

# No. 81

## Reporte de Situación

### 15 de junio de 2020

---

- Actualización al 15 de junio
  - Informe especial de los primeros 100 días de la pandemia en Colombia.
- 

## Colombia

Oficina OPS/OMS COL - CDE

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas

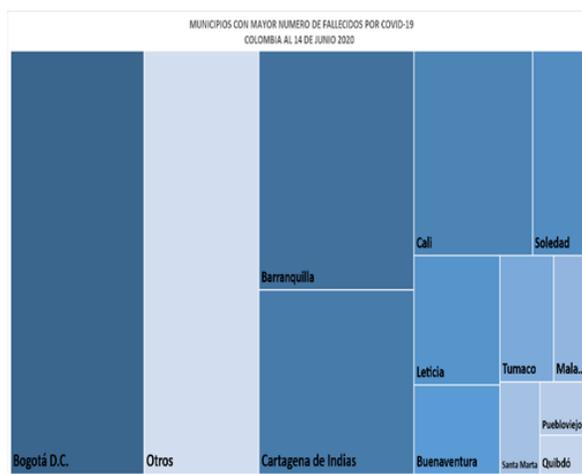
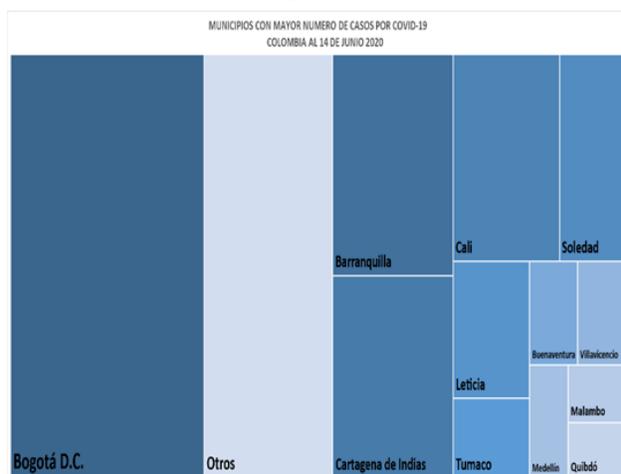
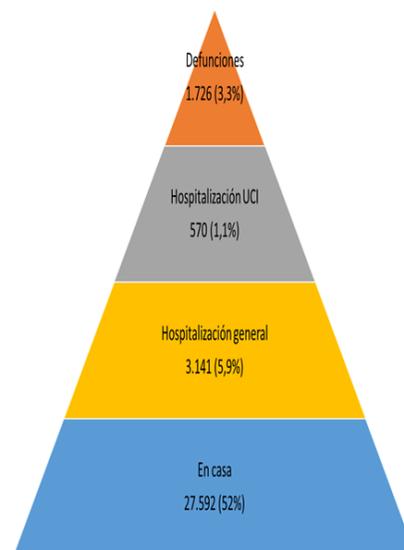


NOTA: Los datos incluidos en este SitRep corresponde a informes publicados sobre COVID-19 de la OMS, OPS, MinSalud e INS y las cifras corresponden a las horas de corte que es incluido en cada bloque

## Actualización situación COVID-19 Colombia. Corte 15 de junio 10 pm.

Con base en los datos publicados en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

- Para el 15 de junio Colombia **reporta 53.063 casos** (2.124 casos nuevos en las últimas 24h) y **1726 defunciones** (57 defunciones en las últimas 24 Horas) y 5.589 casos asintomáticos que equivalen al 10,5 de los casos reportados.
- En relación con el número de municipios, al 15 de junio 528 municipios están reportando casos, y 168 municipios reportan defunciones. El 77% de los casos se reportan en 10 municipios y 64% de las muertes se reportan en 5 municipios.
- El 56% de los casos se reportaron en hombres. En cuanto a grupos de edad, se reportaron el 4,4% de los casos en menores de nueve años (2.311 casos), 80,6% de los casos en población entre los 10 a los 59 años (42.727) y el 15% son de 60 años y más (7.943 casos).
- Con relación a la población hospitalizada, se evidencia mayor proporción en los hombres con el 59% (2.192/3711); la proporción de hospitalización general es del 5,9% y el 1,1% están en hospitalización en UCI.
- Entre las entidades territoriales con una proporción de casos en hospitalización general mayor a la nacional están: Putumayo 15,4%; Buenaventura con el 12,1%; Magdalena 9,7%; Córdoba 9,7%; Cauca 9,0%; Valle con el 8,3%; Sucre 8,3%, La Guajira 8%, Chocó 7,7% y Barranquilla 7,3%; En UCI la mayor proporción se observó en Córdoba 4,3 %, Valle 2,3% y Buenaventura 1,8%.
- En la población de 60 años y más se observa la mayor proporción de casos graves y fatales, es así como el 13,6% (1.077) de la población de 60 y más años están en hospitalización general, 3,3% (265) en UCI y 15,8% han fallecido (1.255 casos), es decir el 73% del total de fallecimientos ocurre entre personas de 60 y más años.



## INFORME ESPECIAL DE LOS PRIMEROS 100 DÍAS DE LA PANDEMIA EN COLOMBIA

*NOTA: Los datos incluidos en este SitRep corresponde a informes publicados sobre COVID-19 del Instituto nacional de Salud de Colombia (INS), Ministerio de salud y protección social (MinSalud), La Organización mundial de la salud, Organización Panamericana de la Salud (OMS y OPS), además de datos complementarios de instituciones u organizaciones como el Departamento Administrativo Nacional de estadísticas (DANE), La Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC). Las cifras corresponden a la fechas y horas de corte que es incluido en cada bloque. En relación con la información publicada en la página del Instituto Nacional de Salud, se aclara que dicha información está sujeta a cambios, debido a los ajustes de información en la consolidación de datos*

Este reporte recoge la información de la situación observada en los 100 primeros días de la pandemia en Colombia, a partir del primer caso de la COVID-19 reportado el pasado **6 de marzo de 2020**, hasta el **14 de junio de 2020**.

### CONTEXTO Corte 14 de junio 10 pm.

Con base en los datos publicados en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

El 31 de diciembre de 2019, el municipio de Wuhan en la provincia de Hubei, República Popular de China, informó un grupo de casos de neumonía con etiología desconocida. El 9 de enero de 2020, el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades (China CDC) informó sobre un nuevo coronavirus como agente causante de este brote. El 30 de enero de 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) siguiendo el consejo del Comité de Emergencia del Reglamento Internacional de Salud (2005). El 11 de febrero, la OMS nombró a la enfermedad COVID-19, abreviatura de "enfermedad por coronavirus 2019". El mismo día, el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV, por sus siglas en inglés) anunció "coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV2)" como el nombre del nuevo virus que causa COVID-19. El 11 de marzo de 2020, COVID-19 fue declarado una pandemia por el Director General de la OMS. El 30 de abril de 2020, el Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) volvió a reunirse y reafirmó la declaración del 30 de enero de 2020. El Director General sostuvo que COVID-19 sigue constituyendo un ESPII. El consejo del Comité fue aceptado y emitido a los Estados Parte como Recomendaciones Temporales bajo el Reglamento Sanitario Internacional.<sup>1</sup>

### Resumen situación Global

Hasta el 14 de junio de 2020, se han notificado 7.690.708 casos confirmados y 427.630 muertes confirmadas de COVID-19 en todo el mundo entre 215 países, territorios o áreas. Los países con más de 200,000 casos confirmados son los Estados Unidos de América (2.032.524), Brasil (828.810), Rusia (528.964), India (320.922), el Reino Unido (248.297), España (243.605), Italia (236.651), y Perú (220.749)<sup>2</sup>. Los aumentos sustanciales en el número de nuevos casos de COVID-19 continúan en muchas regiones, particularmente en la Región de las Américas y Europa.

Los países con más de 10.000 muertes confirmadas son los Estados Unidos de América (114.466), Brasil (41.828), el Reino Unido (41.662), Italia (34.301), Francia (39.335), España (27.136) y México (16.448). Brasil, Estados Unidos y Reino Unido contribuyen con el 46,3% de las muertes globales.

La Región de las Américas al 14 de junio cuenta con 3.781.538 casos y 201.848 muertes. Los Estados Unidos de América representa el 54% de todos los casos y el 57% de todas las muertes, y Brasil el 22% de todos los casos y el 21% de todas las muertes, en la Región de las Américas. La estimación cruda combinada de letalidad (la cantidad de muertes reportadas dividida por los casos reportados) en la Región de las Américas es del 5.3% (estimación mediana específica del país: 3.1%; RIC: 0.8% - 7.3%)

<sup>1</sup> Declaración sobre la tercera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el brote de la enfermedad por coronavirus (COVID-19): [https://www.who.int/es/news-room/detail/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-(covid-19)). Ver Anexo Sitrep Colombia No. 45  
<sup>2</sup> WHO. Situation report No 146. [https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200614-covid-19-sitrep-146.pdf?sfvrsn=5b89bdad\\_6](https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200614-covid-19-sitrep-146.pdf?sfvrsn=5b89bdad_6)



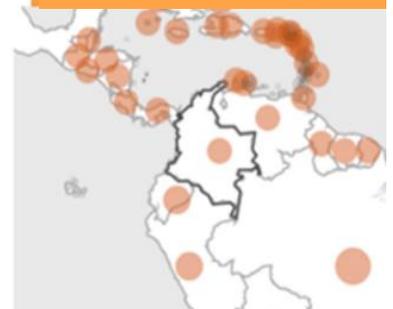
## CONTEXTO NACIONAL

Con base en los datos publicados en:  
<https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

- A partir de la declaración de la OMS de Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) del brote de Wuhan, en china y acorde al Reglamento Sanitario Internacional (RSI), Colombia inició su preparación para la vigilancia y respuesta ante posibles casos en el país, la preparación incluyó la capacitación e implementación de las pruebas de diagnóstico para el SARS-CoV2, además de la incorporación de la metodología del Sistema nacional de vigilancia en salud pública (Sivigila) acorde al evento, de tal manera que se captó el primer caso el 6 de marzo de 2020 en Bogotá, momento en el que país paso de la fase de preparación a la fase de contención.
- Durante estos cien primeros días de la pandemia, del 6 de marzo **al 14 de junio** se han reportado en Colombia **50.939 casos** y **1.667 muertes**.
- Especialmente la detección de casos en el país se ha incrementado pasado el primer mes de 12 municipios o distritos con casos al 15 de marzo, a 155 municipios o distritos afectados al 16 de abril, 293 Municipios o distritos con reporte de casos al 15 de mayo y a los cien días tenemos 514 Municipios con casos reportados.
- En esta extensión geográfica de los casos es importante resaltar que se concentran en diez municipios el 77% de los casos confirmados y en 5 municipios el 64% de los reportes de fallecimientos por COVID-19 en el país.
- El incremento de los casos en el tiempo se ha dado con una velocidad regulada por las diferentes medidas que el país ha adoptado durante el tiempo, es así como, se ha observado mayor tiempo de duplicación de los casos acorde a la fecha de inicio de síntomas en el correr de la pandemia en el país, que inició con duplicación de casos cada 24 horas en la primera semana, 2,5 días en la segunda semana, 3 días de duplicación la tercera semana, cinco días la cuarta semana que corresponde al 21 de marzo, a partir de esta fecha la duplicación se prolonga a 16 días y el último tiempo de duplicación son 18 días al 3 de junio (40.960 casos), para el 14 de Junio se tiene 1,4 veces estos casos.



Casos Notificados en los  
primeros 100 días de  
pandemia al 14 de junio  
**Casos: 50.939**  
**Muertes: 1.667**  
**Departamentos: 32**  
**Distritos: 5**  
**Municipios: 514**



### Resumen de las medidas

Como parte de la respuesta a la emergencia por COVID-19, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia ha publicado un número importante de documentos técnicos: 48 lineamientos, 30 protocolos reglamentados con sus respectivas resoluciones, 17 orientaciones, 7 guías y 37 documentos técnicos adicionales relacionados con recomendaciones frente a la pandemia, para un total de 137 documentos técnicos que apoyan las acciones de respuesta en el país disponibles en la página del Ministerio de Salud.<sup>3</sup> A continuación, se presenta el resumen de las principales medidas adoptadas por el gobierno nacional desde el inicio de la epidemia:

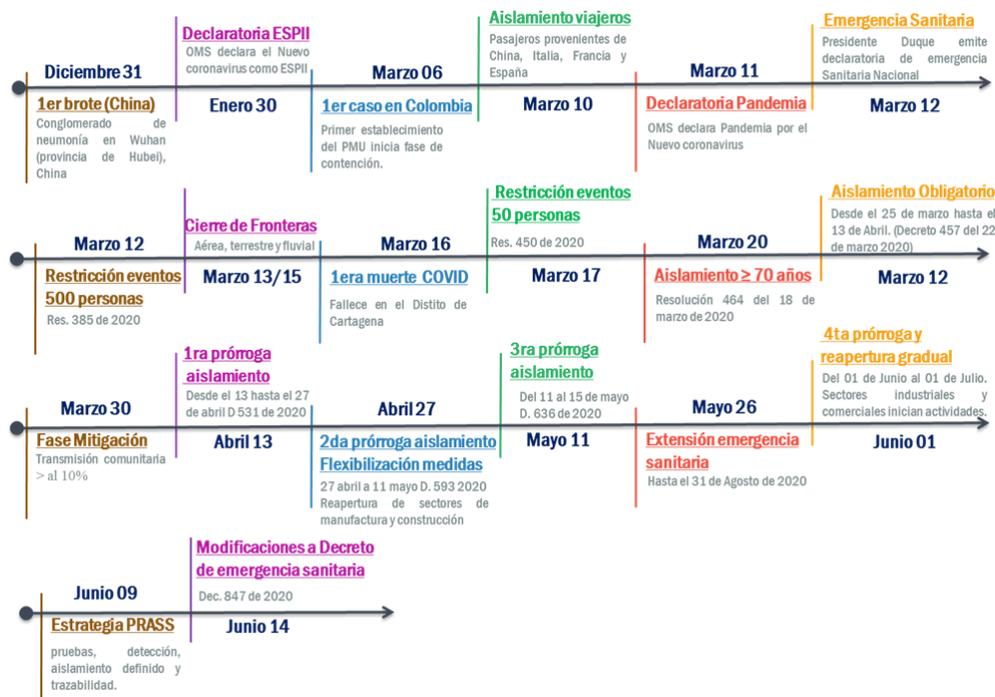
3 Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Documentos-tecnicos-covid-19.aspx>

Categoría	Fecha	Medidas Nacionales para afrontar la pandemia de Covid-19	
Medidas de aislamiento y cuarentena	10/03/2020	▪ Aislamiento obligatorio de pasajeros provenientes de China, Italia, Francia y España. (Resolución 380 del 10 de marzo de 2020).	
	12/03/2020	▪ Presidente Duque declara Emergencia Sanitaria frente a COVID-19 ▪ Suspensión los eventos con aforo de más de 500 personas Resolución 385 del 12 de marzo de 2020	
	13/03/2020	▪ Cierre de frontera terrestre y fluvial con la República Bolivariana de Venezuela. (Decreto 402 del 13 de marzo de 2020)	
	16/03/2020	▪ Cierre de fronteras con todos los Estados limítrofes de Colombia COVID-19. (Decreto 412 del 16 de marzo de 2020)	
	17/03/2020	▪ Suspensión de eventos que congreguen más de 50 personas. Resolución 450 de 2019	
	18/03/2020	▪ Bares, discotecas y casinos entran en regulación por COVID-19 (Resolución 453 del 18 de marzo de 2020)	
	20/03/2020	▪ Aislamiento preventivo obligatorio para adultos mayores de 70 años. (Resolución 464 del 18 de marzo de 2020)	
	25/03/2020	▪ Aislamiento preventivo obligatorio nacional desde el 25 de marzo hasta el 13 de Abril. (Decreto 457 del 22 de marzo 2020)	
	13/04/2020	▪ Mantenimiento del "Aislamiento Preventivo Obligatorio hasta el 27 de abril a las (Decreto 531 de 2020 del 08 de Abril de 2020)	
	27/04/2020	▪ Decreto 593 del 24 de abril de 2020, por el cual se dispone el Aislamiento Preventivo Obligatorio del 27 de abril al 11 de mayo.	
	11/05/2020	▪ Ampliación el aislamiento preventivo obligatorio nacional, ante el brote de coronavirus en el país, hasta el próximo 25 de mayo.	
	25/05/2020	▪ Ampliación el aislamiento preventivo obligatorio nacional, ante el brote de coronavirus en el país, hasta el próximo 01 de junio.	
	25/05/2020	▪ Ampliación del aislamiento Preventivo Obligatorio en el país a partir del 1° de junio hasta las cero horas del 1° de julio de 2020.	
	04/02/2020	▪ Adquisición de la capacidad para realizar pruebas de laboratorio a través del Instituto Nacional de Salud.	
Diagnóstico y Atención de Casos	03/03/2020	▪ Presentación del plan territorial para el control del coronavirus con los diferentes secretarías de salud del país.	
	07/03/2020	▪ Lanzamiento de CoronaApp-Colombia, para informar a la ciudadanía y registro de síntomas para poder generar alertas de ser necesario.	
	17/03/2020	▪ Minsalud dicta orientaciones de bioseguridad del COVID-19	
	25/03/2020	▪ Decreto 476 del 25 de marzo de 2020 se dictan medidas tendientes a garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento del Covid-19.	
	27/03/2020	▪ Minsalud anunció adquisición de 1.510 ventiladores más para enfrentar la covid-19.	
	28/03/2020	▪ Procedimientos de atención ambulatoria a poblaciones vulnerables (Resolución 521 del 28 de marzo de 2020).	
	03/04/2020	▪ Gobierno nacional estableció medidas de excepción para adquisición de dispositivos médicos.	
	07/04/2020	▪ 22 nuevos laboratorios se alistan para iniciar diagnóstico de COVID-19 en el país.	
	09/04/2020	▪ Llegan al país las primeras 47.500 pruebas rápidas para covid-19.	
	12/04/2020	▪ Emisión del Decreto 538 del 12 de abril de 2020 el cual garantiza la prestación de los servicios de salud, en el marco de la emergencia.	
	16/04/2020	▪ Ministerio de Salud expide lineamientos para garantizar que EPS practiquen pruebas rápidas para covid-19.	
	19/04/2020	▪ A través del Decreto 676 de 2020 expedido por el Mintrabajo el covid-19 quedó oficialmente incluido como enfermedad laboral.	
	29/04/2020	▪ Llegada de 500.000 kits reactivos desde China, para fortalecer la capacidad de practicar pruebas de covid-19.	
	05/05/2020	▪ Entrada en funcionamiento de robots que mejoran la capacidad de procesamiento de pruebas.	
	25/05/2020	▪ Destinación de recursos por más de 249.000 millones de pesos para fortalecer los laboratorios biológicos regionales.	
	Sociales y Económicas	03/05/2020	▪ Apoyo a Leticia, Amazonas, zona afectada por covid-19 en el país y que presenta la mayor tasa de casos por millón de habitantes.
		07/05/2020	▪ China entregó la donación de material de bioseguridad, respiradores y pruebas diagnósticas a Colombia por \$1.5 millones de dólares.
08/05/2020		▪ Entrega de ventiladores en Tumaco, para fortalecer las capacidades para la atención de pacientes por covid-19 en este municipio	
10/06/2020		▪ Estrategia Pruebas, Rastreo & Aislamiento Selectivo Sostenible – PRASS	
10/03/2020		▪ Gobierno efectúa el primer giro de Presupuestos Máximos por \$380.482 millones a las EPS	
07/04/2020		▪ Implementación del programa "Ingreso Solidario" como medida social y económica para ayudar a las familias más vulnerables.	
09/04/2020		▪ Decreto para que funcionarios públicos y contratistas, con salarios de más de 10 millones de pesos, hagan una contribución solidaria.	
15/04/2020		▪ Decreto 555 del 15 de abril de 2020, que busca la no suspensión de la prestación de los servicios de telecomunicaciones.	
17/04/2020		▪ Expedición Resolución 619 del 17 de abril de 2020, reglamenta la compra de cartera con cargo a los recursos administrados por la ADRES.	
27/04/2020		▪ Gobierno crea la plataforma 'Colombia Sigue Adelante', para que el sector empresarial se informe sobre medidas, acciones y protocolos	
07/04/2020		▪ Implementación del programa "Ingreso Solidario" como medida social y económica para ayudar a las familias más vulnerables.	
30/04/2020		▪ El Gobierno Nacional dispuso de \$460.000 millones que se adeudan en pagos al sector de la salud.	
02/05/2020		▪ Fondo Monetario Internacional brinda apoyo para renovar una línea de crédito para Colombia por cerca de USD\$11.000 millones.	
06/05/2020		▪ Subsidio con el pago del 40% de los sueldos mínimos de sus trabajadores a algunas empresas.	
11/05/2020		▪ Minsalud asignó recursos para atención psicosocial a víctimas durante la emergencia sanitaria	
12/05/2020		▪ \$21.1 billones fueron girados para las estrategias de financiación del sector salud	
13/05/2020		▪ Gobierno informa que cerca de \$22 billones han sido inyectados a las IPS: minsalud	
18/05/2020	▪ Entrega de incentivos ordinarios y extraordinarios a del programa Jóvenes en Acción, en el cual se beneficiarán 296.222 usuarios		
01/06/2020	▪ Ocho programas sociales que el Gobierno Nacional focalizará en junio: el tercer giro de Ingreso Solidario a colombianos vulnerables.		

