

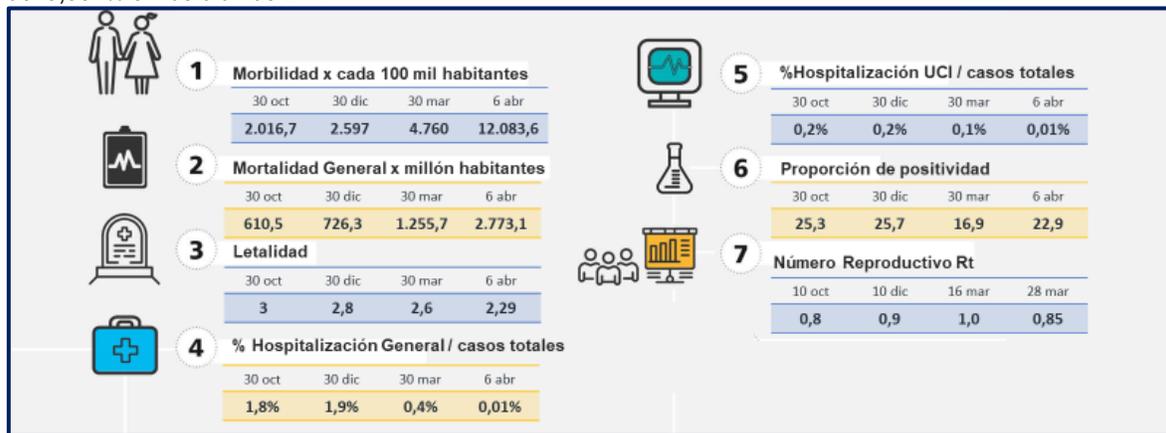


NOTA: Los datos incluidos en este SitRep corresponde a informes publicados sobre COVID-19 de la OMS, OPS, MINSALUD e INS y las cifras corresponden a las horas de corte que es incluido en cada bloque.

Situación COVID-19 Colombia. Corte 06 de abril 10:00pm.

Con base en los datos publicados en: <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Casos-positivos-de-COVID-19-en-Colombia/qt2j-8ykr/data>

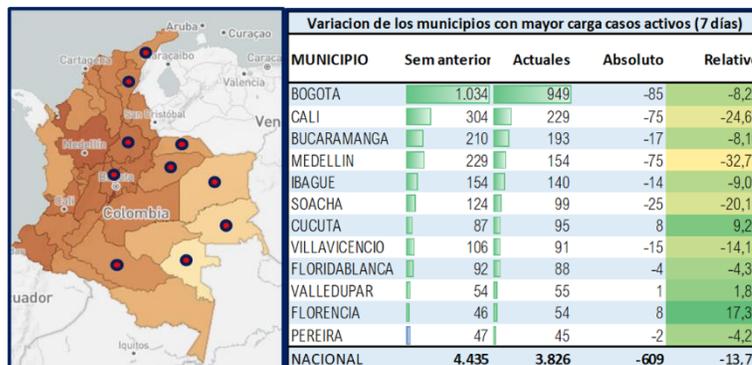
A la fecha Colombia reporta **6.087.443 casos** (320 casos nuevos en las últimas 24h) con un incremento nacional del 0,005% en las últimas 24h y **139.703 defunciones** (10 en las últimas 24 horas) con un aumento nacional del 0,007% en las últimas 24h.



Indicadores de incidencia

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

Los departamentos y distritos que presentaron los aumentos relativos más altos de COVID-19 en la última semana fueron: Guainía 0,18% (5), Vichada 0,12% (4), Vaupés 0,11% (2), Santander 0,10% (275), Caquetá 0,09% (23), La Guajira 0,09% (48), Casanare 0,08% (34), Bogotá 0,08% (1.329), Arauca 0,07% (12), Cesar 0,07% (73).



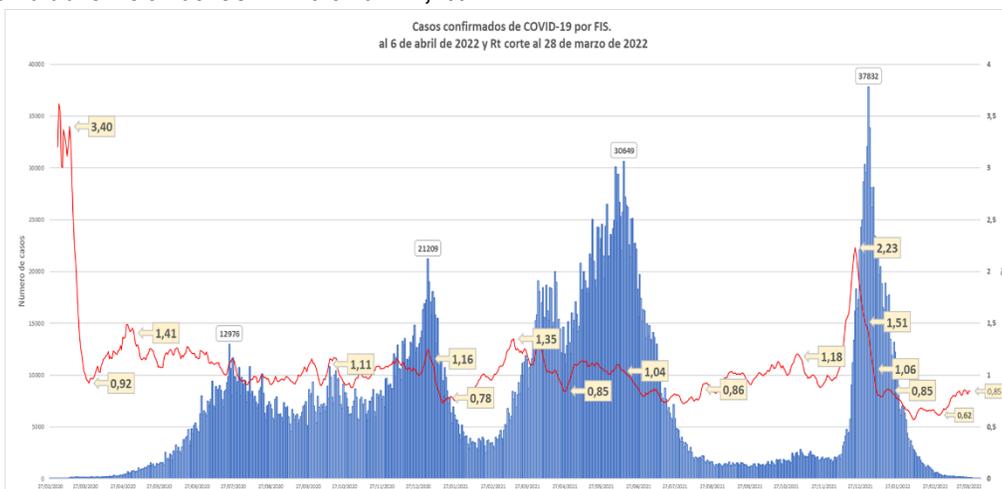
El municipio de Florencia presentó un incremento del 17,3% (8) y del municipio de Cúcuta del 9,2% (8) en los casos activos.

