

y Desarrollo Rural vía correo electrónico a la siguiente dirección: gestion.documental@minagricultura.gov.co dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la importación, la cantidad efectivamente importada anexando copia de la(s) declaración(es) de importación.

En caso de no utilizar la cantidad asignada, se deberá informar por escrito a la Oficina de Asuntos Internacionales del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural vía correo electrónico a la siguiente dirección: gestion.documental@minagricultura.gov.co, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al vencimiento de la vigencia de autorización otorgada, los motivos por los cuales no realizó la importación.

El incumplimiento de este deber impedirá participar en la siguiente distribución que sobre el mismo producto se realice.

Artículo 10. *Cumplimiento de la normativa sanitaria.* Las importaciones que se realicen en el marco de la presente resolución deberán cumplir con las normas sanitarias vigentes exigidas por las autoridades sanitarias colombianas, quienes serán las encargadas de verificar su cumplimiento al momento de la importación.

Artículo 11. *Reporte de información a autoridades competentes.* La nacionalización de los productos referidos en la presente resolución sin tener derecho al cupo de importación dará lugar al reporte a las autoridades competentes para las sanciones a que haya lugar.

Artículo 12. *Cronograma de asignación y administración del contingente.* El cronograma que resume los términos señalados en la presente resolución podrá ser consultado por el público en la Página Web del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural: www.minagricultura.gov.co, Sección: Convocatorias.

Artículo 13. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 25 febrero de 2021.

El Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural,

Rodolfo Zea Navarro.

(C. F.).

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 000222 DE 2021

(febrero 25)

por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo coronavirus Covid-19, declarada mediante Resolución 385 de 2020 y prorrogada a su vez por las Resoluciones 844, 1462 y 2230 de 2020.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades, en especial, de las conferidas por los artículos 69 de la Ley 1753 de 2015 y 2.8.8.1.4.3 del Decreto 780 de 2016 y

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, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, dispone en su artículo 5° que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo de dicho derecho, como una de los elementos fundamentales del Estado Social de Derecho, y en su artículo 10 enuncia como deberes de las personas 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 destaca en su título VII 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 y en su artículo 598 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 Ministerio de Salud y Protección Social, como autoridad sanitaria del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, 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*” conforme a lo previsto en el parágrafo 1° del artículo 2.8.8.1.4.3 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Que de acuerdo con 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 mediante la Resolución 2230 del 27 de noviembre de 2020 este Ministerio prorrogó hasta el 28 de febrero del 2021, la emergencia sanitaria declarada mediante la Resolución 385 de 2020 y prorrogada a través de las Resoluciones 844, 1462 y 2230 del mismo año.

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.

Que el 1° de abril de 2020 Colombia inició la fase de mitigación, en la cual se requiere una fuerte corresponsabilidad por parte de los individuos con medidas de autocuidado, de las comunidades y del gobierno para aislar casos positivos, disminuir la velocidad de transmisión, aumentar la oferta sanitaria en los territorios e iniciar la reapertura económica gradual, en la cual continuamos hasta la fecha.

Que no es posible calcular o determinar con exactitud 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 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 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 (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 en ese sentido, el mencionado Instituto elaboró 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.

Que según datos del Sivigila con corte al 4 de febrero de 2021, Colombia presenta un total de 2.125.622 casos confirmados, de los cuales el 93,6%, es decir, 1.988.955 son casos recuperados y el 3,6% correspondiente a 75.721, son casos activos, con una tasa de contagio de 4.219 casos por cada 100.000 habitantes. En cuanto a las muertes, presenta un total de 54.877 casos, con una tasa de 108,94 muertes por cada 100.000 habitantes y una letalidad de 2,5%.

Que la situación epidemiológica del país presentó un nuevo ascenso entre los meses de diciembre de 2020 y enero de 2021 principalmente en ciudades como Bogotá, Medellín, Cali, Ibagué, Pereira, Armenia, Manizales, Santa Marta, Cartagena y Leticia; no obstante, para las últimas semanas se ha observado una reducción progresiva en la curva de casos y muertes, aunque aún existe el riesgo de nuevos ascensos, situación esta que exige mantener la emergencia sanitaria.

