o lugar de la prestación.

e. Capacidad instalada, cuando aplique

f. Servicios interdependientes, cuando aplique.

g. Correo electrónico de contacto.

Una vez revise la información y si lo considera necesario, la autoridad competente podrá realizar visita al lugar en donde se vaya a prestar el servicio. Si no realiza la visita, deberá determinar si otorga o no la autorización transitoria dentro de los tres (3) días calendario siguientes al recibo de la solicitud. En caso de que decida realizar la visita, esta se efectuará dentro de los dos (2) días calendario siguientes al recibo de la solicitud, y dentro de los dos (2) días calendario siguientes a la visita, decidirá si otorga o no la autorización transitoria.

De no dar respuesta en los términos antes definidos, se entenderá autorizado el servicio automáticamente. Sin embargo, la secretaría de salud departamental o distrital o la dirección territorial de salud podrá, en cualquier momento, realizar visita al lugar en donde se presta el servicio, y en caso de comprobar que no se cumplen con las condiciones aquí establecidas, procederá a adoptar las medidas que estime pertinentes.

La secretaría de salud departamental o distrital o la dirección territorial de salud deberá realizar el proceso de autorización en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS-.

PARÁGRAFO 1: Los prestadores de servicios de salud son los responsables por los servicios prestados en las condiciones establecidas en el presente artículo, y las secretarías de salud departamental o distrital o las direcciones territoriales de salud, son las responsables de realizar las acciones de inspección, vigilancia y control de la prestación de los servicios de salud, sin perjuicio de las competencias propias de la Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO 2. Las Empresas Sociales del Estado que soliciten la autorización de que trata el presente artículo, no deberán tener contemplados los servicios de salud que se presten de conformidad con la autorización, en el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de la Empresas Sociales del Estado del departamento o distrito en el que se encuentre.

ARTÍCULO 2. Eliminación de la autorización previa para contratación de Instituciones Prestadoras de servicios de salud. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia

derivada del Coronavirus COVID-19, elimínese la autorización previa de que tratan el literal f del artículo 14 y el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007.

ARTÍCULO 3. Contratación de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, elimínese la priorización de que trata el inciso cuarto del artículo 46 de la Ley 715 de 2001, para contratar las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas relacionadas con la contención o mitigación del Coronavirus COVID-19. Por esta razón, los departamentos, municipios y distritos podrán contratar con entidades públicas o privadas que tengan capacidad técnica y operativa para ejecutar esas acciones, o con personas naturales que tengan estas mismas capacidades.

ARTÍCULO 4. Gestión centralizada de la Unidades de Cuidado Intensivo y de las Unidades de Cuidado Intermedio. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, en caso de alta demanda, las entidades territoriales por medio de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE-, asumirán el control de la oferta y disponibilidad de camas de Unidades de Cuidados Intensivos y de Unidades de Cuidados Intermedios. El Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE- de cada departamento o distrito, coordinará el proceso de referencia y contrarreferencia, definiendo el prestador a donde deben remitirse los pacientes que requiera los servicios antes mencionados, mediante el Formato Estandarizado de Referencia de Pacientes.

PARÁGRAFO 1. Los prestadores de servicios de salud que oferten estos servicios deberán reportar la disponibilidad de camas de los mismos al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE- del departamento o distrito, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá el mecanismo correspondiente.

PARÁGRAFO 2. El proceso de referencia y contrareferencia de los pacientes para los servicios señalados, no requiere de autorización por parte de las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o Entidades Obligadas a Compensar -EOC- y demás entidades responsables de pago. Estos servicios se pagarán de acuerdo con las coberturas de la UPC y los presupuestos máximos. Cuando el Ministerio de Salud y Protección Social decida aplicar el mecanismo contenido en el artículo 20 del presente decreto, estos servicios se financiarán con cargo a ese mecanismo. Los prestadores de servicios de salud deben reportar estos pacientes a las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o Entidades Obligadas a Compensar -EOC-, según corresponda.

PARÁGRAFO 3. El Ministerio de Salud y Protección Social apoyará los procesos de referencia y contrareferencia entre departamentos.

ARTÍCULO 5. Entrega de recursos por el Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales a los prestadores de servicios de salud. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, este Ministerio y las entidades territoriales podrán efectuar transferencias directas de recursos mediante actos administrativos de asignación a las Empresas Sociales del Estado y a los administradores de infraestructura pública de propiedad de las entidades territoriales, destinadas a la prestación de servicios de salud, para la financiación de la operación corriente o para inversión en dotación de equipamiento biomédico, con el fin de garantizar la prestación de servicios de salud a la población afectada por causa de la emergencia derivada del Coronavirus COVID-19 .

Asimismo, el Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales, mediante la suscripción de convenios o contratos, podrán asignar recursos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas o mixtas que apoyen en la prestación de servicios para garantizar la atención a la población afectada por la pandemia de COVID-19. En caso de que con estos recursos se compren equipos, estos se entenderán recibidos en calidad de comodato a título precario. Una vez terminada la emergencia sanitaria, la entidad territorial en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, determinarán el uso y destino de estos equipos.

PARÁGRAFO 1. Cuando el administrador de la infraestructura pública sea una entidad privada, se deberá suscribir convenios o contratos y los equipos que se compren serán de propiedad de la entidad territorial dueña de la infraestructura.

PARÁGRAFO 2. Las entidades territoriales para lo establecido en el presente artículo, solo podrán destinar los recursos que no sean de destinación específica para salud y deberán informar inmediatamente al Ministerio de Salud y Protección Social, el valor entregado, el objeto al cual se destinarán los recursos, la fecha de giro, así como el seguimiento a la ejecución.

ARTÍCULO 6. Trámite de proyectos de inversión. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, elimínense el requisito previsto en el inciso primero del artículo 65 de la Ley 715 de 2001, relacionado con la necesidad de incorporar en el Plan Bienal de Inversiones Públicas los proyectos de infraestructura, dotación o equipos biomédicos que el Ministerio de Salud y Protección Social determine que son de control especial , siempre que su ejecución se requiera para garantizar la prestación de servicios de salud a la población afectada por el Coronavirus COVID-19.

PARÁGRAFO 1. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el trámite para la aprobación de estos proyectos.

PARÁGRAFO 2. Esta medida aplica para cualquier fuente de financiación.

ARTÍCULO 7. Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET Adiciónense un inciso al artículo 50 de la Ley 1438 de 2011[5], del siguiente tenor:

"Los saldos, remanentes, rendimientos, recursos no distribuidos por parte del departamento o distrito y los recursos de la última doceava de la vigencia 2019 del FONSAET, podrán ser utilizados en la financiación de la inversión en dotación de equipamiento biomédico y en gastos de la operación corriente de las Empresas Sociales del Estado, necesarios para la atención de la población afectada por el Coronavirus COVID-19. Los departamentos y distritos priorizarán las empresas sociales del estado beneficiarias de estos recursos, de acuerdo con la necesidad del territorio, sin que se requiera estar categorizada en riesgo medio o alto.

La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará los lineamientos que se deben seguir por parte de las entidades territoriales y las empresas sociales del estado para el uso de los recursos.

Los recursos que se encuentren disponibles en el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET - deberán ser asignados y distribuidos por el Ministerio de Salud y Protección Social a las Empresas Sociales del Estado sin que se requiera estar categorizada en riesgo medio o alto, con el fin de garantizar la prestación de servicios de salud de la población afectada por causa de la emergencia derivada de la Pandemia de COVID-19.

Para la ejecución de los recursos, las Empresas Sociales del Estado deberán contratar directamente un encargo fiduciario de administración y pagos con una fiducia pública del orden nacional."

ARTÍCULO 8. Plataformas tecnológicas para las actividades de telesalud. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, y con el fin de facilitar el acceso a los servicios de salud, los prestadores de servicios de salud deberán implementar plataformas digitales accesibles con estándares básicos de audio y video que permitan el diagnóstico y seguimiento del paciente; y lo establecido en el literal g del artículo 4 de la Ley 1581 de 2012 y en el literal b del artículo 32 de la Ley 527 de 1999 y sus decretos reglamentarios, deberá limitarse al manejo de medidas técnicas, humanas y administrativas de seguridad con las que cuenten los prestadores de servicios de salud, siempre que la finalidad sea proteger los derechos fundamentales a la vida digna y a la salud de los pacientes.

[5] Mediante Decreto Nro. 607 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social se corrigió el yerro en que incurrió el Decreto Legislativo 538 de 2020, cuando mencionó que la adición del inciso de que trata el artículo 7 de dicho decreto legislativo se añadía al artículo 50 de la Ley **1458** en lugar de aludir al artículo 50 de la Ley **1438** de 2011

PARÁGRAFO 1. Cuando la atención en la modalidad de telemedicina se prescriban medicamentos por el profesional autorizado para ello, la prescripción se enviará escaneada y firmada por el médico tratante, mediante la plataforma digital que sea utilizada por el prestador de servicios de salud.

PARÁGRAFO 2. Los pacientes podrán enviar la imagen del documento firmado en el que manifiesten el consentimiento informado. Cuando esto no sea posible, el profesional tratante dejará constancia en la historia clínica de la situación, de la información brindada sobre el alcance de la atención y de la aceptación del acto asistencial por parte del paciente, de forma libre, voluntaria y consiente.

CAPÍTULO II
GARANTÍA Y PROTECCIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD PARA LA ATENCIÓN DEL COVID-19

ARTÍCULO 9. Llamado al talento humano para la prestación de Servicios de salud. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, todo el talento humano en salud en ejercicio o formación, estará preparado y disponible y podrá ser llamado a prestar sus servicios, para reforzar y apoyar a los prestadores de servicios de salud del país. El acatamiento a este llamado será obligatorio.

Está exceptuado de presentarse al llamado, el talento humano en salud que acredite:

a. Ser mujer en estado de embarazo.

b. Ser padre o madre cabeza de familia con hijos menores de edad, cuidador de adultos mayores o de persona en condiciones de discapacidad.

c. Ser padre o madre de un mismo núcleo familiar, cuando ambos ostentan profesión u ocupación del área de la salud y tengan hijos menores de edad.

d. Tener 70 o más años.

e. Tener una enfermedad crónica o condición que represente un alto riesgo para el contagio de Coronavirus COVID-19, salvo casos de fuerza mayor concertados entre la persona y el prestador.

PARÁGRAFO 1. Para los efectos del presente Decreto Legislativo, entiéndase por talento humano en salud en ejercicio, los graduados de los programas de educación para el trabajo y el desarrollo humano del área de la salud y de programas de pregrado y posgrado de educación superior del área de la salud.

Entiéndase por talento humano en salud en formación, los estudiantes del área de la salud de programas de educación superior, que estén cursando el último año de su pregrado y quienes estén realizando especialización u otra formación de posgrado, y aquellos quienes estén cursando el último periodo académico de programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.

PARÁGRAFO 2. Las universidades en el marco de su autonomía universitaria, podrán graduar anticipadamente a estudiantes de pregrado y posgrado de áreas clínicas que estén cursando el último semestre de sus respectivos programas académicos.

PARÁGRAFO 3. El talento humano en salud en ejercicio o formación, que sea llamado a prestar sus servicios, para reforzar y apoyar a los prestadores de servicios de salud del país, deberá recibir entrenamiento en las actividades en las que se vaya a desempeñar, lo cual estará a cargo del prestador de servicios de salud donde vaya a realizar la labor. Las instituciones educativas podrán concurrir en la capacitación y entrenamiento requerido, sobre todo para el caso del talento humano en formación, en coordinación con los prestadores de servicios de salud.

PARÁGRAFO 4. Los profesionales de la salud que durante la emergencia sanitaria finalicen su servicio social obligatorio, de manera voluntaria, podrán continuar prestando el servicio durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, siempre y cuando el prestador garantice el pago de su salario y prestaciones sociales, así como la afiliación a seguridad social integral.

PARÁGRAFO 5. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios del llamado y el lugar en donde prestarán sus servicios para reforzar o apoyar a los prestadores de servicios de salud, de acuerdo a las necesidades que determine la secretaría departamental y/o distrital de salud o quien haga sus veces. prestador asumirá los costos del personal adicional requerido.

ARTÍCULO 10. Del Registro Único Nacional y desmaterialización de la identificación única del Talento Humano en Salud. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, suspéndase la aplicación de los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019.

ARTÍCULO 11. Reconocimiento económico temporal para el talento humano de salud que presenten servicios durante el Coronavirus COVID-19. El talento humano en salud que preste sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de Coronavirus COVID-19, incluidos quienes realicen vigilancia epidemiológica, y que por consiguiente, están expuestos a riesgo de contagio, tienen derecho, por una única vez, a un reconocimiento económico temporal, durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el monto del reconocimiento como una proporción del Ingreso Base de Cotización -IBC

promedio de cada perfil ocupacional. Este emolumento no constituye factor salarial y será reconocido independiente de la clase de vinculación.

PARÁGRAFO 1. Ministerio de Salud y Protección Social definirá los perfiles ocupacionales que serán beneficiarios del reconocimiento económico de acuerdo a su nivel de exposición al Coronavirus COVID-19. Este reconocimiento será girado por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o entidades territoriales de salud quienes serán los encargados de realizar el giro al personal beneficiario.

PARÁGRAFO 2. Autorícese a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES para administrar y operar el pago del reconocimiento previsto en este artículo, de acuerdo al reglamento que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

CAPÍTULO III

ATENCIÓN DEL COVID-19 EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

ARTÍCULO 12. Revisión de las incapacidades por diagnóstico COVID-19. El Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con en el reporte de información que suministren las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y Entidades Obligadas a Compensar -EOC-, podrá determinar que se requiere recursos económicos adicionales por concepto de incapacidades asociadas a enfermedades generales de origen común derivadas del diagnóstico confirmado por Coronavirus COVID-19. De cumplirse lo anterior, se autorizará a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES- al reconocimiento de recursos adicionales a las Entidades Promotoras de Salud - EPS- y Entidades Obligadas a Compensar -EOC-.

Para el pago de los recursos adicionales de que trata este artículo, la Entidades Promotoras de Salud -EPS- y Entidades Obligadas a Compensar -EOC-, una vez reconozcan el valor de la incapacidad a sus afiliados, podrán cobrar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, el valor del reconocimiento económico, los términos y condiciones para el pago serán establecidos por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. Dicho ajuste no será tenido en cuenta para el cálculo del porcentaje a reconocer en las siguientes vigencias.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público apropiará los recursos necesarios de acuerdo a la disponibilidad de recursos fiscales, y los dispondrá al Ministerio de Salud y Protección Social para que lo ejecute vía transferencia a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES, quien a su vez realizara los ajustes presupuestales para su reconocimiento.

ARTÍCULO 13. Requisitos para inclusión del Coronavirus COVID-19 como enfermedad laboral directa. Elimínense los requisitos de que trata el parágrafo 2 del artículo 4 de la Ley 1562 de 2012 para incluir dentro de la tabla de enfermedades laborales, el Coronavirus COVID- 19 como enfermedad laboral directa, respecto de los trabajadores del sector salud, incluyendo al personal administrativo, de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios en las diferentes actividades de prevención, diagnóstico y atención de esta enfermedad.

Las entidades Administradoras de Riesgos Laborales -ARL-, desde el momento en que se confirme el diagnóstico del Coronavirus COVID-19, deben reconocer todas las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de la incapacidad de origen laboral por esa enfermedad, sin que se requiera la determinación de origen laboral en primera oportunidad o el dictamen de las juntas de calificación de invalidez.

ARTÍCULO 14. Compensación económica temporal para el afiliado al Régimen Subsidiado con diagnóstico confirmado de Coronavirus COVID-19. Créase la compensación económica equivalente a siete (7) días de Salario Mínimo Legal Diario Vigente -SMLDV-, por una sola vez y por núcleo familiar, para los afiliados al régimen subsidiado de salud que tengan diagnóstico confirmado de Coronavirus COVID-19. El pago de la compensación estará condicionado al cumplimiento de la medida de aislamiento.

La Entidades Promotoras de Salud -EPS- reconocerá a sus afiliados el beneficio, previa verificación de las condiciones, y cobrará el valor correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, una vez lo haya reconocido. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES definirá los términos y condiciones para el pago.

PARÁGRAFO 1. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá poner a disposición de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES la información con la que cuenta y que sea necesaria para la liquidación de la compensación de que trata este artículo.

PARÁGRAFO 2. En caso de que se creen cuentas para el giro de estos recursos, estarán exentas del Gravamen a los Movimiento Financieros -GMF y así serán registradas por las entidades financieras. Asimismo, esta entidad deberá garantizar que la creación, el manejo y la realización de las transacciones que se requieran, no conllevarán costo alguno para el beneficiario.

PARÁGRAFO 3. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de acuerdo a la disponibilidad de recursos fiscales, apropiará los recursos necesarios, para la compensación y los dispondrá al Ministerio de Salud y Protección Social para que lo ejecute vía transferencia a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, quien a su vez realizará los ajustes presupuestales para su reconocimiento y operación.

ARTÍCULO 15. Adiciónese cuatro parágrafos al artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, los cuales quedarán así:

"**PARÁGRAFO 1.** La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud de los afiliados al Régimen Contributivo, una vez finalizado el periodo de protección laboral cuando aplique, continuará pagando a las Entidades Promotoras de Salud -EPS- el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- correspondiente a los cotizantes que hayan sido suspendidos y su núcleo familiar, así como a los beneficiarios de los cotizantes que hayan fallecido, a partir de la entrada en vigencia del presente decreto y Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19"

PARÁGRAFO 2 Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- podrá adelantar los mecanismos previstos en el artículo 41 del Decreto-ley 4107 de 2011 y los del artículo 9 de la Ley 1608 de 2013, para lo cual no aplicará la restricción definida en el literal j) de la destinación de los recursos a que se refiere este artículo. Para el pago de los recursos que se otorguen por medio de estos mecanismos, se podrá realizar un cruce de cuentas por medio de lo aprobado por el mecanismo de saneamiento dispuesto por el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, lo que se reconozca en la auditoría de los servicios y tecnologías no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación -UPC- adelantada por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- o lo reconocido por concepto de Unidad de Pago por Capitación -UPC- de los regímenes contributivo o subsidiado."

"**PARÁGRAFO 3.** Autorícese a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- para administrar y ejecutar los recursos que se destinen para atender la emergencia económica, social y ecológica declarada por el Coronavirus COVID-19 o aquellos que se dispongan en el marco de la emergencia sanitaria. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- compensará de manera automática los saldos adeudados por esta figura en caso de liquidación de Entidades Promotoras de Salud -EPS-."

"**PARÁGRAFO 4.** El Ministerio de Hacienda y Crédito Público transferirá los recursos que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES requiera para garantizar el financiamiento del aseguramiento en salud durante la emergencia sanitaria declarada por el COVID-19."

ARTÍCULO 16. Adiciónense los siguientes dos parágrafos al artículo 237 de la Ley 1955 de 2019:

"**PARÁGRAFO 7**. Cuando la entidad recobrante no tenga deudas por concepto de servicios y tecnologías no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC-, podrá solicitar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES, que los recursos aprobados en el marco de este artículo, se giren directamente a los prestadores de servicios, proveedores u otros acreedores con los que tengan cuentas pendientes derivadas de servicios de salud.

PARÁGRAFO 8. Los recursos aprobados en el marco del saneamiento de que trata este artículo, podrán ser descontados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES para el pago de los valores adeudados por las entidades recobrantes por concepto de los mecanismos definidos en el artículo 9 de la Ley 1608 de 2013, así como el monto pendiente por reintegrar cuando el valor aprobado en la auditoría haya sido menor al giro previo realizado."

ARTÍCULO 17. Adiciónese un parágrafo al artículo 9 de la Ley 1608 de 2013.

"**PARÁGRAFO.** El pago de las operaciones de compra de cartera realizadas en el marco de la emergencia sanitaria, por parte de las Entidades Promotoras de Salud -EPS- del Régimen Subsidiado, podrá efectuarse en un plazo máximo de dos (2) años."

ARTÍCULO 18. Adiciónese un parágrafo al artículo 45 Ley 2008 de 2019, el cual quedará así:

"**PARÁGRAFO.** Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- priorizará los recursos de que trata el artículo 2.6. 1.4.1.1 del Decreto 780 de 2016 para la mitigación de los efectos de la emergencia."

ARTÍCULO 19. Tarifas de servicios e insumos necesarios en el marco de la emergencia sanitaria. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID- 19, no podrán incrementarse, más allá de la inflación causada, las tarifas de los servicios y tecnologías en salud. En todo caso, deberán mantenerse los valores ya pactados en los contratos realizados entre agentes del sector.

ARTÍCULO 20. Canasta de Servicios y Tecnologías en Salud destinados a la atención del Coronavirus COVID-19. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá una canasta de atenciones para los pacientes con Coronavirus COVID-19, cuyo reconocimiento se efectuará por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-.

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-. pagará las atenciones, tomando como referencia el valor de la canasta de atenciones que se establezcan para Coronavirus COVID-19.

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-. con base en la información reportada por la Entidad Promotora de Salud -EPS-, la Entidad Obligada a Compensar -EOC- o la entidad territorial, según corresponda, pagará directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud el valor de las canastas. Así mismo podrá hacer anticipos de conformidad con el número de casos de Coronavirus COVID-19.

PARÁGRAFO 1. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público apropiará los recursos necesarios para la financiación de las canastas, de acuerdo a la disponibilidad de recursos fiscales y los dispondrá al Ministerio de Salud y Protección Social para que lo ejecute vía transferencia a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-. Se realizarán los ajustes presupuestales para su reconocimiento.

PARÁGRAFO 2. Los regímenes especiales y de excepción, así como el fondo nacional de salud para la población privada de la libertad podrán tener en cuenta las canastas de atenciones asociadas al Coronavirus COVID-19 y realizar las respectivas gestiones para la apropiación de los recursos necesarios.

ARTÍCULO 21. Modifíquese el último inciso y adiciónese un parágrafo al artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, los cuales quedarán así:

"Para cofinanciar el pago de las deudas de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC- del régimen subsidiado, autorícese al Gobierno nacional a realizar operaciones de crédito en las vigencias 2020 y 2021. La Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, administrará, en una cuenta independiente, el cupo de emisión de deuda que se destine a la atención de las obligaciones de pago originadas en este artículo. Para los efectos previstos en este inciso, la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional estará facultada para realizar las operaciones necesarias en el mercado monetario y de deuda pública. Las operaciones de crédito público no implican operación presupuestal y solo deberá presupuestarse para efectos de su redención y pago de intereses. El Gobierno nacional reglamentará los términos y condiciones en ros cuales operará la cofinanciación de la Nación.

"**PARÁGRAFO 6.** Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, suspéndase el plazo dispuesto en el numeral 8 del presente artículo. El término se reanudará a partir del día hábil siguiente a su culminación."

ARTÍCULO 22. Uso de los recursos de las cuentas maestras de salud pública colectiva. Los saldos de las cuentas maestras de salud pública colectiva existentes a 31 de

diciembre de 2019, podrán ser utilizados en la ejecución de las acciones de salud pública necesarias para la contención y efectos del Coronavirus COVID-19.

ARTÍCULO 23. Adiciónese un parágrafo al artículo 4 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así:

"**PARÁGRAFO.** Los excedentes de rentas cedidas del aseguramiento determinados al cierre del año 2019, permanecerán en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- y serán destinados a la financiación del aseguramiento en salud, en los términos que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social."

ARTÍCULO 24. Adiciónese un parágrafo al artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedará así:

"**PARÁGRAFO.** Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, autorícese a las entidades territoriales a utilizar los excedentes de cuentas maestras del régimen subsidiado para realizar las acciones de salud pública, de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior, sin perjuicio de los valores ya comprometidos en los Planes de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público."

ARTÍCULO 25. Adiciónese un parágrafo al artículo 1 del Decreto Legislativo 461 de 2020, el cual quedará así:

"**PARÁGRAFO 3.** Los recursos de salud con destinación específica, no podrán cambiar su destinación, salvo lo establecido en la Ley. Así mismo, las entidades territoriales deberán velar por el giro oportuno de estos recursos, conforme a los términos y condiciones establecidos en la normativa vigente."

ARTÍCULO 26. Adiciónese un parágrafo al artículo 3 de la Ley 1066 de 2006, el cual quedará así:

"**PARÁGRAFO.** Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, y hasta el mes siguiente calendario a su terminación, no se causarán intereses moratorios por las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social Integral, que se paguen en forma extemporánea.

Para efectos de lo aquí previsto el Ministerio de Salud y Protección Social efectuará las respectivas modificaciones en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes -PILA"

CAPÍTULO IV

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 27. Sustitución de la medida de asunción temporal de competencias. Adiciónese un parágrafo al artículo 13 del Decreto Ley 028 de 2008, el cual quedará así:

"La autoridad que en el marco de lo dispuesto en este artículo asuma temporalmente las competencias de una entidad territorial para la programación presupuestal, ordenación del gasto, competencia contractual y nominación del personal, en relación con los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, en caso de emergencia sanitaria, podrá sustituir dicha medida por una de seguimiento.

La sustitución de la medida deberá ser solicitada por el representante legal de la entidad territorial a la que se le haya decretado la asunción temporal de las competencias, ante el representante legal de la entidad a la que se le hubiere encargado dicha función, quien definirá los términos en los que se ejercerá la medida sustituta, los cuales deberá ser incorporados en un plan de acción suscrito por el representante legal de la entidad territorial y aprobado por el representante legal de la autoridad que aceptó la sustitución de la medida."

ARTÍCULO 28. Exenciones al cobro de tarifas para protocolos de investigación. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, se exonerará del pago de la tarifa los estudios para los protocolos de investigación que tengan por objeto apoyar estrategias de mitigación de la emergencia sanitaria presentada por el Coronavirus COVID-19, que involucren medicamentos, dispositivos médicos prototipo y reactivos para uso en investigación, así como sus enmiendas, siempre que la solicitud corresponda a iniciativas adelantadas por asociaciones científicas, universidades e instituciones prestadoras de servicios de salud del territorio nacional.

ARTÍCULO 29. Vigencia. El presente derecho rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los 12 días del mes de abril de 2020

(…)"

III. INTERVENCIONES DEL GOBIERNO NACIONAL

Mediante Auto del veinte (20) de abril de 2020 la magistrada sustanciadora avocó conocimiento del decreto materia de esta sentencia y resolvió decretar varias pruebas a cargo del Gobierno nacional.

III.I. INTERVENCIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Por una parte se le solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social (en adelante, simplemente, el "Ministerio de Salud" o el "MinSalud") que diera respuesta a las siguientes preguntas:

(i) ¿Cuáles son las razones fácticas y jurídicas que justifican que el Gobierno Nacional permita que las autorizaciones de que tratan los numerales 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 y 1.5 del artículo 1º del Decreto 538 se dirijan a adecuaciones y/o prestación de servicios no directamente relacionados con la atención de la pandemia COVID-19?

(ii) ¿Cuáles son las razones fácticas y jurídicas que permiten que el Gobierno Nacional exima temporalmente de la obligación de obtener las autorizaciones previas que prevén el literal f del artículo 14 y el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007?

(iii) ¿Cuáles son las razones fácticas y jurídicas que permiten que el Gobierno Nacional exija que el grupo de personas que integran el sector del talento humano en salud en ejercicio o formación pueda ser sujeto de una obligación legal laboral?

(iv) ¿Cuáles son las razones fácticas y jurídicas que permiten que el Gobierno Nacional despoje temporalmente de efectos a los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019? En desarrollo de su respuesta el Ministerio deberá explicar cuáles son los riesgos que, en aplicación de dicha medida, podrían surgir para la población nacional en tanto personas posiblemente sin la capacitación necesaria para prestar servicios de salud terminen asumiendo dicha responsabilidad.

La secretaria jurídica del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República presentó ante la Secretaría de la Corte escrito al que adjuntó dos documentos del Ministerio de Salud dando respuesta a las preguntas recién transcritas, las cuales se sintetizan a continuación:

(i) A la pregunta sobre **¿(c)uáles son las razones fácticas y jurídicas que justifican que el Gobierno Nacional permita que las autorizaciones de que tratan los numerales 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 y 1.5 del artículo 1º del Decreto 538 se dirijan a adecuaciones y/o prestación de servicios no directamente relacionados con la atención de la pandemia COVID-19?**, se respondió de la siguiente manera:

El Ministerio comenzó por señalar que una epidemia está compuesta por tres fases: (i) la fase de preparación, que inicia en el momento en que las autoridades conocen y se alistan para enfrentar el posible ingreso al territorio de un virus; (ii) la fase de contención, que comienza con la detección del primer caso de contagio y dentro de la cual se persigue evitar la propagación del virus; y (iii) la fase de mitigación, que empieza cuando se desconoce la fuente del contagio del 10% de los casos detectados. De acuerdo con el Ministerio, en esta última fase, que en Colombia habría comenzado el 31 de marzo de 2020, *"se deben adoptar medidas no sólo para reducir el impacto de la enfermedad en términos de morbi-mortalidad, sino para reducir la presión sobre los servicios de salud";* situación ésta que exige un aumento en la oferta de servicios de salud para evitar el colapso del sistema.

Con lo anterior en mente, el Ministerio sostuvo que

> "(l)a capacidad instalada que se ha indicado[6], se requiere no solamente para la atención de pacientes infectados por Coronavirus COVID-19, sino también para la atención de pacientes prioritarios, cuyas patologías requieran ser tratadas por medio de servicios en las Unidades de Cuidados Intensivos, lo que permite concluir que la capacidad instalada que tiene el país no es suficiente ante las proyecciones frente a los casos probables que se pueden presentar de infectados por el coronavirus COVID-19."

Y continuó indicando que

> "(…) es necesario generar estrategias para atender usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud que requieren servicios de baja complejidad, de consulta externa y demás servicios de salud, que no están relacionados con el Coronavirus COVID-19, en instalaciones diferentes a aquellas en las que se atienden a los pacientes contagiados por el mencionado virus o en las mismas instalaciones pero en áreas diferentes, con el fin de garantizar un distanciamiento suficiente que impida la propagación del mismo."

El Ministerio prosiguió señalando que las medidas recién expuestas fueron solicitadas por las propias entidades territoriales y que la norma que prevé el artículo 1º del Decreto 538 *"se planteó de manera amplia para que las entidades territoriales, de acuerdo a las necesidades y condiciones de su región, puedan solicitar la autorización transitoria para servicios que atiendan pacientes con COVID-19 o para servicios de otras patologías".*

Con fundamento en lo expuesto el Ministerio explicó cómo cada una de las modalidades que prevén los numerales 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 y 1.5 del artículo 1º del Decreto 538 se prestan para lograr el propósito de ampliar la oferta de los servicios de salud, logrando que la atención de la epidemia del COVID-19 no implique la desatención de las demás patologías.

El Ministerio pasó luego a explicar que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud tiene una estructura de niveles en la que su Sistema Único de Habilitación *"establece los requisitos mínimos que necesita una institución para prestar servicios de salud"*. Así mismo, indicó que el Sistema Único de Acreditación *"contiene el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios".*

Finalmente se adujo que aunque en tiempos de normalidad la ley faculta al Gobierno nacional para que *"fije requisitos, condiciones y procedimientos para que los prestadores de servicios de salud*

---

[6] En su intervención el Ministerio de Salud señaló que para *"febrero de 2020, el país cuenta con 370 servicios habilitados de internación por cuidado intensivo de adultos, 398 servicios habilitados de cuidado intermedio adultos, 125 servicios habilitados de cuidado intensivo pediátrico, 130 servicios de cuidado intermedio y 678 servicios habilitados para neonatos (en lo correspondiente a cuidado básico, intermedio e intensivo). Estos servicios cuentan con una capacidad instalada de 5.349 camas de Unidades de Cuidados Intensivos -UCI- para la población adulta (Se anexa documento en el Excel con la información correspondiente, desagregada por departamento)."*

puedan operar en condiciones mínimas de calidad", con el Decreto 538 se *"establece una excepción (…) al establecer transitoriamente una autorización a los prestadores de servicios de salud la prestación de servicios, adecuación de instalaciones, ampliación de capacidad, adecuación de espacios especiales sin cumplir con los requisitos de calidad establecidos por el legislador y desarrollados en el reglamento. Es decir, esta norma exceptúa las reglas de autorización y habilitación legal para la prestación de servicios de salud necesarios para enfrentar el Covid19 y, en su lugar, establece un mecanismo transitorio de autorización (no habilitación) por parte de las entidades territoriales, incluyendo incluso una regla legal transitoria y excepcional de silencio administrativo positivo."*

(ii) La cuestión relativa a ***"(…) las razones fácticas y jurídicas que permiten que el Gobierno Nacional exima temporalmente de la obligación de obtener las autorizaciones previas que prevén el literal f del artículo 14 y el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007"***, fue explicada por el Ministerio como se expone a continuación:

El Ministerio señaló que las autorizaciones que este organismo otorga ordinariamente en desarrollo del literal f del artículo 14 y del artículo 20 de la Ley 1122 de 2007 *"toma(n) como mínimo treinta (30) días hábiles e implica un tiempo real de cuarenta (40) días o más".* En sustento de lo anterior, explicó que:

> "(l)a atención de las personas que son pobres y vulnerables y no cuentan con aseguramiento debe ser garantizada por el departamento, distrito o por los municipios certificados en salud y en razón a que un porcentaje de ellos requiere atención de alta complejidad, que en algunos territorios no hacen parte de los portafolios de servicios de las entidades públicas, **los departamentos y distritos deben tener un procedimiento rápido que permita garantizar dicha atención a través de un contrato de prestación de servicios de salud, la cual podría no ser oportuna mientras se surte el trámite de autorización ante el Ministerio de Salud y Protección Social**. Lo mismo sucede con los servicios de promoción y prevención que deben garantizar las EPS a los afiliados al régimen subsidiado, es decir, que ante cualquier incumplimiento o ausencia de servicios puedan hacer una contratación expedita que no ponga a la población en riesgo." (Todo el énfasis es fuera de texto)

Concluyó entonces que las obligaciones que exige la ley pero que el Decreto 538 exime de cumplir son un *"procedimiento que no es compatible con la urgencia y la necesidad de tener contratados todos los servicios de salud en donde el departamento o distrito identifique que aún hay población pobre no asegurada, sobre todo cuando no hay oferta pública de ciertos servicios de salud en los lugares en donde esta población reside o cerca de los mismos, más aún en medio de una emergencia sanitaria."*

El Ministerio finalizó sosteniendo que el procedimiento que prevé la ley para obtener las autorizaciones previas que exigen el literal f del artículo 14 y el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007 *"genera traumatismos que no son concordantes con la situación de emergencia" y, por lo tanto, es necesario exceptuarlo transitoriamente para que "estas entidades puedan contratar con IPS de*

carácter privado, debidamente habilitadas, sin autorización previa del Ministerio de Salud y Protección Social".

> **(iii)** A la pregunta relativa a ***"(…) las razones fácticas y jurídicas que permiten que el Gobierno Nacional exija que el grupo de personas que integran el sector del talento humano en salud en ejercicio o formación pueda ser sujeto de una obligación legal laboral"***, el Ministerio respondió en los siguientes términos:

En defensa de las medidas del artículo 9 del decreto de desarrollo el Ministerio inicialmente remitió al déficit de talento humano en salud (THS) que tiene el país. En este sentido adujo que en Colombia existe un número de profesionales en salud / 10.000 habitantes sustancialmente inferior a la meta establecida para el efecto por la Organización Mundial de la Salud.

Así mismo se señaló que, al margen de las medidas de aislamiento y distanciamiento social dispuestas por el Gobierno, en la proyección de la epidemia del COVID-19 se estima que el número de personas que requerirá atención hospitalaria justifica la preparación de los servicios de salud de manera tal que la atención sea "*oportuna y eficaz*". En línea con lo anterior, después de describir el número de THS que existe en cada departamento del país y en el distrito capital, el Ministerio indicó que la oferta de personal correspondiente *"podría resultar insuficiente para atender los pacientes que posiblemente resulten afectados por el Coronavirus COVID-19, si se toma una tasa de contagio (Ro) de 1.2, es decir, 1.2 personas contagiadas por cada contacto que exista con una persona con la infección activa".* Con base en esto, el Ministerio de Salud sostuvo que

> "(p)ara atender la posible demanda de servicios, se requiere planear una expansión progresiva de camas hospitalarias para alcanzar un número aproximado de 10.000 en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), 10.000 en Unidades de Cuidados Intermedios y 20.000 en servicios de hospitalización de menor complejidad, destinadas a la atención de pacientes con sospecha y confirmación de la infección y, por tanto, una expansión progresiva del talento humano en salud que atenderá no sólo a los pacientes afectados por el virus sino a aquellos que deban respaldar la atención hospitalaria y extramural que continuará demandando la población en todo el territorio nacional por cuenta de los demás problemas y necesidades cotidianos de salud."

Después, luego de una presentación de las fases epidemiológicas estimadas y una relación del distinto y creciente número de personal en THS que va requiriendo cada fase, el Ministerio concluyó que "*fue necesario establecer una regla que permitiera acudir al talento humano en salud formado existente en el territorio nacional para suplir la insuficiencia presentada. específicamente durante las fases 3 y 4, en las cuales se prevé un crecimiento más rápido en el número de casos de contagio y la principal demanda de expansión de camas hospitalarias para atender a la población que requerirá servicios de internación hospitalaria."*

Finalmente, el Ministerio sostuvo que las razones jurídicas de la disposición que contiene el

artículo 9º del Decreto 538 remiten a las facultades que otorga el estado de emergencia para enfrentar una situación excepcional. De este modo, luego de comentar sobre las características de los estados de excepción y de aludir a la situación que se resumió en las razones fácticas que subyacen al artículo 9º del mencionado decreto de desarrollo, el Ministerio profundizó sobre la relación que existe entre los derechos y los deberes ciudadanos; y, con fundamento en el principio de solidaridad, afirmó que:

> "(n)o es extraño pues, para nuestro ordenamiento constitucional, que los ciudadanos deban atender situaciones especiales en cumplimiento de sus deberes recíprocos con la comunidad y, más específicamente, actuar de forma armónica con el principio de solidaridad y bajo la prevalencia del interés general ante situaciones como las que atraviesa el país en la actualidad."

En dicha línea, el Ministerio añadió que la obligación que se impone a las personas que pertenecen al THS no puede considerarse como un trabajo forzoso pues el que se exige es más bien un *"trabajo o servicio (que) form(a) parte de las obligaciones cívicas normales de los ciudadanos".* Y concluyó manifestando que *"la Ley 1164 de 2007 por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud indica que el desempeño del talento humano en salud se rige por los valores y principios de humanidad y solidaridad e implica un compromiso y una responsabilidad social, que conlleva la disposición de servicio hacia los individuos y las colectividades."*

> **(iv)** Por último, en cuanto a ***"¿cuáles son las razones fácticas y jurídicas que permiten que el Gobierno Nacional despoje temporalmente de efectos a los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019?"***; y en donde la magistrada sustanciadora indicó que ***"en desarrollo de su respuesta el Ministerio deberá explicar cuáles son los riesgos que, en aplicación de dicha medida, podrían surgir para la población nacional en tanto personas posiblemente sin la capacitación necesaria para prestar servicios de salud terminen asumiendo dicha responsabilidad"***, se respondió de la siguiente manera:

El Ministerio comenzó por indicar que con el Decreto 2106 de 2019 se dio inicio a la creación de un nuevo Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud - Rethus, que incorporaría datos como los *"personales, académicos, fecha de inicio del ejercicio, información acerca del cumplimiento del servicio social obligatorio, información de títulos de especialización, magister o doctorado y la relacionada con las sanciones al personal de salud que reporten los tribunales de ética, según el caso"*; y que, con dicho registro *"debía entenderse desmaterializada la tarjeta profesional, de tal manera que para ejercer en la profesión en la que se tuvo formación, basta con la inscripción en el Rethus."*

Añadió que dentro del desarrollo tecnológico de dicho nuevo registro sobrevino la epidemia del COVID-19, por lo que la suspensión de los artículos 100 y 101 del Decreto 2106 de 2019 no deriva en la inexistencia de un "*procedimiento para la recepción. validación y registro de los profesionales de la salud, ya que, hasta tanto se reglamenten los mencionados artículos este se realiza en los colegios profesionales, en las secretarías departamentales de salud o en la secretaría de salud*

del distrito capital, según corresponda, autoridades que, hoy por hoy, tienen la obligación de expedir las tarjetas profesionales, previo cumplimiento de requisitos".

III.II. INTERVENCIÓN DE LA SECRETARÍA JURÍDICA DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

Por su parte, en respuesta a la prueba dirigida a que el Gobierno nacional interviniera en el proceso e indicara las razones que justificarían la constitucionalidad de cada uno de los artículos del Decreto 538, la secretaria jurídica de la Presidencia de la República expuso los argumentos que se resumen enseguida:

En cuanto al requisito de **conexidad interna**, afirmó que en la parte motiva del Decreto 538 se indicaron razones directamente relacionadas con las medidas respectivamente adoptadas. Concretamente, sobre el **Capítulo I** del decreto en examen, recordó las cifras previstas en dicho decreto sobre los servicios de cuidados intensivos e intermedios disponibles para el cuatro (4) de abril de 2020 y el plan del Ministerio de Salud de alcanzar 15.596 camas hospitalarias, para luego reiterar que en el decreto se señaló la necesidad de fortalecer y de reorganizar los servicios de salud con ocasión de la alta demanda de unidades de cuidados intensivos e intermedios.

Agregó también que el Decreto 538 advierte sobre la necesidad de tomar medidas transitorias durante la emergencia sanitaria, tales como: (i) establecer mecanismos ágiles para que un prestador inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS) pueda expandir sus servicios; (ii) facultar a las Entidades Territoriales para que estas direccionen equitativamente las unidades de cuidado que la población requiera; (iii) eliminar la autorización para que las Entidades Territoriales puedan contratar con IPS privadas; (iv) autorizar a las Entidades Territoriales para que contraten el Plan de Intervenciones Colectivas de contención y mitigación de la pandemia, sin tener que priorizar a las IPS públicas; (v) permitir que MinSalud transfiera directamente recursos a las Empresas Sociales del Estado (ESE) y a los administradores de infraestructura pública propiedad de las Entidades Territoriales, para que estos presten servicios de salud, financien la operación corriente o inviertan en equipos biomédicos; (vi) agilizar los trámites para ejecutar proyectos de inversión en infraestructura hospitalaria o equipos biomédicos para la protección de personas afectadas por el virus y para efectos de su mitigación; (vii) garantizar recursos económicos para que, en donde se atienda a población vulnerable, las ESE adquieran equipos biomédicos y paguen sus gastos de operación corrientes; (viii) flexibilizar requisitos técnicos para implementar plataformas digitales, con estándares básicos de audio y video, para realizar diagnóstico y seguimiento a pacientes.

Sobre las medidas del **Capítulo II** dijo que, ante la previsión de una alta demanda de servicios de salud, se requería fortalecer la disponibilidad del talento humano en salud así como reconocer económicamente su labor dado que, según la OMS, las personas asociadas al THS están expuestas a un alto riesgo de contagio. Agregó que debido a la mencionada necesidad, el Decreto 538 aludió al principio de solidaridad y a la cláusula del Estado Social de Derecho. Además, expuso que era necesario permitir a quienes finalicen el servicio social obligatorio, el desempeño voluntario de sus servicios cuando el prestador de los servicios de salud del caso garantice su

salario y su afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral. Finalmente, recordó que el referido decreto de desarrollo previó el incentivo a la labor del talento humano, incluyendo a quienes realizan vigilancia epidemiológica, con un reconocimiento económico adicional.

En cuanto a las medidas del **Capítulo III**, aludió a la explicación otorgada en el decreto en examen sobre el aumento en la frecuencia de incapacidades por enfermedad común a causa del COVID-19, las cuales no fueron calculadas en los recursos entregados para la vigencia 2020 dada la imposibilidad de prever el impacto de la pandemia. Indicó que, por tal razón, se habilitó al MinSalud para girar recursos adicionales.

También recordó la eliminación del requisito previsto en el artículo 4 de la Ley 1562 de 2012 y, con ello, permitir que el COVID-19 fuera considerado como una enfermedad laboral directa de los trabajadores de la salud y del personal administrativo, de aseo, de vigilancia y de apoyo que trabajaran en la prevención, diagnóstico y atención de la pandemia. Además señaló que, para proteger a los afiliados del régimen subsidiado en salud con diagnóstico confirmado, fue creada una compensación económica de 7 días de SMDLV; y que para quienes dejaron de cotizar por suspensión o terminación de vínculo laboral, así como por falta de recursos, se previó que el ADRES pagará la UPC para estas personas, sus familiares y beneficiarios de cotizantes fallecidos, con el fin de asegurar la continuidad en el servicio. Afirmó que con este grupo de medidas se flexibiliza la priorización en el uso de las fuentes de recursos del sector salud.

También aludió a la autorización otorgada a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES, para usar recursos del SOAT con destino a la atención de la pandemia y para que aplique el mecanismo de giro directo a prestadores de servicios de salud y otros proveedores, sin mediación de las EPS, con el fin de garantizar menores tiempos en procesos administrativos. Finalmente, indicó que con el Decreto 538 se amplía el uso de los saldos del Sistema General de Participaciones destinados al componente de salud, para utilizarlos en la contención y mitigación del virus.

En cuanto al **Capítulo IV** dijo que en la parte motiva del decreto se advirtió que, para agilizar la operación del sistema de salud, se habilitaba sustituir la medida de asunción de competencias por una de seguimiento, con el fin de evitar la duplicidad de autoridades involucradas en la respuesta al posible incremento de la demanda de servicios de salud. También señaló que era preciso exonerar del pago de la tarifa a los estudios para elaboración de protocolos de investigación dirigidos a mitigar la pandemia.

Sobre el requisito de **conexidad externa**, sostuvo que las medidas adoptadas por el decreto de desarrollo están relacionadas con los motivos que dieron lugar a la declaratoria del estado de emergencia económica, social y ecológica y que el decreto matriz incluyó como presupuesto factico la declaratoria de pandemia por la OMS y en donde se argumentó que el sistema de salud no estaba preparado para atender la emergencia que sorprendió por su magnitud a varios países. Además, indicó que en el Decreto 417 se advirtió sobre el posible aumento de casos de contagio y sobre la necesidad de atender a los afectados e impedir la propagación del virus, para lo cual se requeriría de apoyo fiscal urgente, grandes recursos económicos y de acciones para restringir el

contacto entre los habitantes.

En cuanto al **juicio de finalidad** sostuvo que el fin del Decreto 538 se limita a conjurar los efectos de la pandemia y a evitar su extensión a través del fortalecimiento de los componentes del sistema de salud y de la proyección eficiente de trámites para el traslado de recursos económicos. Afirmó que la pandemia ejerce una presión inusitada sobre el sistema de salud, por lo que este debe robustecerse con la disponibilidad de personal capacitado y de recursos económicos suficientes. Recordó que en el decreto de desarrollo se indicó que si no se tomaban medidas inmediatas habría mayores índices de mortalidad y que, por ello, este debía ser resuelto de manera inmediata, por lo que se dispuso de un grupo de medidas para fortalecer el sistema de salud, evitar su colapso y conjurar la crisis provocada por la pandemia; medidas estas encaminadas a: *"(i) el acceso a recursos financieros por trasferencias directas, (ii) el fortalecimiento de la capacidad instalada, (iii) la disponibilidad y capacitación del talento humano, (iv) la suspensión transitoria de trámites ineficientes para el contexto de la pandemia, (v) protección de riesgos laborales*".

Con relación al **juicio de necesidad**, sostuvo que las medidas adoptadas en el Decreto 538 son fáctica y jurídicamente necesarias para enfrentar y limitar los efectos de la situación que dio lugar a la declaratoria de emergencia económica, social y ecológica. Sostuvo que con las medidas del **Capítulo I** se asegura la continuidad en la prestación del servicio de salud, a través de la flexibilización de trámites que resultan ineficientes y extensos durante la emergencia sanitaria. Indicó también que las disposiciones del decreto son necesarias porque no existen en el ordenamiento jurídico mecanismos eficientes para mitigar y contener los efectos de la pandemia, dado que supondrían ajustes o modificaciones transitorias al componente de autorizaciones, transferencias y administración de recursos, que normalmente se harían con una norma del mismo rango legal.

Respecto a las medidas del **Capítulo II**, argumentó que se precisa de suficiente personal sanitario y administrativo, por lo que se tendría que asegurar su disponibilidad, capacitación y la protección de sus derechos fundamentales, pero que no hay normas que permitan convocarlo y entregarle un reconocimiento económico temporal. También recordó la Resolución 1/2020 de la CIDH, en la que se mencionó la obligación de los Estados parte de la CADH de asegurar la disponibilidad de talento humano en salud.

En cuanto al **Capítulo III**, sostuvo que con dichas medidas se garantiza el flujo de recursos económicos al sistema de salud para el pago de talento humano, mejorar y ampliar la infraestructura, adquirir equipos, medicamentos e insumos que permitirían mitigar la pandemia. Luego de recordar las medidas previstas en este capítulo, señaló que son necesarias jurídicamente porque implican ajustes y modificaciones transitorias a normas legales.

Sobre el **Capítulo IV**, afirmó que este versa sobre medidas que evitan la duplicidad de funciones en la administración de recursos en la salud y hacen más eficiente su gestión durante la pandemia, así como que incentivan la investigación científica. Sostuvo que la necesidad jurídica de las respectivas disposiciones radica en que tales medidas supondrían modificaciones transitorias a

normas legales. Además, citó las decisiones administrativas adoptadas por el MinSalud antes de la declaratoria del respectivo estado de excepción.

En cuanto al **juicio de proporcionalidad**, indicó que este se encuentra superado por la gravedad de la emergencia causada por la pandemia. Sobre el **Capítulo I** consideró que si bien se prevén medidas que suponen una interferencia en el control de las autoridades del sector salud, estas resultan razonables y proporcionales en el contexto de la pandemia, pues permiten el fortalecimiento y la eficiencia del sistema de salud. Del **Capítulo II** afirmó que este no afecta desproporcionadamente los derechos fundamentales del talento humano, pues el llamamiento obligatorio, que tiene excepciones razonables, se compensa con el esfuerzo por garantizar condiciones adecuadas de bioseguridad, el reconocimiento económico adicional y el aseguramiento de riesgos laborales en la atención de la pandemia. Precisó que la medida de graduación anticipada de estudiantes es potestativa, conforme a la autonomía universitaria.

En lo que concierne a los **Capítulos III** y **IV**, indicó que las medidas allí previstas no lesionan derechos constitucionales pues, por el contrario, contienen mecanismos para garantizar el aseguramiento en salud y el fortalecimiento financiero del sistema.

En cuanto al **juicio de incompatibilidad**, afirmó que para todas las medidas del Decreto 538 se tuvo una motivación de incompatibilidad amplia y suficiente. Expuso que la eliminación de las autorizaciones de que trata el artículo 2 obedeció a que su aplicación puede afectar la celeridad y oportunidad en la prestación del servicio de salud, en perjuicio de los pacientes con diagnóstico positivo de COVID-19. Argumentó que el mecanismo del artículo 3º se necesita para que las Entidades Territoriales contraten de manera pronta las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas. Sostuvo que con la medida del artículo 6º se agilizan los trámites para financiar proyectos de infraestructura hospitalaria o equipos biomédicos y con ellos atender pacientes contagiados o evitar su propagación.

Afirmó que con el mecanismo previsto en el artículo 10º se prioriza la atención de la emergencia sanitaria y para ello es necesario seguir con el apoyo delegado en los colegios profesionales de la salud para la expedición de las tarjetas profesionales, durante la vigencia de la emergencia sanitaria. Indicó que con la medida del artículo 13 se protege al personal de salud que está en primera línea de respuesta a la pandemia. Con el mecanismo del artículo 21 se garantiza que las Entidades Territoriales centren sus esfuerzos en atender la emergencia sanitaria, sin afectar la posibilidad que tienen de acceder a recursos de cofinanciación en el pago de su deuda por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas por UPC del régimen subsidiado. Sobre la medida del artículo 28, sostuvo que con ella se apoya la investigación médica y científica para mitigar la emergencia.

Finalmente, sobre el **juicio de no discriminación**, indicó que en las medidas no hay un trato discriminatorio injustificado por motivos de raza, lengua, religión, origen nacional o familiar u opinión política o filosófica.

IV. INTERVENCIONES CIUDADANAS

Dentro del término de ley participaron varias personas y entidades. Dado el número de intervenciones y lo extenso de las mismas, estas se sintetizan en tabla que figura como Anexo 2 a esta providencia.

V. CONCEPTO DEL MINISTERIO PÚBLICO

El diez (10) de junio de 2020 el Procurador General de la Nación rindió el concepto de su competencia solicitando la inexequibilidad del artículo 27, la exequibilidad condicionada de los artículos 9 y 21 y la exequibilidad pura y simple de los demás artículos del Decreto 538 de 2020.

Luego de trascribir el texto del decreto bajo examen y de sintetizar el contenido de cada uno de sus capítulos, el Ministerio Público explicó cómo este cumple con los requisitos formales de motivación, suscripción por el Presidente de la República y sus ministros, vigencia y ámbito territorial de aplicación.

A continuación la Vista Fiscal pasó a referirse a los requisitos sustanciales del Decreto 538 y explicó la conexidad material que este tiene tanto con el decreto matriz 417 de 2020 (conexidad externa) y con la parte motiva de sí mismo (conexidad interna); todo ello haciendo referencia a apartes especiales en la motivación de ambos decretos.

Respecto del requisito de ausencia de arbitrariedad el Procurador reparó en el artículo 9 del decreto y señaló que el llamamiento que este incorpora debe ser condicionado so pena de que el mismo sea contrario a las razones que justificaron la declaratoria de la emergencia. En ese orden, sostuvo que la referida disposición debería ser declarada exequible *"en el sentido de que el talento humano en ejercicio o en formación en salud cumplirá el llamado, siempre y cuando se efectúe previamente la dotación integral y completa de los elementos de protección, bioseguridad y aseguramiento necesarios para la prestación del servicio, y se le garantice que al término de la prestación obligatoria, las condiciones laborales qué tenía en el momento del llamado a prestar el servicio no serán desmejoradas, ni durante su prestación, ni con posterioridad a la misma"*

Posteriormente, luego de indicar que ninguna de las disposiciones del decreto vulnera el contenido y la integridad de los derechos intangibles *"sino que propician la realización del derecho a la salud y la integridad personal de los afiliados, beneficiarios y vinculados al sistema de salud en Colombia, así como la población en general",* el Ministerio pasó a referirse al requisito de no contradicción específica. Para ello sostuvo que *Los artículos del decreto "se refiere específicamente a la adopción de medidas económicas y de contratación, destinadas a fortalecer las entidades prestadoras de servicios de salud, tanto las privadas, como las relacionadas con las entidades territoriales";* y que las normas tampoco afectan la función de la rama Legislativa ni los derechos sociales de los trabajadores.

El Procurador también sostuvo que el decreto de desarrollo está destinado a conjurar la crisis sanitaria y a impedir su extensión. En ese sentido, explicó cómo el decreto incorpora disposiciones *"de carácter económico, presupuestal, contractual y laboral, encaminadas a fortalecer el conjunto*

de instituciones privadas y territoriales prestadoras del servicio de salud" y que, con ello, se aprueba el juicio de finalidad. Por estas últimas razones, la Vista Fiscal negó que las disposiciones del Decreto 538 impusieran alguna limitación a los derechos constitucionales.

En cuanto al juicio de necesidad, el Ministerio comenzó por indicar que el conjunto de normas del decreto en examen es potencialmente apto *"para enfrentar la enfermedad pues la destinación de recursos la supresión de trámites institucionales ir asignación de competencias autoridades son acciones y estrategias adecuadas para afrontar la crisis y restablecer la normalidad".* Luego indicó que, dada la gravedad e infecciosidad del COVID-19, las normas vigentes en situación de normalidad no son suficientes para el enfrentamiento de la crisis.

Después, refiriéndose al juicio de incompatibilidad, el Procurador hizo una descripción sucinta de los artículos 2, 3, 6, 7, 10, 13, 15, 16, 17, 21, 23, 24, 25, 26 y 27. Respecto del artículo 21, sostuvo la necesidad de condicionar su exequibilidad *"en el sentido de que las operaciones de crédito deben limitarse únicamente al pago de las deudas originadas por los servicios y tecnologías de salud conexas con la emergencia sanitaria por Covid-19".* Y en cuanto al artículo 27, el Ministerio Público censuró su constitucionalidad tras señalar que *"la sustitución de la medida de Asunción de competencias por la el simple seguimiento es violatoria del artículo 49 de la Constitución, de acuerdo con el cual corresponde al Estado " establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control", en la medida en que restituye competencias a quién ha sido despojado de ellas por una prestación deficiente del servicio o actos de corrupción"* por lo que "*devolverlas a las entidades que perdieron sus competencias, sin el cumplimiento de superación de los requisitos, es abiertamente contrario al sentido de las medidas excepcionales durante la crisis".*

Luego el Procurador descartó que las normas del decreto no cumplan con el juicio de proporcionalidad. En tal sentido sostuvo (i) que *"las medidas están encaminadas (…) a fortalecer el sistema de salud y el conjunto de instituciones que prestan el servicio público"* lo cual es imperioso legítimo e importante; (ii) que la *"reasignación de competencias, la supresión de requisitos para la contratación, el traslado de recursos económicos, las modificaciones presupuestales, la creación de categorías y prestaciones laborales, la solución de costos por incapacidad, y otras de similar dimensión, son adecuados y conducentes en relación con la crisis qué se pretende conjurar";* y (iii) que *"se espera que la implementación de las nuevas medidas conduzca ventajas operativas que salven la vida de muchas personas, y particularmente, de sujetos históricamente excluidas (sic) del sistema de salud".*

Finalmente el Procurador negó que las medidas del Decreto 538 introdujeran diferencias de trato discriminatorias, pues no diferenció la aplicación de dichas medidas según sexo, género, origen nacional, condición política, religión o cualquier otro criterio históricamente utilizado para discriminación de las personas.

VI. CONSIDERACIONES PREVIAS

Competencia

Por tratarse del control constitucional de un decreto legislativo expedido en desarrollo de una declaración de emergencia económica, social y ecológica, la Corte Constitucional es competente para conocer de este proceso por virtud de lo previsto en los artículos 215 y 241 (numeral 7) de la Carta Política, el artículo 55 de la Ley 137 de 1994 (Ley Estatutaria de los Estados de Excepción, en adelante, también "LEEE") y los artículos 36 a 38 del Decreto ley 2067 de 1991.

Problema jurídico

De conformidad con las normas recién señaladas, la Sala considera que el problema jurídico a resolver en la presente sentencia se circunscribe a examinar si el Decreto legislativo 538 del doce (12) de abril de 2020 -como un todo o en cualquiera de sus disposiciones- cumple con los requisitos formales y materiales que prevén la Constitución Política, la LEEE y la jurisprudencia constitucional que condicionan su exequibilidad.

Plan de la sentencia

Para resolver el problema jurídico atrás formulado la Corte comenzará por (A) hacer una breve referencia sobre la justificación y el objeto de su competencia para examinar la constitucionalidad de los decretos legislativos dictados en el marco de los estados de excepción que se decreten en ejercicio de las facultades que le otorga el artículo 215 superior. (B) Luego la Sala estudiará si el Decreto 538 cumple con los requisitos formales que, para la expedición de tales decretos, prevé el ordenamiento superior. (C) Finalmente, si la respuesta al anterior estudio resulta positiva, la Corte pasará a analizar el texto del mencionado decreto de desarrollo a la luz de los requisitos sustanciales que este debe cumplir. Para esto último, la Sala iniciará por hacer una sucinta exposición de los distintos juicios que la jurisprudencia ha establecido para el análisis de constitucionalidad de los decretos legislativos expedidos en el marco de las emergencias que prevé el artículo 215 de la Constitución. Luego la Corte pasará a estudiar las distintas disposiciones que incorpora cada uno de los capítulos del Decreto 538 y decidirá sobre su exequibilidad.

