

La importancia del mecanismo jurídico de la Emergencia Sanitaria en Colombia para atender la pandemia por COVID-19

Fabiola Alba Muñoz¹

El 2020 estuvo marcado por la novedad e incertidumbre que significó en el mundo la pandemia por COVID-19. Los dos primeros meses del año registraban la presencia del virus en China, país de origen, y hacia febrero ya en Europa se registraba el inicio de lo que fuera una de las mayores crisis sanitarias de ese continente.

En Colombia, el primer caso de COVID-19 se registró el 6 de marzo del 2020, y de ahí en adelante —como en todo el mundo— se fue incrementando, hasta esta fecha, que pasados dos años no se ha dado por clausurada, pero sí se supone controlada. Dada la experiencia que se estaba viviendo en Europa, en Colombia el Gobierno se aprestó a tomar medidas que permitieran una mejor preparación en caso de que llegásemos a una demanda exorbitada de servicios de salud, en especial de las Unidades de Cuidado Intensivo, y se dio a la tarea de gestionar con entidades como el Instituto Nacional de Salud una estrategia preventiva y de mitigación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 11 de marzo del

2020 que el brote de COVID-19 era una pandemia. En Colombia, se decretó cuarentena obligatoria a partir del 25 de marzo del 2020 y, con algunas moderaciones, se extendió hasta el 1.º de septiembre del mismo año. En el 2021, segundo año de pandemia por COVID-19, el país tuvo que enfrentar el segundo y tercer pico de contagios y el impacto e implicaciones que en materia sanitaria y económica significaron. Estas secuelas y consecuencias obligaron a que durante el 2021 y en el primer semestre del 2022 se diera continuidad a algunas de las medidas y mecanismos expedidos por el Gobierno nacional, tendientes a mitigar el impacto de la pandemia.

Mediante el Decreto 637 del 6 de mayo de 2020, el Presidente de la República declaró un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional, en los términos del artículo 215 de la Constitución Política. La figura de la emergencia sanitaria como mecanismo jurídico para viabilizar las medidas de diverso orden que permitieran el control y mitigación de la pandemia tiene como origen el Artículo 69 de la Ley 1753 de 2015 o Ley del Plan Nacional de Desarrollo “Todos por un nuevo

¹Jefe Jurídica Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ACHC.

país”, que disponía la declaración de emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, en caso de presentarse situaciones por riesgo de epidemia, epidemia declarada, insuficiencia o desabastecimiento de bienes o servicios de salud o eventos catastróficos que afecten la salud colectiva, u otros 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.

En los casos mencionados, el MSPS determinará las acciones que se requieran para superar las circunstancias que generaron la emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos con el fin de garantizar la existencia y disponibilidad de talento humano, bienes y servicios de salud, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional. Cuando las acciones requeridas para superar dichas circunstancias tengan que ver con bienes en salud, la regulación que se expida deberá fundamentarse en razones de urgencia extrema.

Lo dispuesto en este artículo podrá financiarse con los recursos que administra el Fosyga o la entidad que haga sus veces, o por los demás que se definan.

Al amparo de lo anterior, se expidió la Resolución N.º 385 del 13 de

marzo de 2020, “Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus”. El marco jurídico descrito permitió que el país, y en especial el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus competencias, adoptara medidas para proteger y garantizar la atención en salud de la población, sorteando limitaciones o definiciones del propio Sistema de Salud. También se desplegaron mecanismos de ayuda financiera a algunas





SIEMPRE CONECTADOS CON LA SALUD

Conoce nuestros nuevos
Cursos en el área de Urgencias

¡ENCUENTRA
TU CURSO Y
MATRÍCULATE
YA!

Titulados por la Universidad El Bosque



**UNIVERSIDAD
EL BOSQUE**
Facultad de Medicina
Educación Continuada

- **Diplomado en Servicio de Urgencias y Medicina Legal; Exploración Física por Especialidades y Electrocardiografía en Urgencias.**
- **Diplomado en Radiología en Urgencias.**
- **Diplomado en Análisis Clínicos en Urgencias.**
- **Diplomado en Semiología por Especialidades y Tratamiento en Urgencias.**

Conoce toda la oferta académica que tenemos con la Universidad El Bosque escaneando el siguiente código.



Aprovecha el **10% de descuento** en todos nuestros productos con el código **CILAPANATO** al momento de la compra en:
www.medicapanamericana.com



SIEMPRE CONECTADOS CON LA SALUD

www.medicapanamericana.com



Nos preguntan

empresas y subsidios para la población vulnerable y que, debido a las circunstancias de la pandemia, sus condiciones socioeconómicas sufrían un mayor deterioro.