Que en el distrito de Bogotá se presentó una ocupación de UCI del 77%; 622.916 casos confirmados, 12.841 fallecidos, para una tasa de mortalidad de 165,82, de contagio de 8.043 y un total de letalidad de 2.06 por cada 100.000 habitantes; en Medellín se registró un porcentaje de ocupación en UCI del 79%, 184.154 casos confirmados, 3.285 fallecidos, para una tasa de contagio de 7.282, de mortalidad de 129,67 y una letalidad de 1,78 por cada 100.000 habitantes. Así mismo, en la ciudad de Cali la ocupación de UCI fue del 90%, 127.212 casos confirmados, 3.486 fallecidos, para una tasa de mortalidad de 154,75,

de contagio de 5.647 y una letalidad de 2.74%, por cada 100.000 habitantes. En Ibagué se presentó una ocupación en UCI del 70,6%, 46.073 casos confirmados, 1.103 casos fatales, para una tasa de mortalidad de 203,84, de contagio de 8.514 y una letalidad de 2,3% casos por cada 100.000 habitantes.

Que Pereira registró un porcentaje de ocupación de UCI del 82,6%; 29.596 casos confirmados, 684 muertes, con una tasa de mortalidad de 143, de contagio de 6.204 y una letalidad de 2,31% por cada 100.000 habitantes; por su parte, en la ciudad de Armenia se observó una ocupación de UCI del 42,9%, 22.162 casos confirmados, 591 casos fatales con una tasa de contagio de 7.152 casos, mortalidad de 190,74 y una letalidad de 2,67% por cada 100.000 habitantes, Así mismo, en Manizales se evidenció un porcentaje de ocupación en UCI del 72,6%, un total de 30.988 casos confirmados, 448 muertes, para una tasa de mortalidad de 100,41, de contagio de 6.945 y una letalidad de 1,45% por cada 100.000 habitantes.

Que, finalmente, en la ciudad de Santa Marta se presentó una ocupación en UCI del 57,8%; 21.351 casos confirmados, 616 fallecidos, para una tasa de mortalidad de 114,37, de contagio de 3.964 casos y una letalidad de 2,8% por cada 100.000 habitantes y en Cartagena se registró un porcentaje de ocupación en UCI del 59,4, 54.654 casos confirmados, 953 muertes para una tasa de mortalidad de 92,6, de contagio de 5.312 y una letalidad de 1,74%. por cada 100.000 habitantes. En Leticia se evidenciaron 3.604 casos confirmados, 131 muertes, con una tasa de mortalidad de 263, de contagio de 7.246 y una letalidad de 3,6% por cada 100.000 habitantes, todo lo anterior, de acuerdo con la información del Sivigila, con corte al 4 de febrero de 2021.

Que en el contexto de la pandemia generada por el Covid-19 la disponibilidad de tecnologías en salud es limitada, por lo que la aplicación del principio constitucional de eficacia a través de instrumentos que garanticen la mejor utilización posible de tecnologías escasas se convierte en una finalidad prevalente, con el objeto de proteger la salud pública y el derecho fundamental a la salud en su dimensión individual y colectiva.

Que el Estado colombiano ha alcanzado acuerdos vinculantes con diferentes agentes, indirectamente a través de la plataforma Covax y directamente por medio de acuerdos con los respectivos fabricantes y se estima que, producto de lo mismo, para el primer semestre del año 2021 Colombia cuente con aproximadamente cuarenta millones de dosis para buscar la inmunización de aproximadamente veinte millones de personas.

Que teniendo en cuenta que las vacunas adquiridas por el Estado colombiano estarán disponibles de manera gradual en la medida en que los diferentes laboratorios avancen en su producción, es necesario dividir en varias etapas los grupos priorizados.

Que el Decreto 109 de 2021 adoptó el Plan Nacional de Vacunación contra el Covid-19 en todo el territorio nacional, el cual tiene por objeto reducir la morbilidad grave y la mortalidad específica por Covid-19, disminuir la incidencia de casos graves y la protección de la población que tiene alta exposición al virus y reducir el contagio en la población general, con el propósito de controlar la transmisión y contribuir a la inmunidad de rebaño en Colombia.

Que los objetivos de la primera fase del Plan Nacional de Vacunación contra el Covid-19 contribuirán a reducir el impacto humano, económico y social de la mortalidad específica y la incidencia de casos graves por Covid-19, reduciendo la utilización de unidades de cuidado intensivo, pero que la transmisión del virus se mantendrá probablemente durante todo el año, habiendo regiones del país donde persiste probablemente una proporción relevante de susceptibles que pudieran generar nuevos brotes.

Que el Plan Nacional de vacunación contra el Covid-19 que tiene 2 fases y cinco etapas, inició el 18 de febrero de 2021, con la distribución de las primeras dosis de vacunas recibidas en virtud de uno de los contratos bilaterales suscritos por el Estado colombiano y la aplicación de la primera vacuna.