## Línea de tiempo medidas Nacionales.

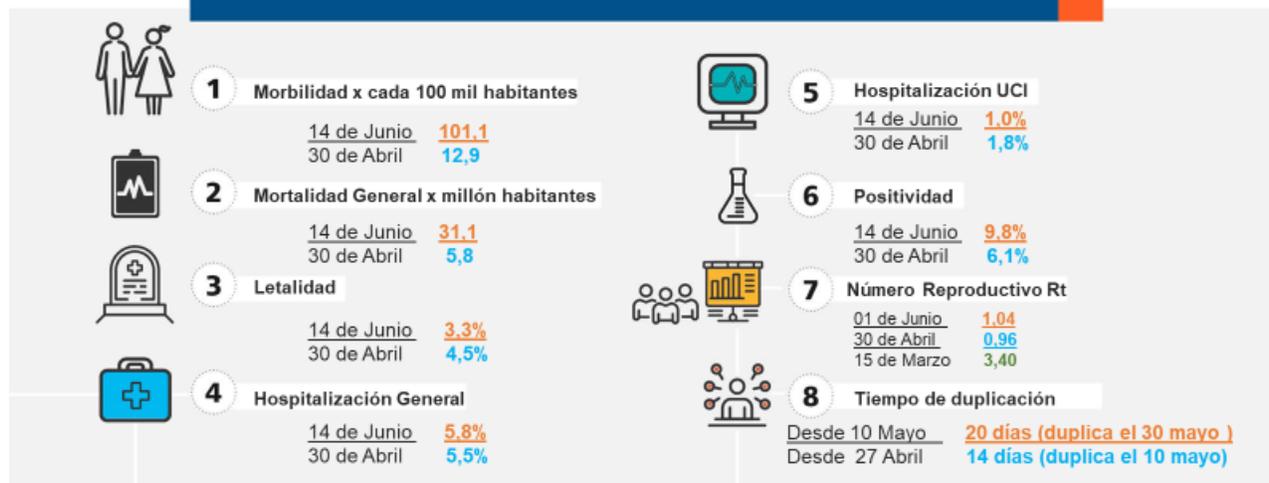
Con base en los datos

publicados en: páginas oficiales de la OMS, Ministerio de Salud y Presidencia de la Republica



## Resumen de indicadores

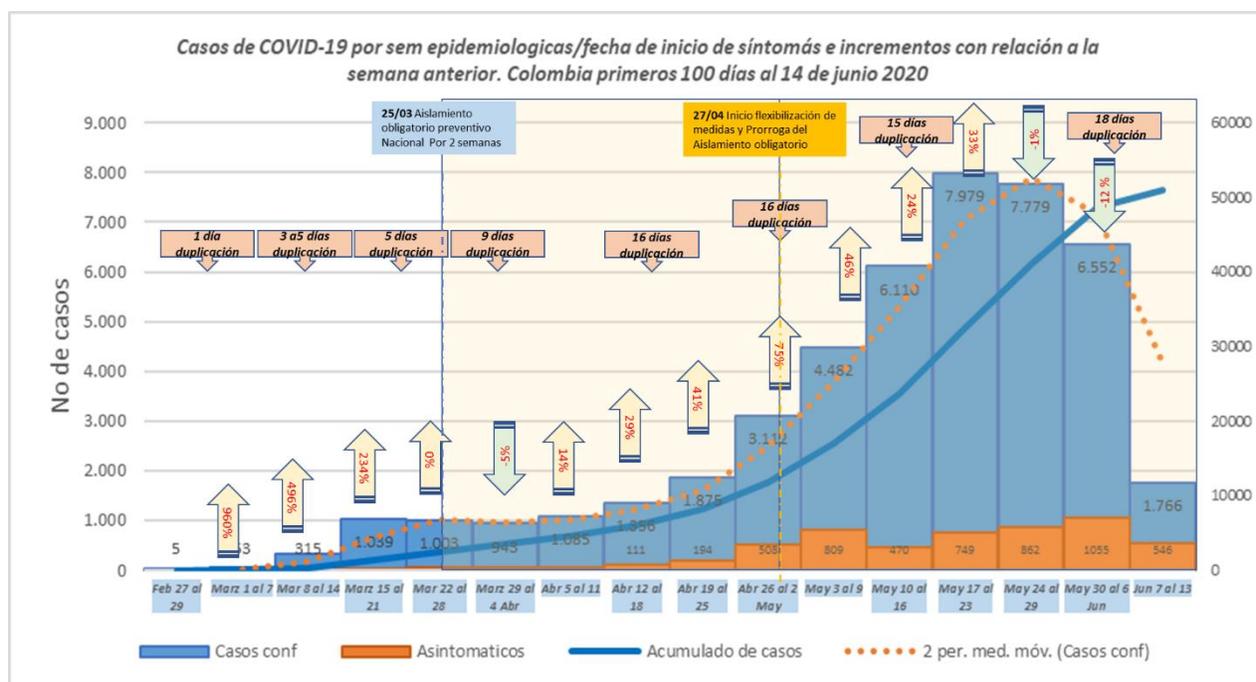
### Indicadores estratégicos de seguimiento Covid 19



## Indicadores incidencia y Gravedad

Los casos de la COVID-19 en el país se han incrementado de manera paulatina y constante, al analizar la información por fecha de inicio de síntomas (FIS), los incrementos entre las primeras tres semanas fueron rápidos y con efectos de duplicación entre las 24 y las 72 horas, a partir de la tercera semana a mediados de marzo se superaban los mil casos por FIS, es esta fecha en la que se implementan medidas no farmacológicas más estrictas como el aislamiento obligatorio preventivo que inició el 25 de marzo, a partir del cual se observa una prolongación de la duplicación de los casos pasando de 5 a 9 días y posteriormente a 16 días, el incremento semanal de los casos se disminuye proporcionalmente hasta las tercera semana de abril, fecha a partir de la cual se observa incrementos porcentuales de los casos que son más evidentes a finales de abril, lo cual coincide con el inicio de la flexibilización de las medidas, dando apertura a líneas de trabajo como la construcción y la industria manufacturera.

Si bien es cierto que el incremento de casos semanalmente se mantiene, la duplicación de los casos se mantiene entre los 16 y los 15 días hasta mediados de mayo. Todo este proceso de incremento de casos, adopción de medidas, actividades de comunicación de riesgo, se complementan con la descentralización y ampliación de la red de diagnóstico, así como se van superando dificultades como la escasez de insumos para el desarrollo de pruebas moleculares.



De acuerdo al documento del INS, sobre el “Modelo de transmisión de coronavirus COVID-19, escenarios para Colombia” publicado el 22 de abril de 2020 se muestra la aplicación de un modelo con el cual: “Asumiendo un  $R_0$  de 2,28, un periodo de transmisión entre 5-7 días y una letalidad de los casos de 1,14%, ponderada por estructura poblacional de Colombia, se estimaron para el país, en sus áreas urbanas, entre 21.237.000 - 34.606.000 infecciones y entre 212.000 y 381.000 muertes en los primeros 100 días de la transmisión. Los modelos de predicción se ajustaron y validaron a la curva de transmisión local de Colombia según fecha de inicio de síntoma y se estimó el  $R$  efectivo ( $R_t$ ) para el inicio de la epidemia y según la implementación de medidas no farmacológicas de distanciamiento social. Con un 11,1% de infecciones asintomáticas, del total de infecciones estimadas, 3.507.000 (IC 95% 2.357.000 – 3.841.000) serían asintomáticas, 22.870.000 (IC 95%

15.371.000 - 25.047.000) casos leves, 5.221.000 (IC 95% 3.509. 000 – 5.718. 000 requerirían algún tipo de hospitalización y, de estos últimos, 1.320.000 (IC 95% 887,000 – 1.446.000) requerirían UCI.”<sup>4</sup>

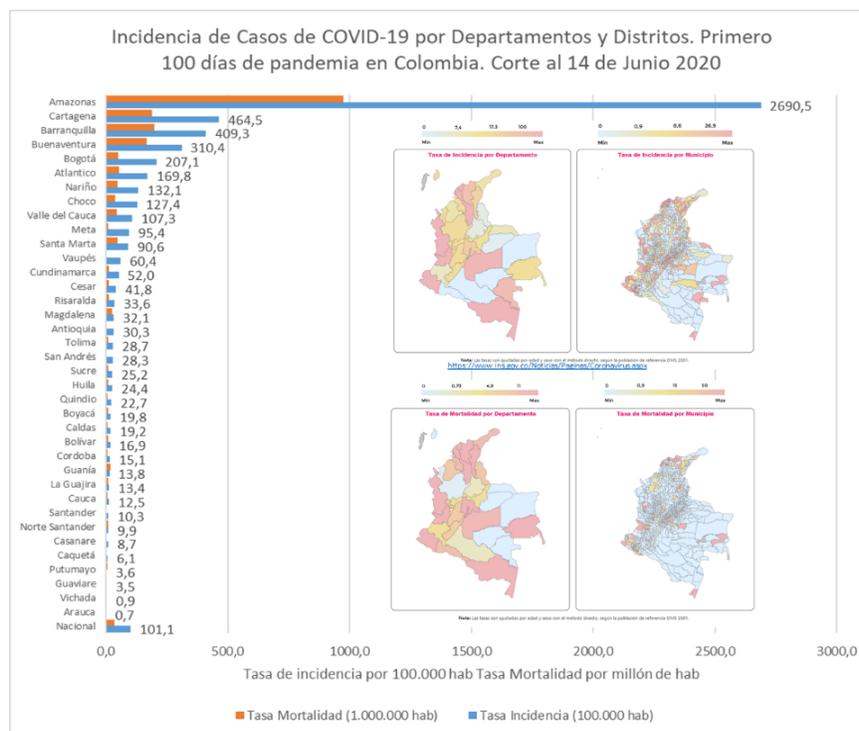
En los escenarios ajustados a finales de abril, en este documento, se prevén los siguientes escenarios que se muestran a continuación y que hacen parte del informe del INS, sin embargo y a pesar de estar ajustados a condicionantes más precisos del comportamiento de la COVID-19 en el país, es necesario hacer ajustes permanentes de estos modelos dado que como bien se menciona en el informe son muy sensibles a cambios como la proporción de asintomáticos, además que acorde a los resultados de casos actualmente presentados en los primeros cien días estaríamos por encima del escenarios 2 y por debajo del escenario 1. Sin embargo, la conclusión se centra en la efectividad de las medidas tomadas hasta el momento en el país.

Tabla 11. Estimaciones de casos esperados al final de la cuarentena (26 de abril), bajo diferentes escenarios

Resultado	R 2,28 (No hacer nada)	R efectivo de 1,2	R efectivo de 1,0
<b>11,1% asintomáticos</b>			
Casos sintomáticos acumulados (solo transmisión local)	1.594.312 (IC 95% 30.340 – 10.680.455)	5589 (IC 95% 801 – 23.931)	2515 (IC 95% 462 – 9567)
Acumulados UCI	74.915 (IC 95% 1426 – 501.860)	263 (IC 95% 38 – 1125)	118 (IC 95% 22 – 450)
Camas de UCI	29.700 (IC 95% 602 – 206.289)	88 (IC 95% 10 – 402)	29 (IC 95% 4 – 120)
Muertes	18.186 (IC 95% 346 – 124.788)	64 (IC 95% 9 – 282)	28 (IC 95% 5 – 112)

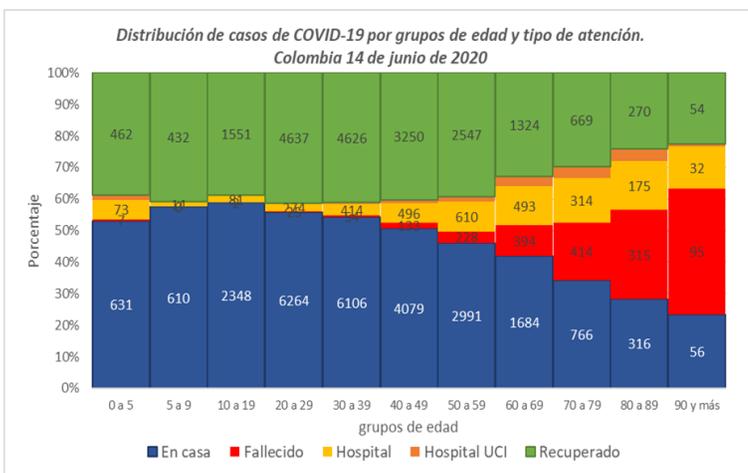
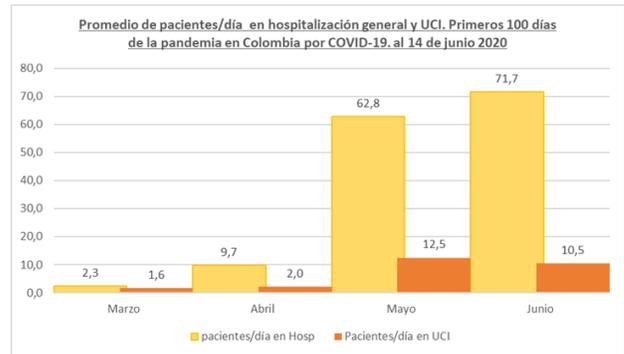
INS. Modelo de transmisión de Coronavirus COVID-19 Escenarios para Colombia. [https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/SiteAssets/Modelo%20COVID-19%20Colombia%20INS\\_v5.pdf](https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/SiteAssets/Modelo%20COVID-19%20Colombia%20INS_v5.pdf)

**Incidencia acumulada nacional y de los departamentos y distritos con mayor número de casos:** En cuanto al análisis de la tasa de incidencia, los departamentos y/o distritos que superan la tasa Nacional (93 casos por cada 100.000 habitantes) son en su orden: Amazonas, Cartagena, Barranquilla, Buenaventura, Bogotá, Atlántico, Nariño, Valle del Cauca, Chocó y Meta.



4 INS. Modelo de transmisión de Coronavirus COVID-19 Escenarios para Colombia. [https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/SiteAssets/Modelo%20COVID-19%20Colombia%20INS\\_v5.pdf](https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/SiteAssets/Modelo%20COVID-19%20Colombia%20INS_v5.pdf)

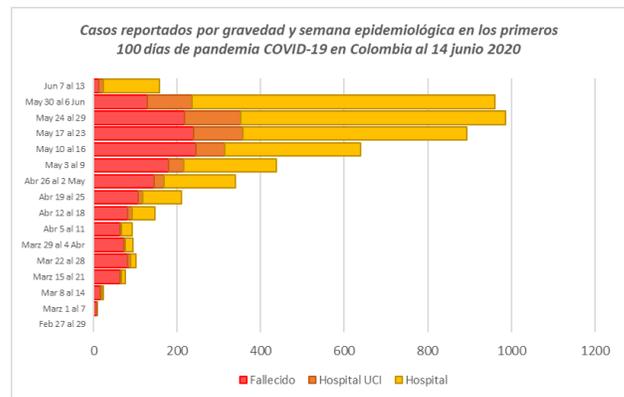
**Indicadores de gravedad y mortalidad:** para estos primeros cien días de la pandemia en el país, el promedio de casos/día que han requerido ingresar a hospitalización es de 40 casos/día y 8 casos/día han requerido ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), lo cual describe una tendencia fluctuante. Sin embargo, este promedio ha variado en los meses, es así como para el mes de marzo el promedio hospitalización/día fue de 2,3 y en UCI de 1,6 casos/día; para el mes de junio esta en 72 pacientes/día en hospitalización general y 11 casos/día en UCI.

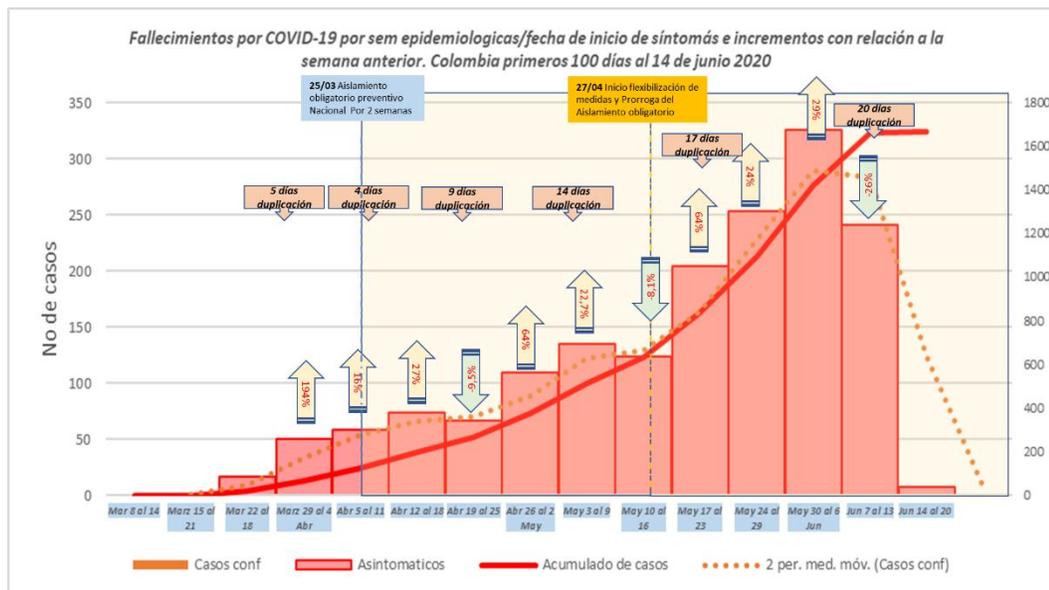


En el seguimiento de la atención de los casos se evidencia una alta proporción de personas recuperadas, para el 14 de junio, dicha proporción de casos correspondió al 39% de los casos confirmados, el 50% de los casos están en casa, el 3,3% son fallecidos y el 6,9% son casos en hospitalización general y UCI, esta fracción final de gravedad y letalidad corresponde al 10% de los casos. Esta distribución de la presentación de los casos se muestra con marcadas diferencias en los grupos de edad, es así como la mayor proporción de los casos menores de 60 años están en casa y se han recuperado, pero esta situación cambia con los grupos de mayor edad en los cuales se concentran los casos graves y fatales.

En el tiempo transcurrido de esta pandemia en el país se evidencia el incremento tanto semanal como general en lo corrido de estos 100 días el marcado incremento de casos en hospitalización o UCI.

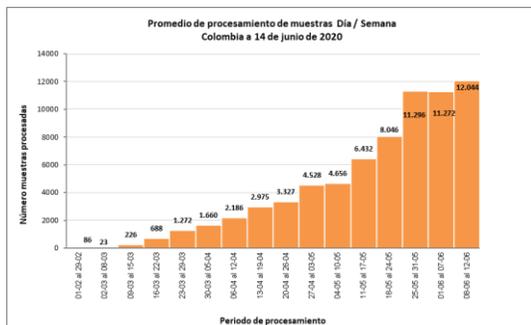
Al 14 de junio de 2020, en el país se han presentado 1.667 defunciones por COVID-19, las cuales corresponden 62,6% a hombres. El grupo de edad que presenta el mayor número de muertes es el de 70 a 79 años (414); el grupo de adultos mayores de 80 años presentan las mayores tasas de mortalidad por cada millón de habitantes con 315 decesos. Los Departamentos y Distritos que presentan las mayores tasas de mortalidad son: Amazonas, Barranquilla, Cartagena, Buenaventura, Atlántico, Bogotá, Santa Marta, Nariño, Valle del Cauca, y Chocó. La tasa de mortalidad Nacional es de 33,1 muertes por cada millón de habitantes.





## PROCESAMIENTO DE MUESTRAS PARA DIAGNÓSTICO DE COVID-19 EN COLOMBIA

Con base en los datos publicados en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>



Hasta el 14 junio, el Instituto Nacional de Salud reportó 64 laboratorios adjuntos que realizan pruebas de diagnóstico para COVID-19, a la fecha se han procesado el procesamiento de 495.024 muestras. Donde la proporción de muestras procesadas diariamente se ha venido incrementando, pasando de procesar 557 muestras por día en marzo, a procesar 2.893 muestras diarias en abril y 7.328 muestras en mayo. En lo transcurrido del mes de junio, se han procesado **12.044 muestras por día** y se declara por el INS una **capacidad máxima de 16.713 muestras**

Para el país a 14 de junio, se reporta un 10.077 muestras por millon de habitantes procesadas, la proporción de **positividad es de 9,9%**, donde la entidad territorial que presenta la mayor positividad es el departamento de Magdalena con el 52,4%, seguido de Valle del Cauca con el 32,2%. Ciudades que presentan mayor número de casos como Bogotá, tiene una positividad del 10,2% y Cartagena de 16,6%.

Como parte de los indicadores en el seguimiento de la respuesta frente a COVID-19 a fin de mitigar la propagación del virus y ver el funcionamiento del sistema de vigilancia, se encuentran los indicadores de oportunidad en el diagnóstico. Es así, como vemos los tiempos, en días, que trascurren entre el inicio de síntomas y la notificación en el sistema de vigilancia, el cual tiene un promedio de 4,3 días; el tiempo transcurrido entre la notificación del caso y el diagnóstico, tiene en promedio 5,7 días. Por último, se ha calculado la diferencia de días entre el momento del inicio de síntomas y la fecha de diagnóstico que para el país está en promedio en 10,26 días



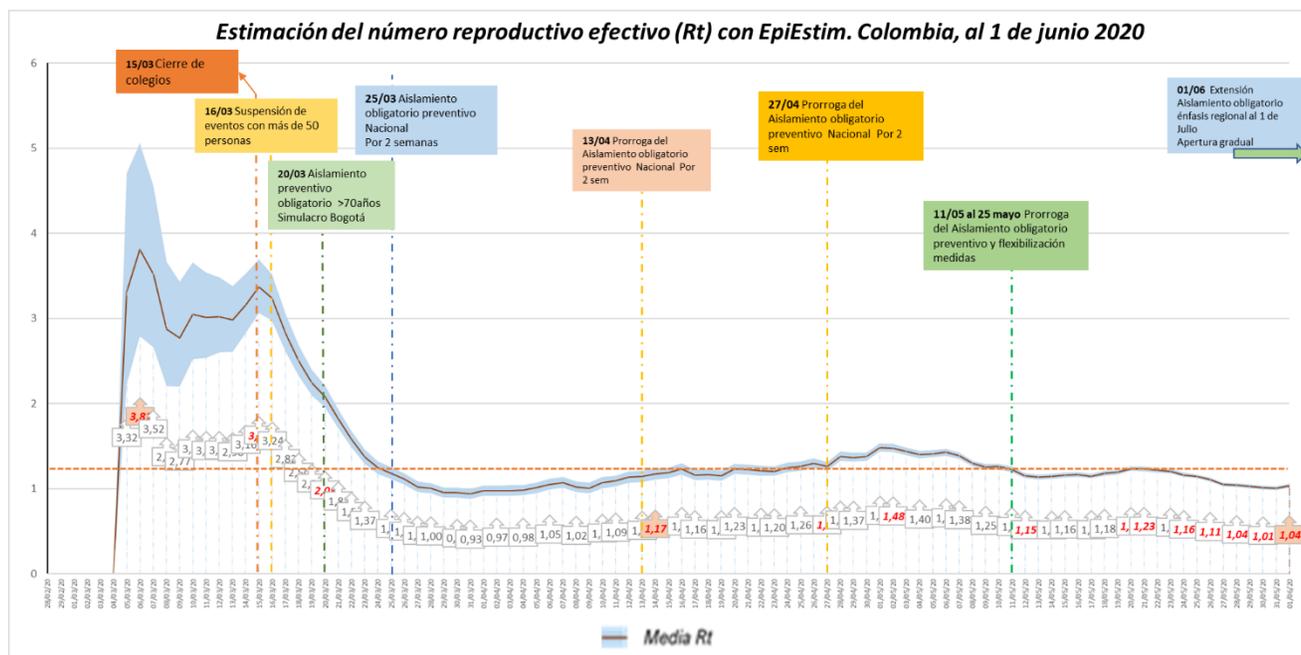
Estimación del número reproductivo efectivo (Rt) con EpiEstim Colombia

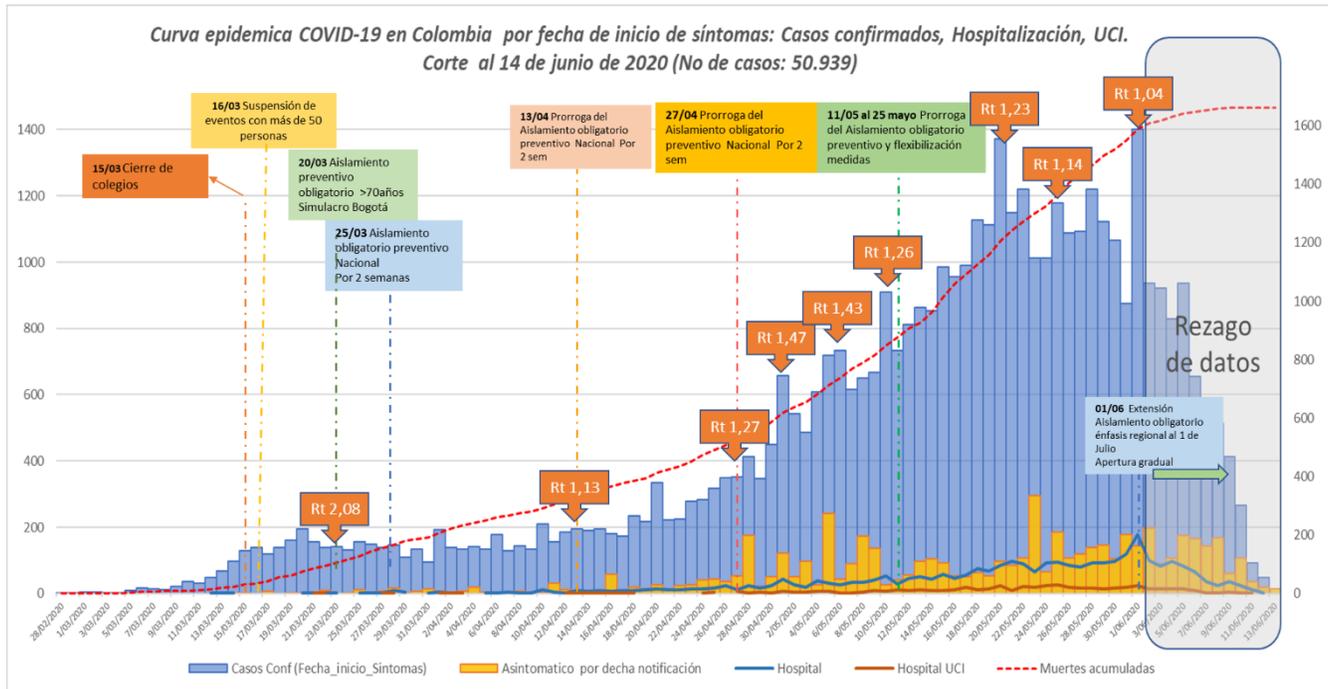
Con base en los datos publicados en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

El número reproductivo efectivo (Rt), es el número promedio de casos secundarios causados por un individuo infectado en una población compuesta por individuos susceptibles y no susceptibles, es éste uno de los indicadores que facilita el seguimiento y monitoreo de la efectividad de las medidas poblacionales en el control de una epidemia, por lo que es deseable que esta medida sea complementada con otros indicadores como la medición de la morbilidad (# casos e incidencia de morbilidad) y la medición de la gravedad (% casos en hospitalización y UCI, letalidad y tasa de mortalidad).