Para efectos del presente artículo, la descripción normativa de las medidas adoptadas se centrará en las relacionadas de manera cercana con los procedimientos y desarrollo de la garantía de atención en salud. Medidas como las de subsidios o ayudas económicas ya han culminado, pues se trataba de medidas cuya transitoriedad implicaban también la disposición presupuestal de recursos. Otras, en cambio, deben ajustarse o volver al estado natural en los marcos normativos vigentes y otras más dejan sentadas el reglamento para su cumplimiento al menos hasta el término del presente Gobierno.

A continuación, se enlistan algunas de las medidas de mayor impacto en especial que buscaron generar estabilidad financiera en el Sistema de Salud, así como facilitaron procesos para la garantía efectiva del derecho a la salud y algunos incentivos también que permitieran el estímulo para el personal y las IPS, además de la consecuente tranquilidad para el pleno ejercicio de su misión.

- **Creación del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME).** La creación de este Fondo, a través del Decreto 444 en marzo del 2020, como un fondo cuenta sin personería jurídica del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, permitió atender las necesidades de recursos para la atención en salud y mitigar los efectos en la actividad productiva y económica de país a causa del COVID-19, así como poder brindar condiciones que permitieran mantener el empleo y el crecimiento del país.
- **Pago de bonificación por COVID-19 al talento humano en salud.** Mediante el Decreto 538 de 2020 y la Resolución N.º 1774 de octubre de 2020, modificada por la Resolución N.º 1182 de 2020, se dispuso un reconocimiento económico temporal para el talento humano en salud, por los servicios prestados en la pandemia generada por la COVID-19. Para ello, se definieron unos perfiles independientemente del tipo de vinculación

laboral y se dispuso que el reporte debían hacerlo las clínicas, los hospitales, las entidades territoriales y el INS que hicieran parte de la red prestadora que atendía pacientes sospechosos o confirmados con COVID-19. Para tal efecto, el personal debía estar registrado en el ReTHus, tener activa su afiliación a una EPS del Régimen Contributivo y haber cotizado en el último año. Se estipuló que el monto no sería inferior a 1 salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) y no podría superar los 4,5 SMLMV. Con este incentivo se benefició a más de 260.000 personas y, aunque se pretendía hacer un giro para otros beneficiarios, a la fecha no se ha logrado debido a la no disponibilidad de recursos.

- **COVID-19 como enfermedad laboral directa.** Mediante el Decreto 676 de mayo de 2020, se incorporó como una enfermedad directa la COVID-19 en la tabla de enfermedades laborales del Decreto 1477 de 2014 y se determina la obligación de las empresas contratantes de suministrar Elementos de Protección Personal (EPP) a los contratistas independientes con vinculación civil, comercial o administrativa. Este mecanismo, destacado en la región, alivió al talento humano en salud trámites de orden administrativo y legal y les permitió gozar de una estabilidad en materia de incapacidades.
- **Pago por disponibilidad de camas UCI.** Según las Resoluciones 1161, 1757 de 2020 y 1576 de 2021, durante un periodo de ocho meses, se hicieron reconocimientos económicos a la capacidad instalada disponible que los prestadores de salud dispusieron para la atención de pacientes por COVID-19. Esta propuesta de remunerar la capacidad instalada de las IPS permitió, por una parte, reconocer los esfuerzos de las IPS en medio de la pandemia y, por otra, apoyar la disminución

de ingresos por la prestación de servicios diferentes a COVID-19. Para el año 2022, aunque se había anunciado su posibilidad, los recursos del FOME no permitieron hacer más reconocimientos bajo este rubro.

- **Canasta de atenciones COVID-19.**

En el marco del Decreto 800 de 2020 y mediante Resoluciones 914 del 11 de junio y 1068 de julio de 2020, el Ministerio de Salud definió la metodología y tarifa que se debe pagar durante la emergencia sanitaria por los servicios de cuidados intensivos e intermedios para la atención de pacientes por COVID-19, que regiría en los eventos en que no existiera contrato entre la EPS a la cual se encontrara afiliado el usuario que requiriera el servicio. Se definió un anexo técnico con el listado y detalle de los procedimientos, medicamentos e insumos de cada servicio, y se definió de manera expresa que las tarifas definidas “no incluyen las atenciones correspondientes a las comorbilidades”.