Que se prevé que la fase uno del Plan Nacional de Vacunación contra el Covid-19 se desarrolle durante los meses de febrero, marzo, abril y culmine a finales de mayo, sin embargo, se espera que durante todo el año 2021 persista la transmisión de Covid-19, por lo que es necesario mantener la adherencia a las medidas de protección personal y de bioseguridad y fortalecer la implementación del programa Prass a nivel nacional.

Que la transmisión del virus durante todo el año en Colombia mantendrá impactos relevantes en salud pública que, aunque serán menores por la inmunización de los grupos de mayor riesgo, exigen mantener las medidas de distanciamiento físico, uso del tapabocas, lavado de manos, ventilación adecuada de los espacios y evitar aglomeraciones, hasta tanto se logren coberturas efectivas a nivel poblacional.

Que el programa Prass ha demostrado ser esencial para reducir el contagio y la mortalidad por Covid-19 por lo que los entes de control y las EAPB deben mantener e incrementar su implementación, de acuerdo a las responsabilidades definidas en el Decreto 1374 de 2020.

Que en consecuencia y mientras se logran coberturas efectivas de vacunación, persisten las causas que dieron origen a la declaratoria de emergencia sanitaria, razón por la cual es necesario prorrogarla.

Que el contacto de niños, niñas y adolescentes con los escenarios institucionales es un factor protector ante las violencias y una oportunidad para detectar riesgos e incidir en ellos y propiciar las atenciones que deben garantizarse en lógica de derechos. La evidencia nacional e internacional muestra que las medidas de aislamiento físico han aumentado las alteraciones de la salud mental de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes, manifestándose

en condiciones relacionadas con depresión, ansiedad, conducta suicida, trastorno de estrés postraumático, entre otros. Adicionalmente, el número de casos por violencia se incrementó, especialmente las que se dan en el contexto y las relaciones familiares, como el riesgo de violencia sexual. Asimismo, hay evidencia de un importante impacto en el desarrollo de esta población, afectando directamente la esfera de la comunicación, lo que genera retrasos en el lenguaje y fallas en la interacción social, principalmente en la primera infancia.

Que hay evidencia del impacto de las acciones en primera infancia, infancia y adolescencia en el curso de la vida, en la trayectoria de las familias y en el desarrollo de los países, por lo que gestionar el regreso a la presencialidad al entorno educativo, es una prioridad de salud pública. Este proceso tiene especial relación con las familias que no cuentan con las condiciones para garantizar el cuidado, ni tienen las herramientas para apoyar los procesos de aprendizaje en casa, propiciando situaciones de riesgo ante la no apertura de las instituciones educativas.

Que en desarrollo de los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes, se hace necesario, con la implementación del protocolo de bioseguridad del sector educación, garantizar de manera gradual, progresiva y segura el regreso a la presencialidad al entorno educativo, reconocido este como un escenario esencial donde se dinamizan experiencias relacionales y educativas de gran incidencia en el proceso de desarrollo de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, convirtiéndose esto en una oportunidad para promover el cuidado de la salud, prevenir violencias y favorecer la prevención de alteraciones y trastornos en la salud mental.

En mérito de lo expuesto.

RESUELVE:

Artículo 1°. *Prórroga de la emergencia sanitaria.* Prorrogar, hasta el 31 de mayo de 2021, la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional declarada mediante la Resolución 385 de 2020 y prorrogada, a su vez, por las Resoluciones 844, 1462 y 2230 de 2020.

Parágrafo. La emergencia sanitaria podrá finalizar antes de la fecha aquí señalada cuando desaparezcan las causas que le dieron origen, o podrá prorrogarse, si estas persisten.

Artículo 2°. Modificar el artículo 2° de la Resolución 385 del 17 de marzo de 2020, modificado por el artículo 2° de las Resoluciones 844 de 26 de mayo de 2020 y 1462 del 25 de agosto de 2020, el cual quedará así:

