

3. Registro Mercantil.

4. Certificación de la cuenta bancaria, donde especifique tipo de cuenta, número de cuenta bancaria, condiciones especiales de la cuenta, ciudad de apertura y acreditación que la misma se encuentra activa. La cuenta deberá corresponder al establecimiento de comercio o a nombre del representante legal del mismo”.

Artículo 3°. Modificar el artículo 11 de la Resolución número 169 del 15 de julio de 2020, el cual quedará así:

“**Artículo 11. Comité Técnico del Apoyo.** El Programa de apoyo a pequeños productores en la adquisición de insumos agropecuarios para aliviar los efectos adversos del COVID-19 en el campo colombiano, contará con un Comité Técnico, que deberá analizar la inscripción realizada por el pequeño productor, el área de producción, la actividad productiva a adelantar y la necesidad y cantidad de insumos agropecuarios solicitados, con el fin de habilitarlos como beneficiarios del programa. Así mismo, el Comité técnico del apoyo, teniendo en cuenta el desarrollo del programa y previa justificación técnica, podrá redistribuir el presupuesto asignado a cada Sector, Grupo de Productos y/o Departamentos, en la presente resolución.

El Comité Técnico estará conformado de la siguiente manera:

1. Un designado del Viceministro de Asuntos Agropecuarios.
2. El Director de Cadenas Agrícolas y Forestales.
3. El Director de Cadenas Pecuarias, Pesqueras y Acuícolas.
4. Un representante de Fiduagraria”.

Artículo 4°. La presente resolución modifica el aparte del párrafo segundo del artículo 3, el artículo 10 y 11 de la Resolución número 169 de 2020. Las demás disposiciones continúan sin modificación alguna.

Artículo 5°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 21 de agosto de 2020.

El Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural,

Rodolfo Enrique Zea.

(C. F.).

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 1462 DE 2020

(agosto 25)

por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la COVID-19, se modifican las Resoluciones números 385 y 844 de 2020 y se dictan otras disposiciones.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades, en especial, de las conferidas por el artículo 69 de la Ley 1753 de 2015, el artículo 2.8.8.1.4.2. del Decreto número 780 de 2016 y en desarrollo del artículo 2° del Decreto número 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 su artículo 5° que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud como uno de los elementos fundamentales del Estado Social de Derecho, y en su 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 salud de las personas*”.

Que la Ley 9ª de 1979, al tenor de su Título VII resalta 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 todas las autoridades de salud.

Que el artículo 598 de la mencionada Ley 9ª 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 el Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en el párrafo 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, podrá “*tomar medidas de carácter urgente y otras precauciones basadas en*

principios científicos recomendadas por expertos con el objeto 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 de acuerdo con lo establecido en el artículo 1° del Reglamento Sanitario Internacional se considera emergencia en 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) puede exigir una respuesta internacional coordinada.

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, 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.

Que, con base en la declaratoria de pandemia por parte de la OMS, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución número 385 del 12 de marzo de 2020, declaró la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional hasta el 30 de mayo de 2020 e indicó que la misma podría finalizar antes de la fecha señalada o, si persisten las causas que le dieron origen, podría ser prorrogada.

Que, con base en las estimaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud, en el documento producido por el 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 R_t 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, mediante Resolución número 844 de 2020, prorrogó la emergencia sanitaria hasta el 31 de agosto de 2020.

Que el manejo de una epidemia se construye por fases, a saber: (i) una fase de preparación, que inicia con la alerta de autoridades en salud en la que se realiza el proceso de alistamiento para la posible llegada del virus; (ii) una fase de contención, que inicia con la detección del primer caso, en la cual se debe fortalecer la vigilancia en salud pública, el diagnóstico de casos y el seguimiento de contactos, ya que el objetivo es identificar de la manera más oportuna los casos y sus posibles contactos para evitar la propagación y (iii) una fase de mitigación, que inicia cuando, a raíz del seguimiento de casos, se evidencia que en más del 10% de los mismos no es posible establecer la fuente de infección, en esta etapa, se deben adoptar medidas para reducir el impacto de la enfermedad en términos de morbi-mortalidad, de la presión sobre los servicios de salud y de los efectos sociales y económicos derivados.

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 (I), 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 COVID-19, 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 R_t para el país era de 1,33, con valores para ciudades que oscilaban entre 0,72 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 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 19.168; Córdoba 17.156; Santander 13.687; Nariño 12.746; Sucre 10.357; Norte de Santander 8.998; Cesar 7.899; 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 25,7% 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 R_t . Con base en las estimaciones del observatorio Nacional de Salud recalculadas para el 23 de agosto de 2020, el R_t 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 de 2020) 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 aplicado diversos modelos de respuesta.