VII. FUNDAMENTOS DE LA SENTENCIA

A. LA COMPETENCIA DE LA CORTE PARA CONTROLAR LA CONSTITUCIONALIDAD DE LOS DECRETOS LEGISLATIVOS EXPEDIDOS EN EL MARCO DE LOS ESTADOS DE EXCEPCIÓN

1. La Sala Plena se ha referido en múltiples ocasiones al control automático, posterior e integral que le corresponde ejercer sobre los decretos legislativos dictados por el Gobierno nacional en el marco de los estados de excepción que prevé el artículo 215 de la Carta Política[7]. Al respecto, ha sostenido que este control es especialmente exigente dado que con la expedición de tales decretos se *"permite la restricción temporal, razonable y*

[7] Sentencias C-466 de 2017, C-701 de 2015, C-218 y C-216 de 2011, C-135 y C-070 de 2009, C-216 y C-122 de 1999, C-122 de 1997, C-366 de 1994, y C-447 y C-004 de 1992. El control que realiza la Corte Constitucional se complementa con el control inmediato de legalidad que ejerce la jurisdicción de lo contencioso administrativo sobre las medidas administrativas adoptadas en desarrollo de decretos legislativos (artículos 20 de la Ley Estatutaria 137 de 1994 y 136 de la Ley 1437 de 2011).

proporcionada de ciertas normas de la Constitución Política, referentes al reparto de competencias entre los órganos y ramas que ejercen el poder público, e incluso de los derechos fundamentales"[8], cuando existan circunstancias extraordinarias que hagan imposible el mantenimiento de la normalidad mediante los poderes ordinarios del Estado[9].

2. En este sentido, aunque el ordenamiento jurídico superior le confiere al Gobierno nacional la facultad de valorar ampliamente los medios para conjurar una situación de emergencia extraordinaria e impedir la extensión de sus efectos, esta potestad está sometida a determinados requisitos de validez formal y material. Estas exigencias tienen por objeto *"asegurar que, con ocasión de la imposición de un régimen de excepción, no se desborden los poderes otorgados y se mantenga la racionalidad del orden instituido y el respeto por los derechos y garantías fundamentales consagrados en la Carta"*[10].

3. De este modo, las normas legales extraordinarias que se dicten para el desarrollo de un estado de emergencia deben: (i) cumplir con ciertas formalidades para su expedición (requisitos formales); y (ii) satisfacer una serie de condiciones materiales que exigen que las medidas adoptadas estén desprovistas de arbitrariedad, no sean discriminatorias, se ajusten al principio de proporcionalidad, se relacionen directa y específicamente con la situación que determinó la declaratoria del estado de excepción y estén plenamente justificadas (requisitos sustanciales). La verificación del cumplimiento de estos requisitos constituye el objeto del control de constitucionalidad que, para la solución del problema jurídico atrás identificado, la Carta Política le confiere a la Corte Constitucional.

B. LOS REQUISITOS FORMALES

4. De conformidad con lo dispuesto en la Constitución y en la Ley Estatutaria 137 de 1994, *"por la cual se reglamentan los Estados de Excepción en Colombia"*, los decretos legislativos expedidos por virtud del artículo 215 superior deben cumplir con tres requisitos de forma. Estos son: (i) haber sido dictados y promulgados en desarrollo del decreto que declaró la emergencia económica, social y ecológica que permitió su expedición, dentro del término de declaratoria de esta y dentro del ámbito territorial para su aplicación[11]; (ii) estar suscritos por el Presidente de la República y todos los ministros de su despacho; y (iii) contar con la motivación correspondiente; esto es, referir a las razones que dan cuenta de su necesidad, conexidad y pertinencia frente a los hechos que dieron lugar a la situación extraordinaria que se pretende conjurar.

La Sala inicialmente verifica que el Decreto 538 cumple con los requisitos formales atrás anunciados.

---

[8] Sentencia C-742 de 2015, MP María Victoria Calle Correa.
[9] Cfr. artículo 2 de la Ley Estatutaria 137 de 1994.
[10] Sentencia C-008 de 2003, MP Rodrigo Escobar Gil.
[11] En la Sentencia C-466 de 2017 (MP Carlos Bernal Pulido), la Corte indicó que entre los requisitos formales está la exigencia de que el decreto legislativo determine el ámbito territorial para su aplicación.

Veamos:

El Decreto 538 fue dictado y promulgado en desarrollo del estado de excepción que declaró el Decreto 417 de 2020 y dentro del término de su declaratoria

5. El artículo 1º del Decreto 417 del diecisiete (17) de marzo de 2020, vigente a partir de esa misma fecha[12], declaró el estado de emergencia económica, social y ecológica que enuncia el artículo 215 superior *"en todo el territorio nacional"* y *"por el término de treinta (30) días calendario, contados a partir de (su) vigencia (…)".* Este decreto fue tenido como ajustado a la Constitución por este Tribunal mediante Sentencia C-145 de 2020[13].

6. Según se desprende de sus consideraciones, entre los fundamentos del Decreto 417 el Presidente de la República manifestó:

(i) "(q)ue el 7 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud, identificó el nuevo coronavirus - COVID-19 y declaró este brote como emergencia de salud pública de importancia internacional";

(ii) "(q)ue según la OMS, la pandemia del nuevo el nuevo coronavirus COVID-19, es una emergencia sanitaria y social mundial, que requiere una acción efectiva e inmediata de los gobiernos, las personas y las empresas";

(iii)"(q)ue, según la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social, la población colombiana con mayor riesgo de afectación por la pandemia de nuevo coronavirus -COVID-19 sería de un 34.2% del total de la población";

(iv) "que el sistema de salud colombiano no se encuentra físicamente preparado para atender una emergencia de salud, requiere ser fortalecido de manera inmediata para atender un evento sorpresivo de las magnitudes que la pandemia ha alcanzado ya en países como China, Italia, España, Alemania, Francia e Irán, entre otros";

(v) "(q)ue el posible aumento de casos de contagio del nuevo Coronavirus COVID-19 constituye un reto de dimensiones inusuales para el Sistema Nacional de Salud, quien no sólo debe atender las necesidades de los directamente afectados, sino que tiene la responsabilidad de Impedir la extensión de los efectos hacia todos los habitantes del país, lo cual exige la disposición de ingentes recursos económicos y la adopción de parte de todas las entidades del Estado y de los particulares de las acciones necesarias para restringir el contacto de los habitantes, con la finalidad, de garantizar las condiciones necesarias de atención en salud, evitar el contagio de la enfermedad y su propagación"; y

[12] Decreto Legislativo 417 de 17 de marzo de 2020. Artículo 4. "El Presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación"
[13] MP José Fernando Reyes Cuartas.

(vi) que "ante la insuficiencia de atribuciones ordinarias con las que cuentan las autoridades estatales para hacer frente a las circunstancias imprevistas y detonantes de la crisis económica y social generada por la pandemia del nuevo Coronavirus COVID-19, se hace necesario adoptar medidas extraordinarias que permitan conjurar los efectos de la crisis en la que está la totalidad del territorio nacional, en particular, aquellas que permitan acudir a mecanismos de apoyo al sector salud (…)".

En otras palabras, entre las consideraciones del Decreto 417 se encuentra la imperiosa necesidad de contener la propagación del COVID-19 y de mitigar los efectos que esta enfermedad pueda tener sobre la salud pública.

7. Posteriormente, el doce (12) de abril de 2020, dentro de los treinta (30) días calendario que previó el mencionado decreto matriz, el Presidente de la República, *"en ejercicio de las facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas en el artículo 215 de la Constitución Política, en concordancia con la Ley 137 de 1994, y el Decreto Ley 417 del 17 de marzo de 2020 (…),* expidió el Decreto 538 de 2020 que ahora ocupa la atención de la Corte y que, según se desprende de su título, se encuentra dirigido a *"adopta(r) medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica".*

8. De lo atrás expuesto se verifica que el Decreto 538 (i) fue promulgado en desarrollo del Decreto 417 pues su propósito está efectivamente relacionado las consideraciones de este último; (ii) fue expedido dentro del término de los treinta (30) días calendario por los cuales se declaró el estado de excepción por el mentado decreto matriz; y (iii) proyecta sus efectos sobre la generalidad del territorio nacional, de acuerdo con lo previsto por el Decreto 417.

9. Las anteriores razones dan cuenta de que el Decreto 538 fue dictado y promulgado en desarrollo del estado de excepción que declaró el Decreto 417, dentro del término de su declaratoria y con el ámbito de aplicación nacional previsto por el referido decreto primigenio, con lo cual la Sala constata el cumplimiento del primer requisito formal a cumplir por el decreto de desarrollo objeto de la presente sentencia.

El Decreto 538 fue suscrito por el Presidente de la República y todos los ministros de su gabinete

10. Del texto completo del Decreto 538 (Anexo 1 a esta providencia) la Corte también observa que, al estar suscrito por el Presidente de la República y los ministros del Interior; de Relaciones Exteriores; de Hacienda y Crédito Público; de Justicia y del Derecho; de Defensa Nacional; de Agricultura y Desarrollo Rural; de Salud y Protección Social; de Trabajo; de Minas y Energía; de Industria, Comercio y Turismo; de Educación Nacional; de Ambiente y Desarrollo Sostenible; de Vivienda, Ciudad y Territorio; de Tecnologías de la

Información y las Comunicaciones; de Transporte; de Cultura; de Ciencia, Tecnología e Innovación; y de Deporte, el Decreto 538 fue efectivamente suscrito por todas las personas necesarias para su expedición. La Sala observa entonces que el decreto de desarrollo en examen también cumple con el segundo requisito formal que condiciona su exequibilidad.

El Decreto 538 contó con la motivación correspondiente

11. Por último, habida cuenta de que, como también se observa en el Anexo 1 de esta providencia, en la parte motiva del Decreto 538 se expusieron varias consideraciones aparentemente relacionadas con lo después previsto en su parte resolutiva, la Corte encuentra que, en principio y sin perjuicio de lo que se resuelva respecto del cumplimiento de los requisitos sustanciales por parte de cada una de sus disposiciones (ver C *infra*), el decreto *sub examine* también cumple con el requisito formal de contar con la motivación correspondiente.

12. El cumplimiento de los anteriores requisitos formales por parte del Decreto 538 permite que la Corte entre a estudiar si cada uno de sus veintinueve (29) artículos cumple con los requisitos sustanciales que condicionan su respectiva exequibilidad.

C. LOS REQUISITOS SUSTANCIALES

Marco teórico

13. Para verificar el cumplimiento de los requisitos sustanciales o materiales que deben satisfacer los distintos artículos de los decretos legislativos que desarrollan los estados de emergencia, la jurisprudencia ha empleado una metodología de juicios. Esta se fundamenta en tres fuentes normativas que hacen parte del bloque de constitucionalidad (CP, artículo 93); estas son (i) los artículos 212 a 215 de la Constitución Política, (ii) la Ley Estatutaria 137 de 1994 y (iii) los tratados y convenios internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia[14].

14. A continuación, la Sala sintetizará el objeto de cada uno de los juicios que ha utilizado la jurisprudencia para verificar si los decretos legislativos que desarrollan los estados de emergencia cumplen con los requisitos sustanciales que el ordenamiento superior exige de ellos.

15. **Juicio de conexidad material.** Este juicio exige que las materias desarrolladas por los decretos legislativos expedidos con ocasión de un estado de emergencia tengan relación con dicho estado de excepción y con los hechos que dieron lugar a su declaratoria[15]. En otras palabras, se exige que exista un nexo causal entre las medidas

[14] Sentencias C-701 de 2015 (MP Luis Guillermo Guerrero Pérez), C-225 de 2009 (MP Clara Elena Reales Gutiérrez) y C-145 de 2009 (MP Nilson Pinilla Pinilla).
[15] Inciso 2 del artículo 47 de la Ley Estatutaria 137 de 1994: *"(l)os decretos deberán referirse a materias que tengan relación directa y específica con dicho Estado"*.

adoptadas en el decreto legislativo de desarrollo y las circunstancias que generaron la declaratoria del correspondiente estado de emergencia[16]. Por esto, no son admisibles, por resultar contrarias a la Constitución, las medidas que no tengan *"una correspondencia de causalidad inmediata (en términos causales) y concreta con el asunto por el cual se declaró la emergencia"*[17].

La Corte ha sostenido que el juicio de conexidad material tiene un componente interno, en el cual se evalúa la relación entre las medidas adoptadas y la parte considerativa del decreto legislativo que las contiene; y otro externo, mediante el cual se verifica si existe una correspondencia entre los fines del decreto de desarrollo y las causas de la declaratoria de emergencia[18].

16. **Juicio de finalidad.** Mediante este juicio se verifica si las medidas adoptadas están directa y específicamente encaminadas *"a conjurar las causas de la perturbación y a impedir la extensión de sus efectos*" [19] . En consecuencia, deben ser declaradas inexequibles las medidas que estén orientadas a satisfacer o alcanzar otras finalidades.

17. **Juicio de ausencia de arbitrariedad.** Este juicio permite comprobar si la medida desconoce la vigencia del Estado de Derecho, bien porque trata sobre cualquiera de las prohibiciones expresamente establecidas en la Constitución para el ejercicio de las facultades excepcionales, o porque vulnera el núcleo de los derechos fundamentales[20]. Específicamente, respecto de las prohibiciones anunciadas[21], la Corte debe verificar que el correspondiente decreto legislativo: (i) no suspenda los derechos humanos ni las libertades fundamentales; (ii) no interrumpa el normal funcionamiento de las ramas del poder público ni de los órganos del Estado; y (iii) no suprima ni modifique los organismos ni las funciones básicas de acusación y juzgamiento.

18. **Juicio de intangibilidad.** Este juicio tiene por objeto verificar si las medidas adoptadas respetan: (i) la intangibilidad de los derechos referidos en el artículo 27 (numeral 2) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos[22] y el artículo 4º de la Ley Estatutaria 137 de 1994[23], así como en los demás tratados sobre la materia ratificados por Colombia;

---

[16] Sentencia C-466 de 2017 (MP Carlos Bernal Pulido)
[17] Sentencia C-225 de 2009 (MP Clara Elena Reales Gutiérrez)
[18] Ver Sentencia C-723 de 2015 (MP Luis Ernesto Vargas Silva)
[19] Artículo 10 de la Ley Estatutaria 137 de 1994.
[20] Artículo 7 de la Ley Estatutaria 137 de 1994: «[v]igencia del Estado de Derecho. En ningún caso se podrá afectar el núcleo esencial de los derechos fundamentales. El Estado de Excepción es un régimen de legalidad y por lo tanto no se podrán cometer arbitrariedades so pretexto de su declaración. Cuando un derecho o una libertad fundamentales puedan ser restringidos o su ejercicio reglamentado mediante decretos legislativos de Estados de Excepción, estos no podrán afectar el núcleo esencial de tales derechos y libertades».
[21] Artículo 15 de la Ley Estatutaria 137 de 1994.
[22] Artículo 27, numeral 2, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos: «Suspensión de garantías. (…) 2. La disposición precedente no autoriza la suspensión de los derechos determinados en los siguientes artículos: 3 (Derecho al Reconocimiento de la Personalidad Jurídica); 4 (Derecho a la Vida); 5 (Derecho a la Integridad Personal); 6 (Prohibición de la Esclavitud y Servidumbre); 9 (Principio de Legalidad y de Retroactividad); 12 (Libertad de Conciencia y de Religión); 17 (Protección a la Familia); 18 (Derecho al Nombre); 19 (Derechos del Niño); 20 (Derecho a la Nacionalidad), y 23 (Derechos Políticos), ni de las garantías judiciales indispensables para la protección de tales derechos».
[23] Artículo 4 de la Ley Estatutaria 137 de 1994: «[d]erechos intangibles. De conformidad con el artículo 27 de la Convención Americana de Derechos Humanos, y los demás tratados sobre la materia ratificados por Colombia, durante los estados de excepción serán intangibles: el derecho a la vida y a la integridad personal; el derecho a no ser sometido a desaparición forzada, a torturas, ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica; la prohibición de la esclavitud, la servidumbre y la trata de seres humanos; la prohibición de las penas de destierro, prisión perpetua y confiscación; la libertad de conciencia; la libertad de religión; el principio de legalidad, de favorabilidad y de irretroactividad

y (ii) las garantías judiciales indispensables para la protección de estos derechos[24].

19. **Juicio de no contradicción específica.** Mediante este juicio se analiza si las medidas adoptadas por el Gobierno nacional respetan los demás límites que exigen la Constitución y los tratados internacionales durante la vigencia de los estados de excepción. Lo anterior, de acuerdo con las facultades conferidas al Ejecutivo por los artículos 47[25], 49[26] y 50[27] de la Ley Estatutaria 137 de 1994. El respeto por este marco normativo debe ser valorado por la Corte en cada caso, *"tomando en consideración la naturaleza del estado exceptivo y las características de la situación invocada por el Ejecutivo para su declaratoria"*[28].

Los juicios descritos en precedencia contienen requisitos generales y, de acuerdo con la jurisprudencia, *"versan únicamente sobre violaciones groseras de la Constitución"*[29], en cuanto que su incumplimiento genera una abierta contradicción entre el texto superior y el decreto legislativo correspondiente.

A estas exigencias se suman las condiciones previstas en los artículos 8, y 10 a 14 de la LEEE, las cuales corresponden a los siguientes juicios:

20. **Juicio de necesidad.** Este juicio permite determinar si el Presidente incurrió en un *"error manifiesto de apreciación"*[30] acerca del carácter imprescindible de la medida. Para efectuar este análisis, la Corte debe examinar la concurrencia de dos elementos: (i) el primero, también llamado *juicio de necesidad fáctica*, consiste en establecer si las medidas adoptadas son indispensables *"para alcanzar los fines que dieron lugar a la declaratoria del estado de excepción correspondiente"*[31]; y (ii) el segundo, denominado *juicio de necesidad jurídica* o *juicio de subsidiariedad,* dirigido a verificar *"la existencia dentro del ordenamiento jurídico ordinario de previsiones legales que fueran suficientes y adecuadas para lograr los objetivos de la medida excepcional"*[32].

21. **Juicio de motivación suficiente.** Este juicio se orienta a verificar que en el decreto legislativo se hayan señalado *"los motivos por los cuales se imponen cada una de las*

---

de la ley penal; el derecho a elegir y ser elegido; el derecho a contraer matrimonio y a la protección de la familia, los derechos del niño, a la protección por parte de su familia, de la sociedad y del Estado; el derecho a no ser condenado a prisión por deudas civiles; el derecho al *habeas corpus*».

[24] Inciso segundo del artículo 4 de la Ley Estatutaria 137 de 1994.

[25] Artículo 47 de la Ley Estatutaria 137 de 1994: «[f]acultades. En virtud de la declaración del Estado de Emergencia, el Gobierno podrá dictar decretos con fuerza de ley, destinados exclusivamente a conjurar la crisis y a impedir la extensión de sus efectos. || Los decretos deberán referirse a materias que tengan relación directa y específica con dicho Estado. || Parágrafo. Durante el Estado de Emergencia, el Gobierno podrá establecer nuevos tributos o modificar los existentes. En estos casos las medidas dejarán de regir al término de la siguiente vigencia fiscal, salvo que el Congreso, durante el año siguiente, les otorgue carácter permanente».

[26] Artículo 49 de la Ley Estatutaria 137 de 1994: «[r]eforma, adiciones o derogaciones de medidas. El Congreso podrá, durante el año siguiente a la declaratoria del Estado de Emergencia, reformar, derogar, o adicionar los decretos legislativos que dicte el Gobierno durante dicho Estado, en aquellas materias que ordinariamente son de iniciativa gubernamental. || También podrá, en cualquier momento, ejercer estas atribuciones en relación con las materias que sean de iniciativa de sus miembros».

[27] Artículo 50 de la Ley Estatutaria 137 de 1994: «[d]erechos sociales de los trabajadores. De conformidad con la Constitución, en ningún caso el Gobierno podrá desmejorar los derechos sociales de los trabajadores mediante los decretos legislativos dictados durante el Estado de Emergencia».

[28] Sentencia C-742 de 2015 (MP María Victoria Calle Correa).

[29] Sentencia C-149 de 2003 (MP Manuel José Cepeda Espinosa)

[30] Sentencia C-225 de 2009 (MP Clara Elena Reales Gutiérrez), en la cual se citan las Sentencias C-179 de 1994 y C-122 de 1997.

[31] Artículo 11 de la Ley Estatutaria 137 de 1994.

[32] Sentencia C-723 de 2015 (MP Luis Ernesto Vargas Silva).

limitaciones de los derechos constitucionales"[33], su relación de conexidad con las causas de la perturbación y las razones por las cuales se hacen necesarias. Ahora bien, en el caso de que la medida adoptada no limite un derecho, este juicio resulta menos exigente, lo que no significa que en los considerandos no se exprese al menos un motivo que la justifique[34].

22. **Juicio de incompatibilidad.** Con este juicio la Sala Plena analiza si el Gobierno nacional expresó las razones por las cuales las leyes suspendidas mediante el decreto legislativo son incompatibles con el estado de emergencia[35].

23. **Juicio de proporcionalidad.** Con este juicio se pretende constatar si la medida resulta excesiva por no guardar correspondencia con la gravedad de los hechos que dieron lugar a la declaratoria del estado de emergencia; así como si el grado de limitación en el ejercicio de los derechos y libertades no es *"estrictamente necesario para buscar el retorno a la normalidad"*[36]. En este sentido, el juicio de proporcionalidad *"se traduce en un balance acerca de la correspondencia entre las medidas adoptadas, su fuerza para conjurar la emergencia y sus consecuencias frente a los principios constitucionales"*[37].

Desde esta perspectiva, por ejemplo, *"no sería aceptable la creación de un instrumento excepcional que restringe drásticamente los derechos constitucionales con el fin de contrarrestar marginalmente la crisis"*[38]; o de medidas que limitaran los derechos de una manera extrema, a pesar de la existencia en el ordenamiento jurídico de medios menos lesivos, iguales o más efectivos que la medida escogida.

24. **Juicio de no discriminación.** Finalmente, con este juicio, la Corte comprueba si la medida entraña alguna discriminación *"fundada en razones de raza, lengua, religión, origen nacional o familiar, opinión política o filosófica"*[39].

25. En suma, la facultad del Gobierno nacional para dictar decretos legislativos al amparo de la declaratoria de un estado de emergencia se encuentra sometida a las condiciones de validez formal y material contenidas en los artículos 212 a 215 de la Constitución, en la LEEE y en los tratados y convenios internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia. El incumplimiento de tales condiciones genera la inconstitucionalidad de la medida. Al respecto, corresponde tener en cuenta que de acuerdo con la jurisprudencia reseñada, esta metodología no exige su agotamiento *"cuando se encuentra que la medida no cumple con uno de los juicios antes explicados (pues) (a)nte esa eventualidad, el decreto de desarrollo devendrá inexequible, sin necesidad de evaluarlo a partir de los restantes parámetros"*[40].

---

[33] Artículo 8 de la Ley Estatutaria 137 de 1994.
[34] Sentencia C-753 de 2015 (MP Jorge Iván Palacio Palacio).
[35] Artículo 12 de la Ley Estatutaria 137 de 1994.
[36] Artículo 13 de la Ley Estatutaria 137 de 1994.
[37] Sentencia C-742 de 2015 (MP María Victoria Calle Correa).
[38] Sentencia C-225 de 2009 (MP Clara Elena Reales Gutiérrez).
[39] Artículo 14 de la Ley Estatutaria 137 de 1994.
[40] Sentencia C-723 de 2015 (MP Luis Ernesto Vargas Silva).

Análisis concreto

26. Visto lo anterior, la Corte aborda las medidas que estableció el Decreto 538 a la luz de los juicios materiales atrás explicados. Para tal efecto, la Sala seguirá el orden previsto por el decreto, aplicando dichos juicios capítulo por capítulo.

Capítulo I - *"Acceso y continuidad en la prestación de servicios de salud para la atención de los pacientes afectados por la pandemia de COVID-19"*

27. Las medidas del Capítulo I van inicialmente dirigidas a permitir la temporal pero expedita ampliación de la infraestructura y servicios de salud, bien a través de una prestación directa (art.1) o virtual mediante plataformas tecnológicas (art. 8).

28. Así mismo, el primer capítulo del decreto prevé la eliminación de las autorizaciones que otorga el Ministerio de Salud para que, dadas ciertas circunstancias de dificultad por parte de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y/o de las entidades territoriales en la prestación de los servicios de salud a su cargo, tales servicios sean contratados con otras entidades prestadoras (art. 2). En esa misma línea, el decreto también establece la flexibilización del régimen de contratación territorial, permitiendo que las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas puedan concurrir con las públicas en la realización de intervenciones colectivas relacionadas con la contención o mitigación de la pandemia del COVID-19 (art. 3).

29. En el nivel territorial y por medio de los respectivos Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE), el Capítulo I establece la coordinación centralizada de la oferta de camas en unidades de cuidados intensivos e intermedios, permitiendo que el CRUE del caso defina el prestador a donde deben remitirse los pacientes que requieran de servicios de salud en dichas unidades de cuidado, sin la necesidad de acudir a la autorización ordinaria por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) o de las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) (art. 4).

30. El artículo 5 del Decreto 538 permite que, durante la emergencia sanitaria del COVID-19, el MinSalud y las entidades territoriales efectúen transferencias directas a las ESE y a los administradores de infraestructura pública de las entidades territoriales, *"destinadas a la prestación de servicios de salud, para la financiación de la operación corriente o para inversión en dotación de equipamiento biomédico, con el fin de garantizar la prestación de servicios de salud a población afectada por causa de la emergencia derivada del Coronavirus COVID-19".* No obstante, para este propósito las entidades territoriales solo podrán hacer uso de los recursos que no sean de destinación específica para salud.

31. El artículo 6 permite que durante la emergencia sanitaria del COVID-19 no sea necesario cumplir con el requisito de que trata el inciso 1 del artículo 65 de la Ley 715 de

2001[41], permitiendo que en el Plan Bienal de Inversiones Públicas y Privadas en Salud de los niveles departamental y distrital no sea necesario incorporar *"los proyectos de infraestructura, dotación o equipos biomédicos que el MinSalud determine que son de control especial, siempre que su ejecución se requiera para garantizar la prestación de servicios de salud a la población afectada por el Coronavirus COVID-19".*

32. Finalmente, el artículo 7 del Decreto 538 prevé la utilización de algunos recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET, para la atención en salud de la población afectada por el COVID-19, en unos casos durante la respectiva pandemia y en otros casos por fuera de ella.

33. La anterior descripción permite verificar que las disposiciones del Capítulo I superan la mayoría los distintos juicios sustanciales que condicionan su exequibilidad. En efecto, la Sala encuentra que todos los artículos del primer capítulo cumplen con el requisito de conexidad material externa con el Decreto 417 de 2020. De hecho, las normas del Capítulo I se relacionan con diversas medidas que favorecen la ampliación y fortalecen administrativa y financieramente la prestación de los servicios de salud que requiere la contención y mitigación de la pandemia del COVID-19.

34. Las mencionadas disposiciones también cumplen con el requisito de conexidad material interna con el Decreto 538, destinado, como se afirma en su título, a *"adopta(r) medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica".* Más aún, en la parte motiva del decreto en examen se encuentran consideraciones relativas a: (i) la necesidad de ampliar los servicios de salud para la atención de la población afectada con el COVID-19 sin descuidar la atención prioritaria de población con problemas de salud no relacionados con dicha enfermedad[42]; (ii) eliminar algunas autorizaciones dadas por parte del Ministerio de Salud, para que así las entidades territoriales y las EPS puedan agilizar la contratación de instituciones prestadoras del servicio de salud privadas[43]; (iii) facultar a las entidades territoriales para que contraten con el sector privado la ejecución de los planes de intervención colectiva[44] dirigidos a contener la propagación del COVID-19[45]; (iv) permitir la intervención estatal en la oferta de camas

---

[41] **Ley 715 de 2001, Artículo 65. Planes bienales de inversiones en salud.** <Apartes tachados INEXEQUIBLES> "Las secretarías de salud departamentales y distritales prepararán cada dos años un plan bienal de inversiones públicas ~~y privadas en salud~~, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación o equipos biomédicos que el Ministerio de Salud determine que sean de control especial.
(…)".

[42] Se afirma que la capacidad instalada en salud *"debe garantizar la atención no solo para Coronavirus COVID-19, sino también la atención en salud de carácter prioritario que requieran ser tratados por medio de servicios en las Unidades de Cuidado Intensivo."*

[43] Se señala que los procedimientos administrativos de que tratan los artículos 14, literal f, y 20 de la Ley 1122 de 2007 *"puede(n) afectar, la celeridad y oportunidad en la prestación del servicio de salud, lo cual perjudica a los pacientes que ya han tenido un diagnóstico positivo para Coronavirus COVID-19. Por lo tanto, es necesario que durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, se elimine la autorización previa de que trata el literal f del artículo 14 y el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007."*

[44] De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, el Plan de Intervenciones Colectivas *"(e)s un plan de beneficios compuesto por intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, las cuales se enmarcan en las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud (PTS), y buscan impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y alcanzar los resultados definidos en el PTS. (…)".* Ver: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/plan-de-intervenciones-colectivas.aspx

[45] Se indica que *"con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID- 19, facultar a los departamentos, distritos y municipios para que contraten de manera pronta y con prestadores de servicios de salud públicos y privados las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas, flexibilizando los*

en unidades de cuidados intensivos e intermedios[46]; y (v) lograr la flexibilización en la financiación del sector salud para garantizar la confrontación de la pandemia[47].

35. Las disposiciones del Capítulo I también cumplen con los juicios (a) de finalidad, pues las medidas de dicho capítulo están dirigidas a la contención y mitigación de los efectos del COVID-19 sobre la salud, favoreciendo la ampliación de la infraestructura y los servicios destinados a tal fin, la asignación eficiente de unidades de cuidados especiales (intensivos e intermedios) y los planes de contención de dicha enfermedad, sin que de las respectivas disposiciones pueda entreverse que estén destinadas a satisfacer un interés distinto al fin; (b) de ausencia de arbitrariedad e (c) intangibilidad, debido a que ninguna de las medidas limita derecho alguno sino que, por el contrario, con estas se extienden las garantías dirigidas a proteger los derechos fundamentales a la salud y a la vida; y ninguna de dichas medidas toca con el normal funcionamiento de órganos del Estado; y (d) de no contradicción específica, pues no contradicen ni desconocen cualquier disposición constitucional o tratado internacional suscrito por Colombia sino que, más bien, se expiden en desarrollo de las facultades que la Constitución le otorga al Ejecutivo para confrontar una situación económica, social y ecológica extraordinaria.

36. Las medidas del primer capítulo del Decreto 678 igualmente cumplen con los requisitos (e) de necesidad, pues el fortalecimiento del sector salud - a través de la ampliación de sus facilidades y servicios, de la concurrencia del sector privado y de la flexibilización de su financiación- se erige como una medida indispensable para afrontar una situación excepcional y sobreviniente que impacta gravemente la salud pública y para la cual el sistema de salud no estaba -ni aún está- totalmente preparado; (f) de proporcionalidad, con ocasión de la alta gravedad de una pandemia que requiere de la utilización de medidas de alto impacto, sin que las disposiciones del Capítulo I impliquen afectación alguna de derechos y/o garantías constitucionales; (g) de motivación suficiente, toda vez que las medidas del primer capítulo, además de no tener una incidencia directa sobre los derechos de las personas sino que, más bien, están dirigidas a garantizar la prestación del servicio de salud, se encuentran suficientemente motivadas según se indicó para efectos del juicio de conexidad material interna (ver 34 *supra*); y (h) de no discriminación, pues ninguna de las medidas del capítulo inicial del decreto se apoya en juicios que permitan distinguir un trato diferenciado por razones de raza, lengua, religión, origen nacional o familiar, opinión política o filosófica.

---

requisitos establecidos en el artículo previamente citado, para que contraten con prestadores públicos o privados, o con personas naturales que garanticen la ejecución efectiva de las acciones que integran el Plan de Intervenciones Colectivas, específicamente las encaminadas a evitar la propagación del Coronavirus COVID-19 ."

[46] Se señala que "*para atender la misma necesidad, es decir, contar con camas de Unidades de Cuidados Intensivos y de Unidades de Cuidados Intermedios suficientes, es necesario facultar a las entidades territoriales para que en caso de alta demanda por medio de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE-, asuman el control de la oferta y disponibilidad de cuidados intensivos y cuidados intermedios que están bajo el control de las Entidades Promotoras de Salud y de las prestadores de servicios de salud, a fin de controlar la utilización adecuada y equitativa de los mismos. Adicionalmente, se hace necesario establecer que tales servicios no requerirán autorización por parte de las Entidades Promotora de Salud o Entidades Obligada a Compensar y demás entidades responsables de pago.*"

[47] Se afirma, entre otras *"(q)ue debido a que los servicios de salud se prestan en la mayor del parte del territorio nacional por medio de las Empresas Sociales del Estado y que la suscripción de los convenios a que hace referencia el artículo precitado, puede dilatar la obtención de recursos necesarios para atender a los pacientes con Coronavirus COVID-19 , es necesita facultar al Ministerio de Salud y Protección Social y a las entidades territoriales para que mediante actos administrativos, puedan transferir directamente estos recursos a las Empresas Sociales del Estado"*

37. Sin perjuicio de lo anterior, podría caber alguna duda sobre la aprobación del juicio de (i) incompatibilidad y/o, eventualmente, de otros juicios sustanciales por parte de algunas normas del Capítulo I.

Veamos:

37.1. El artículo 1º del decreto en examen regula la **autorización transitoria para la prestación de servicios de salud**, flexibilizando dicho trámite. El penúltimo inciso de este artículo indica lo siguiente:

> "**De no dar respuesta en los términos antes definidos, se entenderá autorizado el servicio automáticamente**. Sin embargo, la secretaría de salud departamental o distrital o la dirección territorial de salud **podrá**, en cualquier momento, realizar visita al lugar en donde se presta el servicio, y en caso de comprobar que no se cumplen con las condiciones aquí establecidas, procederá a adoptar las medidas que estime pertinentes"

Por una parte la Corte admite que el silencio administrativo positivo que el inciso transcrito contempla resulta útil para cumplir con el objetivo de hacer más eficiente y eficaz el procedimiento dirigido a incrementar rápidamente la oferta de servicios de salud. Por otra parte, no obstante, podría pensarse que de la norma surgiría la facultad discrecional que tendrían secretarías de salud territoriales para visitar el lugar en donde se prestan los servicios temporalmente autorizados con arreglo al mencionado silencio administrativo positivo, a efectos de comprobar si en estos cumplen con las condiciones necesarias para las adecuaciones o habilitaciones del caso; y que esta situación no se compadecería con la obligación estatal de inspeccionar, vigilar y controlar la prestación de los servicios públicos, en este caso el de salud, en el territorio nacional (CP, artículos 49 y 365)[48]. En otras palabras, podría argumentarse que la norma sería no cumpliría con los juicios de incompatibilidad y de no arbitrariedad en tanto las entidades territoriales no podrían desentenderse de su obligación de garantizar que los servicios de salud que se autoricen, tácita o expresamente, se presten en unas mínimas condiciones de idoneidad.

Ciertamente, se reitera que en tratándose del servicio de salud, la obligación de inspección, vigilancia y control por parte de los órganos del Estado no pueden suspenderse.

No obstante, lo anterior, la Corte entiende que cuando la norma señala que las distintas secretarías de salud "*podrán*" en cualquier momento realizar las actividades tendientes a inspeccionar, vigilar y controlar la prestación del servicio de salud por parte de las entidades autorizadas en los términos del artículo 1, de dicha norma no se desprende que las referidas secretarias se encuentren facultadas para renunciar a sus deberes. Todo lo contrario. La Corte entiende que lo que podría entenderse como una facultad discrecional de inspección y control en realidad se

[48] Cfr. con, entre otras, las sentencias T-760 de 2008 (MP Manuel José Cepeda Espinosa), C-921 de 2001 (MP Jaime Araujo Rentería), C-869 de 2010 (MP Luis Ernesto Vargas Silva) y C-246 de 2019 (MP Alejandro Linares Cantillo)

refiere a la reiteración de la facultad que tiene el Estado para ejercer sus funciones en cualquier momento: antes, durante y después de la autorización del caso. Es decir, el ejercicio efectivo de las funciones de inspección, vigilancia y control de la prestación del servicio de salud que le correspondan a cada órgano del Estado no se encuentra al mero arbitrio de cada uno de estos órganos durante el término de la emergencia, sino que constituye una obligación a su cargo en todo momento, sin posibilidad de interrupción; con lo que queda claro que la verificación del cumplimiento de los requisitos por los prestadores del servicio deberá realizarse continuamente, en ejercicio de las funciones constitucionales de vigilancia y control, debiendo cada secretaría de salud ejercer su función fiscalizadora, inclusive con posterioridad a la autorización y a través de varios medios como visitas, reportes de pacientes, de proveedores, u otros instrumentos legales.

37.2. Por otra parte también podría pensarse que el artículo 2 del decreto luciría particularmente opuesto a los requisitos de motivación suficiente y de incompatibilidad. Se trata de una medida que elimina las autorizaciones previas que prevén el literal f del artículo 14 y el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007[49]; autorizaciones éstas según las cuales:

i) "Cuando las ESE no tengan capacidad para prestar estos servicios de promoción y prevención o cuando los resultados pactados entre EPS del Régimen Subsidiado y las ESE se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o en quien este delegue. (…);"

y

ii) "Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas."

Veamos:

De acuerdo con la parte motiva del Decreto 538, la eliminación de las autorizaciones recién transcritas se explica con fundamento en que el procedimiento administrativo correspondiente *"puede afectar, la celeridad y oportunidad en la prestación del servicio de salud, lo cual perjudica a los pacientes que ya han tenido un diagnóstico positivo para Coronavirus COVID-19"*. En esa línea, en su intervención dentro del presente proceso, el Ministerio de Salud añadió que las autorizaciones que este de ordinario otorga en desarrollo del literal f del artículo 14 y del artículo 20 de la Ley 1122 de 2007 *"**toma(n) como mínimo treinta (30) días hábiles e implica un tiempo real de cuarenta (40) días o más**. (…) **procedimiento que no es compatible con la urgencia** y la necesidad de tener contratados todos los servicios de salud en donde el departamento o*

[49] **Decreto Legislativo 538 de 2020**, **Artículo 2º. Eliminación de la autorización previa para contratación de Instituciones Prestadoras de servicios de salud.** "Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, elimínese la autorización previa de que tratan el literal f del artículo 14 y el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007."

distrito identifique que aún hay población pobre no asegurada, sobre todo cuando no hay oferta pública de ciertos servicios de salud en los lugares en donde esta población reside o cerca de los mismos, más aún en medio de una emergencia sanitaria. (…) (lo cual) "genera traumatismos que no son concordantes con la situación de emergencia" y, por lo tanto, es necesario exceptuarlo transitoriamente para que "estas entidades puedan contratar con IPS de carácter privado, debidamente habilitadas, sin autorización previa del Ministerio de Salud y Protección Social". (Énfasis fuera de texto)

En el anterior orden, podría pensarse que las anteriores razones no constituirían motivación suficiente para eliminar unas provisiones incorporadas en leyes de la República que serían perfectamente compatibles con el estado de excepción. Justamente, si la razón del artículo 2º del Decreto 538 se funda en que el procedimiento para el otorgamiento de las autorizaciones que prevén el literal f del artículo 14 y el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007 tarda *"como mínimo treinta (30) días hábiles e implica un tiempo real de cuarenta (40) días o más",* y que tal tiempo de trámite no se compadece con la urgencia y necesidad de tener contratados unos servicios de salud, parecería que el Gobierno nacional justificara una disposición excepcional en su propia incuria, pues estaría en sus propias manos lograr que el trámite ordinario de las autorizaciones fuera más corto que el extenso término que señala el Ministerio de Salud.

No obstante, si desde 2016 se estableció jurídicamente que serían treinta (30) días hábiles y, posiblemente más de cuarenta (40) días calendario los que, de ordinario requeriría el Ministerio de Salud para tramitar las autorizaciones de que trata el artículo 2 del decreto *sub examine* (Resolución 2867 de 2016, artículo 5[50]), la Corte encuentra que la incuria a que se aludió es infundada. Más allá, lo que sí riñe con la Constitución es que, contrariando la regla referente a la prevalencia del derecho sustancial sobre el procedimental (CP, artículo 228), siga operando un procedimiento dispendioso que resulta contrario al fin de asegurar la prestación de servicios de promoción, prevención y atención en salud durante una situación excepcional de emergencia sanitaria. Es decir, para la Corte es claro que, mientras dure la emergencia sanitaria, las autorizaciones a que alude el artículo 2 del Decreto 538 son incompatibles con la necesidad de prestar de servicios de salud, cuando las ESE no tengan capacidad para ello y/o cuando la oferta de tales servicios sea insuficiente.

37.3. La eliminación de la priorización de que trata el inciso 4 del artículo 46 de la Ley 715 de 2001[51] y a que alude el artículo 3 del decreto en examen para contratar las acciones

---

[50] **Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2867 de 2016. Artículo 5. Pronunciamiento sobre la autorización.** "La Dirección de Promoción y Prevención de este Ministerio, previo estudio y análisis de la documentación allegada y aquella que haya solicitado, dará respuesta dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud o de la complementación de la documentación, según sea el caso, otorgando la autorización de la contratación de los servicios a que refiere el presente Capítulo, cuando sea del caso. Parágrafo. La autorización de la contratación se otorgará de manera específica para aquellas intervenciones, procedimientos y actividades en las cuales se demuestre que la respectiva Empresa Social del Estado no tiene la capacidad para prestar tales servicios o cuando habiéndose efectuado contratación con dicha entidad, se hayan incumplido los resultados pactados entre las partes."

[51] **Ley 715 de 2001, Artículo 46. Competencias en salud pública.** "La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción.
<Inciso CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE> Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que a la fecha de entrar en vigencia la presente ley, hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Para tal fin, los recursos que financiaban estas acciones, se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad

del Plan de Intervenciones Colectivas relacionadas con la contención o mitigación del Coronavirus COVID-19, no es una disposición que repruebe el juicio de incompatibilidad. De hecho, similarmente a lo expuesto para el artículo 2 del decreto *sub examine,* la emergencia sanitaria requiere de la activa participación de las IPS privadas, sin que pueda admitirse que la priorización de las IPS públicas sea un factor que obstaculice tal necesidad.

37.4. Por otro lado, para la Corte es claro que, como lo sugiere DEJUSTICIA, la remisión a unidades de cuidados intensivos o intermedios que señala el artículo 4[52] del decreto bajo examen no puede dejarse a la libre discreción de los funcionarios o entidades del Estado, como podría llegar a desprenderse del artículo 4º.

Sin embargo la Sala comprende que, en el nivel territorial y en caso de alta demanda de camas en unidades de cuidados intensivos e intermedios, sean los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE- los que tengan a su cargo la coordinación centralizada de la oferta correspondiente, permitiendo que el CRUE del caso defina el prestador a donde deben remitirse los pacientes que requieran de servicios de salud en dichas unidades de cuidado, sin la necesidad de acudir a la autorización ordinaria por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) o las Entidades Obligadas a Compensar (EOC). Para la Sala, la coordinación centralizada por parte de las CRUE territoriales propende porque la asignación de camas en unidades de cuidados intensivos e intermedios se rija por criterios de razonabilidad y eficiencia en un momento en donde la infraestructura hospitalaria aún no se encuentra en el nivel necesario para atender con holgura la demanda que, según se estima, requerirá la atención de pacientes contagiados de COVID-19.

Adicionalmente, la Corte verifica que el Ministerio de Salud recientemente expidió un documento de Recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia COVID-19, que da orientaciones para prevenir la discriminación basada en criterios constitucionalmente reprobados; recomendaciones estas entre la que se encuentra la relativa a que *"(e)n el caso de requerirse el actuar en un escenario de escasez, y deber de racionar los recursos -físicos, de personal y tecnológicos-, se recomienda se promueva la redistribución de los recursos de forma justa prestando atención a que sean ubicados sobre las personas que más*

Social en Salud, con el fin de financiar estas acciones. Exceptúase de lo anterior, a las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas y a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas.
Los municipios y distritos deberán elaborar e incorporar al Plan de Atención Básica* las acciones señaladas en el presente artículo, el cual deberá ser elaborado con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. A partir del año 2003, sin la existencia de este plan estos recursos se girarán directamente al departamento para su administración. Igual ocurrirá cuando la evaluación de la ejecución del plan no sea satisfactoria.
La prestación de estas acciones se contratará prioritariamente con las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas vinculadas a la entidad territorial, de acuerdo con su capacidad técnica y operativa.
El Ministerio de Salud evaluará la ejecución de las disposiciones de este artículo tres años después de su vigencia y en ese plazo presentará un informe al Congreso y propondrá las modificaciones que se consideren necesarias."

[52] **Gestión centralizada de la Unidades de Cuidado Intensivo y de las Unidades de Cuidado Intermedio.** Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, en caso de alta demanda, las entidades territoriales por medio de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE-, asumirán el control de la oferta y disponibilidad de camas de Unidades de Cuidados Intensivos y de Unidades de Cuidados Intermedios. El Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE- de cada departamento o distrito, coordinará el proceso de referencia y contrarreferencia, definiendo el prestador a donde deben remitirse los pacientes que requiera los servicios antes mencionados, mediante el Formato Estandarizado de Referencia de Pacientes.

se van a beneficiar. Esto incluye medios de protección y desinfección para las personas que garantizan la atención."

37.5. La eliminación del requisito que prevé el inciso primero del artículo 65 de la Ley 715 de 2001[53], a que alude el artículo 6 del Decreto 678 también supera el juicio de incompatibilidad. Justamente, los planes bienales de inversiones que prevé la norma a inaplicar pueden ser útiles en situaciones de normalidad, pero no se ajustan a la necesidad de contener y mitigar los efectos de una enfermedad que, para la fecha de la preparación de dichos planes, aún no era previsible.

37.6. Ahora bien, sin que quepa cualquier juicio de incompatibilidad por no referir a la suspensión de ley alguna, la Corte observa que la disposición de que trata el artículo 7 podría ser inocua. En efecto, si se considera que el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 -mediante el cual se creó el Fondo de Garantías para el Sector Salud[54] fue enteramente subrogado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013 – por medio del cual se creó el Fondo de Salvamento y Garantías para el sector salud, FONSAET[55]-; y que, a su vez, este último artículo fue expresamente derogado, con efectos hasta el 31 de diciembre de 2019, por el parágrafo 2 del artículo 336 de la Ley 1955 de 2019[56], podría concluirse que el FONSAET habría desaparecido desde la fecha últimamente mencionada. Lo anterior, más aún cuando dentro de las consideraciones del Decreto 538 el Gobierno hizo alusión a la Ley 1608 de 2013 que, para esa fecha, ya había perdido vigencia[57].

No obstante el anterior defecto de técnica legislativa, para la Sala es claro que el propósito del decreto *sub* examine no fue el de eliminar FONSAET sino el de revivir el texto original de la creación del fondo que cumple con funciones análogas, ahora denominado con el nombre que

---

[53] **Ley 715 de 2001, Artículo 65. Planes Bienales de Inversiones en Salud.** <Apartes tachados INEXEQUIBLES> "Las secretarías de salud departamentales y distritales prepararán cada dos años un plan bienal de inversiones públicas ~~y privadas en salud~~, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación o equipos biomédicos que el Ministerio de Salud determine que sean de control especial.
(…)"

[54] En su texto original, el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 dispuso: "Créase el Fondo de Garantías para el Sector Salud como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de la Protección Social , cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las Empresas Sociales del Estado, intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud (…)
(…)"

[55] **Ley 1608 de 2013, Artículo 7.** El artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 quedará así:
Artículo 50. Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet). "Créase el Fondo de Garantías para el sector Salud (Fonsaet) como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones por parte de las Empresas Sociales del Estado que se encuentren en riesgo alto o medio conforme a lo previsto en el artículo 80 de esta ley o que se encuentren intervenidas para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las que adopten los programas de saneamiento fiscal y financiero con acompañamiento de la Nación. (…)
(…)"

[56] **Ley 1955 de 2019. Artículo 336. Vigencias y derogatorias**. "La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.
(…)
Parágrafo 2º El artículo 49, 58 y el numeral 43.2.2. del artículo 43 de la Ley 715 de 2001; el artículo 7o de la Ley 1608 de 2013 y los artículos 2o y 3o incisos 6 y 7 de la Ley 1797 de 2016, perderán vigencia el 31 de diciembre de 2019.
(..)"

[57] En efecto, en la parte considerativa del Decreto 538 y como motivación de su artículo 7, se *sostuvo "(q)ue en la actualidad hay (i) saldos, (ii) remanentes, (iii) rendimientos, (iv) recursos no distribuidos por el Departamento o Distrito y (iv) recursos de la última doceava de la vigencia 2019 del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET-, recursos que pueden ser utilizados en la financiación de dotación de equipamiento biomédico y en gastos de operación corriente de las Empresas Sociales del Estado para la atención de la población afectada por el COVID-19, para lo* ***cual es necesario ampliar el objeto del FONSAET, previsto en el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013*** *"Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud' , para que los recursos puedan ser utilizados en la atención de la pandemia."*

posteriormente previó la ley últimamente derogada (FONSAET); esto es, del texto que primigeniamente estipuló el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, como efectivamente se señaló en el inciso inicial del artículo 7 del Decreto 538, en donde se indicó *"(adicionar) un inciso al artículo 50 de la Ley 1438 de 2011*[58]*"*

En este caso se trata de la aplicación de la figura de la **reviviscencia** normativa[59]. Sobre esta figura en reciente Sentencia C-278 de 2019[60] se indicó que esta implica la *"reincorporación en el ordenamiento jurídico de disposiciones derogadas o modificadas por las normas declaradas inexequibles (y que) sólo tendrá lugar "cuando ello sea necesario para garantizar la integridad y supremacía de la Carta". En esa medida la automaticidad de la reviviscencia es condicionada, pues previamente se deberá hacer un juicio sobre la necesidad de la misma para preservar la integridad y supremacía de la Constitución[16*[61]*]".* Por ello, si se considera que la salud es un derecho fundamental cuya garantía está en cabeza del Estado; y que en desarrollo de tal obligación se hace necesario contar con fondos que permitan asegurar la continuidad del servicio y la dotación de equipamiento biomédico por parte de las Empresas Sociales del Estado, especialmente dentro de la emergencia económica derivada del COVID-19, la Corte admite la reviviscencia del artículo 50 de la Ley 1408 de 2011.

37.7. Finalmente, la Corte advierte que la implementación de la telesalud que prevé el artículo 8 del Decreto 538 podría reprobar los juicios sustanciales relacionados con la protección de derechos y libertades, en tanto a través de las plataformas tecnológicas del caso podría circular información sensible de quienes son atendidos por dicho medio. Sobre este particular la Corte tiene en cuenta que el decreto plantea que *"lo establecido en el literal g del artículo 4 de la Ley 1581 de 2012 y en el literal b del artículo 32 de la Ley 527 de 1999 y sus decretos reglamentarios, deberá limitarse al manejo de medidas técnicas, humanas y administrativas de seguridad con las que cuenten los prestadores de servicios de salud, siempre que la finalidad sea proteger los derechos fundamentales a la vida digna y a la salud de los pacientes."* Es decir, podría argüirse que el artículo 8 del decreto en examen recorta el alcance del principio de seguridad de la información que estipula el literal g) del artículo 4 la ley estatutaria 1581 de 2012[62] y el literal b) del artículo 32 de la Ley 527 de 1999[63].

No obstante, la Sala observa que, aunque la medida va dirigida a facilitar la prestación de los

---

[58] Mediante Decreto Nro. 607 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social se corrigió el yerro en que incurrió el Decreto Legislativo 538 de 2020, cuando mencionó que la adición del inciso de que trata el artículo 7 de dicho decreto legislativo se añadía al artículo 50 de la Ley **1458** en lugar de aludir al artículo 50 de la Ley **1438** de 2011

[59] Cfr. Sentencias C-402 de 2010 (MP Luis Ernesto Vargas Silva), C-278 de 2019 (MP Gloria Stella Ortiz Delgado)

[60] MP Gloria Stella Ortiz Delgado.

[61] [16] Al respecto, se puede consultar la Sentencia C-402 de 2010, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

[62] **Ley 1581 de 2012, Artículo 4. Principios para el tratamiento de datos personales**. "En el desarrollo, interpretación y aplicación de la presente ley, se aplicarán, de manera armónica e integral, los siguientes principios: (…) (g) Principio de seguridad: La información sujeta a Tratamiento por el Responsable del Tratamiento o Encargado del Tratamiento a que se refiere la presente ley, se deberá manejar con las medidas técnicas, humanas y administrativas que sean necesarias para otorgar seguridad a los registros evitando su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento; (…)"

[63] **Ley 527 de 1999, Artículo 32. Deberes de las entidades de certificación.** Las entidades de certificación tendrán, entre otros, los siguientes deberes: (…) (b) Implementar los sistemas de seguridad para garantizar la emisión y creación de firmas digitales, la conservación y archivo de certificados y documentos en soporte de mensaje de datos; (…)"

servicios de salud a través de plataformas tecnológicas para las actividades de telesalud, la limitación de la seguridad informativa a que se refieren los artículos legales atrás aludidos surge como plausible desde que su finalidad es la protección de los valores constitucionales a la salud y la vida digna de los pacientes. Así, si se considera que el respeto de la intimidad (CP, artículo 15) toca con la dignidad humana (CP, artículo 1)[64], lo que el artículo 8 del decreto hace es permitir la flexibilización de los protocolos de seguridad de la información que circule a través de las plataformas tecnológicas de la telesalud, siempre y cuando ello no derive en la circulación indiscriminada, por fuera del sistema de salud, de información íntima de cada paciente.

Por lo expuesto, la Corte declarará la exequibilidad pura y simple de los artículos que contiene el Capítulo I del Decreto 538.

Capítulo II - *"Garantía y protección del talento humano en salud para la atención del COVID-19"*

38. Las disposiciones del Capítulo II del Decreto 538 se encuentran fundamentalmente dirigidos a establecer los deberes y derechos del talento humano en salud –THS- en el marco de la emergencia sanitaria que declaró el Ministerio de Salud con ocasión de la Pandemia de COVID-19. En desarrollo de tal propósito el decreto en examen prevé la obligación que, salvo contadas excepciones objetivas de incompatibilidad con aquella[65], tiene el THS en ejercicio o en formación[66] de estar *"preparado y disponible (para) ser llamado a prestar sus servicios, para reforzar y apoyar a los prestadores de servicios de salud del país".* Para este efecto el decreto señaló la posibilidad que tienen las universidades para graduar anticipadamente a los estudiantes de pregrado y posgrado de áreas clínicas que estén cursando el último semestre de sus programas; el entrenamiento al THS por parte de las instituciones prestadoras del servicio de salud; y la potestad que tiene el Ministerio de Salud para definir los criterios del mencionado llamado y el lugar en donde el personal convocado prestará sus servicios (art. 9).

39. El Capítulo II también suspendió la aplicación de los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, que prevén la inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus) por parte del THS (art. 10); y establece un reconocimiento económico temporal - *"por una única vez"*, sin que constituya factor salarial y determinado por el nivel de exposición al COVID-19- para el personal de TSH que preste sus servicios durante la emergencia sanitaria (art. 11).

40. Para la Sala es claro que todas las normas del Capítulo II cumplen con los juicios

[64] En este sentido se pueden consultar, entre otras, las sentencias T-526 de 2002 (MP Álvaro Tafur Galvis), T-361 de 2003 (MP Manuel José Cepeda Espinosa) y T-062 de 2018 (MP Luis Guillermo Guerrero Pérez).
[65] El inciso 2 del artículo 9 del Decreto 538 señala que: "Está exceptuado de presentarse al llamado, el talento humano en salud que acredite: a. Ser mujer en estado de embarazo. b. Ser padre o madre cabeza de familia con hijos menores de edad, cuidador de adultos mayores o de persona en condiciones de discapacidad. c. Ser padre o madre de un mismo núcleo familiar, cuando ambos ostentan profesión u ocupación del área de la salud y tengan hijos menores de edad. d. Tener 70 o más años. e. Tener una enfermedad crónica o condición que represente un alto riesgo para el contagio de Coronavirus COVID-19, salvo casos de fuerza mayor concertados entre la persona y el prestador."
[66] El TSH en formación se constituye por quienes "estén cursando el último año de su pregrado y quienes estén realizando especialización u otra formación de posgrado, y aquellos quienes estén cursando el último periodo académico de programas de educación para el trabajo y desarrollo humano"

de conexidad material interna y externa. De hecho, uno de los elementos centrales del decreto de desarrollo en examen y del decreto matriz es, precisamente, la contención y mitigación del COVID-19 mediante estrategias en donde la incidencia del factor humano - principalmente la labor desplegada por el THS - resulta imprescindible. Por estas mismas razones los artículos del segundo capítulo del Decreto 538 también cumplen con los juicios de finalidad, necesidad fáctica y motivación suficiente; todo ello si se considera que todas las normas a que alude el Capítulo II únicamente surten efectos mientras perdure la emergencia sanitaria declarada con ocasión del COVID-19.

41. Sin perjuicio de lo anterior, la Sala observa que algunos apartes de las disposiciones del Capítulo II resultan problemáticos a la luz de algunos requisitos sustanciales; particularmente frente de aquellos que tocan con la afectación de derechos y libertades individuales en el marco de los estados de emergencia. Por ello, dejando claro que salvo los apartes que se señalan a continuación, los artículos de dicho capítulo cumplen con los demás requisitos sustanciales, la Corte procede a estudiar las normas que le ofrecen alguna duda. Veamos:

42. El artículo 9º del Decreto 538 prevé una obligación en cabeza del THS -en ejercicio o en formación – cuyos integrantes deberán estar *"preparado(s) y disponible(s) y podrá(n) ser llamado(s) a prestar sus servicios, para reforzar y apoyar a los prestadores de servicios de salud del país";* llamamiento este que, se recuerda, es de acatamiento obligatorio.

43. En defensa de la exequibilidad de la respectiva obligación, en la parte motiva del Decreto 538 el Gobierno señaló que *"en virtud del principio de* solidaridad *y de la cláusula del Estado Social de Derecho, es necesario acudir a la prestación de los servicios de salud de todo el talento humano en salud que estén en ejercicio y formación, para contener y mitigar la pandemia. (…)".* Adicionalmente, en la intervención del Ministerio de Salud se indicó que el déficit de THS que existe en el país para la atención de la pandemia del COVID-19 hace necesario "*establecer una regla que permit(a) acudir al talento humano en salud formado existente en el territorio nacional para suplir la insuficiencia presentada";* regla ésta que dicho Ministerio justifica con fundamento en la aplicación práctica del principio de solidaridad y tras manifestar que la obligación que se impone a las personas que pertenecen al sector del THS no puede considerarse como un trabajo forzoso pues consiste, más bien, en un *"trabajo o servicio (que) form(a) parte de las obligaciones cívicas normales de los ciudadanos".*

44. En oposición a lo atrás manifestado, existe una serie de intervenciones ciudadanas en las que se censura el carácter obligatorio de atender el llamado que prevé el artículo 9º; lo que exige que la Sala verifique si la norma en comento supera los restantes juicios de ausencia de arbitrariedad, intangibilidad, no contradicción específica, necesidad jurídica, proporcionalidad y no discriminación.

45. Con lo anterior en mente, la Corte observa que la exequibilidad del artículo 9º del Decreto 538 principalmente depende del resultado del ejercicio de ponderación que

resuelva la tensión que existe entre la solidaridad -en su doble dimensión de principio y deber constitucional- y la defensa de las garantías y libertades individuales que consagra la Carta.