Tabla. Número de casos y defunciones por COVID-19, incrementos en la última semana con mayor carga al 6 de abril de 2022

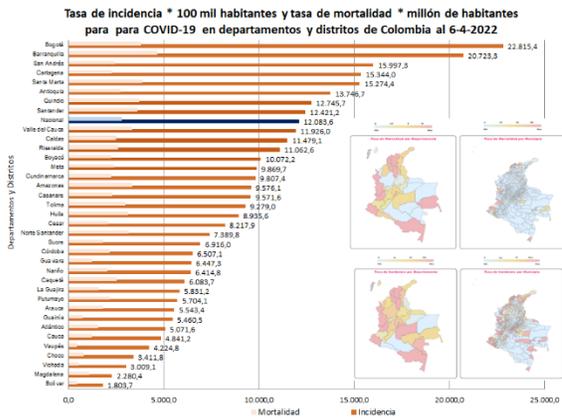
Incremento de casos en las última 7 días, municipios de mayor carga					Incremento de muertes en las últimos 7 días, municipios de mayor carga				
Municipio	semana anterior	Actuales al 6 de abril	Incremento últimos 7 días	% de incremento casos en últ 7 días	Municipio	semana anterior	Muertes 6 de abril	Incremento semana	% de incremento fallecidos últ 7 días
NACIONAL	6.083.643	6.086.811	3.168	0,05	COLOMBIA	139.573	139.687	114	0,1
BOGOTA	1.765.485	1.766.814	1.329	0,08	BOGOTA	29.427	29.461	34	0,1
CALI	381.850	382.096	246	0,06	CALI	8.627	8.649	22	0,3
MEDELLIN	522.932	523.170	238	0,05	CUCUTA	3.189	3.201	12	0,4
BARRANQUILLA	263.961	264.067	106	0,04	MEDELLIN	10.038	10.045	7	0,1
CARTAGENA	157.755	157.849	94	0,06	BUCARAMANGA	3.226	3.230	4	0,1
BUCARAMANGA	135.185	135.257	72	0,05	IBAGUE	2.022	2.025	3	0,1
SAN GIL	8.474	8.535	61	0,72	VILLAVICENCIO	1.648	1.651	3	0,2
FLORIDABLANCA	39.865	39.919	54	0,14	PASTO	1.588	1.591	3	0,2
DUITAMA	21.050	21.098	48	0,23	SAN GIL	227	230	3	1,3
VALLEDUPAR	73.974	74.018	44	0,06	BARRANQUILLA	5.931	5.933	2	0,0

De acuerdo con la curva epidémica de los casos con base en la fecha de inicio de síntomas se observa que entre el 4 y 5 de enero de 2021 hubo el mayor pico de casos, es así como en esa semana se alcanzaron 129.742 casos reportados. En relación con los casos activos por fecha de reporte, cifra que muestra un descenso a partir del 15 de febrero y hasta el 9 de marzo de 2021 con 30.731 y finalmente un ascenso de los casos activos desde el 20 de mayo de 2021 y que ha llegado 187.395 para el 27 de junio de 2021, posterior a esto se inicia un descenso marcado a partir del 6 de julio de 2021 con 166.093 y hasta el 14 de octubre con la menor cifra de 12.095, a partir de esa fecha se da inicio a un incremento hasta el 30 de Noviembre. A partir del 15 de diciembre se evidencia un incremento sostenido y agudo de casos y a la fecha actual se reportan **3.826 casos activos**, con una disminución relativa semanal del **-13,7% (-609)**.

La OPS/OMS y la Universidad de Harvard han desarrollado una herramienta denominada EpiEstim, a fin de hacer la estimación del número reproductivo efectivo (R_t) para los países y su uso a nivel local, con esta herramienta y usando la información de los casos por fecha de inicio de síntomas, se calcula un **R_t de 0,85** tomada fecha de corte el **28 de marzo**, dado el tiempo de rezago de datos, esta cifra podrá estar sujeta a ajuste en la medida que se incorporen y actualicen los datos. Cada punto por encima o por debajo muestra el efecto de la transmisibilidad y el efecto de las medidas tomadas y adoptadas por la población, es así como se ha logrado impactar la transmisión del COVID-19 en un **71,7%**.



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

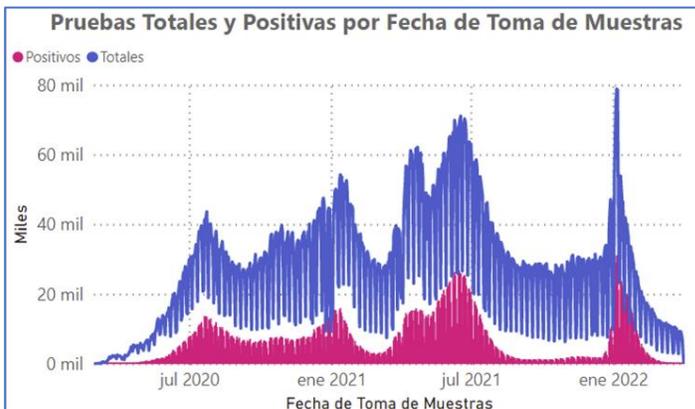


La tasa de incidencia nacional es de **12.083,6 casos por cada 100.000 habitantes**; los departamentos y/o distritos que superan la tasa nacional son en su orden: Bogotá (22.815,4), Barranquilla (20.723,3), San Andrés (15.997,3), Cartagena (15.344,0), Santa Marta (15.274,4), Antioquia (13.746,7), Quindío (12.745,7), Santander (12.421,2).

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

Procesamiento de muestras para diagnóstico

Fuente: [Noticias coronavirus-pcr \(ins.gov.co\)](https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx)



Hasta el 7 de abril de 2022, el Instituto Nacional de Salud – INS, reportó el procesamiento de **20.417.033 pruebas PCR** en 218 laboratorios adjuntos para diagnóstico de COVID-19, con 9.470 pruebas realizadas en las últimas 24 horas. La capacidad máxima declarada por el INS es de 94.677 muestras/día. **Positividad acumulada 22,9% y positividad al 7 de abril es de 2,6%** observando una disminución de la positividad.

Se notifica a la fecha, la realización de **13.657.373 pruebas de antígeno**, con un total de 16.330 pruebas realizadas en las últimas 24 horas, en 2.424 IPS de los 33 departamentos, con una **positividad al 7 de abril de 1,8%** observando una disminución en la positividad.

El total de pruebas realizadas en las últimas 24 horas fueron de 25.800.