Que, pese a los significativos avances que en el mundo se han tenido 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 secretarías 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.

Que en la alocución de apertura de la conferencia de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 10 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 segmentos de las sociedades (...)*”, de tal manera que ante la no aparición de soluciones permanentes el camino correcto es continuar controlando el virus.

Que así mismo, el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y la disciplina social en diferentes países del mundo, han permitido pasar de un aislamiento obligatorio colectivo a una medida preventiva selectiva por tipo de personas, grupos específicos o áreas geográficas, entre otras.

Que, en consecuencia, el Gobierno nacional ha determinado que es el momento de evolucionar de la estrategia de confinamiento general a un aislamiento selectivo que facilite el tránsito progresivo hacia dicha reactivación en forma segura y cuidadosa y sin minimizar el riesgo y control y protección que debe realizar el Estado.

Que con ese propósito, el Gobierno nacional, mediante Decreto número 1109 del 10 de agosto de 2020, creó el Programa Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS), como un plan nacional para disminuir la velocidad de transmisión del COVID-19, rompiendo sus cadenas de contagio, diseñado sobre la base de las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud OMS, el Centro para Control de Enfermedades (CDC por su sigla en inglés) y el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC por su sigla en inglés), así como diferentes experiencias internacionales exitosas en relación con la contención del virus.

Que para el efecto, el nivel nacional dentro del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, bajo la dirección de este Ministerio debe generar mecanismos para el fortalecimiento, coordinación y colaboración con los demás integrantes del Sistema de Salud, mediante acciones concretas de salud pública en la detección oportuna de casos de personas o contactos con COVID-19, en el contexto de ese plan nacional que brinde respuesta con medidas adicionales, para promover la finalidad y en última instancia la aplicación, incluido el establecimiento de las capacidades de salud pública orientadas hacia la implementación del PRASS.

Que en ese sentido, este Ministerio, en coordinación con las entidades territoriales de salud y los demás actores del SGSSS, continuará dirigiendo sus esfuerzos hacia el reforzamiento de la capacidad diagnóstica del país, en el fortalecimiento de la red hospitalaria, en la comunicación de riesgos, en adelantar estrategias comunitarias con trabajo de formación a los ciudadanos y con estrategias de comunicación, y propendiendo por la intersectorialidad y en el seguimiento a la adherencia a protocolos.

Que debido a que no en todo el territorio nacional existe un número significativo de casos y a que las ciudades con mayor número de casos de contagio parecen estar en los primeros picos de la epidemia por observarse una reducción de la transmisión, se está en un buen momento para fortalecer estrategias de aislamiento selectivo de personas, grupos o pequeñas áreas, manteniendo las acciones de prevención, sin perjuicio de que la evaluación permanente conlleve a considerar otras medidas según la evolución de la pandemia en cada territorio.

Que, mediante su gestión de vigilancia epidemiológica, los equipos de Vigilancia en Salud Pública de las entidades territoriales han venido realizando desde el comienzo de la pandemia una importante labor de Rastreo Presencial en Campo que incluye un ejercicio exhaustivo de identificación de contactos como parte de los cercos epidemiológicos que se ejecutan en ubicaciones específicas. Por su parte las entidades promotoras de salud y demás entidades obligadas a compensar han desarrollado una importante labor de atención y seguimiento a sus afiliados y núcleos familiares, con lo cual el Rastreo en promedio arroja la identificación de entre 2 y 3 contactos dado que se circunscribe al núcleo familiar y/o convivientes. No obstante, para lograr generar una disminución significativa de la Tasa de Reproducción del Virus (RT) que contribuya a la reactivación de la actividad económica y social, es necesario ampliar de manera importante el alcance del Rastreo de Contactos, mediante un esfuerzo sistemático a gran escala que permita contactar diariamente a todos los Casos Confirmados y Sospechosos/ Probables identificados, así como también a sus contactos.

Que para el efecto, el nivel nacional dentro del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, bajo la dirección de este Ministerio debe generar mecanismos para el fortalecimiento, coordinación y colaboración con los demás integrantes del Sistema de Salud, mediante acciones concretas de salud pública en la detección oportuna de casos de personas o contactos con COVID-19, en el contexto de ese plan nacional que brinde respuesta con medidas adicionales, para promover la finalidad y en última instancia la aplicación, incluido

el establecimiento de las capacidades de salud pública orientadas hacia la implementación del PRASS.