A continuación la Corte se ocupará de dicha ponderación, de la siguiente manera:

45.1. La Sala comienza por recordar que el principio de solidaridad que prevé el artículo 1º de la Constitución se traduce en "*la vinculación del propio esfuerzo y actividad en beneficio o apoyo de otros asociados o en interés colectivo*"[67]. En línea con la anterior definición, la Sala también recuerda que, como lo establece el numeral 2 del artículo 95 superior, la Carta establece el deber constitucional de *"(o)brar conforme al principio de solidaridad social,* respondiendo *con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas".*

45.2. En ese mismo orden, la jurisprudencia se ha pronunciado sobre el vigor que tiene el principio de solidaridad como fundamento de las medidas que se tomen en el marco de los estados de emergencia. Justamente, en Sentencia C-465 de 2017[68] que resolvió declarar exequible el Decreto Legislativo 734 de 2017[69], la Corte recordó que *"(son) ajustadas a la Constitución las medidas de emergencia que imponen cargas a los particulares con el fin de atender las causas que ocasionaron la declaratoria del estado de emergencia, con fundamento en el principio de solidaridad. En la sentencia C-222 de 2011 la Corte permitió el uso de bienes sobre los cuales pesara un decomiso preventivo, para atender los motivos de la declaratoria de emergencia de la ola invernal[13]*[70]*. En la sentencia C-272 de 2011 fue declarado exequible un decreto que obligó a los contratistas y concesionarios del Estado a poner maquinaria y personal a disposición del Gobierno Nacional para atender emergencias viales y otras emergencias que amenazaban la vida y los demás derechos de la población[14]*[71]*. Finalmente, en la sentencia C-226 de 2011 la Corte declaró exequible una norma que obligó a todos los proveedores de redes y servicios de telecomunicaciones a permitir el acceso y uso de sus redes al operador que lo solicitara, con el fin de atender la misma emergencia[15]*[72]*."*

45.3. Como se ve, la Corte ha aceptado que el principio de solidaridad puede justificar que, en el marco de situaciones excepcionales de emergencia, se establezcan ciertas cargas en cabeza de algunos particulares. No obstante, si se considera que la carga que el artículo 9º del Decreto 538 le impone a algunos particulares tiene impacto directo sobre sus derechos fundamentales -particularmente aquellos que versan sobre la autonomía de la voluntad, la libertad de escoger oficio y la prescripción del trabajo forzoso, todos ellos inherentes a la parte dogmática de la Carta- su exequibilidad depende de un ejercicio de ponderación más complejo del que se ilustró en la Sentencia C-465 de 2017 atrás citada.

---

[67] Sentencias C-314 y C-803 de 2009 (MP Nilson Pinilla Pinilla).
[68] MP Cristina Pardo Schlesinger
[69] Decreto Legislativo 734 del 5 de mayo de 2017 *"por el cual se dictan disposiciones en materia de servicios públicos domiciliarios de emergencia eléctrica y gas por redes para hacer frente al Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en el Municipio de Mocoa, declarado por el Decreto 601 de 2017".*
[70] [13] Sentencia C-222 de 2011, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.
[71] [14] Sentencia C-272 de 2011, M.P. María Victoria Calle Correa.
[72] [15] Sentencia C-226 de 2011, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

45.4. Un ejemplo de la dimensión de la correspondiente complejidad ponderativa se encuentra en la Sentencia T-1206 de 2001[73], en donde se estudió el alcance del principio de solidaridad al tratar sobre el riesgo para la población que suponía la ubicación de algunas estaciones de policía. En tal oportunidad la Corte sostuvo que: *"**el deber de solidaridad no comporta la obligación de los particulares de asumir indiscriminadamente cualquier tipo de riesgo que comporte una amenaza para sus derechos, pues ello significaría que el Estado está abdicando de su función de garantizar la eficacia de tales derechos y equivaldría a afirmar que es imposible controlar las medidas administrativas por la sola legitimidad de las finalidades que persiguen**. Por el contrario, el sometimiento del Estado al ordenamiento jurídico supone también un control sobre los mecanismos por medio de los cuales éste desarrolla los objetivos constitucionales. El problema no consiste en determinar cuándo tiene cabida el principio de prevalencia del interés general para descartar cualquier consideración hacia los derechos subjetivos. Al contrario, **se trata de determinar los alcances del deber de solidaridad y de tal modo establecer qué cargas es razonable que el Estado imponga a los particulares** (…). La prevalencia del interés general no es una regla constitucional de la cual se derive una consecuencia jurídica única, sino un principio que, como tal, es susceptible de ponderación."* (Énfasis fuera de texto)

45.5. Descendiendo a la obligación que tienen las personas de THS de estar preparadas y disponibles para atender el llamado que se les haga para que presten sus servicios de refuerzo y apoyo a los prestadores de servicios de salud del país, la Corte hace las siguientes consideraciones:

> 45.5.1. El THS está integrado por un conjunto de personas comprometidas con la defensa de la salud humana. De acuerdo con el artículo 1º de la Ley 1164 de 2007[74] *"(p)or Talento Humano en Salud se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud".* Así mismo, dentro de los principios generales que rigen al THS, el artículo 2 de la ley *ídem* alude a la solidaridad, estableciendo que ***"(l)a formación y el desempeño del Talento Humano en Salud deben estar fundamentados en una vocación de servicio que promueva la mutua ayuda entre las personas, las instituciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio de que el más fuerte debe apoyar al más débil".*** Y la Ley 23 de 1981 - *"por la cual se dictan normas en materia de ética médica"*- que en su artículo 2º adopta el juramento aprobado por la Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, prevé la promesa solemne de los médicos de dedicar su vida al servicio de la humanidad.
>
> 45.5.2. La solidaridad, en su condición de principio fundante de la Carta (CP, artículo 1º) y

[73] MP Rodrigo Escobar Gil.
[74] "Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud"

de principio orientador de la actividad del THS, no forma parte habitual del núcleo esencial de los derechos fundamentales. En efecto, lo usual es que la solidaridad no toque con los rasgos intocables de dichos derechos[75]. No obstante, ocasionalmente, la efectividad plena de la solidaridad resulta imprescindible para la satisfacción de algunos derechos de alto valor. Tal es el caso del Sistema de Seguridad Social en Salud, cuyo efectivo funcionamiento depende de un criterio de solidaridad ampliado[76].

45.5.3. Desde la perspectiva de los deberes constitucionales (CP, artículo 95), la Carta señala que *"(e)l ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en esta Constitución implica responsabilidades".* En desarrollo de este postulado la Corte ha sostenido que *"los deberes constitucionales constituyen una facultad otorgada al Legislador para imponer determinada prestación, pero su exigibilidad depende, "de la voluntad legislativa de actualizar, mediante la consagración de sanciones legales, su potencialidad jurídica"*[77].

45.5.4. En otras palabras, la aplicación ordinaria del deber de solidaridad depende de la actividad legislativa, en desarrollo de la cual puede imponerse a los particulares el cumplimiento de ciertos deberes dirigidos a facilitarle a las autoridades el cumplimiento de sus tareas, sin que ello implique la desaparición de sus derechos fundamentales. Particularmente, en tratando de la tarea estatal de mantener el orden público, la Corte ha admitido que la imposición a particulares de ciertos deberes debe, además de responder a un motivo específico e imperioso, ser razonable y proporcional, de modo que no se comprometa el núcleo esencial de los derechos fundamentales de los sujetos pasivos del deber correspondiente.[78]

45.5.5. Por ejemplo, en Sentencia C-251 de 2002[79], en donde se declaró la inexequibilidad de la Ley 684 de 2001, relativa a la organización y funcionamiento de la seguridad y defensa nacional, al tratar sobre los deberes constitucionales que enuncia el artículo 95 superior, esta Corporación sostuvo que: *"(…) la interpretación constitucional debe en lo posible armonizar los principios constitucionales en tensión. Es más:* ***es posible que en una situación específica puedan existir poderosas razones de interés general que justifiquen la restricción de un derecho fundamental, siempre y cuando ésta sea proporcionada y respete el contenido esencial del derecho afectado. La restricción***

---

[75] Cfr. Sentencia C-942 de 2009 (MP Jorge Ignacio Pretelt Chaljub)

[76] La salud es un derecho fundamental cuya satisfacción se encuentra ocasionalmente vinculada con la efectivización del principio de solidaridad. Tal vínculo se manifiesta fehacientemente en tratando del sistema de seguridad social en salud. En efecto, como se desprende de los artículos 48 y 49 de la Constitución *"la Seguridad Social en Salud es un servicio público obligatorio a cargo del Estado sujeto a los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad, cuya prestación implica que debe garantizarse a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud."* (Sentencia C-372 de 2019, MP Gloria Stella Ortiz Delgado). De este modo, el funcionamiento del sistema de seguridad social en salud "*exige la ayuda mutua entre las personas afiliadas, vinculadas y beneficiarias, independientemente del sector económico al cual pertenezcan, y sin importar el estricto orden generacional en el cual se encuentren"* (Sentencia C-313 de 2014, MP Gabriel Eduardo Mendoza Martelo; citando las Sentencias C-623 de 2004, MP Rodrigo Escobar Gil; y T-1271 de 2008, MP Mauricio González Cuervo); de manera tal que es *"deber de los sectores con mayores recursos económicos de contribuir al financiamiento de la seguridad social de las personas de escasos ingresos, por ejemplo, mediante aportes adicionales destinados a subsidiar las subcuentas de solidaridad y subsistencia del sistema integral de seguridad social en pensiones, cuando los altos ingresos del cotizante así lo permiten"*

[77] Sentencia T-036 de 1995 (MP Carlos Gaviria Díaz). En este mismo sentido se pueden consultar las sentencias T-125 de 1994 (Eduardo Cifuentes Muñoz) y T-246 de 2002 (MP Manuel José Cepeda Espinosa

[78] Cfr. con la Sentencia C-251 de 2002 (MP Eduardo Montealegre Lynett y Clara Inés Vargas Hernández), en donde se declaró la inexequibilidad de la Ley 684 de 2001, relativa a la organización y funcionamiento de la seguridad y defensa nacional.

[79] MP Eduardo Montealegre Lynett y Clara Inés Vargas Hernández.

puede ser mayor a las limitaciones ordinarias que derivan de las leyes de policía o de orden penal, siempre y cuando cada incremento en el grado de limitación del derecho sea estrictamente proporcionado para alcanzar un fin específico de carácter imperioso*. Es pues claro que la simple invocación del interés general, o de la necesidad de asegurar la convivencia pacífica y el orden público, no representa un argumento que justifique, por sí solo, la limitación o restricción de un derecho constitucional, pues no tendría sentido que los derechos constitucionales sean sacrificados supuestamente para asegurar la realización de las condiciones que permiten gozar de ellos."* (Énfasis fuera de texto)

45.5.6. Así mismo, el ordenamiento jurídico tiene previsto el servicio social que deben prestar ciertos profesionales que -como los profesionales del derecho- están obligados a obrar como abogados de oficio, sin que ello pueda entenderse como la imposición de un trabajo forzoso. Sobre este punto, en Sentencia C-071 de 1995[80] este Tribunal explicó que *"(…) al leer la definición de "trabajo forzoso u obligatorio" contenida en estas disposiciones internacionales, parecería a simple vista que le asiste razón a la accionante, porque el cargo de defensor de oficio a que alude la norma demandada es de forzosa aceptación, la persona no se ha ofrecido voluntariamente a prestarlo, y su no aceptación acarrea sanciones, ya que únicamente permite excusarse en los eventos que allí se indican en forma taxativa. Sin embargo, ello es apenas aparente, porque son esos mismos Tratados y Convenios Internacionales, los que permiten la prestación de ciertos servicios o trabajos que a pesar de considerarse forzosos u obligatorios no lo son. Dentro de ellos se encuentra "el trabajo o servicio (que) forme parte de las obligaciones cívicas normales de los ciudadanos", como es el caso de debate. En efecto, si conforme al artículo 95-7 de la Carta Política, es deber cívico de* ***todo ciudadano*** *"Colaborar para el buen funcionamiento de la administración de justicia", con mayor razón lo es del abogado, quien dada su misión de "defender en justicia los derechos de la sociedad y de los particulares", tiene además una labor social que cumplir, la cual fue definida por el legislador así: "la abogacía tiene como función social la de colaborar con las autoridades en la conservación y perfeccionamiento del orden jurídico del país, y en la realización de una recta y cumplida administración de justicia" (arts. 1 y 2 decreto 196/71)."* (El énfasis es del texto).

En ese mismo orden, sobre el servicio social obligatorio que deben cumplir los médicos para la obtención de la licencia para el ejercicio de la medicina, en Sentencia T-271 de 2016[81], esta Corporación señaló que dicho servicio *"es un requisito establecido por el legislador en la Ley 1164 de 2007, en* ***atención a la relación que la carrera tiene con la consecución de fines sociales de relevancia constitucional y con derechos fundamentales como la salud y la vida****.[15[82]] Los aspectos concretos del desarrollo de dicho servicio, están desarrollados en la Resolución No 1058 de 2010 y 2358 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, (…). Con base en dicha reglamentación se pueden extractar varios elementos importantes. En primer lugar,*

[80] MP Carlos Gaviria Díaz.
[81] MP Luis Ernesto Vargas Silva.
[82] [15] *Cfr*. Sentencia T-109 de 2012 (M.P. María Victoria Calle Correa).

el servicio social obligatorio es un trabajo de carácter social por medio del cual el Estado pretende mejorar el acceso a los servicios de salud de los grupos poblacionales vulnerables, ubicados en regiones vulnerables[16[83]]. (…)"

45.5.7. Lo expuesto en precedencia lleva a la Corte a concluir que, en desarrollo de un estado de emergencia motivado en la aparición de una pandemia global que amenaza gravemente la salubridad pública y la vida misma de un gran número de personas (y consecuentemente, una variedad de incalculables daños económicos y sociales), la movilización del THS resulta indispensable y razonablemente obligatoria en apoyo de la tarea estatal de contener y mitigar la mencionada situación. Justamente, uno de los principales instrumentos con que cuenta el Estado para afrontar su tarea de contener y mitigar los efectos del COVID-19 en la salud pública se traduce en el desarrollo de acciones específicas, imprescindibles y de imperioso cumplimiento por parte del THS que existe en el país.

46. Por tales razones para la Sala es claro que el llamado de que trata el artículo 9 del Decreto 538 resulta ajustado a la Carta, no sin antes recalcar que la imposición del deber constitucional de solidaridad que dicha norma prevé exige que, para garantizar la proporcionalidad de la mencionada obligación, el Estado despliegue una serie de acciones dirigidas a garantizar la salud, vida, integridad y dignidad[84] de cada uno de los sujetos pasivos del llamamiento a prestar servicios que el referido artículo establece. Así, en aras de legitimar su llamado, el Estado debe, por ejemplo, garantizar que a cada persona llamada con arreglo al mencionado artículo 9, antes de comenzar a prestar sus servicios y durante el tiempo en que dure la emergencia sanitaria: (i) se le entreguen todos los Elementos de Protección Personal - EPP recomendados por la OMS para el THS, según el área de prestación de servicios del caso, so pena de que el llamado pueda legítimamente rehusarse a atender el deber constitucional que le impone el artículo 9º del decreto; (ii) se le brinde un entrenamiento específico relacionado directamente con el servicio que va a prestar; (iii) se le otorgue el periodo de descanso y recreación que toda persona requiere para el normal desempeño de sus funciones, todo ello de acuerdo con las normas laborales vigentes; (iv) se le asigne un lugar a la prestación del servicio razonablemente cercano a su hogar, si el respectivamente llamado así lo solicita; y (v) se le reconozca la remuneración económica que corresponda al tiempo invertido en desempeño de su deber constitucional. Además, el

---

[83] [16] Ley 1164 de 2007, Artículo 33. Del servicio social: *"Créase el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud, el cual debe ser prestado en poblaciones deprimidas urbanas o rurales o de difícil acceso a los servicios de salud, en entidades relacionadas con la prestación de servicios, la dirección, la administración y la investigación en las áreas de la salud. El Estado velará y promoverá que las instituciones prestadoras de servicios (IPS), Instituciones de Protección Social, Direcciones Territoriales de Salud, ofrezcan un número de plazas suficientes, acorde con las necesidades de la población en su respectiva jurisdicción y con el número de egresados de los programas de educación superior de áreas de la salud."* (…) *"Parágrafo 1o. El diseño, dirección, coordinación, organización y evaluación del Servicio Social creado mediante la presente ley, corresponde al Ministerio de la Protección Social. Igualmente, definirá el tipo de metodología que le permita identificar las zonas de difícil acceso y las poblaciones deprimidas, las entidades para la prestación del servicio social, las profesiones objeto del mismo y los eventos de exoneración y convalidación."* En el mismo sentido, el artículo 3º de la Resolución No. 1058 de 2010 del Ministerio de la Protección Social define el SSO como "*(…) el desempeño de una profesión con carácter social, mediante el cual los egresados de los programas de educación superior del área de la salud contribuyen a la solución de los problemas de salud desde el campo de su competencia profesional, como uno de los requisitos para obtener la autorización del ejercicio (…)".*

[84] Según informe de prensa del pasado nueve (9) de mayo de 2020, para dicha fecha de los 678 trabajadores de la salud contagiados de COVID-19 en Colombia, 527 de ellos habían adquirido el virus en medio de su ejercicio profesional. Ver: https://www.eltiempo.com/coronavirus-en-colombia-personal-de-la-salud-contagiado-en-el-pais-493604

llamamiento que prevé el mencionado artículo debe atender a criterios de razonabilidad que justifiquen el adecuado despliegue de la política pública implementada para garantizar la participación del THS capacitado para prestar servicios de salud de su especialidad.

47. A lo expuesto, la Corte considera necesario añadir algunas consideraciones sobre asuntos regulados por el artículo 9 en examen. Veamos:

47.1. En primer lugar, para la Sala el llamado obligatorio que prevé el artículo 9 del Decreto 538 sólo lo pueden hacer las entidades territoriales o nacionales pero no entidades privadas como algunas EPS o IPS. Esto, en razón a que es el Estado, y no los particulares, quien tiene la potestad para establecer cargas públicas en cabeza de los asociados.

47.2. Así mismo, dado que el personal THS llamado a prestar sus servicios en el marco de la epidemia del COVID-19 debe tener la idoneidad profesional que exige la atención de una enfermedad con graves repercusiones en la salud pública, la Sala considera que el llamado a estudiantes en formación de THS debe ser considerado como última alternativa por parte de las autoridades.

47.3. Lo anterior no obsta para que, en el marco de su autonomía, las universidades puedan graduar anticipadamente a estudiantes de pregrado y posgrado de áreas clínicas que estén cursando el último semestre de sus respectivos programas académicos y, en ese orden, estas personas puedan entrar a engrosar las filas del THS requerido para la atención de la crisis. Ciertamente, como lo explica la jurisprudencia constitucional, la autonomía universitaria (CP, artículo 69) implica la posibilidad que tienen los centros de educación superior para, dentro de los límites legales[85], darse su propio régimen de promociones[86].

47.4. Por último, llama la atención que dentro de las excepciones que el decreto establece para atender al llamado previsto por el artículo 9, se encuentre la de *"tener una enfermedad crónica o condición que represente un alto riesgo para el contagio de Coronavirus COVID-19,* ***salvo casos de fuerza mayor concertados entre la persona y el prestador****."* Ciertamente, la fuerza mayor no es un asunto susceptible de concertarse entre las autoridades y quien aspira a ser beneficiado por la excepción que la norma prevé. No obstante, la Corte entiende que, lo que establece el artículo 9 con tal redacción es que, en el caso de que la situación epidemiológica en el territorio nacional exija que, inclusive, un individuo de THS que padezca de una enfermedad crónica o condición que represente un alto riesgo para el contagio de COVID-19, dicho individuo pueda concertar con las autoridades las condiciones de su ingreso a las filas del THS llamado previsto por el artículo 9.

47 Finalmente, para la Sala la suspensión de la obligación de inscribirse en el ReThus (artículo 10) es un asunto que supera cualquier juicio por lo inmaterial que, para la fecha, resulta tal

[85] Sobre los límites a la autonomía universitaria pueden consultarse, entre otras, las sentencias C-277 de 2016 y C-356 de 2017 (MP Alejandro Linares Cantillo).
[86] Cfr. Sentencias T-574 de 1993 (MP Eduardo Cifuentes Muñoz) y C-356 de 2017 (MP Alejandro Linares Cantillo).

inscripción. Esto pues, como se indica en las consideraciones del Decreto 538, *"al momento de la emergencia sanitaria, se encontraba en el desarrollo de las plataformas tecnológicas requeridas para el Registro Único de Talento Humano en Salud - ReTHUS- (por lo que), estos procesos de transformación digital del ReTHUS tuvieron que ser suspendidos para darle prioridad a la atención de la emergencia sanitaria, por lo que es necesario, durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID- 19, seguir con el apoyo delegado en los colegios profesionales de la salud para la expedición de las tarjetas profesionales.".* En otras palabras, si bien el artículo 10 del Decreto 538 suspende la aplicación de unas normas legales destinadas a asegurar la idoneidad y competencias de los miembros del sector THS, el propósito de dichas normas es temporalmente reemplazado por el mecanismo anterior; esto es, la expedición de las tarjetas profesionales por parte de los colegios profesionales de la salud; cuestión suficiente para que la norma apruebe el juicio de incompatibilidad.

Capítulo III - *"Atención del COVID-19 en el marco del aseguramiento en salud"*

47 Entre las disposiciones del Capítulo III el Decreto 538 se encuentra un grupo de normas directamente relacionadas con la especial financiación que requiere el sistema de seguridad social de salud en el marco de la pandemia del COVID-19. Se trata de los artículos 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25 y 26, los cuales se resumen a continuación:

48. ***Artículo 15.*** Este artículo le agrega cuatro (4) parágrafos al artículo 67 de la Ley 1753 de 2015[87] que trata sobre las fuentes y destinaciones de los recursos que administra la ADRES; parágrafos estos que se sintetizan a continuación:

i) El parágrafo 1 va dirigido a que, mientras dure la emergencia sanitaria declarada con ocasión del COVID-19, cuando los cotizantes afiliados al régimen contributivo hayan sido suspendidos o fallecido con ocasión de la mencionada pandemia, el ADRES se haga cargo del pago de las respectivas cotizaciones a las EPS de modo tal que se garantice el derecho fundamental a la salud del núcleo familiar y de los demás beneficiarios de los cotizantes.

ii) El parágrafo 2 autoriza a la ADRES para que, dentro de la emergencia sanitaria declarada con ocasión de la pandemia del COVID-19, acceda a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga, sin requerir que para ello *"en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud."*

iii) El parágrafo 3 autoriza a la "*ADRES- para administrar y ejecutar los recursos que se destinen para atender la emergencia económica, social y ecológica*

[87] Ley 1753 de 2015, por la cual se expide el plan nacional de desarrollo 2014-2018 "todos por un nuevo país". Artículo 67. Recursos que administrará la entidad administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud

declarada por el Coronavirus COVID-19", pudiendo compensar los saldos adeudados a las EPS en liquidación.

iv) Finalmente, el parágrafo 4 prevé que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público le transferirá al ADRES los recursos que esta *"requiera para garantizar el financiamiento del aseguramiento en salud durante la emergencia sanitaria declarada por el COVID-19"*.

49. ***Artículo 16.*** El artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 versa sobre la ***sostenibilidad*** financiera del sistema general de seguridad social en salud. El artículo 16 del Decreto 538 le adiciona a tal norma dos (2) parágrafos, que se resumen a continuación:

v) El primer parágrafo, correspondiente al parágrafo 7 del artículo legal adicionado, autoriza a las entidades recobrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud que no tengan *"deudas por concepto de servicios y tecnologías no financiados con cargo a la Unidad de pago por capitación"* para que le soliciten al ADRES que los recursos de que trata el artículo 237 de la Ley 1955 *"se giren directamente a los prestadores de servicios, proveedores y otros acreedores con los que tengan cuotas pendientes derivadas del servicio de salud";* y

vi) El segundo parágrafo, correspondiente al parágrafo 8º del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, autoriza al ADRES para que descuente los recursos aprobados en el marco de saneamiento de que trata el referido artículo 237, *"para el pago de los valores adeudados por las entidades recobrantes por concepto de los mecanismos definidos en el artículo 9 de la Ley 1608 de 2013*[88]*, así como el monto pendiente por reintegrar cuando el valor aprobado en la auditoría haya sido menor al giro previo realizado".*

50. ***Artículo 17.*** El artículo 9 de la Ley 1608 de 2013 autoriza que los recursos de la ***Subcuenta*** de Garantías para la Salud del Fosyga sean utilizados para la *"compra de cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Empresas Promotoras de Salud".* A esa norma el artículo 17 del Decreto 538 le añade un parágrafo al artículo 9 de la Ley 1608 de 2013, estableciendo un plazo de dos (2) años para que las EPS del Régimen subsidiado paguen las operaciones de compra de cartera realizadas en el marco de la emergencia sanitaria.

51. ***Artículo 18.*** El artículo 18 del decreto legislativo bajo examen le adiciona un parágrafo al artículo 45 de la Ley 2008 de 2019[89]; parágrafo según el cual mientras dure la emergencia sanitaria del COVID-19 y para la mitigación de los efectos del mismo, la ADRES deberá

[88] Ley 1608 de 2013 "(p)or medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud. Articulo 9. Recursos de la subcuenta de garantías para la salud del Fosyga.
[89] Ley 2008 de 2019 "(p)or la cual se decreta el Presupuesto de Rentas y Recursos de Capital y Ley de Apropiaciones para la vigencia fiscal del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020.".

priorizar los recursos que prevé el artículo 2.6.1.4.1.1. del Decreto 780 de 2016[90]; esto es, los recursos que corresponden a la financiación de la subcuenta de seguros de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

52. ***Artículo 19.*** Seguidamente el artículo 19 del Decreto 538 prohíbe que las tarifas de los servicios y tecnologías en salud se incrementen por encima de la inflación causada durante el término de la emergencia sanitaria declarada con ocasión del COVID-19.

53. ***Artículo 21.*** El artículo 21 del Decreto 538 modifica el último inciso del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019[91] y le añade un parágrafo. De acuerdo con esta disposición, *"(p)ara cofinanciar el pago de las deudas de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC- del régimen subsidiado"* el Gobierno nacional podrá *"realizar operaciones de crédito en las vigencias 2020 y 2021*". Así mismo, se señala que, durante la emergencia sanitaria del COVID-19, se suspenderá el plazo de seis (6) meses que prevé el numeral 8 del mencionado artículo 238 para el cobro o recobro de los atrás referidos servicios y tecnologías en salud.

54. ***Artículo 22.*** El artículo 22 permite que los saldos de las cuentas maestras de salud pública colectiva[92] a 31 de diciembre de 2019 sean *"utilizados en la ejecución de las acciones de salud pública necesarias para la contención y efectos del Coronavirus COVID-19".*

55. ***Artículo 23.*** Similarmente, el artículo 23 del decreto *sub examine* añade un parágrafo al artículo 4 de la Ley 1797 de 2016[93], según el cual, al cierre de 2019, los excedentes de rentas cedidas del aseguramiento permanecerán en el ADRES para ser *"destinados a la financiación del aseguramiento en salud, en los términos que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social"*.

56. ***Artículo 24***. En la misma línea, el subsiguiente artículo 24 le adiciona un parágrafo al artículo 2 de la Ley 1608 de 2013[94], para que, mientras dure la emergencia sanitaria del COVID-19, las entidades territoriales puedan utilizar los excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado *"para realizar las acciones de salud pública, de acuerdo con los*

---

[90] Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
[91] Ley 1955 de 2019, Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad". Artículo 238. Saneamiento financiero del sector salud en las entidades territoriales.
[92] De acuerdo con la información oficial reportada por MinSalud en su página web: "Con el fin de efectuar un adecuado control y seguimiento a los recursos del régimen subsidiado, se establece la cuenta maestra como un mecanismo que asegure su correcta destinación para los fines previstos en la ley. La cuenta maestra es una cuenta bancaria que por manejar exclusivamente los recursos del Régimen Subsidiado solo acepta como operaciones débitos por transferencia electrónica aquellas que se destinen a otra cuenta bancaria que pertenece a un beneficiario definido en la Ley 1122 de 2007, tales como una EPS-S, Firma interventora, Superintendencia Nacional de Salud, Las Instituciones prestadoras de Servicios de salud, únicamente cuando las Entidades Promotoras de Salud sean objeto de la medida de giro directo en los términos y condiciones señalados en el Decreto 3260 de 20004, la cuenta de la entidad territorial o las cuentas de las entidades financieras a través de las cuales se cumplan las obligaciones tributarias con recursos objeto de retención a las entidades que efectúen la interventoría." Información disponible en https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CUENTAMAESTRA.aspx
[93] Ley 1797 de 2016 "(p)or la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones." Artículo 4. Uso de los recursos de excedentes de rentas cedidas.
[94] Ley 1608 de 2013, (p)or medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud. Artículo 2. Uso de los recursos de saldos de las cuentas maestras

lineamientos fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social".

57. ***Artículo 25***. El artículo 25 del Decreto 538 adiciona un parágrafo al artículo 1 del Decreto Legislativo 461 de 2020[95], reiterando la regla según la cual los recursos de salud con destinación específica no podrán cambiar su destinación, *"salvo lo establecido en la Ley"*.

58. ***Artículo 26***. Finalmente, el artículo 26 le adiciona un parágrafo al artículo 3 de la Ley 1066 de 2006[96], para que mientras dure la emergencia económica del COVID-19 y hasta el mes siguiente a su terminación, no se causen intereses moratorios por las cotizaciones extemporáneas que se realicen al Sistema General del Seguridad Social Integral.

59. Sobre las normas recién citadas la Corte comienza por advertir que, en principio, en tanto se dirigen a garantizar la viabilidad financiera del sistema de seguridad social en salud para la contención y mitigación del COVID-19 en su condición de eje principal del Decreto 417, todas ellos aprueban el juicio de conexidad material externa.

60. Lo anterior no es tan claro frente del requisito de conexidad material interna. Ciertamente, si bien algunas de las disposiciones que contienen los artículos mencionados en el numeral 49 *supra* se encuentran manifiestamente soportadas en la parte motiva del Decreto 538, existen otras en donde dicho soporte manifiesto se extraña[97].

Para la Corte, sin embargo, la mera manifestación general del Decreto 538 en el sentido de que *"para garantizar la respuesta amplia, suficiente y oportuna de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud frente a la población que resulte contagiada por el Coronavirus COVID-19,* ***es necesario flexibilizar durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, la priorización en el uso de las fuentes de recursos del sector salud y autorizar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- para administrar y ejecutar los recursos que se destinen para atender la emergencia sanitaria****",* resulta suficiente para que entre los mentados artículos 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25 y 26 y la parte motiva del decreto de desarrollo que los contiene exista una relación de conexidad material interna.

61. En fin, la Sala encuentra que la mayoría de los artículos que el numeral 49 *supra* enuncia cumplen con los demás juicios sustanciales que condicionan su exequibilidad. De hecho, el propósito de las disposiciones que tales artículos contienen es lograr la especial financiación que requiere el sistema de seguridad social en salud en el marco de la pandemia del COVID-19, sin que de ellas pueda aducirse que estén dirigidas a alcanzar o

[95] Decreto Legislativo 461 de 2020, (p)or medio del cual se autoriza temporalmente a los gobernadores y alcaldes para la reorientación de rentas y la reducción de tarifas de impuestos territoriales, en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica declarada mediante el Decreto 417 de 2020. Artículo 1. Facultad de los gobernadores y alcaldes en materia de rentas de destinación específica.
[96] Ley 1066 de 2006, "(p)or la cual se dictan normas para la normalización de la cartera pública y se dictan otras disposiciones. Artículo 3. Intereses moratorios sobre obligaciones
[97] En la parte motiva del Decreto 538 no se hizo manifestación alguna en justificación de los artículos 17,19,22, 23,24,25 y 26.

> satisfacer fines distintos, que no sean necesarios para recaudar los fondos respectivamente requeridos, o que vayan en detrimento de cualquier otro valor constitucional.

Lo anterior, por supuesto, sin dejar de lado que el parágrafo 6 que el artículo 21 del Decreto 538 le añade al artículo 238 de la Ley 1955 de 2019 (ver 55 *supra*) no reprueba el juicio de incompatibilidad. Ciertamente, la suspensión del plazo que prevé el numeral 8 del artículo legal adicionado -esto es, la suspensión de, cobro o recobro de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC, y a cargo a las entidades territoriales dentro de los seis meses siguientes a su prestación- resulta acorde con un estado de emergencia sanitaria dentro del cual las entidades territoriales requieren de la mayor caja posible para atender los efectos del COVID-19 en sus jurisdicciones.

No obstante, un caso en donde el cumplimiento pleno de los requisitos sustanciales no se cumple. Veamos:

> 62. La segunda parte del parágrafo 3º que el artículo 15 le adiciona al artículo 67 de la Ley 1753 de 2015[98], contempla que los recursos destinados a la atención del estado de emergencia que declaró el Decreto 417 puedan utilizarse para *"(compensar) de manera automática los saldos adeudados por esta figura en caso de liquidación de Entidades Promotoras de Salud -EPS".*

Así, además de la defectuosa redacción de la norma, que hace relación a unos saldos adeudados por una *"figura"* sin que el Decreto 538 permita identificar a qué "*figura*" se está haciendo referencia, la Sala no comprende cómo la *compensación* que la norma enuncia podría operar en el marco del parágrafo 3º del artículo 15 del decreto de desarrollo. En efecto, si se considera que, de acuerdo con el artículo 1714 del Código Civil, la institución de la compensación[99] es aquella según la cual

> "**(c)uando dos personas son deudoras una de otra, se opera entre ellas una compensación que extingue ambas deudas"**

la Corte no comprende cómo, en ejercicio de la administración y ejecución de recursos destinados a atender la emergencia por el coronavirus, en cabeza de la ADRES, podría operar una compensación entre las acreencias que tuvieren mutuamente el Sistema de Seguridad General Social en Salud y el Estado. Ciertamente, uno de los propósitos de la compensación es el de evitar desplazamientos económicos innecesarios pues, en últimas, se trata de un cruce de obligaciones existentes que, en cuanto coincidan, se extinguen mutuamente.

Para la Corte, la incompatibilidad que existe entre la institución de la compensación y la utilización

---

[98] "**PARÁGRAFO 3.** Autorícese a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- para administrar y ejecutar los recursos que se destinen para atender la emergencia económica, social y ecológica declarada por el Coronavirus COVID-19 o aquellos que se dispongan en el marco de la emergencia sanitaria. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- compensará de manera automática los saldos adeudados por esta figura en caso de liquidación de Entidades Promotoras de Salud -EPS-."

[99] Código Civil, Artículo 29. Palabras técnicas. "Las palabras técnicas de toda ciencia o arte se tomarán en el sentido que les den los que profesan la misma ciencia o arte; a menos que aparezca claramente que se han formado en sentido diverso.

de unos recursos de la emergencia administrados y ejecutados por la ADRES explica la ausencia de conexidad material y de finalidad de la norma, lo que deriva en su inexequibilidad.

Abundando en razones, si en gracia de discusión se admitiera que lo que se intentó prever con el parágrafo 3º que incorpora el artículo 15 del Decreto 538 es que, con los recursos destinados para atender el estado de emergencia declarado por el COVID-19, la ADRES pudiera extinguir las deudas que el Estado tuviera a favor de las EPS en liquidación, la norma reprobaría nuevamente el juicio de finalidad. En efecto, si se observa que, como lo establece el artículo 222 del Código de Comercio[100], una sociedad en liquidación no puede desarrollar su objeto social[101], una EPS en liquidación no podría continuar organizando y garantizando la prestación de los servicios de salud para cuyos efectos fue originalmente creada. En otras palabras, el pago de acreencias a entidades que no pueden hacer más que desarrollar los actos necesarios para culminar su liquidación, con recursos destinados a la atención de la emergencia económica derivada de la pandemia del COVID, no atiende los fines que persigue el decreto de desarrollo en examen. Puede que con dicho pago el Estado salde las deudas legítimas que tenga a favor de un particular tipo de empresas; pero tal pago -por ausencia de finalidad- no puede hacerse con recursos destinados a la contención y mitigación del COVID-19 pues no existiría una correlación entre la destinación de los recursos del caso y la fuente de las acreencias que tenga el Estado a favor de una EPS en liquidación que, se reitera, por hallarse en dicho estado no podría haber coadyuvado a enfrentar los efectos de la pandemia de COVID-19.

63. Por lo atrás expuesto se declarará exequible el parágrafo 3 del artículo 15 del Decreto 538 de 2020, con excepción de la expresión *"La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- compensará de manera automática los saldos adeudados por esta figura en caso de liquidación de Entidades Promotoras de Salud -EPS-."*

64. Pasando a otras disposiciones del Capítulo III, el ***artículo 12*** del decreto de desarrollo reconoce la necesidad de destinar recursos públicos para solventar las *"incapacidades asociadas a enfermedades generales de origen común derivadas del diagnóstico confirmado por (…) COVID-19"* y permite a las EPS y a las Empresas Obligadas a Compensar –EOC- que le recobren lo pagado por tal concepto a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES (en adelante, simplemente "ADRES"). El posterior ***artículo 13*** admite al COVID-19 como una enfermedad laboral directa para todo el personal que trabaje en o para el sector salud, *"incluyendo al personal administrativo, de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios en las diferentes*

[100] Código de Comercio, Artículo 222.- "Disuelta la sociedad se procederá de inmediato a su liquidación. En consecuencia, no podrá iniciar nuevas operaciones en desarrollo de su objeto y conservará su capacidad jurídica únicamente para los actos necesarios a la inmediata liquidación. Cualquier operación o acto ajeno a este fin, salvo los autorizados expresamente por la Ley, hará responsables frente a la sociedad, a los asociados y a terceros, en forma ilimitada y solidaria, al liquidador, y al revisor fiscal que no se hubiere opuesto.
(…)"

[101] Código de Comercio, Artículo 222.- "Disuelta la sociedad se procederá de inmediato a su liquidación. En consecuencia, no podrá iniciar nuevas operaciones en desarrollo de su objeto y conservará su capacidad jurídica únicamente para los actos necesarios a la inmediata liquidación. Cualquier operación o acto ajeno a este fin, salvo los autorizados expresamente por la Ley, hará responsables frente a la sociedad, a los asociados y a terceros, en forma ilimitada y solidaria, al liquidador, y al revisor fiscal que no se hubiere opuesto.
(…)"

actividades de prevención, diagnóstico y atención de esta enfermedad" y obliga a las ARL a *"reconocer todas las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de la incapacidad de origen laboral por esa enfermedad, sin que se requiera la determinación de origen laboral en primera oportunidad o el dictamen de las juntas de calificación de invalidez".*

65. Luego, el ***artículo 14*** *ídem* crea una única subvención económica destinada a los núcleos familiares de personas afiliadas al régimen subsidiado en salud que tengan diagnóstico positivo de COVID-19, condicionada al cumplimiento de la medida de aislamiento, otorgada a través de las EPS con recobro a la ADRES y eventualmente giradas a cuentas bancarias exentas del gravamen a los movimientos financieros.

66. Para la Sala, los ***artículos 12*** y ***13*** del Decreto 538 superan todos los juicios sustanciales señalados en el numeral 1 de la presente Sección C. Justamente, el reconocimiento del COVID-19 como enfermedad general de origen común y como enfermedad laboral directa respecto de los trabajadores del sector salud permite el pago de las incapacidades no laborales y laborales correspondientes y, en ese orden, atiende al fin de mitigar los efectos del COVID-19 porque propenden los decretos 417 y 538 de 2020 a través de medidas necesarias y directamente dirigidas a atender las necesidades económicas de la población directamente afectada por tal enfermedad[102]. Además, las disposiciones en comento no suspenden ningún derecho, libertad fundamental, ley y tampoco interrumpen el normal funcionamiento de las ramas del poder público y/o de los órganos estatales, sino que más bien se dirigen a beneficiar a cualquier persona que resulte afectada en su salud por el COVID-19, sin consideración alguna a su raza, lengua, religión, etc.

67. Por su parte, además de lo señalado para los anteriores artículos 12 y 13, la compensación económica que establece el ***artículo 14*** del Decreto 538 para los núcleos familiares de los afiliados al régimen subsidiado de salud que resulten contagiados por el COVID-19, desarrolla el principio constitucional que propende por la protección y mitigación de la pandemia en favor de los sectores económicos más vulnerables, coadyuvando a su subsistencia y conservación de los derechos fundamentales dentro de una emergencia sanitaria que ha disminuido sus habituales fuentes de ingresos[103]; todo ello sin perjuicio de condicionar tal subvención a que se sigan las medidas de aislamiento, de modo tal que se

---

[102] En las consideraciones del Decreto 538 se afirmó: (i) "Que la propagación acelerada del Coronavirus COVID-19 aumenta las frecuencias de incapacidades, factor que no fue observado al calcular el recurso que por éstas se entrega a las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y Entidades Obligadas a Compensar -EOC en la vigencia 2020, dada la imposibilidad de prever el impacto de la pandemia. Por esta razón, es necesario generar mecanismos que permitan a las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y Entidades Obligadas a Compensar -EOC- cobrar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, los valores reconocidos por ese concepto"; y (ii) "Que según la Organización Mundial de la Salud -OMS-, el personal de salud se encuentra en la primera línea de respuesta y está expuesto a un alto riesgo de contagio de Coronavirus COVID-19. Así mismo, este organismo ha señalado que los peligros están asociados a (i) alta exposición al virus, (ii) largas jornadas de trabajo, y (iii) alto nivel de estrés, fatiga y estigmas. Por esta razón, es necesario que el Gobierno nacional incluya al Coronavirus COVID-19 como enfermedad laboral directa sin necesidad del cumplimiento de las condiciones establecidas en los parágrafos 1 y 2 del artículo 4 de la Ley 1562 de 2012 "Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional."

[103] En la parte motiva del Decreto 538 se indicó "(q)ue el acatamiento de la medida de aislamiento preventivo obligatorio para las personas que resultan diagnosticadas con COVID-19, puede resultar en el impedimento para proveer o contribuir con el sustento de su núcleo familiar, por lo que es necesario crear una compensación económica equivalente a siete (7) días de Salario Mínimo Legal Diario Vigente por núcleo familiar, cuando haya diagnóstico positivo para Coronavirus COVID-19. En este sentido, el reconocimiento de esta compensación económica garantiza los derechos fundamentales de los usuarios del Régimen Subsidiado de Salud."

desincentivan conductas dirigidas a acceder al provecho económico pero que no consideran la responsabilidad social que implica la contención de la pandemia.

Por las anteriores razones, la Corte también avalará la exequibilidad de los artículos 12, 13 y 14 del Decreto 538.

68. Por último, el ***artículo 20*** del decreto prevé el suministro de una canasta de atenciones para los pacientes con COVID-19 con cargo a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES. Partiendo de la base de que tal canasta de servicios tiene como propósito brindarle a los pacientes con COVID-19 una serie de bienes y/o servicios que les permitan sobrellevar su enfermedad mientras la padezcan, la Sala no observa que el artículo 20 repruebe alguno de los juicios sustanciales que condicionan su exequibilidad. En efecto, la norma cumple con ambos juicios de conexidad material y con el requisito de finalidad, si se considera que va dirigida a mitigar los efectos del COVID-19 sobre la vida de las personas que lo padecen. También cumple con los juicios de ausencia de arbitrariedad, intangibilidad, no contradicción específica, motivación suficiente y proporcionalidad pues, antes que afectar cualquier derecho constitucional o superior de las personas, promueve el bienestar de los sujetos de especial protección que padecen del COVID-19; y tampoco suspende el funcionamiento de cualquier órgano del Estado. Tampoco reprueba el juicio de intangibilidad pues no hace referencia a la suspensión de cualquier norma jurídica; o el de no discriminación pues los destinatarios de la canasta de atenciones tienen tal prerrogativa por el solo hecho de padecer de COVID-19 y no por razón de su raza, lengua, religión, origen nacional o familiar, opinión política o filosófica. Finalmente, también cumple con el requisito de necesidad pues, como se dijo para los juicios de conexidad material y finalidad, la canasta de atenciones contribuye a mitigar los efectos del COVID-19 sobre la salud de las personas y, por el carácter imprevisible de la epidemia correspondiente, no existen en el ordenamiento jurídico medidas destinadas a aliviar los referidos efectos.

Capítulo IV – *"Disposiciones finales"*

69. El ***artículo 27*** del último capítulo del Decreto 538 adiciona un parágrafo al artículo 13 del Decreto Ley 028 de 2008[104]. A través del mencionado parágrafo el decreto bajo examen prevé que, en caso de emergencia sanitaria, la autoridad que -en desarrollo de la medida correctiva de asunción temporal de competencias, de que trata el artículo adicionado- asuma temporalmente las competencias de programación presupuestal, ordenación del gasto, competencia contractual y nominación de personal de una entidad territorial en relación con los dineros del Sistema General de Participaciones en Salud, podrá sustituir la mencionada medida correctiva por una medida de mero seguimiento. Se indica que dicha medida de seguimiento deberá ser incorporada en un plan de acción suscrito por el representante legal de la entidad territorial beneficiada con dicha medida y aprobado por

[104] Decreto Ley 028 de 2008, (p)or medio del cual se define la estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral al gasto que se realice con recursos del Sistema General de Participaciones.

el representante legal de la autoridad que aceptó la sustitución de la medida correctiva.

Sobre este artículo la Sala considera que el mismo debe ser declarado exequible pues, efectivamente y como se dijo en la parte motiva del Decreto 538, la medida evita la duplicidad de autoridades involucradas en *"el desarrollo de las competencias de diseño, implementación y ejecución de planes de acción que den respuesta al posible incremento de la demanda de servicios de salud que podrían generarse en todo el territorio colombiano, principalmente en zonas de difícil acceso, alto flujo migratorio por su condición fronteriza y vulnerabilidad de la población"*.

Más aún, la Sala recuerda que en el artículo 3º del Acto Legislativo 04 de 2007 se dispuso que: "*El Gobierno Nacional definirá una estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral al gasto ejecutado por las entidades territoriales con recursos del Sistema General de Participaciones, para asegurar el cumplimiento de metas de cobertura y calidad. Esta estrategia deberá fortalecer los espacios para la participación ciudadana en el control social y en los procesos de rendición de cuentas";* razón por la cual con el artículo 27 del decreto no se viola ninguna autonomía territorial ni se invaden las competencias correctivas que los departamentos pueden ejercer sobre los municipios.

70. ***Artículo 28***. Luego, en su artículo 28, el Decreto 538 prevé que durante la emergencia sanitaria declarada con ocasión del COVID-19, se eximirá de pago tarifario a los *"estudios para los protocolos de investigación que tengan por objeto apoyar las estrategias de mitigación de la emergencia sanitaria presentada por el Coronavirus COVID-19, que involucren medicamentos, dispositivos médicos prototipo y reactivos para uso en investigación, así como sus enmiendas, siempre que la solicitud corresponda a iniciativas adelantadas por asociaciones científicas, universidades e instituciones prestadoras de servicios de salud del territorio nacional"*.

La exención del cobro de tarifas que, dentro del término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social derivada del COVID-19, aplicará sobre los distintos *"estudios para los protocolos de investigación que tengan por objeto apoyar las estrategias de mitigación de la emergencia sanitaria presentada por el Coronavirus COVID-19, que involucren medicamentos, dispositivos médicos prototipo y reactivos para uso en investigación (…) siempre que la solicitud corresponda a iniciativas adelantadas por asociaciones científicas, universidades e instituciones prestadoras de servicios de salud del territorio nacional"* es una medida que guarda evidente conexidad interna con el Decreto 538 y externa con el Decreto 417 de 2020. Justamente, la disposición está específicamente dirigida a facilitar e incentivar el desarrollo científico que permita contener y mitigar los efectos del COVID-19 en la salud humana, siendo estas consecuencias patológicas los fundamentos que subyacen a cualquier otra motivación del Decreto 417 (conexidad externa). Por ende, dentro de las consideraciones del Decreto 538 el Gobierno nacional expresamente manifestó que *"como incentivo para apoyar la investigación médica y científica que permitan mitigar la emergencia sanitaria causada por el Coronavirus COVID-19, es necesario durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, exonerar del pago de la tarifa los estudios para la elaboración de protocolos de investigación que tengan por*

objeto la mitigación de la emergencia sanitaria, que tienen como hecho generador el previsto en el literal b del artículo 4 de la Ley 399 de 1997, (…)" (conexidad interna).

Lo anterior, sumado a que el artículo 28 no toca en modo alguno con los derechos humanos, los derechos sociales de los trabajadores, las libertades fundamentales; tampoco interrumpe el normal funcionamiento de las ramas del poder público ni de los órganos del Estado; y no es una exención tributaria a la que subyazcan razones de raza, lengua, religión, origen nacional o familiar, opinión política o filosófica, permite además acreditar que el artículo 28 del Decreto 538 supera los demás juicios que condicionan su exequibilidad.

Lo recién expuesto es suficiente para que la Corte declare la exequibilidad del artículo 28 del Decreto 538.

71. ***Artículo 29.*** Finalmente, la Corte se excusa de estudiar el artículo 29 del Decreto 538 a la luz de los juicios materiales por cuanto que la cuestión de la vigencia de dicho decreto no amerita reparo de constitucionalidad alguno.

VIII. DECISION

En mérito de lo expuesto, la Corte Constitucional, administrando justicia, en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

PRIMERO. - Declarar EXEQUIBLES los artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 y 29 del Decreto Legislativo 538 del doce (12) de abril de 2020.

SEGUNDO. - Declarar EXEQUIBLE el artículo 15 del Decreto Legislativo 538 del doce (12) de abril de 2020, salvo la expresión *"La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- compensará de manera automática los saldos adeudados por esta figura en caso de liquidación de Entidades Promotoras de Salud -EPS-*" que incorpora el parágrafo 3 de dicho artículo, que se declara INEXEQUIBLE.

Cópiese, notifíquese, comuníquese, insértese en la Gaceta de la Corte Constitucional, cúmplase y archívese el expediente.

2. NORMATIVA

2.1. LEY

2.1.1. Ley 2064 de 2020

Por medio de la cual se declara de interés general la estrategia para la inmunización de la población colombiana contra la Covid-19 y la lucha contra cualquier pandemia y se dictan

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

ARTÍCULO 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto declarar de interés general la estrategia para la inmunización de la población colombiana contra la Covid-19 y establecer medidas administrativas y tributarias para la financiación y la gestión de los asuntos relacionados con la inmunización contra la Covid-19 y otras pandemias.

ARTÍCULO 2. Priorización de alianzas para obtener recursos en medio de una amenaza pandémica. El Gobierno Nacional podrá concertar alianzas estratégicas prioritarias con organismos multilaterales y el sector privado, con el propósito de acopiar recursos científicos, financieros y logísticos, que le permitan al país dar una respuesta oportuna ante cualquier amenaza de epidemia o pandemia.

Para estos efectos, el Gobierno Nacional podrá destinar directamente recursos financieros y firmar convenios con comunidades científicas, laboratorios especializados públicos y privados, ubicados dentro o fuera del país, centros o institutos de investigación y universidades, con el fin de asegurar el acceso referente a tratamientos preventivos y curativos con el propósito de contrarrestar contingencias de epidemia o pandemia.

Así mismo, el Gobierno Nacional podrá destinar estos recursos para realizar inversiones a riesgo y hacer anticipos reembolsables y no reembolsables con cargo a los convenios descritos en este artículo. Las decisiones sobre el uso de estos recursos deberán ser evaluadas de forma conjunta y en contexto con su objetivo, no por el desempeño de una operación individual, sino como parte de una política integral que le permita al país dar una respuesta oportuna ante cualquier amenaza de epidemia o pandemia.

El Gobierno Nacional podrá adquirir tecnologías en salud destinadas a prevenir, atender y monitorear cualquier pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud - OMS, con el fin de conformar y mantener una reserva de las mismas que le permita tener capacidades para responder a situaciones que llegaren a incrementar su demanda. Se estructurará un esquema colaborativo que incentive la producción científica en tecnologías de salud y la transferencia de conocimiento en las instituciones de educación superior del país.

ARTÍCULO 3. Adiciónese un artículo 257-2 al Estatuto Tributario, el cual quedará así:

ARTÍCULO 257-2. Descuento tributario por donaciones tendientes a lograr la inmunización de la población colombiana frente a la Covid-19 y cualquier otra pandemia. Las donaciones que realicen las personas naturales residentes y las personas jurídicas contribuyentes del impuesto sobre la renta de la tarifa general a la Subcuenta de Mitigación de Emergencias - COVID19 del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo o a cualquier otra subcuenta, destinadas a la adquisición de vacunas, moléculas en experimentación, anticipos reembolsables y no reembolsables para el desarrollo de vacunas, transferencia de ciencia y tecnología, capacidad instalada en el territorio nacional y todas las actividades tendientes a lograr la inmunización de la población colombiana frente al Covid-19 y cualquier otra pandemia, darán lugar a un descuento del impuesto sobre la renta, equivalente al 50% de la donación realizada en el año o periodo gravable. El presente tratamiento no podrá aplicarse con otros beneficios o aminoraciones tributarias.

La donación deberá contar con el aval previo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y deberá ser certificada por el Gerente del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo. El Gobierno nacional reglamentará los requisitos para que proceda este descuento.
En ningún caso, el descuento tributario aquí establecido generará saldo a favor susceptible de devolución. El descuento tributario aquí establecido no será considerado para la determinación de los límites establecidos en el inciso tercero del artículo 259-2 del Estatuto Tributario.

PARÁGRAFO 1°. El Consejo Superior de Política Fiscal - CONFIS definirá el cupo máximo de donaciones que podrá certificar bajo esta modalidad el Gerente del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo.

PARÁGRAFO 2°. El beneficio tributario establecido en este artículo solo reg1ra para los años gravables 2021 y 2022 en el caso de la pandemia suscitada por la Covid-19; y en caso de una nueva pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud - OMS, aplicará por el primer año gravable en que se necesiten adquirir los productos para su inmunización y el año gravable siguiente.

PARÁGRAFO 3°. Del beneficio tributario establecido en este artículo no podrán participar empresas del sector de la salud nacionales ni internacionales, y tampoco Empresas Promotoras de Salud ni Instituciones Prestadoras de Salud.

PARÁGRAFO 4°. Las donaciones objeto de este artículo solo se podrán realizar en dinero y el pago debe haberse realizado a través del sistema financiero.

ARTÍCULO 4. Consejo de Evaluación de las Reacciones Adversas a la Vacuna Contra la Covid-19. Créase, como parte del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud - IETS, el Consejo de Evaluación de las Reacciones Adversas a la Vacuna Contra la Covid-19, para las vacunas que hayan sido suministradas por el Estado Colombiano.

El Consejo de Evaluación tendrá por objeto evaluar la existencia o inexistencia de un nexo causal entre el evento adverso sufrido por un habitante del territorio nacional y la aplicación de la vacuna contra la Covid-19 por parte del Estado Colombiano.

Dicho consejo contará con al menos cinco (5) consejeros expertos, quienes tendrán el apoyo técnico de un grupo científico dedicado por el IETS para la evaluación de los eventos generados por las vacunas contra la Covid-19.

PARÁGRAFO 1°. El funcionamiento del Consejo de Evaluación de las Reacciones Adversas a la Vacuna contra la Covid-19 será reglamentado por el Gobierno Nacional y se financiará con recursos del Fondo de Mitigación de Emergencias - FOME o por recursos del Presupuesto General de la Nación. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público asegurará los recursos necesarios para que el Consejo de Evaluación cuente con el soporte técnico necesario de acuerdo con el crecimiento de las solicitudes a su cargo.

PARÁGRAFO 2°. El Gobierno nacional reglamentará el procedimiento y el término en el cual el Consejo de Evaluación de las Reacciones Adversas a la Vacuna Contra la Covid-19 deberá emitir respuesta a la evaluación de existencia o inexistencia de un nexo causal entre el evento adverso sufrido por un habitante del territorio nacional y la aplicación de la vacuna contra la Covid-19 por parte del Estado Colombiano.

PARÁGRAFO 3°. El Consejo de Evaluación de las Reacciones Adversas a la Vacuna Contra la Covid-19, durante el primer año de vigencia de la presente ley, emitirá un informe trimestral público sobre los avances y resultados de su objeto y financiación. A partir del segundo año de vigencia de la presente ley, el Consejo emitirá un informe anual.

ARTÍCULO 5. Responsabilidad de los fabricantes. Los fabricantes de vacunas contra la Covid-19 adquiridas y suministradas por el Gobierno Nacional sólo serán responsables por acciones u omisiones dolosas o gravemente culposas, o por el incumplimiento de sus obligaciones de buenas prácticas de manufactura o de cualquier otra obligación que le haya sido impuesta en el proceso de aprobación.

PARÁGRAFO. El régimen de responsabilidad descrito en este artículo sólo será aplicable para las vacunas contra la Covid-19 y las que se generen en caso de otras pandemias, mientras estas se encuentren bajo un régimen de aprobación de emergencia o una aprobación especial transitoria por parte de las entidades competentes en el territorio nacional. Pasado este periodo deberán aplicarse las reglas de responsabilidad ordinarias.

ARTÍCULO 6. Jurisdicción competente. La jurisdicción competente para conocer de los procesos que inicien los particulares en los que se pretenda discutir y compensar los daños causados por las vacunas contra la Covid-19 que hayan sido suministradas por el Estado Colombiano, es la jurisdicción contencioso administrativa.

PARÁGRAFO. Será requisito de procedibilidad para acudir a la jurisdicción contencioso administrativa haber agotado la vía dispuesta en el artículo cuarto de la presente ley, y poseer respuesta del Consejo de Evaluación de las Reacciones Adversas a las Vacunas Contra la Covid-19.

ARTÍCULO 7. Póliza de cobertura global. El Gobierno Nacional, sujeto a la disponibilidad de recursos, podrá contratar una póliza de cobertura global para cubrir las posibles condenas que puedan presentarse por reacciones adversas a las vacunas contra la Covid- 19 aplicadas por el Estado Colombiano.

PARÁGRAFO. Lo anterior no exime de responsabilidad civil contractual o extracontractual a los fabricantes concerniente a las acciones u omisiones dolosas o gravemente culposas, o por el incumplimiento de sus obligaciones de buenas prácticas de manufactura o de cualquier otra obligación que le haya sido impuesta en el proceso de aprobación.

ARTÍCULO 8. Control fiscal. La ejecución de los recursos de que trata la presente ley será objeto de control y vigilancia fiscal por parte de la Contraloría General de la República, de conformidad con sus funciones constitucionales y legales.

ARTÍCULO 9. Gratuidad. El proceso de inmunización del que trata la presente ley deberá efectuarse a cero costo para el beneficiario.

PARÁGRAFO. Las vacunas serán priorizadas para los grupos poblacionales que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con la estrategia de vacunación adoptada.

ARTÍCULO 10. Transparencia y Control Ciudadano. El Ministerio de Salud y Protección Social emitirá y publicará mensualmente un informe de fácil acceso a la ciudadanía en relación con todas las gestiones y medidas que integran el objeto de la presente ley. Dicho informe deberá ser allegado y expuesto en sesiones ordinarias de las Comisiones Séptimas del Senado de la República y de la Cámara de Representantes. También deberá ser remitido a la Contraloría General de la República, sin perJu1c10 de las funciones constitucionales atribuidas a ese órgano de control.

ARTÍCULO 11. Pedagogía sobre los procesos de inmunización contra la Covid-19. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá realizar campañas pedagógicas dirigidas a los ciudadanos, sobre el funcionamiento y los procesos de inmunización contra la Covid-19, con el objetivo de consolidar el aprendizaje, confianza y diálogo en torno a la vacunación.

ARTÍCULO 12. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación.