Proporción de UCI y cama hospitalaria adulto

Fuente: [Ocupación y disponibilidad de camas por tipo de servicio \(arcgis.com\)](https://www.arcgis.com)

En respuesta a la pandemia de COVID-19, la capacidad instalada de unidades de cuidado intensivo ha crecido en el último año, encontrando al 1 de junio de 2020 un total de 4.316 camas y a la fecha se disponen de 10.735 camas UCI, con una ocupación del 55% (ver tabla). Por otro lado, se tiene un crecimiento de la capacidad instalada de camas hospitalarias que para el 1 de junio de 2020 se disponía de 28.040 y a la fecha se disponen de 47.714.

Tabla: Porcentaje de disponibilidad de camas en Unidad de Cuidado Intensivo - UCI según departamento en Colombia, 4 de abril de 2022.

Departamento	Cantidad Total	Ocupacion Confirmada Covid19	Ocupacion No Covid19	Cantidad Disponibles	Porcentaje Camas Disponibles	Porcentaje de Ocupación	Tasa de ocupación por casos COVID-19 (confirmados*100.000)	Camas UCI *100.000 habitantes
05 - Antioquia	892	49	636	181	20%	80%	0,72	0,29
11 - Bogotá, D.C.	1.752	17	1.210	497	28%	72%	0,22	0,00
19 - Cauca	142	13	83	46	32%	68%	0,86	0,31
73 - Tolima	401	2	261	133	33%	67%	0,15	0,60
86 - Putumayo	39		26	13	33%	67%	-	0,19
66 - Risaralda	172		110	61	35%	65%	-	0,15
17 - Caldas	206	1	128	75	36%	64%	0,10	0,00
13 - Bolívar	403	9	231	163	40%	60%	0,41	0,28
76 - Valle del Cauca	1.195	23	676	486	41%	59%	0,50	0,05
63 - Quindío	88		51	37	42%	58%	-	0,64
23 - Córdoba	407	1	232	172	42%	58%	0,05	0,39
68 - Santander	634	8	351	274	43%	57%	0,35	0,37
52 - Nariño	290	7	143	139	48%	52%	0,43	0,00
50 - Meta	179	3	87	86	48%	52%	0,28	0,27
08 - Atlántico	810	11	358	434	54%	46%	0,40	0,24
15 - Boyacá	171	4	73	94	55%	45%	0,32	0,29
47 - Magdalena	302	1	117	183	61%	39%	0,07	0,24
18 - Caquetá	97	1	35	59	61%	39%	0,24	0,07
41 - Huila	428	1	160	265	62%	38%	0,09	0,00
70 - Sucre	221		84	137	62%	38%	-	0,27
20 - Cesar	495	9	170	307	62%	38%	0,68	0,00
25 - Cundinamarca	509	5	168	333	65%	35%	0,15	0,91
54 - Norte de Santander	459	9	126	318	69%	31%	0,55	0,18
94 - Guainía	10		3	7	70%	30%	-	0,00
85 - Casanare	130	1	38	91	70%	30%	0,23	0,67
27 - Chocó	32	0	9	23	72%	28%	-	0,46
81 - Arauca	27		6	21	78%	22%	-	0,00
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	30		6	24	80%	20%	-	0,10
97 - Vaupés	6	1		5	83%	17%	2,14	1,55
44 - La Guajira	188	1	19	163	87%	13%	0,10	0,00
95 - Guaviare	8			8	100%	0%	-	0,00
99 - Vichada	12			12	100%	0%	-	0,00
País	10.735	177	5.597	4.847	45%	55%	0,35	0,30

Mortalidad

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



La tasa de mortalidad nacional es de **2.773,1 muertes por cada millón de habitantes**; se observa una tasa de mortalidad mayor a la nacional en: Barranquilla (4.656,1), Santa Marta (3.884,1), Bogotá (3.804,4), Quindío (3.700,0), Santander (3.585,4), Amazonas (3.340,9), Valle del Cauca (3.321,4), Norte Santander (3.149,4), Huila (3.130,2), Tolima (2.988,8).

Situación COVID-19 en poblaciones en condición de vulnerabilidad

Trabajadores de la salud

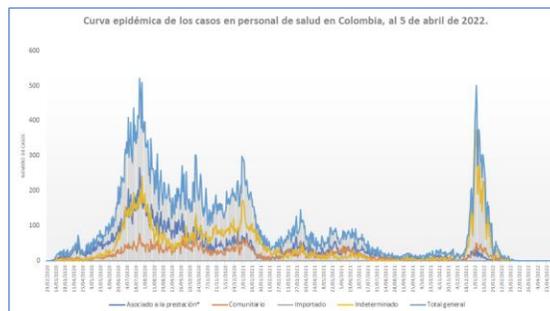
Tomado: Boletín 121 INS; Noticias coronavirus-personal-salud (ins.gov.co)

Trabajadores de la salud: De acuerdo con el INS en su boletín N.122 del 05 de abril de 2022 sobre esta población, con un reporte de 80.058 casos (1.049 nuevos), 3.058 casos son asintomáticos (3,8%), 79.649 casos recuperados (1.046 nuevos; 99,5%) y 355 casos fallecidos (1 caso nuevo). La letalidad es del 0,4%.

De acuerdo con la fase de contagio el 37,4% (29.911 casos) están asociados a la prestación del servicio y el 43,2% (34.591 casos) son indeterminados. El 99,4% (29.911) de los casos asociados a la prestación de servicios se encuentran en casa, el 0,5% (138) se encuentran fallecidos y el 0,01% (3) se encuentran en el hospital. El 74% (59.343) de los casos son mujeres y el 26% (20.715) son hombres.

Las profesiones con mayor proporción de casos son auxiliares de enfermería 23% (18.405 casos), medicina 17,4% (13.956 casos), administrativos 12,9% (10.307 casos), enfermería 10,5% (8.430 casos), estudiantes 5,8% (4.613 casos), otros 3,7% (2.974 casos), odontología 2,5% (2.022) y psicología 2,3% (1.810 casos).