- **Cofinanciación y pago de servicios de urgencias de Población Migrante.** Mediante la Resolución N.º 1897 de 2021, bajo la premisa por la equidad y la garantía de la salud de todos los habitantes en el territorio nacional, se dispusieron recursos en la Ley de Inversión Social (2155/2021) a los Departamentos y Distritos para la cofinanciación de las atenciones de urgencia de la población migrante irregular

El Ministerio de Salud definió la metodología y tarifa que se debe pagar durante la emergencia sanitaria por los servicios de cuidados intensivos e intermedios para la atención de pacientes por COVID-19.

o no afiliadas. Mediante dicha Resolución, se estructuró el mecanismo de cofinanciación por parte de la nación para el saneamiento de las cuentas auditadas, conciliadas y reconocidas por parte de las Entidades Territoriales hasta el 30 de abril de 2021, a las IPS públicas y privadas que hubieran garantizado la atención de urgencias a dicha población desde 2017.

- **Uso de las reservas técnicas de las EPS.** Esta, que fuera una medida novedosa, dispuso el uso transitorio de recursos invertidos que respaldan reservas técnicas de las EPS, para disminuir las cuentas por pagar con las IPS. El mecanismo y requisitos se establecieron en el Decreto 600 de 2020 expedido en el mes de abril. En junio de 2022, se expidió el Decreto 995 “en relación con el uso de los recursos invertidos que respaldan reservas técnicas de las EPS y se dictan otras disposiciones”. Se definió que, con el fin de disminuir la cartera, las EPS debían utilizar los recursos que tuvieran invertidos en depósitos a la vista, títulos de renta fija, o fondos de inversión colectiva, con los que respaldan sus reservas técnicas cuando la Superintendencia

El Decreto 538 de abril de 2020, se autorizó de manera transitoria autorizaciones para la prestación de servicios previa solicitud de las IPS ante las Secretarías Departamentales o Distritales o las Direcciones Territoriales de Salud.

Nacional de Salud evidenciara que presentan una concentración mayor al 15 % de la deuda en acreencias mayores a 180 días.

- **Medidas excepcionales para la compra de dispositivos médicos.** Mediante El Decreto 499 de marzo de 2020, se adoptaron medidas en materia de contratación estatal para la adquisición en el mercado internacional de dispositivos médicos y elementos de protección personal, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, atendiendo criterios de inmediatez, como consecuencia de las turbulencias del mercado internacional de bienes para mitigar la pandemia por COVID-19. Así, se definió que los contratos que tengan por objeto la adquisición en el mercado internacional de dispositivos médicos relacionados en el Artículo 1 del Decreto Legislativo 438 de 2020 y elementos de protección personal requeridos en la gestión sanitaria para atender casos sospechosos o confirmados de Coronavirus COVID-19 les serían aplicables las normas de derecho privado y no las condiciones del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.
- **Exención transitoria de IVA.** Mediante EL Decreto 438 de 2020, se estableció la exención transitoria del impuesto sobre las ventas (IVA), por el término de duración de la emergencia sanitaria, disponiendo que estarían exentos del IVA en la importación y en las ventas en el territorio nacional sin derecho a devolución y/o compensación los bienes enlistados en dicho Decreto, siempre y cuando se cumplieran las especificaciones técnicas establecidas en el Anexo del mismo. La lista

estableció los siguientes bienes: 1) nebulizador, 2) báscula pesa para bebés, 3) monitor de signos vitales, 4) electrocardiógrafo, 5) glucómetro, 6) tensiómetro, 7) pulsioxímetro, 8) aspirador de secreciones, 9) desfibrilador, 10) incubadora, 11) lámpara de calor radiante, 12) Lámpara de fototerapia, 13) bomba de infusión, 14) equipo de órganos de los sentidos, 15) bala de oxígeno, 16) fonendoscopio, 17) ventilador, 18) equipo de rayos X portátil, 19) concentrador de oxígeno, 20) monitor de transporte, 21) flujómetro, 22) cámara cefálica, 23) cama hospitalaria, 24) cama hospitalaria pediátrica.