Para estas estimaciones se ha usado la información de los casos por fecha de inicio de síntomas, siendo esta variable la que nos muestra el comportamiento real del evento en el tiempo, no usamos la fecha de reporte/diagnóstico dado que esta fecha se ve afectada por factores no del comportamiento del evento, sino por los procesos propios de la vigilancia (Identificación, notificación, diagnóstico y reporte). Además, como tiempo de evaluación para la estimación, se ha tomado la fecha de inicio de la epidemia **hasta el 1 de junio**, de modo que los datos sean más estables. Es de anotar que se incluyen los casos asintomáticos con fecha de notificación, la OPS/OMS y la Universidad de Harvard han desarrollado una herramienta denominada EpiEstim, a fin de hacer la estimación del número reproductivo efectivo (Rt) para los países y su uso a nivel local, en este sentido presentamos la estimación de Rt realizado.

Esta medición estará sujeta a ajuste en la medida que se incorporen y actualicen los datos, es así como para el país la estimación del número reproductivo efectivo (Rt), a partir del 27 de abril cuando se amplía la segunda cuarentena y se inicia la flexibilización de medidas, se observa un incremento del Rt pasando de 1,26 el 27 de abril a 1,47 al 1 de mayo, manteniéndose por encima de 1 hasta el 25 de mayo, cuando se ve en 1,14, para el **1 de junio el Rt medido es de 1,04**, es decir que ha esta fecha la medidas tomadas y adoptadas por la población han logrado impactar la transmisión del COVID19 en un 65,5%.

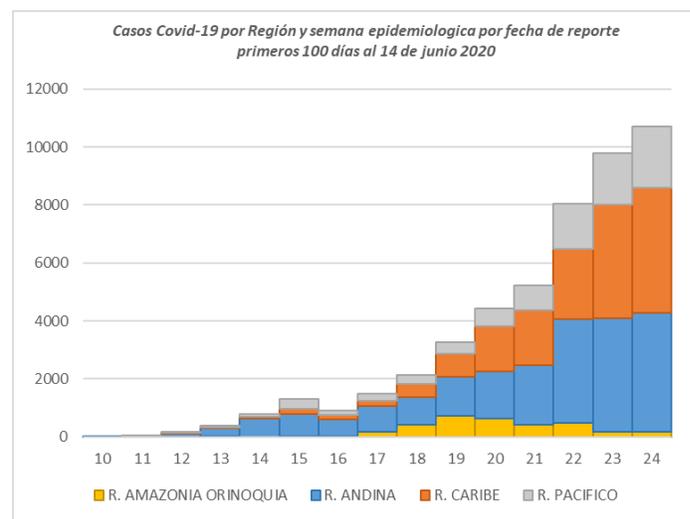
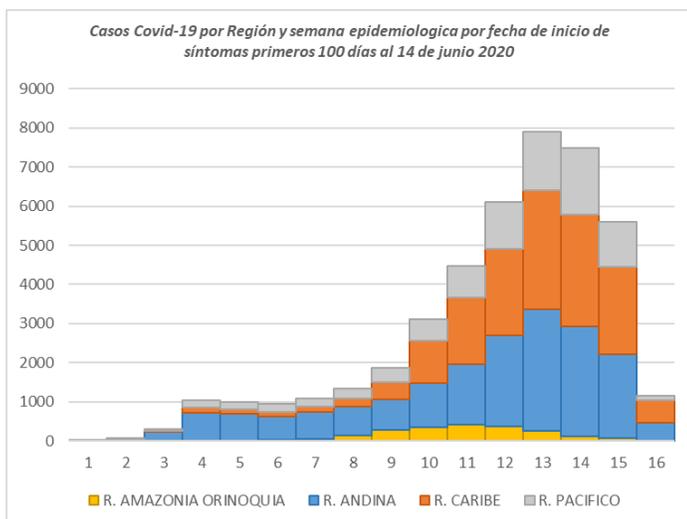




## CONTEXTO REGIONAL

Con base en los datos publicados en:  
<https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

Teniendo en cuenta las características demográficas, y geográficas que evidencian diferencias marcadas en el comportamiento de la COVID-19 en el país, mostramos información del evento de acuerdo a cuatro grandes regiones la Amazonia/Orinoquia, la Caribe, la Pacífica y la Andina.



Fuente: Elaboración propia. Datos publicados en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspxnte>



## REGIÓN ANDINA

Con base en los datos publicados en:  
<https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

La región Andina aporta el 42,6% (21.688) y el 30,4% (504) de los casos y defunciones al país, respectivamente. El Distrito Capital continúa concentrando gran parte de la carga de la región, reporta el 73,9% (16.037). En los últimos dos días, todos los departamentos de esta región registraron aumento el número de casos y hubo cambio en el número de defunciones de 6,4% (23) en Bogotá, de 12,5% (1) Antioquia y de 10,8% (4) en Cundinamarca. En relación con la tasa de incidencia acumulada en Bogotá D.C, reportó dos veces el valor de la tasa nacional de 101, personas por cada cien mil habitantes. En tanto, Norte de Santander registró más de 4,8 puntos porcentuales, (pp) la letalidad nacional de 3,3..

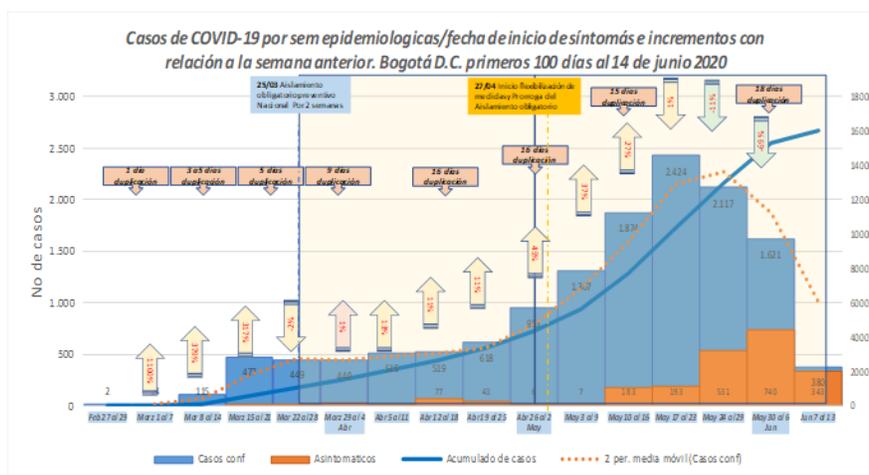
**Tabla de casos, tasas de incidencia y mortalidad de COVID-19 para los Departamentos y distritos de la Región Andina al 14 de junio**

Departamentos y Distritos	Casos	Muertes	Población	Hospitalización General	UCI(%)	Casos UCI	Letalidad	Tasa de Mortalidad * millón de hab.	Tasa de Incidencia * 100.000 hab.
Bogotá	16.037	382	7.743.955	905	1,0	154	2,4	49,3	207,1
Antioquia	2.022	9	6.677.930	44	0,4	9	0,4	1,3	30,3
Cundinamarca	1.685	41	3.242.999	106	0,6	10	2,4	12,6	52,0
Tolima	385	13	1.339.998	25	1,6	6	3,4	9,7	28,7
Risaralda	323	11	961.055	1	1,2	4	3,4	11,4	33,6
Huila	274	9	1.122.622	1	0,0	0	3,3	8,0	24,4
Boyacá	246	9	1.242.731	12	0,4	1	3,7	7,2	19,8
Santander	234	9	2.280.908	10	0,0	0	3,8	3,9	10,3
Caldas	196	7	1.018.453	5	0,0	0	3,6	6,9	19,2
Norte Santander	160	13	1.620.318	4	0,6	1	8,1	8,0	9,9
Quindío	126	4	555.401	0	0,8	1	3,2	7,2	22,7

### Situación Bogotá D.C

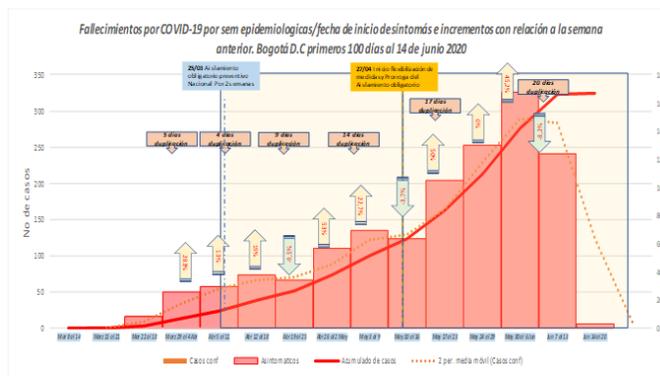
El Distrito Capital continúa concentrando la mayor carga por la COVID-19, el 31,7% (16.037) de los casos reportados en el País, el 51,4% (8.233) son hombres, y la mayor número de casos está entre los 20 a 39 años de edad con el 42,6%. Bogotá D.C, ocupa el puesto 11 con 1.996 casos por un millón de habitantes, con respecto a New York (45.558), Madrid (21.554) y Santiago de Chile (13.031). El 51,4% de los casos se concentra en cuatro localidades, el 25% (4.106) en Kennedy, el 9,9 (1.592) en Bosa, el 9,1 (1.453) en Suba y el 7,45 (1.189) en Engativá.

La tendencia creciente de los casos concentra 6.500 (40,5%) más casos en las semanas epidemiológicas 20, 21 y 25. En la semana epidemiológica 21, comprendida entre el 17 al 23 de mayo, ocurrieron 2.424 (15,1%) de los casos, con un incremento de 500 (29,3%) con respecto a la semana inmediatamente anterior.

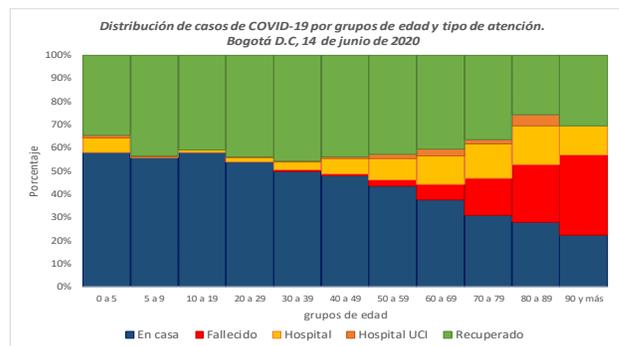
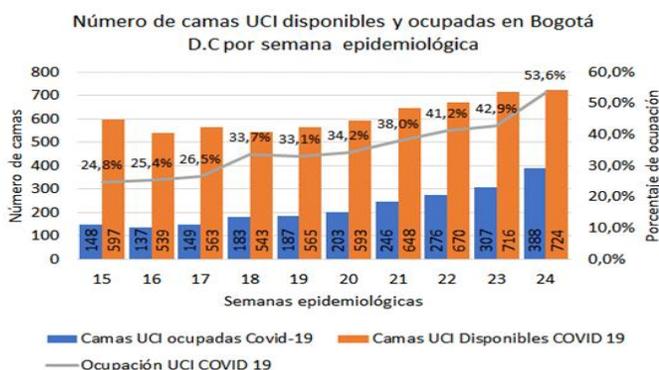


A la fecha registra 382 muertes por la COVID-19, con una tasa de 49,3 por cada un millón de habitantes y una letalidad del 2,4%. Las defunciones han descendido en un 40% entre las semanas 10 a 25, sin embargo, con incremento en las semanas 20 de 15 (45,5%) defunciones de más comparado con la semana 19. La semana 20 registró una tasa de 6,2 y letalidad de 2,6. El Distrito capital vuelve a ocupar el puesto 11 con 47 muertes por un millón de habitantes, comparada con New York (3.667), Madrid (2.661) y Sao Paulo (457).

El tiempo de duplicación de las defunciones (por fecha de inicio de síntomas) en Bogotá D.C, por semana epidemiológica describe una tendencia oscilante, en la semana 12, comprendida entre el 15 al 21 de marzo las muertes se cuadruplicaron con respecto a la semana 11 del 8 al 14 de marzo, este mismo comportamiento se registró en las semanas 11 y 12 se cuadruplicó los casos incidentes, para la semana 25 las muertes se quintuplicaron.

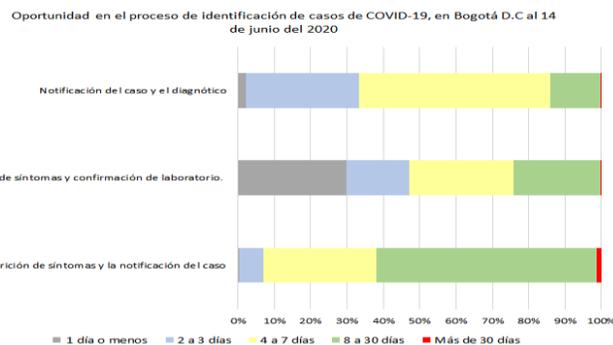
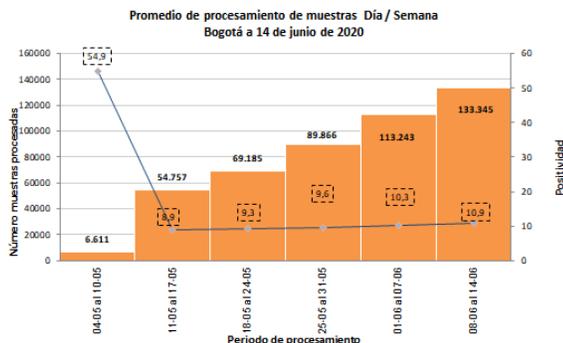


Al 14 de junio, de 722 de las UCI destinadas para COVID-19, el 55,9% están ocupadas. Bogotá D.C.. Entre la semana 14 y 24, la ocupación en UCI fue del 24,8% de ocupación, entre la semana 15 a la 24, con un comportamiento creciente, de 28,8 pp, en las semanas 22 (24 al 30 de mayo), 23 (31 de mayo al 6 de junio) y 24 (7 al 13 de junio) donde más pacientes requirieron UCI del 41,2%, 42,9%, 53,6% respectivamente.

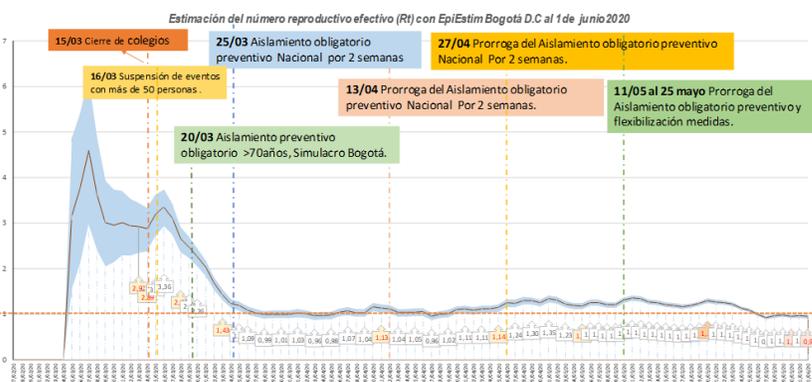


Las muestras entre la semana epidemiológica del 20 al 24 se incrementó en 80.443, en términos de muestras por un millón de habitantes el aumento fue de 10.388 (58,0%).

La oportunidad en el tiempo transcurrido entre a fecha de inicio de síntomas y el diagnóstico registró un promedio de 10,3 días, el tiempo ocurrido entre la fecha de notificación y la fecha de inicio de síntomas reportó una media de 4,9 días y la diferencia del tiempo entre la fecha del diagnóstico y la fecha de notificación fue de 5,2 días. A la fecha el 6,6% de los resultados se disponen durante de dos a tres días, el 31,2% entre cuatro a siete días y tan solo el 1,3% más de 30 días.

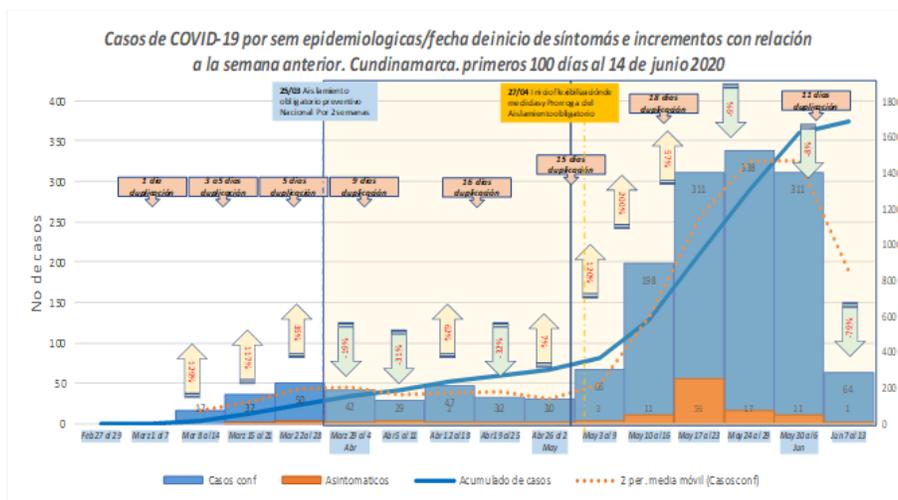


El primer caso confirmado el 27 de febrero en Bogotá se calculó el número promedio de casos secundarios causados por un individuo infectado era de 3,17; al inició de cierre de colegios el 15 de marzo el Rt fue de 3,14. Luego de suspensión de eventos con más de 50 personas, aislamiento preventivo obligatorio el Rt descendió hasta 0,98, luego se incrementó el 1 de mayo con Rt 1,35, para luego a 1 de junio descender a 0,99, con una disminución en el RT en 36,4% comparado con el 1 de mayo.



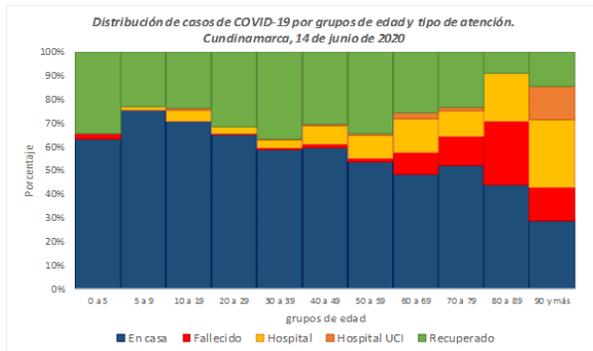
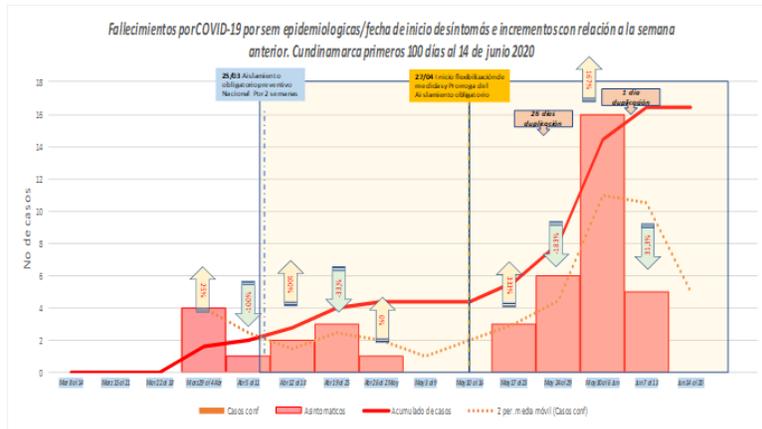
**Situación Cundinamarca:**

A la fecha Cundinamarca aporta el 3,3% (1.685) y 2,5% (41) de los casos y las muertes por la COVID-19 al país. El 51,4% (8.66) son mujeres, y la mayor concentración está entre los 20 a 39 años con el 44,0%. A partir de la semana epidemiológica 20 inicia el aumento continuo y mantenido de los casos, para descender en la semana 24 y luego continuar el ascenso. Entre las semanas del 20 al 23, concentra el 68,7% (1.158) y describe una tendencia creciente. En la semana 25 el aumento fue de 49 (76,6%) casos con respecto a la semana inmediatamente anterior.