De acuerdo a la presentación de los casos el 46,6% (28.962 casos) se encuentran en el departamento de Antioquía, seguido de Bogotá D.C quien presenta el 37,1% (23.011 casos) de los casos, Valle del Cauca con el 10,7% (6.646 casos), Boyacá 6,2% (3.867 casos), Norte de Santander 3,6% (2.247 casos), Santander con el 3,1% (1.951 casos), Barranquilla 2,5% (1.583 casos) y Meta 2,4% (1.518 casos) y los departamentos con más IPS con reporte de casos son: Valle del Cauca de 217 IPS, Bogotá de 215 IPS, Antioquía de 205 IPS, Boyacá de 113 IPS, Barranquilla de 108 IPS, Cundinamarca 67 IPS y Meta de 56 IPS. En relación con la presentación de casos asociado a la prestación, 8(32,4%) de los 37 departamentos y distritos están por encima del 90%, estos son, Casanare (99,3%), Sucre (97,7%), Putumayo (94%), Cesar (94%), La Guajira (92,3%), Amazonas (91,8%), Caquetá (91,1%) y Magdalena (90,6%).



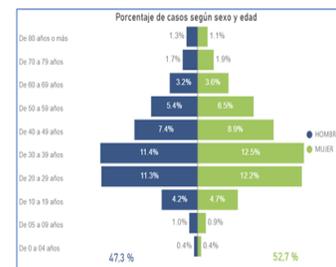
Población migrante: De acuerdo con el boletín del INS No. 92 del 8 de abril de 2022, se **reportan 106.226 casos (125 casos nuevos) y 1.185 fallecidos (0 muertes nuevas)**. Recuperados 104.685 (131 nuevos recuperados). Estos casos corresponden al 1,75% del total de casos reportados en el país. El 77,9% (82.732 casos) de los casos corresponden a personas de nacionalidad venezolana. El 53,8% de la población está entre los 20 a los 39 años (57.161 casos) y el 8,9% son mayores de 60 años (9.404 casos). El 52% (55.238) son hombres y el 48% (50.988) son mujeres. El 45,3% (48.171) corresponden a personas que residen en la ciudad de Bogotá, el 19% (20.211) en municipios de Antioquía, el 5,5% (5.848) en municipios del Valle del Cauca y el 4,2% (4.427) en municipios del Norte de Santander.



Poblaciones indígenas:

Con base en los datos publicados en: [Noticias coronavirus-poblacion-indigena \(ins.gov.co\)](#); [Microsoft Power BI](#)

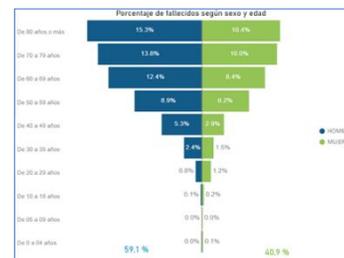
De acuerdo con el boletín del INS No. 109 del 1 de abril de 2022, se reportan **81.496 casos** (32 casos nuevos), una tasa de 160,7 por 100.000 hab y representan el 1,34% del total de casos reportados a nivel nacional; **2.245 fallecidos** (2 nuevos fallecidos), recuperados 78.777 (30 nuevos recuperados). Se reportan a la fecha 57 casos activos (0,1%), la proporción de casos hospitalizados es del 0,07% (53 casos) y en la UCI 0,01% (7 casos).



Fuente: [Noticias coronavirus-poblacion-indigena \(ins.gov.co\)](#) ; [Microsoft Power BI](#)

Los casos en esta población se han presentado en un 47,3% en hombres y en un 47,4% en los grupos de 20 a 39 años, los municipios con mayor número de casos en esta población son: Bogotá, Cali, Sincelejo, Popayán, Pasto, Leticia e Ipiales; las tasas de incidencia acumulada más altas están en los municipios de Leticia, Yavaraté, Cacahual, Aldana y Cumbal.

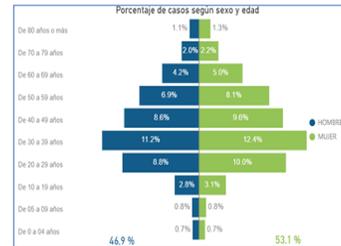
La proporción de letalidad es del 2,76%, el 59,1% de las defunciones corresponden a hombres y de estas defunciones 70,2% ocurrieron en población mayor de 60 años. Las muertes en esta población se presentan con más de 60 casos, en los municipios de Bogotá, Leticia, Riosucio, Ipiales, Cali, Maicao y Barranquilla; los departamentos con mayores tasas de mortalidad son: Amazonas, Guainía, Putumayo, Vaupés, Nariño, La Guajira y Cauca.



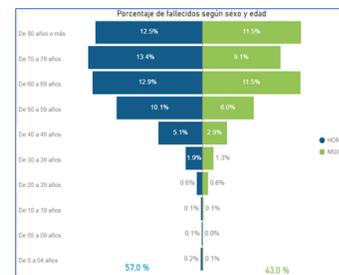
Poblaciones afrocolombianas:

Con base en los datos publicados en: [Noticias coronavirus-poblacion-afrocolombiana \(ins.gov.co\)](#)

De acuerdo con el boletín del INS No. 93 del 1 de abril de 2022, se reportan **135.471 casos** (140 casos nuevos) y **3.519 fallecidos** (0 casos nuevos). Recuperadas 131.371 (139 nuevos recuperadas). Se reportan a la fecha 23 casos activos, la proporción de casos hospitalizados es del 0,01% (19 casos) y en la UCI del 0,001% (5 casos).

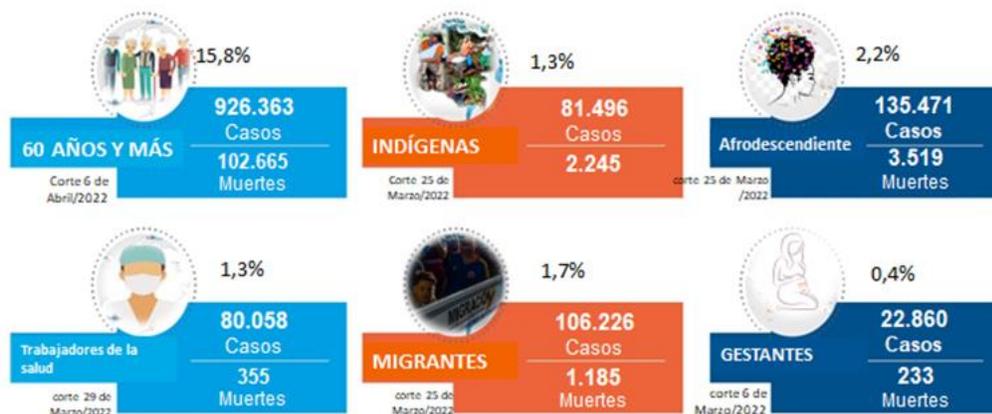


Los casos en esta población se han presentado en un 46,9% en hombres y en un 42,4% en los grupos de 20 a 39 años; los municipios con número mayor de 7.000 casos de esta población son, Cartagena, Medellín, Barranquilla, Bogotá, Quibdó y Buenaventura; las tasas más altas están en los municipios de Quibdó, Bahía Solano, Istmina, Manatí, Acandí y Tadó.