“**Artículo 2°. Medidas.** Con el objeto de prevenir y controlar la propagación del 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. Ordenar a todas las autoridades del país y a los particulares, de acuerdo con su naturaleza y en el ámbito de sus competencias, cumplir en lo que les corresponda, con las acciones y estrategia de respuesta para enfrentar la pandemia, de acuerdo a la regulación y lineamientos expedidos por el Gobierno nacional.
- 2.3. Ordenar a las entidades territoriales y a los particulares adoptar todas las medidas para garantizar el retorno gradual, progresivo y seguro de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes a la presencialidad en las instituciones educativas, a partir del esquema de alternancia, como una prioridad de salud pública que responde a las necesidades de promoción de su desarrollo y salud mental, bajo la implementación de medidas de bioseguridad.
- 2.4. Ordenar a las Entidades Promotoras de Salud - EPS, a las entidades territoriales y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, en el marco de sus competencias, que faciliten la afiliación de oficio al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los habitantes del territorio nacional, utilizando los canales virtuales que se han dispuesto en la regulación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social este Ministerio ha dispuesto.
- 2.5. 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 521 de 2020 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.
- 2.6. 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.
- 2.7. 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.
- 2.8. 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) el Plan Nacional de Vacunación y las actividades definidas en los planes de acción territoriales, de acuerdo las fases y etapas previstas en el citado plan. (iii) la implementación de una estrategia comunitaria que garantice la formación a los ciudadanos con relación a la Covid-19; (iv) 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; (v) fortalecimiento de la gestión de la salud pública y vigilancia epidemiológica; (vi) verificar la necesidad de implementar cercos epidemiológicos físicos, por localidades o conglomerados (vii) fortalecimiento de la atención domiciliaria, telemedicina y teleconsulta ambulatoria; (viii) fortalecimiento de la red hospitalaria; (ix) adopción de programas de protección a los grupos de mayor riesgo de complicaciones asociadas a Sars-CoV-2 y de mayor riesgo de contagio; (x) fortalecimiento de estrategias para la comunicación del riesgo; (xi) cumplimiento de los protocolos de bioseguridad; (xii) articulación de las autoridades que tiene a cargo el manejo, control y mitigación de la epidemia.

- 2.9. Recomendar a las personas mayores de 70 años el autoaislamiento preventivo.
- 2.10. Recomendar a la ciudadanía no realizar o asistir a eventos sociales.
- 2.11. Ordenar a los entes territoriales y a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio mantener y profundizar la implementación del programa PRASS, acorde a las responsabilidades definidas en el Decreto 1374 de 2020 y los lineamientos dictados por el Ministerio de Salud y Protección Social, lo cual incluye: (i) Incrementar la aplicación de pruebas realizadas a cadenas de contacto con criterio epidemiológico; (ii) el rastreo y registro de contactos con criterio epidemiológico, idealmente desde que el caso es sospechoso; (iii) el seguimiento a casos y contactos y (iv) el acceso a atención médica oportuna en los casos en los que se requiere.
- 2.12. Disponer de las operaciones presupuestales necesarias para financiar las diferentes acciones requeridas en el marco de la emergencia sanitaria.

Parágrafo 1°. Entiéndase por aglomeración toda concurrencia de personas en espacios cerrados y abiertos en los cuales no pueda guardarse el distanciamiento físico establecido en los protocolos de bioseguridad expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social entre persona y persona para las actividades de los diferentes sectores económicos y sociales expedidos. 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°. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica el artículo 2° de la Resolución 385 de 2020, modificado por los artículos 2° de las Resoluciones 844 y 1462 de 2020.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 25 diciembre de 2021.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Fernando Ruiz Gómez.
(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 000223 DE 2021

(febrero 25)

por medio de la cual se modifica la Resolución 666 de 2020 en el sentido de sustituir su anexo técnico.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas en el parágrafo 1° del artículo 2.8.8.1.4.3 del Decreto 780 de 2016, y el artículo 1° del Decreto 539 de 2020 y,

CONSIDERANDO:

Que mediante Resolución 666 de 2020 se adoptó el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del coronavirus Covid-19, previendo medidas tales como, la higiene de manos, la higiene respiratoria, el distanciamiento físico, que en todo caso, según concepto de los expertos, se deben mantener hasta tanto la evaluación del riesgo indique que la situación permite retornar de manera paulatina y con seguimiento de las autoridades a la cotidianidad.

Que, a pesar de los esfuerzos del Gobierno nacional con la expedición de los protocolos de bioseguridad, debido a lo reportado por la Organización Mundial de la Salud-OMS a nivel mundial y el Instituto Nacional de Salud (INS) a nivel local, se evidencia que la propagación del coronavirus Covid-19 continúa, por lo tanto, es necesario complementar las medidas generales de bioseguridad, atendiendo a que está demostrado que el mecanismo de transmisión por aerosoles en espacios interiores mal ventilados es una de las causas que contribuye a la transmisión del virus, junto con, los mecanismos de transmisión por gotas y por contacto, así mismo, se requiere actualizar lo relacionado con el manejo de residuos, el -Prass- y algunas de las medidas existentes teniendo en cuentas le experiencias en su implementación.