- **Autorización transitoria de servicios de salud para atención de COVID-19.** Mediante el Decreto 538 de abril de 2020, se autorizó de manera transitoria autorizaciones para la prestación de servicios previa solicitud de las IPS ante las Secretarías Departamentales o Distritales o las Direcciones Territoriales de Salud, en relación con adecuaciones temporales en lugares no destinados a la prestación de servicios de salud dentro o fuera de las instalaciones; reconversión o adecuación de un servicio de salud temporalmente para la prestación de otro servicio no habilitado; ampliación de capacidad instalada de un servicio de salud habilitado; prestación de servicios en modalidades o complejidades diferentes a las habilitadas y la prestación de otros servicios no habilitados. Dado que estas autorizaciones eran temporales, al escrito del presente artículo y ante la terminación de la emergencia sanitaria, ya se ha dispuesto para consulta el proyecto de resolución que establece las medidas que se deben adelantar para el *cierre o habilitación de los servicios autorizados transitoriamente durante la emergencia sanitaria*, así como para el fortalecimiento de las infraestructuras y plataformas tecnológicas, la reactivación del

Los beneficios y desafíos de la interoperabilidad en la atención de los pacientes y en los costos de las instituciones



De izquierda a derecha: Martín Kozak, country manager de InterSystems Colombia y Chile; Adolfo Moreno, director clúster salud de la Cámara de Comercio de Medellín; Pablo Otero, gerente general de SURA EPS; y el doctor Jorge Henao, director médico de la Clínica Medellín.

Para explorar y analizar los desafíos de la implementación e interoperabilidad de la historia clínica digital en la industria de la salud, InterSystems organizó un evento en Medellín con expertos en el tema.

En los últimos años, el sector salud en Colombia ha puesto en marcha un plan de digitalización con el fin de lograr mejores procesos de atención, eliminar las distancias y reducir los costos. En el mundo, la interoperabilidad se ha convertido en una herramienta fundamental para optimizar su calidad, por lo que en los próximos meses el Ministerio de Salud implementará el plan de adopción de interoperabilidad de historia clínica digital, el cual se iniciará a implementar en los próximos meses.

Es en este contexto que InterSystems -compañía con experiencia global, brindando soluciones avanzadas de gestión, integración y análisis de datos-, organizó en Medellín el evento **“Interoperabilidad de la Historia Clínica en Colombia: estrategias de solución y experiencias globales”**, en el que varios organismos referentes en el campo dieron a conocer cómo está Colombia en cuanto a salud digital, los principales desafíos y ventajas de implementar este tipo de operaciones y sus perspectivas sobre la nueva hoja de ruta de digitalización propuesta por el Ministerio de Salud.

La apertura del evento estuvo a cargo de Jordi Calvera, regional managing director Iberia, Israel y Latam de InterSystems y contó con intervenciones de Fernando Portilla, consultor internacional de interoperabilidad; y Andrés Torres, sales executive de InterSystems Colombia.

Así mismo, en el encuentro se desarrolló el panel **“Abordando los desafíos de la integración nacional de la salud”**, el cual fue moderado por Martín Kozak, country manager de InterSystems Colombia y Chile, y contó la participación de ponentes como Adolfo Moreno, director clúster salud de la Cámara de Comercio de Medellín; Pablo Otero, gerente general de SURA EPS; y el doctor Jorge Henao, director médico de la Clínica Medellín.

Aporte y beneficios de la implementación de la interoperabilidad

Según Martín Kozak, country manager de InterSystems Colombia y Chile, es importante señalar que la interoperabilidad o salud conectada nos permite obtener información de una variedad de fuentes para apoyar la circulación del paciente por el sistema de salud, brindando una experiencia de 360 con mayor calidad, seguridad y oportunidad. Así mismo, permite a los pacientes ser partícipes e involucrarse en su proceso de cuidado.

Además, Kozak afirma **“Hemos visto buenos niveles de captación digital de datos de historias clínicas en el país, por lo que el proceso de interoperabilidad puede implementarse de manera satisfactoria a mediano plazo, apoyados de la normativa actual y que sin duda posiciona a Colombia con una ventaja competitiva que lo llevará a tomar la delantera en la región”**.

Sobre la importancia de la hoja de ruta de historia clínica digital marcada por el Ministerio de Salud, Jorge Henao, director médico de la Clínica Medellín comentó: **“Tener un tema de interoperabilidad se convierte en una herramienta fundamental para que podamos mejorar el trabajo conjunto entre los diferentes actores, desde el punto de vista médico y de atención, así como de los mismos pacientes, entre aseguradores, los entes gubernamentales y los prestadores, es un tema fundamental y tenemos que apoyar y trabajarlo”**.