La proporción de letalidad es del 2,65%, el 57% de las defunciones corresponden a hombres y de estas defunciones 70,9% ocurrieron en población mayor de 60 años. Las muertes en esta población se presentan principalmente en los municipios de Cartagena, Buenaventura, Bogotá, Cali, Barranquilla y Tumaco y los departamentos y distritos con mayores tasas de mortalidad son: Chocó, Cartagena, Nariño, Barranquilla y Santa Marta.

Resumen de casos en poblaciones en condición de vulnerabilidad



Índice de Resiliencia Epidemiológica Municipal (IREM)

Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/indice-irem.pdf>

Municipio	Índice de resiliencia 15-02-2022
Barranquilla	0.88
Santa Marta	0.84
Bucaramanga	0.83
Medellín	0.83
Ibagué	0.82
Tunja	0.81
Neiva	0.81
Bogotá D.C.	0.79
Armenia	0.79
Montería	0.77
Cali	0.77
San José de Cúcuta	0.77
Pasto	0.77
Sincedejo	0.76
Pereira	0.76
Cartagena de Indias	0.76
Valledupar	0.74
Florencia	0.74
Yopal	0.73
San Andrés	0.72
Leticia	0.72
Villavicencio	0.71
Manizales	0.70
Arauca	0.63
Mocoa	0.61
Riohacha	0.60
San José del Guaviare	0.55
Popayán	0.54
Quibdó	0.47
Puerto Carreño	0.43
Inírida	0.38
Miño	0.31

El Índice de Resiliencia Epidemiológica Municipal (IREM), es un índice sintético multidimensional conformado por tres dimensiones:

1. Avance en las coberturas de vacunación contra el COVID-19 en la población a partir de los 16 años.
2. Estimación de la seroprevalencia del SARS-CoV-2 en el municipio ajustada por la razón de juventud
3. Capacidad del sistema de salud en el territorio.
4. Testeo para COVID-19 en el territorio.

El índice varía entre 0 y 1 puntos. Cuando el índice tiende a 1, se concluye una mayor resiliencia epidemiológica del municipio ante la apertura económica, cultural y social en el marco de la superación de la pandemia por COVID-19.

Con corte al 1 de febrero de 2022, los distritos y departamentos de Colombia que presentan valores de IREM cercanos a 1 son: Barranquilla (0.88), Santa Marta (0.84), Bucaramanga (0.83), Medellín (0.83), Ibagué (0.82), Tunja (0.81), Neiva (0.81), Bogotá (0.79), Armenia (0.79), Montería (0,77) y Cali (0.77).

Situación regional

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

En relación con los casos de COVID-19 por regiones, la región Central concentra más del **46,6%** de los casos y más del **43,1%** de las defunciones, la mayor proporción de casos graves y fatales, utilizando como denominador los casos activos, se presentan en la región Amazonía con el **64,6%** la región Eje Cafetero Antioquia con el **33,6%**.

Tabla de casos, tasas de incidencia, mortalidad y gravedad de la COVID-19 para los departamentos y distritos al 6 de abril de 2022