2.2. DECRETOS

2.2.1. Decreto 1649 de 2020

Por el cual se modifica el artículo 3 del Decreto 1333 de 2019, en cuanto al giro previo de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y en desarrollo del artículo 245 de la Ley 1955 de 2019 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 245 de la Ley 1955 de 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad", estableció que "con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud, la ADRES podrá, de manera transitoria y durante la vigencia de la presente ley, suscribir acuerdos de pago con las EPS para atender el pago previo y/o acreencias por servicios y tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo prestados únicamente hasta el 31 de diciembre de 2019. Estos acuerdos de pago se registrarán como un pasivo en la contabilidad de la ADRES y se reconocerán como deuda pública y se podrán atender ya sea con cargo al servicio de la deuda del Presupuesto General de la Nación o mediante operaciones de crédito público. Este reconocimiento se hará por una sola vez, y para los efectos previstos en el presente artículo."

Que el Decreto 1333 de 2019 reglamentó el artículo 245 de la Ley 1955 de 2019, Plan Nacional de Desarrollo 2018 -2020 "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad" y estableció los requisitos, plazos y condiciones para la suscripción de los acuerdos de pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES, para atender el giro previo y/o acreencias por servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación UPC del régimen contributivo, prestados a 31 de diciembre de 2019.

Que mediante los Decretos 481 y 687 de 2020, se modificó el artículo 3 del Decreto 1333 de 2019, en el sentido de precisar que, a partir del año 2020 el pago del giro previo y/o acreencias por servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo que se generen con cargo al servicio de deuda pública no podrán exceder el valor máximo que para cada vigencia determine el CONFIS, y se estableció la posibilidad de que los acuerdos de pago suscritos por la ADRES fueran consolidado mediante uno o varios actos administrativos.

Que el artículo 2.6.4.3.5.1.6 del Decreto 780 de 2016 establece que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES efectuará el giro previo a la

auditoría integral de recobros por los servicios o tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC del régimen contributivo.

Que existen cuentas radicadas por las Entidades Promotoras de Salud -EPS ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES con anterioridad a diciembre de 2019, cuyo proceso de auditoría integral se encuentra en curso.

Que conforme con lo anterior, se hace necesario autorizar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES a realizar un giro previo equivalente al 25 % del valor radicado por servicios y tecnologías no con cargo a la UPC del régimen contributivo, que con corte al 30 de noviembre de 2020 hayan sido radicados y cuyo proceso de auditoría integral se encuentra en curso o que ya lo tengan legalizado, con el objeto de optimizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en salud.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA

Artículo 1. Modifíquese el numeral 3 del artículo 3 del Decreto 1333 de 2019, el cual quedará así:

"3. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) podrá suscribir acuerdos de pago para realizar el giro previo de recursos de los recobros/cobros correspondientes a los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
Los montos a pagar en virtud a estos acuerdos de pago deben ajustarse a la metodología definida en la Resolución 1885 de 2018, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, o aquellas que la modifiquen o sustituyan.
La ADRES tendrá la responsabilidad de llevar a cabo la auditoría integral posterior para la verificación de la información proporcionada, conforme a lo dispuesto por el parágrafo primero del artículo 245 de la Ley 1955 de 2019.
Para los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del régimen contributivo prestados a 31 de diciembre de 2019, que con corte al 30 de noviembre de 2020 hayan sido radicados y no cuenten con resultado del proceso de auditoría integral, tendrán un giro previo equivalente al 25% del valor radicado. Los recursos que resulten aprobados por este mecanismo serán girados directamente por la ADRES a los prestadores y proveedores que las entidades recobrantes determinen en los formatos establecidos para tal fin. El giro previo de que trata el presente inciso aplicará para los valores recobrados que registren giros previos anteriores, una vez verificada la legalización de ellos.
En el evento en que el valor aprobado en el proceso de auditoría integral sea menor al valor girado por el mecanismo de giro previo, la entidad recobrante deberá reintegrar la diferencia o informar a la ADRES el concepto sobre el cual esta deberá realizar la compensación. Lo anterior, en un término no superior a treinta (30) días calendario, una vez notificado el resultado de auditoría.

Artículo 2. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y modifica el numeral 3 del artículo 3 del Decreto 1333 de 2019, modificado por los Decretos 481 Y,687, ambos de 2020.

PÚBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.2. Decreto 1710 de 2020

Por el cual se adopta el Mecanismo Articulador para el Abordaje Integral de las Violencias por Razones de Sexo y Género, de las mujeres, niños, niñas y adolescentes, como estrategia de gestión en salud pública y se dictan disposiciones para su implementación

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el numeral 1 del artículo 73 de la Ley 715 de 2001 yen desarrollo de las Leyes 679 de 2001, 1146 de 2007, 1257 de 2008,1336 de 2009,1639 de 2013,1719 de 2014,1761 de 2015 y,

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política en el artículo 13, reconoce el derecho fundamental a la igualdad y la garantía que tienen todas las personas de recibir la misma protección y trato digno por parte de las autoridades y gozar de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

Que el artículo 44 constitucional establece el principio de prevalencia de interés superior de los niños, niñas y adolescentes.

Que el artículo 287 constitucional consagra la autonomía de las entidades territoriales para la gestión de sus intereses.

Que el artículo 288 superior prevé que *"Las competencias atribuidas a los distintos niveles territoriales serán ejercidas conforme a los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad en los términos que establezca la ley,"*

Que el Congreso de la República mediante las Leyes 51 de 1981, 12 de 1991 y 248 de 1995, aprobó respectivamente las Convenciones sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer -CEDAW-, sobre los derechos del niño, en el marco del Sistema de Naciones Unidas y, la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "*Convención Belem do Pará",*

Que la Ley 1098 de 2006 "*Por la cual se expide el Código de Infancia y Adolescencia*", establece en el artículo 41 las obligaciones del Estado colombiano, dentro de las que se encuentra el deber de prevenir y atender en forma prevalente, las diferentes formas de violencia que atenten contra el derecho a la vida y la calidad de vida de los niños, las niñas y los adolescentes y el deber de

prevenir y atender la violencia sexual, la violencia dentro de la familia y el maltrato infantil, y promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos.

Que el artículo 205 ibídem, dispone que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, es el ente rector del Sistema Nacional de Bienestar Familiar -SNBF y tiene a su cargo la articulación de las entidades responsables de la garantía de los derechos, la prevención de su vulneración, la protección y el restablecimiento de estos, en los ámbitos nacional, departamental, distrital, municipal, así como en los resguardos o territorios indígenas.

Que la Ley 1955 de 2019 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "*Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad*", establece como uno de los pactos por la equidad, el fortalecimiento de las capacidades institucionales en transversalización del enfoque de género y en las Bases del Plan se incluyó como objetivo 2, el de crear una articulación que permita consolidar y fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial en temas de género para las mujeres.

Que el citado Plan Nacional de Desarrollo creó en el artículo 222 el Sistema Nacional de las Mujeres, a fin de priorizar los temas importantes en materia de avance y garantía de los derechos humanos de las mujeres, con especial énfasis en el impulso de la transversalidad del enfoque de género y étnico para las mujeres en las entidades del orden nacional y en la definición de políticas públicas sobre equidad de género.

Que el Decreto 1084 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación, en el numeral 3 del artículo 2.4.1.15 precisa que el Sistema Nacional de Bienestar Familiar organizará su funcionamiento a través de las instancias de decisión y orientación, de operación, de desarrollo técnico y de participación del SI\IBF. El Mecanismo Articulador hará parte de la instancia de desarrollo técnico como el *"espacio de coordinación, articulación, concertación y asesoría en la formulación y ajuste de políticas, estrategias, programas y proyectos dirigidos a la infancia y la adolescencia".*

Que el Decreto 1630 de 2016 *"Por el cual se sustituye el Capítulo 1 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, relativo a las mujeres víctimas de violencia" tiene por objeto U[...] definir las acciones necesarias para atender integralmente a las mujeres víctimas de violencia y establecer los criterios y procedimiento para el otorgamiento, la implementación y la prestación de las medidas de atención definidas en el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, así como las causales de terminación."*

Que el Congreso de la República de Colombia ha expedido las Leyes 679 de 2001, 985 de 2005,1146 de 2007,1257 de 2008,1336 de 2009,1542 de 2012,1639 de 2013,1719 de 2014, y 1761 de 2015, que demandan del Estado colombiano una articulación intersectorial desde el orden nacional, con los departamentos, distritos y municipios, para implementar acciones de prevención de diferentes tipos de violencia por razón de sexo y género, contra niñas, niños, adolescentes y mujeres, la atención y garantía de acceso a la justicia, y de generación de conocimiento para orientar la acciones de política en salud pública.

Que el Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior establece, en el artículo 2.4.3.4.1.2., que los Ministerios de Justicia y del Derecho y de Salud y Protección Social, en coordinación con la Fiscalía General de la Nación, la Presidencia de la República -Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer-, el Ministerio del Interior -Dirección de Derechos Humanos, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y, la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas deben fortalecer la implementación del mecanismo intersectorial para el abordaje integral de las violencias de género, haciendo énfasis en la atención integral a víctimas de violencia sexual, en los términos establecidos en la normativa nacional e internacional, con el fin de superar los obstáculos que enfrentan para acceder a la atención y a la reparación integral y transformadora.

Que mediante Acto Legislativo 01 del 4 de abril de 2017 se expidió el marco normativo por medio del cual se establecieron las bases jurídicas para la terminación del conflicto armado y la construcción de una paz estable y duradera, al tiempo que adopta un Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición -SIVJRNR, garantizando un enfoque de justicia restaurativa que atiende prioritariamente a las necesidades y la dignidad de las víctimas y se aplica con un enfoque integral.

Que en el marco del precitado Acto Legislativo, se expidió el documento CONPES 3931 de 22 de junio de 2018, en el que, se precisó en el punto 3.2 de reincorporación económica social, que *"La ARN, en coordinación con la CPEM, el ICBF, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Fiscalía y el CNR, promoverán estrategias para la prevención, atención y sanción de las violencias contra las mujeres exintegrantes de las FARC-EP".*

Que mediante Decreto 164 de 2010, se creó la Comisión Intersectorial denominada *"Mesa Interinstitucional para Erradicar la Violencia contra las Mujeres*", que tiene por objeto aunar esfuerzos para la articulación, coordinación y cooperación entre las entidades, a fin de lograr la atención integral, diferenciada, accesible y de calidad a las mujeres víctimas de la violencia y que se integrará al mecanismo articulador de que trata el presente decreto.

Que las víctimas de violencia de género, las niñas, niños, adolescentes y mujeres víctimas de la violencia en el país, tienen derecho a recibir un trato digno y una atención integral en salud física y mental y a contar con protección y justicia para restituir sus derechos sin importar su edad, sexo, credo, etnia, orientación sexual, identidad de género o cualquier otra condición, por lo que es indispensable para dar cumplimiento a los mandatos legales, adelantar las acciones de promoción, prevención, atención y restitución de los derechos en sus diferentes ámbitos.

Que ante el mandato previsto en la Ley 1955 de 2019, de fortalecimiento de las capacidades institucionales en transversalización del enfoque de género y crear una articulación que permita consolidar y fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial en temas de género, se hace necesario adoptar una estructura técnica y operativa que cuente con la presencia de la Fiscalía General de la Nación como ente investigador de los delitos relacionados con la violencia por razones de género, contra niños, niñas, adolescentes y mujeres.

Que el mecanismo articulador se constituye como una estrategia de gestión de la salud pública, que requiere de la intervención de diferentes sectores para implementar medidas e intervenir la violencia por razones de sexo y género contra niñas, niños, adolescentes y mujeres, como un problema de interés en salud pública, dada la prevalencia e incidencia y los efectos que estas ocasionan en la salud física y mental de las víctimas, que puede ser prevenibles mediante diferentes acciones.

Que se destaca la necesidad entre todas las entidades del Estado responsables de la garantía de los derechos humanos y libertades de los niños, niñas, adolescentes y mujeres, sobre la importancia y la efectividad de un trabajo articulado para formular, implementar, diseñar y monitorear políticas públicas que permitan, promover, prevenir, garantizar y superar las vulneraciones a sus derechos.

Que conforme con lo anteriormente expuesto, se hace necesario crear el Mecanismo Articulador para el Abordaje Integral de las Violencias por Razones de Sexo y Género como estrategia que promueva la articulación institucional e interinstitucional nacional y territorial en el abordaje de lo previsto en las Leyes 679 de 2001, 985 de 2005, 1146 de 2007,1257 de 2008,1336 de 2009,1542 de 2012,1639 de 2013,1719 de 2014, y 1761 de 2015, como uno de los pactos por la equidad en los términos de la Ley 1955 de 2019 Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 *"Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad, y que redunde en la atención integral, la protección y el acceso a la justicia de las víctimas, en particular de las mujeres, niños, niñas y adolescentes y prevención de todas las formas de violencia de estos grupos poblacionales en riesgo.*

En mérito de lo expuesto,

DECRETA

CAPÍTULO 1.

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto. El presente decreto tiene por objeto adoptar el Mecanismo Articulador para el Abordaje Integral de las Violencias por Razones de Sexo y Género, de las mujeres, niños, niñas y adolescentes, como estrategia de coordinación interinstitucional del orden nacional, departamental, distrital y municipal, para la respuesta técnica y operativa dirigida a (i) la promoción del derecho a una vida libre de violencia, (U) la prevención de esta, (iíi) la atención, protección y acceso a la justicia a niñas, niños, adolescentes y mujeres víctimas de la violencia por razones de sexo y género, y (iv) la gestión del conocimiento.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones previstas en el presente decreto, serán de obligatorio cumplimiento para las autoridades e instituciones públicas, incluidos los niveles técnicos y operativos, descentralizadas administrativamente, desconcentradas, de los órdenes

nacional, departamental, distrital y municipal, en el marco de las obligaciones nacionales e internacionales.

Artículo 3. Mecanismo articulador. El Mecanismo Articulador para el Abordaje Integral de las Violencias por Razones de Sexo y Género de las mujeres, niños, niñas y adolescentes, en adelante el Mecanismo Articulador, tiene como propósito coordinar y articular las acciones de política pública técnicas y operativas de las diferentes autoridades y agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar - SNBF y del Sistema Nacional de Mujeres, para la prevención de todas las formas de violencia, gestionar la atención integral, la protección y el acceso a la justicia a las víctimas y establecer los criterios para llevar a cabo los procesos de la gestión del conocimiento sobre la materia que serán implementados en el orden nacional, departamental, distrital y municipal.

Artículo 4. Enfoques. El Mecanismo Articulador debe estructurar las acciones de promoción al derecho a una vida libre de violencias, su prevención, atención, protección y acceso a la justicia a las víctimas, así como la gestión del conocimiento para la toma de decisiones, bajo los siguientes enfoques:

4.1. Enfoque de derechos humanos. Se fundamenta en la noción de ser humano y del reconocimiento de la dignidad e igualdad, a partir de la no discriminación por razones de sexo, género. orientación sexual, edad, pertenencia étnica. discapacidad, ideología política, estatus migratorio o procedencia geográfica. Requiere de la implementación de acciones de política pública para garantizar la igualdad de las personas y grupos de personas. Este enfoque, además, implica que en toda circunstancia las víctimas merecen credibilidad, y debe asegurarse la confidencialidad e intimidad, de manera que se respeten, promuevan, garanticen sus derechos humanos y los de su núcleo familiar y, en ningún momento, sean vulnerados.

4.2. Enfoque de género. Se fundamenta en evidenciar las desigualdades, inequidades y discriminaciones, que se generan a partir de roles, estereotipos, creencias, mitos, prácticas e imaginarios y relaciones de poder, por medio de los cuales se normaliza la violencia contra niñas, niños, adolescentes y mujeres. Desde este enfoque, las autoridades del Estado deben desarrollar acciones dirigidas a modificar patrones culturales, que se fundamentan en roles, estereotipos, prácticas e imaginarios, así como intervenir las relaciones asimétricas de poder que naturalizan la violencia por razones de sexo o género.

4.3. Enfoque interseccional. Mediante el Mecanismo Articulador se establecerán procesos articulados con autoridades e instancias de coordinación intersectorial frente a la respuesta integrada del Estado para intervenir otras formas de violencia o vulneración de derechos humanos.

Se fundamenta en evidenciar que la violencia se entrecruza con las diferentes formas de violencia por razones de sexo y género que afectan a grupos y personas que histórica y socialmente han sido discriminadas.

4.4. Enfoque diferencial. Se concibe como un método de análisis y actuación, que reconoce las inequidades, riesgos y vulnerabilidades de sujetos de especial protección (grupos étnicos, personas con discapacidad, víctimas de la violencia) y valora las capacidades y la diversidad de un determinado sujeto -individual o colectivo-, para incidir en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la política pública, con miras a garantizar el goce efectivo de derechos en especial el derecho a la igualdad y no discriminación. Desde este enfoque las acciones de política pública deben tener en cuenta las particularidades de los diferentes grupos de personas que requieren acciones positivas y de esta manera intervenir causas estructurales de la violencia, así como proporcionar una respuesta que permita restablecer o restituir los derechos cuando estos han sido vulnerados.

4.5. Enfoque de curso de vida. Constituye una perspectiva que permite reconocer en los distintos momentos de vida, las trayectorias, sucesos, transiciones, ventanas de oportunidad y efectos acumulativos que inciden en la vida cotidiana de los sujetos, en el marco de sus relaciones y desarrollo. Este enfoque se orienta desde el reconocimiento del proceso continuo de desarrollo a lo largo de la vida. Desde este enfoque, se plantea que desarrollar atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un periodo anterior.

CAPÍTULO II.

Estructura, conformación y funciones

Artículo 5. Estructura del mecanismo articulador. El Mecanismo Articulador estará estructurado así:

5.1. Instancia de coordinación y gestión del orden nacional

5.2. Instancia técnica operativa del orden nacional

5.3. Comités del orden territorial

Artículo 6. Instancia de coordinación y gestión del orden nacional. Esta instancia será coordinada por las personas delegadas de carácter técnico del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Consejería para la Equidad de la Mujer, alternando la secretaría técnica entre ellos. Además de las delegadas de carácter técnico de las anteriores entidades, estará conformado por las personas delegadas de las siguientes autoridades:

6.1. Delegada del Ministerio del Interior.

6.2. Delegada del Ministerio de Justicia y el Derecho.

6.3. Delegada del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social.

6.4. Delegada de la Consejería para la Niñez y la Adolescencia.

6.5. Delegada de la Fiscalía General de la Nación.

6.6. Delegada del Consejo Superior de la Judicatura.

Serán invitadas permanentes:

1. Delegada de la Vicepresidencia de la República.

2. Delegada de la Procuraduría General de la Nación.

3. Delegada de la Defensoría del Pueblo.

Parágrafo. La Consejería para la Niñez y la Adolescencia apoyará y acompañará al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en el ejercicio de la secretaría técnica.

Artículo 7. Funciones. Son funciones de la instancia de coordinación y gestión del orden nacional, las siguientes:

7.1. Orientar los lineamientos de política pública para la implementación del Mecanismo Articulador y garantizar su funcionamiento.

7.2. Brindar asistencia técnica y realizar el seguimiento en la conformación, tránsito, operación y fortalecimiento de los comités territoriales para el abordaje integral de la violencia por razones de sexo y género.

7.3. Efectuar el seguimiento a la adopción e implementación de las rutas intersectoriales en el orden territorial para la atención integral a las víctimas de toda forma de violencia por razones de sexo y género.

7.4. Coordinar los procesos de asistencia técnica a los comités departamentales y distritales de acuerdo con los lineamientos del orden nacional.

7.5. Recibir y direccionar los casos que sean remitidos por los departamentos y distritos, que requieran de intervención y apoyo del orden nacional en la atención integral, protección y acceso a la justicia de las víctimas de estas formas de violencia.

7.6. Coordinar la generación de informes dirigidos al Congreso de la República, a la Corte Constitucional y a los Comités de Seguimiento para dar cumplimiento a las Leyes 1146 de 2007, 1257 de 2008, 1336 de 2009 y 1719 de 2014, así como de otras instancias judiciales y organismos de control.

7.7. Presentar al Comité Ejecutivo del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, los avances en la implementación de acciones contenidas en las Leyes 1146 de 2007 y 1336 de 2009, así como de las diferentes acciones dirigidas a niñas, niños y adolescentes respecto de la violencia en su contra.

7.8. Presentar al Comité de Seguimiento e implementación de la Ley 1257 de 2008, ampliado por la Ley 1719 de 2014, los avances en la implementación de las acciones de política para la prevención de la violencia por razones de sexo y género contra las mujeres.

7.9. Establecer el mecanismo para garantizar la participación de las organizaciones de la sociedad civil que trabajen por los derechos de las víctimas de la violencia por razones de sexo y género, y de organizaciones de víctimas, así como de las asociaciones científicas en los comités técnicos operativos del orden nacional, y los comités del orden territorial.

7.10. Coordinar la formulación del plan de acción intersectorial encaminado a gestionar la política, la coordinación de acciones entre los comités técnicos del orden nacional, así como su armonización con otras políticas e instancias.

7.11. Darse su propio reglamento, en el cual se determinará las reglas para efectuar convocatorias, quórum, y las demás relacionadas con el funcionamiento de la instancia de coordinación y gestión operativa del orden nacional y de los comités técnico-operativos.

Parágrafo. Las delegaciones de las personas que participan en el Comité deberán efectuarse mediante acto de delegación, en la que se especifique nombre y cargo de las personas designadas, dependencia, grupo u oficina a la que pertenecen.

Artículo 8. Instancia técnica operativa del orden nacional. La instancia técnica operativa del orden nacional estará integrada por los siguientes comités:

8.1 Comité de Promoción y Prevención

8.2 Comité de Atención Integral

8.3 Comité de Protección, Cualificación y Acceso a la Justicia

8.4 Comité de Sistemas de Información.

Artículo 9. Comité de Promoción y Prevención. Este comité se encargará de generar lineamientos y recomendaciones para la prevención de la violencia por razones de sexo y género y coordinará con las diferentes autoridades la implementación de estos desde los enfoques de derechos. género e interseccional, de curso de vida, diferencial étnico y de discapacidad, a nivel institucional nacional y territorial, por medio de la articulación intersectorial, los cuales deben ser implementados por las diferentes autoridades de acuerdo con las competencias constitucionales y legales.

Artículo 10. Coordinación y conformación. El Comité de Promoción y Prevención será coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Consejería para la Equidad de la Mujer y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, alternando la secretaría técnica entre ellos y estará conformado, por las personas delegadas de carácter técnico de las siguientes autoridades:

10.1. Ministerio del Interior

10.2. Ministerio de Relaciones Exteriores

10.3. Ministerio de Justicia y del Derecho

10.4. Ministerio de Defensa Nacional

10.5. Ministerio del Trabajo

10.6. Ministerio de Industria, Comercio y Turismo

10.7. Ministerio de Educación Nacional

10.8. Ministerio de las Tecnologías de Información y Comunicación

10.9. Ministerio de Cultura

10.10. Departamento Administrativo para la Prosperidad Social

10.11. Consejería Presidencial de Derechos Humanos

10.12. Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia

10.13. Agencia para la Reincorporación y la Normalización

10.14. Consejería Presidencial para las Juventudes

10.15. Unidad Administrativa - Migración Colombia

10.16. Policía Nacional

10.17. Fiscalía General de la Nación

Serán invitadas permanentes:

1. Delegada de la Procuraduría General de la Nación

2. Delegada de la Defensoría del Pueblo

Parágrafo. Las delegaciones de las personas que participan en el Comité deberán efectuarse mediante acto de delegación, en la que se especifique nombre y cargo de las personas designadas, dependencia, grupo u oficina a la que pertenecen.

Artículo 11. Funciones del Comité. Las funciones del Comité de Promoción y Prevención serán las siguientes:

11.1. Implementar las acciones de promoción y prevención que correspondan del plan de acción formulado desde la instancia de coordinación y gestión técnica y operativa del orden nacional.

11.2. Generar lineamientos y recomendaciones para la promoción a una vida libre de violencias, prevención de la violencia por razones de sexo y género desde los enfoques de derechos, género, curso de vida, diferenciales, e interseccional, de conformidad con los lineamientos que para tal efecto defina el Mecanismo Articulador desde el orden nacional.

11.3. Promover los acuerdos intersectoriales e interinstitucionales para el abordaje de la prevención de la violencia por razones de sexo y género.

11.4. Proporcionar asistencia técnica territorial a los departamentos, distritos y ciudades capitales, en la promoción al derecho a una vida libre de violencias, la prevención de la violencia por razones de sexo y género.

11.5. Efectuar el seguimiento y monitoreo a los planes de acción territoriales en lo relacionado con las acciones de prevención de la violencia por razones de sexo y género.

Artículo 12. Comité de Atención Integral. Será el encargado de diseñar y concertar los lineamientos y herramientas para la implementación de la política pública para la atención integral a las víctimas de la violencia por razones de sexo y género, para una atención, accesible y de calidad, y realizar el seguimiento necesario para asegurar el restablecimiento de sus derechos.

Artículo 13. Coordinación y conformación. El Comité de Atención Integral será coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Consejería para la Equidad de la mujer, alternando la secretaría técnica entre ellos, y estará conformado, además, por las personas delegadas de carácter técnico de las siguientes autoridades:

13.1. Ministerio del Interior

13.2. Ministerio de Relaciones Exteriores

13.3. Ministerio de Justicia y del Derecho

13.4. Ministerio del Trabajo

13.5. Ministerio de Educación

13.6. Departamento Administrativo para la Prosperidad Social

13.7. Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer

13.8. Consejería Presidencial de Derechos Humanos

13.9. Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia

13.10. Fiscalía General de la Nación

13.11. Consejo Superior de la Judicatura

13.12. Agencia para la Reincorporación y la Normalización

13.13. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas

13.14. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

13.15. Policía Nacional

13.16. Unidad Administrativa - Migración Colombia

13.17. Superintendencia Nacional de Salud

Serán invitadas permanentes:

1. Delegada de la Procuraduría General de la Nación

2. Delegada de la Defensoría del Pueblo

Parágrafo. Las delegaciones de las personas que participan en el Comité deberán efectuarse mediante acto de delegación, en la que se especifique nombre y cargo de las personas designadas, dependencia, grupo u oficina a la que pertenecen.

Artículo 14. Funciones del Comité. Las funciones del Comité de Atención Integral serán las siguientes:

14.1. Implementar las acciones para la atención integral que correspondan del plan de acción formulado desde la instancia de coordinación y gestión técnica y operativa del orden nacional.

14.2. Diseñar y concertar los lineamientos para la eliminación de barreras en la atención a las víctimas de la violencia por razones de sexo y género.

14.3. Promover los acuerdos intersectoriales e interinstitucionales para la garantía de derechos y la atención a las víctimas de la violencia por razones de sexo y género.

14.4. Elaborar las rutas intersectoriales para la atención a las víctimas de violencias por razones de sexo y género.

14.5. Proporcionar asistencia técnica territorial a los departamentos, distritos y municipios, en las rutas de atención a víctimas de violencias por razones de sexo y género.

14.6. Efectuar el seguimiento, monitoreo a los planes de acción territoriales en lo relacionado con las acciones de atención a víctimas de violencias por razones de sexo y género.

14.7. Efectuar el seguimiento a casos que presenten barreras para su abordaje, de acuerdo con el procedimiento definido por la instancia de coordinación y de gestión técnica del orden nacional.

Artículo 15. Comité de protección, cualificación y acceso a la justicia. Este comité será el encargado de diseñar, gestionar y monitorear los mecanismos adecuados de acción interinstitucional coordinada y articulada para la protección de la vida y seguridad, y acceso a la justicia para las víctimas de violencias por razones de sexo y género.

Artículo 16. Coordinación y conformación. El comité de protección, cualificación y acceso a la justicia será coordinado por el Ministerio de Justicia y del Derecho y la Fiscalía General de la Nación, alternando la secretaría técnica entre ellos, y estará conformado, además, por las personas delegadas de carácter técnico de las siguientes autoridades.

16.1. Ministerio de Salud y Protección Social

16.2. Ministerio de Educación Nacional

16.3. Consejo Superior de la Judicatura

16.4. Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer

16.5. Unidad Nacional de Protección

16.6. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas

16.7. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

16.8. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

16.9. Policía Nacional

16.10. Defensoría del Pueblo

16.11. Agencia para la Reincorporación y la Normalización

Será invitada permanente, la delegada de la Procuraduría General de la Nación

Parágrafo. Las delegaciones de las personas que participan en el Comité deberán efectuarse mediante acto de delegación, en la que se especifique nombre y cargo de las personas designadas, dependencia, grupo u oficina a la que pertenecen.

Artículo 17. Funciones del Comité. Las funciones del Comité de Protección, Cualificación y Acceso a la Justicia, serán las siguientes:

17.1. Implementar las acciones para la atención integral que correspondan del plan de acción formulado desde la instancia de coordinación y gestión técnica y operativa del orden nacional.

17.2. Promover los acuerdos intersectoriales e interinstitucionales para la garantía de los derechos de seguridad, protección, justicia y reparación de las víctimas de violencias por razones de sexo y género.

17.3. Llevar a cabo el seguimiento de casos que sean seleccionados, que presentan barreras estructurales en el acceso a la justicia a las víctimas de violencias por razones de sexo y género, de acuerdo con el procedimiento definido por la instancia de coordinación y gestión técnica del orden nacional.

17.4. Proponer lineamientos técnicos para la superación de barreras en el acceso a la justicia, en la investigación, y protección a la vida y seguridad de las víctimas de violencias por razones de sexo y género.

17.5. Gestionar y monitorear la acción interinstitucional coordinada para facilitar, viabilizar y hacer factible el acceso a la justicia a las víctimas de violencias por razones de sexo y género.

Artículo 18. Comité de sistemas de información. Este Comité será el encargado de generar procesos de gestión de conocimiento y fortalecimiento de herramientas de captura de información para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la violencia por razones de sexo y género, su abordaje integral y para el direccionamiento de la política pública.

Artículo 19. Coordinación y conformación. El Comité de Sistemas de Información será coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, alternando la secretaría técnica entre ellos y estará conformado,

además, por las personas delegadas de carácter técnico que sean especialistas y encargados del manejo de datos de información cuantitativa de las siguientes autoridades:

19.1. Ministerio del Interior

19.2. Ministerio de Justicia y del Derecho

19.3. Ministerio del Trabajo

19.4. Ministerio de Educación

19.5. Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

19.6. Departamento Nacional de Planeación

19.7. Fiscalía General de la Nación

19.8. Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer

19.9. Consejería Presidencial de los Derechos Humanos

19.10. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF

19.11. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

19.12. Instituto Nacional de Salud

19.13. Consejo Superior de la Judicatura

19.14. Unidad Administrativa - Migración Colombia

19.15. Policía Nacional

19.16. Agencia para la Reincorporación y la Normalización.

19.17. Defensoría del Pueblo.

Será invitada permanente, la delegada de la Procuraduría General de la Nación.

Parágrafo. Las delegaciones de las personas que participan en el Comité deberán efectuarse mediante acto de delegación, en la que se especifique nombre y cargo de las personas designadas, dependencia, grupo u oficina a la que pertenecen.

Artículo 20. Funciones del Comité. Las funciones del Comité de Sistemas de información, serán las siguientes:

20.1. Implementar las acciones para la gestión de conocimiento que correspondan del plan de acción formulado desde la instancia de coordinación y gestión técnica y operativa del orden nacional.

20.2. Promover los acuerdos intersectoriales e interinstitucionales para la gestión del conocimiento de la violencia por razones de sexo y género.

20.3. Generar e implementar procesos de gestión de conocimiento y fortalecimiento de herramientas de captura de información.

20.4. Efectuar el seguimiento y monitoreo del comportamiento de la violencia por razones de sexo y género.

20.5. Realizar el proceso de asistencia técnica para el fortalecimiento de sistemas de información en el orden nacional y territorial.

Artículo 21. Invitados. Las instancias de coordinación y gestión del orden nacional, la técnica operativa del orden nacional, y los comités operativos, podrán invitar a sus reuniones a representantes de organismos internacionales, organizaciones sociales y de base comunitaria, especialmente de mujeres, de mujeres víctimas en el conflicto armado y que trabajen por los derechos de niñas, niños y adolescentes, según lo estimen conveniente de acuerdo con los temas a tratar en cada sesión y demás autoridades que sean pertinentes de acuerdo con las temáticas abordadas en sus reuniones.

Artículo 22. Comités del orden territorial. En los departamentos, distritos y municipios se crearán los comités para el abordaje Integral de las violencias por razones de sexo y género, en los términos previstos en el artículo 25 del presente Decreto. El acto administrativo de creación expedido por las autoridades territoriales incluirá la conformación, funciones y estructuras en las que deberán concurrir las autoridades presentes en el territorio con competencia en la promoción a una vida libre de violencias, prevención de esta forma de violencia, la atención integral a las víctimas, la protección y la garantía al acceso a la justicia y la generación de conocimiento.

Parágrafo. Los comités creados se deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, que a su vez los reportará a la Instancia de Coordinación y Gestión del Orden Nacional.

Artículo 23. Funciones de los comités del orden territorial. Los comités departamentales, distritales y municipales tienen como finalidad la implementación de lineamientos de política para la promoción, prevención de la violencia por razones de sexo y género, la atención, protección y acceso a la justica a las víctimas de violencias por razones de sexo y género, para lo cual deberán:

23.1. Elaborar el plan de acción para la operación del comité departamental, distrital o municipal, y reportarlo al Sistema de Seguimiento y Monitoreo de las Violencias por razones de Género del Observatorio Nacional de Violencias de Género en los términos establecidos en el inciso segundo del artículo 25 del presente Decreto.

23.2. Diseñar e implementar estrategias de prevención de conformidad con los lineamientos que para tal efecto defina el Comité de Promoción y Prevención como instancia técnica operativa del orden nacional del Mecanismo Articulador.

23.3. Elaborar las rutas del orden departamental, distrital o municipal para la atención integral, protección y acceso a la justicia a las víctimas de estas formas de violencia.

23.4. Reportar a los Consejos de Política Social, Mesa de Mujer y a la Mesa de Infancia, Adolescencia y Familia del departamento, distrito o municipio los avances en la implementación del Plan de Acción del Comité en el marco del Mecanismo Articulador.

23.5. Promover la participación de las organizaciones comunitarias o de la sociedad civil, que trabajan por los derechos de niñas, niños y adolescentes, de mujeres, y de víctimas de violencias por razones de sexo y género en el respectivo comité.

23.6. Promover y fortalecer los procesos de gestión de conocimiento en violencias por razones de sexo y género, de acuerdo con los lineamientos que defina el Comité de Sistemas de Información como instancia técnica operativa del orden nacional. Respecto a los comités municipales deberán cumplir con esta función las ciudades capitales, y los municipios de categoría especial y categoría 1.

23.7. Formular, implementar, monitorear y reportar en el marco de su autonomía y competencias, las acciones para la implementación de la política pública de acuerdo con los lineamientos establecidos desde el orden nacional, bajo los principios de colaboración armonlca, coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad.

23.8. Darse su propio reglamento.

En atención a las competencias de los departamentos, distritos y municipios, yen el marco de los principios de complementariedad, concurrencia y subsidiariedad, los comités deberán además cumplir las siguientes funciones:

Comités departamentales:

1. Prestar asistencia técnica a los municipios para crear y formalizar los espacios de articulación intersectorial.

2. Apoyar a los comités municipales en la formulación de los planes de acción, y en su ejecución en el marco de los principios de concurrencia y complementariedad.

3. Proporcionar asistencia técnica a los comités municipales para la formulación de la ruta municipal.

4. Efectuar el seguimiento a casos que sean remitidos por los comités municipales, y que no requieran de intervención de la Instancia de Coordinación y Gestión Técnica del Orden Nacional.

Comités distritales:

1. Proporcionar asistencia técnica a los comités locales para la implementación de la ruta distrital, cuando haya lugar.

2. Efectuar el seguimiento a casos que se presenten en el distrito, y que no requieran de intervención de la Instancia de Coordinación y Gestión Técnica del Orden Nacional. Comités municipales: 1. Efectuar el seguimiento a casos que se presenten en el municipio. 2. Consultar al departamento los casos que requieran de seguimiento.

Artículo 24. Coordinación y articulación de los comités territoriales. Los comités territoriales se articularán con los consejos departamentales, distritales y municipales de Política Social y las Mesas de Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento familiar, en la implementación de acciones y definición de recursos dirigidos a la transformación de los factores que inciden en la violencia por razones de sexo y género y deberán reportarle a estas instancias.

Artículo 25. Transición al mecanismo articulador de los comités territoriales. Los departamentos, distritos y municipios que hayan conformado los comités de que trata la Ley 1146 de 2007, o Mesas de Erradicación de Violencias contra las mujeres, o del buen trato, o las que hagan sus veces, deberán realizar el proceso de modificación, para que en un plazo no superior a seis (6) meses, contados a partir de la publicación del presente decreto, adopten o transiten el Mecanismo Articulador.

El plan de acción deberá ser reportado al Sistema de Seguimiento y Monitoreo de las Violencias de Género del Observatorio Nacional de Violencias, en un plazo no superior a seis (6) meses, contados a partir de la aprobación del acto administrativo de ajuste al Mecanismo Articulador.

Los comités departamentales, distritales y municipales que con anterioridad a la vigencia de este decreto hayan creado comités en los que se aborde la violencia por razones de sexo y género, mantendrán su conformación efectuando los ajustes que sean necesarios para cumplir con los objetivos del Mecanismo Articulador e informarán de ello al Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 26. Invitados. Los comités territoriales del orden departamental, distrital y municipal podrán invitar a sus reuniones a representantes de organismos internacionales, según lo estimen conveniente de acuerdo con los temas a tratar en cada sesión y demás autoridades que sean pertinentes de acuerdo con las temáticas abordadas en sus reuniones.

CAPÍTULO III.

Lineamientos de prevención, rutas intersectoriales y orientaciones para el abordaje con pueblos étnicos

Artículo 27. Lineamientos para la prevención de la violencia por razones de sexo y género. En un término de seis (6) meses contados a partir de la publicación de este decreto, las autoridades del orden nacional que integran el Comité de Prevención deberán elaborar los lineamientos para la prevención de la violencia por razones de sexo y género y deberán articular las acciones para su implementación.

Artículo 28. Rutas intersectoriales. Las autoridades del orden nacional que integran los Comités de Atención Integral y de Protección, Cualificación y Acceso a la Justicia de que trata el artículo 15 de este Decreto, en un término de seis (6) meses contados a partir de la publicación del presente decreto, deberán elaborar la ruta intersectorial para la atención integral a las víctimas de violencias sexuales y articular las acciones para su implementación en el territorio del país.

Las rutas integrales para la atención a las víctimas de violencia física, psicológica, económica y patrimonial se deberán elaborar en el término de doce (12), dieciocho (18) y veinticuatro (24) meses respectivamente, contados a partir de la publicación del presente decreto, y se deberán articular las acciones para su implementación en el territorio del país.

En el marco de las obligaciones generales del Estado y bajo el principio de debida diligencia y el enfoque de interseccionalidad, estas rutas deberán tener en cuenta la articulación en la respuesta Estatal con otras autoridades e instancias de coordinación intersectorial para intervenir otras formas de violencia o vulneraciones de derechos humanos que sean identificadas o detectadas por las autoridades que intervienen en las rutas intersectoriales establecidas en este artículo.

Artículo 29. Orientaciones para el abordaje integral de la violencia por razones de sexo y género en pueblos étnicos. El Ministerio del Interior, el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar brindarán apoyo técnico a través de la Estrategia para el Abordaje de Violencias por razones de sexo y género y prácticas nocivas en pueblos indígenas, entre otras, para la incorporación del enfoque diferencial étnico en los desarrollos técnicos que efectúe el Mecanismo Articulador los cuales deberán ser complementados, validados y concertados con las instancias de representación de los pueblos indígenas, el pueblo ROM o gitano, y las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras - NARP.

Capítulo IV.

Sistema de información

Artículo 30. Sistema Integrado de Información de Violencias por razones de Sexo y Género - SIVIGE. El SIVIGE es el sistema integrado e interoperado que reúne las diferentes herramientas de captura de información a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, que permitirá al

Mecanismo Articulador realizar el seguimiento, monitoreo, y la evaluación de las acciones de política pública para la prevención de la violencia por razones de sexo y género, y la garantía en la atención y acceso a la justicia de las víctimas. La información que produzca el Sistema Integrado de Información será consolidada progresivamente, de acuerdo con las formas de violencia que sean priorizadas por el Comité de Sistemas de Información.

Parágrafo 1. Las autoridades que cuenten con herramientas de captura de información de violencias por razones de sexo y género, deberán compartir la información al Sistema de Integrado de Información - SIVIGE, a través de la suscripción de convenios o acuerdos de voluntades, acuerdos de confidencialidad, para que de forma expedita y por una sola vez, se facilite la integración de fuentes de información y se establezcan los indicadores sobre el abordaje integral de la violencia por razones de sexo y género, y evaluar la oportunidad en la respuesta en la atención a las víctimas.

Parágrafo 2. En atención a las competencias del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE como entidad asesora, productora de estadísticas nacionales, ente rector del Sistema Estadístico Nacional - SEN, Y parte del SIVIGE, las entidades competentes que recopilen y administren microdatos relacionados con la violencia por razones de sexo y género a que se refiere el presente Decreto, pondrán a disposición la información requerida para facilitar la asesoría del DANE y se acogerán a los lineamientos técnicos especificados por esta autoridad.

Artículo 31. Observatorio nacional de violencias por razones de sexo y género. El observatorio nacional constituye un espacio Web dispuesto por el Gobierno nacional a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de fomentar la generación, recopilación, análisis y difusión de información sobre violencia por razones de sexo y género y de las acciones efectuadas por el Mecanismo Articulador, abierta a la población.

Para la generación de información y conocimiento este observatorio se articulará con el Observatorio de Bienestar de la Niñez y el Observatorio Colombiano de las Mujeres.

CAPÍTULO V.

Disposiciones finales

Artículo 32. Privacidad de las víctimas y protección de datos personales. En el marco de las acciones desarrolladas por las diferentes autoridades que integran el Mecanismo Articulador en el orden nacional, departamental, distrital y municipal, estas deberán garantizar la privacidad de las víctimas y protección de sus datos de acuerdo con los principios y disposiciones aplicables al tratamiento de datos personales que se encuentren registrados en cualquier base de datos de entidades de carácter público como privado, que les sea aplicable en el marco de las Leyes Estatutarias 1581 de 2012 y 1712 de 2014, del Capítulo 25 del Título 2 del Libro 2 de la Parte 2 del Decreto 1074 del 2015, y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Artículo 33. Seguimiento en la implementación de las acciones del mecanismo articulador. El comité de seguimiento a la implementación y cumplimiento de la Ley 1257 de 2008 y ampliado de la Ley 1719 de 2014, integrado por la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, y representantes de las organizaciones de mujeres, efectuará el seguimiento a las acciones realizadas por el Mecanismo Articulador respecto a las violencias por razones de sexo y género contra las mujeres. Estas acciones serán reportadas en el Sistema Nacional de Mujeres.

El Sistema Nacional de Bienestar Familiar, a través de su Comité Ejecutivo, efectuará el seguimiento a las acciones realizadas por parte del Mecanismo Articulador respecto a las violencias por razones de sexo y género contra niñas, niños y adolescentes. Estas acciones deberán ser reportadas a los Comités de las Leyes 1146 de 2007 y 1336 de 2009.

Artículo 34. Vigencia y derogatoria. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga el Decreto 164 de 2010.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

2.2.3. Decreto 1711 de 2020

Por el cual se modifica el artículo 2.5.2.3.3.6 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con el plazo para acreditar las condiciones de habilitación por parte de las entidades que operan el aseguramiento

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA,

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, y en especial de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, y de los artículos 154, 180 y 227 de la Ley 100 de 1993; los numerales 42.3, 42.5, 42.10 del artículo 42 de Ley 715 de 2001, el artículo 24 de la Ley 1438 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que, en los términos dispuestos por los artículos 180 y 230 de la Ley 100 de 1993, le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, autorizar como entidades promotoras de salud - EPS, a aquellas entidades de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan los requisitos establecidos por la normatividad vigente; así mismo, ejercer frente a estas funciones de inspección, vigilancia y control, cualquiera sea su naturaleza jurídica, y revocar o suspender el certificado de autorización otorgado, entre otras causales, por incumplimiento de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización.

Que, el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, radicó en cabeza de las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, Contributivo y Subsidiado la responsabilidad del aseguramiento en salud, definiéndolo como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario, siempre y cuando aquellas cumplan con los requisitos de habilitación y los demás que se establezcan.

Que, en ese orden de ideas, el literal i) del artículo 40 de la precitada ley, asigna a la Superintendencia Nacional de Salud, entre otras funciones, la de autorizar la constitución y/o habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado y la de expedir el certificado de funcionamiento correspondiente.

Que, el Capítulo 1 de la Parte 5 del Título 1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud - SOGCS como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.

Que, dicho sistema se encuentra integrado por cuatro componentes: i) Sistema Único de Habilitación, ii) Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad; iii) Sistema Único de Acreditación; y iv) el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

Que, el artículo 2.5.1.3.1.1 del Decreto 780 de 2016, establece que el Sistema Único de Habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica, científica, técnico-administrativa, de suficiencia patrimonial y financiera indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, disposiciones de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

Que, a su vez, en el Capítulo 3, Título 2, Parte 5 del Libro 2 del citado decreto se reguló lo atinente a la autorización de funcionamiento y las condiciones de habilitación y permanencia de las EPS, y se fijó el término para la verificación del cumplimiento de estas condiciones, en concordancia con lo que regulara para el efecto el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que el artículo 2.5.2.3.3.6 ibídem, estableció como fecha límite para que las entidades obligadas a garantizar el aseguramiento cumplan con las condiciones de habilitación, el 31 de diciembre de 2020.

Que, mediante la Resolución 2230 de 2020 el Ministerio de Salud y Protección Social prorroga la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19, medida que fue adoptada con la Resolución 385 de 2020, prorrogada a su vez por las resoluciones 844 y 1462 del mismo año, hasta el 28 de febrero de 2021, con el objetivo de adoptar medidas para prevenir, controlar y mitigar la propagación del virus.

Que, dados los efectos ocasionados por la pandemia derivada del COVID -19, las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud se han visto obligadas a ajustar, entre otros, los procesos técnicos, operativos y administrativos, lo que ha impedido el cumplimiento de las condiciones de habilitación previstas en las normas que regulan la materia, por lo que se hace necesario ampliar el plazo previsto para que acrediten las mismas.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

ARTÍCULO 1. Modifíquese el artículo 2.5.2.3.3.6 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 2.5.2.3.3.6. Progresividad para el cumplimiento de las condiciones de habilitación. Las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud deberán cumplir con las condiciones de habilitación previstas en este capítulo, a más tardar el 31 de diciembre de 2021, de acuerdo con la progresividad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para el cumplimiento de dichas condiciones.

A partir del 1° de enero de 2022, las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud deberán cumplir de forma permanente con las condiciones de habilitación de que trata el presente capítulo. La Superintendencia Nacional de Salud realizará la verificación de las condiciones de habilitación de acuerdo con los procedimientos, instrucciones y herramientas que para el efecto expida.

PARÁGRAFO 1. Las EPS podrán hacer uso de las figuras jurídicas previstas en el Sistema, para reestructurarse, fortalecer su capacidad operativa y dar cumplimiento a las condiciones de habilitación y permanencia establecidas en el presente capítulo. Las entidades resultantes deberán cumplir con las condiciones de habilitación y permanencia previstas en los plazos establecidos.

PARÁGRAFO 2. El plazo aquí previsto no aplica respecto de las condiciones de habilitación financiera y margen de solvencia exigibles a las EPS para su habilitación y permanencia, en los términos establecidos en la Sección 1 del Capítulo 2 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del presente decreto.

ARTÍCULO 2. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y modifica el artículo 2.5.2.3.3.6 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.4. Decreto 1787 de 2020

Por el cual se establecen las condiciones sanitarias para el trámite y otorgamiento de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia - ASUE para medicamentos de síntesis química y biológicos destinados al diagnóstico, la prevención y tratamiento de la Covid - 19 en vigencia de la emergencia sanitaria

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por los artículos 189 numeral 11 de la Constitución Política, 564 de la Ley 09 de 1979, 245 de la Ley 100 de 1993, 42 de la Ley 715 de 2001, 89 de la Ley 1438 de 2011, 5 literal b) de la Ley 1751 de 2015, 69 de la Ley 1753 de 2015 y 2.2.1.7.5.12 del Decreto 1074 de 2015 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 5 de la Ley 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" señala que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, para lo cual tiene el deber, entre otras, de adoptar la regulación y fijar políticas indispensables para ello deberá, entre otros, "e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto".

Que el artículo 8 ibídem, establece que en virtud del principio de integralidad los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, y en los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Que de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" el Sistema General de Seguridad Social en Salud está orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud.

Que la Ley 2064 de 2020 "Por medio de la cual se declara de interés general la estrategia para la inmunización de la población colombiana contra la covid-19 y la lucha contra cualquier pandemia y se dictan otras disposiciones" precisa que el Gobierno nacional podrá adquirir tecnologías en salud destinadas a prevenir, atender y monitorear cualquier pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud -OMS, con el fin de conformar y mantener una reserva de las

mismas que le permita tener capacidades para responder a situaciones que llegaren a incrementar su demanda.

Que el Reglamento Sanitario Internacional - RSI en el artículo 1 indica que se considera emergencia de salud pública de importancia internacional a un evento extraordinario que "i) constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y ii) podría exigir una respuesta internacional coordinada."

Que el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en el parágrafo 1 de su artículo 2.8.8.1.4.3 indica que, el Ministerio de Salud y Protección Social como autoridad sanitaria del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, "sin perjuicio de las medidas antes señaladas y en caso de epidemias o situaciones de emergencia sanitaria nacional o internacional, se podrán adoptar medidas de carácter urgente y otras precauciones basadas en principios científicos recomendadas por expertos con el objetivo de limitar la diseminación de una enfermedad o un riesgo que se haya extendido ampliamente dentro de un grupo o comunidad en una zona determinada".

Que la Organización Mundial de la Salud - OMS el 7 de enero de 2020, declaró el brote del nuevo Coronavirus - COVID 19 como una emergencia de salud pública de importancia internacional, y el 11 de marzo de 2020, como una pandemia, esencialmente por la velocidad de su propagación, instando a los Estados a tomar acciones urgentes y decididas para la identificación, confirmación, aislamiento, monitoreo de los posibles casos y el tratamiento de los casos confirmados.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, modificada por las Resoluciones 844, 1462 y 2230 de 2020, declaró el estado de emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19 en todo el territorio nacional hasta el 28 de febrero de 2021 y, en consecuencia, viene adoptando una serie de medidas con el objeto de prevenir y controlar la propagación de la enfermedad y mitigar sus efectos.

Que ante una situación de emergencia sanitaria o amenaza potencial para la salud colectiva se exige adoptar medidas acordes a la envergadura de la problemática, dentro de lo cual se encuentra la respuesta sanitaria eficaz y oportuna por parte de los gobiernos y las autoridades sanitarias competentes, de tal forma que, la misma pueda ser abordada y controlada de manera integral y eficiente, en aras de evitar mayor afectación en la salud de la población.

Que los medicamentos de síntesis química y biológicos hacen parte de las tecnologías en salud, que surten un proceso regular ante las Autoridades Reguladoras Nacionales -ARN de los países para obtener permisos o autorizaciones de comercialización que conllevan procesos regulatorios rigurosos, por tratarse de bienes altamente específicos y que pueden tener impactos tanto favorables como no, en la salud de la población, de acuerdo a su naturaleza, razón por la cual, se hace necesario una revisión de la información que soporta su calidad, eficacia y seguridad, previo

a su puesta en el mercado, labor que es adelantada por las Autoridades Reguladoras de los diferentes países.

Que en el marco regulatorio vigente colombiano, no se prevé o dispone actualmente de un mecanismo que permita el acceso priorizado a medicamentos que aún no cuentan con toda la información requerida para la obtención de un registro sanitario, pero que podrían cubrir necesidades terapéuticas insatisfechas para condiciones o enfermedades emergentes en un contexto de emergencia sanitaria o amenazas potenciales a la salud pública, mediante su aprobación condicionada y sujeta a un uso restringido, y a obligaciones específicas por parte del desarrollador/fabricante.

Que ante situaciones de emergencia sanitaria, como la pandemia que se vive actualmente en el mundo, agentes reguladores como la Food and Drug Administration (FDA or USFDA) para Estados Unidos, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) para Europa, entre otras, han adoptado medidas regulatorias que contemplan autorizaciones temporales y condicionadas para medicamentos, con lo cual se han fijado estándares internacionales especiales para estas aprobaciones temporales.

Que en aras de garantizar el derecho a la salud de la población, y ante la situación de emergencia sanitaria declarada por causa de la COVID-19 se requiere regular el trámite y otorgamiento de las Autorizaciones Sanitarias de Uso de Emergencia - ASUE, para medicamentos de síntesis química y biológicos, que aún no cuentan con información completa de calidad, eficacia y seguridad para aplicar a la obtención del registro sanitario ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, pero que la evidencia y soporte técnico generado a partir de su desarrollo, permiten respaldar la emisión de dicha autorización temporal y condicionada, siempre y cuando los datos e información aportada permitan concluir el cumplimiento de condiciones de calidad, eficacia y seguridad y que el balance beneficio-riesgo es favorable.

Que para que lo anterior sea viable, dichos medicamentos deberán contar con autorización sanitaria de uso de emergencia - ASUE, a través de la cual, se facilitará su acceso y disponibilidad temporal y condicionada en el mercado local de medicamentos de síntesis química y medicamentos biológicos, bajo obligaciones específicas que deben cumplir tanto el titular de esa autorización como los desarrolladores y fabricantes de esos bienes esenciales.

Que es importante prever un procedimiento que contemple acciones encaminadas a un diálogo temprano entre el INVIMA y los desarrolladores/fabricantes de medicamentos, que permitan dar a conocer previamente a esta entidad, la información disponible, y a partir de ello, establecer condiciones y obligaciones para aquellos interesados en gestionar la expedición de una ASUE, autorización que tendrá el carácter temporal condicionado para su uso en el país, y de igual forma, establecer las medidas que permitan un seguimiento y monitoreo activo de los productos por las

autoridades sanitarias competentes que minimice los riesgos y la afectación eventual de la salud de la población.

Que el artículo 2.2.1.7.5.12 del Decreto 1074 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo" establece que de manera excepcional, la entidad reguladora podrá expedir reglamentos técnicos de emergencia o urgencia de acuerdo con lo dispuesto en el numeral 86 del artículo 2.2.1.7 .2.1 ibídem sin que para ello deban surtirse los requisitos del listado de problemáticas, análisis de impacto normativo, consulta pública, y concepto previo de la Dirección de Regulación del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, antes de su expedición, y que tendrán una vigencia de doce (12) meses prorrogables hasta por seis (6) meses más, de conformidad con lo previsto en la Decisión 562 de la Comunidad Andina. Lo anterior, sin perjuicio de las demás disposiciones contenidas en el Acuerdo de Obstáculos Técnicos al Comercio de la Organización Mundial del Comercio y de las decisiones andinas aplicables.

Que debido a que el presente Decreto se trata de un reglamento sanitario de emergencia, no será incorporado al Decreto Único Reglamentario del sector administrativo de Salud y Protección Social, y debido a la urgencia de su expedición, fue publicado para comentarios de la ciudadanía y grupos de interés por el término de seis (6) días.

Que conforme a lo anteriormente expuesto, se hace necesario establecer las condiciones sanitarias para el trámite y otorgamiento de las autorizaciones sanitarias de uso de emergencia, que permitan el uso temporal y condicionado de medicamentos de síntesis química o biológicos que aún no cuentan con toda la información requerida para la obtención del registro sanitario, destinados al diagnóstico, la prevención y tratamiento de la Covid - 19, a través de reglas que protejan y garanticen el derecho fundamental a la salud de los residentes en el territorio colombiano.

Que en mérito de lo expuesto,

DECRETA:

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. Objeto. El presente decreto tiene por objeto establecer las condiciones sanitarias para el trámite y otorgamiento de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE, por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, para medicamentos de síntesis química o biológicos que aún no cuentan con toda la información requerida para la obtención de registro sanitario, y que sean destinados al diagnóstico, la prevención y tratamiento de la Covid - 19.

ARTÍCULO 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones previstas en el presente decreto aplican a:

1.1. Los laboratorios nacionales que diseñen, desarrollen y produzcan medicamentos de síntesis y medicamentos biológicos y a los internacionales que quieran comercializarlos en el país.

1.2. Los titulares, fabricantes, importadores, distribuidores y gestores farmacéuticos, que realicen actividades que involucren a los medicamentos objeto del presente decreto.

1.3. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas y los profesionales independientes de salud habilitados, que realicen actividades propias del servicio farmacéutico y la prescripción de los medicamentos objeto del presente decreto.

1.4. Los servicios farmacéuticos habilitados y establecimientos farmacéuticos autorizados, que participan en el proceso de almacenamiento, distribución, transporte y dispensación de los medicamentos objeto del presente decreto.

1.5. El Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de las actividades de almacenamiento, distribución, y reportes de información correspondiente.

1.6. El Gobierno nacional y cualquier autoridad pública cuando importe medicamentos para la salud pública, en el marco de las actividades de almacenamiento, distribución, y reportes de información correspondiente.

1.7. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.

1.8. Las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal de salud.

1.9. El Instituto Nacional de Salud - INS, en el marco de sus competencias de vigilancia epidemiológica.

ARTÍCULO 3. Definiciones. Para efectos del presente decreto adáptense las siguientes definiciones:

Documento Técnico Común (CTD por sus siglas en inglés): Formato común utilizado para la preparación y organización de la información que se presentará en las solicitudes de registro de nuevos productos farmacéuticos (incluidos los productos derivados de la biotecnología) a las autoridades reguladoras de forma armonizada.

Emergencia Sanitaria Internacional: Es la declaración formal de la Organización Mundial de la Salud - OMS de un evento extraordinario que constituye un riesgo para la salud pública de otros

Estados a través de la propagación internacional de la enfermedad y que potencialmente requiere una respuesta internacional coordinada cuando surge una situación que es grave, repentina, inusual o inesperada, que conlleva implicaciones para la salud pública más allá de la frontera nacional del Estado afectado y puede requerir una acción internacional inmediata.

Emergencia sanitaria nacional: Es la declaración realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social cuando, se presenten situaciones por riesgo de epidemia, o pandemia declarada, insuficiencia o desabastecimiento de bienes o servicios de salud que afecten la salud colectiva, cuya magnitud supere la capacidad de adaptación de la comunidad en la que aquel se produce y que la afecten en forma masiva e indiscriminada generando la necesidad de ayuda externa.

Enfermedades emergentes: Son las patologías relacionadas con nuevos agentes biológicos, físicos, químicos y radiactivos, así como aquellas con factores causales ya conocidos que recientemente han adquirido un carácter epidémico (tipo pandemia, epidemia o endemia), potencialmente debilitantes o mortales, que pueden convertirse en una amenaza, y ocurren en regiones en las que no existían.

Farmacovigilancia activa: La vigilancia activa busca conocer de manera más completa el número de eventos adversos en una población determinada a través de un proceso organizado continuo.

Necesidades terapéuticas insatisfechas: Aquellas circunstancias o condiciones médicas o clínicas para las cuales no se cuenta con un medicamento con registro sanitario que resulte eficaz y seguro para afrontar una enfermedad emergente.

Revisión continua de las Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE: Verificación periódica y constante que hará el INVIMA a los avances y cumplimiento de las obligaciones y compromisos adquiridos por un titular de la ASUE, de tal forma que, se pueda completar en lo posible, los requisitos de información exigidos por la normatividad vigente, para aplicar a la obtención del correspondiente registro sanitario.