Que, conforme a lo anterior, se hace necesario modificar la Resolución 666 de 2020.

En mérito de lo expuesto.

RESUELVE:

Artículo 1°. Modificar el artículo 2° “*ámbito de aplicación*” de la Resolución 666 de 2020, el cual quedará de la siguiente manera:

“2. *Ámbito de aplicación.* Está resolución aplica a trabajadores del sector público y privado, aprendices, practicantes, cooperados de cooperativas o precooperativas de trabajo asociado, afiliados participes, los contratantes públicos y privados, contratistas vinculados mediante contrato de prestación de servicios de los diferentes sectores económicos, productivos, en adelante trabajadores, empleadores, entidades gubernamentales, ARL y a las actividades sociales y económicas que realicen las personas, en lo que aplique.

Parágrafo 1°. Para la aplicación del protocolo cada sector, empresa o entidad deberá realizar, con el apoyo de sus administradoras de riesgos laborales, las adaptaciones correspondientes a su actividad, definiendo las diferentes estrategias que garanticen un distanciamiento físico y adecuados procesos de higiene y protección en el trabajo.

Parágrafo 2°. Las menciones realizadas a la Resolución 666 de 2020 en los diferentes protocolos de bioseguridad expedidos por este Ministerio se deben entender complementadas por lo aquí previsto.

Parágrafo 3°. En ningún caso, la obligación de la implementación de este protocolo podrá traducirse en el desconocimiento o desmejora de las condiciones ni en la terminación de los vínculos laborales, y demás formas contractuales del personal de las empresas.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y sustituye el anexo técnico que hace parte integral de la Resolución 666 de 2020.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 25 febrero de 2021.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Fernando Ruiz Gómez.

ANEXO TÉCNICO

1. Objetivo

Orientar en las medidas generales de bioseguridad en el marco de la pandemia por el nuevo coronavirus Covid-19, para adaptar en los diferentes sectores diferentes al sector salud con el fin de disminuir el riesgo de transmisión del virus de humano a humano durante el desarrollo de todas sus actividades.

2. Definiciones

Aislamiento: separación de una persona o grupo de personas que se sabe o se cree que están infectadas con una enfermedad transmisible y potencialmente infecciosa de aquellos que no están infectados, para prevenir la propagación de Covid-19. El aislamiento para fines de salud pública puede ser voluntario u obligado por orden de la autoridad sanitaria.

Asepsia: ausencia de microorganismos que pueden causar enfermedad. Este concepto incluye la preparación del equipo, la instrumentación y el cambio de operaciones mediante los mecanismos de esterilización y desinfección.

Bioseguridad: conjunto de medidas preventivas que tienen por objeto eliminar o minimizar el factor de riesgo biológico que pueda llegar a afectar la salud, el ambiente o la vida de las personas, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud y seguridad de los trabajadores y demás personas que se relacionan con ellos.

Cohorte de pacientes: agrupación de los pacientes que están colonizados o infectados con un mismo microorganismo, para limitar su atención a un área única y evitar el contacto con otros pacientes. Las cohortes se crean de acuerdo con la confirmación diagnóstica (clínica o microbiológica), criterios epidemiológicos y el modo de transmisión del agente infeccioso. Se prefiere evitar colocar pacientes severamente inmunodeprimidos en habitaciones con otros pacientes. Los estudios de modelado matemático soportan la fuerza de las cohortes en el control de brotes.

Contacto estrecho: es el contacto entre personas en un espacio de 2 metros o menos de distancia, en una habitación o en el área de atención de un caso de Covid-2019 confirmado o probable, durante un tiempo mayor a 15 minutos, o contacto directo con secreciones de un caso probable o confirmado mientras el paciente es considerado infeccioso.

Covid-19: es una enfermedad causada por un nuevo coronavirus que no se había visto antes en seres humanos. El nombre de la enfermedad se escogió siguiendo las mejores prácticas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para asignar nombres a nuevas enfermedades infecciosas en seres humanos.

Desinfección: es la destrucción de microorganismos en objetos inanimados, que asegura la eliminación de las formas vegetativas, pero no la eliminación de esporas bacterianas.

Desinfectante: es un agente que elimina la mayoría de los microorganismos patógenos, pero no necesariamente todas las formas microbianas esporuladas en objetos y superficies inanimados.

Hipoclorito de sodio: son los desinfectantes más ampliamente utilizados. Tienen un amplio espectro de actividad antimicrobiana, no dejan residuos tóxicos, no son afectados