Así mismo, Henao enfatizó: **“Una inquietud que me queda de la interoperabilidad es cómo funciona toda esa información, es el futuro y vamos hacia allá, pero no veo énfasis en la realidad y esa es la parte más importante y ahí los prestadores con nuestro personal de salud debemos de trabajar fuertemente en esto y a veces no estamos preparados”**.

Como instituciones de salud tenemos un papel fundamental y nos falta más conocimiento, otras entidades y otros niveles de empresas tienen más conocimiento sobre la importancia de este proyecto y las IPS no lo tenemos tan claro”.

Por su parte Pablo Otero, gerente general de SURA EPS manifestó: **“Frente a la normativa, definitivamente todo el tema de gestión del riesgo debe facilitarse, y a pesar de que es un acuerdo de voluntades, creo que es necesario un marco normativo; y sobre esta iniciativa, nos muestra que el gobierno está interesado en que las cosas pasen y que nos comprometamos como actores a que eso pase. En SURA tenemos unos procesos adelantados de interoperabilidad, pero ahí la pregunta que nos hacemos es, realmente esto es interoperabilidad, porque recibimos mucha información del asegurador, pero no estamos recibiendo del prestador y ahí es donde debemos trabajar, en esa bidireccionalidad para que realmente generemos valor a todos los actores”**.

Para Adolfo Moreno, director clúster salud de la Cámara de Comercio de Medellín, el plan de adopción de interoperabilidad de historia clínica digital **“Es una gran oportunidad que nos exige revisar los paradigmas vigentes y los modelos mentales y las formas de hacer las cosas. Sí se necesita revisar las prácticas que hemos tenido, por ejemplo, hablamos del sistema general de salud, muy importante el cambio normativo, pero en la práctica vemos cómo ese sistema tiene muchos componentes que son aún muy débiles, esto exige más que una producción ilimitada de actos administrativos, muchos de ellos quedan en el archivo o en el olvido. Realmente en estos tiempos de cambios se deben expresar cómo crear condiciones que permitan lograr estos procesos de interoperabilidad”**.

Para finalizar, Kozak expresó: **“No hay duda de que seguir gestionando la interoperabilidad o salud conectada generará una mejor salud para todos los colombianos. A nivel interno, aunque aún queda un largo camino por recorrer, en InterSystems queremos contribuir en los diferentes procesos de implementación de la interoperabilidad en la industria, para una mayor agilidad y efectividad, con base de nuestra experiencia global”**.

Sobre InterSystems

Fundada en 1978, InterSystems es un proveedor líder de tecnología para sistemas extremadamente críticos de los sectores de salud, finanzas, manufacturas y cadenas de distribución. Sus plataformas de datos en la nube resuelven los problemas de interoperabilidad, velocidad y escalabilidad de las grandes organizaciones en todo el mundo. InterSystems también desarrolla y apoya los servicios administrados para el registro clínico electrónico de los hospitales, los historiales de atención unificada para las comunidades y las naciones, así como los sistemas de administración de la información de los laboratorios. InterSystems está comprometido con la excelencia a través de su galardonado soporte 24x7 para clientes y socios en más de 80 países. De propiedad privada y con sede en Cambridge, Massachusetts, InterSystems tiene 25 oficinas en todo el mundo.

Para conocer más información sobre estas soluciones, ingresa a www.intersystems.com/cl



Nos preguntan

plan de visitas de verificación y el reporte de la ocupación de capacidad instalada y de la atenciones de telemedicina.

- **Recursos de juegos de suerte y azar.** Mediante el Decreto 576 de abril de 2020, se ordenó el traslado de recursos de juegos de suerte y azar para el sector salud en el mes siguiente a su recaudo y con el Decreto 808, expedido en junio, se dispuso el uso para el SGSSS de los recursos de premios no reclamados.
- **Recursos del fondo de riesgos laborales.** El Decreto 552 de 2020 estableció el traslado al FOME de excedentes del Fondo de Riesgos Laborales a título de préstamo a la Nación, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, hasta del 80% del saldo acumulado en dicho Fondo, en la medida en que vayan siendo requeridos por el FOME, a solicitud del Ministro de Hacienda y Crédito Público, o alguno de los viceministros, para conjurar la crisis o impedir la extensión de sus efectos en el territorio nacional, en el marco de la emergencia sanitaria.
- **Recursos del SOAT.** El Decreto 800 estableció la transferencia de las Aseguradoras SOAT de la diferencia base de cálculo de la prima y el riesgo efectivamente corrido por la entidad desde el inicio del aislamiento preventivo obligatorio hasta el 25 de mayo de 2020.
- **Nuevas plazas de Servicio Social Obligatorio.** Mediante Resolución N.º 127 de febrero de 2021, se asignaron nuevas plazas para servicio social obligatorio para reforzar la atención en salud durante la emergencia declarada por la pandemia por COVID-19.
- **Plan Nacional de vacunación.** Mediante el Decreto 109 de 2021, se adoptó el Plan Nacional de Vacunación y se estableció la población objeto, los criterios de priorización, las fases y la ruta para la aplicación de la vacuna, las responsabilidades de cada agente del SGSSS y de los administradores de los regímenes especiales y de excepción, así como el procedimiento para el pago de los costos de su ejecución. El Plan aplica para todos los