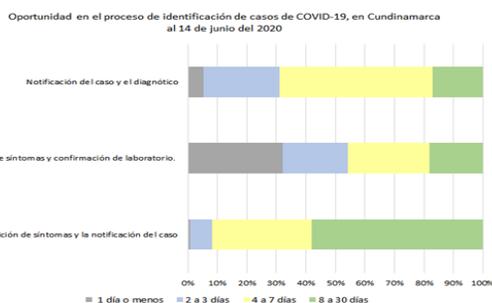
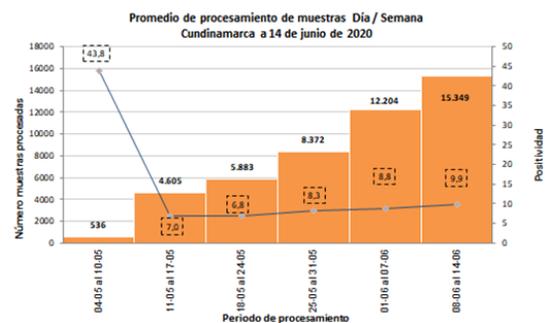
Se registran 41 muertes por la COVID-19, con una tasa de 12,6 por cada un millón de habitantes y una letalidad del 2,4%. Entre las semanas del 19 al 22 hubo 26 (63,4%) defunciones de más comparado con la semana 23 al 25. La semana 22 registró una tasa de mortalidad 2,8 por cada millón de habitantes y letalidad de 2,9.

El tiempo de duplicación de casos (por fecha de inicio de síntomas), por semana epidemiológica describe una tendencia fluctuante, en la semana 21, comprendida entre el 17 al 23 de mayo los casos se triplicaron con respecto a la semana 20 del 10 al 16 de mayo, este mismo comportamiento se registró en la semana 19 se quintuplicó las defunciones, para la semana 14 las muertes se duplicaron.



El primer paciente hospitalizado ocurrió en la semana 14 con un paciente. Entre las semanas 20 a la 23 se reportó el 86,7%(92) de los pacientes hospitalizados. En la semana 16 inicia el uso de UCI, con un comportamiento oscilante y al descenso entre las semanas 22 y 24.

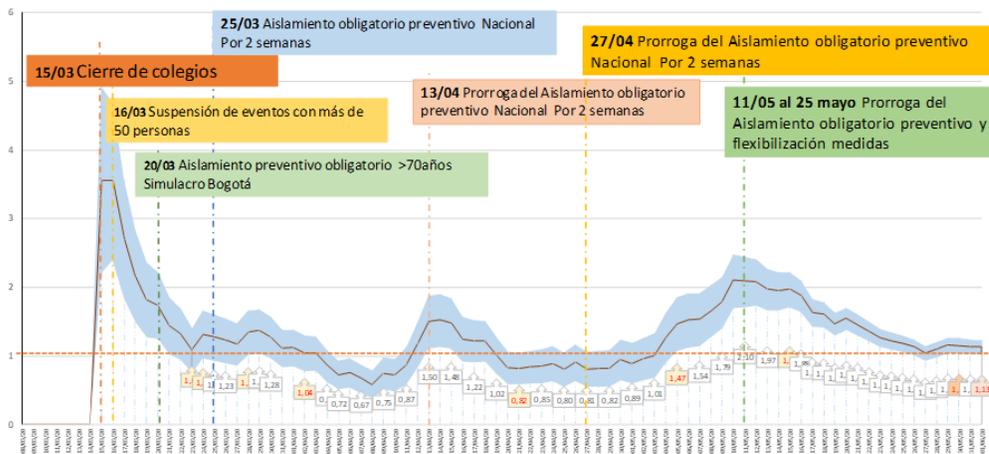
Las muestras entre la semana epidemiológica del 20 al 24 se incrementó en 11.189, en términos de muestras por un millón de habitantes el aumento fue de 1.445 (68,8%).



En relación con la oportunidad en el tiempo transcurrido entre a fecha de inicio de síntomas y el diagnóstico registró un promedio de 9,4 días, la diferencia del tiempo entre la fecha del diagnóstico y la fecha de notificación fue de 4,2 días y el tiempo ocurrido entre la fecha de notificación y la fecha de inicio de síntomas reportó una media de 5,3 días. Al 14 de junio el 7,4% de los resultados se disponen durante de dos a tres días, el 33,6% entre cuatro a siete días y tan solo el 0,2% más de 30 días.

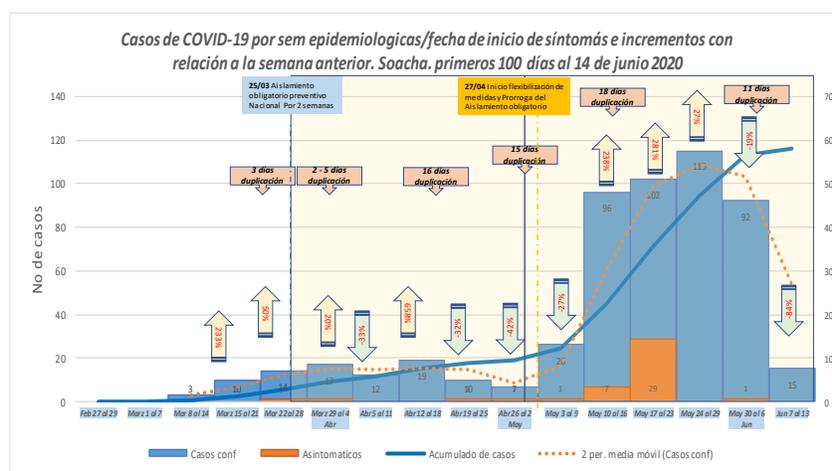
La curva epidémica de la COVID-19 durante la primera semana de aparición del primer caso confirmado el 8 de marzo en Cundinamarca el número promedio de casos secundarios causados por un individuo infectado fue de 3,56; el 25 de marzo con el aislamiento preventivo obligatorio el Rt descendió hasta 1,28, a la fecha ha descendido a 1,13 el 1 de junio.

Estimación del número reproductivo efectivo (Rt) con EpiEstim Cundinamarca al 1 de junio 2020

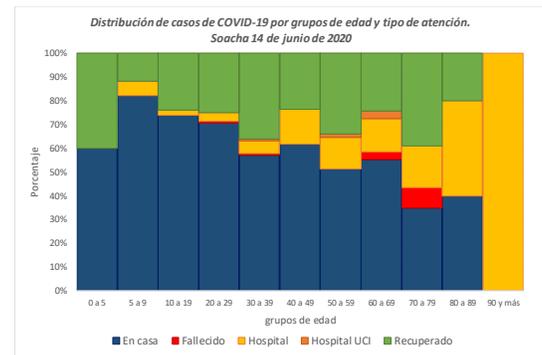
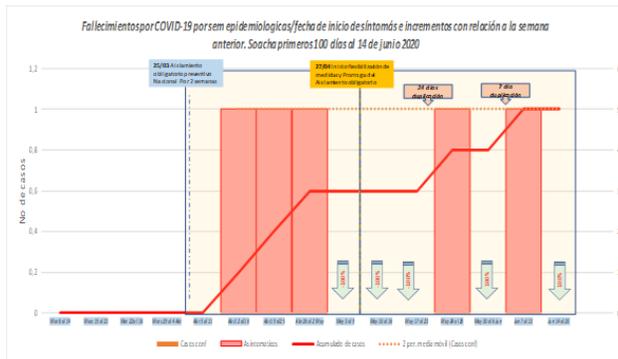


### Situación en Soacha:

Al 14 de junio Soacha aporta el 34,3%(580) y 12,2%(5) de los casos y las muertes por la COVID-19 de Cundinamarca. El 54,1% (314) son mujeres, y la mayor concentración está entre los 10 a 29 años con el 47,1%. A partir de la semana epidemiológica 11 inicia la epidemia con tres casos, con una tendencia oscilante, para incrementar a partir de la semana 19 y luego continuar el ascenso a la semana 23. Entre las semanas del 20 al 23, concentra el 69,8% (405) y describe una tendencia creciente. En la semana 22 se registró el 19,8% (115) casos, con aumento del 12,7% (13) respectó a la semana 20.

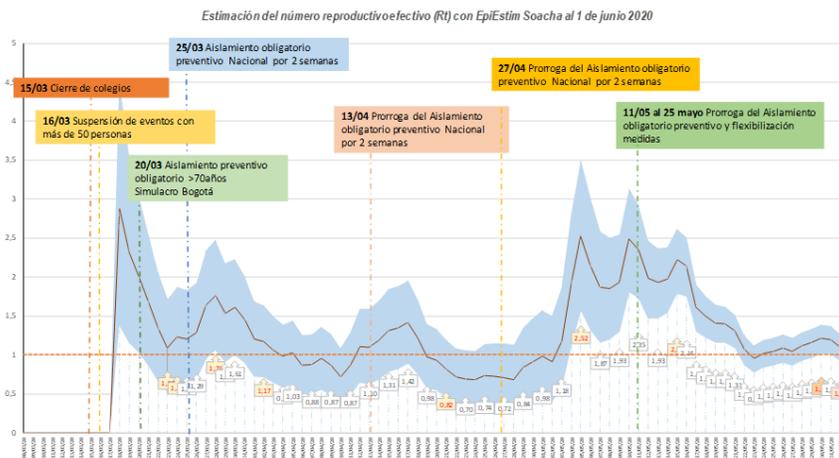


Las semanas 20,22 y 23 registraron 12, 10 y 17 casos hospitalizados, entre la semana 14 y 23 el incremento fue de las 16 personas hospitalizados por semana. En la semana 20 inicia el uso de UCI, con un comportamiento fluctuante sin registro de casos en las otras semanas epidemiológica. A la fecha registra 5 muertes por la COVID-19, con una tasa de 6,6 por cada un millón de habitantes y una letalidad del 0,86%. En las semanas epidemiológicas 12, 13, 15, 21 y 22 registró una muerte en cada semana.



Por otra parte, la oportunidad en el tiempo transcurrido entre a fecha de inicio de síntomas y el diagnóstico registró un promedio de 10,6 días, la diferencia del tiempo entre la fecha del diagnóstico y la fecha de notificación fue de 5,4 días y el tiempo ocurrido entre la fecha de notificación y la fecha de inicio de síntomas reportó una media de 5,2 días.

El tiempo de duplicación de casos en Soacha (por fecha de inicio de síntomas), describe una tendencia oscilante, en la semana 20, comprendida entre el 10 al 16 de mayo los casos se triplicaron con respecto a la semana 16 del 12 al 18 de abril. El municipio de Soacha, notificó el primer caso el 11 de marzo, el número promedio de casos secundarios causados por un individuo infectado fue de 2,91; luego descendió con fluctuaciones hasta un 0,98 el 1 de mayo, para el 1 de junio se estimó un  $R_t$  de 1,10.



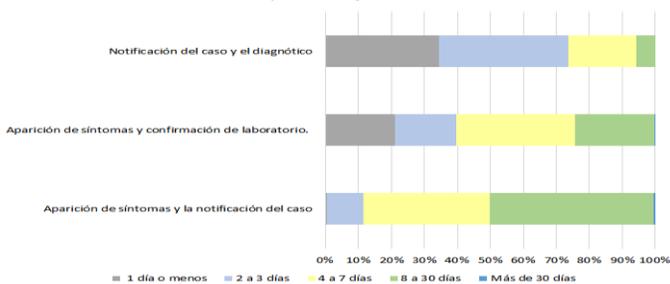
### Situación en Antioquia:

Al 14 de junio Antioquia aporta el 3,9%(2.022) y 0,5%(9) de los casos y las muertes por la COVID-19 al país. El 64,2% (1.299) son hombres, y la mayor concentración está entre los 20 a 39 años de edad con el 53,0%. Los casos describen un comportamiento creciente entre las semanas epidemiológicas 21 a la 23 con concentra 942 (46,6%). En la semana epidemiológica número 25, comprendida entre el 14 al 20 de junio, ocurrieron 398 (19,7%) de los casos, con un incremento de 323 con respectó a la semana 24.

A la fecha registra nueve muertes por la COVID-19, con una tasa de 1,3 por cada un millón de habitantes y una letalidad del 0,4%. La semana 16 comprendida entre el 12 al 18 de abril, registró la letalidad en 3,4. El tiempo de duplicación de los casos (por fecha de inicio de síntomas) en Antioquia, en la semana epidemiológica 10 se quintuplico, para luego en la semana 11 se duplicaron en 10 y en las semana 20 se cuadruplicó.



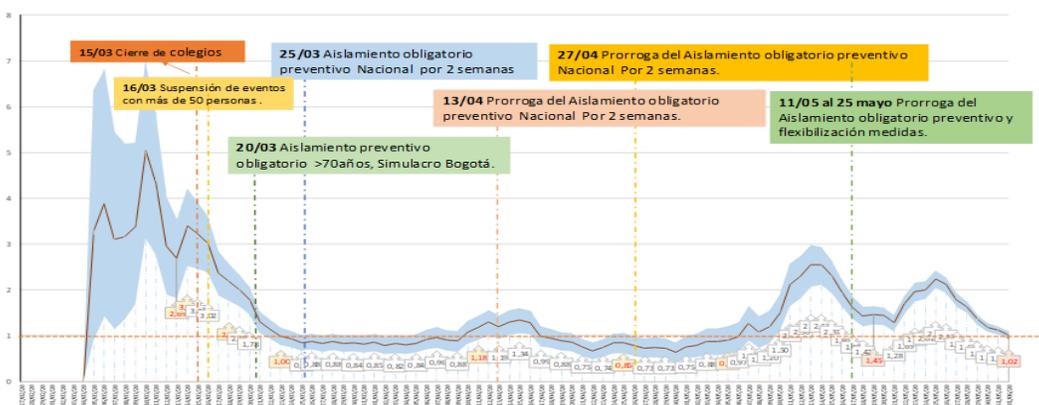
Oportunidad en el proceso de identificación de casos de COVID-19, en Antioquia al 14 de junio del 2020



En relación con la oportunidad en el tiempo transcurrido entre a fecha de inicio de síntomas y el diagnóstico registró un promedio de 8,6 días, el tiempo ocurrido entre la fecha de notificación y la fecha de inicio de síntomas reportó una media de 2,8 días y la diferencia del tiempo entre la fecha del diagnóstico y la fecha de notificación fue de 5,3 días. A la fecha el 11,0% de los resultados se disponen durante de dos a tres días, el 38,5% entre cuatro a siete días y tan solo el 0,5% más de 30 días.

Antioquia, notificó el primer caso el 29 de febrero, el número promedio de casos secundarios causados por un individuo infectado fue de 3,29 el 29 de febrero; luego descendió con fluctuaciones hasta un 0,75 el 1 de mayo, para el 1 de junio se estimó un Rt de 1,02.

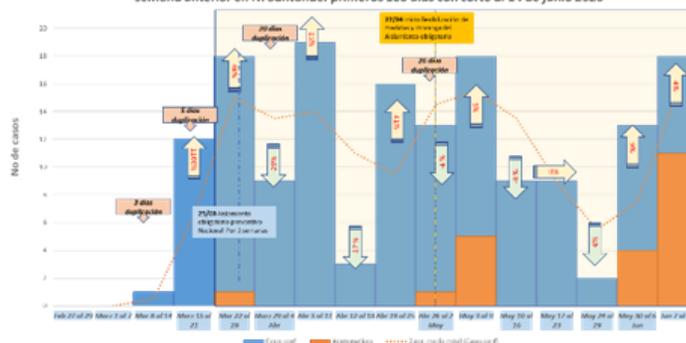
Estimación del número reproductivo efectivo (Rt) con EpiEstim Antioquia al 1 de junio del 2020



### Situación en Norte de Santander:

Con corte al 14 de junio, cuando se cumplen 100 días de la confirmación del primer caso de COVID-19 en Colombia, en el departamento de Norte de Santander se han reportado 160 casos confirmados y 13 defunciones por este virus. El primer caso identificado en el departamento por fecha de inicio de síntomas ocurrió el 11 de marzo de 2020 (semana epidemiológica 11). En la SE 15 (del 5 al 11 de abril) se observa el mayor número de casos confirmados (19), semana a partir de la cual se ha presentado una tendencia fluctuante, llegando al nivel más bajo en el SE 22 (del 24 al 29 de mayo), donde solamente se confirmaron 2 casos. En cuanto a las defunciones, en la SE 13 (22 al 28 de marzo) y en la SE 17 (19 al 25 de abril), se han presentado los mayores incrementos con 3 muertes en cada semana respectivamente.

Casos de COVID-19 por SE/fecha de inicio de síntomas e incrementos con relación a la semana anterior en N. Santander primeros 100 días con corte al 14 de junio 2020

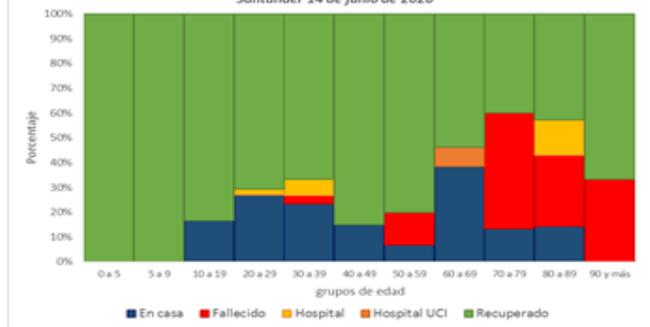


Fallecimientos por COVID-19 por SE/fecha de inicio de síntomas e incrementos con relación a la semana anterior en N. Santander primeros 100 días al 14 de junio 2020

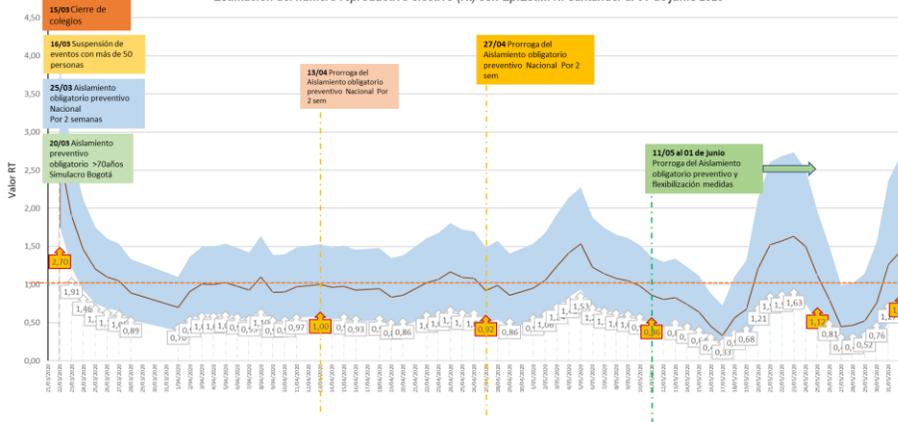


Respecto a las hospitalizaciones generales y hospitalizaciones en UCI el mayor número de casos se registra en la SE 23 (4), y en la SE 24 (1), respectivamente. El mayor incremento se presentó entre la SE 10 y la 11, periodo en el cual se observó un aumento de 12 veces el número de casos. El tiempo de duplicación de casos actualmente está estimado en 26 días a partir del 2 de abril (SE14), duplicando casos el 28 de abril fecha en la que se habían confirmado 91 casos.

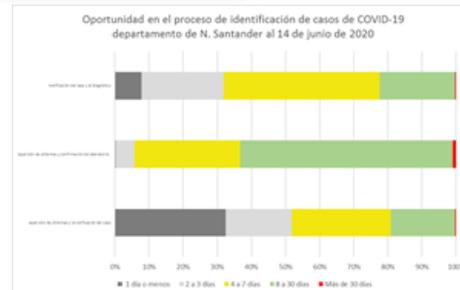
Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad y tipo de atención. N. Santander 14 de junio de 2020



Estimación del número reproductivo efectivo (Rt) con EpiEstim N. Santander al 01 de junio 2020



A la fecha no se han duplicado los casos nuevamente. En cuanto al número promedio de casos secundarios (Rt) causados por un individuo infectado, este era de 2,7 al iniciar la epidemia; hacia el 25 de mayo fecha en la cual se había implementado la flexibilización de algunas medidas, el Rt alcanzó un pico de 1,63 y posterior a esto, el valor del Rt se ha mantenido fluctuante. Con corte al 01 de junio el valor del Rt es de 1,43, con un porcentaje de impacto estimado del 52,3%; esto podría indicar que las medidas de flexibilización y reapertura de algunos sectores de la industria y el comercio han tenido un impacto desfavorable sobre el comportamiento de la epidemia.

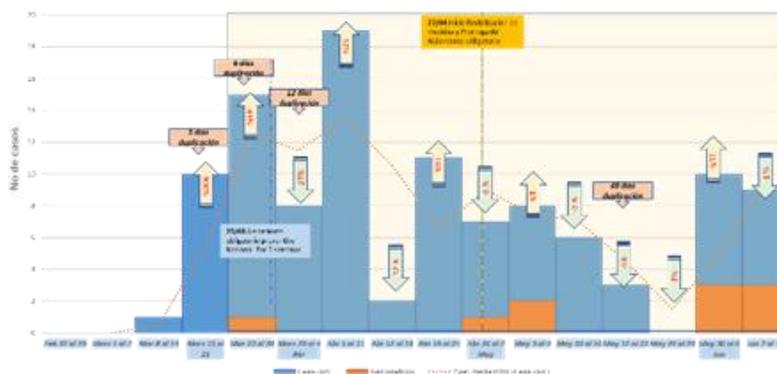


Con corte al 14 de junio para el departamento se tiene un acumulado de 4.874 muestras, (3.008 por millón de habitantes), con una positividad del 1.8. En relación al indicador de oportunidad en el diagnóstico, el 29,7% de los resultados se disponen en la primera semana posterior a la fecha de inicio de síntomas, mientras que el 69,5% de los resultados se disponen entre 8 y 30 días desde la aparición de síntomas.