CAPÍTULO II

CONDICIONES DE UNA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE USO DE EMERGENCIA

ARTÍCULO 4. Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia. Es el acto administrativo emitido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, mediante el cual se permite el uso temporal y condicionado de medicamentos de síntesis química o biológicos que aún no cuentan con toda la información requerida para la obtención del registro sanitario, y que están destinados al diagnóstico, prevención o tratamiento de la Covid-19; que cuenten con un estudio clínico en curso, que respalde la generación de evidencia de eficacia y seguridad del producto, revisado y aprobado por el INVIMA o su homólogo en el país donde se realice tal estudio

y cuya evidencia y soporte técnico generado a partir de su desarrollo, permiten concluir que el balance beneficio riesgo es favorable.

La Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia - ASUE se concederá únicamente a medicamentos de síntesis química y biológicos nuevos o que teniendo registro sanitario vigente en el país opten a un segundo uso o indicación, que cubran únicamente necesidades terapéuticas insatisfechas generadas por la Covid-19.

PARÁGRAFO 1. La revisión y otorgamiento por parte del INVIMA se realizará bajo un análisis caso a caso, y con enfoque de riesgo.

PARÁGRAFO 2. No podrán existir muestras médicas o de obsequio, para los medicamentos a los cuales se les otorgue una Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASU

PARÁGRAFO 3. Los medicamentos de síntesis química y los biológicos a los cuales se les conceda la autorización, en lo posible, continuarán con la fase de aprobación para obtener el registro sanitario, de conformidad a la normatividad vigente.

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO PARA LA EXPEDICIÓN DE LA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE USO DE EMERGENCIA

ARTÍCULO 5. Diálogo temprano. Los interesados en obtener una Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia podrán solicitar, al INVIMA, reuniones previas a la radicación de la solicitud de una Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE, de conformidad con el procedimiento definido por esa entidad, el cual deberá contener mecanismos ágiles y expeditos para su desarrollo.

Las reuniones tendrán como objetivo:

5.1 Orientar, planificar y optimizar el estudio del trámite con el fin de mejorar la capacidad de revisión y otorgamiento eventual de una Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE.

5.2 Facilitar una interacción y comunicación técnica y científica entre el interesado y el INVIMA, que permita un abordaje temprano, de precisión y claridad frente a cualquier duda que pueda surgir durante la revisión de la información.

5.3 Aclarar aspectos de orden procedimental o documental, que oriente una potencial solicitud de trámite de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE que evite reprocesos injustificados y prevenibles.

5.4 Permitir que el INVIMA conozca un esquema preliminar de calidad, eficacia y seguridad del medicamento que aplicará a la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE.

5.5. Verificar el estatus de avance en los hitos de desarrollo e información disponible para el medicamento que aplicará a la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE.

5.6 Proponer condiciones para la entrega progresiva de información y nueva evidencia que se vaya generando, conforme avanza el desarrollo del producto y se completa la información del expediente del Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia - ASUE, de acuerdo al cronograma establecido para ello.

PARÁGRAFO. La interacción de las partes con ocasión del diálogo temprano frente a la potencial presentación de una solicitud de autorización, no comprometerá en ningún momento la independencia, autonomía y criterio técnico y científico del INVIMA, respecto a las actuaciones administrativas relacionadas con su objeto misional. Del mismo modo, no será vinculante, ni tampoco afectará la decisión de esa entidad de otorgar o no la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE. La información técnica considerada durante el diálogo temprano, será objeto de reserva y confidencialidad.

ARTÍCULO 6. Presentación de la solicitud de autorización sanitaria de uso de emergencia. La solicitud de una ASUE se presentará ante el INVIMA, en un formato común denominado CTD. (Common Technical Document) y deberá contener, como mínimo, la información del módulo 1 información administrativa, módulo 2 resúmenes de documentos técnicos comunes, y de acuerdo al medicamento, la información contemplada en el artículo 7 del presente decreto.

En caso de que el interesado o solicitante, cuente con información correspondiente a los módulos 3, 4 y/o 5 disponible, podrá presentar la misma, en el marco de la presente regulación.

PARÁGRAFO. En caso que no pueda presentarse en el formato CTD, el interesado deberá realizarlo en el orden y organización que exige el INVIMA para la presentación del expediente de un registro sanitario, en el cual se suministre la información sobre la evidencia técnica y científica disponible con respecto a la seguridad, eficacia y calidad del medicamento, en los términos definidos en el presente decreto y en el procedimiento que defina el Instituto.

ARTÍCULO 7. Documentos que acompañarán la solicitud de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia. El interesado en obtener una Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia deberá presentar una solicitud ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, acompañada de los siguientes documentos:

7.1 INFORMACIÓN GENERAL:

a) Formato de solicitud definido por el INVIMA, que incluya como mínimo: nombre del producto, nombre del titular, fabricante, importador, acondicionador, envasador, semi-elaborador y modalidad, según aplique.

b) Prueba de la constitución, existencia y representación legal de la empresa que sería el titular de la autorización sanitaria de uso de emergencia. El INVIMA verificará el certificado de existencia y representación legal en el Registro Único Empresarial y Social -RUES, para empresas constituidas en Colombia.

c) Poder para gestionar el trámite, conferido a un abogado, si es el caso.

d) Descripción general del producto: Denominación Común Internacional (DCI), concentración, forma farmacéutica, presentación, vía de administración.

e) Manifestación de que la indicación y uso del producto está destinado únicamente a cubrir el diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades emergentes en el contexto de una emergencia sanitaria o pandemia o epidemia.

f) Certificado (s) de cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura - BPM para el (los) sitio(s) de fabricación del medicamento, emitidos por la autoridad sanitaria.

En su defecto, el interesado podrá indicar el link de la entidad sanitaria que lo emitió, en el cual el INVIMA verificará que el producto cuenta con el Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura - BPM vigente.

g) Información resumida sobre todos los datos de calidad general, clínicos y preclínicos.

h) Un plan y cronograma de entrega de información adicional de calidad, eficacia y seguridad de requerirse, así como el compromiso de presentar cualquier dato al INVIMA, tan pronto como como los nuevos datos estén disponibles.

i) En caso de que el producto cuente con una autorización temporal y condicionada emitida por una autoridad sanitaria de otro país, deberá aportarse una copia de tal documento o la dirección electrónica para su consulta.

7.2 INFORMACIÓN ESPECÍFICA:

7.2.1. MEDICAMENTOS DE SÍNTESIS QUÍMICA

7.2.1.1. Datos de calidad general: Se tendrán en cuenta los lineamientos de la guía ICH M4Q.

a) Datos de propiedades fisicoquímicas y estructurales, información sobre el ingrediente (s) activo (s) y el producto terminado, incluida la caracterización, composición, fabricación y controles

suficientes para asegurar la calidad del producto (especificaciones), impurezas conocidas y potenciales.

b) Una lista de cambios previstos para ampliar, si los hay, junto con una discusión sobre el impacto de estos cambios en el perfil de seguridad I eficacia del producto.

c) Descripción de los procesos de esterilización y filtración estéril, así como estudios de validación (si aplica)

d) Datos de estabilidad acelerada y en uso, y lo avanzado en estabilidad natural (de ser el caso), que permitan demostrar que el producto terminado mantendrá las características mínimas necesarias para la vida útil declarada, a la escala de producción establecida, para el uso de emergencia.

7.2.1.2. Datos pre clínicos y clínicos: Se tendrán en cuenta los siguientes:

a) Todos los datos farmacodinárnicos in vitro e in vivo relevantes (incluida la de cualquier modelado realizado).

b) Datos que demuestren la eficacia en modelos animales bajo condiciones bien controladas y documentadas. El modelo preferido para la predicción de la eficacia en humanos depende de la enfermedad y puede variar según el mecanismo de acción del medicamento. El solicitante debe justificar la elección del modelo animal.

i. La evidencia de eficacia debe incluir una mejor supervivencia y/o una reducción de la morbilidad de animales en el modelo preferido en las condiciones pertinentes. Marcadores sustitutos, validados o se espera razonablemente que prediga la eficacia.

ii. Todas las pruebas disponibles de la actividad del medicamento in vitro y en otros animales, junto con la farmacocinética y eficacia en humanos frente a otras enfermedades. Los datos proporcionados deben ofrecer una seguridad razonable de que un régimen ineficaz será excluido.

c) Justificación para la dosificación propuesta en humanos, con referencia al fármaco que han demostrado ser eficaces en modelos adecuados.

d) Evaluación de seguridad para el medicamento al nivel de exposición propuesto para tratamiento de la enfermedad, considerando datos pre clínicos. Si la farmacocinética humana ensayos o

estudios se han realizado para otras indicaciones al nivel de exposición propuesto para el tratamiento de la enfermedad se han realizado, evaluación de la seguridad utilizando parámetros estándar (por ejemplo, eventos adversos, monitoreo de laboratorio clínico, etc.) servirá como la evaluación más significativa de la seguridad, complementado con cualquier otro dato clínico y no clínico a diferentes niveles de exposición. La seguridad en los resultados de los estudios en animales, así como los datos in vitro relevantes, deben evaluarse con respecto a seguridad en humanos, y

e) Datos clínicos que demuestren seguridad y eficacia a la dosis que se utilizará y que inicialmente sea aceptable sobre la eficacia y seguridad en la población donde se utilizará el medicamento en el contexto de la emergencia de salud pública.

7.2.1.3. Etiquetado del producto

a) Para los medicamentos de síntesis química importados, las etiquetas, empaques e insertos deberán como mínimo indicar en idioma español: el nombre, la composición y las condiciones especiales de almacenamiento.

b) Para los medicamentos de síntesis química fabricados nacionalmente, las etiquetas, empaques e insertos, se ajustarán a lo establecido en el literal 1) del artículo 22 y literales a), b), d), e), g), h) y j) del artículo 72 del Decreto 677 de 1995 con arreglo a lo dispuesto en el parágrafo 1º del artículo 72 ibíd.

7.2.1.4. Plan de Gestión de Riesgos (PGR) y Farmacovigilancia (FV).

Un plan de gestión de riesgos (PGR) en el contexto de la emergencia sanitaria que se adecue a los lineamientos internacionales •o nacionales de acuerdo a la normatividad vigente, o de una evaluación de riesgos y estrategias de mitigación (REMS por sus siglas en inglés) complementada con el documento E2E de ICH para medicamentos.

7.2.2. MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS

7.2.2.1. Datos de calidad general: Se tendrán en cuenta los lineamientos de la guía ICH M4Q.

a) Datos de propiedades fisicoquímicas y estructurales y biológicas del ingrediente (s) activo (s) y del producto terminado, incluida la caracterización y composición de la formula cuali-cuantitativa.

b) Descripción del proceso de producción del principio activo y producto terminado, con sus controles y parámetros propuestos.

c) Definición del tamaño de lote de producción. Esta deberá venir acompañada de una lista de cambios previstos y análisis de riesgo, del paso de escala clínica a la industrial.

d) Caracterización de los bancos de células de acuerdo con la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 5402 de 2015 modificada por la Resolución 5849 de 2018, o aquella que la modifique o sustituya, que se encuentre disponible.

e) Caracterización de los organismos semilleros maestros y de trabajo que se encuentre disponible, basada en la referencia de serie de informes técnicos de la OMS más adecuado, o según la Guía ICH Q5D y 058, validación de procesos y demostración de consistencia de producción a escala de producción utilizado para los lotes a distribuir. Cuando el INVIMA lo considere pertinente, la validación provisional del proceso se puede revisar de acuerdo a los datos basados en lotes a escala piloto, si no es posible hacerlo a escala industrial en el momento de la presentación, siempre que se presente una justificación adecuada de por qué esto no es posible, y un plan para abordar adecuadamente los vacíos de información.

f) Especificaciones justificadas de materias primas, intermediarios, principio activo y producto terminado; incluida información sobre los métodos de prueba.

g) Procedimientos operativos estándar e informes de validación y/o verificación para los métodos críticos de ensayo final como mínimo de las pruebas de identidad, potencia y pureza (o datos provisionales iniciales, según estén disponibles) o metodología analítica desarrolla para el producto.

h) Descripción de los procesos de esterilización y filtración estéril, así como estudios de validación.

i) Datos de estabilidad acelerada y en uso, y lo avanzado en estabilidad natural (de ser el caso), que permitan demostrar que el producto terminado mantendrá las características mínimas necesarias para la vida útil declarada, a la escala de producción establecida, para el uso de emergencia.

k) Información de la evaluación de la seguridad del producto en relación a impurezas y agentes adventicios de origen viral como no viral.

j) Ejercicio de la comparabilidad entre fabricantes y escala de producción. Cuando el INVIMA lo considere pertinente, el ejercicio de comparabilidad se puede revisar de acuerdo a los datos basados en lotes a escala piloto, si no es posible en el momento de la presentación hacerlo a escala industrial, siempre que se presente una justificación adecuada de por qué esto no es posible, y un plan para abordar adecuadamente los vacíos de información.

7.2.2.2. Datos pre clínicos y clínicos:

a) Datos pre clínicos que demuestren una seguridad, inmunogenicidad y eficacia aceptable, en la mayoría de modelo animal apropiado. El solicitante debe justificar la elección del modelo animal.

b) Datos clínicos que demuestren la dosis adecuada que se utilizará y la seguridad inicial aceptable e inmunogenicidad en la población en la que se utilizará el biológico en el contexto de la emergencia sanitaria, pandemia o epidemia.

c) Datos preliminares que muestran cierta eficacia. Los datos humanos preliminares deben demostrar alguna eficacia del biológico en consideración, el INVIMA considerará si de la evidencia de estudios pre clínicos y en humanos, justifica los datos de inmunogenicidad como un sustituto potencial que se cree razonablemente predictivo de la eficacia clínica. En tales casos, la autorización sanitaria de uso de emergencia puede proceder, siempre que haya ensayos en curso que finalmente proporcionarán datos de validación para el sustituto.

d) Datos de seguridad e inmunogenicidad del biológico.

e) Información de los bioensayos y/o pruebas críticas que se utilizaron para evaluar los estudios clínicos finales que respaldan la solicitud.

Si se considera necesario, el INVIMA puede exigir la presentación de datos brutos. Si no es posible obtener datos de eficacia en humanos, el solicitante deberá justificar ante el INVIMA que los datos de inmunogenicidad son suficientes dadas las circunstancias. Esto debería incluir correlatos de protección, si están disponibles. En aquellos casos en los que los datos de eficacia humana y/o correlatos de protección no están disponibles en el momento de la presentación de solicitud de ASUE, el INVIMA requerirá que el fabricante presente dichos datos tan pronto como estén disponibles.

7.2.2.3. Etiquetado del producto

a) Para las vacunas contra la COVID-19, se aceptarán las etiquetas, empaques e insertos tal y como provienen del país de origen.

b) Para los demás medicamentos biológicos importados, las etiquetas, empaques e insertos deberán como mínimo indicar en idioma español: el nombre, la composición y las condiciones especiales de almacenamiento.

c) Para los medicamentos biológicos fabricados nacionalmente, las etiquetas, empaques e insertos, se ajustarán a lo establecido en el literal 1) del artículo 22 y literales a), b), d), e), g), h) y j) del artículo 72 del Decreto 677 de 1995 con arreglo a lo dispuesto en el parágrafo 1º del artículo 72 ibíd.

7.2.2.4. Plan de Gestión de Riesgos (PGR) y Farmacovigilancia (FV).

Un Plan de Gestión de Riesgos (PGR) en el contexto de la emergencia sanitaria que se adecúe a los lineamientos internacionales o nacionales, de acuerdo a la normatividad vigente, o de una

evaluación de riesgos y estrategias de mitigación (REMS por sus siglas en inglés) complementada con el documento E2E de ICH para medicamentos.

PARÁGRAFO 1. La información aportada deberá demostrar una probabilidad razonable de que la calidad, seguridad y eficacia del medicamento son aceptables y que los beneficios superan los riesgos e incertidumbres previsibles en el contexto de la emergencia sanitaria declarada por la Covid - 19.

PARÁGRAFO 2. A medida que avance el desarrollo del producto, el solicitante o titular de una Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE irá aportando nueva información de forma progresiva, y si es viable hasta completar los cinco módulos del Common Technical Document (CDT) exigidos para el expediente de registro, a fin de completar la información exigida por la normatividad vigente, de tal forma que, una vez esté completa, podrá radicar la solicitud de registro sanitario ante el INVIMA.

ARTÍCULO 8. Procedimiento para el trámite de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE. El INVIMA para el trámite de una Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE, tendrá en cuenta el siguiente procedimiento:

8.1 Una vez recibida la solicitud con sus respectivos soportes, procederá a efectuar la evaluación y concederá o negará la autorización sanitaria de uso de emergencia o comunicará que es necesario complementar o adicionar la información, para lo cual el INVIMA contará con un término perentorio de diez (10) días hábiles.

8.2 Cuando se necesite información adicional o aclaración de los documentos presentados, se requerirá por única vez al interesado, para que suministre la información correspondiente, para lo cual el solicitante contará con un término perentorio de diez (10) días hábiles. Si dentro de este plazo el interesado no allega la información solicitada, se entenderá que desiste de la solicitud y, en consecuencia, el INVIMA procederá a declarar el desistimiento tácito de la solicitud.

8.3 Una vez el peticionario radica la información solicitada por el INVIMA, esta entidad contará con un nuevo término perentorio de diez (10) días hábiles para negar o aprobar la autorización de uso de emergencia.

PARÁGRAFO 1. La revisión y evaluación de la información de eficacia y seguridad será de competencia de la Comisión Revisora del INVIMA.

PARÁGRAFO 2. En el marco de la solicitud de Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia - ASUE, el INVIMA acudirá a mecanismos ágiles y expeditos para la evaluación y expedición de la misma, para lo cual contará con procedimientos claros y concisos de los canales disponibles para ello.

ARTÍCULO 9. Expedición y vigencia de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia. La Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia - ASUE será expedida por el INVIMA mediante acto

administrativo, en el que además se determinarán las obligaciones que el titular adquiere con la autoridad sanitaria. Igualmente, en dicho acto se indicará la metodología que permita la revisión continua de entrega de datos, de acuerdo al cronograma a que hace referencia el literal h) del numeral 7.1 del artículo 7 del presente Decreto.

La Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia - ASUE tendrá vigencia de un (1) año, contado a partir de la fecha de la ejecutoria del acto administrativo; podrá renovarse por una sola vez por igual término, con la presentación de la solicitud respectiva, en los términos y condiciones señalados en este decreto, y acorde con el cronograma presentado por el solicitante, y aprobado por el INVIMA, quién hará seguimiento del mismo.

Las solicitudes de modificación de que trata el literal e) del numeral 13.1 del artículo 13 del presente Decreto, se surtirán de forma automática, conforme al procedimiento que defina el INVIMA.

ARTÍCULO 10. Renovación de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia. La renovación será solicitada ante el INVIMA, con una antelación no mayor a treinta (30) días hábiles a su vencimiento y se surtirá de forma automática, conforme al procedimiento que defina este defina, para lo cual se allegará:

9.1 Formato de solicitud de renovación automática definido por el INVIMA, debidamente diligenciado.

9.2 Informe de cumplimiento de obligaciones adquiridas, al igual que del cronograma de actividades para la entrega de información, y si es viable completar los requisitos que le permitan adelantar al trámite de registro sanitario, con el lleno de los requisitos establecidos en la normatividad vigente.

ARTÍCULO 11. Nomenclatura de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia - ASUE. Para efectos de contribuir a garantizar la vigilancia y control de los medicamentos de síntesis química y biológicos para atender la emergencia sanitaria declarada por la Covid - 19 que trata el presente decreto, su utilizará la nomenclatura establecida por el INVIMA, incluyendo las letras ASUE antes del número consecutivo, el cual deberá ser parte de la información del producto de la que tratan los sub numerales 7.2.3 y 7.2.7 del artículo 7 del presente decreto.

ARTÍCULO 12. Información de producto y condiciones de uso de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia - ASUE. El INVIMA verificará el cumplimiento de las condiciones generales y especiales previstas en el presente decreto, y establecerá las condiciones de uso de una Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE, necesarias para proteger la salud pública, para lo cual podrán exigirse a discreción de esa entidad, con fines de trazabilidad, calidad, y evitar usos no autorizados. Para lo anterior, se tendrá en cuenta la siguiente información y trazabilidad respecto al ASUE así:

12.1 Información relacionada con el medicamento

a) Información para profesionales de la salud, distribuidores o dispensadores autorizados.

Se incluirá la Información Para Prescribir - IPP y ficha técnica, dirigido a los profesionales de la salud.

La ficha técnica que se dispongan para los productos a los que se les otorgue una ASUE como mínimo la siguiente información:

i. Una descripción de la enfermedad I condición;

ii. Una descripción del producto y uso autorizado;

iii. Los beneficios y riesgos conocidos y potenciales, y la información desconocida.

iv. Cualquier contraindicación o advertencia;

v. Información sobre la dosificación (si aplica), incluidas las instrucciones específicas para poblaciones especiales; y

vi. Obligatoriedad de Informar eventos adversos y el contacto o medio a través del cual realizar dicho reporte.

La IPP y ficha técnica serán breves y solo contendrán información relevante para su uso.

El INVIMA pondrá a disposición de forma accesible en su sitio web, las fichas técnicas y demás documentos que acompañen la ASUE, sin excepción alguna.

La IPP, ficha técnica o inserto que acompañe al producto con ASUE, debe ser accesible (p. ej., imprimible como copia impresa) durante el proceso de prescripción por parte del profesional de la salud o durante la distribución o dispensación por parte de establecimientos o servicios farmacéuticos autorizados para ello.

b) Información para pacientes

Para los medicamentos a los cuales se les otorgue una ASUE, en la historia clínica del paciente deberá reposar copia del consentimiento informado firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante legal, en caso de ser menor de edad, de forma previa a su administración. Lo anterior, con el objetivo de informar al paciente o representante de éste (sí, el primero no es consciente para la toma de decisión o es menor de edad), sobre los beneficios y riesgos del medicamento, dispositivo médico o reactivo in vitro, que están recibiendo.

Se dispondrá de un documento informativo en lenguaje sencillo y claro que informe al paciente sobre datos relevantes sobre el producto.

Igualmente instruirá dicho documento informativo sobre la obligación del paciente de informar y reportar oportunamente, cualquier información relacionada con eventos adversos que pueda llegar a presentar durante la terapia farmacológica, y a través de que medio lo puede hacer.

12.2 Trazabilidad y registros de movimientos de producto con Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE

Para efectos de trazabilidad del producto con Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE y dadas las circunstancias de emergencia sanitaria, es necesario establecer condiciones para que, durante la cadena del suministro, se mantengan registros y datos que permitan una adecuada traza del mismo, desde su importación o fabricación local, pasando por distribuidores autorizados, hasta la dispensación al paciente.

Para lo anterior, todos los intervinientes de la cadena, deben contar con documentos, registros y datos disponibles, de tal forma que, ante la solicitud respectiva por las autoridades sanitarias con funciones de inspección, vigilancia y control, pueda verificarse entre otros datos:

a) Cantidad importada y/o fabricada por el titular de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE.

b) Cantidad recibida y distribuida en el caso de distribuidores autorizados.

c) Cantidad recibida y dispensada en el caso de dispensadores (cuando aplique).

d) Cantidad recibida y administrada en el caso de entidades territoriales (cuando aplique)

Toda persona que intervenga en la cadena de suministro, deberá contar con registros y documentos, que faciliten la trazabilidad del producto con ASUE, en cualquier etapa de la misma, y sin excepcionalidad alguna.

12.3 Condición de venta.

La condición de venta para los medicamentos a los cuales se les otorgue una Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE, será definida por el INVIMA.

12.4 Continuidad eh los tratamientos.

Si una vez agotada la vigencia de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE de un medicamento, o terminada de manera anticipada, un paciente requiere la continuidad del tratamiento con ese medicamento, se garantizará la disponibilidad hasta su finalización o hasta que lo determine el profesional de la salud facultado para prescribir, siempre y cuando los resultados presentados y el balance riesgo/beneficio sean favorables.

12.5 Disposición final. Las existencias de medicamentos que:

a) Expiren antes de su utilización terapéutica.

b) Se utilicen parcialmente y queden sobrantes.

c) Se identifiquen con no conformidades.

d) Se identifiquen como producto fraudulento o alterado.

e) Se le aplique algún tipo de medida sanitaria de seguridad, que conlleve a su destrucción.

Del mismo modo, darán aplicación a lo establecido por el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible en la Resolución 0371 de 2009, o la norma que lo modifique o sustituya en relación a los planes de gestión de devolución pos consumo de medicamentos, que serán adelantadas por el titular de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE, el fabricante o importador, según los términos de los acuerdos de calidad o contratos suscritos por las partes.

Los establecimientos farmacéuticos autorizados y servicios farmacéuticos habilitados dedicados a la producción, almacenamiento, distribución, comercialización, dispensación de medicamentos, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud y las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, estarán obligados a participar en la implementación de los Planes de Gestión de Devolución de Productos Posconsumo de Fármacos o Medicamentos Vencidos del titular de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE, fabricante o importador.

CAPÍTULO IV

RESPONSABILIDAD Y OBLIGACIONES DERIVADAS DE LA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE USO DE EMERGENCIA

ARTÍCULO 13. Responsabilidades y obligaciones. El titular de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE, el INVIMA y las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal de salud, tendrán a cargo las siguientes responsabilidades y obligaciones:

13.1 Titular de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE:

a) Cumplir con los requisitos establecidas en el presente decreto.

b) Cumplir con las condiciones señaladas en el acto administrativo que expida el INVIMA

c) Completar los estudios en curso y los que les sean solicitados por el INVIMA, eventualmente para confirmar el balance beneficio-riesgo favorable del producto.

d) Cumplir con los planes de gestión del riesgo y estrategias de farmacovigilancia activa, y acciones que permitan la captura, recopilación, análisis y reporte de eventos adversos.

e) Mantener actualizado al INVIMA sobre los avances en el desarrollo del medicamento y los cambios requeridos en relación a la información y documentos que den cuenta de la eficacia y seguridad del producto objeto de la autorización, incluye ficha técnica, IPP, o inserto, según aplique. Los cambios aquí señalados, se surtirán mediante una solicitud de modificación de autorización.

f) Poner en conocimiento del INVIMA, de forma inmediata, cualquier información sobre el producto, que conlleve a un cambio en el balance beneficio-riesgo que permitió el otorgamiento de la ASUE, a partir de sus estudios clínicos, alertas o modificaciones de información de seguridad del producto ante otras autoridades reguladoras a nivel mundial y que involucren el mismo producto.

g) Acatar las directrices establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social o el INVIMA, que tengan como objetivo la protección de los pacientes y población objetivo del producto.

h) Especificar claramente en la información del producto las condiciones de temporalidad (inicio y finalización) y condiciones de la autorización.

13.2 El INVIMA:

a) Definir de forma clara, concisa y expresa en el acto administrativo que otorgue la ASUE, las obligaciones que adquiere el solicitante y plazos para su cumplimiento.

b) Realizar seguimiento respecto al cumplimiento de las obligaciones adquiridas por el titular de la ASUE.

c) Publicar en su página web a la par con la emisión de una ASUE, en un espacio definido, visible y accesible al público, cuando las autorizaciones sean otorgadas y documentos que la acompañen, o estos pierdan su fuerza ejecutoria, de conformidad con lo estipulado en la Ley 1712 de 2014.

d) Adoptar las medidas necesarias con ocasión de nueva información o actualizaciones del balance beneficio-riesgo del producto.

e) Reportar cualquier situación adversa que se presente, al Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud, y al Consejo de Evaluación de las Reacciones Adversas a la Vacuna Contra la Covid-19 de que trata el artículo 4 de la Ley 2064 de 2020.

13.3 Entidades territoriales de orden departamental, distrital y municipal en salud:

a) Realizar seguimiento a nivel territorial al (o los) medicamento(s) con autorización sanitaria de uso de emergencia, en lo relacionado a la información de producto y las condiciones de uso establecidas en el artículo 12 de este decreto.

b) Aplicar las medidas sanitarias de seguridad, a que haya lugar, si el medicamento no cumple con los requisitos y condiciones de uso establecidas por el INVIMA.

c) Aportar información al INVIMA que se considere relevante para la toma de decisiones en materia de seguridad y calidad del medicamento respectivo.

d) Hacer seguimiento en su jurisdicción a los prestadores de servicios de salud, establecimientos y servicios farmacéuticos que realicen actividades de recepción, almacenamiento, distribución, dispensación y administración del medicamento con ASUE.

e) Informar al INVIMA cualquier situación adversa que se presente, así como reportarla ante las demás autoridades sanitarias. El INVIMA entregará la información sobre situaciones adversas al Consejo de Evaluación de las Reacciones Adversas a la Vacuna Contra la Covid-19 de que trata el artículo 4 de la Ley 2064 de 2020.

CAPÍTULO V

PÉRDIDA DE FUERZA EJECUTORIA DE LA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE USO DE EMERGENCIA

ARTÍCULO 14. Causales de pérdida de fuerza ejecutoria de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia. Con el fin de proteger la salud de la población, la autorización sanitaria de uso de emergencia emitida por el INVIMA perderá su condición de obligatoriedad y dejará de surtir efectos, de pleno derecho, cuando se configure una de las siguientes condiciones resolutorias, que deberá replicarse en la respectiva autorización, así:

1. Cuando el titular incumpla obligaciones que garanticen la calidad, eficacia y seguridad del producto, determinadas por el INVIMA en el acto administrativo de autorización.

2. Cuando la evolución negativa del balance beneficio-riesgo del medicamento durante su uso, permita concluir que la información de eficacia y seguridad inicial cambió y ahora es desfavorable respecto al momento de la solicitud

3. Cuando las alertas de seguridad o pronunciamientos negativos en relación al balance beneficio-riesgo del medicamento por parte de otras agencias sanitarias se conozcan por el INVIMA y el interesado.

4. Cuando en vigencia de la ASUE, se obtenga por parte del titular el respectivo registro sanitario, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad vigente.

PARÁGRAFO 1. Para el efecto de lo previsto en este artículo, el INVIMA expedirá el correspondiente acto administrativo, debidamente motivado y notificado al titular de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE, conforme lo señalado en los artículos 67 y 68 de la Ley 1437 de 2011.

PARÁGRAFO 2. En caso de existir producto en fabricación y/o comercialización, el INVIMA y las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal de salud, de acuerdo con sus competencias, podrán aplicar las medidas sanitarias de seguridad correspondientes, adelantar los procesos y aplicar las sanciones a que haya lugar, en el marco de la normatividad sanitaria vigente.

CAPÍTULO VI

PROMOCIÓN, PUBLICIDAD Y AGOTAMIENTO DE PRODUCTOS

ARTÍCULO 15. Promoción y publicidad. Prohíbase la promoción y publicidad de los medicamentos con autorización sanitaria de uso de emergencia.

PARÁGRAFO. La información a la que hace referencia el artículo 12, numeral 12.1 del presente Decreto, no se entenderán como promoción y publicidad de medicamentos con Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE, sino como un mecanismo de educación enfocado al uso seguro de estos y en el marco de lo aprobado por el INVIMA en la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE.

ARTÍCULO 16. Agotamiento de existencias por obtención de registro sanitario. El titular de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE podrá agotar las existencias hasta el cumplimiento de la vida útil aprobada por el INVIMA, con solo notificarlo al correo electrónico que se cree para tal fin por este Instituto, y en los siguientes eventos:

1. Cuando se obtenga el correspondiente registro sanitario.

2. Cuando no se opte por la obtención del registro sanitario y se mantengan las condiciones y obligaciones determinadas en el acto de autorización.

PARÁGRAFO. En caso de que se declare la pérdida de fuerza ejecutoria de la autorización sanitaria de uso de emergencia, por las causales 1, 2 y 3 del artículo 14 del presente decreto, no habrá lugar al agotamiento de existencias.

CAPÍTULO VII

REPORTE DE INFORMACIÓN, FARMACOVIGILANCIA ACTIVA Y TRAZABILIDAD

ARTÍCULO 17. Reporte de información pos comercialización. El titular, fabricante o importador deberá reportar cualquier evento adverso o sospecha de problema de seguridad, que

se genere por el uso de los medicamentos objeto de Autorización Sanitaria De Uso De Emergencia - ASUE, bajo la periodicidad establecida por el INVIMA, y de acuerdo a lo establecido por el Programa Nacional de Farmacovigilancia.

ARTÍCULO 18. Farmacovigilancia activa sobre los medicamentos con autorización sanitaria de uso de emergencia. El INVIMA y los titulares de una Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE, realizarán una vigilancia activa de los productos que cuenten con esta autorización, de acuerdo a lo siguiente:

1. Para un medicamento con Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE, se deberán monitorear y reportar de forma activa eventos adversos dadas las circunstancias de emergencia.

2. Se deben establecer condiciones para permitir la recopilación tanto pasiva como activa de información de seguridad y eficacia del producto con Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE durante el período en que la autorización se encuentre vigente y durante un tiempo razonable después de dicho período, siendo indispensable para ello contar con la presentación, revisión y aprobación por parte del INVIMA de un plan de gestión de riesgos (PGR) en el contexto de la emergencia sanitaria que se adecue a los lineamientos internacionales o nacionales, de acuerdo a la normatividad vigente, o de una evaluación de riesgos y estrategias de mitigación (REMS por sus siglas en inglés) complementada con el documento E2E de ICH para medicamentos, información que se recopilará de forma sistemática a través del mecanismo que haya definido el INVIMA.

3. Se deben generar informes periódicos de seguridad, con la información disponible tanto en ensayos clínicos como en el uso pos-autorización de uso de emergencia, al momento del punto de corte, con la periodicidad que el INVIMA estime conveniente.

4. Es relevante que la recopilación de datos sea activa, al igual que los mecanismos de seguimiento para capturar información de eventos adversos de un producto bajo ASUE, estos mediante diferentes estrategias como alertas en otros países y cualquier otra información relevante sobre seguridad del producto, la retroalimentación de información por fabricantes/importadores como responsabilidad solidaria en el Plan de FV, mediante búsqueda y vigilancia activa de eventos adversos a nivel institucional (detección señales), todo esto en el marco de una vigilancia Pos comercialización activa de los productos con ASUE, de acuerdo a la normatividad vigente.

5. Para efectos de análisis de causalidad se debe realizar la evaluación conforme a lineamientos y metodologías internacionalmente aceptadas, dentro de las cuales la de OMS es un mecanismo válido para este fin.

ARTÍCULO 19. Trazabilidad. El INVIMA requerirá al titular, fabricante, importador y las entidades territoriales de salud en su jurisdicción a todo aquella persona jurídica y natural que intervenga en la cadena del suministro del medicamento, que realicen transacciones o movimientos de inventario

con medicamentos que usen bajo autorización sanitaria de uso de emergencia, quienes deberán llevar registros de dichos movimientos y de la información que considere pertinente por las autoridades sanitarias competentes, con el fin de garantizar la trazabilidad de los medicamentos en el marco de lo dispuesto en el presente decreto.

CAPÍTULO VIII

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 20. Mantenimiento de las condiciones de calidad. Durante el proceso de fabricación, importación y comercialización los titulares, fabricantes e importadores a que alude el presente decreto, deben garantizar todas las condiciones de calidad durante los procesos, en condiciones seguras y de acuerdo con las especificaciones definidas por el fabricante, incluyendo la cadena de frío, cuando aplique.

ARTÍCULO 21. Responsabilidad. Los sujetos obligados al cumplimiento de lo dispuesto en el presente decreto, serán responsables de la veracidad de la información que suministren a las autoridades sanitarias competentes, para efectos de revisión, emisión y otorgamiento de la ASUE, al igual que de la trazabilidad y efectos negativos que se deriven por el no reporte oportuno al INVIMA de información relevante sobre el cambio del balance beneficio-riesgo o calidad del producto o cualquier información útil para la toma de decisiones frente al mantenimiento o pérdida de fuerza de ejecutoria de una Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASU

ARTÍCULO 22. Inspección, vigilancia y control. Los requisitos establecidos en el presente decreto son objeto de inspección, vigilancia y control por parte del INVIMA y las Entidades Territoriales de Salud, de acuerdo con sus competencias. Igualmente, deberán adoptar las medidas sanitarias de seguridad, adelantar los procesos y aplicar las sanciones a que haya lugar, en el marco de la normatividad sanitaria vigente.

ARTÍCULO 23. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación, y tendrá una vigencia de un (1) año conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.7.5.12. del Decreto 1074 de 2015.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.5. Decreto 1809 de 2020

Por el cual se adiciona el Título 8 a la Parte 2 Libro 3 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de los voluntarios acreditados y activos del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Respuesta

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y, en desarrollo de lo previsto en el parágrafo 1 del artículo 9 de la Ley 1505 de 2012 y,

CONSIDERANDO

Que la Ley 1505 de 2012 crea el Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Respuesta y señala que está integrado por los voluntarios acreditados y activos de la Defensa Civil Colombiana, de la Cruz Roja Colombiana, de los Cuerpos de Bomberos y las demás entidades autorizadas por el Comité Nacional para la Prevención y Atención de Desastres.

Que el numeral 7 del literal a) del artículo 13 del Decreto - Ley 1295 de 1994, modificado por el artículo 2 de la Ley 1562 de 2012, establece que los miembros activos del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Respuesta - SNPR son afiliados obligatorios al Sistema General de Riesgos Laborales y el pago de la afiliación estará a cargo del Ministerio del Interior.

Que las entidades, instituciones y empresas privadas encargadas de afiliar al Sistema General de Riesgos Laborales a los voluntarios acreditados y activos del Subsistema Nacional en Primera Respuesta, dispondrán de un periodo para efectuar ajustes a su estructura tecnológica y financiera, así como los operadores de información de la Planilla Integrada de Autoliquidación de Aportes y Contribuciones - PILA, para adecuar su plataforma tecnológica.

Que conforme con lo anterior, se hace necesario reglamentar la afiliación, cotizaciones y pago de aportes al Sistema General de Riesgos Laborales de los voluntarios acreditados y activos del Subsistema Nacional de Primera Respuesta - SNPR, en el marco de lo dispuesto en la Ley 1505 de 2012, así como establecer las obligaciones y responsabilidad de los voluntarios y de las entidades del SNPR.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA

ARTÍCULO 1. Adiciónese el Título 8 a la Parte 2 del Libro 3 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en los siguientes términos:

"TÍTULO 8

AFILIACIÓN AL SÍSTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES DE LOS VOLUNTARIOS

ARTÍCULO 3.2.8.1. Objeto. El presente título tiene por objeto reglamentar la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de los voluntarios acreditados y activos del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Respuesta.

PARÁGRAFO. Para los efectos del presente Título, por primera respuesta se entienden aquellas actividades realizadas por personas que, sin recibir remuneración, ofrecen su tiempo, trabajo y talento en la atención y prevención de emergencias, desastres y eventos antrópicos, atendiéndolos de manera inmediata en la fase humanitaria. Se excluyen las actividades correspondientes a las fases de rehabilitación y reconstrucción.

ARTÍCULO 3.2.8.2. Ámbito de aplicación. El presente Título aplica a los voluntarios acreditados y activos de las entidades integrantes del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Respuesta, a las entidades Administradoras de Riesgos Laborales - ARL, al Ministerio del Interior, a la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y a los operadores de la Planilla Integrada de Auto Liquidación de Aportes y Contribuciones - PILA.

ARTÍCULO 3.2.8.3. Requisitos previos para la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales. Para afiliar a los voluntarios acreditados y activos del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Respuesta al Sistema General de Riesgos Laborales se deberán acreditar los siguientes requisitos:

1. Ser mayor de dieciocho (18) años.

2. Ser voluntario acreditado y activo de la Defensa Civil Colombiana, de la Cruz Roja Colombiana, de los Cuerpos de Bomberos.

3. Estar previamente afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud en cualquiera de sus regímenes o al Régimen Especial o de Excepción en salud.

4. Cumplir con el proceso de formación y tiempo mínimo de entrenamiento establecido en cada una de las entidades del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Respuesta y con los deberes establecidos en los numerales 3 y 5 del artículo 5 de la Ley 1505 de 2012.

5. Estar registrado en la base única de datos de los voluntarios activos de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, lo que acredita su calidad de voluntario.

ARTÍCULO 3.2.8.4. Afiliación y pago de aportes al Sistema General de Riesgos Laborales. La afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de los voluntarios acreditados activos se realizará por parte de las entidades del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Respuesta ante la entidad Administradora de Riesgos Laborales en la cual la entidad esté afiliada, diligenciando el Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales, o realizar dicha afiliación a través de la plataforma del Sistema de Afiliación Transaccional - SAT. El pago de aportes al Sistema se efectuará por estas entidades a través de la Planilla Integrada de Auto liquidación de Aportes y Contribuciones - PILA

PARÁGRAFO 1. El Ministerio del Interior trasladará, mediante convenio, los recursos al Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres - FNGRD, para que el director de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - UNGRD, en su calidad de ordenador del gasto de este, celebre los acuerdos o convenios necesarios, con la finalidad de transferir los recursos a las direcciones generales de las entidades de primera respuesta, para efectuar el pago de los aportes de los voluntarios acreditados y activos del Subsistema Nacional de Primera Respuesta afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales.

PARÁGRAFO 2. La afiliación de los voluntarios acreditados y activos al Sistema General de Riesgos Laborales no generará vínculo laboral.

ARTÍCULO 3.2.8.5. Activación y convocatoria. Las entidades del Subsistema Nacional de Voluntarios de Primera Respuesta, informarán a la entidad Administradora de Riesgos Laborales, a través del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales, la relación de los voluntarios acreditados y activos que hayan sido convocados para atender situaciones de emergencias, calamidades, desastres y eventos antrópicos, de acuerdo con la situación de tiempo, modo y lugar, el mismo día en que se presente el evento o máximo al día hábil siguiente a la convocatoria. Al finalizar el hecho generador, deberán informar tal novedad a la entidad Administradora de Riesgos Laborales.

Una vez realizada la afiliación de los voluntarios al Sistema General de Riesgos por parte de las entidades del Subsistema Nacional de Voluntarios de Primera Respuesta, estas deberán de forma simultánea reportar en el Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales la novedad de "Inactivo", y en el mismo formulario reportarán la novedad de "Activo" cuanto hayan sido convocados para atender situaciones de emergencias, calamidades, desastres y eventos antrópicos.

PARÁGRAFO 1. La afiliación de los bomberos voluntarios, acreditados y activos al Sistema General de Riesgos Laborales será en forma permanente, por la actividad que desarrollan.

PARÁGRAFO 2. Las entidades del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Respuesta, a través de sus direcciones nacionales, elaborarán sus protocolos de comunicación para que, en caso de situaciones de emergencias, calamidades públicas, desastres o eventos antrópicos, sus seccionales, unidades, comandos o cualquiera otra representación que tengan en el territorio

nacional, reporten de manera ágil y oportuna la información de sus voluntarios acreditados, activos y convocados ante las entidades administradoras de Riesgos Laborales.

ARTÍCULO 3.2.8.6. Omisión en el reporte oportuno de voluntarios activos convocados. Las entidades del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Respuesta que no reporten oportunamente a sus direcciones nacionales, la relación de los voluntarios acreditados y activos que sean convocados para atender situaciones de calamidad, desastres, emergencias y eventos antrópicos, serán responsables de las prestaciones económicas y asistenciales del Sistema General de Riesgos Laborales que se deriven del accidente o enfermedad que puedan presentarse por causa y con ocasión de las actividades realizadas en tales situaciones.

ARTÍCULO 3.2.8.7. Cotizaciones al Sistema General de Riesgos Laborales. Para efectos de la cotización al Sistema General de Riesgos Laborales y de acuerdo con la actividad que desarrolle el voluntario acreditado, activo y convocado, para atender situaciones de emergencias, calamidades, desastres y eventos antrópicos, se tendrá en cuenta la Tabla de Clasificación de Ocupaciones u Oficios más representativos contenida en el Anexo 2 del Decreto 1072 de 2015, Único Reglamentario del Sector Trabajo.

El período de cotización del voluntario acreditado, activo y convocado no podrá ser inferior a un (1) mes.

Cuando los voluntarios acreditados activos se encuentren reportados en la novedad de "suspensión del contrato" establecida en el Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales, no se realizarán cotizaciones al Sistema General de Riesgos Laborales.

ARTÍCULO 3.2.8.8. Ingreso Base de cotización. La cotización al Sistema General de Riesgos Laborales de los voluntarios de que trata el presente Título se realizará sobre la base de un (1) salaría mínimo legal mensual vigente.

ARTÍCULO 3.2.8.9. Cobertura. La cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales será por el tiempo que permanezca el voluntario acreditado activo y convocado, desarrollando actividades de atención y prevención de desastres, emergencias y eventos antrópicos.

ARTÍCULO 3.2.8.10. Prestaciones económicas y asistenciales a cargo del Sistema General de Riesgos Laborales. Los voluntarios acreditados, activos y convocados, afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, tendrán derecho al reconocimiento y pago de las prestaciones económicas y asistenciales establecidas de acuerdo con las disposiciones previstas en la materia.

El ingreso base de liquidación para las prestaciones económicas que deban ser reconocidas a los voluntarios de que trata el presente Título, se calculará de acuerdo con lo establecido en el artículo 5° de la Ley 1562 de 2012 o la norma que lo modifique o sustituya, y tendrá en cuenta el Ingreso Base de Cotización, según lo previsto en el presente Título.

ARTÍCULO 3.2.8.11. Obligaciones de los voluntarios del Subsistema Nacional de Primera Respuesta. Los voluntarios acreditados y activos del Subsistema Nacional de Primera Respuesta deben cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial con las siguientes:

1. Procurar el cuidado integral de su salud.

2. Participar en las actividades de promoción y prevención organizadas por la entidad del Subsistema Nacional de Primera Respuesta a la que pertenecen, y en las del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo o el Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo correspondiente.

3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del programa de seguridad y salud en el trabajo definidas por la entidad del Subsistema Nacional de Primera Respuesta a la que pertenecen.

4. Utilizar los elementos de protección personal suministrados por la entidad del Subsistema Nacional de Primera Respuesta a la que pertenecen.

5. Informar, cuando el voluntario sea trabajador dependiente, al empleador acerca de su condición y en el evento de ser convocado solicitar el respectivo permiso.

6. Acatar, adoptar y poner en práctica las directrices, orientaciones y recomendaciones en materia de prevención del riesgo dadas por la entidad del Subsistema Nacional de Primera Respuesta a la cual pertenece y por la Administradora de Riesgos Laborales.

ARTÍCULO 3.2.8.12. Obligaciones de las entidades del Subsistema Nacional de Primera Respuesta. Las entidades del Subsistema Nacional de Primera Respuesta tendrán las siguientes obligaciones:

1. Realizar los trámites administrativos de afiliación de los voluntarios acreditados y activos al Sistema General de Riesgos Laborales.

2. Pagar los aportes al Sistema General de Riesgos Laborales, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes y Contribuciones - PILA con los recursos que le hayan sido girados por el Ministerio del Interior o través del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, cuando medie convenio interadministrativo.

3. Informar a la entidad Administradora de Riesgos Laborales cuando se convoque a los voluntarios, así como la finalización del hecho generador.

4. Reportar las novedades que se presenten, los accidentes de trabajo y enfermedades laborales de los voluntarios acreditados y activos, a la respectiva entidad Administradora de Riesgos Laborales.

5. Reportar y actualizar periódicamente ante la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, la información de sus voluntarios acreditados y activos, conforme a la estructura y reglas de validación de datos que determine la Unidad.

6. Incluir a los voluntarios acreditados y activos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, permitir y promover la participación de los voluntarios acreditados y activos en las capacitaciones y actividades de prevención y promoción que realice el respectivo Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.

7. Verificar, en cualquier momento, el cumplimiento de los requisitos de seguridad y salud en el trabajo, necesarios para la actividad del voluntario.

8. Las demás que en materia de prevención y promoción determinen las Direcciones Generales de cada entidad y la entidad Administradora de Riesgos Laborales respectiva.

9. Presentar al Ministerio del Interior las necesidades presupuestales para el pago de las cotizaciones, así como los niveles de ejecución de estos.

10. Acatar, adoptar y poner en práctica las directrices, orientaciones y recomendaciones en materia de prevención del riesgo, dadas por la entidad Administradora de Riesgos Laborales.

11. Mantener actualizadas las bases de datos de los voluntarios activos y enviar a la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres la información mensual.

ARTÍCULO 3.2.8.13. Obligaciones del Ministerio del Interior. Son obligaciones del Ministerio del Interior, las siguientes:

1. Incluir en su anteproyecto anual de presupuesto, los recursos necesarios para trasladar, mediante convenio, los recursos al Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres - FNGRD, para que, conforme a lo dispuesto en el parágrafo 1 del artículo 3.2.8.4. del presente Decreto, se efectúe el pago de los aportes de los voluntarios acreditados y activos al Sistema General de Riesgos Laborales.

2. Girar los recursos al Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres - FNGRD.

ARTÍCULO 3.2.8.14. Obligaciones de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres. La Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres tendrá las siguientes obligaciones:

1. Diseñar la estructura y establecer las reglas de validación de la base de datos nacional de los voluntarios, acreditados y activos del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Repuesta.

2. Mantener actualizada la base de datos nacional de los voluntarios acreditados y activos, con la información mensual que reporten las entidades del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Repuesta.

3. Adelantar los trámites administrativos y operativos con la entidad fiduciaria administradora del Fondo Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres para la realización de convenios con las entidades del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Repuesta, para transferir los recursos de la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales.

ARTÍCULO 3.2.8.15. Obligaciones a cargo de la entidad Administradora de Riesgos Laborales. Las entidades Administradoras de Riesgos Laborales en coordinación con las entidades del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Repuesta, deberá implementar y desarrollar, en favor de los voluntarios, las actividades establecidas en el Decreto - Ley 1295 de 1994, en la Ley 1562 de 2012 y las demás normas vigentes sobre la materia, en especial, las siguientes:

1. Afiliar al voluntario acreditado y activo al Sistema General de Riesgos Laborales y registrar las novedades reportadas por las entidades del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Repuesta.

2. Fomentar estilos de trabajo y vida saludables para el voluntario acreditado y activo.

3. Investigar los accidentes ocurridos con ocasión de las actividades que desarrolle el voluntario acreditado y activo convocado.

ARTÍCULO 3.2.8.16. Accidente de trabajo y enfermedad laboral. El proceso para la determinación del origen del accidente, la enfermedad o la muerte, el grado de pérdida de la capacidad laboral, la fecha de estructuración, y el informe sobre su ocurrencia, se regirá por las normas que regulan la materia.

ARTÍCULO 3.2.8.17. Disposiciones complementarias. Los aspectos no previstos en el presente Título se someterán a las disposiciones del Sistema General de Riesgos Laborales.

ARTÍCULO 3.2.8.18. Transitorio. Las entidades destinatarias del presente Título, contarán con un término de seis (6) meses, contados a partir de la publicación del presente acto administrativo para adecuarse a lo aquí previsto".

ARTÍCULO 2. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación, surte efectos seis (6) meses después de su publicación y adiciona el Decreto 780 de 2016.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.6. Decreto 1811 de 2020

Por el cual se modifica el artículo 2.5.2.2.1.20 del Decreto 780 de 2016 en el sentido de ampliar un plazo para la verificación de las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política de Colombia, los numerales 6, 7 y el parágrafo del artículo 180 de la Ley 100 de 1993, los numerales 42.3 y 42.5 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, los artículos 24 y 58 de la Ley 1438 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que, el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Segundad Social Integral, estableció dentro de los requisitos que deben acreditar las Entidades Promotoras de Salud -EPS para ser autorizadas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, como tales, entre otros, el acreditar periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia, y tener un capital social o Fondo Social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad, requerimientos que son determinados por el Gobierno Nacional.

Que en el Capítulo 2, Título 2, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 20-1 6. Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, se establecen las condiciones habilitación que deben cumplir las EPS para garantizar su permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

Que, el artículo 2.5.2.2.1.20 del Decreto 780 de 2016, adicionado por el Decreto "1 683 de 2019 determinó como plazo para que la Superintendencia Nacional de Salud verifique las condiciones de habilitación financieras y de solvencia de las EPS el 31 de diciembre de 2020, descontando para el efecto del deterioro de las cuentas por cobrar asociadas a servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC cíe los regímenes contributivo y subsidiado, que se encuentren registradas como tal en los estados financieros para la acreditación del capital mínimo y del capital primario.

Que, mediante la Ley 1955 de 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022: "Pacto por Colombia, pacto por la equidad", se dictaron medidas para otorgar liquidez al Sistema de Salud y para lograr el saneamiento de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC.

Que, a través del Decreto 521 de 2020, el Gobierno nacional fijó los criterios para la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de las cuentas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del Régimen Contributivo, prestados hasta antes del 25 de mayo de 2019, y con la expedición de la Resolución 618 de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social determinó los medios de prueba pertinentes para demostrar los requisitos que deben acreditar dichos servicios y tecnologías, en los términos previstos por el literal d) del artículo 237 de la referida Ley 1955 de 2019.

Que dado que el Acuerdo de Punto Final aún se encuentra en implementación y ejecución, mientras culmina el saneamiento previsto, se hace necesario prorrogar por un año más el plazo con que cuentan las EPS para acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud las condiciones de habilitación financieras y de solvencia en los términos dispuestos por la normativa vigente.

Que en mérito de lo expuesto.

DECRETA

ARTÍCULO 1. Modifíquese el artículo 2.5.2.2.1.20 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 2.5.2.2.1.20. De la verificación de las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud. Hasta el 31 de diciembre de 2021, la Superintendencia Nacional de Salud, al verificar las condiciones de habilitación financieras y de solvencia de tas EPS, descontará el efecto del deterioro de las cuentas por cobrar asociadas a servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado, que se encuentren registradas como tal en los estados financieros de acuerdo con la política contable de cada EPS, vigente al 30 de junio de 2019, para la acreditación del capital mínimo y del capital primario.

La Superintendencia Nacional de Salud impartirá las instrucciones necesarias para la debida aplicación, medición y control".

ARTÍCULO 2. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y modifica el artículo 2.5.2.2.1.20 del Decreto 780 de 2016.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.3. RESOLUCIONES.

2.3.1. Resolución 2238 de 2020

Por la cual se actualiza la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas por los numerales 3 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, y

CONSIDERANDO

Que la Resolución 3804 de 2016 de este Ministerio, establece el procedimiento para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, el que se caracteriza por ser un proceso continuo, técnico, dinámico, participativo, transparente y validado por los expertos en el país, desarrollado en tres (3) fases: nominación, análisis técnico científico y de decisión y seguimiento integral.

Que, mediante la Resolución 3495 de 2019, vigente a partir del 1 de enero de 2020, este Ministerio estableció la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, definiendo su contenido en los Anexos Técnicos 1 *"Manual de Uso"*, 2 *"Lista Tabular"*, 3 *"Códigos especiales para reporte población indígena"* y 4 *"Códigos para el reporte de otras prestaciones en salud",* la que fue modificada por la Resolución 537 de 2020*"*.

Que, en desarrollo del procedimiento establecido en la Resolución 3804 de 2016,, durante la vigencia 2020, las agremiaciones de profesionales o sociedades científicas presentaron nominaciones de actualización de procedimientos en salud, acompañadas de los medios documentales para su sustentación, frente a las cuales la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud validó el cumplimiento de los requisitos formales, como resultado de lo cual fueron publicadas en el sitio web *Mi vox pópuli* del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, una vez finalizada la fase de nominaciones, adelantó la fase de análisis técnico-científico, convocando a mesas de trabajo a expertos delegados por las siguientes sociedades científicas o agremiaciones de profesionales de la salud: Asociación Colombiana de Radiología, Asociación Colombiana de Alergia, Asma e Inmunología (ACAAI), Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología – FECOLSOG, Asociación Colombiana de Menopausia, Colegio Nacional de Bacteriología, Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial, Asociación Colombiana de Hematología y Oncología, Asociación Colombiana de Audiología, Asociación Colombiana de Otología y Neurotología –ACON, Asociación Colombiana de Neurología Infantil, Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva-SCCP, Asociación Colombiana de

Cirugía Vascular y Angiología, Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax, Asociación Colombiana de Medicina Híper e Hipobárica, Asociación Colombiana de Integración Sensorial, Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, y en representación de este Ministerio la Dirección de Promoción y Prevención, la Dirección de Epidemiología y Demografía y la Subdirección de Riesgos Laborales.

Que en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo 1o del artículo 13 de la Resolución 3804 de 2016, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, mediante comunicación radicada con el número 202034100283963 del 24 de noviembre del año en curso, manifestó que: " *con fundamento en los análisis efectuados a las nominaciones y el concepto técnico científico concertado con los delegados de las sociedades científicas frente a cada procedimiento en salud, recomienda la actualización de la CUPS...*"

Que, igualmente, las Direcciones de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y de Promoción y Prevención de este Ministerio, desarrollaron varias mesas de trabajo, en las que se concluyó que resultaba pertinente retirar de la lista tabular los códigos relacionados en la Sección 02, Capítulo 25, Grupos A1 a A5, relacionados con "Procedimientos e Intervenciones Colectivas", e incorporarlos actualizados en dos anexos adicionales, uno para el reporte de información de intervenciones colectivas y el otro para el reporte de información de la gestión en salud pública, requeridos para alimentar los sistemas de información.

Que adicionalmente, la sección 03 que estaba compuesta por el capítulo 26 *"PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES SOBRE LAS CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO",* se reubicó en un nuevo anexo.

Que, agotadas las fases de nominación y análisis técnico científico del procedimiento de actualización, corresponde establecer la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS, de acuerdo con la práctica clínica actual y las dinámicas en salud del país, de manera que se provea un lenguaje homogéneo entre los diferentes actores que intervienen en el Sistema de Seguridad Social Integral - SSSI.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. *Objeto*. Establecer la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS, contenida en los anexos técnicos que hacen parte integral del presente acto administrativo:

Anexo Técnico 1 "*Manual de uso*",
Anexo Técnico 2 *"Lista tabular",*
Anexo Técnico 3 *"Códigos especiales para reporte población indígena",*
Anexo Técnico 4 *"Códigos para el reporte de otras prestaciones en salud",*

Anexo Técnico 5 *"Códigos para el reporte de información de intervenciones colectivas",* Anexo Técnico 6 *"Códigos para el reporte de información de gestión en salud pública" y* Anexo Técnico 7 *"Códigos para el reporte de procedimientos e intervenciones sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo"*,

Artículo 2. *Ámbito de aplicación*. Las disposiciones aquí previstas deberán aplicarse en todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud y serán de obligatorio cumplimiento por parte de las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o la entidad que haga sus veces, Entidades Promotoras de Salud - EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado, entidades adaptadas, entidades que administran planes voluntarios de salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, las compañías de seguros que expidan el Seguro Obligatorio para Accidentes de Tránsito - SOAT, entidades o instituciones de los regímenes Especial y de Excepción de salud, los organismos de dirección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, y demás agentes del Sistema de Seguridad Social Integral.

Artículo 3. *Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS*. Corresponde al ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos utilizando para tal efecto la identificación por un código y una descripción validada por los expertos del país, independientemente de la profesión o disciplina del sector salud que los realice, así como del ámbito de realización de estos.

Parágrafo. En caso de que los procedimientos en salud de la CUPS requieran el uso de dispositivos médicos, estos se considerarán inherentes al procedimiento que lo origina, lo que permite garantizar la prestación del servicio de salud que el médico o profesional tratante determine necesario, en desarrollo de su autonomía profesional.

Artículo 4. *Seguimiento y control.* La Superintendencia Nacional de Salud y las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o las entidades que hagan sus veces, efectuarán la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las disposiciones aquí previstas, sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control, atribuidas a las demás autoridades competentes, de conformidad con las normas legales vigentes.

Artículo 5. *Vigencia y derogatorias.* La presente resolución rige a partir del 1 de enero de 2021, fecha a partir de la cual se deroga la Resolución 3495 de 2019, modificada por la Resolución 537 de 2020.