Región	Dpto o Distrito	Casos	% Incremento (15d)	Muertes	% Incremento (15d)	Casos Activos	No. Hospit	% Hospit	Casos UCI	%UCI	Letalidad	Mortalidad por millón hab.	Incidencia por cien mil	
Central	Bogotá	1.766.814	0,08	29.461	0,07	949	97	10,2	32	3,37	1,7	3.804,4	22.815,4	
	Cundinamarca	318.053	0,0	7.291	0,08	364	325	89,3	30	8,24	2,3	2.248,2	9.807,4	
	Santander	283.317	0,1	8178	0,1	469	396	84,4	30	6,4	2,9	3.585,4	12.421,2	
	Boyacá	125.170	0,05	2782	0,00	94	92	97,9	3	3,19	2,2	2.238,6	10.072,2	
	Tolima	124.338	0,04	4005	0,07	274	226	82,5	46	16,79	3,2	2.988,8	9.279,0	
	Norte Santander	119.738	0,1	5108	0,2	135	125	92,6	33	24,4	4,3	3.149,4	7.399,8	
	Huila	100.313	0,03	3514	0,11	18	14	77,8	1	5,56	3,5	3.130,2	8.935,6	
	Totales	2.837.743	0,1	60.334	0,1	2.303	1.275	7,6	175	13,73	2,9	3244,9	15.262,0	
	E. Cafetero Antioquia	Antioquia	917.994	0,0	18.272	0,0	320	208	65,0	41	12,81	2,0	2736,2	13.746,7
		Caldas	116.909	0,01	2.527	0,0	57	42	73,7	13	22,81	2,2	2.481,2	11.479,1
Risaralda		106.318	0,03	2.476	0,0	81	72	88,9	6	7,4	2,3	2.576,3	11.062,6	
Quindío		70.790	0,01	2.055	0,0	19	17	89,5	2	10,53	2,9	3.700,0	12.745,7	
Totales		1.212.011	0,1	25.330	0,1	477	339	13,0	62	18,29	2,3	2749,4	13.155,7	
Caribe	Barranquilla	264.067	0,0	5933	0,03	41	4	9,8	1	1,44	2,2	4.656,1	20.723,0	
	Cartagena	157.849	0,06	2318	0,0	7	5	71,4	2	28,57	1,5	2.253,3	15.344,0	
	Atlántico	138.056	0,0	4205	0,0	5	2	40,0	1	20,0	3,0	1.544,7	5.071,6	
	Córdoba	119.012	0,03	3959	0,0	23	22	95,7	2	8,70	3,3	2.164,6	6.507,1	
	Cesar	106.454	0,07	2673	0,1	111	97	87,4	7	6,31	2,5	2.063,5	8.217,9	
	Santa Marta	82.270	0,0	2092	0,0	29	29	100,0	2	6,90	2,5	3.884,1	15.274,4	
	Sucre	65.650	0,01	1719	0,0	35	33	94,3	3	8,6	2,6	1.810,9	6.916,0	
	La Guajira	36.313	0,09	1530	0,0	37	26	70,3	7	18,92	2,7	1.504,3	5.831,2	
	Bolívar	39.339	0,02	925	0,2	12	10	83,3	2	16,67	2,4	4.241	1.893,7	
	Magdalena	32.542	0,02	1543	0,1	12	11	91,7	1	8,33	4,7	1.081,3	2.280,4	
San Andrés	10.189	0,06	155	0,6	1	0	0,0	0	0,0	1,5	2.433,6	15.997,3		
Totales	1.071.741	0,0	27.052	0,0	313	239	8,9	28	11,72	2,7	1.895,1	7.508,0		
Llanos / Orinoquia	Meta	104.960	0,03	2542	0,1	126	117	92,9	9	7,14	2,4	2.390,3	9.869,7	
	Casanare	41.655	0,08	1001	0,3	40	35	87,5	5	12,50	0,0	2.300,1	9.571,6	
	Arauca	16.309	0,07	533	0,2	46	44	95,7	8	17,4	3,3	1.811,7	5.543,4	
	Vichada	3.399	0,12	61	0,0	4	2	50,0	2	50,00	1,8	540,0	3.009,1	
	Totales	166.323	0,1	4.137	0,1	216	198	11,1	24	12,12	2,5	2170,7	8.727,1	
Amazonia	Caquetá	24.975	0,09	1033	0,2	78	53	67,9	22	28,21	4,1	2.516,3	6.083,7	
	Putumayo	20.485	0,06	775	0,1	21	14	66,7	5	23,81	3,8	2.158,0	5.704,1	
	Amazonas	7567	0,05	264	0,0	6	5	83,3	1	16,7	3,5	3.340,9	9.576,1	
	Guaviare	5597	0,02	105	0,0	2	3	150,0	0	0,00	1,9	1.211,7	6.447,3	
	Guainía	2765	0,18	37	0,0	3	1	33,3	1	33,33	1,3	730,7	5.460,5	
	Vaupés	1889	0,11	20	5,3	5	5	100,0	0	0,00	1,1	447,3	4.224,8	
Totales	63.268	0,1	2.234	0,2	115	81	25,2	29	35,80	3,5	2167,5	6.138,5		
Pacífico	Valle del Cauca	540.232	0,0	15037	0,1	397	330	83,1	46	11,59	2,8	3317,8	11.920,0	
	Nariño	104.406	0,02	3320	0,18	19	12	63,2	3	15,79	3,2	2039,8	6.414,8	
	Cauca	72.193	0,0	1793	0,2	100	90	90,0	14	14,0	2,5	1.201,8	4.838,9	
	Chocó	18.583	0,0	427	0,0	2	2	100,0	0	0,00	2,3	783,8	3.411,2	
	Totales	735.414	0,1	20.577	0,2	518	434	12,2	63	14,52	2,8	2510,5	8.972,4	

A continuación se muestra el seguimiento a la situación de algunos municipios que en las últimas semanas muestran incremento en la proporción de casos, información analizada de acuerdo a la base del Instituto Nacional de Salud con corte al 2 de marzo de 2022.

Región Central-Andina

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

La región Central Andina, tiene confirmados al 6 de abril un total de **2.837.743 casos y 60.334 muertes** que corresponden al 46,6% de los casos y al 43,2% de las muertes del País. En la última semana, la región tiene un incremento de 0,04% (1.140 nuevos casos) en los casos confirmados, el 0,05% (32 nuevos fallecimientos) en las muertes y una disminución del 9,9% en los casos activos (253 casos menos) con una tendencia a la disminución en el número de casos con respecto de la semana anterior. El departamento de Santander (0,1%) está por encima del incremento relativo en el número de casos de la región. De otra parte, el departamento de Norte de Santander (0,2%) está por encima del incremento relativo de defunciones.

Esta región aporta el 60,2% (2.303 casos) de los casos activos, todos los departamentos de la región que presentan una disminución relativa de casos activos al compararla con las cifras reportadas la semana anterior.

Las cifras de los indicadores en la región son, letalidad 2,9; en los casos activos el porcentaje de hospitalización es del 53,2% y el porcentaje de hospitalización en UCI es de 6,3%. Los departamentos con una letalidad por encima de lo observado en la región son Norte de Santander (4,3), Huila (3,5), Tolima (3,2) y Santander (2,9%).

Bogotá D.C.

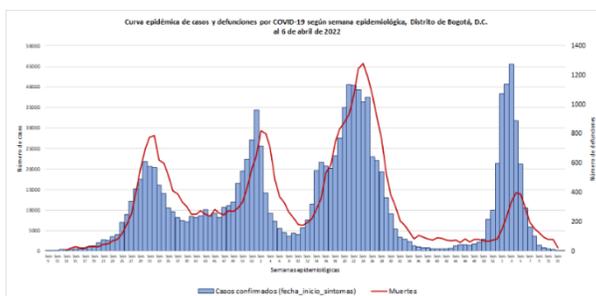
Con base en los datos publicados en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

El distrito capital Bogotá, presenta al 6 de abril un total de **1.766.814 casos confirmados y 29.461 muertes**. En la última semana, presentó un incremento relativo del 0,04% (785 nuevos casos), el 0,03% (9 nuevas muertes) en las muertes y una disminución del 9,6% (101 casos menos) en los casos activos, cifra inferior a lo observado la semana anterior. Se han identificado 96 conglomerados, dentro de estos el 30,2% (29) en instituciones educativas, el 5,2% (5) en instituciones de salud, el 3,1% (3) en población carcelaria, el 1% (1) en la policía, el 1% (1) en las fuerzas militares y el 59,4% (57) en otros.