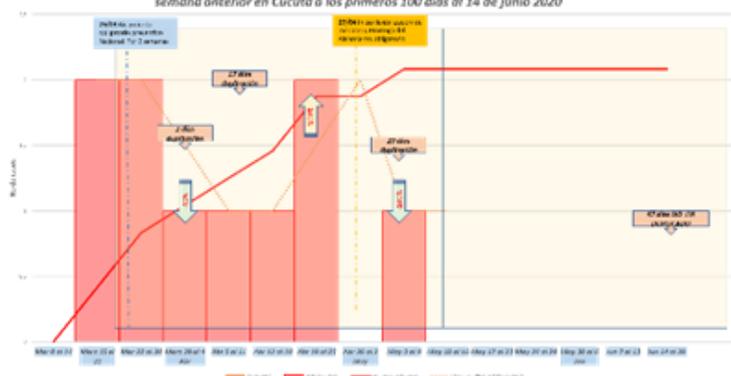
### Situación de Cúcuta

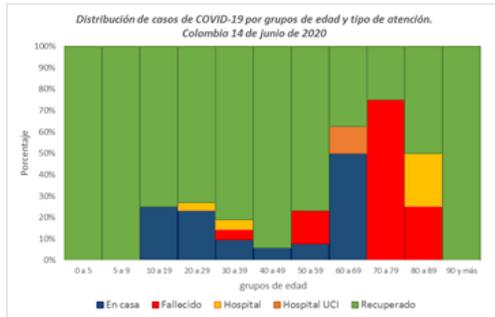
Con corte al 14 de junio, en el municipio de Cúcuta se han reportado 109 casos confirmados y 10 defunciones por COVID-19. El primer caso identificado en el departamento por fecha de inicio de síntomas ocurrió el 11 de marzo de 2020 (semana epidemiológica 11). En la SE 15 (del 5 al 11 de abril) se observa el mayor número de casos confirmados (19), semana a partir de la cual se ha presentado una tendencia fluctuante, llegando al nivel más bajo en la SE 22 (del 24 al 29 de mayo), fecha en la cual no se presentaron casos. El mayor incremento relativo se presentó entre la SE 14 y la 15, en el cual los casos presentaron un aumento del 56%. En cuanto a las defunciones, en las SE 13 y 14 (15 al 28 de marzo) y en la SE 17 (19 al 25 de abril), se han presentado los mayores incrementos con 2 muertes en cada semana respectivamente.

Casos de COVID-19 por SE/fecha de inicio de síntomas e incrementos con relación a la semana anterior en Cúcuta primeros 100 días con corte al 14 de junio 2020

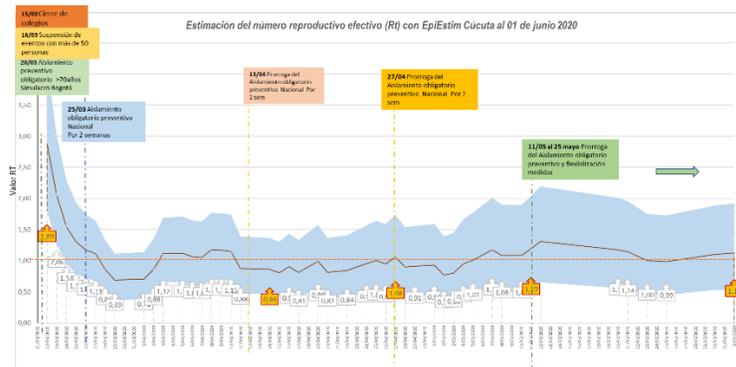


Fallecimientos por COVID-19 por SE/fecha de inicio de síntomas e incrementos con relación a la semana anterior en Cúcuta a los primeros 100 días al 14 de junio 2020





Respecto a las hospitalizaciones generales y hospitalizaciones en UCI, se registran casos en la SE 22 (2), y en la SE 24 (1). El tiempo de duplicación de casos actualmente está estimado en 48 días a partir del 3 de abril (SE14), duplicando casos el 21 de mayo fecha en la que se habían confirmado 45 casos.



En cuanto al número promedio de casos secundarios ( $R_t$ ) causados por un individuo infectado, este era de 2,89 al iniciar la epidemia; hacia el 11 de mayo cuando se implementa la flexibilización de algunas medidas el  $R_t$  ascendió (1,19) y posteriormente descendió de forma leve. Con corte al 01 de junio el  $R_t$  es 1,12 con un porcentaje de impacto estimado del 62,7%, lo cual podría indicar que las medidas implementadas de aislamiento y cuarentena aún no han surtido el efecto esperado sobre el comportamiento de la epidemia.



**REGIÓN DE LA ORINOQUÍA / AMAZONÍA**

Con base en los datos publicados en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

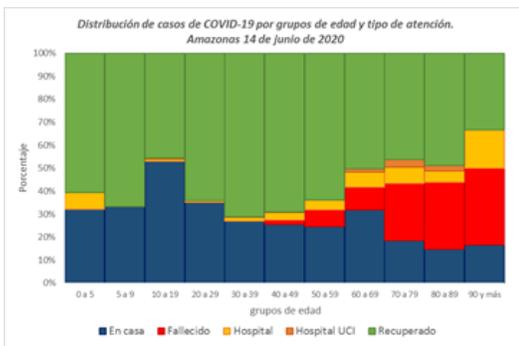
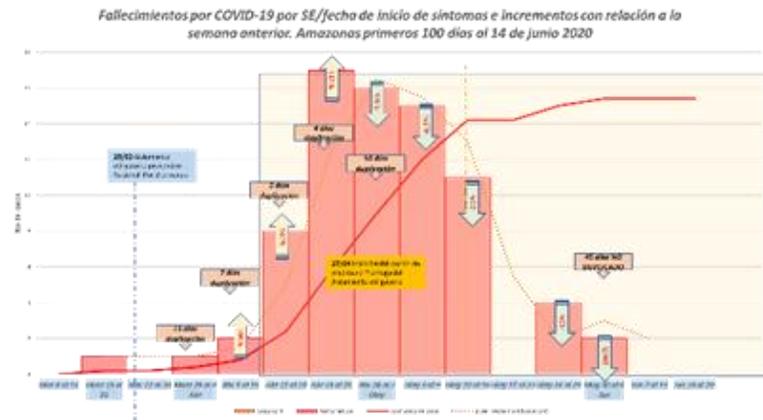
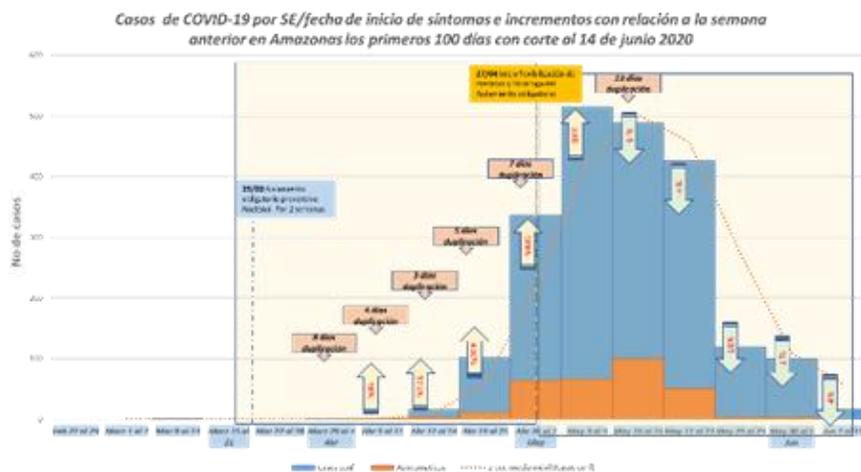
En la región de la Orinoquía y la Amazonía 10 departamentos han presentado casos de COVID-19, con un total de 3.257 casos, cifra que representa el 6,3% del total de casos en Colombia y 92 defunciones, las cuales representan el 5,5% del total de muertes en el país. A continuación, se presentan los indicadores de morbilidad, mortalidad y gravedad por departamento:

**Tabla de casos, tasas de incidencia, mortalidad de COVID-19 para los Departamentos y distritos de la Región de la Amazonía-Orinoquía al 14 de junio**

Departamentos y Distritos	Casos	Muertes	Hospitalización General	UCI (%)	UCI Casos	Letalidad	Tasa de Mortalidad * millón de hab	Tasa de Incidencia * 100.000 hab	RT (01 junio)
Amazonas	2126	77	54	0,4	9	3,6	974,4	2690,5	0,45 (85%)
Meta	1015	11	8	0,2	2	1,1	10,3	95,4	0,83 (72,3%)
Casanare	38	0	0	0,0	0	0,0	0,0	8,7	NA
Caquetá	27	0	0	0,0	0	0,0	0,0	60,4	NA
Putumayo	25	1	0	0,0	0	4,0	2,4	6,1	NA
Vaupés	13	2	3	15,4	2	15,4	5,6	3,6	NA
Guaina	7	1	0	0,0	0	14,3	19,7	13,8	NA
Arauca	3	0	0	0,0	0	0,0	0,0	3,5	NA
Guaviare	2	0	1	0,0	0	0,0	0,0	0,7	NA
Vichada	1	0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,9	NA

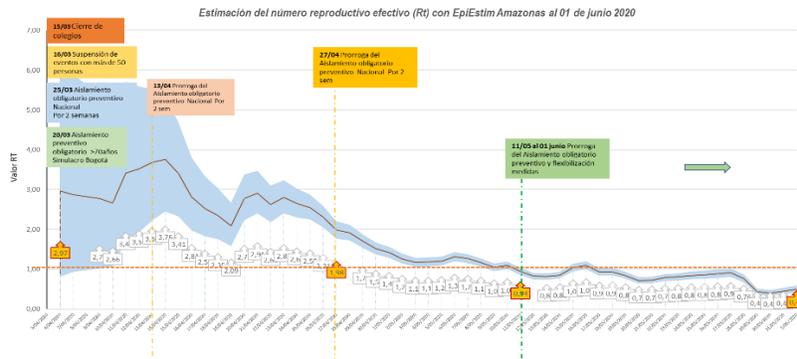
**Situación Amazonas:**

Con corte al 14 de junio, cuando se cumplen 100 días de la confirmación del primer caso de COVID-19 en Colombia, en el departamento de Amazonas se han reportado 2.126 casos confirmados y 77 defunciones por COVID-19. El primer caso identificado en el departamento por fecha de inicio de síntomas ocurrió el 14 de marzo de 2020 (semana epidemiológica 11). En la SE 9 (del 3 al 9 de mayo) se observa el mayor número de casos confirmados (515), semana a partir de la cual se ha presentado un descenso gradual, llegando a 100 casos en la SE 23 (del 30 de mayo al 06 de junio). El mayor incremento relativo se presentó entre la SE 16 y la 17, periodo en el cual los casos presentaron un aumento de 4,9 veces. En cuanto a las defunciones, entre las SE 17 y la 19, se han presentado los mayores incrementos con el 62,3% (48) del total de las muertes ocurridas en el departamento.



Respecto a las hospitalizaciones generales y hospitalizaciones en UCI el mayor número de caso se presentan en la SE 20 (14) y en la SE 19 (3), respectivamente. El tiempo de duplicación de casos actualmente está estimado en 11 días a partir del 2 de mayo (SE18), duplicando casos el 13 de mayo fecha en la que se habían confirmado 712 casos. A la fecha han transcurrido 31 días sin duplicación.

En cuanto al número promedio de casos secundarios causados por un individuo infectado ( $R_t$ ), al inicio de la epidemia era de 2,97; en el momento en el que se presenta el primer caso en Amazonas ya se venían implementando varias medidas de distanciamiento social, confinamiento y cuarentena. Hacia el 13 de abril cuando se implementa la primera prórroga de la cuarentena el departamento alcanzó el valor más alto de  $R_t$  (3,7) y a partir de allí comenzó un descenso gradual y sostenido. El valor del  $R_t$  con corte al 01 de junio es de 0,49 con un impacto estimado del 85%, esto puede deberse a la efectividad de las medidas de aislamiento y cuarentena implementadas.



Con corte al 14 de junio para el departamento se tiene un acumulado de 8.013 muestras, (101.404 por millón de habitantes), con una positividad del 25,9%. En relación al indicador de oportunidad en el diagnóstico, el 37,3% de los resultados se disponen en la primera semana posterior a la fecha de inicio de síntomas, mientras que el 61,9% de los resultados se disponen entre 8 y 30 días desde la aparición de síntomas.



La región del Pacífico, está conformada por los Departamentos del Chocó, Valle del Cauca, Cauca, Nariño y el Distrito de Buenaventura; al 08 de junio, tienen confirmados 8.860 casos, que corresponden al 17,4% del total de casos del País, y un total 356 muertes, que corresponden al 21,3% del total país. Buenaventura es el Distrito que presenta mayor tasa de incidencia por cien mil habitantes y tasa de mortalidad por millón de habitantes correspondiente al 310,4 y 166,8 respectivamente; así mismo, presenta la letalidad más alta 5,4% seguido del departamento de Valle del Cauca con 4,2%; Lo cual evidencia que el Departamento del Valle y el Distrito de Buenaventura concentran la mayor carga de la región.

Con respecto al número promedio de casos secundarios causados por un individuo infectado  $R_t$ , en la región, el departamento del Chocó tiene el más alto (1,98); el Distrito de Buenaventura, aunque presenta las mayores tasas de incidencia, mortalidad y letalidad, presenta el menor valor de transmisibilidad (1,16); sin embargo, este número para el mes de junio se ha incrementado debido a la flexibilización de las medidas de aislamiento preventivo establecidas por el gobierno nacional, lo cual ha aumentado la transmisión en un 40%.

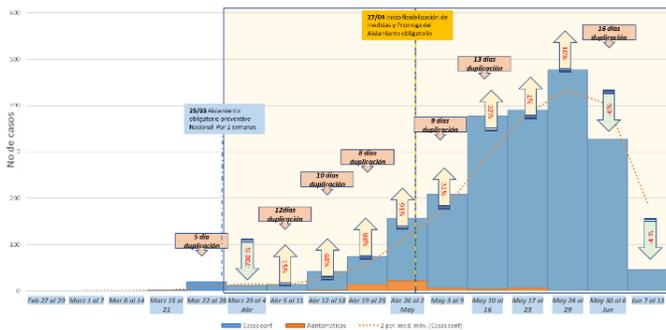
**Tabla de casos, tasas de incidencia y mortalidad de COVID-19 para los Departamentos y distritos de la Región del Pacífico, al 14 de junio**

Departamentos y Distritos	Casos	Muertes	Población	Hospitalización General	UCI (%)	Casos UCI	Letalidad	Tasa de Mortalidad * millón de hab.	Tasa de Incidencia * 100.000 hab.	Rt
Valle del Cauca	4862	202	4.532.152	404	2,3	111	4,2	44,6	107,3	1,18 (60,7%)
Nariño	2150	74	1.627.589	136	0,7	14	3,4	45,5	132,1	1,42 (52,7%)
Buenaventura	968	52	311.827	116	1,8	17	5,4	166,8	310,4	1,16 (61,3%)
Choco	694	20	544.764	52	1,7	12	2,9	36,7	127,4	1,98 (34%)
Cauca	186	8	1.491.937	15	1,1	2	4,1	5,4	12,5	1,47 (51%)

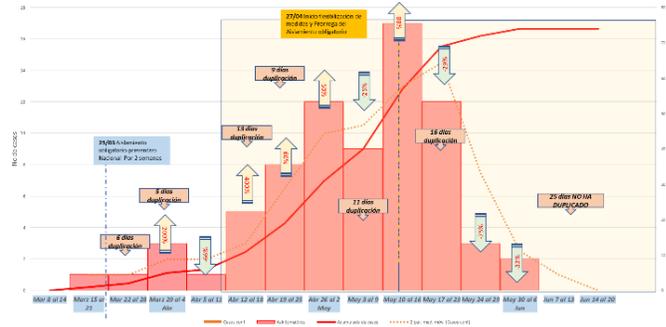
**Situación Nariño:**

Con corte al 14 de junio, en el departamento de Nariño se han reportado 2.150 casos confirmados y 74 defunciones por COVID-19. El primer caso identificado en el departamento por fecha de inicio de síntomas ocurrió el 15 de marzo de 2020 (semana epidemiológica 11). En la SE 22 (del 24 al 29 de mayo) se observa el mayor número de casos confirmados (477), luego de la cual se ha presentado un descenso gradual, descendiendo a 328 casos en la SE 23 (del 30 de mayo al 06 de junio). El mayor incremento relativo se presentó entre la SE 17 y la 18, periodo en el cual los casos aumentaron en un 95%. En cuanto a las defunciones, en la SE 20 (del 10 al 16 de mayo), se presentó el mayor incremento con el 22,9% (17) del total de las muertes ocurridas en el departamento.

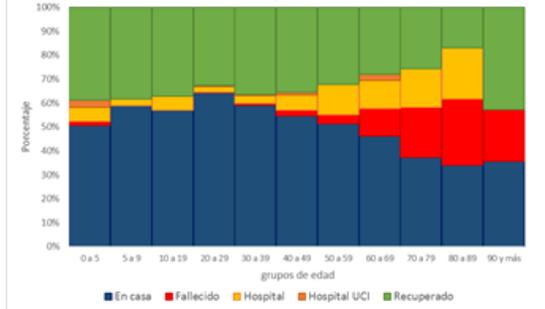
Casos de COVID-19 por SE/fecha de inicio de síntomas e incrementos con relación a la semana anterior en Nariño primeros 100 días con corte al 14 de junio 2020



Fallecimientos por COVID-19 por SE/fecha de inicio de síntomas e incrementos con relación a la semana anterior. Nariño primeros 100 días al 14 de junio 2020



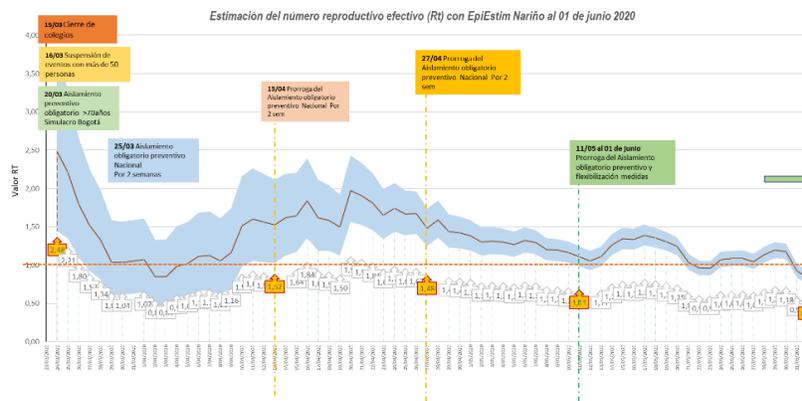
Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad y tipo de atención. Nariño 14 de junio de 2020



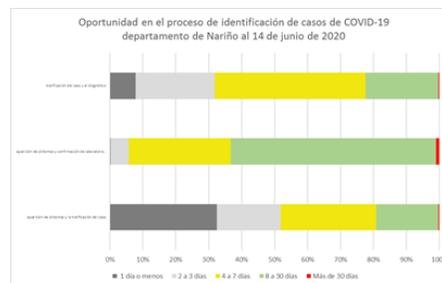
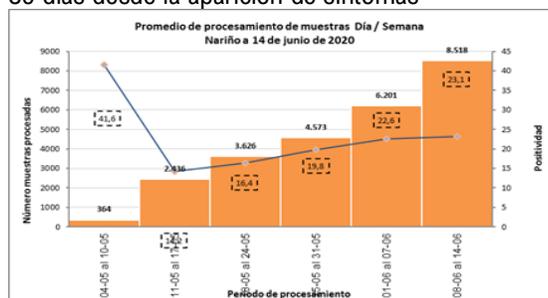
Respecto a las hospitalizaciones generales se concentran principalmente entre la SE 21 y la 23, con un total de 136 casos y 14 hospitalizaciones en UCI, de las cuales 3 se presentaron en la SE 22. El tiempo de duplicación de casos actualmente está estimado en 16 días a partir del 14 de mayo (SE20), duplicando casos el 30 de mayo, fecha en la que se habían confirmado 1.992 casos. A la fecha han transcurrido 15 días sin duplicación

El tiempo de duplicación de casos actualmente está estimado en 29 días, a partir del 16 de mayo, fecha en la que se habían confirmado 1.081. En cuanto al número promedio de casos secundarios causados por un individuo infectado (Rt), este era de 2,48 al iniciar la epidemia; hacia el 13 de abril cuando se implementa la primera prórroga de la cuarentena el RT descendió (1,52), posteriormente tuvo un nuevo ascenso hasta 1,95 para posteriormente descender. El valor del RT con corte al 01 de junio es de 0,83 con un impacto estimado del 72,3%, lo cual podría indicar que las medidas de aislamiento y cuarentena

implementadas han surtido un efecto positivo sobre el comportamiento de la epidemia.

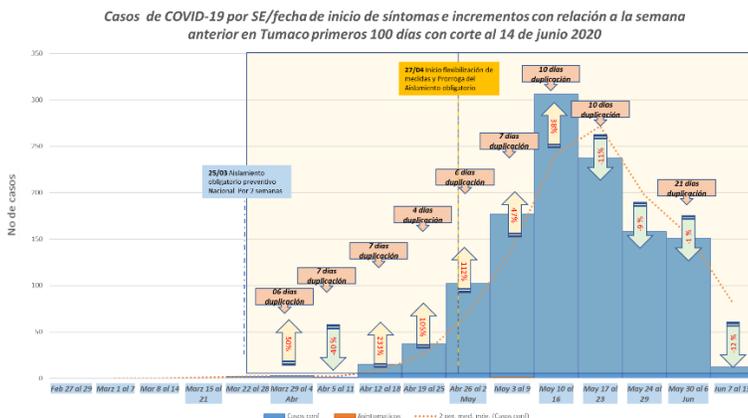


Al 14 de junio para el departamento se tiene un acumulado de 8.518 muestras, (5.233 por millón de habitantes), con una positividad del 23,1. En relación con el indicador de oportunidad en el diagnóstico, el 13,8% de los resultados se disponen en la primera semana posterior a la fecha de inicio de síntomas, mientras que el 85,1% de los resultados se disponen entre 8 y 30 días desde la aparición de síntomas

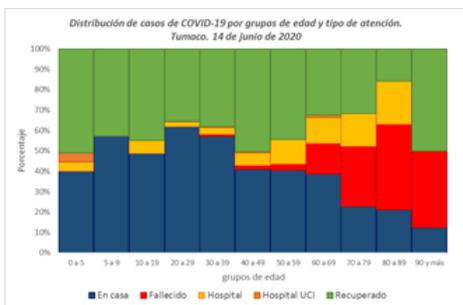
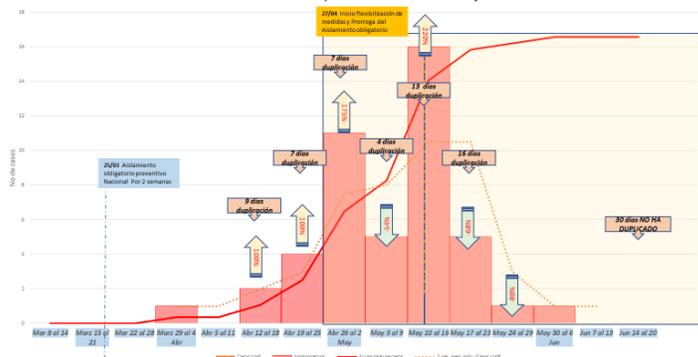


### Situación Tumaco

Con corte al 14 de junio, en el municipio de Tumaco se han reportado 1.201 casos confirmados y 46 defunciones por COVID-19. El primer caso identificado en el departamento, por fecha de inicio de síntomas ocurrió el 20 de marzo de 2020 (semana epidemiológica 12). En la SE 20 (del 10 al 16 de mayo) se observa el mayor número de casos confirmados (306), luego de la cual se ha presentado un descenso gradual, llegando a 151 casos en la SE 23 (del 30 de mayo al 06 de junio). El mayor incremento relativo se presentó entre la SE 15 y la 16, donde los casos aumentaron 2,5 veces. En cuanto a las defunciones, en la SE 20 (del 10 al 16 de mayo), se presentó el mayor incremento con el 34,7% (16) del total de las muertes ocurridas en el departamento.