habitantes del territorio nacional, incluidos los extranjeros acreditados en misiones diplomáticas o consulares en Colombia, personas que transitan en zona de frontera, a las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, a las entidades responsables del aseguramiento y sus operadores, a los prestadores de servicios de salud públicos y privados, incluidos los prestadores de servicios de salud indígenas, al Fondo Nacional de Salud para las Personas Privadas de la Libertad y su operador, y a la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres.

- **Autorización de ingresos de medicamentos para UCI por vía marítima.** Mediante la Resolución 201 de febrero de 2021, se dispuso la autorización de ingreso de manera transitoria al país adicional por la vía aérea y la vía marítima de materiales o sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son Monopolio del Estado, que se declararan por el INVIMA en desabastecimiento o vitales no disponibles.
- **Condiciones sanitarias para el trámite y otorgamiento de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia (ASUE).** Mediante los Decretos 1787 de 2020 y 710 de 2021, se establecieron las condiciones sanitarias para el trámite y otorgamiento de la Autoirización Sanitaria de Uso de Emergencia (ASUE), por parte del 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 el tratamiento de COVID-19.

Otras medidas de ayuda financiera, aunque generales, deben mencionarse pues significaron

alivios y ayudas para las Entidades del sector salud:

- **Programa de apoyo al empleo formal PAEF.** El programa de apoyo al empleo formal, diseñado mediante el Decreto 639 de 2020, fue una ayuda importante para las empresas beneficiarias. Esta medida con cargo a los recursos del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME) creó un programa social del Estado que otorgó un aporte monetario mensual de naturaleza estatal, y hasta por tres veces, con el objeto de apoyar y proteger el empleo formal del país durante la pandemia. La cuantía del aporte corresponde al número de empleados multiplicado por hasta el 40 % del valor del SMLMV.
- **Programa de apoyo para el pago de la prima de servicios.** El Decreto 770 de junio de 2020 adoptó varias medidas de protección laboral, entre ellas la de apoyar y subsidiar el primer pago de la prima de servicios de 2020, por doscientos veinte mil pesos (\$220.000) por empleado. También permitió el acuerdo para el pago de la prima entre empleadores y trabajadores mediante la concertación de pago hasta en tres (3) cuotas, los cuales en todo caso debían efectuarse a más tardar el veinte (20) de diciembre de 2020.
- **Disminución de las cotizaciones al Sistema General de Pensiones.** El Decreto 558 expedido en abril, y que fuera declarado inexecutable por la Corte Constitucional, definía

El Decreto 770 de junio de 2020 adoptó varias medidas de protección laboral, entre ellas la de apoyar y subsidiar el primer pago de la prima de servicios de 2020, por doscientos veinte mil pesos (\$220.000) por empleado.

que para los períodos de abril y mayo, cuyos pagos debían efectuarse en los meses de mayo y junio de 2020, respectivamente, los empleadores del sector público y privado y los trabajadores independientes pagarían como aporte el 3 % de cotización, el 75 % por el empleador y el 25 % restante por el trabajador. Ante la declaratoria de inexecutable deberán tanto empleador como trabajadores pagar el valor dejado de asumir.

Puede resultar corta la anterior descripción si se tiene en cuenta lo que significó para el país la Pandemia que apenas estamos superando, y es por ello que vale la pena destacar el marco normativo que permitió la garantía plena del derecho a la salud y el que, de manera excepcional sin violentar o transgredir nuestro ordenamiento jurídico, se ofrecieran las alternativas y medidas para que la población contara con atención de calidad en las instituciones hospitalarias, existiese la disponibilidad del talento humano y, para que en medio de las dificultades que representaba la situación, se pudieran hacer incentivos y reconocimientos a los agentes vitales de nuestro Sistema de Salud. 