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE

Anexo técnico: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2238-de-2020.pdf

2.3.2. Resolución 2239 de 2020

Por la cual se modifica la Resolución 3315 de 2019, en relación con el recaudo de las rentas cedidas utilizadas para el pago de los servicios y tecnologías no financiadas con recursos de la UPC, se actualizan los anexos de reporte y se adoptan otros

El Ministro de Salud y Protección Social,

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, y 4 del Decreto 2154 de 2019, y en desarrollo de los artículos 114 de la Ley 1438 de 2011, 19 de la Ley 1751 de 2015 y 5 y 7 del Decreto 2154 de 2020, y

CONSIDERANDO:

Que mediante Resolución 3315 de 2019 se definieron los términos y condiciones del reporte de información que permitirán realizar el seguimiento a la ejecución de los recursos destinados al saneamiento definitivo, lo cual aplica tanto para el reporte de las entidades territoriales como de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Que, los artículos 3° y 4° ibídem, determinaron que las entidades territoriales y la ADRES realizarán dichos reportes de información a través del portal transaccional de saneamiento dispuesto por este Ministerio y, mediante la plataforma PISIS.

Que mediante Decreto 2154 de 2019, el Gobierno nacional estableció los términos y condiciones para la evaluación del esfuerzo fiscal de las entidades territoriales, a fin de determinar el monto de la cofinanciación de la Nación de que trata el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, y las reglas para el giro, precisando en los artículos 5 y 7 los documentos que la entidad territorial deberá reportar en el Sistema de Información para el saneamiento, para cada una de las fases que defina, así como la clasificación de las fuentes que se podrán destinar al saneamiento financiero del sector salud por concepto servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC prestados hasta el 31 de diciembre 2019 a los afiliados régimen subsidiado.

Que en el parágrafo del artículo 7° ibídem, se determinó que para las fases dos y tres, en caso de existir estas, en la evaluación del índice de esfuerzo fiscal, se entenderá como fuente obligatoria para el saneamiento el porcentaje de rentas cedidas con destinación específica para la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda: 1) 8 puntos del impoconsumo de cerveza, y 2) impuesto al consumo de licores, vinos y aperitivos.

Que, el artículo 33 del Decreto 521 de 2020 establece que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) cargará la información de todas las facturas o documentos equivalentes en el Sistema de Información dispuesto por este Ministerio.

Que, el artículo 21 del Decreto 538 de 2020 modificó el último inciso del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, ampliando el plazo para la cofinanciación de la Nación para la vigencia 2021 y por efectos de la emergencia sanitaria suspendió el plazo para la radicación de las cuentas de los servicios relacionados en el numeral 8 del artículo en mención, por el término que dure la declaratoria y se reanudará a partir del día hábil siguiente a su culminación.

Que, considerando que la información solicitada a través de los anexos técnicos de la Resolución 3315 de 2019 no permiten evidenciar el recaudo y la ejecución de las rentas cedidas con destinación específica para la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda, así como la ampliación del plazo para la radicación de los servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC y la cofinanciación por parte de la Nación hasta 2021 establecido en el Decreto 538 de 2020, se hace necesario actualizar los anexos de reporte y adoptar unos nuevos que permitan identificar la información detallada que las entidades territoriales y la ADRES deberán reportar en el marco de sus competencias y obligaciones.

En merito a lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Modifíquese el artículo 3° de la Resolución 3315 de 2019, el cual quedará así:

“Artículo 3°. Reporte a través del portal transaccional de saneamiento. A través del portal transaccional de saneamiento dispuesto por este Ministerio, se reportará la siguiente información:

3.1. A cargo de las entidades territoriales:

En cumplimiento de lo previsto en el artículo 3° del Decreto 2154 de 2019, las entidades territoriales deberán reportar, las siguientes certificaciones:

3.1.1. Certificación de deuda reconocida por parte de la entidad territorial. A través del formato contenido en el Anexo 1, el cual hace parte integral de la presente resolución, se certificará la deuda reconocida que deberá remitir la entidad territorial en cada una de las fases establecidas en el Plan de Saneamiento de las facturas cobradas y recobradas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado radicadas, auditadas, conciliadas y reconocidas en el marco del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019.

3.1.2. Pagos realizados como resultado del reconocimiento de la deuda. Mediante el formato contenido en el Anexo 2, que hace parte integral del presente acto administrativo, se registrarán los pagos históricos que deberá remitir la entidad territorial en cada una de las fases establecidas en el Plan de Saneamiento de las facturas cobradas y recobradas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado radicadas entre las vigencias 2016 a 2021, en el marco del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019.

3.1.3. Fuentes de recursos disponibles para el saneamiento de la deuda reconocida. Con el formato contenido en el Anexo 3, que hace parte de esta resolución, se registrarán las fuentes

disponibles por parte de la entidad territorial para el saneamiento asociado a servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC del régimen subsidiado en el marco del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, en cada fase.

3.1.4. Recaudo de rentas cedidas y pagos efectuados con esta fuente. Adóptese el Anexo Técnico 10, formato en el que se reportará la información del valor recaudado de rentas cedidas con destinación específica para prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los pagos efectuados con estas fuentes para: (i) servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado y (ii) la atención a la Población Pobre No Asegurada (PPNA); a partir de la vigencia 2016 hasta la fecha de corte de la fase respectiva.

3.1.5. Detalle de la ejecución de recursos por fases. A través del formato contenido en el Anexo 11, que hace parte de la presente resolución, se reportará de manera detallada la ejecución de los recursos propios y de cofinanciación Nación, disponibles y pagados para el saneamiento de la deuda reconocida de la respectiva fase, así como los recursos propios comprometidos pendientes por pagar y los recursos de cofinanciación devueltos a la Nación por concepto de capital y rendimientos financieros.

3.2. A cargo de la ADRES y las entidades territoriales del orden departamental y distrital:

3.2.1. Contratos de transacción. Corresponden a aquellos suscritos entre las entidades cobrantes y recobrantes, esto es, EPS, IPS y proveedores de servicios de salud, y las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, conforme a lo establecido en los artículos 237 y 238 de la Ley 1955 de 2019.

3.2.2. Formato de cesión de crédito. Mediante el formato contenido en el Anexo 7, que hace parte integral del presente acto administrativo, de cesión de derechos de crédito celebrado entre la EPS recobrante y la ADRES, o la entidad territorial departamental o distrital a favor de la IPS o proveedor de servicios de salud.

Parágrafo 1°. Las certificaciones de que tratan los numerales 3.1.1, 3.1.2 y 3.1.3 del presente artículo deberán remitirse al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, suscritas por el representante legal de la entidad territorial, como requisito para la evaluación del esfuerzo fiscal, en las fechas definidas en el Plan de Saneamiento de que trata el artículo 3° del Decreto 2154 de 2019.

Las certificaciones de que tratan los numerales 3.1.4 y 3.1.5 deberán remitirse para la segunda y tercera fase, en caso de existir, las cuales son requisito para la evaluación del esfuerzo fiscal.

Parágrafo 2°. Las entidades territoriales, deberán reportar, en el portal transaccional, los contratos de transacción que suscriban con las EPS, IPS y proveedores de servicios de salud.

Parágrafo 3°. Cuando se hayan suscrito contratos de transacción en virtud del artículo 237 de la Ley 1955 del 2019 antes de la fecha de publicación de la presente resolución, el primer reporte

por parte de la ADRES de los Anexos Técnicos números 4 y 12, los cuales hace parte de esta resolución, deberá incluir todos los recobros frente a los cuales se hayan suscrito dichos contratos.

Parágrafo 4°. Si a la fecha de entrada en vigencia de la presente resolución, las EPS no han efectuado el reporte a la ADRES y a las entidades territoriales de las facturas objeto de cesión de crédito, tendrán veinte (20) días hábiles para remitir tal información. La ADRES y las entidades territoriales tendrán quince (15) días hábiles después de vencido dicho término, para realizar el reporte del Anexo Técnico número 8.".

Artículo 2°. Modifíquese el artículo 4° de la Resolución 3315 de 2019, el cual quedará así:

"Artículo 4°. Reporte de información de las cuentas objeto de saneamiento a través de la plataforma PISIS. En el marco de lo dispuesto en los artículos 237 y 238 de la Ley 1955 de 2019, ADRES y las entidades territoriales del orden departamental y distrital realizarán el cargue de la siguiente información, a través de la plataforma PISIS:

4.1 Reporte de información de recobros objeto de saneamiento presentados a ADRES. La ADRES reportará a través del Anexo Técnico número 4, que hace parte de esta resolución, la información de los recobros objeto de saneamiento que le hayan sido presentados y respecto de los cuales se hayan realizado contratos de transacción. Este reporte se realizará mes vencido, los primeros diez (10) días hábiles de cada mes. En caso de no existir información, reportará el Anexo Técnico número 4, solo con el registro de control tipo 1.

4.2 Reporte de información de facturas por concepto de cobros y recobros auditados y conciliados por parte de las entidades territoriales para cada fase. Con el formato contenido en el Anexo Técnico número 5, que hace parte integral de este acto administrativo, se efectuará el reporte de información de las cuentas auditadas y conciliadas objeto de saneamiento, en el marco de lo establecido en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019.

4.3 Reporte de información de los pagos realizados respecto a los cobros y recobros auditados y conciliados para cada fase. Mediante el Anexo Técnico número 6, que hace parte integral de este acto administrativo, se reportará la información de los pagos efectuados sobre los cobros y recobros objeto de saneamiento y deberá ser reportado junto con el Anexo Técnico número 5 para los pagos realizados con recursos propios. De proceder la cofinanciación Nación, la entidad territorial deberá volver a cargar el Anexo Técnico número 6 después de realizar los pagos.

4.4 Formato de cesión de crédito para entidades territoriales y ADRES (Anexo 8). A través del Anexo Técnico número 8 que hace parte integral de este acto administrativo, se debe reportar la relación de las facturas a pagar por parte de la EPS a las IPS y/o proveedores de servicios de salud como resultado de la cesión de crédito, dentro del proceso de saneamiento de que tratan los artículos 237 y 238 de la Ley 1955 de 2019.

Las EPS a las cuales se les realice el reconocimiento de deuda, están en la obligación de reportar a la ADRES y a las entidades territoriales departamentales y distritales, mediante un archivo plano

y con la misma estructura del Anexo Técnico número 8, la relación de facturas sujetas a cesión con los prestadores y/o proveedores de servicios de salud, a más tardar el vigésimo (20) día hábil siguiente a la autorización del giro.

Este formato debe ser enviado por las entidades territoriales a más tardar a los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de terminación de los giros efectuados con recursos propios y/o de cofinanciación Nación.

Este reporte se realizará por parte de la ADRES mes vencido, los primeros diez (10) días hábiles de cada mes. En caso de no existir información, la ADRES reportará el anexo técnico solo con el registro de control tipo 1.

4.5 Reporte de las facturas asociadas a los recobros pagados por parte de las entidades territoriales para cada fase. A través del Anexo Técnico número 9 deberán reportarse las facturas objeto de saneamiento asociadas a los recobros que hayan sido reportados por las entidades territoriales en el Anexo Técnico 5 de la presente resolución. El reporte se realizará junto con el Anexo 5.

4.6 Reporte de pagos por parte de la ADRES (Anexo 12). La ADRES reportará a través de este anexo técnico la información de los pagos efectuados a los contratos de transacción firmados en el marco de lo establecido en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019. El reporte se realizará mes vencido, los primeros diez (10) días hábiles de cada mes. En caso de no existir información, la ADRES reportará el anexo técnico solo con el registro de control tipo 1.

Parágrafo 1°. Las EPS son responsables de la veracidad y consistencia de la información contenida en la radicación realizada ante la ADRES en el marco del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, información que posteriormente será reportada por dicha entidad a través del Anexo Técnico número 4.

Parágrafo 2°. Las entidades territoriales del orden departamental y distrital, así como la ADRES informarán a la Superintendencia Nacional de Salud, el detalle de las EPS que no realicen el reporte oportuno de las facturas sujetas a cesión.

Parágrafo 3°. En el evento en el cual alguna entidad territorial haya presentado previamente a la expedición de la presente resolución, la certificación suscrita de que trata el numeral 9 del artículo 5° del Decreto 2154 de 2019, deberá remitir el Anexo Técnico número 9 para la primera fase, dentro de los 30 días calendario siguientes a la publicación del presente acto administrativo.”.

Artículo 3°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, modifica los artículos 3° y 4°, sustituye los Anexos Técnicos números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 y adiciona los Anexos Técnicos números 9, 10, 11 y 12 de la Resolución 3315 de 2019.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

Ver anexo técnico en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202239%20de%202020.pdf

2.3.3. Resolución 2263 de 2020

Por la cual se establecen disposiciones para la selección de miembros y funcionamiento del Consejo Nacional Asesor en Cáncer Infantil y de los Consejos Asesores en Cáncer Infantil a nivel territorial

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas por los parágrafos 2 y 1 de los artículos 14 y 15, respectivamente de la Ley 1388 de 2010 y en desarrollo de la Ley 2026 de 2020 y la Ley 715 de 2001 y,

CONSIDERANDO

Que la Ley 1388 de 2010 *"Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia",* tiene como objetivo disminuir de manera significativa la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de dieciocho (18) años, a través de la garantía por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en centros especializados habilitados para tal fin.

Que los artículos 14 y 15 ibídem, de una parte, creó el Consejo Nacional Asesor del Cáncer Infantil, determinó su conformación y funciones; y de otra, ordenó la creación de los Consejos Departamentales Asesores, en cada departamento del país indicando su integración.

Que el artículo 14 de la Ley 1388 de 2010, modificado por el artículo 6 de Ley 2026 de 2020, determinó que anualmente se presentaría y sustentaría en el mes de abril, en las Comisiones Séptimas del Congreso de la República durante una sesión conjunta, un informe en donde se detalle la labor y actividades del Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil.

Que la Ley 2026 de 2020 establece medidas tendientes a hacer efectivo la protección del derecho fundamental a la salud de los menores de 18 años con diagnóstico o presunción de cáncer, declarar su atención integral como prioritaria, garantizando el acceso efectivo a los servicios de salud oncopediátrica y fortalecer el apoyo social que recibe esta población.

Que este Ministerio expidió la Resolución 163 de 2012, por medio de la cual se reglamentó el funcionamiento tanto del Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil como de los Consejos Departamentales Asesores de Cáncer Infantil.

Que, teniendo en cuenta la importancia de los distritos en la gestión del riesgo y la garantía en la prestación de servicios del cáncer infantil, considerando sus funciones y competencias y al tenor de los artículos 43 y 45 de la Ley 715 de 2001, que prevén que los distritos asumen las competencias en salud de los departamentos y de los municipios, se requiere la conformación de consejos distritales de cáncer Infantil e integrarlos a este esquema de funcionamiento junto a los consejos departamentales y consejo nacional, con el fin de contar con los instrumentos necesarios para la garantía de atención integral de los niños con cáncer, a partir de los contextos y dinámicas propias de dichos territorios.

Que en el ejercicio e implementación de estos cuerpos colegiados se ha evidenciado la necesidad de efectuar ajustes en relación con los requisitos que deben cumplir los perfiles de los integrantes y el funcionamiento general del Consejo Nacional, así como la necesidad de crear un mecanismo de articulación de la información con los consejos departamentales y distritales asesores, para reportarse a este Ministerio con el fin de efectuar el seguimiento y monitoreo de la implementación de que trata la Ley 1388 del 2010 así como adecuarse a lo previsto en la Ley 2026 de 2020.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Capítulo 1
Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil

Artículo 1. ***Integración.*** El Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil - CONACAI es el encargado de efectuar el seguimiento y monitoreo de la implementación de la Ley 1388 de 2010, así como de las políticas y planes nacionales que de la misma norma se deriven. El CONACAI, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 1388 de 2010, estará integrado de la siguiente manera:

1. El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado.
2. El Director del Instituto Nacional de Cancerología.
3. El Presidente de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica.
4. El Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
5. Un representante de las EPS.
6. Un representante de las IPS.
7. Un representante de las organizaciones sin ánimo de lucro o fundaciones dedicadas al apoyo de los niños o niñas que padecen cáncer.
8. Un representante de los padres de familia.

Parágrafo. El director del Instituto Nacional de Salud - INS o su delegado participará como invitado. Así mismo, podrán participar como invitados, los representantes de los consejos departamentales y distritales asesores de cáncer infantil, para el análisis de situaciones especiales de sus respectivas regiones, o para hacer propuestas de interés nacional, y otras instituciones, sectores o personas, según consideren los miembros del CONACAI, con derecho a voz, pero sin voto.

Artículo 2. *Presidencia y funciones*. El CONACAI estará presidido por el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien tendrá las siguientes funciones:

2.1. Presentar las recomendaciones, estudios y demás documentos que apruebe el Consejo Nacional Asesor del Cáncer Infantil ante el Gobierno Nacional y demás órganos y entidades pertinentes.
2.2. Presentar, cada año, el plan de acción y la agenda de temas a desarrollar por el CONACAI.
2.3. Solicitar a la secretaría del Consejo, la convocatoria de las sesiones.
2.4. Suscribir conjuntamente con la secretaría las actas aprobadas por el CONACAI, así como los demás documentos pertinentes.
2.5. Recomendar la realización de los estudios a que haya lugar.
2.6. Dirigir las sesiones y ordenar las intervenciones de los miembros del CONACAI para discusión de los temas.
2.7. Promover la participación de los miembros del CONACAI o el estudio de los documentos presentados a su consideración.
2.8. En conjunto con el Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y las direcciones técnicas de este Ministerio, realizar análisis de resultados de la gestión del CONACAI y definir acciones para su mejoramiento.

Artículo 3. *Funciones de la secretaría técnica.* La secretaría técnica será rotativa por el periodo que definan los miembros de dicha instancia entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología y tendrá las siguientes funciones:

3.1. Convocar a las sesiones del CONACAI y citar a los invitados especiales, conforme se haya determinado.
3.2. Presentar al CONACAI los informes, estudios y documentos que deban ser examinados y los que sirvan de soporte a las decisiones que se tomen.
3.3. Apoyar el análisis de la gestión del CONACAI y participar en la definición de acciones de mejoramiento.
3.4. Preparar, dentro del primer trimestre de la vigencia anual, un informe de la gestión del CONACAI, correspondiente al año inmediatamente anterior, presentarlo para aprobación de este, publicarlo en la página web de este Ministerio y acompañar técnicamente a la presidencia del Consejo en la socialización que trata el artículo 6 de la Ley 2026 de 2020.
3.5. Requerir a los consejos departamentales asesores de cáncer infantil, el informe de gestión anual, en el mes de febrero de cada año, así como otros informes específicos cuando se considere necesario.
3.6. Proyectar, suscribir y mantener la custodia de las actas de las reuniones una vez sean aprobadas.
3.7. Las demás que le asigne el CONACAI

Artículo 4. *Funciones de los miembros*. Son funciones de los miembros del CONACAI, las siguientes:

4.1. Participar en las reuniones.
4.2. Presentar propuestas para mejorar la atención de los niños con cáncer y demás actividades pertinentes, en las materias competencia del CONACAI.
4.3. Revisar los documentos enviados por la secretaría técnica para conceptuar sobre estos y enviar los comentarios pertinentes.
4.4. Emitir su voto para las propuestas que impulsa el CONACAI.
4.5. Apoyar a la presidencia en el cumplimiento de sus funciones.
4.6. Las demás que surjan del cumplimiento de su actividad.

Artículo 5. *Requisitos y selección de los miembros no gubernamentales*. Los miembros del CONACAI señalados en el presente artículo deberán cumplir los siguientes requisitos:

5.1. Requisitos para el representante de las organizaciones sin ánimo de lucro:

5.1.1. Acreditar una profesión legalmente reconocida en el país.
5.1.2. Acreditar que es miembro activo de una institución legalmente constituida, cuyo objeto tenga relación con el mejoramiento de la calidad de vida de los niños que padecen cáncer.
5.1.3. Acreditar que la organización de la cual es miembro activo se encuentra constituida con una antelación mínima de dos años contados a partir de su postulación.
5.1.4. No tener antecedentes penales, disciplinarios o fiscales. Se exceptúan los delitos políticos.

5.2. Requisitos para el representante de las Entidades Promotoras de Salud - EPS:

5.2.1. Hacer parte del nivel directivo de una EPS.
5.2.2. Acreditar experiencia profesional mínima de dos (2) años en el sector salud.
5.2.3. No tener antecedentes penales, disciplinarios o fiscales. Se exceptúan los delitos políticos.

5.3. Requisitos para el representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS:

5.3.1. Hacer parte del nivel directivo de una IPS especializada, legalmente constituida que preste servicios de salud a niños con cáncer.
5.3.2. Acreditar experiencia profesional mínima de dos (2) años en el sector salud.
5.3.3. No tener antecedentes penales, disciplinarios o fiscales. Se exceptúan los delitos políticos.

5.4. Requisitos para el representante de los padres de familia:

5.4.1 Ser padre o madre de un niño o niña que cuente con confirmación diagnóstica de cáncer o de cualquiera de las enfermedades establecidas en el numeral 2 del artículo 2° de la Ley 1388 de 2011.
5.4.2. Tener experiencia acreditada de por lo menos un año en participación en fundaciones, consejos o asociaciones de padres de familia que trabajan con niños o niñas con cáncer.

5.4.3. No tener antecedentes penales, disciplinarios o fiscales. Se exceptúan los delitos políticos.

Parágrafo. La documentación que acredite el cumplimiento de los requisitos del presente artículo deberá ser allegada, en medio magnético, a través de la página web minsalud.gov.co / servicios al ciudadano / contáctenos. Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social realizará la consulta respectiva para verificar la existencia o no de antecedentes penales, disciplinarios o fiscales.

Artículo 6. ***Elección de los representantes de las EPS, IPS y de las organizaciones sin ánimo de lucro*****.** Para la elección de los representantes de las EPS, de las IPS y de las organizaciones sin ánimo de lucro, este Ministerio a través de la Dirección de Promoción y Prevención, enviará una comunicación a los directivos de las agremiaciones o asociaciones de mayor representatividad de estas entidades a nivel nacional, esto es aquellas que tengan el mayor número de afiliados o miembros y que cuenten con presencia en la mayor cantidad de departamentos, invitándolos a postular a su representante al CONACAI, de manera que, en el término de quince (15) días hábiles, como fecha límite, después de recibida la invitación, designen su candidato, acreditando los requisitos exigidos en el presente reglamento y la aceptación de la persona designada.

Una vez este Ministerio reciba las designaciones de las diferentes agremiaciones o asociaciones y verifique que se cumple con los requisitos exigidos, nombrará a los representantes ante el CONACAI.

Parágrafo. Los representantes de las EPS, de las IPS y de las organizaciones sin ánimo de lucro serán designados cada dos (2) años, contados a partir de la primera sesión del CONACAI posterior a su nombramiento, pudiendo ser ratificados por las agremiaciones y asociaciones que los designaron, por un período igual y por única vez.

Artículo 7. ***Elección del representante de los padres de familia*****.** Para la elección del representante de los padres de familia, este Ministerio a través de la Dirección de Promoción y Prevención, enviará una comunicación a los directivos del Observatorio Interinstitucional de Cáncer Infantil, para que postulen una terna de padres de familia, con el objeto de ser el representante ante el Consejo.

Dentro de los quince (15) días hábiles después de recibida la invitación, deberán enviar la terna, junto con la hoja de vida, la acreditación de los requisitos exigidos en el presente reglamento y la aceptación de las personas postuladas.

Los postulados deberán manifestar a este Ministerio por escrito, el motivo por el cual aspiran a ser miembros del CONACAI, lo que esperan aportar y los compromisos que asumirían de ser elegidos.

Una vez este Ministerio verifique que se cumplen los requisitos hará el nombramiento del representante de los padres de familia.

Parágrafo. Los representantes de los padres de familia serán designados cada dos (2) años, período contado a partir de su comparecencia a la primera sesión del CONACAI, posterior a su nombramiento y por única vez.

Artículo 8. *Sesiones del Consejo*. El CONACAI sesionará por lo menos, una vez cada trimestre. Podrá sesionar extraordinariamente, en los casos que la situación lo exija.

Parágrafo 1. Se podrán realizar sesiones no presenciales cuando las circunstancias así lo ameriten y se realizarán mediante un mecanismo que garantice la comunicación simultánea y sucesiva.

Parágrafo 2. De cada sesión se levantará un acta que será firmada por el presidente y el secretario técnico, dejando constancia del lugar, fecha y hora de la reunión, y de manera sucinta las discusiones, proposiciones y acuerdos aprobados, negados o aplazados. Los miembros del Consejo podrán formular, en la siguiente reunión objeción al acta, de lo contrario esta se entenderá aprobada.

Artículo 9. *Quórum y decisiones*. El CONACAI deliberará con la mitad más uno de los miembros y, será necesario que esté presente el presidente o su delegado. Las decisiones del CONACAI se tomarán por mayoría de los asistentes.

Si convocada la reunión del CONACAI, esta no pudiere realizarse por falta de quórum, el secretario técnico citará a una nueva. Esta reunión deberá efectuarse no antes de cinco (5) días hábiles ni después de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha inicialmente fijada.

Parágrafo. La no comparecencia a dos sesiones seguidas del CONACAI de un miembro no gubernamental dará lugar a su reemplazo, para lo cual se seguirá el trámite previsto en los artículos 6 o 7, de la presente resolución.

Artículo 10. *Comités y subcomités*. El CONACAI podrá constituir un comité técnico, así como subcomités, designando sus respectivos coordinadores en acta de sesión, para la atención de los temas que orienten el trabajo del mismo.

Artículo 11. *Desarrollo de iniciativas del CONACAI*. Para cada una de las iniciativas previstas por el CONACAI se establecerá un responsable encargado de coordinar la gestión, avance y seguimiento de las iniciativas definidas por el CONACAI, quien deberá reportar a este los avances y productos finales, en las diferentes sesiones del CONACAI.

Capítulo 2
Consejos Asesores de Cáncer Infantil del Nivel Territorial

Artículo 12*. Organización de los consejos de cáncer del nivel territorial.* Los consejos departamentales o distritales asesores en cáncer infantil –CODACAI se organizarán en cada uno de los departamentos o distritos del país. Estarán integrados de la siguiente manera:

12.1. El secretario departamental o distrital de salud.
12.2. El Secretario de Educación.
12.3. El Director de la Unidad de CA Infantil habilitada o en proceso de habilitación en el departamento o distrito.
12.4. El Presidente del Consejo de Política Social o el organismo que haga sus veces.
12.5. El Director Regional del ICBF.
12.6. El representante de una organización sin ánimo de lucro.
12.7. El representante de las EPS de la jurisdicción.
12.8. El representante de los padres de familia.
12.9. El representante de la comunidad.

Parágrafo. En aquellos departamentos o distritos en los cuales no existan unidades funcionales o instituciones prestadoras de salud especializadas en la atención del cáncer infantil - UACAI, el CODACAI se conformará con un representante de las instituciones prestadoras de servicios de salud de mayor nivel de complejidad en la atención de las personas menores de 18 años o el prestador único de mayor complejidad del territorio, cuya elección se realizará conforme a lo dispuesto en el artículo 13 de esta resolución.

Artículo 13. ***Elección de los representantes de EPS, IPS, Organizaciones sin ánimo de lucro, de los padres de familia y de la comunidad de los CODACAI.*** La elección de los representantes de las EPS, de las IPS, de las organizaciones sin ánimo de lucro y padres de familia de CODACAI, estará a cargo del secretario de salud departamental o distrital, quien deberá realizar las convocatorias a las respectivas entidades, asociaciones o agremiaciones de mayor representatividad en el departamento o distrito, cumpliendo con los requisitos establecidos en el parágrafo 1 del artículo 6 la presente resolución, en los siguientes términos:

13.1 Para elegir al representante de las EPS, el secretario de salud departamental o distrital solicitará la designación de un representante del nivel directivo de la EPS de mayor representatividad en el departamento o distrito, que acredite el cumplimiento de los requisitos definidos en el artículo 5 de la presente resolución y demás condiciones de idoneidad que estime pertinentes.

13.2 Para elegir al representante de las IPS, el secretario de salud departamental o distrital solicitará la designación de un representante del nivel directivo de las instituciones prestadoras de servicios de salud de mayor nivel de complejidad en la atención de las personas menores de 18 años o el prestador único de mayor complejidad del territorio, que acredite los requisitos definidos en el artículo 5° de la presente resolución y demás requisitos de idoneidad que estimen pertinentes.

13.3. Para el caso del representante de padres de familia, el secretario de salud departamental o distrital, en coordinación con el representante legal de las instituciones prestadoras de servicios de salud de mayor nivel de complejidad en la atención de las personas menores de 18 años o el prestador único de mayor complejidad del territorio, deberá seleccionar al padre de familia, del total de padres de los niños notificados en la base de datos de SIVIGILA de

cáncer infantil del departamento o distrito, en los últimos 4 años, que acredite los requisitos definidos en el artículo 5 de la presente resolución y demás condiciones de idoneidad que estime pertinentes.

13.4. En cuanto al representante de las organizaciones sin ánimo de lucro, el secretario de salud departamental o distrital solicitará a la organización de mayor representatividad que trabaje con niños con cáncer, la designación de un representante del nivel directivo, que acredite los requisitos definidos en el artículo 5 de la presente resolución y demás condiciones de idoneidad que estime pertinentes.

En el caso de no existir organizaciones sin ánimo de lucro que trabajen específicamente con niños con cáncer, el secretario de salud deberá solicitar a otra organización afín que trabaje con niños, que designe a dicho representante.

Parágrafo 1. La designación de los candidatos de las EPS, de las IPS, de las organizaciones sin ánimo de lucro y padres de familia de CODACAI, por parte de las entidades, asociaciones o agremiaciones, deberá realizarse dentro de los quince (15) días hábiles después de recibida la invitación, acreditando los requisitos exigidos en la presente resolución y la aceptación de la persona designada.

Parágrafo 2. Una vez la secretaría de salud departamental o distrital reciba las designaciones de las diferentes entidades, asociaciones o agremiaciones y verifique que se cumple con los requisitos exigidos, nombrará a los representantes ante el CODACAI.

Parágrafo 3. Los representantes de las EPS, IPS, de padres de familia y de las organizaciones sin ánimo de lucro serán designados cada dos (2) años, contados a partir de la primera sesión del CONACAI posterior a su nombramiento, pudiendo ser ratificados por las agremiaciones y asociaciones que los designaron, por un período igual y por única vez.

Artículo 14. ***Funciones e integración de los CODACAI***. Los consejos departamentales o distritales asesores de cáncer infantil asumirán las funciones del Consejo Nacional Asesor del Cáncer Infantil en el ámbito y competencias del territorio y para su funcionamiento adaptarán el presente reglamento.

Parágrafo. Los consejos departamentales o distritales deberán presentar un informe anual de la vigencia anterior, en el mes de febrero de cada año o los informes específicos que se requieran, de acuerdo con las directrices o formatos definidos por la presidencia a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y la secretaria técnica del CONACAI, con el fin de integrarlos al informe anual que trata el artículo 6 de la Ley 2026 de 2020.

Artículo 15. Elección del representante de la comunidad ante el CODACAI. El representante de la comunidad será elegido por el secretario de salud departamental o distrital, cumpliendo con los siguientes requisitos y conforme a las especificaciones de cada región:

15.1. Tener experiencia acreditada de por lo menos un (1) año en participación en fundaciones, consejos, asociaciones comunitarias que trabajan con niños y preferiblemente con diagnóstico cáncer.
15.2. Manifestar disponibilidad de tiempo para participar como miembro del CODACAI
15.3. No tener antecedentes penales, disciplinarios o juicios fiscales.

Parágrafo 1. Para la escogencia del representante de la comunidad, el Secretario de salud hará la convocatoria a las asociaciones, agremiaciones o comités de participación comunitaria, que trabajan con niños, preferiblemente con diagnóstico cáncer y que tengan la mayor representatividad en el departamento o distrito, cumpliendo con los requisitos establecidos en el parágrafo 1 del artículo 6 de la presente resolución.

Parágrafo 2. Los representantes de la comunidad serán designados cada dos (2) años, contados a partir de su comparecencia a la primera sesión del CODACAI, posterior a su nombramiento y por única vez.

Capítulo 3
Disposiciones finales

Artículo 16. ***Conflictos de intereses***. Los miembros del Consejo Nacional de Cáncer Infantil, de los consejos departamentales de cáncer infantil y del consejo distrital de cáncer infantil deberán declarar los posibles conflictos de intereses en los que puedan encontrarse. En desarrollo de lo anterior, deberán señalar toda circunstancia que pueda afectar la imparcialidad en su actuación, tomando en cuenta lo previsto en el artículo 11 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo -CPACA.

Artículo 17. ***Transitorio.*** Las normas de elección de los representantes no gubernamentales, previstas en la presente resolución, no afectan a quienes haya sido designados como representantes a los Consejos con fundamento en la Resolución 163 de 2012 antes de la vigencia de este acto administrativo y hasta terminar su periodo. La siguiente elección de un miembro o su reemplazo deberá realizarse con base en lo aquí previsto.

Artículo 18. ***Vigencia y derogatorias***. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 163 de 2012.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.3.4. Resolución 2272 de 2020

Por la cual se modifica la integración de la Instancia de Coordinación y Asesoría para el Acceso a Vacunas Seguras y Eficaces contra el Coronavirus Sars-cov-2 (COVID-19) establecida en la Resolución 1628 de 2020

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

En uso de sus facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas en el Decreto - Ley 4107 de 2011 y en desarrollo del artículo 2 del Decreto 1258 de 2020 y,

CONSIDERANDO

Que mediante Decreto 1258 de 2020 el Gobierno Nacional creó la instancia de Coordinación y Asesoría, que hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para analizar y recomendar las estrategias y mecanismos que debe adoptar el Estado Colombiano con el fin de acceder a vacunas seguras y eficaces que generen en la población inmunidad frente al Coronavirus Sars-cov-2 (Covid-19), y para la superación de la emergencia sanitaria generada por el nuevo Coronavirus.

Que en desarrollo de lo establecido en el artículo 2° del Decreto 1258 de 2020, la Resolución 1628 de 2020 en su artículo 1° establece la integración de la Instancia de Coordinación y Asesoría para el Acceso a Vacunas Seguras y Eficaces contra el Coronavirus Sars-cov-2 (Covid-19), dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que el artículo 2° del Decreto 2078 de 2012, establece que el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima tiene como objetivo actuar como institución de referencia nacional en materia sanitaria y ejecutar las políticas formuladas por el Ministerio de Salud y Protección Social en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de los medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico, y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva de conformidad con lo señalado en el artículo 245 de la Ley 100 de 1993 y en las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Que el numeral primero del artículo 4° del Decreto 2078 de 2012, señala dentro de las funciones del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima *"ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control a los establecimientos productores y comercializadores de los productos a que hace referencia el artículo 245 de la Ley 100 de 1993 y en las demás normas que lo modifiquen o adicionen, sin perjuicio de las que en estas materias deban adelantar las entidades territoriales, durante las actividades asociadas con su producción, importación, exportación y disposición para consumo".*

Que el artículo 3° del Decreto 1782 de 2014 define los Medicamentos biológicos como *"medicamentos derivados de organismos o células vivas o sus partes. Se pueden obtener de fuentes tales como tejidos o células, componentes de la sangre humana o animal (como antitoxinas y otro tipo de anticuerpos, citoquinas, factores de crecimiento, hormonas y factores de coagulación), virus, microorganismos y productos derivados de ellos como las toxinas. Estos productos son obtenidos con métodos que comprenden, pero no se limitan a cultivo de células de origen humano o animal, cultivo y propagación de microorganismos y virus, procesamiento a partir de tejidos o fluidos biológicos humanos o animales, transgénesis, técnicas de Ácido Desoxirribonucleico (ADN) recombinante, y técnicas de hibridoma. Los medicamentos que resultan de estos tres últimos métodos se denominan biotecnológicos".*

Que el Director del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima solicitó a los miembros de la Instancia de Coordinación y Asesoría para el Acceso a Vacunas Seguras y Eficaces contra el Coronavirus Sars-cov-2 (Covid-19) la modificación de su integración, eliminando la participación del INVIMA teniendo en cuenta sus funciones de inspección, vigilancia y control de los biológicos a adquirir, solicitud que fue aprobada por esta Instancia de Coordinación y Asesoría.

Que de conformidad con lo anterior y en aras garantizar el correcto funcionamiento de la Instancia de Coordinación y Asesoría para el Acceso a Vacunas Seguras y Eficaces contra el Coronavirus Sars-cov-2 (Covid-19), dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se hace necesario modificar su integración.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modificación de la Integración de la Instancia Asesora. Modifíquese el artículo 1° de la Resolución 1628 de 2020, el cual quedará así:

"**Artículo 1°. Integración.** La Instancia de Coordinación y Asesoría para el Acceso a Vacunas Seguras y Eficaces, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estará integrada por:

1. El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien podrá delegar en uno de sus Viceministros y lo presidirá;

2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado, quien podrá delegar en uno de sus Viceministros;

3. El Director Nacional de Planeación o su delegado, quien podrá delegar en uno de los Subdirectores Generales;

4. El Director del Instituto Nacional de Salud;

5. El Director del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud - IETS;

6. Un (1) representante de las secretarias de salud de los niveles departamental, municipal y distrital, designado por el Ministro de Salud y Protección Social.

7. Un (1) representante de la Asociación Colombiana de Infectología ACIN, designado por el presidente de la Asociación.

8. Un (1) representante de la Academia Nacional de Medicina, designado por el presidente de la Academia.

9. Un (1) representante de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina - ASCOFAME, designado por el presidente de la Asociación.

Parágrafo 1. Los representantes señalados en los numerales 8 al 10 de que trata el presente artículo no adquieren, por el solo hecho de su elección, la calidad de servidores públicos y tampoco percibirán contraprestación económica alguna por su participación en las sesiones de la Instancia de Coordinación y Asesoría para el Acceso a Vacunas Seguras y Eficaces.

Parágrafo 2. La Instancia de Coordinación y Asesoría sesionará con la mitad más uno de sus miembros y las decisiones se tomarán por mayoría simple.

Parágrafo 3. A las sesiones de la Instancia de Coordinación y Asesoría podrán asistir otros invitados, de entidades públicas o privadas, de acuerdo con los temas específicos a debatir y en razón a los conocimientos específicos de estos".

Artículo 2. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica el artículo 1° de la Resolución 1628 de 2020.

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE.

2.3.5. Resolución 2295 de 2020

Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo de la enfermedad COVID-19 en los servicios de trasporte marítimo de pasajeros y de servicio particular, excepto cruceros, actividades náuticas, de recreo, de embarcaderos, marinas y clubes náuticos dentro del territorio nacional

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas en el Decreto Legislativo 539 de 2020 y en desarrollo del artículo 6 del Decreto 1168 de 2020 y.

CONSIDERANDO

Que el artículo 2 de la Constitución Política prevé que las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, y para asegurar del cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

Que la Ley *1*751 de 2015, en su artículo 5, establece que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, y en su artículo 10, señala como deberes de las personas frente al derecho fundamental a la salud, los de "*propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad" y "actuar de manera solidaria ante situaciones que pongan en peligro la vida y la salud de las personas*"**.**

Que el 11 de marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud *(*OMS) declaró que el brote de coronavirus COVID-19 es una pandemia, esencialmente por la velocidad de su propagación e instó a los Estados a tomar las acciones urgentes y decididas para la identificación, confirmación, aislamiento y monitoreo de los posibles casos y el tratamiento de los casos confirmados, así como la divulgación de las medidas preventivas, todo lo cual debe redundar en la mitigación del contagio.

Que mediante la Resolución 2230 del 27 de noviembre de 2020 este Ministerio prorrogó hasta el 28 de febrero de 2021, la emergencia sanitaria declarada mediante la Resolución 385 de 2020 y prorrogada a través de las Resoluciones 844 y 1462 del mismo año.

Que la evidencia muestra que la propagación del coronavirus COVID-19 continúa, a pesar de los esfuerzos estatales y de la sociedad, y, en consecuencia, al no existir medidas farmacológicas como la vacuna y los medicamentos medidas no farmacológicas las que tienen mayor costo/efectividad. Esas medidas incluyen la higiene respiratoria, el distanciamiento físico, el autoaislamiento voluntario y la cuarentena.

Que el Decreto 539 del 13 de abril de 2020, estableció que durante el término de la emergencia sanitaria este Ministerio será el competente para expedir los protocolos que sobre bioseguridad se requieran para todas las actividades económicas, sociales y sectoriales que se encuentran autorizadas, a fin de mitigar, controlar y evitar la propagación de la pandemia y realizar su adecuado manejo.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución 666 del 24 de abril de 2020, "*por medio de la cual se adopta el protocolo general de bioseguridad para todas las actividades económicas, sociales y sectores de la administración pública y su correspondiente anexo técnico".*

Que, el Gobierno nacional expidió el Decreto 1168 prorrogado por los Decretos 1297 y 1550 todos del 2020, *"Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público y se decreta el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable".*

Que al no encontrarse restricciones diferentes a las señaladas en el artículo 5 del Decreto 1168 de 2020, modificado por el artículo 1 del Decreto 1550 del presente año, las demás actividades que se desarrollen en el territorio nacional se encuentran sujetas al cumplimiento de los protocolos de bioseguridad que establezca este Ministerio, sin perjuicio de las demás instrucciones que para evitar la propagación de este virus adopten o expidan los diferentes ministerios y entidades del orden nacional.

Que, analizadas las condiciones particulares que rodean las diferentes actividades del sector del transporte marítimo de pasajeros y servicio particular, las actividades náuticas, de recreo, de embarcaderos, marinas y clubes náuticos dentro del territorio nacional, se elaboró el protocolo de bioseguridad especial que debe ser aplicado para estas actividades, en conjunto con la Dirección General Marítima (DIMAR) que dirige, coordina y controla las actividades marítimas, fluviales y costeras, como dependencia interna del Ministerio de Defensa Nacional.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. *Objeto*. Adoptar el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo de la enfermedad COVID-19 en servicios de trasporte marítimo de pasajeros y de servicio particular, excepto cruceros, actividades náuticas, de recreo, de embarcaderos, marinas y clubes náuticos dentro del territorio nacional.

Parágrafo. Este protocolo es complementario al adoptado mediante Resolución 666 de 2020, y a las demás medidas que las empresas del sector marítimo crean necesarias, siempre y cuando no sean contrarias a lo aquí previsto.

Artículo 2. ***Vigilancia del cumplimiento del protocolo*****.** La vigilancia del cumplimiento de este protocolo está a cargo de la secretaria de salud o entidad municipal o distrital que corresponda del municipio o distrito donde se desarrolla la actividad aquí señalada, sin perjuicio de la vigilancia que ejerce la Dirección General Marítima, el Cuerpo de Guardacostas la Armada Nacional y la Policía Nacional, quienes a través de sus unidades efectuarán controles en los puntos de acceso y muelles.

Artículo 3. ***Vigencia.*** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

Ver anexo técnico en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202295%20de%202020.pdf

2.3.6. Resolución 2350 DE 2020

Por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad, y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones, en especial, de las conferidas por el numeral 2 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, los numerales 4 y 30 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, y en desarrollo del artículo 11 de la Ley 1751 de 2015, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con los artículos 6 y 11 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, para la atención integral en salud a niños, niñas y adolescentes, el Estado debe implementar medidas concretas, en acatamiento de los derechos prevalentes de este segmento poblacional, y las instituciones que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, tienen el deber de definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios, en pro de garantizarles las mejores condiciones para la atención en salud.

Que mediante Resolución 5406 de 2015, este Ministerio definió los lineamientos técnicos para la atención de los menores de cinco (5) años con desnutrición aguda, en cuyo marco, se estableció una ruta específica, consistente en un operativo para organizar acciones y estrategias a poner en marcha, con miras a la continuidad e integralidad de la atención a la desnutrición de la citada población.

Que los lineamientos en cuestión constituyen un avance hacía el tratamiento de la desnutrición aguda, pues según lo allí establecido, se pasa de la tradicional estancia hospitalaria, hacia el manejo ambulatorio en casa, con participación de la familia y la comunidad, posibilitado con la Formula Terapéutica Lista para Consumo - FTLC, lo cual, representa beneficios y disminución de costos tanto para la familia, como para los servicios de salud, tratamiento que conforme con la evidencia disponible, resulta tan efectivo como el clásico manejo intrahospitalario, que se reserva únicamente para los casos complicados.

Que no obstante el predominio del manejo ambulatorio, dichos lineamientos contemplaron claras responsabilidades a cargo de los diferentes actores del SGSSS, intervinientes en el proceso de atención integral en salud a la desnutrición aguda de los niños menores de cinco (5) años, a saber, Entidades Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB, entidades territoriales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS.

Que por Resolución 2465 de 2016, este Ministerio adoptó los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de entre otros, niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, instrumentos técnicos que constituyen insumo para el adecuado diagnóstico de la desnutrición aguda moderada y severa del grupo poblacional a que se viene haciendo referencia.

Que la Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas de la Dirección de Promoción y Prevención de este Ministerio, efectuó seguimiento a la implementación de los lineamientos técnicos para la atención de la desnutrición aguda, definidos en la Resolución 5406 de 2015, evidenciando su paulatina adherencia por parte de los diferentes actores del SGSSS, intervinientes en el proceso de atención y prestación de dichos servicios y el reconocimiento de los profesionales de la salud del evento de desnutrición aguda moderada y severa como una urgencia vital, así como la necesidad de darle adecuado manejo, con las pautas de identificación, tratamiento y recuperación, contempladas en los mencionados lineamientos,

Que pese a los avances para el manejo de la desnutrición, previstos en la citada resolución, luego de su expedición se han venido desarrollando criterios técnicos que impactan en los lineamientos en cuestión, como es la determinación de principios básicos para el diagnóstico de la desnutrición; el establecimiento de la presencia de complicaciones o comorbilidades; la selección del escenario de manejo (hospitalario o ambulatorio), la organización de un ABCDARIO terapéutico con la secuencialidad en las intervenciones requeridas y la actualización de los requerimientos nutricionales para el inicio progresivo de la alimentación, tanto para el manejo intrahospitalario, como ambulatorio, entre otros.

Que conforme con lo precedente, y atendiendo lo estatuido por el numeral 13.2 del artículo 13 de la Resolución 5406 de 2015, se hace necesario recoger los criterios técnicos desarrollados con posterioridad a la emisión de dicha resolución, para el manejo integral de la desnutrición en niños de cero (0) a 59 meses, adoptando por tanto un nuevo lineamiento técnico.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. *Objeto*. La presente resolución tiene por objeto adoptar el lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad, contenido en el anexo técnico que hace parte integral de esta, y fijar las responsabilidades a cargo de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, intervinientes en el proceso de atención en salud.

Artículo 2. *Campo de aplicación*. Las disposiciones contenidas en esta resolución son de obligatorio cumplimiento por parte de las entidades promotoras de salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las entidades adaptadas de salud, las entidades pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción, las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, y las secretarias de salud de carácter departamental, distrital o municipal o la entidad que haga sus veces, según corresponda.

Parágrafo. Cuando los organismos internacionales de cooperación y en general, las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario o altruista apoyen la prestación de servicios de salud para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad, deberán dar cumplimiento al lineamento técnico para su manejo, contenido en el anexo técnico que hace parte integral de esta resolución.

Artículo 3*. Definiciones.* Para la aplicación de la presente resolución, se adoptan las siguientes definiciones:

3.1. Alimento para Propósito Médico Especial *(*APME): Corresponde a productos de soporte nutricional, diseñados y elaborados para ser administrados por vía oral o por sonda, en los ámbitos hospitalario, ambulatorio o domiciliario, con el fin de brindar soporte nutricional total o parcial a niños de cero (0) a 59 meses de edad, que requieran atención integral a la desnutrición aguda moderada y severa, cuyo manejo nutricional no pueda atenderse únicamente modificando la alimentación convencional. Estos productos se encuentran denominados así en su registro sanitario. La Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo - FTLC, de que trata el anexo técnico en mención, hace parte de esta clasificación.

3.2. Búsqueda activa comunitaria: Indagación o rastreo intencionado de posibles casos de desnutrición aguda que se pueden estar presentando en la comunidad y que no hayan consultado a una IPS.

3.3. Desnutrición aguda: se presenta cuando el puntaje z del indicador peso para la talla o longitud (P/T-L), está por debajo de -2 desviaciones estándar (D.E.). La desnutrición aguda se encuentra asociada a pérdida de peso reciente o a incapacidad para ganarlo, y se genera en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos *y/o* presencia de enfermedades infecciosas.

3.4. Desnutrición aguda moderada: se presenta cuando el puntaje z del indicador P/T-L es menor a -2 y mayor o igual a -3 DE. Puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez. Este tipo de desnutrición debe detectarse y manejarse oportunamente, dado que en poco tiempo se puede pasar a desnutrición aguda severa *y/*o complicarse con enfermedades infecciosas.

3.5. Desnutrición aguda severa: se presenta cuando el puntaje Z del indicador P/T-L, está por debajo de -3DE. Clínicamente puede presentar edema bilateral o emaciación.

3.6. Manejo ambulatorio de la desnutrición aguda: escenario de atención de la desnutrición aguda, siguiendo los criterios definidos en el anexo técnico que hace parte integral de esta resolución, donde el niño o niña de cero (0) a 59 meses, recibe en su casa y entorno familiar el tratamiento y seguimiento terapéutico para su recuperación nutricional, reduciendo así la exposición al riesgo de infección intrahospitalaria y disminuyendo también el impacto social que implica para la familia el traslado y estadía prolongada del niño en un centro hospitalario.

3.7. Manejo hospitalario de la desnutrición aguda: escenario en el cual, por la severidad de la desnutrición y las complicaciones médicas asociadas, de acuerdo con los criterios establecidos en el anexo técnico que hace parte integral de esta resolución, se precise la referencia del niño o niña a una institución con manejo permanente por pediatría.

CAPÍTULO II

ASPECTOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS DE CERO (0) A 59 MESES CON DESNUTRICIÓN AGUDA

Artículo 4. *Detección e identificación de casos de niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda.* Los niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda moderada y severa, deben identificarse tanto a nivel intramural, como extramural, mediante la demanda espontánea en los diferentes servicios de salud, y por jornadas de atención integral en salud que realicen las IPS.

Parágrafo. La atención de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses, se considera atención de urgencias, por lo que no requiere ningún tipo de autorización y su atención debe ser inmediata.

Artículo 5. *Valoración clínica y clasificación nutricional.* Conforme con la detección e identificación de casos a que refiere el artículo anterior, las IPS realizarán la valoración clínica y la clasificación nutricional para confirmar la presencia de la desnutrición aguda moderada y severa y definirán el escenario de manejo, de conformidad con lo establecido en el anexo técnico de esta resolución.

Artículo 6. *Tratamiento terapéutico de la desnutrición aguda en niños de cero (0) a 59 meses.* Corresponde a las IPS prescribir las fórmulas terapéuticas. A su vez, las entidades de aseguramiento deben entregar de manera inmediata la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo - FTLC, tanto para la prueba de apetito, como para el tratamiento ambulatorio y hospitalario, entrega que se hará a través de los proveedores de farmacia. Para el caso de la Formula Terapéutica - F75, se debe garantizar como un insumo de estancia hospitalaria, de acuerdo con los criterios establecidos en el anexo técnico que forma parte integral de esta resolución.

Artículo 7. *Egreso y seguimiento según tipo de atención.* Para el egreso del manejo hospitalario y ambulatorio del niño de cero (0) a 59 meses, deben cumplirse los criterios descritos

en el anexo técnico que hace parte integral de esta resolución. Una vez se cumplan dichos criterios, el niño deberá continuar en seguimiento, mediante las atenciones descritas en la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

CAPÍTULO III

ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL Y RESPONSABILIDADES DE LOS DIFERENTES ACTORES DEL SGSSS

Artículo 8. A*rticulación intersectorial.* En desarrollo de los principios de coordinación, eficacia, celeridad y economía, la entidad territorial de carácter departamental, distrital o municipal, según corresponda, deberá promover las acciones de coordinación y gestión con los diferentes sectores que tienen a su cargo atenciones preventivas, promocionales y complementarias, dirigidas a niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda moderada y severa, procurando el más alto nivel de calidad y oportunidad en las actuaciones para garantizar la protección de sus derechos.

Artículo 9. *Responsabilidades de las secretarias de salud de orden departamental, distrital o municipal*. Para la implementación de la atención integral de los niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda moderada y severa, cuyas atenciones se describen en el anexo técnico, las secretarias de salud de orden departamental distrital o municipal, según corresponda, tendrán a su cargo las siguientes responsabilidades:

9.1. Gestionar, conforme con la normativa y procedimientos establecidos, la afiliación de los niños y sus familias, que se identifiquen sin cobertura del aseguramiento en salud, al sistema que corresponda.

9.2. Vigilar y controlar la prestación de los servicios para garantizar la calidad y oportunidad de la atención a la desnutrición aguda moderada y severa, de acuerdo con las necesidades y características de los niños identificados.

9.3. Vigilar y controlar que en los territorios con población rural y rural dispersa, se implementen las estrategias de atención integral extramural, que permitan garantizar la detección oportuna y la atención integrada de los niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda moderada y severa.

9.4. Realizar las acciones de vigilancia en salud pública, de acuerdo con los eventos definidos en los protocolos y lineamientos técnicos vigentes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila, esto es, mortalidad infantil por y asociada a desnutrición y evento de desnutrición aguda en niños menores de cinco (5) años.

9.5. Propender por el fortalecimiento continuo de capacidades del talento humano en salud, en lo relacionado con el lineamiento contenido en el anexo, a fin de que se materialice en la atención a la desnutrición aguda moderada y severa a niños de cero (0) a 59 meses.

9.6. Establecer dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente acto administrativo, la línea base de adherencia del lineamiento contenido en el anexo técnico, en las entidades de aseguramiento que operen en su jurisdicción, con mayor número de casos de morbimortalidad por desnutrición aguda.

9.7. Solicitar a las entidades de aseguramiento un plan de mejoramiento con seguimiento semestral, con base en lo identificado en la línea base de adherencia al lineamiento, lo cual deberá efectuarse en el mismo tiempo establecido en el numeral 9.6. Para tal fin, se deben tener en cuenta los indicadores de seguimiento y monitoreo, establecidos en el lineamiento que hace parte de esta resolución.

9.8. Gestionar en los comités departamentales, distritales o municipales de Seguridad Alimentaria y Nutricional - SAN o en los espacios intersectoriales que aborden la temática relacionada con programas sociales orientados a mejorar el acceso y disponibilidad de alimentos, la vinculación del niño o niña en proceso de recuperación de desnutrición aguda moderada y severa.

Artículo 10. *Responsabilidades de las entidades de aseguramiento*. Para la implementación de la atención integral de los niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda moderada y severa, cuyas atenciones se describen en el anexo técnico que hace parte integral de esta resolución, las entidades de aseguramiento tendrán a su cargo las siguientes responsabilidades:

10.1. Gestionar, acorde con la normativa y procedimientos establecidos, la afiliación de los niños y sus familias, que se identifiquen sin cobertura del aseguramiento en salud, al sistema que corresponda.

10.2. Garantizar calidad y oportunidad en la atención integral en salud de niños de cero (0) a 59 meses y la implementación del lineamiento para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, contenido en el anexo técnico que hace parte integral de esta resolución. Igualmente deben garantizar la adopción de estrategias de atención extramural, que incluyan búsqueda activa comunitaria para la detección y atención de este segmento poblacional, con desnutrición aguda moderada y severa.

10.3. Garantizar el flujo y la transición efectiva y oportuna en el marco del sistema de referencia y contrarreferencia, para asegurar la atención del niño de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda moderada y severa, acorde con su cuadro clínico y el nivel de complejidad de los servicios de salud, atendiendo lo establecido en el lineamiento técnico contenido en el anexo técnico que hace parte integral de esta resolución.

10.4. Garantizar que la red prestadora de servicios de salud que haya contratado cuente con los equipos necesarios para la toma de medidas antropométricas y que dichos equipos se encuentren en buen estado, de acuerdo con lo estatuido en la Resolución 2465 de 2016 o la norma que la modifique o sustituya.

10.5. Garantizar la atención integral con enfoque diferencial para los niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda moderada y severa, pertenecientes a la población indígena. Para el efecto, deben implementar estrategias de búsqueda activa, atención extramural con traductores y tener en cuenta la cosmovisión, usos y costumbres de esta población.

10.6. Verificar que la red prestadora de servicios de salud contratada, implemente el lineamiento para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses, contenido en el anexo técnico de la presente resolución.

10.7. Garantizar en todos los grados de complejidad de los servicios de salud y modalidades de atención en salud de su red prestadora, el suministro, disponibilidad y entrega de la Fórmula Terapéutica - F-75, para la fase de estabilización y manejo hospitalario y de la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo - FTLC, en el manejo ambulatorio. Igualmente debe garantizar los demás insumos requeridos para dar cumplimiento a las fases de estabilización, transición y rehabilitación, según lo establecido en el lineamiento técnico, contenido en el anexo técnico a que refiere esta resolución.

10.8. Garantizar el suministro, disponibilidad y entrega de fórmula láctea de inicio en los casos de niños menores de seis (6) meses de edad, con desnutrición aguda moderada y severa, sin posibilidad de ser amamantados.

10.9. Efectuar seguimiento individual y nominal a los casos de niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda moderada y severa, que se encuentren en manejo ambulatorio, según lo previsto en el lineamiento contenido en el anexo técnico a que alude esta resolución.

10.10. Evaluar cada seis meses a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, la adherencia de su red prestadora de servicios de salud al lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad, contenido en el anexo técnico de que trata esta resolución. Como resultado de ello, formular dentro del mismo término un plan de mejoramiento continuo con su respectivo seguimiento.

10.11. Garantizar las acciones de vigilancia en salud pública de su competencia, de acuerdo con los eventos definidos en los protocolos y lineamientos técnicos vigentes del Sivigila, a saber, mortalidad infantil por y asociada a desnutrición y evento de desnutrición aguda en niños menores de cinco (5) años.

Artículo 11. *Responsabilidades de las instituciones Prestadoras* de Servicios de Salud - *IPS*. Para la implementación de la atención integral de los niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda moderada y severa, cuyas atenciones se describen en el anexo técnico que hace parte integral de esta resolución, las IPS tendrán a su cargo las siguientes responsabilidades:

11.1 Prestar los servicios de salud con calidad y oportunidad, incluyendo acciones para la población rural y rural dispersa, con estrategias de atención extramural en salud, que involucren búsqueda activa comunitaria para la detección y atención de niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda moderada y severa.

11.2 Garantizar la prestación de servicios de salud con enfoque diferencial a los niños de cero (0) a 59 meses, con desnutrición aguda, moderada y severa, pertenecientes a la población indígena, implementando estrategias de búsqueda activa, atención extramural con traductores y teniendo en cuenta la cosmovisión, usos y costumbres de esta población.

11.3 Garantizar en los grados de complejidad y modalidades de prestación de servicios que brinde, la disponibilidad de equipos antropométricos para la toma de medidas antropométricas, según la edad. También deberá garantizar que dichos equipos sean objeto de mantenimiento y calibración periódica, lo que habrá de soportar con la hoja de vida de estos, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o la norma que la modifique o sustituya.

11.4 Garantizar en los grados de complejidad y modalidades de prestación de servicios que brinde, la prescripción de la Fórmula Terapéutica F-75, para la fase de estabilización y manejo hospitalario, y de la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo - FTLC, para el manejo ambulatorio. Igualmente, deberá garantizar la prescripción de los demás insumos requeridos para dar cumplimiento a las fases de estabilización, transición y rehabilitación, según lo establecido en el lineamiento contenido en el anexo técnico a que refiere esta resolución.