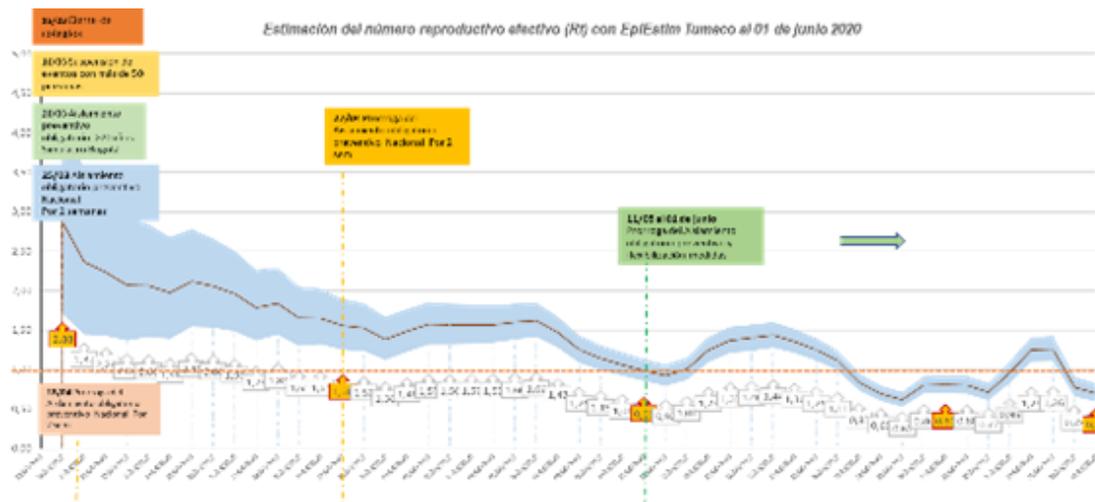


Fallecimientos por COVID-19 por SE/fecha de inicio de síntomas e incrementos con relación a la semana anterior. Tumaco primeros 100 días al 14 de junio 2020



Respecto a las hospitalizaciones generales se concentran principalmente entre la SE 18 y la 20, con un total de 70 casos; se han presentado 7 hospitalizaciones en UCI, de las cuales 5 se presentaron entre las SE 18 y 21. El tiempo de duplicación de casos actualmente está estimado en 21 días a partir del 13 de mayo (SE20), duplicando casos el 03 de junio, fecha en la que se habían confirmado 1.182 casos. A la fecha han transcurrido 41 días sin duplicación.

El tiempo de duplicación de casos actualmente está estimado en 31 días, a partir del 14 de mayo, fecha en la que se habían confirmado 663 casos. En cuanto al promedio de casos secundarios causados por un individuo infectado ( $R_t$ ), este era de 2,88 cuando inició la epidemia; para entonces ya se venían implementando medidas de distanciamiento social, confinamiento y cuarentena; el  $R_t$  presentó un descenso sostenido y para el 27 de abril cuando se inició la reincorporación gradual de actividades industriales el municipio mantuvo la tendencia al descenso (entre 1,56 y 0,99). El valor del  $R_t$  con corte al 01 de junio es de 0,7 y un impacto estimado del 76,7%, lo cual podría indicar que las medidas de aislamiento y cuarentena implementadas han surtido un efecto favorable a pesar de la flexibilización de algunas de ellas.





**REGIÓN CARIBE**

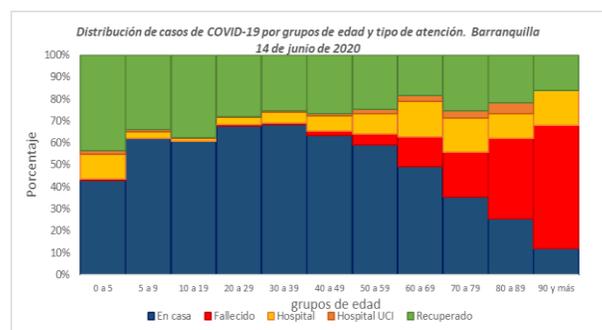
La región Caribe, en los 100 primeros días de la epidemia en Colombia, esta región registro el primer caso confirmado el al 11 de marzo en el Distrito de Cartagena, y a la fecha del 14 de junio tienen confirmados un total de 17.134 casos, que corresponden al 33,64% de los casos País, y un total 712 muertes, que corresponden al 42,71% del País. Los distritos de Cartagena, Barranquilla y el Departamento del Atlántico, aportan 14.615 casos (85,30% a la región y el 28,69% al País) y 591 muertes (83,01% a la región y el 35,45% al País). El distrito de Barranquilla, supera los 5.000 casos confirmados, mientras que el distrito de Cartagena y el departamento del Atlántico, superan cada uno los 4.000 casos. El distrito de Barranquilla presenta el mayor número de casos y de muertes, en la región Caribe, con un 30,44% y 35,25% respectivamente, y la tasa de incidencia más alta. El departamento del Magdalena continua con la letalidad más alta en la región con un 7,9%. El porcentaje de hospitalización en UCI en el departamento de Córdoba sigue siendo el más alto en la región con un 4,7%

**Tabla de casos, tasas de incidencia y mortalidad de COVID-19 para los Departamentos y distritos de la Región Caribe al 14 de junio**

Departamentos y Distritos	Casos	Muertes	Letalidad (%)	Hospitalización General	UCI (%)	Casos UCI	Tasa de Mortalidad * millón de hab	Tasa de Incidencia * 100.000 hab	Rt Corte al 25 de mayo
Barranquilla	5215	251	4,8	374	1,2	62	197,0	409,3	1,24 (58,67%)
Cartagena	4778	194	4,1	257	0,9	44	188,6	464,5	0,61 (79,51%)
Atlántico	4622	146	3,2	274	1,0	46	53,6	169,8	
Cesar	542	15	2,8	9	0,7	4	11,6	41,8	
Santa Marta	488	25	5,1	31	1,4	7	46,4	90,6	1,4 (53,3%)
Magdalena	458	36	7,9	44	0,2	1	25,2	32,1	
Bolívar	368	17	4,6	24	1,4	5	7,8	16,9	
Córdoba	277	13	4,7	29	4,7	13	7,1	15,1	
Sucre	239	8	3,3	22	2,1	5	8,4	25,2	
La Guajira	129	7	5,4	9	0,0	0	7,2	13,4	0,90 (57%)
San Andrés	18	0	0,0	1	0,0	0	0,0	28,3	

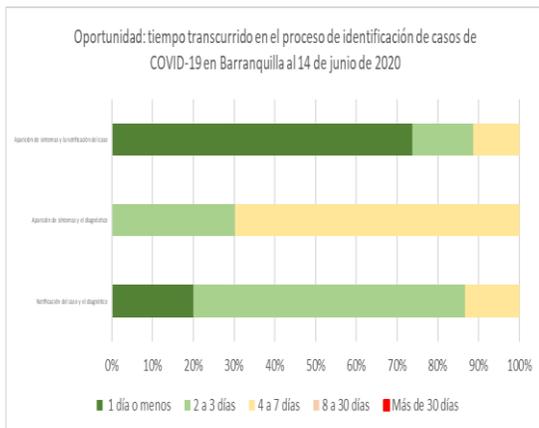
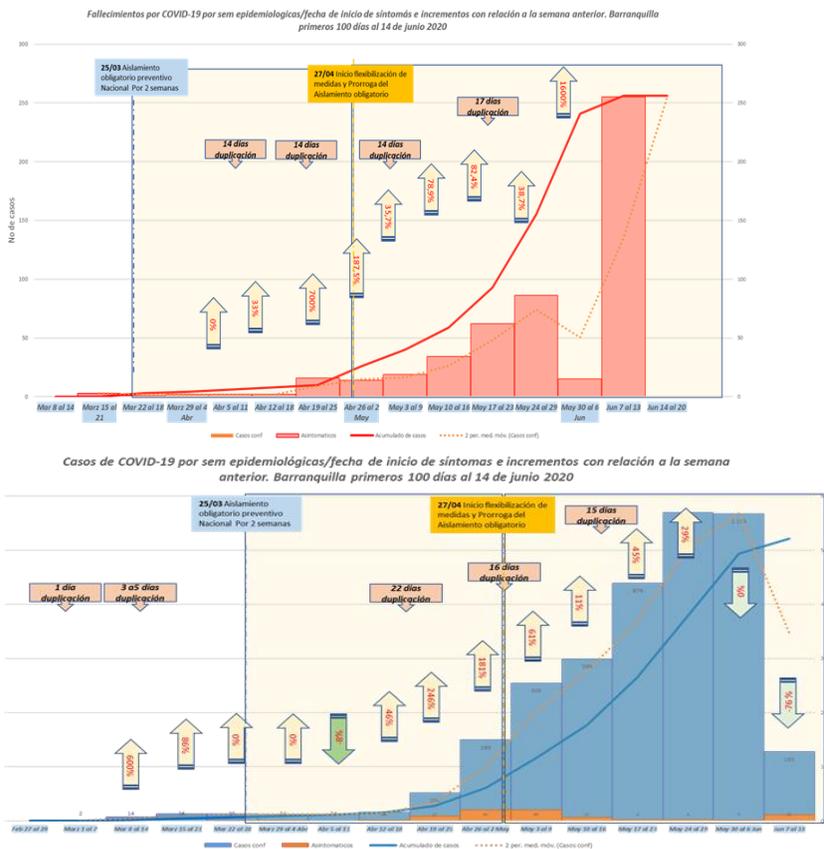
**Situación Barranquilla**

El Distrito de Barranquilla, reportó el 16 de marzo, dos casos confirmados de COVID-19, y a los 100 días de la pandemia en Colombia, registra un total de 5.215 casos y 251 muertes. En relación con la distribución de los casos por sexo, el 57,83% (3.016) corresponde al sexo masculino; por grupos de edad, los casos se concentran en el grupo de 20 a 39 años con un 43,30% (2.258) y en relación con la población con mayor letalidad, que corresponde al grupo de mayores de 60 años es del 17,30% (902).



Según la atención recibida, el 60,91% (3.085) de los casos sintomáticos han sido manejados en casa, hospitalización en sala general el 7,38% (374) y en la UCI el 1,22% (62) del total de los casos. Los casos recuperados corresponden al 26,62% (1.388) del total de los casos y los fallecidos al 4,81% (251) del total de los casos y de estos el 73,31% (184) son personas mayores de 60 años.

Al revisar los incrementos de los casos confirmados, asintomáticos y muertes, por semana epidemiológica, se observa una tendencia a la disminución de la proporción en los mismos, sin embargo, es de anotar, que la actualización de los datos puede generar una variación importante en el crecimiento de la incidencia de casos y la muerte en los últimos 10 días, esto puede ocurrir por el proceso de diagnóstico que se adelanta, con la expresión de un rezago en los datos. Lo anterior se puede observar en la curva epidémica.

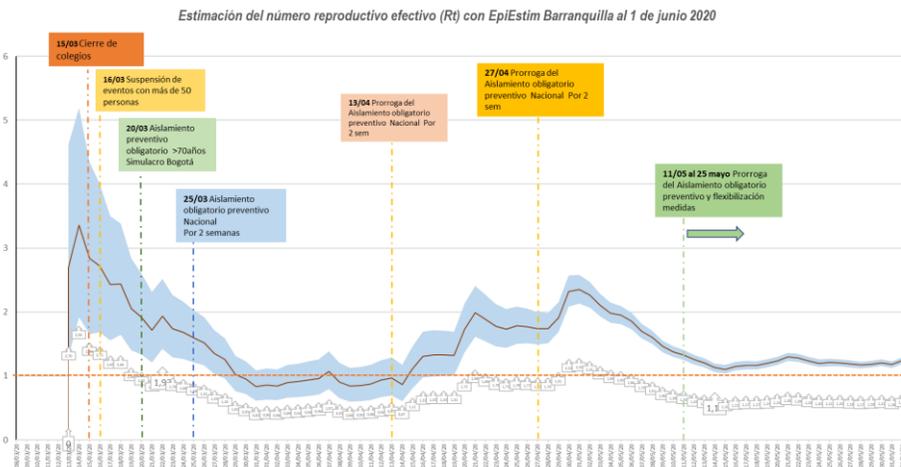


Con relación al diagnóstico del COVID-19, como parte de los indicadores en el seguimiento de la respuesta frente a COVID-19 a fin de mitigar la propagación del virus y ver el funcionamiento del sistema de vigilancia en los indicadores de oportunidad en el diagnóstico. Es así, como vemos los tiempos, en días, que trascurren entre el inicio de síntomas y la notificación en el sistema de vigilancia, con el supuesto de oportunidad en el proceso de atención del caso, accesibilidad al servicio de salud a partir del reconocimiento de síntomas, el cual tiene un promedio al 14 de junio de 3,51 días; el tiempo transcurrido entre la notificación del caso y el diagnóstico, con el supuesto que involucra procesos articulados al diagnóstico, que tiene en promedio 5,7 días. Por último, se ha calcula la diferencia de días entre el momento del inicio de síntomas y la fecha de diagnóstico que para el Barranquilla está en promedio en 10,6 días.

De acuerdo con los síntomas presentados en los casos confirmados, el 24,4% presentaron tos, el 22% fiebre, el 11% odinofagia, el 7% dificultad respiratoria, y el 4% son asintomáticos. Según la comorbilidad encontrada, el 27,9% de los casos tiene antecedente de hipertensión, el 25% diabetes, el 17% EPOC, el 16% enfermedad cardiaca, el 18% enfermedad renal, y el

1% cáncer. Del personal de salud con contagio por COVID-19, el total han sido 33 casos, de los cuales, el 48,48% son profesionales de medicina, el 18,18% profesionales en enfermería, el 15,15 % auxiliares de enfermería, el 6,06% administrativos, el 6,06% personal de aseo-alimentación, el 3,03% estudiantes y el 3,03% fisioterapeutas.

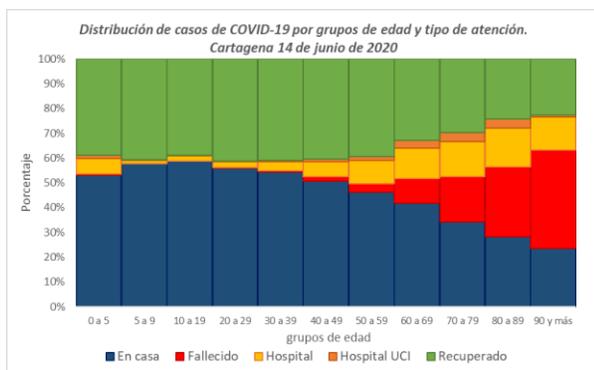
### Medición del riesgo



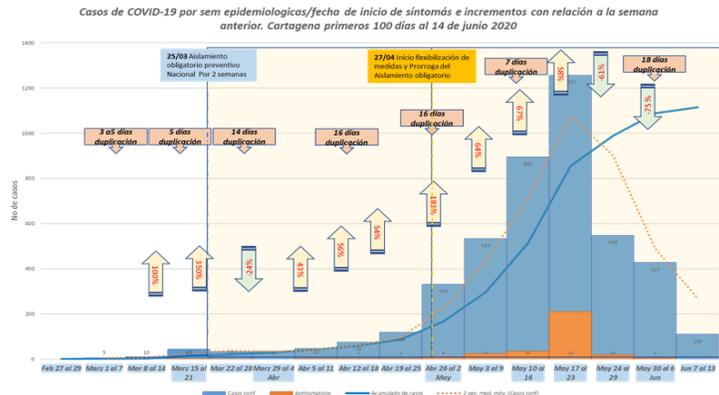
Con respecto al número promedio de casos secundarios causados por un individuo infectado  $R_t$ , en la región, el distrito de Barranquilla, con corte al 1 de junio es de 1,24, estimando que las medidas han logrado disminuir en un 58,67%. Sin embargo es de anotar que al inicio de la pandemia/primer caso el  $R_t$ , fue de 2,70, con la medida de aislamiento y a la fecha de la primera prórroga fue de 0,97, logrando una disminución en la transmisión en un 67,67% y a la segunda prórroga de 1,73, se genera un incremento.

### Situación del distrito de Cartagena

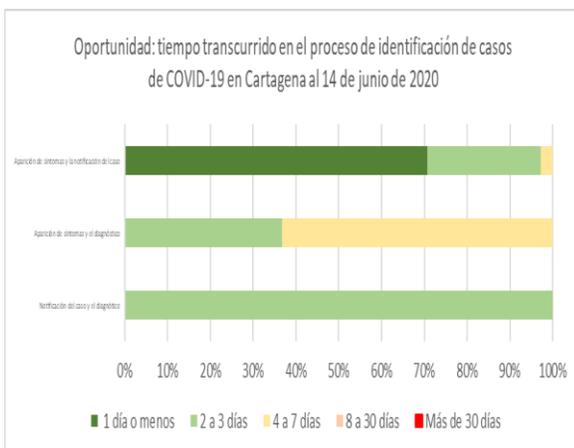
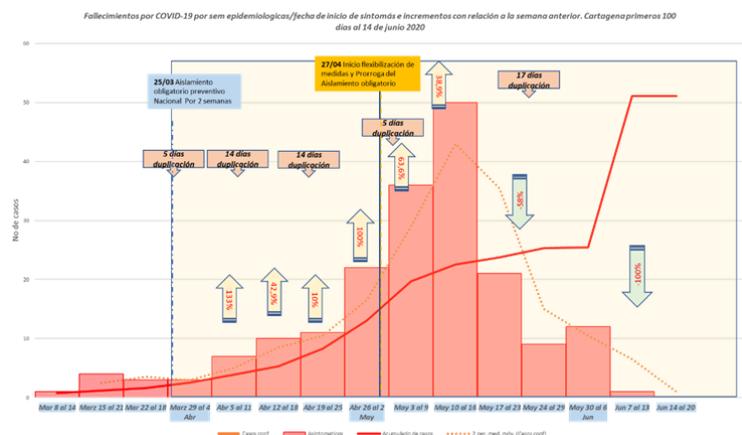
El Distrito de Cartagena, reportó el 1 de marzo, el primer caso confirmado de COVID-19, y a los 100 días de la pandemia en Colombia, registra un total de 4.788 casos y 194 muertes. En relación con la distribución de los casos por sexo, el 59,0% (2.819) corresponde al sexo masculino; por grupos de edad, los casos se concentran en el grupo de 20 a 39 años con un 46,0% (2.199) y en relación con la población con mayor letalidad, que corresponde al grupo de mayores de 60 años es del 15,30% (729).



según la atención recibida, el 52,7% (2.518) de los casos sintomáticos han sido manejados en casa, hospitalización en sala general el 5,4% (257) y en la UCI el 0,9% (44) del total de los casos. Los casos recuperados corresponden al 30,4% (1.451) del total de los casos y los fallecidos al 4,1% (194) del total de los casos y de estos el 73,31% (184) son personas mayores de 60 años.



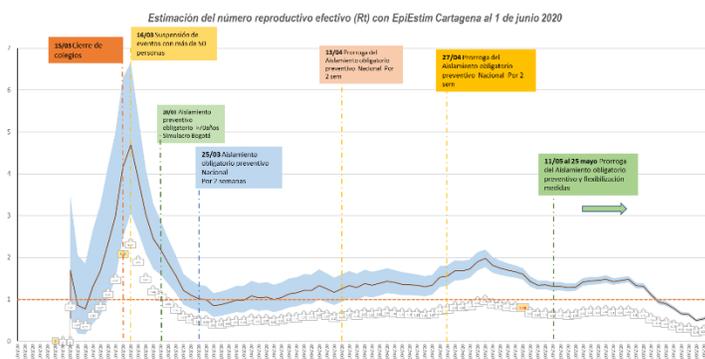
Al revisar los incrementos de los casos confirmados, asintomáticos y muertes, por semana epidemiológica, se observa una tendencia a la disminución de la proporción en los mismos, sin embargo, es de anotar, que la actualización de los datos puede generar una variación importante en el crecimiento de la incidencia de casos y la muerte en los últimos 10 días, esto puede ocurrir por el proceso de diagnóstico que se adelanta, con la expresión de un rezago en los datos. Lo anterior se puede observar en la curva epidémica.



Con relación al diagnóstico del COVID-19, como parte de los indicadores en el seguimiento de la respuesta frente a COVID-19 a fin de mitigar la propagación del virus y ver el funcionamiento del sistema de vigilancia en los indicadores de oportunidad en el diagnóstico. Es así, como vemos los tiempos, en días, que trascurren entre el inicio de síntomas y la notificación en el sistema de vigilancia, con el supuesto de oportunidad en el proceso de atención del caso, accesibilidad al servicio de salud a partir del reconocimiento de síntomas, el cual tiene un promedio al 14 de junio de 4,02 días; el tiempo transcurrido entre la notificación del caso y el diagnóstico, con el supuesto que involucra procesos articulados al diagnóstico, que tiene en promedio 6,15 días. Por último, se ha calcula la diferencia de días entre el momento del inicio de síntomas y la fecha de diagnóstico que para Cartagena está en promedio en 6,10 días.

De acuerdo con los síntomas presentados en los casos confirmados, el 32,4% presentaron tos, el 25% fiebre, el 11% odinofagia, el 6% dificultad respiratoria, y el 7% son asintomáticos. Según la comorbilidad encontrada, el 48,5% de los casos tiene antecedente de hipertensión, el 29% diabetes, el 12% EPOC, el 16% enfermedad cardiaca, el 16% enfermedad renal, y el 5% cáncer. Del personal de salud con contagio por COVID-19, el total han sido 79 casos, de los cuales, el 39,24% son auxiliares de enfermería, el 17,72% son profesionales de medicina, el 16,46% profesionales en enfermería, el 7,59% personal de aseo-alimentación, el 6,33% administrativos, el 3,80% fisioterapeutas, entre otros.