Que es importante enfatizar en la cultura de la prevención y el cuidado como una obligación y deber ciudadano que debe hacer parte de su conducta permanente en todos los espacios y actividades en que se desarrolla, con una especial sensibilidad de protección hacia la comunidad, considerando la dimensión colectiva que tiene esta crítica situación.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. *Prórroga de la emergencia sanitaria.* Prorrogar la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional hasta el 30 de noviembre de 2020. Dicha prórroga podrá finalizar antes de la fecha aquí señalada cuando desaparezcan las causas que le dieron origen o, si estas persisten o se incrementan, el término podrá prorrogarse nuevamente.

Artículo 2°. Modificar el artículo 2° de la Resolución número 385 del 17 de marzo de 2020, modificado por el artículo 2° de la Resolución número 844 de 26 de mayo de 2020, el cual quedará así:

“**Artículo 2°. Medidas.** Con el objeto de prevenir y controlar la propagación de la COVID-19 en el territorio nacional y mitigar sus efectos, se adoptan las siguientes medidas:

2.1. Prohibir los eventos de carácter público o privado que impliquen aglomeración de personas.

2.2. Prohibir los eventos de carácter público o privado que impliquen la concurrencia de más de cincuenta (50) personas. Los eventos públicos o privados en los que concurren hasta cincuenta (50) personas, deben garantizar que no exista aglomeración y el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2.3. Ordenar a los responsables de los establecimientos de comercio y locales comerciales, controlar estrictamente la entrada y salida de personas.

2.4. Ordenar a todas las autoridades del país y a los particulares, de acuerdo con su naturaleza y en el ámbito de su competencia, cumplir en lo que les corresponda, con la estrategia de respuesta para enfrentar la pandemia, formalizada mediante la Resolución 779 de 2020, o la norma que la modifique o sustituya.

2.5. Ordenar a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades territoriales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que faciliten la afiliación de oficio al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población residente en el territorio nacional, utilizando los canales virtuales que este Ministerio ha dispuesto.

2.6. Ordenar a la Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, incluidos los regímenes de excepción y especiales y a su red de prestadores de servicios de salud, que garanticen la atención en salud de su población afiliada, priorizando el modelo establecido en la Resolución número 521 de 2020 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

2.7. Ordenar a todas las estaciones de radiodifusión sonora, a los programadores de televisión y demás medios masivos de comunicación, difundir gratuitamente la situación sanitaria y las medidas de protección para la población, de acuerdo con la información que sea suministrada por este Ministerio en horarios o franjas de alta audiencia y de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

2.8. Disponer de las operaciones presupuestales necesarias para financiar las diferentes acciones requeridas en el marco de la emergencia sanitaria.

2.9. Ordenar a las autoridades administrativas, a los sectores sociales y económicos y a la sociedad civil en general que, en el ámbito de sus competencias, transmitan la información sobre el riesgo del contagio, así como sobre las medidas de prevención del mismo, de acuerdo con los protocolos y lineamientos que expida o haya expedido el Ministerio de Salud y Protección Social.

2.10. Recomendar a la Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, incluidos los regímenes de excepción y especiales y a su red de prestadores de servicios de salud, en el marco de la ética y la autonomía profesional garantizar y realizar la prestación de servicios de salud con modalidades que minimicen los desplazamientos y el contacto físico, como la modalidad de telemedicina o la atención domiciliaria por parte de equipos multidisciplinarios de salud.

2.11. Recomendar a las autoridades departamentales, municipales y distritales que en el desarrollo de los Puestos de Mando Unificado (PMU) para el seguimiento y control de la epidemia, monitoree como mínimo: (i) el cumplimiento de las acciones de prevención y control para la mitigación del riesgo de contagio a la población; (ii) la implementación de una estrategia comunitaria que garantice la formación a los ciudadanos con relación a la COVID-19; (iii) reforzamiento de la capacidad diagnóstica de las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los operadores de los regímenes especiales y de excepción y los departamentos y distritos, según sea su competencia; (iv) fortalecimiento de las gestión de la salud pública y vigilancia epidemiológica; (v) verificar la necesidad de implementar cercos epidemiológicos físicos, por localidades o conglomerados (vi) fortalecimiento de la atención domiciliaria, telemedicina y teleconsulta ambulatoria; (vii) fortalecimiento de la red hospitalaria; (viii) adopción de programas de protección a los grupos de mayor riesgo de complicaciones asociadas a Sars-CoV-2 y de mayor riesgo de contagio; (ix) fortalecimiento de estrategias para la comunicación del riesgo; (x)

cumplimiento de los protocolos de bioseguridad; (xi) articulación de las autoridades que tiene a cargo el manejo, control y mitigación de la epidemia.