11.5 Garantizar la prescripción de la fórmula láctea de inicio, en el caso de niños menores de seis (6) meses con desnutrición aguda moderada o severa, sin posibilidad de ser amamantados, hasta que se cumpla con los criterios de egreso, según lo establecido en el mencionado anexo técnico.

11.6 Realizar el seguimiento individual a los niños de cero (0) a 59 meses de edad con desnutrición aguda moderada y severa, que sean derivados hacia el manejo ambulatorio, acorde con lo señalado en el referido anexo técnico.

11.7 Realizar la evaluación de la adherencia al lineamiento técnico que hace parte integral de esta resolución, mínimo una vez dentro del respectivo semestre, y formular dentro del mismo periodo, de acuerdo con dicha evaluación, un plan de mejoramiento con el correspondiente seguimiento, para lo cual, se deben tener en cuenta los indicadores de seguimiento y monitoreo, establecidos en el lineamiento que hace parte integral de esta resolución.

11.8 Realizar las acciones de notificación de vigilancia en salud pública, de conformidad con los eventos definidos en los protocolos y lineamientos técnicos vigentes del Sivigila, a saber, mortalidad infantil por y asociada a desnutrición y evento de desnutrición aguda en menores de cinco (5) años.

11.9 Garantizar el fortalecimiento continuo de capacidades por parte del talento humano en salud, en lo relacionado con el lineamiento que desarrolla las atenciones en niños de cero (0) a 59

meses, para el manejo integral de la desnutrición aguda moderada y severa, contenido en el anexo técnico de que trata esta resolución.

Artículo 12. ***Inspección, vigilancia y control - IVC.*** Sin perjuicio de las funciones que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, relacionadas con el ejercicio de IVC para que los usuarios accedan a los servicios de salud que les garantiza el Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC, las secretarias de salud o dependencias que hagan sus veces, velarán porque el manejo integral de atención a la desnutrición, se realice conforme con el lineamiento técnico adoptado mediante el anexo técnico que hace parte integral de esta resolución, y adelantarán las acciones en el marco de sus competencias, cuando evidencien incumplimiento a lo aquí dispuesto.

Artículo 13. ***Vigencia.*** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 5406 de 2015.

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE.

Ver anexo técnico: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202350%20de%202020.pdf

2.3.7. Resolución 2461 de 2020

Por la cual se determina el reconocimiento de las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico de SARS CoV2 [COVID-19] realizadas entre el 17 de marzo y el 25 de agosto de 2020, se fija el monto por EPS y demás EOC por dicho concepto, y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el artículo 20 del Decreto Legislativo 538 de 2020, y

CONSIDERANDO

Que, la Organización Mundial de la Salud - OMS el 11 de marzo de 2020 declaró como pandemia el brote de la enfermedad por coronavirus COVID - 19, e instó a los Estados a tomar acciones urgentes y decididas para evitar la propagación del virus.

Que, ante dicha circunstancia, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, declaró la emergencia sanitaria y adoptó medidas para hacer frente al virus, medida sanitaria que ha sido prorrogada a su vez por las Resoluciones 844, 1462 y 2230 del mismo año, vigente hoy, hasta el 28 de febrero de 2021.

Que, mediante el Decreto 417 del 17 de marzo de 2020, el Gobierno nacional declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en el territorio nacional, por el término de treinta (30) días, con el fin de conjurar la calamidad pública generada por la COVID-19, e impedir la extensión de sus efectos.

Que, en desarrollo de lo dispuesto en el citado decreto legislativo, mediante el Decreto 444 de 2020 se crea el Fondo de Mitigación de Emergencias - FOME como un fondo cuenta, cuyo objeto es, entre otros, atender las necesidades de recursos para la atención en salud, garantizando la prestación de los servicios requeridos en el marco de la emergencia sanitaria.

Que, mediante el Decreto Legislativo 538 de 2020 se adoptaron medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, entre ellas, la canasta de servicios y tecnologías en salud, que se financia con recursos adicionales, de manera que los prestadores de servicios de salud, las EPS y los diferentes actores del Sistema de Salud, puedan programar, contratar y pagar las atenciones respectivas.

Que, el Ministerio de Salud y Protección Social ha definido un plan de acción para mitigar la propagación de la pandemia dirigido, entre otros, a fortalecer el sistema de salud para garantizar

las condiciones necesarias de atención y prevención en materia de atención en salud, salud pública y prestación de servicios, entre ellas, la realización de las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico de SARS CoV2 [COVID- 19].

Que, en razón a que en el periodo inicial de la declaratoria de la pandemia no se disponía de recursos presupuestales adicionales a los recursos corrientes, este Ministerio mediante la Circular 19 de marzo 25 de 2020, aclaró que las diferentes pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico de SARS CoV2 COVID-19 debían ser financiadas con los recursos asignados al presupuesto máximo, a pesar de que, en el calculo de estos no se tenían previstos los valores y frecuencias.

Que, adicionalmente, a través de la Resolución 537 del 31 de marzo de 2020, por la cual se modifica la Resolución 3495 de 2019 que establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, este Ministerio incluyó como subcategorías los códigos de las pruebas de Anticuerpos y Antígenos clasificadas con los CUPS 90.6.2.70 (SARS CoV2 [COVID-19] Anticuerpos Ig G), 90.6.2.71 (SARS CoV2 [COVID-19] Anticuerpos Ig M) y 90.6.3.40 (SARS CoV2 [COVID-19) Antígeno).

Que, este Ministerio con el propósito de orientar a las entidades encargadas de realizar el diagnóstico de la población afectada por el SARS-CoV-2 y que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, emitió los lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT PCR, pruebas de antígeno y pruebas serológicas para SARS-CoV-2 (COVID-19).

Que, teniendo en cuenta las indicaciones dadas a través de la Circular 19 de 2020, las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar realizaron los acuerdos de voluntades con las IPS y laboratorios para la toma. procesamiento y entrega de resultados de las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico de SARS CoV2 [COVID-19] prestadas a partir del 17 de marzo al 25 de agosto de 2020, en razón a que a partir del 26 de agosto de 2020, en virtud de la Resolución 1463 de 2020, dichos procedimientos diagnósticos son reconocidos por la ADRES a los valores máximos allí definidos y con cargo a los recursos del FOME.

Que, pese a la determinación de que las pruebas realizadas con anterioridad al 26 de agosto debían ser financiadas con recursos del presupuesto máximo, al realizar el seguimiento al comportamiento de tales recursos se observa un impacto negativo en el balance y suficiencia del presupuesto inicialmente calculado y asignado a cada una de las EPS y demás EOC, razón por la cual, este Ministerio mediante oficio 202030001750091 del 09 de noviembre de 2020 solicitó al Comité del Fondo de Mitigación de Emergencia - FOME, la asignación de recursos para la financiación de pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico de SARS Cov2 (Covid-19) prestadas con anterioridad al 26 de agosto 2020.

Que, el Comité de Administración del Fondo de Mitigación de Emergencias - FOME, en sesión virtual del 20 de noviembre de 2020, aprobó financiar con cargo a los recursos del fondo, la solicitud realizada por este Ministerio para el reconocimiento y pago

de las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico de SARS Cov2 (Covid-19), realizadas entre el 17 de marzo y el 25 de agosto de 2020, de conformidad con la certificación emitida el 24 de noviembre de 2020 por la Secretaria Técnica del Comité de Administración del Fondo de Mitigación de Emergencias - FOME.

Que, en atención a que el principio de eficiencia definido en la Ley 1751 de 2015 insta a todos los agentes que intervienen en la protección del derecho a la salud a que procuren la mejor utilización social y económica de los recursos disponibles, se considera necesario fijar el monto de reconocimiento y pago por parte de la ADRES por las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico SARS CoV2 [COVID-19] realizadas entre el 17 de marzo y el 25 de agosto de 2020, así como el procedimiento que debe adelantarse para dichos efectos ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, con cargo a los recursos del Fondo de Mitigación de Emergencias- FOME.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. ***Objeto.*** La presente resolución tiene por objeto determinar el reconocimiento de las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico de SARS CoV2 [COVID·19] que hacen parte de las canastas para servicios y tecnologías en salud destinados a la atención del Coronavirus COVID-19 realizadas entre el 17 de marzo y el 25 de agosto de 2020 y se fija el monto que por este concepto debe pagar la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES por EPS y EOC por dicho concepto.

Artículo 2. ***Ámbito de aplicación.*** Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a las Entidades Promotoras de Salud ~ EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, demás Entidades Obligadas a Compensar - EOC, a los prestadores de servicios de salud y a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

Artículo 3. ***Fuentes de financiación.*** Los recursos para la financiación de las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico para SARS CoV2 [COVID-19] realizadas entre el 17 de marzo y el 25 de agosto de 2020, serán los previstos en el Fondo de Mitigación de Emergencias - FOME e incorporados en el presupuesto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, dispuesto al Ministerio de Salud y Protección Social y transferidos a la ADRES, de conformidad con los requerimientos y disponibilidad fiscal.

Artículo 4. ***Monto a reconocer por las pruebas COVID-19 realizadas desde el 17 de marzo al 25 de agosto de 2020.*** Fijar el monto máximo de reconocimiento y pago de las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico para SARS CoV2 [COVID-19] para cada EPS y demás EOC, entre el 17 de marzo y el 25 de agosto de 2020, así:

EPS	NOMBRE	REGIMEN	MONTO A RECONOCER
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	C	6.464.227.528,27
EPSI01	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA "DUSAKAWI A.R.S.I."	C	661.659.826,72
EPS048	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS	C	438.444.028,52
EPS008	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	C	51.901.153.465,77
EPS012	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA "COMFENALCO VALLE DE LA GENTE"	C	4.719.184.706,07
EPS016	COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. "COOMEVA E.P.S. S.A."	C	21.363.447.663,47
EPS042	COOSALUD EPS S.A.	C	889.952.884,22
EAS016	EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN - DEPARTAMENTO MEDICO	C	274.793.596,98
EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	C	86.038.444.597,51
EPS018	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	C	8.913.930.965,77
EPS017	EPS FAMISANAR S.A.S.	C	63.779.889.042,96
EPS010	EPS SURAMERICANA S.A.	C	109.046.643.179,11
EAS027	FONDO PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NACIONALES	C	197.863.246,30
EPS046	FUNDACIÓN SALUD MIA	C	390.014.256,84
EPS044	MEDIMAS EPS S.A.S.	C	17.368.222.208,86
EPS037	NUEVA EPS S.A.	C	77.698.624.705,90

EPS	NOMBRE	REGIMEN	MONTO A RECONOCER
EPS002	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	C	67.606.454.263,99
EPSS40	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. "SAVIA SALUD EPS"	S	7.763.764.438,78
ESS062	ASMET SALUD EPS S.A.S.	S	8.404.854.214,87
EPSI03	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA A.I.C. EPSI	S	898.797.254,34
ESS076	ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO AMBUQ EPS - S – ESS	S	3.301.148.085,05
ESS207	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS	S	21.236.277.157,96
CCF055	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO	S	7.580.212.179,91
CCF007	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA Y BOLÍVAR COMFAMILIAR	S	158.739.960,21
CCF053	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CUNDINAMARCA "COMFACUNDI"	S	585.408.249,86
CCF023	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA "COMFAGUAJIRA"	S	651.284.622,80
CCF027	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO	S	722.374.819,48
CCF033	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE	S	1.004.433.161,92
CCF102	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ	S	661.121.382,38
CCF024	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA "COMFAMILIAR"	S	3.586.729.391,94
CCF050	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO "COMFAORIENTE"	S	918.919.114,91
EPSS34	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	S	16.452.146.622,94
EPS025	CAPRESOCA E.P.S.	S	679.009.620,19
ESS133	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA SUBSIDIADA "COMPARTA EPS-S"	S	5.352.131.102,42
ESS024	COOSALUD EPS S.A.	S	24.266.902.398,94
ESS091	ECOOPSOS EPS SAS	S	2.231.698.897,33
EPSI04	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD INDÍGENA ANAS WAYUU EPSI	S	1.355.854.460,80
ESS118	EMSSANAR S.A.S.	S	11.859.588.609,45
EPS022	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO EPS CONVIDA	S	2.436.812.076,21
EPSI05	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	S	1.151.842.706,03
EPSS45	MEDIMAS EPS S.A.S.	S	2.254.031.821,72
EPSS41	NUEVA EPS S.A.	S	3.241.844.239,01
EPSI06	PIJAOS SALUD EPSI	S	317.756.242,71

En todo caso, el reconocimiento y pago de las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico para SARS CoV2 [COVID-19] se sujetará a la disponibilidad de los recursos.

Parágrafo. Los montos aquí detallados corresponden al desarrollo de la metodología dispuesta en el documento "Estimación del monto a reconocer a las EPS por concepto de Pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico para COVID-19" preparado por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio y la cual tiene como referencia la base de datos de SISMUESTRAS con corte al 20 de noviembre, la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

Artículo 4. *Procedimiento para el reconocimiento y pago de las pruebas COVID-19.* Para el reconocimiento y pago de pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico para SARS CoV2 [COVID-19] realizadas entre el 17 de marzo y el 25 de agosto de 2020, se adelantará el

siguiente procedimiento, en los términos y condiciones dispuestos por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES:

4.1. Las Entidades Promotoras de Salud y las demas Entidades Obligadas a Compensar deberán:

4.1.1. Las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico para SARS CoV2 [COVID-19] realizadas entre el 17 de marzo y el 25 de agosto de 2020, objeto de reconocimiento en el presente acto administrativo, serán aquellas reportadas en SISMUESTRAS, para lo cual, las EPS y demás EOC deberán remitir a la ADRES la información relacionada con la identificación del usuario.

4.1.2. Para las facturas que ya hayan sido pagadas a los prestadores por las EPS y EOC se deberá acreditar el pago de las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico para SARS CoV2 [COVID·19] realizadas entre el 17 de marzo y el 25 de agosto de 2020, para lo cual deberán allegar certificación del representante legal de la EPS o EOC que certifique el monto total cancelado por dicho concepto, junto con la relación de usuarios

4.1.3. Para las facturas que a la fecha no hayan sido pagadas a los prestadores se deberá acreditar la prestación efectiva de las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico para SARS CoV2 [COVID-19] realizadas entre el 17 de marzo y el 25 de agosto de 2020; para lo cual deberán allegar una relación de la identificación del usuario y de las facturas pendientes de pago de la prestación del servicio de las pruebas certificado por el representante legal de la EPS o EOC, en donde se identifique el monto total facturado y de cada factura por dicho concepto, discriminado como mínimo por cada uno de los prestadores, junto con la relación de usuarios. Estos recursos serán girados directamente a los prestadores.

4.1.4. Las EPS o demás EOC deberán allegar la relación de prestadores objeto de giro en los términos y condiciones definidos por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, sin que el monto total supere el establecido para cada entidad.

4.1.5. En caso de que la EPS o EOC haya adquirido masivamente las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico para SARS CoV2 [COVID-19] estas se pagarán siempre y cuando sean presentadas en conjunto con la relación de facturas o el certificado contable que acredite el pago de adquisición de la prueba, teniendo en cuenta las condiciones de presentación definidas por la ADRES.

4.2. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES:

4.2.1 Definirá los calendarios para la presentación de la información.

4.2.2 Validará la información de los afiliados reportada por la EPS y demás EOC contra la información de SISMUESTRAS con corte a 20 de noviembre de 2020.

4.2.3 Pagará a las EPS cuando estas hayan asumido directamente la compra de las pruebas o hayan realizado el pago a los prestadores de servicios de salud con anterioridad a la vigencia del presente acto administrativo.

4.2.4 Pagará directamente a las IPS, cuando a la fecha de entrada en vigencia de la presente resolución no hayan sido pagadas las pruebas, conforme la información reportada por la EPS o EOC.

Parágrafo. Las IPS deberán encontrarse registradas en REPS, independiente de la clase del prestador de servicios de salud de que se trate.

Artículo 5. ***Vigencia.*** La presente resolución rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

2.3.8. Resolución 2452 de 2020

Por la cual se adoptan medidas preventivas y transitorias para el control sanitario de pasajeros provenientes del Reino Unido de forma directa o por conexiones, por vía aérea, a causa de evidencias de nuevo Coronavirus, COVID-19

LOS MINISTROS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DE TRANSPORTE

En ejercicio de sus atribuciones, en especial, de las contenidas en los artículos 69 de la Ley 1753 de 2015, 2.8.8.1.4.2 y 2.8.8.1.4.3 del Decreto 780 de 2016 y 6, numerales 6.1 y 6.2, del Decreto 087 de 2011, y en desarrollo del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011.

CONSIDERANDO

Que el artículo 49 de la Constitución Política determina, entre otros aspectos, que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad y el artículo 95, del mismo ordenamiento, dispone que las personas deben "*obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias, ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud".*

Que la Ley 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud y dispone en el artículo 5 que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, como una de los elementos fundamentales del Estado Social de Derecho.

Que dicha norma, en el artículo 10, enuncia como deberes de las personas frente a ese derecho fundamental, los de *"propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad"* y de *"actuar de manera solidaria ante situaciones que pongan en peligro la vida y la salud de las personas".*

Que la Ley 9 de 1979 consagra medidas sanitarias y el Título VII dispone que corresponde al Estado, como regulador en materia de salud, expedir las disposiciones necesarias para asegurar una adecuada situación de higiene y seguridad en todas las actividades, así como vigilar su cumplimiento a través de las autoridades de salud.

Que el artículo 489 de la Ley 9 de 1979, determina que el Ministerio de Salud y Protección Social, o su entidad delegada, será la autoridad competente para ejecutar *"acciones de vigilancia epidemiológica y de control de saneamiento de áreas portuarias, naves y vehículos. Todas las entidades que participen en el tráfico internacional y en actividades de las áreas portuarias, deberán dar respaldo y prestar su apoyo al Ministerio de Salud o su entidad delegada para el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentaciones".*

Que, el artículo 598 de la Ley 9 de 1979 establece que, *"toda persona debe velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros*

de su hogar, evitando acciones y omisiones perjudiciales y cumpliendo las instrucciones técnicas y las normas obligatorias que dicten las autoridades competentes".

Que de conformidad con el artículo 2.8.8.1.4.2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario Del Sector Salud y Protección Social, en consonancia con el parágrafo 1 del artículo 2.8.8.1.4.3 del mencionado decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social como autoridad sanitaria del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, sin perjuicio de las medidas contempladas en el primer artículo citado, en el caso de epidemias o situaciones de emergencias sanitarias nacional o internacional, puede "*...adoptar medidas de carácter urgente y otras precauciones basadas en principios científicos recomendadas por expertos con el objetivo de limitar la diseminación de una enfermedad o un riesgo que se haya extendido ampliamente dentro de un grupo o comunidad en una zona determinada".*

Que el artículo 6 del Decreto 087 de 2011, estableció las funciones a cargo del Ministerio de Transporte, previendo en los numerales 6.1. y 6.2, la de: *"Orientar, dirigir, coordinar, planificar, controlar y evaluar el cumplimiento de las funciones a cargo del Sector, en materia de transporte, tránsito e infraestructura de todos los modos" y "definir y establecer las políticas en materia de transporte, tránsito e infraestructura de todos los modos."*, respectivamente.

Que de acuerdo con el artículo 1° del Reglamento Sanitario Internacional, se considera emergencia de salud pública de importancia internacional un evento extraordinario que i) constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y ii) podría exigir una respuesta internacional coordinada.

Que ante la identificación del nuevo Coronavirus - COVID-19, desde el pasado 7 de enero de 2020, se declaró este brote como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por parte de la Organización Mundial de la Salud, por lo que este Ministerio ha venido implementando medidas para enfrentar su llegada en las fases de prevención y contención en aras de mantener los casos y contactos controlados.

Que el 9 de marzo de 2020, el Director General de la OMS recomendó, en relación con el nuevo Coronavirus - COVID-19, que los países adapten sus respuestas a esta situación, de acuerdo al escenario en que se encuentre cada país, invocó la adopción prematura de medidas con un objetivo común a todos los países: detener la transmisión y prevenir la propagación del virus para lo cual los países sin casos, con casos esporádicos y aquellos con casos agrupados deben centrarse en encontrar, probar, tratar y aislar casos individuales y hacer seguimiento a sus contactos.

Que, el 11 de marzo de este año, la OMS declaró que el brote del nuevo Coronavirus - COVID-19 es una pandemia, esencialmente por la velocidad en su propagación, por lo que instó a los países a tomar acciones urgentes y decididas para la identificación, confirmación, aislamiento, monitoreo de los posibles casos y el tratamiento de los casos confirmados, así como la divulgación de las medidas preventivas, todo lo cual debe redundar en la mitigación del contagio.

Que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud - OMS, existe suficiente evidencia para indicar que el nuevo Coronavirus - COVID-19, se transmite de persona a persona pudiendo traspasar fronteras geográficas a través de pasajeros infectados; la sintomatología suele ser inespecífica, con fiebre, escalofríos y dolor muscular, pero puede desencadenar en una neumonía grave e incluso la muerte.

Que, con el objeto de garantizar la debida protección de la salud de los habitantes del territorio nacional, se expidió la Resolución de emergencia sanitaria 385 del 12 de marzo de 2020, y prorrogada a su vez por las resoluciones 844,1462, 2230 hasta el 28 de febrero de 2021.

Que actualmente no existe un medicamento ni tratamiento eficaz para hacer frente al virus y, que si bien, ya se iniciaron programas de vacunación en algunos países del mundo, incluido Inglaterra, Colombia tiene previsto iniciar con el mismo en el mes de febrero del año 2021.

Que por medio de la resolución 1769 de 2020 de la aeronáutica civil se levantó la suspensión del desembarque con fines de ingreso o conexión en territorio colombiano de pasajeros procedentes del exterior por vía aérea a partir de las cero horas del 16 de septiembre

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Resolución 1627 de 2020 modificada por la resolución 1972 del mismo año, adoptó el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo de coronavirus COVID-19, para el transporte internacional de personas por vía aérea.

Que el Gobierno nacional expidió el Decreto 1374 de 2020, derogatorio del decreto 1109 del mismo año, mediante los cuales se creó y optimizó el programa de pruebas, rastreo, y aislamiento selectivo sostenible-PRASS para el monitoreo y seguimiento masivo y sistemático de casos y contactos de COVID-19, a través del rastreo de los contactos de los casos confirmados y de los casos sospechosos, del aislamiento de los casos confirmados y sus contactos y la toma de muestras y realización de pruebas diagnósticas de laboratorio.

Qué, la toma de decisiones en Salud Pública se debe adaptar al surgimiento de nuevos hechos y evidencias científicas, de forma dinámica y continúa.

Que, según la evidencia científica, el SARS-CoV-2 es un virus de ARN, y las mutaciones surgen naturalmente a medida que el virus se replica. Actualmente han surgido miles de mutaciones, pero es probable que sólo una minoría sea clínica o epidemiológicamente importante y cambie el virus de forma apreciable.

Que en Colombia se ha detectado la circulación de dos linajes o "variantes genéticas" del virus, y se han reconocido 12 sublinajes, es decir que el virus que infecta a los colombianos no en todos los casos es el mismo que en otros países, por lo cual, se reconocen "virus locales" así como, también las variantes genéticas globales del SARS COV-2.

Que, de acuerdo con la información hasta el momento disponible, en el Reino Unido, se ha reconocido una nueva variante (VUI-202012/01, la primera "*V*ariante bajo investigación" en diciembre de 2020) y se define por un conjunto de 17 cambios o mutaciones. Una de las más significativas es una mutación N501Y en la proteína "spike" que el virus utiliza para unirse al receptor humano ACE2. Los cambios en esta parte de la proteína pueden hacer que el virus se vuelva más infeccioso y se propague más fácilmente, aunque la evidencia aun no es suficiente.

Que se ha informado de un rápido crecimiento de este nuevo linaje en el Reino Unido asociado con un número inesperadamente grande de cambios genéticos, incluyendo el dominio de unión de receptores y otros. Dadas las características que no se han podido especificar, se requiere una caracterización urgente en laboratorio y una mayor vigilancia genómica en todo el mundo.

Que, las autoridades sanitarias de Reino Unido han indicado que esta nueva cepa puede ser más contagiosa, aunque no existe evidencia de que sea más letal o tenga un comportamiento clínico distinto que las cepas conocidas.

Que dado el incremento de la transmisión en algunas regiones del país, el ingreso de una nueva cepa, cuya detección, al menos por las pruebas de antígeno, podría verse afectada, dificultaría el control epidemiológico basado en la detección de casos y contactos, hasta tanto no se tenga claridad del rendimiento de estas pruebas para esta nueva cepa.

Que por todo lo anterior Colombia requiere tiempo para analizar el impacto epidemiológico de la nueva cepa en la transmisión local y, si es del caso, adaptar su respuesta, por lo que es necesario impartir medidas preventivas y transitorias relacionadas con la contención del virus y su mitigación.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. *Suspensión del ingreso al territorio colombiano*. Suspéndase el ingreso al territorio Colombiano de vuelos procedentes del Reino Unido directos y por conexión, a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución.

Sólo se admitirá el ingreso al país de personas que arriben a Colombia y cuyo país de origen sea el Reino Unido, cuando se trate de:

1.1. Colombianos y extranjeros que inicien su vuelo desde el Reino Unido o que inicien su vuelo de conexión hacia Colombia, antes de la fecha de entrada en vigencia de la presente resolución.

1.2. Colombianos y extranjeros que, por diferencia de horario, ya hayan sido citados a la terminal aérea antes de la entrada en vigencia de la presente resolución.

1.3. Colombianos y extranjeros con residencia permanente en Colombia, autorizados a tomar vuelos humanitarios, si los mismos son permitidos, de acuerdo con la evolución de la situación epidemiológica global y nacional.

1.4. La tripulación de la aeronave.

En los casos en que el destino final de los pasajeros a quienes se permita el ingreso al país no corresponda con el punto de ingreso al país, el traslado al destino final se hará con todas las medidas de bioseguridad y condiciones de tránsito y/*o* conexión, establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y por la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil. Las medidas de bioseguridad que se requieran serán sufragadas con cargo a los recursos propios del pasajero.

Parágrafo 1. Los pasajeros que lleguen al país en conexión internacional porque no tienen como destino final Colombia, deberán seguir su curso y, durante el tiempo de la conexión, permanecer en un área de espera designada para tal fin, de conformidad con los protocolos adoptados por el Ministerio de Salud y Protección Social y por la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil.

Parágrafo 2. En cualquier caso, la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, en el marco de sus competencias, podrá negar el ingreso de cualquier extranjero al territorio colombiano, en ejercicio del principio de soberanía del Estado.

Artículo 2. ***Medidas sanitarias preventivas.*** Adoptar las medidas sanitarias preventivas de aislamiento y cuarentena de catorce (14) días para los pasajeros admitidos, provenientes del Reino Unido, a que refiere el artículo 1 de esta resolución.

La cuarentena se llevará a cabo en el lugar de residencia que escoja la persona si es colombiano o extranjero con residencia permanente en Colombia, o en un hospedaje, sufragado con sus propios recursos, si es extranjero no residente en Colombia. El lugar escogido para la cuarentena no podrá ser modificado durante los catorce (14) dias. Esta cuarentena deberá ser verificada por las secretarias de salud de los respectivos destinos.

Parágrafo 1. Las tripulaciones deberán cumplir con el protocolo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y por la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil.

Parágrafo 2. Los viajeros que hayan ingresado al país desde el doce (12) de diciembre del año 2020, provenientes del Reino Unido, de forma directa o por conexión, deben cumplir con una cuarentena de catorce (14) días. A esas personas se les hará seguimiento estricto, a través de la estrategia PRASS, el cual, estará a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, en el caso de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, o de las secretarias de salud de los respectivos destinos, para determinar la conducta epidemiológica posterior. En todos los casos se cumplirá estrictamente con el procedimiento que integra dicha estrategia, contenido en el Decreto 1374 de 2020 o la norma que lo modifique o

sustituya. El Centro de Contacto Nacional de Rastreo, notificará a los viajeros que deban cumplir con la cuarentena de los catorce (14) días

Parágrafo 3. A Los viajeros que hayan ingresado al país entre el cinco (5) y el once (11) de diciembre de 2020, provenientes del Reino Unido, de forma directa o por conexión, se les hará seguimiento estricto de síntomas por parte de las secretarias de salud de los respectivos destinos, o de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, esto último, tratándose de población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud. a través del módulo especial de seguimiento a viajeros de la estrategia PRASS. En el caso de viajeros sintomáticos, o contactos de un caso sospechoso, igualmente se aplicará el procedimiento contenido en la mencionada estrategia, con el correspondiente aislamiento por catorce (14) días.

Artículo 3*. Responsabilidades de las aerolíneas*. Las aerolíneas, en el marco de sus competencias, serán responsables de cumplir con las obligaciones contenidas en la Resolución 1627 de 2020, modificada por la Resolución 1972 del mismo año, o las normas que las modifiquen o sustituyan.

También tendrán la obligación de informar a todos los usuarios, sin excepción alguna, previo al embarque, las medidas adoptadas en la presente resolución, las recomendaciones sanitarias para evitar el contagio del nuevo Coronavirus - COVID-19; y las sanciones administrativas y penales en caso de incumplimiento de las medidas sanitarias, conforme al procedimiento establecido por la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil.

Artículo 4. *Responsabilidad de los pasajeros*. Los pasajeros deberán reportar, de manera inmediata, a las autoridades sanitarias del lugar en donde se encuentren, si presentan síntomas compatibles con el nuevo Coronavirus - COVID-19. Si los síntomas se presentan durante el trayecto, deberán informar de inmediato a la tripulación y atender de forma obligatoria el protocolo adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Estos pasajeros igualmente están obligados a responder al llamado de las autoridades sanitarias, de las EAPB, y de las autoridades migratorias, a dar información *v*eraz sobre su situación de salud, contactos estrechos, y a cumplir estrictamente con las indicaciones que estas autoridades les establezcan. De igual manera, son responsables de cumplir con las obligaciones contenidas en la Resolución 1627 de 2020, modificada por la Resolución 1972 del mismo año.

Artículo 5. *Vigilancia del cumplimiento de las medidas preventivas de aislamiento y cuarentena*. Tratándose de colombianos y extranjeros con residencia permanente en Colombia, el cumplimiento de las medidas preventivas sanitarias establecidas en el presente acto administrativo, será vigilado por las correspondientes entidades, según lo establecido en la estrategia PRASS. Cuando se trate de extranjeros no residentes permanentes en Colombia admitidos según la presente resolución, la vigilancia y cumplimiento de estas medidas, estará a cargo de las secretarias de salud del lugar del primer desembarque, o del lugar de destino en el territorio colombiano. La Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, reportará a estas entidades la información del pasajero.

Artículo 6. ***Inobservancia de las medidas*****.** La violación e inobservancia de las medidas adoptas mediante el presente acto administrativo, dará lugar a la sanción penal prevista en el artículo 368 del Código Penal y a las multas contempladas en el artículo 2.8.8.1.4.21 del Decreto 780 de 2016.

Artículo 7. ***Ampliación o levantamiento de las medidas adoptadas.*** De acuerdo con la evidencia científica y la evolución de la situación epidemiológica global y nacional, el *M*inisterio de Salud y Protección Social dispondrá la ampliación de estas medidas a otros países de origen, o las levantará, si así lo considera, previa evaluación por el Comité Asesor.

Artículo 8. ***Vigencia.*** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE.

2.3.9. Resolución 2475 de 2020

Por la cual se modifican los numerales 3.1., 3.13. y 3.14. del protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en el sector transporte, adoptado mediante la Resolución 677 de 2020, modificada por la Resolución 1537 de 2020

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas en el artículo 1 del Decreto 539 de 2020 y en desarrollo del artículo 6 del Decreto 1168 de 2020, prorrogado por los Decretos 1408 y 1550 de 2020 y,

CONSIDERANDO

Que, con fundamento en las facultades otorgadas en el artículo 1 del Decreto Legislativo 539 de 2020, este Ministerio profirió la Resolución 677 de 2020,"*por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo de la enfermedad COVID 19 en el sector transporte*", modificada por la Resolución 1537 de 2020 que sustituyó su anexo técnico.

Que, con la apertura de los sectores económicos en el territorio nacional, se ha aumentado la demanda de desplazamiento de los usuarios del servicio público de transporte.

Que, ante dicha circunstancia, el 14 de diciembre de 2020, en reunión virtual del Comité Asesor de Evaluación Intervención COVID-19, creado mediante la Resolución 747 de 2020, el Ministerio de Transporte solicitó evaluar la viabilidad de modificar el porcentaje de ocupación permitido para el servicio público de transporte y una vez analizados los argumentos expuestos por dicha cartera, el mencionado comité autorizó el aumento de la capacidad al 70%, bajo las siguientes premisas: i.) Ventilación en los vehículos: mantener ventanas abiertas y en trayectos largos, los sistemas de aire acondicionado (si lo tiene) deben tener sistemas de filtrado y con mínima recirculación que permita que el aire se renueve cada 15 minutos, ii.) Uso permanente de tapabocas al interior del vehículo, iii.) Higiene de manos, iv.) Realizar el viaje en silencio, v.) Evitar poner música alta para que las personas no se vean obligadas a subir la voz para hablar, vi.) Las personas deben evitar cantar, vii.) No se deberá comer durante el viaje, ni quitar el tapabocas, viii.) Realizar trayectos cortos en lo posible, ix.) En trayectos largos debería procurarse el distanciamiento físico de al menos un (1) metro, salvo que se usen dispositivos de protección adicionales, en la medida de lo posible, como las caretas faciales.

Que, teniendo en cuenta lo anterior, este Ministerio considera necesario modificar y adicionar medidas generales para los operadores y conductores de la cadena logística de transporte de carga terrestre y fluvial, empresas y conductores de servicio público de transporte terrestre automotor de pasajeros, terminales de transporte terrestre, transporte férreo, entes gestores y concesionarios de los sistemas de transporte masivo en los vehículos y equipos de todas las

modalidades de transporte, para los usuarios de servicio público de transporte y las autoridades distritales y municipales, entes gestores y concesionarios de los sistemas de transporte masivo y colectivo, para cuyo efecto modificará la Resolución 677 de 2020, modificada por la Resolución 1537 de 2020.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modificar el numeral 3.1 del anexo técnico de la Resolución 677 de 2020, sustituido por la Resolución 1537 de 2020, el cual quedará así:

*"**3.1 Medidas generales a implementar por parte de los operadores y conductores de la cadena logística de transporte de carga terrestre y fluvial, empresas y conductores de servicio público de transporte terrestre automotor de pasajeros, terminales de transporte terrestre, transporte férreo, entes gestores y concesionarios de los sistemas de transporte masivo en los vehículos y equipos de todas las modalidades de transporte.***

La ocupación máxima de los vehículos con que se preste el servicio público de transporte será de hasta un setenta por ciento (70%) de la capacidad del vehículo, siempre y cuando se cumpla con las siguientes medidas:

3.1.1. Limpiar y desinfectar con soluciones desinfectantes que tengan actividad virucida, los sitios en los cuales los usuarios, trabajadores y demás personas puedan entrar en contacto directo con los medios de transporte público, tales como taquillas, sillas, ventanas, después de cada viaje o por lo menos tres (3) veces al día y al iniciar y finalizar la jornada.

3.1.2. Implementar medidas para regular el acceso de pasajeros a los portales, taquillas y vehículos y organizar filas con distancia entre personas de mínimo dos metros.

3.1.3. Evitar las aglomeraciones en terminales de transporte terrestre de pasajeros, portales, paraderos e instalaciones. Los entes gestores y/o concesionarios de los sistemas de transporte masivo deberán coordinar la implementación del protocolo de bioseguridad con las autoridades locales competentes.

3.1.4. Exigir el uso obligatorio de tapabocas por parte de los usuarios, según lo previsto en el numeral 3.3.1, 3.3.2 y 3.3.3 del anexo técnico de la Resolución 666 de 2020 y recomendar en vehículos con alta ocupación utilizar dispositivos adicionales de protección como caretas faciales.

3.1.5. Mantener ventilada toda la infraestructura asociada a la prestación del servicio público de transporte terrestre.

3.1.6. Planificar las rutas. Para aquellos recorridos de larga distancia, se deberán identificar previamente los lugares en los cuales se podrán realizar paradas cada tres (3) horas durante el recorrido para surtir combustible o hacer uso de baños y asegurarse que estos están dotados de manera constante y suficiente de papel higiénico y agua potable, dispensador de jabón antibacterial y toallas desechables para el lavado de manos.

3.1.7. En los servicios intermunicipales deberá realizarse la toma de temperatura, a través de mecanismos electrónicos tales como termómetros laser, digitales, termográficos a los usuarios al ingresar al vehículo. Si se detecta un caso sospechoso de coronavirus COVID-19 se deberá impedir su acceso y solicitar que se ponga en contacto con su EPS.

3.1.8. Permitir el acceso a la terminal de transporte terrestre de pasajeros exclusivamente al usuario de transporte, salvo aquella persona que por su condición requiera de acompañante.

3.1.9. Para el servicio de trasporte público terrestre de pasajeros, el grupo familiar podrá movilizarse en un mismo vehículo sin guardar distanciamiento entre ellos, siempre y cuando se garantice la distancia de por lo menos un metro con el conductor del respectivo vehículo.

3.1.10. El uso de tapabocas es obligatorio a partir de los 2 años de edad.

3.1.11. Mantener adecuada ventilación dejando abiertas las ventanas de los vehículos y en los trayectos largos, los sistemas de aire acondicionado (si lo tiene) deben tener sistemas de filtrado y con mínima recirculación que permita que el aire se renueve cada 15 minutos.

3.1.12. Mientras el motor esté en marcha, encender el sistema de Calefacción, Ventilación y Aire Acondicionado (CVAA) a la velocidad máxima del ventilador (sin activar el aire acondicionado) y mantener abiertas las ventanas. (de ser posible).

3.1.13 Hacer mantenimiento preventivo y correctivo de los filtros del sistema Calefacción, Ventilación y Aire Acondicionado (CVAA) del vehículo, de acuerdo con las indicaciones del fabricante 3.1.14. Prohibir el consumo de alimentos y bebidas al interior de los vehículos durante los trayectos.

3.1.15. Realizar campañas, como instalación de letreros con mensajes para recordar a los usuarios en los vehículos y terminales de transporte: que deben guardar silencio, usar el tapabocas de manera correcta y permanente dentro del vehículo, mantener ventanas abiertas, y que está prohibido el consumo de alimentos y bebidas.

3.1.16. Prohibir al interior de los vehículos cantar, silbar o hablar.

3.1.17, Instar a los pasajeros a usar alcohol glicerinado mínimo al 60% o toallitas desinfectantes con al menos 70% de alcohol, para abrir puertas, agarrarse de las barras de apoyo, entre otros.

3.1.18. Colocar unidades de desinfectante de manos a base de alcohol en la entrada de vehículos y estaciones, teniendo presente los peligros o accidentes que pueden derivarse de una indebida manipulación de estos.

3.1.19. Proporcionar bolsas, en caso de que se presenten situaciones como mareos o vómitos en los trayectos, a fin de evitar derrames."

Artículo 2. Modificar el numeral 3.13 del anexo técnico de la Resolución 677 de 2020, sustituido por la Resolución 1537 de 2020, el cual quedará así:

*"**3.13 Usuarios de servicio público de transport**e*

3.13.1. Usar tapabocas de manera obligatoria, correcta y permanente en todos los medios de transporte. El uso de tapabocas es obligatorio a partir de los 2 años de edad.

3.13.2. Mantener una distancia mínima de un metro, entre personas al interior del transporte público, siempre que sea posible; y en caso de alta ocupación utilizar medias adicionales de protección, como careta facial.

3.13.3. Abstenerse de saludar con besos, abrazos o dar la mano.

3.13.4. Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.

3.13.5. Utilizar preferiblemente medios electrónicos para realizar el pago del servicio de transporte o la recarga de su tarjeta de transporte.

3.13.6. Procurar pagar el valor exacto, si se utiliza dinero en efectivo.

3.13.7. Abstenerse de adquirir o recibir alimentos u otros elementos durante el recorrido.

3.13.8. Guardar silencio, no cantar, silbar o hablar al interior del vehículo

3.13.9. Queda prohibido el consumo de alimentos y bebidas al interior del vehículo.

3.13.10. Utilizar alcohol glicerinado mínimo al 60% o toallas desinfectantes con al menos el 70% de alcohol después de utilizar dinero en efectivo y al tener contacto con superficies tales como pasamanos, cinturones de seguridad, sillas, torniquetes, mostradores, manijas de puertas, barras de apoyo, ventanas y otros.

3.13.11. Mantener una adecuada ventilación en el vehículo, en la medida de lo posible evite cerrar las ventanas.

3.13.12. Lavar las manos con agua y jabón o desinfectar con alcohol glicerinado mínimo al 60% al terminar su recorrido o al salir del sistema de transporte público.

3.13.13. *Dar aviso al transportador y a la EPS y mantener una distancia de por los menos dos metros de los demás usuarios y del conductor, si durante el recorrido presenta síntomas respiratorios".*

Artículo 3. Modificar el numeral 3.14 del anexo técnico de la Resolución 677 de 2020, sustituido por la Resolución 1537 de 2020, el cual quedará así:

*"**3.14 Medidas especiales para las autoridades distritales y municipales, entes gestores y concesionarios de los sistemas de transporte masivo y colectivo.***

La autoridad local autorizará que los vehículos de los sistemas de transporte masivo y colectivo tengan una ocupación máxima del setenta por ciento (70%), siempre y cuando cumplan con las medidas dispuestas en el numeral 3.1 del presente protocolo. Esta medida será revisada y ajustada, en conjunto con la secretaria de salud o la entidad que haga sus veces, en un término de cuatro (4) semanas siguientes a su aprobación, en función de los avances o fases de la emergencia sanitaria por COVID-19, teniendo en cuenta las estadísticas y evolución de la pandemia en cada territorio, la tasa de transmisión de la enfermedad (RT), factores de riesgo, sistema de ventilación en los vehículos, medidas de bioseguridad implementadas y el cumplimiento de las siguientes:

3.14.1. Establecer correlación entre viajes del transporte público y contagios.

3.14.2. Exigir al ingreso de usuarios el uso de tapabocas. El uso de tapabocas es obligatorio a partir de los 2 años de edad.

3.14.3. Realizar la limpieza y desinfección permanente de los vehículos y elementos con los que se tiene contacto frecuente, portales y demás infraestructura asociada a los sistemas.

3.14.4. Realizar controles para la detección de síntomas relacionados con el coronavirus COVID-19 al personal de mayor contacto con usuarios.

3.14.5. Promover en los pasajeros que tengan viajes con duraciones mayores a 29 minutos, ubicarse en lugares lejos de las puertas para facilitar la salida de usuarios con viajes cortos.

3.14.6. Implementar campañas de comunicación pedagógicas en las que se invite a cumplir las recomendaciones descritas en el presente acápite, principalmente, instalación de letreros con mensajes para recordar a los usuarios en los vehículos y terminales que deben guardar silencio, usar el tapabocas de manera correcta y permanente dentro del vehículo y mantener las ventanas abiertas.

3.14.7. En trayectos largos debe mantenerse la ventilación de acuerdo con lo descrito en los numerales 3.14.8 y 3.14.9, garantizando el distanciamiento físico de 1 metro, si esto último no es

posible, además del uso permanente del tapabocas recomendar utilizar un dispositivo adicional de protección, como la careta facial.

Asimismo, en el sistema de transporte masivo se tendrá en cuenta el cumplimiento de las siguientes medidas adicionales:

3.14.8. Mantener adecuada ventilación dejando abiertas las ventanas de los vehículos.

3.14.9. Mientras el motor esté en marcha, encender el sistema de Calefacción, Ventilación y Aire Acondicionado (CVAA) a la velocidad máxima del ventilador (sin activar el aire acondicionado), abrir las ventanas.

3.14.10. Hacer mantenimiento preventivo y correctivo de los filtros del sistema Calefacción, Ventilación y Aire Acondicionado (CVAA) del vehículo, de acuerdo con las indicaciones del fabricante.

3.14.11. Las ventas informales deben ser reguladas por las autoridades municipales, distritales o metropolitanas dentro y fuera del servicio público de transporte terrestre.

3.14.12. Prohibir el consumo de alimentos y bebidas durante los trayectos.

3.14.13. Prohibir el cantar, silbar o hablar al interior del vehículo.

3.14.14. Ubicar cuadrillas de limpieza en puntos de retorno.

3.14.15. Realizar la limpieza y desinfección permanente de los vehículos y cabinas, así como de estaciones y portales.

3.14.16. Disponer de puntos de limpieza y/o desinfección al ingreso y salida del sistema, con ajustes razonables que garanticen el acceso a población con discapacidad.

3.14.17. Equipar a los empleados, vehículos y lugares de trabajo con toallitas o rociadores a base de alcohol (al menos 70% de alcohol) y toallas de papel secas para desinfectar las superficies, según un análisis de riesgos de exposición laboral.

3.14.18. Instar a los pasajeros a usar alcohol glicerinado mínimo al 60% o toallitas desinfectantes con al menos 70% de alcohol, para abrir puertas, agarrarse de las barras de apoyo, entre otros.

Artículo 4. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica los numerales 3.1., 3.13. y 3.14. del anexo técnico de la Resolución 677 de 2020, sustituido por la Resolución 1537 de 2020.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

2.3.10. Resolución 2476 de 2020

Por la cual se modifica el artículo 10 de la Resolución 1161 de 2020 modificado por la Resolución 1757 de 2020, en el sentido de ampliar el término para el pago por disponibilidad de camas de cuidados intensivos e intermedios

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales en especial, de las conferidas por los numerales 3 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el artículo 20 del Decreto Legislativo 538 de 2020, adicionado por el artículo 8 del Decreto Legislativo 800 de 2020 y,

CONSIDERANDO:

Que, este Ministerio mediante la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, modificada por las Resoluciones 844, 1462 y 2230 de 2020, declaró el estado de emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19 en todo el territorio nacional hasta el 28 de febrero de 2021 y, en consecuencia viene adoptando una serie de medidas con el objeto de prevenir y controlar la propagación de la enfermedad y mitigar sus efectos.

Que mediante la Resolución 1161 de 2020, se fijaron los servicios y tecnologías en salud que integran las canastas para la atención del coronavirus COVID-19 y se reguló el anticipo de los recursos de canastas, para realizar pagos por disponibilidad de camas de cuidados intensivos e intermedios, en cumplimento de lo previsto en el artículo 20 del Decreto 538 de 2020, modificado por el artículo 8 del Decreto 800 del 4 de junio de 2020.

Que el artículo 10 de la precitada la Resolución 1161 de 2020 modificado por el artículo 1 de la Resolución 1757 de 2020 estableció que *"El pago por disponibilidad de cuidados intensivos e intermedios de que trata el presente acto administrativo se extenderá por un término de cinco (5) meses y podrá ser prorrogado en atención a la evolución de la pandemia"*.

Que, el Instituto Nacional de Salud - INS a través de comunicación 2-10000-2020-005043 del 18 de noviembre de 2020, remite el modelo ajustado con las proyecciones del comportamiento de Covid-19 en el cual se informa *"un nuevo pico entre la última semana de noviembre y la segunda de diciembre (20 nov - 14 dic)".*

Que, en virtud de lo anterior, este Ministerio a través de comunicación 202030001845411 del 23 de noviembre de 2020 solicitó al Comité del Fondo de Mitigación de Emergencias - FOME, la asignación de recursos que permita continuar con el pago por disponibilidad de Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios para los meses de noviembre y diciembre de 2020.

Que, el Comité del Fondo de Mitigación de Emergencias - FOME, en sesión virtual del 15 de diciembre de 2020 aprobó financiar con cargo a los recursos del Programa de Canastas de

Aseguramiento la extensión del reconocimiento de anticipos por disponibilidad, incluyendo los meses de noviembre y diciembre de 2020, tal como consta en la certificación expedida el 18 de diciembre de 2020.

Que teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario ampliar el término de temporalidad del pago por disponibilidad de cuidados intensivos e intermedios, con el fin de garantizar la disponibilidad de camas de cuidados intensivos e intermedios para los meses de noviembre y diciembre de 2020.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Modifíquese el artículo 10 de la Resolución 1161 de 2020, modificado por el artículo 1 de la Resolución 1757 de 2020, el cual quedará así:

*"**Artículo 10. Temporalidad del pago por disponibilidad de cuidados intensivos e intermedios.** El pago por disponibilidad de cuidados intensivos e intermedios de que trata el presente acto administrativo se extenderá por un término de siete (7) meses y podrá ser prorrogado en atención a la evolución de la pandemia".*

Artículo 2. El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su publicación y modifica el artículo 10 de la Resolución 1161 de 2020, modificado por la Resolución 1757 de 2020.

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE.

2.4. CIRCULARES

2.4.1. Circular 44 de 2020

PARA: GOBERNADORES, ALCALDES, SECRETARÍAS DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD O QUIEN HAGA SUS VECES, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD – IPS Y ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS – EAPB.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD.

ASUNTO: Directrices para la vigilancia intensificada, prevención y atención de las lesiones ocasionadas por pólvora e intoxicaciones por fósforo blanco temporada 1° de diciembre de 2020 a 16 de enero de 2021 y prevención del contagio por Sars CoV2 que produce la enfermedad COVID-19 por actividades pirotécnicas.

Entre diciembre y enero, las lesiones por pólvora y las intoxicaciones por fósforo blanco, aumentan en comparación con otros períodos debido a las festividades que se celebran en esa temporada. Estas lesiones afectan la vida, la salud, la integridad física y emocional de las personas y ocasionan impactos sociales, ambientales y pérdidas económicas significativas. Lamentablemente, dejan profundas secuelas, tragedia y dolor en las familias. Particularmente, la manipulación y el uso inadecuado de la pólvora afecta a los niños, niñas y adolescentes, quienes, por su menor percepción del riesgo, se ven expuestos con mayor frecuencia a sufrir lesiones e incluso perder la vida.

Adicionalmente, el uso de pólvora pirotécnica se asocia a eventos o actividades que pueden generar aglomeraciones de personas y, como es ampliamente conocido, durante este año, el país ha enfrentado una crisis de altas proporciones por la propagación del virus Sars CoV2 que produce la enfermedad COVID-19, lo cual intensifica el riesgo de contagio por el virus. Por lo tanto, se requiere acatar rigurosamente los lineamientos establecidos en la Resolución 1513 de 2020, respecto de los protocolos de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus Sars CoV2, en el desarrollo de actividades en el espacio público por parte de las personas, familias y comunidades.

En consecuencia, como parte del deber estatal de respeto, protección y garantía del derecho fundamental a la salud, previsto en el artículo 6° de la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud y de la protección especial que dicha ley establece a niñas, niños y adolescentes (art. 11 *ib.*), en el marco de lo establecido en el artículo 4 de la Ley 1438 de 2011 que radica la rectoría del sector salud en cabeza de este Ministerio y conforme a las competencias asignadas al Instituto Nacional de Salud en el Decreto Ley 4109 de 2011, con el objeto de prevenir y reducir las lesiones por pólvora y las intoxicaciones por fósforo blanco con ocasión de la fabricación, almacenamiento, transporte, comercialización, manipulación y uso inadecuado de la pólvora en el marco de la vigilancia intensificada durante la temporada comprendida entre el 1 de

diciembre de 2020 y el 16 de enero de 2021, así como mitigar sus efectos e impacto, en caso que se presenten estos eventos, y para garantizar la preparación y efectiva respuesta del sector salud y protección y la prevención del contagio por Sars CoV2, nos permitimos formular las siguientes

DIRECTRICES

1. GESTIÓN DEL RIESGO

1.1 Los alcaldes deberán regular, vigilar y controlar la fabricación, almacenamiento, transporte, comercialización, manipulación y uso de la pólvora, con base en lo dispuesto en la Ley 670 de 2001 y el Decreto 4481 de 2006, en el ejercicio de las actividades de inspección, vigilancia y control, para lo cual trabajarán de manera articulada con la Policía Nacional y las unidades de bomberos. Esta normatividad debe ser divulgada antes y durante el periodo de intensificación de la vigilancia, comprendido entre el 1° de diciembre de 2020 y el 16 de enero de 2021.

1.2 Los alcaldes deberán realizar visitas periódicas de inspección para vigilar y supervisar el efectivo cumplimiento de las medidas de seguridad y prevención contenidas en las normas vigentes y Decreto 4481 de 2006.

1.3 Los alcaldes deberán hacer cumplir la prohibición absoluta de la venta de artículos pirotécnicos a los menores de edad y a las personas en estado de embriaguez, así como las condiciones mínimas de seguridad para el almacenamiento, transporte, distribución, venta y uso de pólvora y de artículos pirotécnicos o fuegos artificiales.

1.4 Los gobernadores y los alcaldes deben activar espacios de coordinación intersectorial, tales como los consejos departamentales, distritales y municipales de Gestión del Riesgo con el objetivo de implementar las acciones para prevención, control y manejo de las lesiones por pólvora e intoxicaciones por fósforo blanco con base en lo dispuesto en la Ley 1523 de 2012, "*por la cual se adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones*".

1.5 Las secretarías departamentales y distritales de salud, en articulación con las entidades del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, deben realizar seguimiento continuo a las medidas de reducción del riesgo y planes de emergencia y contingencia implementados durante las festividades de fin de año, así como las acciones de mejoramiento generadas de acuerdo con lo definido en la Ley 1523 de 2012.

1.6 Los gobernadores, los alcaldes y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB deben diseñar, implementar y evaluar una estrategia de comunicación que tenga como objetivo informar y educar en la prevención de lesiones por pólvora, dirigida a población general con énfasis en los grupos vulnerables

identificados durante la temporada de vigilancia 2020 – 2021. A su vez, las IPS divulgarán la estrategia de comunicación que se determine a la población a la cual presta sus servicios.

1.7 Las secretarías departamentales y distritales de salud en articulación con los demás integrantes del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, deberán establecer mecanismos para asesorar a la comunidad sobre los riesgos y lesiones que se pueden presentar por la manipulación de pólvora, así como las estrategias para recibir denuncias o quejas de la comunidad sobre el inadecuado almacenamiento, transporte, distribución, venta y uso de pólvora y artículos pirotécnicos.

1.8 Los alcaldes deberán reforzar el control en el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad de las actividades que se desarrollan en el espacio público, particularmente en virtud de lo previsto en el artículo 3° de la Resolución 1513 de 2020 y diseñar una estrategia de divulgación de los riesgos de contagio de Sars CoV2.

2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), deberán garantizar:

2.1 El cumplimiento de lo establecido por la Resolución 5596 de 2015, sobre el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias “Triage”, el cual deberá aplicarse al paciente al momento de su llegada al servicio, teniendo claro que en ninguna circunstancia el “Triage” podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias.

2.2 La atención integral en salud a los lesionados por pólvora, prestando los servicios necesarios desde la atención de urgencias hasta la rehabilitación del lesionado/a, si así lo requiere, conforme a lo previsto en el artículo 8° de la Ley 1751 de 2015, demás normatividad pertinente y a los procesos de atención documentados por la entidad.

2.3 La atención médica inmediata ante la sospecha de intoxicación por fósforo blanco, teniendo en cuenta que esta condición puede progresar en desenlace fatal; la sintomatología es de progresión lenta y generalmente se presenta con náuseas, dolor abdominal, vómito e incluso hemorragias gastrointestinales en las primeras 48 horas, luego hay una aparente desaparición de síntomas y a las 72 horas inicia una sintomatología rápidamente progresiva con falla renal, hepática e incluso multisistémica. Se recomienda seguir el manejo propuesto en la Guía de Manejo de Emergencias Toxicológicas del Ministerio de Salud y Protección Social disponible en la siguiente dirección electrónica: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/guias-manejo-emergencias-toxicologicas-outpout.pdf, también se puede acceder a los

recursos de la Línea de información y asesoría Toxicológica, número gratuito: 018000-916012 - número fijo: +57(1) 2886012

Así mismo, en cuanto a la atención de urgencias, se recuerda que, conforme a lo establecido en la Ley 1751 de 2015, las personas, sin ningún tipo de discriminación y aun cuando no tenga afiliación, tienen derecho a "*recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno"* (art. 10 literal b) y, por lo tanto, se prohíbe la negación de prestación de servicios pues "*para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumple la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencias*" (artículo 14 *ib.*).

3. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

3.1 Las secretarías departamentales y distritales de salud iniciarán la vigilancia intensificada de lesiones por pólvora 2020 – 2021 desde el 1° de diciembre de 2020 hasta el 16 de enero de 2021, inclusive, con la notificación **inmediata** al SIVIGILA de los casos de lesiones por pólvora pirotécnica. Las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) deberán realizar notificación **inmediata** de los casos identificados a las Unidades Notificadoras Municipales (UNM), mediante el diligenciamiento de la ficha de notificación y su digitación en el aplicativo SIVIGILA, estás notificarán a las Unidades Notificadoras Departamentales (UND) y estás, a su vez, al Instituto Nacional de Salud -INS- a través de la herramienta de escritorio Sivigila 2018-2020 Revisión 1.10.0 Act KB0077 Autom 2 o superior disponible por el INS y del portal SIVIGILA Web 4.0. Se mantendrá la notificación rutinaria del evento lesiones por pólvora pirotécnica, Minas Antipersonal y Municiones sin Explosionar (Código INS 452).

3.2 Las UND deberán realizar **diariamente** la notificación negativa a través de la herramienta portal Sivigila web 4.0, cuando no sucedan casos de lesiones por pólvora en las últimas 24 horas en su jurisdicción.

3.3 Las secretarías departamentales y distritales de salud deberán cumplir con las acciones descritas en los protocolos de vigilancia y la metodología de notificación inmediata, deben verificar las diferentes fuentes de información que pueden generar los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias, los reportes de la Policía Nacional, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, entidades del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y medios de comunicación o redes sociales, entre otros.

3.4 La vigilancia intensificada de los eventos de intoxicaciones por fósforo blanco operará en todas las UPGD y ante la presencia de casos se notificará de forma inmediata siguiendo el flujo de información. Para todos los casos, las UNM deberán realizar la investigación epidemiológica, la cual debe incluir: la caracterización del caso en

cuanto a estado de salud, signos y síntomas presentados, la fecha de inicio de síntomas, tipo de exposición y lugar de ocurrencia.

3.5 Los equipos de respuesta inmediata (ERI) estarán en alistamiento y se deberán desplegar ante la ocurrencia de lesiones durante eventos o en poblaciones vulnerables o confinadas para verificar la situación, confirmar la cantidad de afectados, identificar poblaciones vulnerables y asegurar el proceso de notificación a las entidades correspondientes, siempre articulados con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE y los Consejos Territoriales de Gestión del Riesgo. Se deben mantener los procesos de notificación, análisis, valoración del riesgo en el marco de la Sala de Análisis del Riesgo.

3.6 El INS deberá enviar diariamente al Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Centro Nacional de Enlace, la información consolidada reportada sobre este evento en el país.

Si requiere información adicional se puede contactar a los correos electrónicos: polvora@ins.gov.co, cne@minsalud.gov.co o al teléfono (1) 3 30 50 00 ext. 3758 en Bogotá, D.C., Centro Nacional de Enlace, Grupo de Vigilancia en Salud Publica.

Además de la notificación inmediata de los casos de intoxicación por fósforo blanco (ingesta de martinicas, totes, triquitraques, diablitos) al SIVIGILA, los mismos se deberán comunicar de inmediato al Grupo de Vigilancia y Control de Eventos de Salud Mental y Lesiones de Causa Externa del Instituto Nacional de Salud a través del siguiente correo electrónico: intoxquimicas@ins.gov.co. En caso de requerir asesoría médica toxicológica, puede comunicarse con la Línea de Información y Asesoría Toxicológica de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres Ministerio de Salud y Protección Social, funcionamiento 24 horas al día, 7 días a la semana a los teléfonos (1) 2886012, y/o 018000916012, correo electrónico lineatoxicologica@minsalud.gov.co.