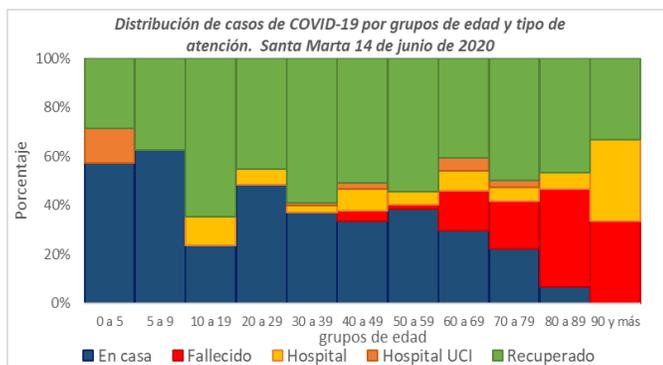
### Medición del riesgo



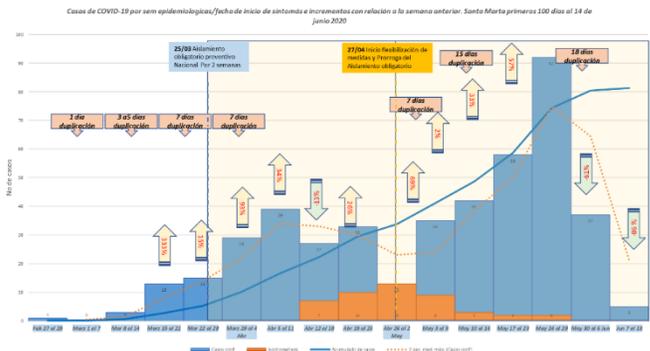
De acuerdo con los datos del comportamiento de la epidemia de COVID-19, durante la primera quincena del mes de marzo en la ciudad de Barranquilla, se calculó que el número promedio de casos secundarios causado por un individuo infectado era de 2,83. Es de anotar que la ciudad ha tenido un promedio del valor de  $R_t$  en 1,5, lo que se observa en la gráfica al ver que la curva se ha tenido valores en la mayoría del tiempo por encima de 1. Al 25 de marzo, tenía un valor de 1,01 y actualmente un valor del  $R_t$  0,61, lo que representa que las medidas han aportado a la fecha una reducción de la transmisión por COVID-19 en un 79,51%.

### Situación del distrito de Santa Marta

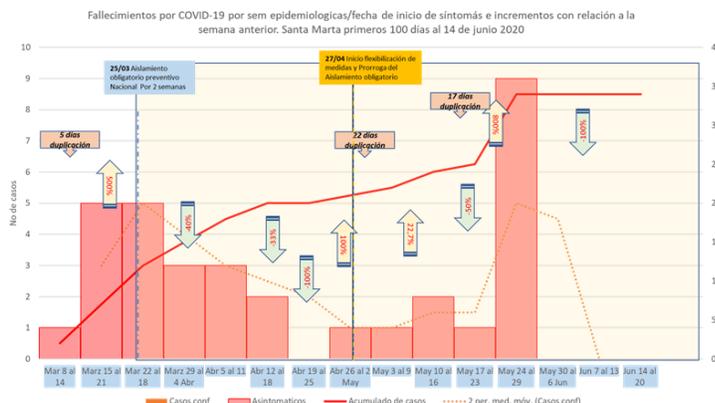
El Distrito de Santa Marta, a los 100 días de la pandemia en Colombia, registra un total de 4.88 casos y 25 muertes. En relación con la distribución de los casos por sexo, el 49,77% (238) corresponde al sexo masculino; por grupos de edad, los casos se concentran en el grupo de 20 a 39 años con un 40,98% (200) y en relación con la población con mayor letalidad, que corresponde al grupo de mayores de 60 años es del 18,64% (91).



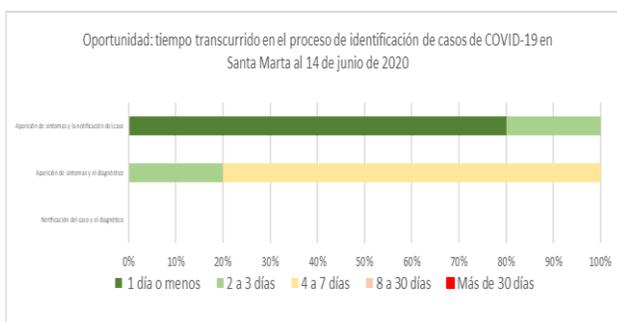
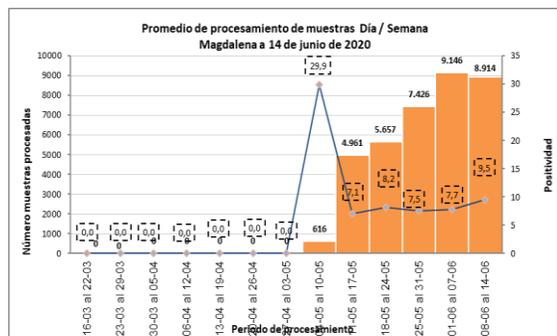
Según la atención recibida, el 38,46% (170) de los casos sintomáticos han sido manejados en casa, hospitalización en sala general el 6,79% (30) y en la UCI el 1,58% (7) del total de los casos. Los casos recuperados corresponden al 47,29% (209) del total de los casos y los fallecidos al 5,66% (25) del total de los casos y de estos el 80% (20) son personas mayores de 60 años.



Al revisar los incrementos de los casos confirmados, asintomáticos y muertes, por semana epidemiológica, se observa una tendencia a la disminución de la proporción en los mismos, sin embargo, es de anotar, que la actualización de los datos puede generar una variación importante en el crecimiento de la incidencia de casos y la muerte en los últimos 10 días, esto puede ocurrir por el proceso de diagnóstico que se adelanta, con la expresión de un rezago en los datos. Lo anterior se puede observar en la curva epidémica.



Con relación al diagnóstico del COVID-19, como parte de los indicadores en el seguimiento de la respuesta frente a COVID-19 a fin de mitigar la propagación del virus y ver el funcionamiento del sistema de vigilancia en los indicadores de oportunidad en el diagnóstico.

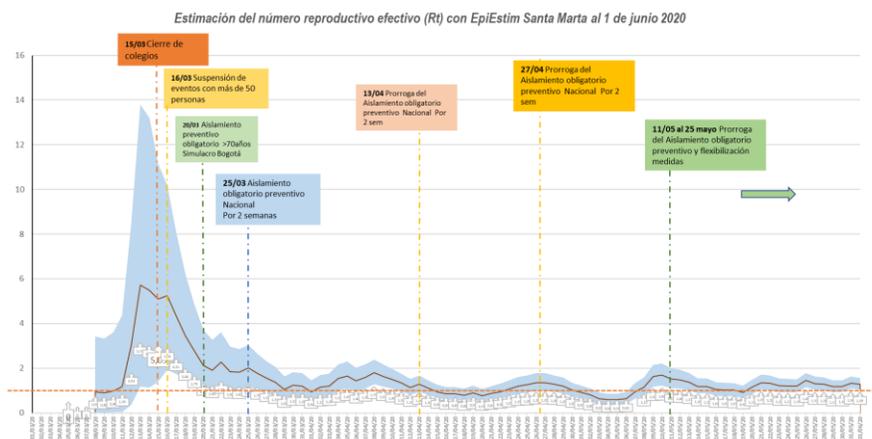


Es así, como vemos los tiempos, en días, que trascurren entre el inicio de síntomas y la notificación en el sistema de vigilancia, con el supuesto de oportunidad en el proceso de atención del caso, accesibilidad al servicio de salud a partir del reconocimiento de síntomas, el cual tiene un promedio al 14 de junio de 3,83 días; el tiempo transcurrido entre la notificación del caso y el

diagnóstico, con el supuesto que involucra procesos articulados al diagnóstico, que tiene en promedio 6,5 días. Por último, se ha calcula la diferencia de días entre el momento del inicio de síntomas y la fecha de diagnóstico que para Santa Marta está en promedio en 6,5 días.

De acuerdo con los síntomas presentados en los casos confirmados, el 33,8% presentaron tos, el 31% fiebre, el 14% odinofagia, el 14% dificultad respiratoria y el 10% son asintomáticos. Según la comorbilidad encontrada, el 40% de los casos tiene antecedente de hipertensión, el 24% diabetes, el 16% EPOC, el 24% enfermedad cardiaca, el 24% enfermedad renal, y el 8% cáncer. Del personal de salud con contagio por COVID-19, el total han sido 45 casos, de los cuales, el 44,44% son auxiliares de enfermería, el 15,56% son profesionales de medicina, el 13,33% administrativos, el 11,11% profesionales en enfermería, el 4,44% personal de aseo-alimentación y el 2,22% fisioterapeutas, entre otros

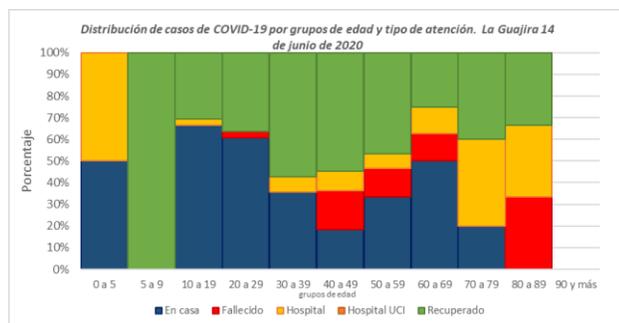
### Medición del riesgo Rt



De acuerdo a los datos del comportamiento de la epidemia de COVID-19, durante la primera semana del mes de marzo en la ciudad de Santa Marta, se calculó que el número promedio de casos secundarios causado por un individuo infectado era de 0,93. Es de anotar que la ciudad tuvo el mayor valor de Rt, el día 13 de marzo (5,73) y posterior a este un descenso del valor del Rt hasta el 27 de marzo (1,36). Al 25 de marzo, tenía un valor de 1,75 y actualmente un valor del Rt 1,29, lo que representa que las medidas han aportado a la fecha una reducción de la transmisión por COVID-19 en un 57%.

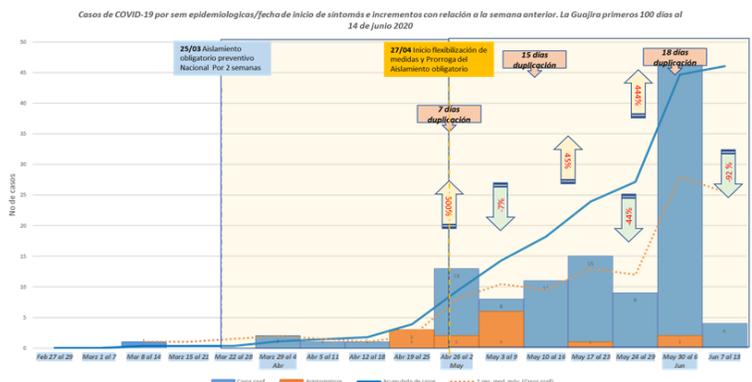
### Situación del departamento de La Guajira

El departamento de la Guajira, a los 100 días de la pandemia en Colombia, registra un total de 129 casos y 7 muertes. En relación con la distribución de los casos por sexo, el 72,87% (129) corresponde al sexo masculino; por grupos de edad, los casos se concentran en el grupo de 20 a 39 años con un 36,43% (47) y en relación con la población con mayor letalidad, que corresponde al grupo de mayores de 60 años es del 12,4% (16).

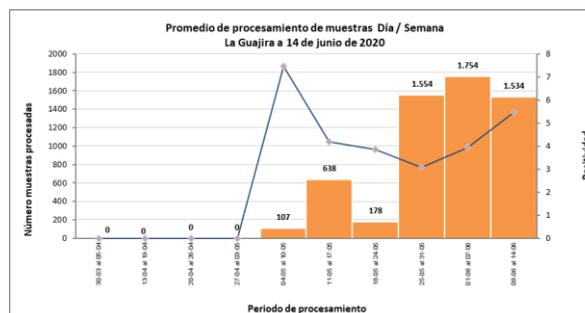
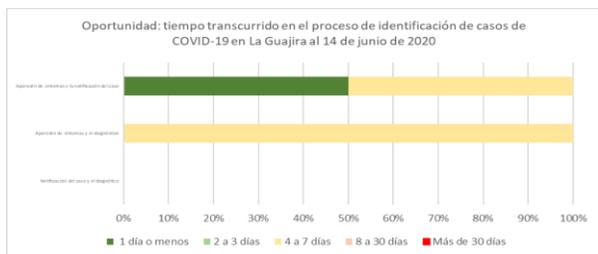


Según la atención recibida, el 48,06% (62) de los casos sintomáticos han sido manejados en casa, hospitalización en sala general el 6,98% (9) del total de los casos. Los casos recuperados corresponden al 38,76% (50) del total de los casos y los fallecidos al 5,43% (9) del total de los casos y de estos el 28,57% (2) son personas mayores de 60 años.

Al revisar los incrementos de los casos confirmados, asintomáticos y muertes, por semana epidemiológica, se observa una tendencia a la disminución de la proporción en los mismos, sin embargo, es de anotar, que la actualización de los datos puede generar una variación importante en el crecimiento de la incidencia de casos y la muerte en los últimos 10 días, esto puede ocurrir por el proceso de diagnóstico que se adelanta, con la expresión de un rezago en los datos. Lo anterior se puede observar en la curva epidémica.



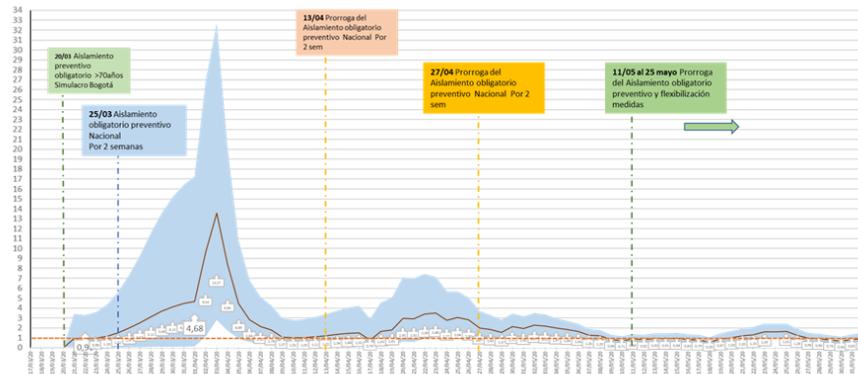
Con relación al diagnóstico del COVID-19, como parte de los indicadores en el seguimiento de la respuesta frente a COVID-19 a fin de mitigar la propagación del virus y ver el funcionamiento del sistema de vigilancia en los indicadores de oportunidad en el diagnóstico. Es así, como vemos los tiempos, en días, que trascurren entre el inicio de síntomas y la notificación en el sistema de vigilancia, con el supuesto de oportunidad en el proceso de atención del caso, accesibilidad al servicio de salud a partir del reconocimiento de síntomas, el cual tiene un promedio al 14 de junio de 2,69 días; el tiempo transcurrido entre la notificación del caso y el diagnóstico, con el supuesto que involucra procesos articulados al diagnóstico, que tiene en promedio 5,34 días. Por último, se ha calcula la diferencia de días entre el momento del inicio de síntomas y la fecha de diagnóstico que para La Guajira está en promedio en 5,34 días.



De acuerdo con los síntomas presentados en los casos confirmados, el 14% presentaron tos, el 8% fiebre, el 5% odinofagia, el 9% dificultad respiratoria y el 10% son asintomáticos. Según la comorbilidad encontrada, el 42,9% de los casos tiene antecedente de hipertensión, el 14% diabetes, el 14% EPOC, el 14% enfermedad cardíaca, el 14% enfermedad renal, y el 14% cáncer. Del personal de salud con contagio por COVID-19, el total han sido 6 casos, de los cuales, el 66,67% son profesionales de medicina y el 33,33% profesionales en enfermería.

## Medición del riesgo Rt

Estimación del número reproductivo efectivo (Rt) con EpiEstim La Guajira al 1 de junio 2020



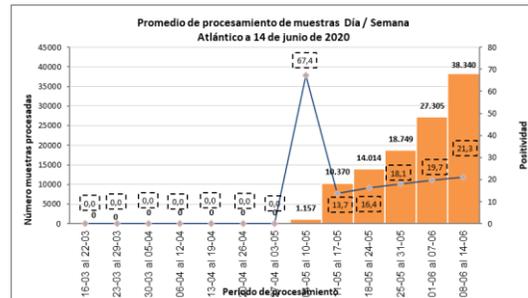
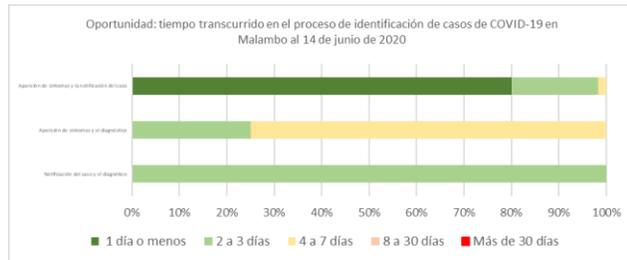
De acuerdo con los datos del comportamiento de la epidemia de COVID-19, durante la primera semana del mes de marzo en el departamento de La Guajira, se calculó que el número promedio de casos secundarios causado por un individuo infectado era de 0,90, lo que representa que las medidas han aportado a la fecha una reducción de la transmisión por COVID-19 en un 57%.

## Situación del municipio de Malambo - Atlántico

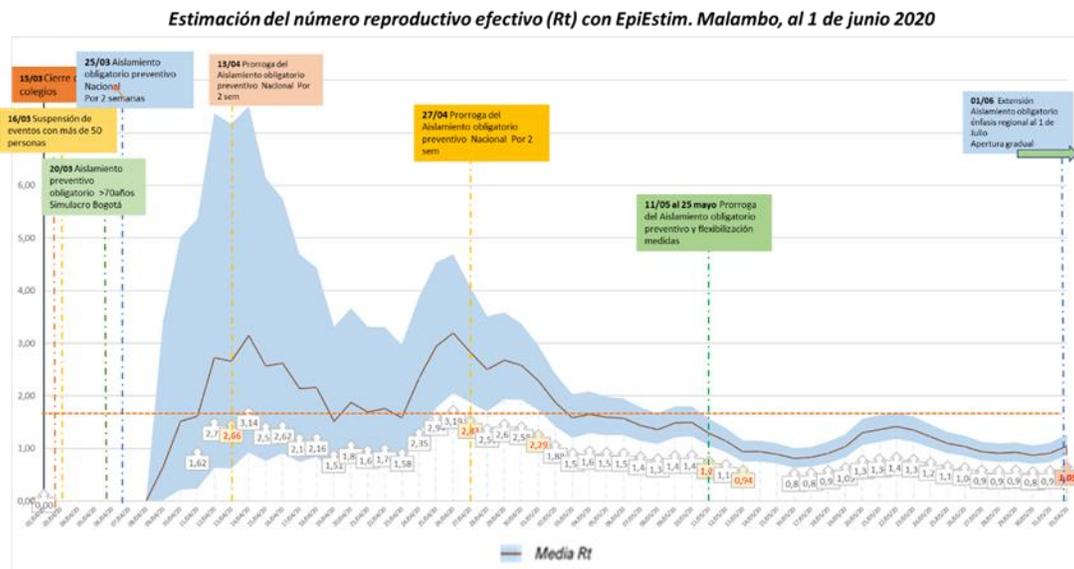
El municipio de Malambo, cercano a la ciudad de Barranquilla, a los 100 días de la pandemia en Colombia, registra un total de 641 casos y 33 muertes. En relación con la distribución de los casos por sexo, el 62,71% (402) corresponde al sexo masculino; por grupos de edad, los casos se concentran en el grupo de 20 a 39 años con un 44% (282) y en relación con la población con mayor letalidad, que corresponde al grupo de mayores de 60 años es del 13,57% (87). Según la atención recibida, el 58,8% (377) de los casos han sido manejados en casa, hospitalización en sala general el 6,55% (42) del total de los casos. Los casos recuperados corresponden al 38,76% (50) del total de los casos y los fallecidos al 0,31% (2) del total de los casos y de estos el 75,75% (25) son personas mayores de 60 años.

Con relación al diagnóstico del COVID-19, como parte de los indicadores en el seguimiento de la respuesta frente a COVID-19 a fin de mitigar la propagación del virus y ver el funcionamiento del sistema de vigilancia en los indicadores de oportunidad en el diagnóstico. Es así, como vemos los tiempos, en días, que transcurren entre el inicio de síntomas y la notificación en el sistema de vigilancia, con el supuesto de oportunidad en el proceso de atención del caso, accesibilidad al servicio de salud a partir del reconocimiento de síntomas, el cual tiene un promedio al 14 de junio de 3,45 días; el tiempo transcurrido entre la notificación del caso y el diagnóstico, con el supuesto que involucra procesos articulados al diagnóstico, que tiene en promedio 7,17 días. Por último, se ha calcula la diferencia de días entre el momento del inicio de síntomas y la fecha de diagnóstico que para el municipio de Malambo está en promedio en 7,17 días.

La positividad para el departamento del Atlántico, se observa en incremento continuo, con una positividad del 21,3%, esta cifra del departamento puede estar reflejando la dinámica de la positividad de sus municipios, la cual se podrá revisar con el dato desagregado.



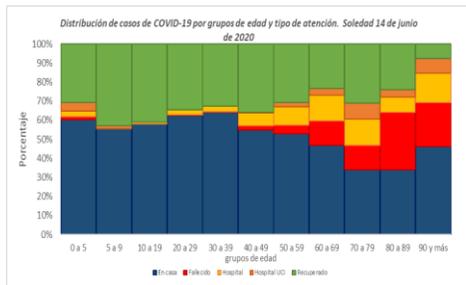
De acuerdo con los síntomas presentados en los casos confirmados, el 20,1% presentaron tos, el 18% fiebre, el 9% odinofagia, el 4% dificultad respiratoria y el 5% son asintomáticos. Según la comorbilidad encontrada, el 18,2% de los casos tiene antecedente de hipertensión, el 18% diabetes, el 9% EPOC y el 124% enfermedad cardíaca. Del personal de salud con contagio por COVID-19, no se han registrado casos.



De acuerdo con los datos del comportamiento de la epidemia de COVID-19, durante la primera semana del mes de marzo en el municipio de Malambo, se calculó que el número promedio de casos secundarios causado por un individuo infectado era de 1,05, lo que representa que las medidas han aportado a la fecha una reducción de la transmisión por COVID-19 en un 65%.