2.12. Recomendar a las personas mayores de 70 años el autoaislamiento preventivo.

2.13. Recomendar a la ciudadanía no realizar o asistir a eventos sociales.

Parágrafo 1°. Entiéndase por aglomeración toda concurrencia de personas en espacios cerrados y abiertos en los cuales no pueda guardarse el distanciamiento físico de dos (2) metros como mínimo entre persona y persona. También se entiende que hay aglomeración cuando la disposición del espacio y la distribución de muebles y enseres dificulte o impida dicho distanciamiento.

Parágrafo 2°. Estas medidas son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo, obligatorio y transitorio y se aplicarán sin perjuicio de las sanciones a que hubiere lugar.

Artículo 3°. *Cultura de prevención.* Las instituciones públicas y privadas, la sociedad civil y la ciudadanía en general deben coadyuvar en la implementación de la presente norma y de las disposiciones complementarias que se emitan. En desarrollo del principio de solidaridad y de los postulados de respeto al otro, se deberá adoptar una cultura de prevención vital. En consecuencia, se deberá cumplir especialmente con los siguientes aspectos:

3.1. Seguir de manera estricta los protocolos de bioseguridad que este Ministerio haya expedido para cada actividad y para cada uno de los espacios en los que se interactúe.

3.2. Minimizar los factores de riesgo y de exposición al contagio y desarrollar una conciencia de máxima prevención.

3.3. Atender las demás instrucciones que se emitan en relación con la prevención y el cuidado propio, de su familia y de su comunidad.

Artículo 4°. *Medidas de vigilancia y control epidemiológico.* Con el objeto de prevenir y controlar la propagación de la COVID-19 en el territorio nacional, así como garantizar la oportuna información sobre la dinámica de este evento que afecta la salud de la población, este Ministerio, además de las responsabilidades señaladas en el Título 8, libro 2, parte 8 del Decreto número 780 de 2016, realizará las siguientes acciones:

4.1. Liderar el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo (PRASS) creado mediante el Decreto número 1109 de 2020, a través del direccionamiento de las acciones de salud pública y vigilancia epidemiológica relacionadas con el seguimiento de personas con casos confirmados, sospechosos, probables y sus contactos.

4.2. Emitir órdenes específicas relacionadas con el seguimiento de contactos, a través de la Dirección de Epidemiología y Demografía, para los diferentes agentes del Gobierno nacional, las entidades territoriales, las entidades Administradoras de Planes de Beneficios, incluyendo los regímenes de excepción y los servicios de salud para garantizar el fortalecimiento de las capacidades de respuesta del Sistema de Salud.

4.3. Establecer, de acuerdo a modelos de salud y evidencia científica, esquemas tecnológicos, para el seguimiento de casos confirmados, sospechosos, probables y sus contactos, con destino al SIVIGILA y al SEGCOVID, en conjunto con el Instituto Nacional de Salud, en el marco de la estrategia de implementación del PRASS.

4.4. Liderar la comunicación del riesgo que tiene la población de enfermar por COVID-19, en conjunto con el Instituto Nacional de Salud y los integrantes del SGSSS, para que los individuos y la comunidad tomen y adopten las medidas y acciones de protección y prevención necesarias.

Artículo 5°. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las Resoluciones números 407, 450, 453 y 464, 470, 1003 todas de 2020.

Notifíquese, publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 25 de agosto de 2020.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Fernando Ruiz Gómez.

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 0001463 DE 2020

(agosto 25)

por la cual se adoptan las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico SARS CoV2 (COVID-19), que integra las canastas de servicios y tecnologías en salud, se establece su valor y el procedimiento para el reconocimiento y pago ante la ADRES, y se modifica la Resolución número 1161 de 2020.

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 en desarrollo del artículo 4° de la Resolución número 1161 de 2020, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 20 del Decreto Legislativo 538 de 2020 adoptó la medida de *(canasta de servicios y tecnologías en salud destinados a la atención del Coronavirus COVID-19)*. Esta disposición faculta al Ministerio de Salud y Protección Social para definir una canasta de atenciones para los pacientes con Coronavirus COVID-19, a ser reconocidos y pagados por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con base