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,

2.4.2 Circular 45 de 2020

PARA: Secretarías Departamentales, Distritales y Locales de Salud, Gerentes de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Públicas y Privadas -IPS, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB y otras entidades responsables del pago de los servicios de Salud.

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECTORA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD -INS

ASUNTO: Lineamientos para la preparación y respuesta sectorial, frente a los posibles efectos en salud, incluyendo la COVID-19, durante la segunda temporada de lluvias 2020 y posible aparición del fenómeno de variabilidad climática "La Niña 2020-2021".

FECHA: **20 DE NOVIEMBRE DE 2020**

Las previsiones climáticas del país para finales de este año pronostican una temporada aguda y fuerte de lluvias que se suma a la ya grave afectación que se ha producido por la COVID-19 en todo el país. Al respecto, el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, IDEAM en su comunicado especial No. 071 del 24 de octubre de 2020, precisó que la condición actual en la cuenca centro-oriental del océano Pacífico tropical está asociado a la presencia del fenómeno ENOS-La Niña y que existe una alta probabilidad (>90%) de que esta condición persista durante el invierno en el hemisferio norte. Además, que la intensidad del evento la Niña podría estar de moderado a fuerte en el último trimestre de 2020 y una intensidad débil en el primer trimestre de 2021[105]. En ese comunicado, reporta que "*entre noviembre de 2020 y abril de 2021, se prevén precipitaciones con registros superiores a la climatología de referencia del periodo 1981- 2010, y se pronostican* ***incrementos de lluvia en las regiones Caribe, del 60 %, y Andina entre el 10 % y 40 %; en los Llanos Orientales del 20 % al 50 %; en norte-centro de la región Pacífica, entre el 10 % y 40 %, y en norte de la Amazonia, del 10 % al 30 %****, debido a que persiste el enfriamiento sobre aguas del océano Pacífico tropical, tal como se ha informado en los comunicados anteriores*"[106] (Resaltado fuere del texto). Por su parte, los reportes de contagio por COVID-19, a 10 de noviembre de 2020 y a partir del 6 de marzo de 2020, señalan que 1'156.675 personas en el país han resultado contagiadas por el virus y que se han producido 33.148 lamentables fallecimientos[107], con una afectación en todo el territorio nacional.

Así mismo, la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo - UNGRD emitió a través de la Circular No.

---

[105] IDEAM Comunicado Espacial N. 071 Seguimiento a la segunda temporada de lluvias y a la evolución del Fenómeno La Niña en el país. 24 octubre 2020 http://ideam.gov.co/documents/10182/112143113/comesp71/961b9f44-b548-4628-94e4-1176210aac4c?version=1.0
[106] *Ib.*, pág. 1.
[107] https://covid19.minsalud.gov.co/

066 de septiembre 15 de 2020, por medio de la cual instruyó para la preparación y alistamiento para la segunda temporada de lluvias 2020 y fenómeno La Niña – Probabilidad 75%. Esto incluye la elaboración de planes territoriales de contingencia, identificación de zonas de riesgo, establecer mecanismos de coordinación sectorial, entre otros asuntos[108].

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante destacar que el incremento de las lluvias y las bajas temperaturas se asocia con posibles efectos en la salud y las consecuencias de estos fenómenos, que deberán considerarse en el ajuste y preparación de los planes de contingencia sectoriales, entre los que se destacan los siguientes:

- Incremento de la Infección Respiratoria Aguda IRA (incluida la posibilidad de contagio por COVID-19).
- Incremento de enfermedades transmitidas por vectores.
- Incremento de enfermedades transmitidas por agua y alimentos (Enfermedad Diarreica Aguda -EDA, Hepatitis A, Fiebre tifoidea y Paratifoidea, y Cólera), por afectaciones de los sistemas de abastecimiento de agua para consumo.
- Riesgo para la seguridad alimentaria y nutricional.
- Aumento en la incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.
- En zonas de inundación, aumento de accidentes ofídicos, agresiones por animales ponzoñosos y enfermedades como la Leptospirosis y Rickettsiosis.
- Aumento en la demanda de atención en los servicios de salud asociados a traumatismos e infecciones respiratorias.
- Reducción de la disponibilidad del agua para uso hospitalario por afectaciones de redes y sistemas de acueducto.
- Afectación en la infraestructura hospitalaria por inundaciones, deslizamientos, vendavales, desbordamiento de ríos, entre otros fenómenos de origen natural.
- Dificultad para el acceso a los servicios de salud y desabastecimiento de la red hospitalaria, por afectaciones en las vías de comunicación.
- Afectación de los sistemas de alcantarillado, saneamiento y drenaje de aguas residuales.
- Posibles concentraciones de personas en alojamientos temporales que sean desplazadas de su lugar de residencia afectadas por las lluvias.
- Incremento en los problemas de salud mental asociados a las pérdidas que ocasionan estas situaciones.

Ante estas potenciales amenazas que deberán contemplarse en los planes de contingencia de cada entidad territorial, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, para mitigar el impacto en la salud pública que puede generarse durante la segunda temporada de lluvias 2020 y el fenómeno de variabilidad climática “La Niña” así como el impacto que puede tener frente a la prevención en el contagio de la COVID-19, imparten las siguientes **INSTRUCCIONES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO**:

---

[108] Circular No. 066 de septiembre 15 de 2020, de la UNGRD

1. SOBRE LA ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL E INTRASECTORIAL DE LAS DIRECCIONES DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD:

1.1. Coordinar las acciones en salud con los Consejos Departamentales, Distritales o Municipales para la Gestión del Riesgo de Desastres, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la Circular conjunta 040 de 2014 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la UNGRD. En estos espacios de gestión, se deben compartir los posibles escenarios de riesgos en salud para la temporada de lluvias y fenómeno de "La Niña", verificar las capacidades operativas de los actores del sector y demás condiciones que garanticen una respuesta oportuna.

1.2. Disponer espacios para la coordinación y seguimiento de las acciones en salud con las diferentes áreas de la entidad tales como Vigilancia en Salud Pública, Comité Operativo de Emergencias, Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE, Prestación de Servicios de Salud, Aseguramiento, Promoción y Prevención, fortalecimiento de las acciones de inspección, vigilancia y control, salud ambiental, zoonosis, nutrición, vacunación y el Laboratorio de Salud Pública, entre otros.

1.3. Disponer de los recursos para el fortalecimiento de los Centros de Reserva del sector salud, que apoyen la atención oportuna de la población que resulte afectada por el fenómeno.

1.4. Considerar el enfoque diferencial y las características particulares de la población, en los procesos de preparación y respuesta, como, por ejemplo: género, pertenencia étnica, curso de vida, situación de discapacidad (física, mental, visual, auditiva, cognitiva, entre otros.

2. ACCIONES DE LAS DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, RELACIONADAS CON LA COMUNICACIÓN DEL RIESGO:

2.1. En coordinación con los actores del Sistema Nacional del Gestión del Riesgo de Desastres, las IPS y las EAPB, deberán elaborar un plan de comunicaciones que contemple los siguientes aspectos: objetivo general, alcance, responsabilidades, población objetivo, materiales, equipos, recursos y los contenidos.

2.2. Definir mecanismos que permitan centralizar y difundir la información, evitando la distorsión de los mensajes y la generación de alarmas innecesarias. En lo posible, los contenidos se deben enfocar a las medidas que ayuden a promocionar hábitos saludables, prevenir y controlar los riesgos para la salud identificados; debe hacerse en lenguaje sencillo, con orientaciones e indicaciones claras de acuerdo con el tipo de emergencia y, en lo posible, utilizar pictogramas, lengua de señas y las lenguas propias de los grupos étnicos; deben ser mensajes diferenciados de acuerdo con las necesidades del público al que se quiere llegar, niños, niñas, jóvenes, adultos, personas mayores, personas en situación de discapacidad, personas pertenecientes a diferentes grupos étnicos, entre otros.

2.3. Establecer mecanismos de participación comunitaria que permitan la construcción de mensajes de acuerdo con las características sociales, ambientales, culturales,

económicas y necesidades de cada zona, contando con el apoyo de los líderes y organizaciones comunitarias.

2.4. Promover la capacitación de los comunicadores sociales y periodistas para que contribuyan con información adecuada y pertinente, en articulación con los Consejos Departamentales, Distritales y Municipales de Gestión de Riesgo de Desastres.

2.5. Divulgar los protocolos de bioseguridad expedidos por el Ministerio de Salud y Protección para evitar el contagio por COVID-19 y desarrollar las estrategias de prevención allí previstas, en los diferentes escenarios y ámbitos.

3. SOBRE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA:

3.1. Acciones de las Direcciones Territoriales de Salud, para la gestión de entornos saludables:

3.1.1. Fortalecer y mantener las actividades de la Estrategia de Entornos Saludables específicamente en viviendas, establecimientos educativos y entornos comunitarios saludables.

3.1.2. Continuar con las acciones en el marco de la Estrategia de Gestión Integrada de enfermedades trasmitidas por vectores para atender posibles brotes de enfermedades de transmisión vectorial como el Dengue, Chikunguña, Zika y Malaria.

3.1.3. Mantener y optimizar los procesos para la gestión de insumos críticos, maquinaria y equipos de uso en salud pública para la prevención y control de vectores.

3.1.4. Promover con la comunidad y las organizaciones sociales la información relacionada con la tenencia segura de mascotas y demás animales domésticos.

3.1.5. Levantar un diagnóstico sanitario en áreas de riesgo con presencia de vectores a través de la identificación, cuantificación y jerarquización de roedores plaga (ratas y ratones) y artrópodos con potencial riesgo sanitario (cucarachas, pulgas, piojos, garrapatas, entre otros). La intervención se debe orientar hacia un control integral fundamentado en el buen manejo y eliminación de residuos sólidos y líquidos, educación sanitaria, fortalecimiento de hábitos higiénicos y de aseo, propendiendo por la participación activa de la comunidad.

3.1.6. Coordinar con las autoridades competentes del sector agropecuario, ambiental, de sanidad animal, autoridades municipales y las empresas de servicios públicos domiciliarios, las estrategias para la disposición adecuada de cadáveres de animales.

3.1.7. Promover educación comunitaria utilizando estrategias de Información, educación y comunicación – IEC en cuanto a la conducta de manejo de la Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda, enfermedades transmitidas por vectores y enfermedades transmitidas por alimentos, con el fin de considerar los factores de riesgo de complicaciones e identificación de signos de alarma. Así mismo, promover el lavado de manos para evitar la transmisión de enfermedades, entre ellos y principalmente la COVID-19.

3.1.8. Disponer de la información consignada en el Boletín de Clima y Salud respecto a la predicción climática mensual y recomendaciones en salud que se encuentra dispuesta en los siguientes enlaces:

Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.
Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - www.minsalud.gov.co

- https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/boletin-clima-salud-11-2020.pdf
- https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Factores-de-Riesgo-Ambiental.aspx
- http://www.ideam.gov.co/web/tiempo-y-clima/boletin-clima-y-salud

3.1.9. Los departamentos y distritos deben verificar la disponibilidad de biológicos antirrábicos humanos y animales, para realizar las actividades de prevención y control de forma adecuada; se debe mantener en todo momento la red de frío con el fin de asegurar la preservación de los biológicos.

3.1.10. Los departamentos y distritos deben verificar la disponibilidad de los sueros antiofídicos – para viperinos y corales – en las IPS de la red de prestación de servicios departamental.

3.1.11. Ante cualquier situación de emergencia para el abordaje inicial de los pacientes se deberá consultar la Línea de Información y Asesoría Toxicológica funcionamiento 24/7- teléfonos (1) 2886012 – 018000 916012 o enviar un mensaje al correo lineatoxicologica@minsalud.gov.co. En caso de emergencia, es importante recordar que, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 386 de 2018, las IPS deberán contar con la provisión de antivenenos para la atención de los accidentes ofídicos en todo el territorio nacional; sin embargo, los CRUES y la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social apoyan aquellos casos en los cuales no exista dicha provisión, o con el equipo de zoonosis de la Dirección de Vigilancia del INS al correo transmisibles@ins.gov.co

3.2. Acciones de las direcciones territoriales de salud relacionadas con agua para consumo humano:

3.2.1. Acompañar los procesos de actualización y adopción de los respectivos planes de contingencia, formulados por los actores del Sistema Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres y los prestadores de servicio de agua para consumo humano, con el propósito de garantizar el suministro de agua en condiciones de calidad y continuidad, durante la temporada de lluvias y posible fenómeno de “La Niña”.

3.2.2. Apoyar a la administración municipal o distrital y demás instancias del SNGRD en la identificación de las posibles fuentes de abastecimiento de agua apta para consumo humano con que cuenta la zona, garantizando el monitoreo de las condiciones físico – químicas y microbiológicas, para lo cual debe disponer del talento humano y los insumos necesarios.

3.2.3. En caso de no contar con el suministro permanente de agua proveniente de la planta de tratamiento, las administraciones municipales o distritales deben garantizar el suministro de agua apta para consumo humano a través de puntos móviles como carro-tanques o recipientes para el almacenamiento de agua, teniendo en cuenta las cantidades mínimas que permitan a las personas satisfacer sus necesidades básicas. En cualquier caso, la Dirección Territorial de Salud debe garantizar el monitoreo de las condiciones físico - químicas y microbiológicas del agua para consumo humano.

3.2.4. Analizar y socializar con las respectivas alcaldías y gobernaciones, los resultados de los índices de Riesgo de Calidad del Agua — IRCA, según lo reportado en el Sistema de Vigilancia de la Calidad de Agua para Consumo - SIVICAP, para que se asuman las medidas preventivas o correctivas intersectoriales necesarias.

3.2.5. Fortalecer los mecanismos de reporte al Sistema de Vigilancia de la Calidad de Agua Potable — SIVICAP, en especial los obtenidos de la inspección, vigilancia y control al agua para consumo humano.

3.3. Acciones de las Direcciones Territoriales de Salud, relacionadas con el Programa Ampliado de Inmunizaciones — PAI:

3.3.1. Verificar que los funcionarios y voluntarios de organismos de socorro, se encuentren debidamente vacunados contra Hepatitis B y A, influenza y tétanos.

3.3.2. Verificar el estado vacunal de los grupos de riesgo (gestantes, menores de un año, adultos mayores y población con patologías de inmunosupresión) y promover jornadas de vacunación, que incluyan la adecuada vacunación de influenza.

3.4. Acciones de las Direcciones Territoriales de Salud orientadas a la salud nutricional, alimentos y bebidas:

3.4.1. Fortalecer las acciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de alimentos y bebidas, con énfasis en aspectos como procedencia, condiciones de almacenamiento, preparación y servido.

3.4.2. En caso de donación de alimentos y bebidas, verificar sus condiciones sanitarias, etiquetas, rótulos, embalaje y empaque, entre otros.

3.4.3. Propender por la estricta y rigurosa aplicación de los protocolos de bioseguridad expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para evitar el contagio por COVID-19 en las diferentes actividades.

3.4.4. Fortalecer los procesos de Información, Educación, Comunicación y Capacitación dirigidos a la población afectada socializando las medidas de auto-cuidado para el consumo de alimentos y bebidas, incluyendo la aplicación de los protocolos de bioseguridad expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para evitar el contagio por COVID-19 en las diferentes actividades.

3.4.5. Contar con la participación de representantes de las comunidades, organizaciones sociales, líderes y/o autoridades tradicionales para el abastecimiento y distribución de los alimentos y otros suministros.

3.4.6. Respetar las costumbres alimentarias propias de las poblaciones y comunidades, en los procesos de ayuda humanitaria.

3.5. Acciones las direcciones territoriales de salud, relacionadas con la vigilancia en salud pública:

3.5.1. Fomentar la implementación del programa Pruebas, Rastreo y Aislamiento Sostenible – PRASS en su territorio.

3.5.2. Realizar el análisis de información y actualizar los canales endémicos de los eventos de interés en salud pública, especialmente de aquellas patologías que pueden exacerbarse con el invierno o las condiciones en que se encuentran los posibles damnificados, tales como COVID-19, Enfermedad Diarreica Aguda,

Infección Respiratoria Aguda, Accidente Ofídico, Enfermedades Transmitidas por Alimentos/Agua (Hepatitis A, Fiebre Tifoidea y Paratifoidea), Enfermedades Transmitidas por Vectores (Malaria, Dengue, Leishmaniasis, Fiebre Amarilla), Leptospirosis, Varicela, entre otras, con el fin de garantizar la toma oportuna de decisiones ante un aumento inusitado de casos.

3.5.3. Activar la vigilancia de enfermedades que no han sido notificados en el país, tales como Encefalitis Equina Venezolana y del Oeste, Peste Bubónica y Neumónica y Cólera.

3.5.4. Fortalecer la notificación de los eventos de interés en salud pública, verificar el reporte diario de casos de eventos de notificación inmediata. Para esto se debe contar con el recurso humano necesario que garantice la notificación adecuada de todos los eventos.

3.5.5. Fortalecer la vigilancia de las enfermedades que habitualmente son endémicas, cuya ocurrencia se puede exacerbar por la temporada invernal.

3.5.6. Fortalecer la implementación de la vigilancia comunitaria, especialmente en sitios de alojamiento temporal que se pudieren establecer en medio de una emergencia.

3.5.7. Establecer flujos y canales de comunicación para que la comunidad sea una fuente de información para la detección temprana de eventos de interés en salud. Para el caso de grupos étnicos, se sugiere el apoyo de guías bilingües que pertenezcan a los grupos étnicos.

3.5.8. Elaborar mapas de riesgo por municipio o distrito que permita identificar y monitorear las zonas en donde se evidencia presencia constante de los eventos priorizados, tales como EDA, dengue, chikunguña, Zika, paludismo, accidente ofídico, circulación del virus de la rabia en cualquier especie animal y los factores de riesgo relacionados como son disponibilidad de agua para consumo humano en términos de acceso y continuidad, calidad del agua para consumo humano, disposición de excretas, índices aédicos y nivel de pobreza y priorizar las zonas de mayor riesgo.

3.5.9. Fortalecer los procesos de análisis y difusión de la información producida a través de la vigilancia rutinaria y de otras fuentes de información, con el fin de identificar de manera temprana posibles situaciones de riesgo para la población, mediante el uso de herramientas como los canales endémicos, comparación de tasas de incidencia, índice epidémico, demanda de servicios, entre otros.

3.5.10. Fomentar la adherencia a protocolos de vigilancia en salud pública de los eventos relacionados con los efectos de la temporada lluviosa y posible fenómeno de "La Niña" y el cumplimiento de los lineamientos de tipo individual y colectivo establecidos para cada evento priorizado, de acuerdo con las competencias, instrumentos, flujos de información y periodicidad establecidos.

3.5.11. Informar al Centro Nacional de Enlace del Ministerio de Salud y Protección Social y al Grupo de Gestión de Riesgo, Respuesta Inmediata y comunicación del riesgo del INS, los eventos de interés en salud pública que tengan comportamiento inusual y las acciones de control inicialmente implementadas a través de los siguientes correos: cne@minsalud.gov.co, eri@ins.gov.co y

teléfonos: 3213946552; 3014587613.

3.5.12. Realizar los estudios de brote e investigaciones epidemiológicas de campo, para las enfermedades transmitidas por vectores, cuando se requiera y conforme lo establecen los lineamientos nacionales de vigilancia en Salud Pública articulándose con los ERI locales.

3.5.13. Llevar a cabo el alistamiento y activación de los Equipos de Respuesta Inmediata para cumplir con las acciones de verificación, notificación, control, evaluación y seguimiento de eventos de interés en salud pública que requieran de intervención

3.5.14. Fortalecer los laboratorios de salud pública en lo relacionado con los recursos necesarios para optimizar el proceso de vigilancia y confirmación diagnóstica de aquellos eventos de importancia en salud pública.

3.5.15. Garantizar la toma de muestras y el diagnóstico de los eventos de interés de salud pública y remitir al Laboratorio de Salud Pública Departamental las muestras a las que haya lugar para la vigilancia epidemiológica, de acuerdo con los protocolos de vigilancia.

4. LINEAMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO:

4.1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas:

Las IPS, entre otras acciones, deberán:

4.1.1. Garantizar la comunicación con el CRUE de su jurisdicción y facilitar la operación del sistema de referencia y contra referencia.

4.1.2. Ceñirse a lo previsto en la Resolución 5596 de 2015, por la cual se definen los criterios técnicos para el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "TRIAGE".

4.1.3. Actualizar, implementar y socializar, los planes hospitalarios de emergencia y los planes de contingencia específicos que respondan a los escenarios de riesgo de cada región y área de influencia, incluyendo inventarios de insumos necesarios para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población, ante los posibles impactos de la temporada de lluvias y posible fenómeno de "La Niña". Lo anterior, con el propósito de garantizar la atención oportuna de los riesgos descritos, a través de los servicios de consulta externa, consulta prioritaria, atención domiciliaria, atención según enfoque de riesgo, red de apoyo, centros de atención móviles, entre otros.

4.1.4. Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de las líneas vitales hospitalarias, tales como los sistemas de almacenamiento de agua potable y plantas eléctricas ubicadas en las instalaciones hospitalarias. De igual forma, deben garantizar la reserva de agua potable necesaria a través de procedimientos administrativos y operativos para su suministro en caso contingencia. Dicha acción deberá coordinarse con las autoridades locales y demás actores del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.

4.1.5. Intensificar las capacitaciones dirigidas al personal sanitario, sobre los protocolos y guías de atención de las principales patologías y eventos

priorizados, de acuerdo con el escenario de riesgo planteado.

4.1.6. Realizar auditorías internas periódicas de adherencia a los protocolos, guías y lineamientos para la atención de las principales patologías y eventos priorizados y documentar, implementar y evaluar acciones de mejoramiento según los hallazgos.

4.1.7. Fortalecer las acciones de limpieza, desinfección y recolección de residuos en las diferentes áreas hospitalarias, con el fin de evitar sitios de proliferación de roedores, plagas y otros vectores. En caso de requerirse, realizar acciones de control vectorial en la infraestructura física hospitalaria, evitando de esta forma la transmisión de la enfermedad en los pacientes atendidos (hospitalizados o ambulatorios).

4.1.8. Intensificar las medidas de bioseguridad y garantizar los suministros requeridos para disminuir riesgo de transmisión de enfermedades. Así mismo, garantizar los insumos para lavado de manos, alcohol glicerinado, mascarillas quirúrgicas, guantes, entre otros.

4.1.9. Proporcionar mascarilla quirúrgica estándar (tapabocas) dando las indicaciones sobre su uso.

4.1.10. Aplicar de manera estricta y rigurosa los protocolos de bioseguridad expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para evitar el contagio por COVID-19 para las diferentes actividades que se deban realizar en los mismos.

4.1.11. Cumplir con la notificación de los casos de interés en salud pública, de acuerdo con los lineamientos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública- SIVIGILA.

4.2. Entidades Administradoras de Planes de Beneficios — EAPB y otras entidades responsables de pago de los servicios de salud:

Las EAPB, así como las demás entidades responsables del pago de servicios de salud, deberán realizar, entre otras acciones, las siguientes*:*

4.2.1. Fomentar la implementación del programa Pruebas, Rastreo y Aislamiento Sostenible – PRASS entre sus afiliados.

4.2.2. Garantizar la contratación de la red prestadora de servicios de salud, asegurando accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención para los casos de las principales patologías y eventos priorizados, de acuerdo con los protocolos de manejo definidos y garantizar el funcionamiento satisfactorio de su operación, de tal forma que cubra las necesidades de los usuarios en los diferentes niveles de atención.

4.2.3. Garantizar la contratación del talento humano suficiente para la oportunidad y continuidad en la atención de los casos de las principales patologías y eventos priorizados.

4.2.4. Promover y facilitar en su red de prestadores de servicios de salud, la implementación de estrategias para la atención oportuna de los casos considerando modalidades tales como, consulta prioritaria, atención domiciliaria, atención según enfoque de riesgo, red de apoyo, centros de atención móviles, entre otros, y la aplicación de la Resolución 5596 de 2015.

4.2.5. Fortalecer la capacitación en los protocolos, guías y lineamientos para la atención de los casos de las principales patologías y eventos priorizados entre los profesionales, técnicos y auxiliares de los prestadores de servicios de salud de su red contratada, así como en las acciones de prevención, manejo y control.

4.2.6. Realizar auditorías periódicas de adherencia a los protocolos y guías para la atención de los casos de las principales patologías y eventos priorizados en los prestadores de su red contratada y fomentar la adopción de acciones de mejoramiento en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de acuerdo a los hallazgos.

4.2.7. Desarrollar acciones de coordinación y articulación con las Direcciones Territoriales de Salud para la ejecución de estrategias de promoción de la salud y prevención de los riesgos que afectan la salud de la población afiliada.

4.2.8. Implementar estrategias de comunicación a sus afiliados frente a los cuidados que se deben tener para el manejo de los casos de las principales patologías y eventos priorizados, su manejo inicial en casa y los signos de alarma para consultar e incluir las estrategias y protocolos para evitar el contagio por COVID-19 dentro de la comunicación que realicen.

4.2.9. Realizar seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento formuladas por los prestadores de servicios de salud contratados para prevenir y mitigar los eventos adversos presentados relacionados con la atención de los casos.

4.2.10. Verificar que los prestadores de servicios de salud de su red cuenten con reservas suficientes de medicamentos e insumos para el tratamiento de los casos que lo requieran.

4.2.11. Garantizar que la red de prestadores de servicios de salud cumpla con la notificación de los casos de interés en salud pública de acuerdo con los lineamientos nacionales establecidos en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA.

4.2.12. Asegurar la oportunidad de la referencia y contra referencia de los pacientes de acuerdo a lo definido en las guías de atención y los protocolos de manejo, eliminando todas las barreras de acceso.

5. ACCIONES PARA LA GESTIÓN DE ALOJAMIENTOS TEMPORALES:

Los encargados de alojamientos temporales de protección para las personas afectadas por las lluvias deberán:

5.1. Aplicar los lineamientos en salud para la gestión de alojamientos temporales, establecidos en la Circular Conjunta No. 040 de 2015.

5.2. Aplicar de manera estricta y rigurosa los protocolos de bioseguridad expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para evitar el contagio por COVID-19 para las diferentes actividades que se deban realizar en los mismos.

5.3. Ante sospecha de casos de COVID-19 en el alojamiento temporal, se debe disponer de un área de aislamiento para atención y manejo y se deberá notificar de los casos sospechosos a la Dirección Territorial de Salud para que se lleven a cabo los procesos de vigilancia epidemiológica de este evento de interés en salud pública.

Con el fin de garantizar la ejecución de todas las actividades establecidas en la presente circular, se requiere disponer de talento humano idóneo y suficiente, en forma continua a nivel municipal, distrital, departamental y nacional para hacer frente a los posibles efectos negativos en la salud de la población, que pueden generarse durante la segunda temporada de lluvias 2020 y la aparición del fenómeno de variabilidad climática "La Niña 2020 - 2021".

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,

3. CONCEPTOS.

3.1.ASUNTO: Derecho de petición de información.
RADICADO: No 202042302006232.

Respetado Señor Rodríguez:

Hemos recibido su comunicación, en la cual usted solicita información relacionada con la vigencia de *"La Circular 038 de 9 de julio de 2010" (Sic).*

Al respecto, me permito informar, que de acuerdo a lo establecido en el artículo 7[109] del Decreto Ley 4107 de 2011[110], esta dirección tiene por competencia emitir conceptos de carácter general sobre la aplicación de las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, sin que con ello se nos haya otorgado la facultad de expedir *"certificaciones de vigencia de normas".*

Sin embargo, y para efectos de su solicitud, le informamos que la norma que usted refiere, a saber, la Circular 038 de 9 de julio de 2010[111], se encuentra vigente.

Adicionalmente, le informamos que usted puede consultar y descargar de la página web de este Ministerio, *https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/normativa.aspx,* la normativa emitida por esta cartera, así como su estado de vigencia y modificaciones.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015[112].

Cordialmente,

---

[109] *"Artículo 7. Dirección Jurídica. Son funciones de la Dirección Jurídica las siguientes:(…) 16. Atender las peticiones y consultas relacionadas con asuntos de competencia del Ministerio, en coordinación con las direcciones técnicas. (…)".*
[110] *"Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social".*
[111] *"Espacios libres de humo y de sustancias psicoactivas (spa) en las empresas", disponible en https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/circular_minproteccion_0038_2010.htm .*
[112] *"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Titulo del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo".*

3.2. ASUNTO: Radicado 202042402048102

Respetada señora xxx

Hemos recibido comunicación del asunto mediante la cual manifiesta, *"De acuerdo a la Resolución 2230 del 27 de Noviembre de 2020, los bienes que están exentos por la emergencia sanitaria, se mantendrán exentos hasta el 28 de Febrero? No es claro la explicación de este tema en la nueva resolución."*

En atención a la solicitud se realizó llamada a la peticionaria con el fin de aclarar la petición, quien indicó que, el Decreto Legislativo 551 de 2020 en su artículo 1 relaciona unos productos cubiertos por la exención del impuesto sobre las ventas IVA, a aplicar durante la vigencia de la Emergencia Sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, que la emergencia fue prorrogada por la Resolución hasta el 28 de febrero de 2021, por lo que pregunta, si dicha exención se mantiene hasta esa fecha?

Aclarada la petición se le informa que, como quiera que el Decreto Legislativo 551 de 2020[113] se encuentra vigente a la fecha y la condición para aplicar la exención de los productos relacionados en el artículo 1 ibídem, es vigencia de la emergencia sanitaria, la cual fue prorrogada por la Resolución 2230 de 2020[114] hasta el 28 de febrero de 2021, se entiende que dicha exención se mantiene hasta dicha fecha, excepto que el decreto sea derogado o modificado en tal sentido.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28[115] del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituidos en el Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.

Cordialmente,

---

[113] *Por el cual se adoptan medidas tributarias transitorias en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y. Ecológica*
[114] *Por la cual se prorroga nuevamente la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la Covid – 19, declarada mediante Resolución 385 de 2020, modificada por la Resolución 1462 de 2020*
[115] *"Artículo 28.Alcance de los conceptos. Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución."*

3.3. ASUNTO: Registro de libro de actas de la Junta Directiva- ESE Radicado 202042301932182

Respetada señora XXX.

Hemos recibido comunicación del asunto mediante la cual manifiesta, *"Se sirva emitir concepto respecto a la obligatoriedad de los libros de junta directiva de las ESE.*
A. Aún es obligatorio llevar el respectivo libro?
B. De ser así, donde la ESE Primer nivel registra dicho libro.?
C. Obligatoriedad de las decisiones que se toman en junta directiva?"

En atención al requerimiento se procede a dar respuesta en los siguientes términos:

El artículo 2.5.3.8.4.2.6 del Decreto 780 de 2016[116] prevé:

> *Artículo 2.5.3.8.4.2.6 Reuniones de la junta. Sin perjuicio de lo que se disponga en los estatutos internos y reglamentos de cada entidad, la Junta Directiva se reunirá ordinariamente cada dos (2) meses, y extraordinariamente a solicitud del Presidente de la Junta o del Representante Legal de la Empresa Social, o cuando una tercera parte de sus miembros así lo soliciten.*
>
> ***De cada una de las sesiones de la Junta Directiva se levantará la respectiva acta en el libro que para tal efecto se llevará. El Libro de Actas debe ser registrado ante la autoridad que ejerza las funciones de inspección, vigilancia y control de la Empresa Social del Estado.***
>
> *Parágrafo. La inasistencia injustificada a tres (3) reuniones consecutivas o cinco (5) reuniones durante el año, será causal de pérdida del carácter del miembro de la Junta Directiva y el Gerente de la Empresa Social solicitará la designación del reemplazo según las normas correspondientes."*
> *(…)" (subrayas y negrilla fuera de texto)*

El artículo 44 de la Ley 715 de 2001[117] establece:

> *ARTÍCULO 44. COMPETENCIAS DE LOS MUNICIPIOS. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social*

[116] *Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*
[117] *Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.*

en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones: (…)
44.3. De Salud Pública. (…)

*4.3.5. **Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción**, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, **hospitales**, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, puertos, aeropuertos y terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales, entre otros. (…)*

En este orden de ideas y citada la anterior normativa, se procede a responder sus interrogantes, previa y transcripción de los mismos, así:

"A. Aún es obligatorio llevar el respectivo libro?"

Conforme a lo previsto en el artículo 2.5.3.8.4.2.6 del Decreto 780 de 2016 que incorporó el artículo 10 del Decreto 1876 de 1994 reglamentario de las Empresas Sociales del Estado- ESE, y no existiendo norma legal vigente que establezca o permita inferir lo contrario, es obligatorio llevar el libro de actas de reuniones por parte de la junta directiva.

"B. De ser así, donde la ESE Primer nivel registra dicho libro.?"

De acuerdo a lo establecido el artículo 2.5.3.8.4.2.6 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 44 de la Ley 715 de 2001, el registro del libro de actas de las reuniones de la junta directiva de las Empresas Sociales del Estado – ESE de Primer Nivel, se debe realizar ante el ente territorial de salud de su jurisdicción.

En consecuencia, corresponde a la Secretaría de Salud Municipal de la jurisdicción donde preste el servicio la ESE de I Nivel realizar el registro del libro de actas de la Junta Directiva, en la medida en que dicha secretaría es quien ejercen primera instancia la inspección, vigilancia y control en la prestación del servicio de salud y en salud pública.

C. Obligatoriedad de las decisiones que se toman en junta directiva?"

El artículo 2.5.3.8.4.2.7[118] del Decreto 780 de 2016 establece las funciones de las juntas directivas, dada la importancia y alcance de las mismas, éstas deben cumplir con los

[118] *"Artículo 2.5.3.8.4.2.7Funciones de la Junta Directiva. Sin perjuicio de las funciones asignadas a las Juntas Directivas por ley, Decreto, Ordenanza o Acuerdo u otras disposiciones legales, esta tendrá las siguientes: (…)"*

requisitos fijados en los estatutos y la ley para surtir efectos jurídicos, es decir para demandar su cumplimiento. En consecuencia, y en virtud del principio de autonomía previsto en el artículo 2.5.3.8.4.1.1 [119] ibídem, las juntas directivas de las ESE determinarán cuales decisiones constarán en acta de libro y cuales se aprobaran mediante acuerdos.

Así por ejemplo, las decisiones que tomen la Junta Directiva de la ESE mediante acuerdos, deben constar en actos administrativos, los cuales deben ir numerados consecutivamente con indicaciones de día, mes y año de suscripción, debidamente firmados por el Presidente de la Junta Directiva y Secretario Ejecutivo, conforme a lo señalado en el artículo 2.5.3.8.4.2.8[120] ibídem.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido por el artículo 1de la Ley 1755 de 2015[121]

Cordialmente,

---

[119] *"Artículo 2.5.3.8.4.1.1 Naturaleza jurídica. Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos."*

[120] *"Artículo 2.5.3.8.4.2.8De la denominación de los actos de la Junta Directiva. Los Actos de la Junta Directiva se denominarán acuerdos, se numerarán sucesivamente con indicaciones del día, mes y año en que se expidan y serán suscritos por el Presidente y Secretario de la misma. De los Acuerdos se deberá llevar un archivo consecutivo."*

121 Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

3.4. ASUNTO: Derecho de petición (No. 021)
Radicado 202042401939572

Respetado señor xxx

Hemos recibido la comunicación del asunto mediante la cual manifiesta, que solicita se absuelvan algunas inquietudes sobre los decretos de excepción y una de las resoluciones que prorroga la emergencia sanitaria.

En atención a la petición se procede a responder previa trascripción de las preguntas, en los siguientes términos:

1) "INFORMAR cuáles son los decretos y el periodo de vigencia de los mismos que decretaron el estado de excepción de emergencia sanitaria."

El gobierno nacional en virtud del artículo 215[122] de la Constitución Política expedidos los siguientes decretos:

- El Decreto 417 del 17 de marzo de 2020 a través del cual declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica por un término de 30 días calendario contados a partir de la vigencia de este decreto, su vigencia fue de 30 días calendarios, del 17 de marzo al 16 de abril.

- El Decreto 637 del 6 de mayo de 2020 declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica por el término de treinta (30) días calendario contados a partir de la vigencia de este decreto, su vigencia fue de 30 días calendarios, del 6 de mayo al 5 de junio.

Ahora bien, los decretos que han sido prorrogados con el fin de impartir instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19 y mantener el orden público, en virtud del numeral 4 del artículo 189[123], artículos 303[124] y

---

[122] *"Artículo 215. Cuando sobrevengan hechos distintos de los previstos en los artículos 212 y 213 que perturben o amenacen perturbar en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país, o que constituyan grave calamidad pública, podrá el Presidente, con la firma de todos los ministros, declarar el Estado de Emergencia por períodos hasta de treinta días en cada caso, que sumados no podrán exceder de noventa días en el año calendario. (…)"*
[123] *"Artículo 189. Corresponde al Presidente de la República como Jefe de Estado, Jefe del Gobierno y Suprema Autoridad Administrativa: (…)4. Conservar en todo el territorio el orden público y restablecerlo donde fuere turbado. (…)"*
[124] *"Artículo 303. En cada uno de los departamentos habrá un Gobernador que será jefe de la administración seccional y representante legal del departamento; el gobernador será agente del Presidente de la República para el mantenimiento del orden público y para la ejecución de la política económica general, así como para aquellos asuntos que mediante convenios la Nación acuerde con el departamento. Los gobernadores serán elegidos popularmente para períodos institucionales de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el período siguiente. (…)"*

315 [125] de la Constitución Política y artículo 199[126] de la Ley 1801 de 2016[127], los cuales en principio fueron de aislamiento preventivo obligatorio y luego de aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable, son:

- Decreto 457 del 22 de marzo de 2020 de aislamiento preventivo obligatorio del día 25 de marzo de 2020 hasta el día 13 de abril de 2020.
- Decreto 531 del 8 de abril de 2020 de aislamiento preventivo obligatorio del día 13 de abril de 2020 hasta el día 27 de abril de 2020.
- Decreto 593 del 24 de abril de 2020 de aislamiento preventivo obligatorio del día 27 de abril de 2020 hasta el día 11 de mayo de 2020.
- Decreto 636 del 6 de mayo de 2020 de aislamiento preventivo obligatorio del día 11 de mayo de 2020 hasta el día 25 de mayo de 2020.
- Decreto 749 del 28 de mayo de 2020 de aislamiento preventivo obligatorio del día 1 de junio de 2020 hasta el día 1 de julio de 2020.
- Decreto 878 del 25 de junio de 2020 de aislamiento preventivo obligatorio del día 1 de julio de 2020 hasta el día 15 de julio de 2020
- Decreto 990 del 9 de julio de 2020 de aislamiento preventivo obligatorio del día 16 de julio de 2020 hasta el día 1 de agosto de 2020
- Decreto 1076 del 28 de julio de 2020 de aislamiento preventivo obligatorio del día 1 de agosto de 2020 hasta el día 1 de septiembre de 2020
- Decreto 1168 de 25 de agosto de 2020 de aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable prorrogable hasta el día 1 de octubre de 2020
- Decreto 1297 del 29 de septiembre de 2020 de aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable prorrogable hasta el día 1 de noviembre de 2020.
- Decreto 1408 del 30 de octubre de 2020 de aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable prorrogable hasta el 1 de diciembre de 2020
- Decreto 1550 del 28 de noviembre de 2020 de aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable prorrogable hasta el 16 de enero de 2021.

2) "INFORMAR si existen decretos que hayan prorrogado la vigencia de los decretos del estado de excepción de emergencia sanitaria."

---

[125] *"Artículo 315. Son atribuciones del alcalde: (…)2. Conservar el orden público en el municipio, de conformidad con la ley y las instrucciones y órdenes que reciba del Presidente de la República y del respectivo gobernador. El alcalde es la primera autoridad de policía del municipio. La Policía Nacional cumplirá con prontitud y diligencia las órdenes que le imparta el alcalde por conducto del respectivo comandante. (…)"*

[126] *Artículo 199. Atribuciones del Presidente. Corresponde al Presidente de la República:*
1. Dirigir y coordinar a las autoridades de Policía y la asistencia de la fuerza pública para garantizar la convivencia en todo el territorio nacional.2. Ejercer la función de Policía para garantizar el ejercicio de los derechos y libertades públicas, y los deberes, de acuerdo a la Constitución y la ley. 3. Tomar las medidas que considere necesarias para garantizar la convivencia en el territorio nacional, en el marco de la Constitución, la ley y este Código. 4. Impartir instrucciones a los alcaldes y gobernadores para preservar y restablecer la convivencia.

[127] *Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana.*

El Gobierno Nacional expidió dos decretos al respecto, el Decreto 417 del 17 de marzo de 2020 a través del cual declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica por un término de 30 días calendario contados a partir de la vigencia de este decreto, del 17 de marzo al 16 de abril, y el Decreto 637 del 6 de mayo de 2020 que declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica por el término de treinta (30) días calendario contados a partir de la vigencia de este decreto, del 6 de mayo al 5 de junio, en consecuencia y como quiera que existe un intervalo de tiempo entre la pérdida de vigencia del primero y la expedición y entrada en vigencia del segundo, no hubo prorroga, por ello tampoco el segundo decreto establece que se trate de una prórroga del primero.

3) "INFORMAR en qué fecha finalizaron la vigencia los decretos de estado de excepción de emergencia sanitaria."

La vigencia del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica del Decreto 417 del 17 de marzo de 2020 finalizó el 16 de abril del 2020.

La vigencia del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica del Decreto 637 del 6 de mayo de 2020 finalizó el 5 de junio de 2020.

4) "INFORMAR si es posible prorrogar la vigencia de un decreto que decreta el estado de excepción de emergencia sanitaria a través de una Resolución y de ser así, cuál es el sustento normativo."

No es posible prorrogar la vigencia de un decreto que declara el estado de excepción de emergencia a través de una resolución, porque el artículo 215 de la Constitución y artículo 46[128] de la Ley Estatutaria 137 de 1994[129] establecen que, el estado de emergencia económica, social y ecológica se debe declarar mediante decreto y no mediante resolución, en cumplimiento del orden jurídico constitucional contemplado en el artículo 4[130] superior.

Ahora bien, frente a ésta inquietud se debe aclarar que no existe resolución que esté prorrogando alguno de los dos decretos de la emergencia económica, social y ecológica, igualmente que, la *declaratoria de emergencia sanitaria* es diferente a la *declaratoria de emergencia económica, social y ecológica*, la primera se refiere a una medida de carácter

---

[128] "*Artículo 46. Declaratoria del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica. …. En* ***el decreto declarativo*** *el Gobierno deberá establecer la duración del Estado de Emergencia, que no podrá exceder de treinta días y convocará al Congreso, si no se haya reunido, para los 10 días siguientes al vencimiento del termino de dicho Estado. (…)"*

[129] *Por la cual se regulan los Estados de Excepción en Colombia*

[130]"Artículo *4. La Constitución es norma de normas. En todo caso de incompatibilidad entre la Constitución y la ley u otra norma jurídica, se aplicarán las disposiciones constitucionales. (…)"*

sanitario adoptada mediante resolución por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, con fundamento en los artículos 49[131] y 95[132] de la Constitución Política, artículos 489[133] y 598 [134] de la Ley 9 de 1979 y parágrafo 1 del artículo 2.8.8.1.4.3[135] del Decreto 780 de 2016[136], a contrario sensu la segunda se declara como consecuencia de un estado excepcional por perturbación o amenaza en forma grave e inminente del orden económico, social y ecológico del país, o que constituya grave calamidad pública, mediante decreto por el Presidente de la República con la firma de todos los ministros, con fundamento en el artículo 215 de la Constitución y artículo 46 de la Ley Estatutaria 137 de 1994.

5) ***"INFORMAR cuál fue el sustento constitucional y normativo con el cuál a través de la Resolución 1462 del 25 de agosto de 2020 se prorroga la emergencia sanitaria."***

Es de resaltar que la Resolución 1462 del 25 de agosto de 2020 por la cual se prorroga la emergencia sanitaria, no solo cuanta con sustento constitucional y legal, sino además está soportada, en un documento técnico, en comunicados de la Organización Mundial de la Salud - OMS y en factores estadísticos concluyentes sobre el Covid-19 en el país, a la fecha de su expedición, todo lo cual hace parte de los considerandos de la misma, como a continuación se relacionan:

Sustento Normativo:

Artículo 49 y 95 de la Constitución Política

---

[131] *Artículo 49. 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. (…)
***Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad**. (…)"*

[132] "*Artículo 95. La calidad de colombiano enaltece a todos los miembros de la comunidad nacional. Todos están en el deber de engrandecerla y dignificarla. El ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en esta Constitución implica responsabilidades. (…)*
Son deberes de la persona y del ciudadano:
(…)
*2. **Obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas**; (…)*
*8. Proteger los recursos culturales y naturales del país **y velar por la conservación de un ambiente sano**, (…)"*

[133] *"Artículo 489. El Ministerio de Salud o su entidad delegada serán las autoridades competentes para ejecutar acciones de vigilancia epidemiológica y de control de saneamiento de áreas portuarias, naves y vehículos.*
Todas las entidades que participen en el tráfico internacional y en actividades de las áreas portuarias, deberán dar respaldo y prestar su apoyo al Ministerio de Salud o su entidad delegada para el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentaciones. "

[134] "*Artículo 598. Toda persona debe velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros de su hogar, evitando acciones y omisiones perjudiciales y cumpliendo las instrucciones técnicas y las normas obligatorias que dicten las autoridades competentes."*

[135] *"Artículo 2.8.8.1.4.3Medidas sanitarias. Con el objeto de prevenir o controlar la ocurrencia de un evento o la existencia de una situación que atenten contra la salud individual o colectiva, se consideran las siguientes medidas sanitarias preventivas, de seguridad y de control: (…)* **Parágrafo 1°.** *Sin perjuicio de las medidas antes señaladas y en caso de epidemias o situaciones de emergencia sanitaria nacional o internacional, se podrán adoptar medidas de carácter urgente y otras precauciones basadas en principios científicos recomendadas por expertos con el objetivo de limitar la diseminación de una enfermedad o un riesgo que se haya extendido ampliamente dentro de un grupo o comunidad en una zona determinada. (…)"*

[136] *Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*

Artículo 5 y 10 de la Ley 1751 de 2015[137]
El título VII y artículo 598 de la Ley 9 de 1979[138]
Parágrafo 1 del artículo 2.8.8.1.4.3. del Decreto 780 de 2016.
Artículo 1 del Reglamento Sanitario Internacional[139]
Resolución 385 del 12 de marzo de 2020[140].
Decreto 1109 del 10 de agosto de 2020[141]

Documento técnico:

Documento del Observatorio Nacional de Salud *"Modelos de transmisión de Coronavirus Covid-19 escenarios para Colombia"* en donde se establece que con corte al 20 de mayo de 2020 el número reproductivo en tiempo real Rt para el país era de 1,33 , con valores para ciudades que oscilaban entre 0,72 y 1,37 y que el crecimiento promedio de casos nuevos venía experimentando un aumento, el Ministerio de Salud y Protección Social, que permitió mediante la Resolución 844 de 2020, prorrogar la emergencia sanitaria hasta el 31 de agosto de 2020 .

Comunicados de la OMS:

La Organización Mundial de la Salud - OMS, el 7 de enero de 2020, informó a los Estados miembros sobre el brote del nuevo Coronavirus - Covid - 19 como una emergencia de salud pública de importancia internacional y el 11 de marzo de 2020, como una pandemia, esencialmente por la velocidad de su propagación, por lo que instó a los Estados a tomar acciones urgentes y decididas para la identificación , confirmación , aislamiento, monitoreo de los posibles casos y el tratamiento de los casos confirmados , así como la divulgación de las medidas preventivas, todo lo cual debe redundar en la mitigación del contagio.

En alocución de apertura de la conferencia de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 1o de agosto de 2020, el Director General de la OMS manifestó que: "se ha logrado romper las cadenas de transmisión gracias a la combinación de una rápida identificación de los casos, una amplia localización de los contactos, una adecuada atención clínica a los pacientes, el distanciamiento físico, el uso de mascarillas, la limpieza frecuente de las manos y el hábito de alejarse de los demás al toser (...) en los países que han seguido este camino, se está utilizando un enfoque basado en los riesgos para reabrir

---

[137] *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.*
[138] *Por la cual se dictan Medidas Sanitarias*
[139] *Acuerdo* ***internacional*** *jurídicamente vinculante suscrito por 196 países, entre los que se encuentran todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).*
140 Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus.
[141] *Por el cual se crea. en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible - PRASS para el seguimiento de casos y contactos del nuevo Coronavirus - COVID-19 y se dictan otras disposiciones*

segmentos de las sociedades (...)" , de tal manera que ante la no aparición de soluciones permanentes el camino correcto es continuar controlando el virus.

Factores estadísticos concluyentes sobre el Covid-19 en el país, a la fecha de su expedición, y que se relacionan en los siguientes considerandos:

"Que en Colombia la fase de contención se inició 6 de marzo de 2020 y finalizó el 31 de marzo del mismo año, cuando se alcanzó un total de 906 casos de los cuales 114, que equivalen al 15, 8% se encontraban en estudio, es decir que frente a los 114 casos no se conocía la causa del contagio e inició la fase de mitigación.

Que no es posible calcular o determinar exactamente cómo va a progresar una pandemia ni ningún evento en el tiempo. La analítica predictiva provee diferentes modelos determinísticos y estocásticos que ayudan a tener escenarios hipotéticos de referencia para la toma de decisiones , que debe incorporar no solo el análisis de alcance y limitación de estos modelos (esto es, los supuestos matemáticos y/o estadísticos acerca del fenómeno representado , tales como el error y la incertidumbre) , sino otros factores sociales, económicos, culturales y políticos, y por tanto, los modelos predictivos se confrontan luego con lo que va ocurriendo durante la pandemia. La diferencia entre lo observado y lo esperado permite nuevas calibraciones para mejorar su precisión cuidando vigilar el sobreajuste que tampoco es una característica deseable pues los modelos apuntan a generalizar.

"Que el Instituto Nacional de Salud (INS) y varias instituciones académicas nacionales e internacionales, han desarrollado y siguen presentando diferentes alternativas basadas en su mayoría en modelos matemáticos de tipo compartimental que, con mayor o menor error y sofisticación de las representaciones, apuntan a describir la progresión de los casos."

"Que los cálculos de la progresión de la pandemia, a diferencia de los modelos, se basan en los datos disponibles de la observación y registro de los individuos afectados durante la pandemia, su calidad depende de los sistemas de información y los datos pueden ser incorporados para ajustar los modelos, sin embargo, en sí mismo hacen parte de las estadísticas de seguimiento de los eventos."

"Que el Instituto Nacional de Salud llevó a cabo un modelo determinístico tipo SIR, que divide la población afectada en tres grandes grupos: (i) individuos susceptibles o que pueden contagiarse (S), (ii) individuos infectados o que son capaces de transmitir la enfermedad (1), y (iii) los individuos recuperados de la infección o que adquieren inmunidad (R). Las estimaciones de casos nuevos y acumulados diariamente son producto del ajuste al modelo predictivo SIR de transmisión estocástico de la COVID-19, con los reportes diarios de casos confirmados de COVID-19 de la base de datos del Centro de Ciencia e Ingeniería de Sistemas (CSSE) de la Universidad Johns Hopkins."

"Que con base en las estimaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud, divulgadas en www.ins.gov.co en el documento producido por el Observatorio Nacional de Salud "Modelos de

transmisión de Coronavirus COV/019, escenarios para Colombia", cuyas proyecciones se actualizan para el seguimiento que realiza el Ministerio de Salud y Protección Social en los Comités Estratégicos de Salud, con corte al 20 de mayo de 2020 , el número reproductivo en tiempo real Rt para el país era de 1,33, con valores para ciudades que oscilaban entre O,72 y 1,37 y el crecimiento promedio de casos nuevos experimentó un aumento considerable desde el 16 de abril aproximadamente, pues se reportaron hasta 600 casos de contagio al día, razón por la cual el Ministerio de Salud y Protección Social prorrogó la emergencia sanitaria hasta el 31 de agosto de 2020 ."

"Que con corte al 24 de agosto de 2020, según la información reportada por el Instituto Nacional de Salud, se han se han confirmado 541 .147 casos en Colombia con resultado positivo para COVID-19, en los siguientes territorios y cantidades: Bogotá 188.220; Antioquia 71.158; Valle del Cauca 40 .620; Barranquilla 35 .434 ; Atlántico 27 .370; Cartagena 19.273; Cundinamarca 19168; Córdoba 17156; Santander 13687; Nariño 12746; Sucre 10357; Norte de Santander 8.998; Cesar 7899 ; Santa Marta 7.706 ; Meta 6.734 ; Tolima 5.555; Caquetá 4.836 ; Risaralda 4.807 ; La Guajira 4.349 ; Bolívar 4 .198; Cauca 4 . 190; Chocó 3.630 ; Huila 3 .530; Magdalena 3.519; Boyacá 3.091; Amazonas 2.687 ; Putumayo 2.405; Buenaventura 2.378 ; Caldas 2.301 ; Quindío 907; Casanare 856; Arauca 764; Guaviare 236 ; Vaupés 208 ; San Andrés 123; Guainía 42 y Vichada 29."

"Que con ese mismo corte se han reportado 17.316 muertes, en los siguientes territorios y cantidades: Bogotá 4 .951; Barranquilla 1.596; Valle del Cauca 1.422; Antioquia 1.417; Atlántico 1.236; Córdoba 1.089; Santander 563; Cundinamarca 539; Norte de Santander 514; Cartagena 508; Sucre 449 ; Nariño 449 ; Magdalena 299; Santa Marta 297 ; La Guajira 203 ; Cesar 200; Bolívar 171; Caquetá 160; Buenaventura 156; Tolima 148; Meta 139; Cauca 132; Chocó 130; Putumayo 116; Amazonas 107; Huila 90; Risaralda 77 ; Boyacá 60 ; Caldas 38 ; Quindío 25; Casanare 18; Arauca 13; Guainía 2 y Vichada 1."

"Que, de acuerdo a la información reportada por el Instituto Nacional de Salud, el promedio de casos diarios confirmados por fecha de reporte, en los últimos siete días, entre el 18 y el 24 de agosto de 2020, es de 10.719; la positividad de las pruebas de laboratorio, que establece cuál es el porcentaje de muestras positivas frente al total de muestras procesadas , es de 26,7% para el 24 de Julio de 2020, la cual se ha mantenido relativamente estable en las últimas semanas, considerando que se ha conservado la misma estrategia de rastreo de casos y contactos."

"Que el análisis de la información epidemiológica del evento indica que Colombia continúa en la fase de mitigación y sugiere que se está alcanzando el pico de la epidemia, al observarse una reducción progresiva de la velocidad de la transmisión, de acuerdo al índice reproductivo básico Rt. Con base en las estimaciones del observatorio Nacional de Salud recalculadas para el 23 de agosto de 2020, el Rt en Colombia se encontraba a 1.20 al 31 de mayo (promedio calculado desde el 27 de abril hasta el 31 de mayo de 2020) , descendiendo al 1.19 al 30 de junio (promedio calculado del 27 de abril hasta el 30 de junio y luego al 1.16 al 31 de julio (promedio calculado desde el 27 de abril hasta el 31 de julio de 2020) , encontrándose actualmente en 1.2

(promedio calculado desde el 27 de abril hasta 5 días antes de la última fecha del ajuste del modelo}, sin embargo, es importante tener en cuenta que los territorios se encuentran en diferentes estadios de la epidemia."

"Que con corte al 23 de agosto, de los 1.122 municipios y Áreas No Municipalizadas - ANM, del país, el 10.34% se encuentran sin afectación de Covid-19, el 27 .63% tienen afectación baja, el 25,85% afectación moderada y el 36,15% afectación alta."

"Que con corte al 23 de agosto de 2020, la tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes para el país es de 34,38, mientras que la de letalidad total es de 3,2% (0,96% en menores de 60 años y 16,95% en mayores de 60 años), esta última se ha mantenido estable durante las últimas semanas a nivel nacional. Sin embargo, el impacto real sobre la mortalidad, y su comparación con otros países, sólo será posible de ser establecido a final de la pandemia, ya que cada país también está en distintas fases, y ha aplicada diversas modelos de respuesta."

"Que, pese a los significativos avances que en el mundo se han tenida en corto tiempo, a la fecha no hay suficiente evidencia que soporte el uso rutinario de algún medicamento, tratamiento o vacuna para hacer frente al virus y detener su transmisión."

"Que con respecto a la capacidad hospitalaria, la aplicación de los planes de expansión elaborados por las secretaría o direcciones de salud territoriales con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, se centra principalmente en el incremento del número de camas de hospitalización de adultos, cuidados intermedios de adultos y cuidado intensivos de adultos, para dar respuesta al aumento de la demanda de la atención intrahospitalaria generada por la pandemia derivada del Covid-19, previniendo la saturación de esta capacidad instalada en los territorios ."

"Que, con relación a la hospitalización de adultos, se proyectó el mantenimiento de la capacidad hospitalaria con una disponibilidad del 50% exclusiva para la atención de Covid- 19. En la actualidad se cuenta con 24 .313 camas hospitalarias para la atención de Covid-19, lo cual presenta un incremento de 16.36% respecto del mes de abril de 2020."

"Que la línea de base de las camas de unidad de cuidado intermedio, en abril de 2020, era de 3.305 y a 23 de agosto, se cuenta con 3.637, lo cual implica un incremento de 10%."

"Que la línea de base de las camas de unidad de cuidado intensivo, en abril de 2020, era 5.462 y a 24 de agosto, se cuenta con 9.791, correspondiente a un crecimiento del 79 .25%."

"Que, con respecto a la ocupación de camas de UCI, se inició con una línea de base, en mayo de 2020, del 52,9% de la totalidad de las 5.462 camas de UCI, pasando a una ocupación, a 24 de agosto, del 65.7% con 9.791 camas, con un pico máximo de ocupación el 7 de agosto de 71,8%, momento en que se contaba con 9.157 camas."

"Que es necesario continuar el seguimiento y expansión de la capacidad instalada de UCI, con los ajustes que se requieran de acuerdo al comportamiento de la pandemia, máxime si dentro de la estimación realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el escenario crítico de aumento de casos por el COVID-19, se podría requerir hasta 12.000 camas de UCI. Adicionalmente a lo anterior se requiere continuar con estrategias para disminuir o mitigar el contagio por el virus en la población para evitar la aparición de las situaciones críticas antes enunciadas."

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28[142] del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituidos en el Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.

Cordialmente,

[142] *"Artículo 28. Alcance de los conceptos. Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución."*

3.5. Asunto: Consulta sobre el quorum y voto mayoritario en la junta directiva de una E.S.E.
Radicado: 202042302130702.

Respetado Señor XXX.

Recibimos su comunicación con el radicado de la referencia, donde usted consulta sobre temas relacionados con el *"quorum decisorio, y la mayoría de votos para tomar decisiones en firme (Acuerdos y proposiciones) en la junta directiva (sic)"*, en una ESE de primer nivel.

Frente al asunto me permito mencionarle que, ni el artículo 70 de la Ley 1438 de 2011[143], ni el Decreto 1876 de 1994[144], compilado en el Decreto 780 de 2016[145], tienen previsto cual es el quórum que las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado deben tener en cuenta en sus deliberaciones o decisiones. Así las cosas, se tiene que los aspectos relacionados con las dichas mayorías, deben estar contenidos y regulados en los estatutos que rigen cada ESE en particular, razón por la cual, dicho aspecto se deberá verificar en estos documentos para efectos de concluir las condiciones bajo las cuales la junta directiva de la ESE que usted refiere deliberará y decidirá, aspecto que desconoce esta Dirección Jurídica.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo; sustituido en su título II por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015[146].

Cordialmente,

[143] *"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones."*
[144] *"Por el cual se reglamentan los artículos 96,97 y 98 del Decreto-ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado"*
[145] *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*
[146] *"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Titulo del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo".*