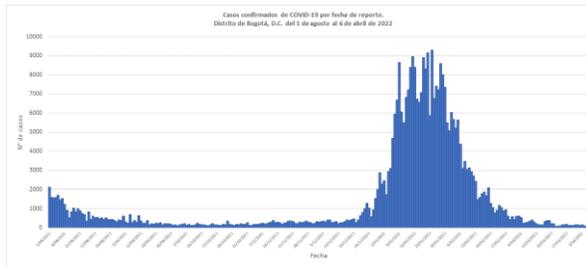
En relación con la distribución de los casos por sexo, el 45,9% (811.809) corresponde al sexo masculino. Según los grupos de edad, los casos se concentran en el grupo de 20 a 39 años con un 44% (776.604) y el 13,8% (243.144) de los casos son personas mayores de 60 años.

Según el reporte de casos para el territorio, el 98% (1.731.531) corresponden a recuperados, fallecidos el 1,7% (29.461) y se reportan activos el 0,1% (949). Entre los casos activos el 88% (835) están en casa, el 9,2% (87) en hospitalización general y el 2,8% (27) en UCI.

Con respecto al número promedio de casos secundarios (Rt) causados por un individuo, comparado con la cifra de la semana anterior (corte al 21 de marzo Rt 0,79) se observa una disminución al **corte al 28 de marzo es de 0,89** esta cifra puede variar por el rezago de datos en el sistema de información de vigilancia (SIVIGILA) y también porque su cálculo se realiza con la fecha de inicio de síntomas.



Datos	Semana actual	Semana anterior	Variación %
No. de casos totales	1.766.814	1.766.029	0,04
No. de casos activos	949	1.050	-9,62
No. de muertes	29.461	29.452	0,03
Rt al 28 de marzo/2022	0,89	0,79	12,66
Letalidad	1,67%	1,67%	0,00



Datos de Región Eje Cafetero y Antioquia

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

La región Eje Cafetero y Antioquia, tiene confirmados un total de **1.211.799 casos y 25.323 muertes** que corresponden al 19,9% de los casos y al 18,1% de las muertes del País. Se reportan a la fecha **477 casos activos** (0,03%) y **1.182.091 casos recuperados** (97,5%). En comparación con la semana anterior la región presenta un incremento relativo del 0,01% de los casos y del 0,02% en el número muertes con una letalidad del 2,3%. Con relación al departamento que presentó el mayor incremento de casos acumulados en los últimos 7 días fue Risaralda con el 0,03%, Caldas con el 0,01% y Quindío con el 0,01%; no se presentaron incrementos en muertes. El departamento de Quindío presenta la mayor letalidad (2,9%), seguido de Risaralda (2,3%), Caldas (2,2%) y Antioquia (2%).

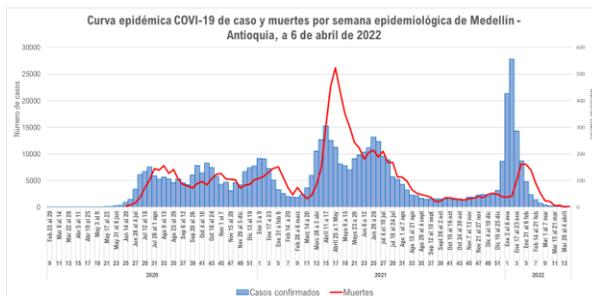
Datos de Medellín

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

Con corte al 6 de abril, en el municipio de Medellín se han reportado **523.170 casos**. El **97,7% (511.572)** corresponden a recuperados, fallecidos el 2% (10.045) y se reportan activos el 0,02% (154). Entre los casos activos 50,6% (78) están en casa, el 46,7% (72) en hospitalización general y el 2,5% (4) en UCI. Al comparar las semanas epidemiológicas 11 y 12 de 2022, se encontró un incremento de casos del 0,03%, y de fallecimientos en un 0,04%. La proporción de positividad para el municipio es del 16%. En el departamento de Antioquia se reportan **26 conglomerados activos a la fecha**.

El grupo de edad donde se presenta mayor proporción de casos por COVID-19 está entre los 20 a 39 años de edad con el 46,2% (241.914), la población mayor de 60 años concentra el 15% (76.435) de los casos y el 77,8% (7.823) de las muertes.

El valor del Rt con corte al **28 de marzo es 0,81** y con un porcentaje de impacto de las medidas estimado del 73%, lo cual podría indicar una disminución en la velocidad de propagación para el municipio.



Datos	Semana actual	Semana anterior	Variación %
No. de casos totales	523.170	523.028	0,03
No. de casos activos	154	187	-17,65
No. de muertes	10.045	10.041	0,04
Rt	0,81	0,72	12,50
Letalidad	1,9%	1,9%	0,00



Datos Región Caribe

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

La región Caribe, tiene confirmados al 6 de abril un total de **1.071.741 casos** y **27.052 muertes** que corresponden al 17,6% de los casos y al 19,4% de las muertes del País. En la última semana, la región Caribe tiene un incremento de 0,03% (296 nuevos casos) en los casos confirmados, el 0,01% (4 nuevos fallecimientos) en las muertes y la disminución del 4,3% en los casos activos (14 menos casos). Los departamentos de la Guajira (0,05%), Cesar (0,05%) y el distrito de Cartagena (0,05%) están por encima del incremento relativo en el número de casos de la región. De otra parte, el Archipiélago de San Andrés (0,65%) y Cesar (0,07%) están por encima del incremento relativo de defunciones.

Esta región aporta el 8,2% (313 casos) de los casos activos al país, en la última semana. Al comparar las cifras con la semana anterior, los departamentos de Barranquilla (86,4%), La Guajira (5,7%) y el Cesar (3,7%) presentaron un incremento relativo en el número de casos activos.

Las cifras de los indicadores en la región son, letalidad 2,5; en los casos activos el porcentaje de hospitalización es del 73,2% que muestra un incremento relativo de acuerdo con lo observado en la semana anterior, y el porcentaje de hospitalización en UCI (8,3%) es mayor a lo observado en la semana anterior. Los departamentos con una letalidad por encima de lo observado en la región son Magdalena (4,7), Córdoba (3,3), Atlántico (3) y La Guajira (2,7).