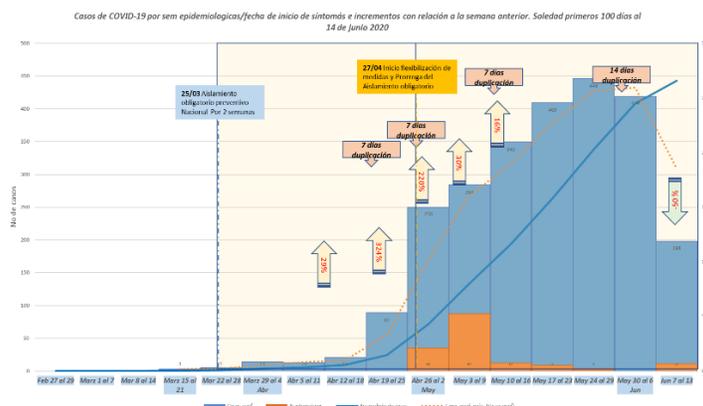
### Situación del municipio de Soledad- Atlántico

El municipio de Soledad, cercano a la ciudad de Barranquilla, a los 100 días de la pandemia en Colombia, registra un total de 2.657 casos, que representa una tasa de 184 por 100.00 habitantes y 83 muertes que representa una letalidad de 3,1 por cada 100 casos. En relación con la distribución de los casos por sexo, el 64% (402) corresponde al sexo masculino; por grupos de edad, los casos se concentran en el grupo de 20 a 39 años con un 46,93% (1.247) y en relación con la población con mayor letalidad, que corresponde al grupo de mayores de 60 años es del 12,68% (337).



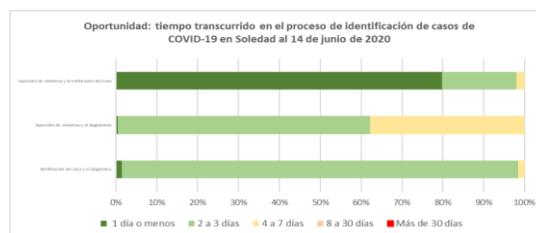
Según la atención recibida, el 57,16% (1.517) de los casos han sido manejados en casa, hospitalización en sala general el 5,31% (141) del total de los casos y en UCI, 1,17% (31) Los casos recuperados corresponden al 33% (882) del total de los casos y los fallecidos al 0,31% (2) del total de los casos y de estos el 75,75% (25) son personas mayores de 60 años.

Al revisar los incrementos de los casos confirmados, asintomáticos y muertes, por semana epidemiológica, se observa una tendencia a la disminución de la proporción en los mismos, sin embargo, es de anotar, que la actualización de los datos puede generar una variación importante en el crecimiento de la incidencia de casos y la muerte en los últimos 10 días, esto puede ocurrir por el proceso de diagnóstico que se adelanta, con la expresión de un rezago en los datos. Lo anterior se puede observar en la curva epidémica.

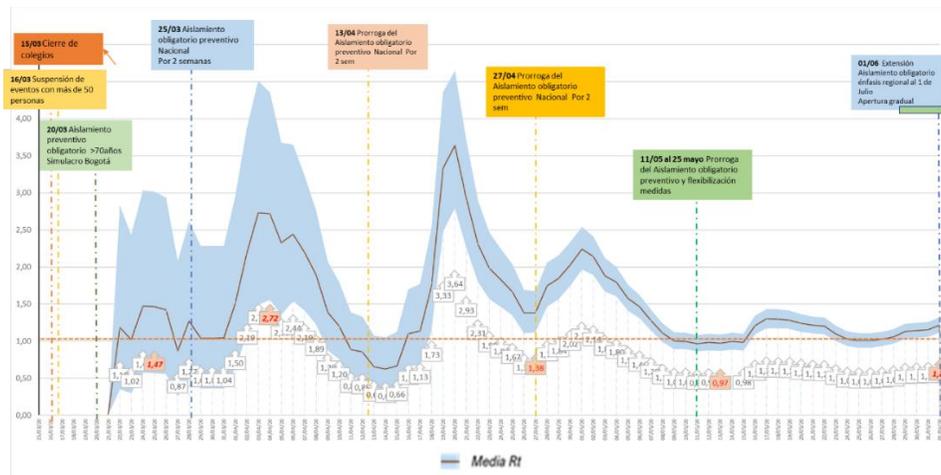


Con relación al diagnóstico del COVID-19, como parte de los indicadores en el seguimiento de la respuesta frente a COVID-19 a fin de mitigar la propagación del virus y ver el funcionamiento del sistema de vigilancia en los indicadores de oportunidad en el diagnóstico. Es así, como vemos los tiempos, en días, que transcurren entre el inicio de síntomas y la notificación en el sistema de vigilancia, con el supuesto de oportunidad en el proceso de atención del caso, accesibilidad al servicio de salud a partir del reconocimiento de síntomas, el cual tiene un promedio al 14 de junio de 3,61 días; el tiempo transcurrido entre la notificación del caso y el diagnóstico, con el supuesto que involucra procesos articulados al diagnóstico, que tiene un promedio 6,75 días. Por último, se ha calcula la diferencia de días entre el momento del inicio de síntomas y la fecha de diagnóstico que para el municipio de Soledad está en promedio en 6,71 días.

De acuerdo con los datos del comportamiento de la epidemia de COVID-19, durante la primera semana del mes de marzo en el municipio de Soledad, se calculó que el número promedio de casos secundarios causado por un individuo infectado era de 1,21, lo que representa que las medidas han aportado a la fecha una reducción de la transmisión por COVID-19 en un 59,66%.



## Medición del riesgo Rt



## Población vulnerable

Con base en los datos publicados en:  
<https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

La identificación de población vulnerable es relevante para la priorización en los planes de preparación y respuesta a nivel local y nacional. De acuerdo con información disponible se en estos primeros 100 días de pandemia en Colombia, se han identificado varias poblaciones que por su riesgo y vulnerabilidad se identifican como población priorizada, en este contexto se identifica en primera instancia a la población de trabajadores de salud, quienes por su labor, están en permanente exposición; la otra población priorizada son los pueblos indígenas y los grupos de minorías étnicas, en quienes es común las dificultades de accesos a los servicios de salud, además del alto riesgo que al afectar esta enfermedad a personas mayores, la afectación podría tener consecuencias irreparables en el contexto de la pérdida de la sabiduría ancestral. Una tercera población identificada son los migrantes, el tránsito abierto de las poblaciones por diferentes áreas del país, así como las condiciones en que migran en dirección de salida o retorno, agrega un factor claro de explosión, aunado a un alto riesgo de desatención, principalmente aquellos migrantes de tránsito y sin condiciones de regularidad en el país; también se ha reconocido abiertamente la vulnerabilidad de los pueblos afrodescendientes, los cuales al igual que con los pueblos indígenas, cuentan con un factor determinante ligado a las condiciones de vida y salud de estas poblaciones; otra población que se ha evidenciado claramente su vulnerabilidad son las personas privadas de la libertad, en quienes condiciones como el hacinamiento, es muy común y facilita la transmisión y por tanto genera retos en la mitigación de la COVID-19.

Para el monitoreo de la situación de COVID-19 en estas poblaciones, del INS ha generado apartados en su página WEB con informes y datos públicos en los que se monitorea indicadores básicos de estas poblaciones, que incluyen boletines de casos en los trabajadores de salud, los pueblos indígenas y recientemente la población afrocolombiana; de igual forma el INS publica informes sobre poblaciones como los migrantes. La Organización Nacional Indígena de Colombia -ONIC – cuenta con un sistema de monitoreo con las comunidades, y genera boletines sobre la situación en sus pueblos. No se generan informes sobre la situación de COVID-19 en población privada de la libertad, sin embargo, se ha conocido públicamente a presencia de brotes en estas poblaciones.

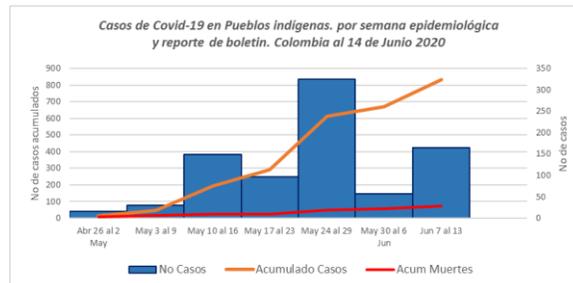
Acorde a los últimos informes se resume la situación en trabajadores de la salud, pueblos indígenas y afrodescendientes

**Información de población vulnerable a Junio 14 de 2020**

<i>población vulnerable</i>	<i>Casos confirmados</i>	<i>Fallecidos</i>
<i>Trabajadores de la salud</i>	1472	15
<i>Pueblos indígenas</i>	834	28
<i>Migrantes</i>	662	18
<i>Afrocolombianos</i>	2756	118

**Pueblos indígenas:** De acuerdo con el boletín 33 del Sistema De Monitoreo Territorial (SMT) –información para proteger la vida y los territorios - publicado por la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) del 11 de junio, se reportan **834 casos** confirmados pertenecientes a 33 pueblos originarios diferentes. Los territorios con mayor número de casos son Amazonas (603), municipio de Malambo (23) y **28 fallecimientos**, según registro del INS, pero no se especifica procedencia de estas defunciones. El virus se ha expandido a 270 municipios con presencia de población indígena, a la a la fecha 33 municipios reportan casos positivos en población indígena, se reporta un total de 369.945 familias de 244 resguardos se identifican en riesgo por la ONIC. La ONIC mantiene la alerta sobre la probabilidad de presentarse en el país al menos 6 focos similares al departamento de Amazonas, en los siguientes departamentos: Chocó, La Guajira, Meta, Arauca, Putumayo y Córdoba.

<i>Pueblo</i>	<i>Casos</i>	<i>Pueblo</i>	<i>casos</i>
Tikuna	241	Yukpa	3
Pastos	74	Zenú	4
Uitoto	30	Andoque	2
Cocama	29	Curripaco	2
Misak	29	Sikuani	2
Mokaná	23	Yanacona	2
Yukuna	9	Arhuaco	1
Bora	7	Karapaná	1
Embera	7	Macaguán	1
Wayuu	7	Miraña	1
Matapí	7	Muinane	1
Yagua	7	Puinave	1
Cubeo	5	Tanimuca	1
Embera Chamí	5	U'wa	1
Nasa	4	Muisca	1
Inga	5	y Wounaan	1
Jiw	3	sin establecer	317

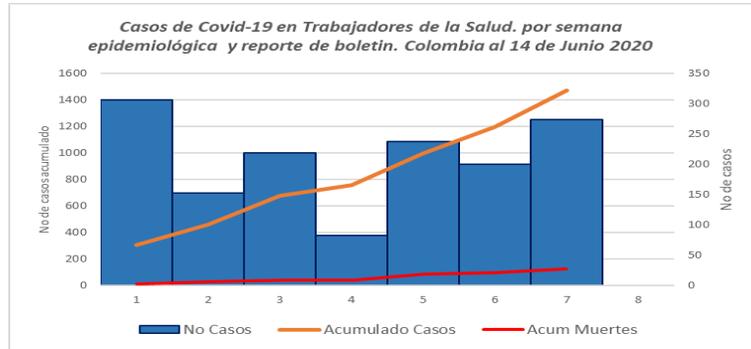


La ONIC Considera que dados los recientes Decretos expedidos por el gobierno nacional sobre el manejo de la pandemia, ante la inminente apertura de más de 40 sectores económicos y más de 12 millones de personas con circulación autorizada o restringida, se recomienda a las Autoridades y Organizaciones Indígenas prepararse en términos de fortalecer la pedagogía del autocuidado, todas las medidas de bioseguridad colectivas y familiares, gestionar la dotación de tapabocas para todos los comuneros, implementos mínimos de autoprotección y reforzar los procesos de Monitoreo (registro de casos probables) que permitan realizar micro contención en las comunidades y territorios indígenas y solicita al nivel nacional entre otras cosas, concertar y coordinar con las Organizaciones Indígenas de Colombia un plan integral de manejo de la pandemia que atienda las áreas rurales y de difícil acceso donde habitan los pueblos y comunidades indígenas e insta al Ministerio de Salud y Protección Social a priorizar la estructuración coordinada de un plan de búsqueda activa en los 33 municipios que actualmente presentan casos positivos en la población indígena.

<https://www.onic.org.co/onic-salvando-vidas/3927-boletin-033-sistema-de-monitoreo-territorial-smt-onic-informacion-para-proteger-la-vida-y-los-territorios>

**Trabajadores de la Salud:** De acuerdo con el Boletín 16 del INS sobre esta población, el reporte de casos al 12 de junio es de 1.472 casos (154 asintomáticos), el 2,9% de los casos totales reportados por COVID-19 en el país y 15 casos fallecidos (7 médicos, 3 Auxiliar de enfermería, 2 conductores, 1 técnico farmacéutico y 1 Administrativo). Bogotá reporta el 36,3% de los casos (465), seguido de Cartagena con el 9,8% (126) y Risaralda con el 7,1% (106). El 88% de los casos tienen un origen asociado a la atención en salud; las ciudades con más IPS con reporte de

casos son: Bogotá reporta casos de 51 IPS, Cartagena de 25 IPS, Barranquilla 15 IPS, Cundinamarca 14 IPS y Valle del Cauca 13 IPS. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>



Categoría	No. de Casos	%
auxiliares de enfermería	488	33,2
Medicina	297	20,2
Enfermería	195	13,2
Administrativo	105	7,1
Personal Aseo y alimenta	57	3,9
Tec farmacia	37	2,5
Terapia Respiratoria	33	2,2
Otros	260	17,7
<b>Total</b>	<b>1472</b>	<b>100,0</b>

**Situación en población migrante:** De acuerdo con el boletín N 33 sobre el fenómeno migratorio en Colombia, se reporta con corte al 9 de junio al sistema de vigilancia 42.078 casos de COVID-19 de los cuales el 1,57% (n=662 casos) corresponden a casos en extranjeros, el distrito de Bogotá notificó el mayor número de casos con el 41,2% (n= 273), seguido de Valle del Cauca con el 11,3% y Barranquilla con el 10,6%. Los casos de COVID-19 procedentes del exterior en extranjeros fueron importados principalmente de España 27,8% (n=10), Ecuador y Estados Unidos de Norte América cada uno con el 13,9% (5 casos cada uno). En cuanto a la nacionalidad de los casos de COVID-19, la más frecuente fue la nacionalidad venezolana con el 82,48% de los casos (n=546), seguido de la nacionalidad peruana con el 2,87%. Con respecto al estado de los casos el 89,7% se clasificaron como leves (n=594), el 7,1% como moderados (n=47), el 0,45 % como graves y el 2,7% (n=18) se reportaron como fallecidos. A la fecha 241 casos en extranjeros se registran como recuperados (36,4%).

### Principales acciones de la cooperación OPS/OMS acorde al plan de preparación y respuesta a la Covid-19 en Colombia en los primeros cien días

#### Coordinación, planeación y Monitoreo

- Participación en el Puesto de Mando Unificado (PMU) para la respuesta a la emergencia por COVID-19 en Colombia.
- Se está trabajando con otras agencias de la ONU, socios multilaterales y misiones extranjeras para coordinar los esfuerzos del sector de la salud para combatir COVID-19 mediante todos los mecanismos de coordinación generados y el liderazgo en conjunto con el Ministerio de salud del Clúster Salud. Esta coordinación multisectorial ha sido fundamental para abordar cuestiones que no son manejadas completamente por el sector de la salud, como la salud en las poblaciones carcelarias, residentes que regresan, poblaciones indígenas y poblaciones clave en situaciones vulnerables.
- Se ha participado técnicamente en las mesas de trabajo en diferentes temáticas para el desarrollo de lineamiento y toma de decisiones en la actualización de medidas para diferentes poblaciones.
- Acompañamiento en territorio a las entidades territoriales a fin de apoyar en la respuesta y cooperación en el nivel local en territorios priorizados en el marco de los planes de respuesta.

#### Comunicación de riesgo

- Se ha trabajado técnicamente en varias mesas de trabajo interinstitucionales para el diseño de estrategias de comunicación, definición de campañas y puesta en marcha de acciones conjuntas. OPS es miembro del equipo técnico de comunicaciones del GIFMM, y coordina junto con el CINU, la estrategia conjunta de comunicaciones para COVID-19 con las Agencias de Naciones Unidas, alianza que cuenta además con un capítulo especial de trabajo para temas étnicos y poblaciones vulnerables.

- Dada la penetración y acogida de Facebook entre la población migrante residente en Colombia [1] se fortaleció la divulgación de piezas de comunicación, especialmente aquellas con orientaciones para la prevención de enfermedades en Colombia.
- Mediante el programa de radio semanal de las Naciones Unidas en Colombia (Voces Unidas), en el que se ha compartido recomendaciones para evitar infecciones, el teletrabajo, promover hábitos de salud durante la cuarentena y abordar otros temas relacionados con la salud mental, como la depresión, ansiedad, insomnio y otros problemas.
- Se ha trabajado intensamente en la Comunicaciones de riesgo con talleres dirigidos a los diferentes territorios del país y adecuados a las audiencias previstas.

### **Vigilancia, equipos de respuesta rápida e investigación de casos**

- Acompañamiento en territorio a las entidades territoriales a fin de apoyar en la respuesta y cooperación en el nivel local en territorios priorizados.
- Se ha fomentado acciones en la vigilancia, promoviendo la participación del país en el estudio piloto de análisis de los 100 primeros casos de pandemia con la OMS.
- Generación de reportes que apoyan al monitoreo y toma decisiones en el contexto del plan de respuesta a la emergencia, así mismo se promueve el análisis y difusión de la información relacionada con COVID-19 del país mediante el desarrollo de **SitRep** diarios (81 números publicados).
- Se brinda asesoría para la implementación de herramientas para mejora del análisis de información para el reporte y seguimiento de casos como el **Go-Data** y herramientas de estimación para la tasa reproductiva efectiva del virus, usando **EpiEstim** y para realizar proyecciones en cada país considerando la implementado medidas de salud pública y su sistema de salud usando **CovidSIM**.

### **Laboratorio nacional**

- Entrega de donaciones de pruebas de PCR a nivel nacional y subnacional, con el fin de ayudar a aumentar la capacidad de diagnóstico del país, especialmente entre las poblaciones de alto riesgo y en áreas con un número significativo de casos de la COVID-19.
- Se está trabajando con territorios priorizados como Putumayo, Guainía, La Guajira y Cesar con el fin de apoyar con insumos y equipamiento de laboratorio que fortalezcan la respuesta ante la COVID-19.
- Se ha dado apoyo a la red nacional de laboratorios además de insumos, con recurso humano y evaluación de procesos para el fortalecimiento de la respuesta.

### **Prevención y control de infecciones**

- Entrega de EPP a trabajadores de la salud en un hospital de la ciudad de Soacha, en el departamento de Cundinamarca y otros territorios priorizados del país como Amazonas.
- Identificación de necesidades y encuentros para capacitación en el uso de EPP dirigido a entidades territoriales.

### **Mantenimiento de servicios de salud esenciales durante la pandemia**

- Mediante la coordinación intersectorial entre la OPS y sus socios se continúa apoyando las operaciones de preparación y respuesta a nivel comunitario. Se cuenta con dos iniciativas en el país destinadas a abordar las necesidades de la población durante la pandemia de la COVID-19:
  - Medicamentos a domicilio para personas con enfermedades transmisibles en Bogotá. A medida que se desarrolla la pandemia de COVID-19, la OPS y sus socios, el PNUD, el UNFPA y Profamilia, la Asociación Colombiana de Bienestar Familiar, han unido sus fuerzas para garantizar que las personas más vulnerables en Bogotá sigan siendo atendidas. Una iniciativa para abordar las necesidades de los más vulnerables se coordina entre la OPS y sus socios, y la empresa Domicilios.com. En esta alianza, el programa de entrega de ayuda humanitaria lo lleva a cabo Domicilios.com y ahora incluirá medicamentos para tratar

enfermedades transmisibles en Bogotá. Se espera que esta iniciativa tenga beneficios adicionales para reducir el riesgo de nuevas infecciones por COVID-19 al garantizar que las personas vulnerables no necesiten salir de sus hogares para acceder a los tratamientos. Además, la iniciativa allanará el camino para explorar nuevos canales para el acceso y la distribución de medicamentos.

- Prevenir la propagación de COVID-19, una prioridad en la construcción de la paz: Para responder a la pandemia en las comunidades más afectadas por la violencia interna en el país, la OPS y sus socios, la OIM, el UNFPA y el Ministerio de Salud y Protección Social continúan implementando el proyecto "Salud para la Paz" con una nueva lente: el COVID -19.
- El proyecto se implementa en 171 municipios priorizados en el proceso de consolidación de la paz. Está fortaleciendo las capacidades locales y mejorando el acceso a servicios integrales de atención primaria de salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva, la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la salud y nutrición infantil. A medida que se desarrolla COVID-19, la OPS y sus socios están desarrollando medidas de prevención y protección (incluida la provisión de EPP, el refuerzo de las capacidades de vigilancia y la prestación de atención médica) para mantener los servicios esenciales de salud en estas áreas.
- Se ha promovido la cooperación técnica para que los programas de salud pública prioritarios en el país continúen los servicios de salud esenciales, en el continuo de la atención, para ello se promueven intervenciones y se promueven iniciativas y recomendaciones en el contexto de COVID-19 en aspectos relacionados con la salud mental, salud de la mujer (atención prenatal de calidad, vigilancia de morbilidad y mortalidad, manejo de emergencia obstétricas, anticoncepción, violencia basadas en género etc.), manejo de enfermedades prevalentes en la infancia, asegurar la continuidad de atención de enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles (transmitidas por vectores, Tuberculosis, VIH, enfermedades prevenibles por la vacunación, VIH, entre otros).
- Se han desarrollado procesos para facilitar la participación del país en el ensayo SOLIDARITY, cuyo objetivo es evaluar la eficacia de posibles terapias para COVID-19.
- Intensificación de acciones para promover la continuidad de iniciativas y proyectos implementados en el país como el FCTC en el marco del Convenio Marco de Control de tabaco, la iniciativa Hearts para el control de riesgo cardiovascular, proyectos en el marco del plan nacional de respuesta a la resistencia de los antimicrobianos, eliminación de malaria, proyecto del fondo mundial en VIH, entre otros.
- Sensibilización, formación y desarrollo de capacidades en equipos psicosociales a nivel nacional y territorial para realizar promoción y atención y mitigación de riesgos en salud mental, utilizando el Paquete de Herramientas SMAPS – COVID 19 elaborado por WHO/PAHO.
- Se ha trabajado con las agencias de las Naciones Unidas y las autoridades sanitarias para actualizar los protocolos para mejorar el acceso de atención en poblaciones migrantes y mesas de trabajo para el apoyo en la cooperación a poblaciones con mayor vulnerabilidad como poblaciones rurales dispersas y pueblos indígenas.

#### **Gestión de Casos Soporte Operativo y Logística**

- Se ha trabajado en la identificación de brechas y necesidades en territorios priorizados y se ha facilitado las donaciones de suministros esenciales en la atención en salud para territorios priorizados en coordinación con el Ministerio de Salud.