El porcentaje de hospitalización de los casos activos en UCI más alto en la región se presenta en el distrito de Cartagena (28,6%) y el departamento de La Guajira (18,9%); en la hospitalización de casos activos en sala general se observan en el distrito de Santa Marta (96,6%), los departamentos del Magdalena (91,7%), Sucre (91,4%) y Córdoba (91,3%), entre otros están por encima del porcentaje de la región.

Barranquilla D.E.

Fuente: [Ocupación y disponibilidad de camas por tipo de servicio \(arcgis.com\)](https://arcgis.com)

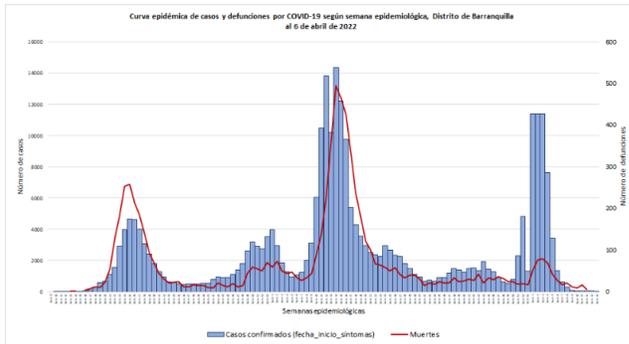
El distrito de Barranquilla presenta al 6 de abril un total de **264.067 casos confirmados** y **5.933 muertes**. En la última semana, presentó un incremento relativo del 0,03% (75 nuevos casos) en el total de los casos, el 0,02% (1 nueva muerte) en las muertes y del 86,4% (19 nuevos casos) en los casos activos. Se han identificado 5 conglomerados, dentro de estos el 20% (1) en población carcelaria y el 80% (4) en otros.

En relación con la distribución de los casos por sexo, el 46,9% (123.863) corresponde al sexo masculino. Según los grupos de edad, los casos se concentran en el grupo de 20 a 39 años con un 39,5% (104.245) y el 18% (47.620) de los casos son personas mayores de 60 años.

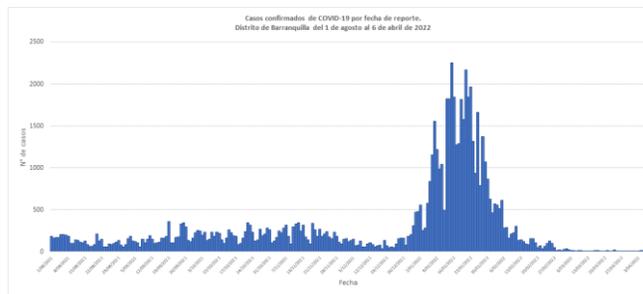
Según el reporte de casos para el territorio, el 97,3% (264.067) corresponden a recuperados, fallecidos el 2,2% (5.933) y se reportan activos el 0,02% (41). Entre los casos activos el 95,1% (39) están en casa, el 2,4% (1) en hospitalización general y el 2,4% (1) en UCI.

Con respecto al número promedio de casos secundarios (Rt) causados por un individuo, comparado con la cifra de la semana anterior (corte al 21 de marzo de 2022 Rt 1,09) tiene una tendencia a la disminución al **corte al**

28 de marzo de 2022 de 1,04 esta cifra puede variar por el rezago de datos en el sistema de información de vigilancia (SIVIGILA) y también porque su cálculo se realiza con la fecha de inicio de síntomas.



Datos	Semana actual	Semana anterior	Variación %
No. de casos totales	264.067	263.992	0,03
No. de casos activos	41	22	86,36
No. de muertes	5.933	5.932	0,02
Rt al 28 de marzo/2022	1,04	1,09	-4,59
Letalidad	2,25%	2,25%	0,00



Región Pacífico

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

La región del pacífico, tiene confirmados al 6 de abril un total de **735.725 casos** y **20.600 muertes** que corresponden al 12,1% de los casos y al 14,7% de las muertes del País. En la última semana, la región pacífico presenta un incremento del 0,02% (162 nuevos casos) en los casos confirmados, en las muertes el 0,08% (16 nuevos fallecimientos) y una disminución del 13,9% (65 menos casos) en los casos activos continuando con una tendencia a la disminución. Los departamentos del Valle del Cauca (0,03%) y el Cauca (0,03%) tienen un incremento relativo en el número de casos por encima del incremento de la región, así como en las defunciones los departamentos de Chocó (0,7%) y Cauca (0,1%). Esta región aporta el 10,5% (467 casos) de los casos activos al país. Al comparar las cifras con la semana anterior, todos los departamentos presentaron disminución relativa en el número de casos activos.

Las cifras de los indicadores en la región son, letalidad 2,8; en los casos activos el porcentaje de hospitalización es del 77,6%, porcentaje de hospitalización en UCI 9%. El porcentaje de hospitalización de casos activos en UCI más alto en la región se presenta en los departamentos de Nariño (18,8%) y Valle del Cauca (8,9%) y en la hospitalización sala general los departamentos del Chocó (100%) y Cauca (85,5%).

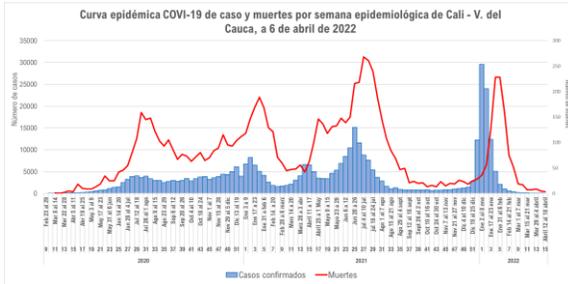
Datos de Cali

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

Con corte al 6 de abril, se han reportado **382.096 casos** en el municipio de Cali, el **97,1% (371.287)** corresponden a recuperados, fallecidos el **2,2% (8.649)** y se reportan activos el 0,05% (229). Entre los casos activos el 17,9% (41) están en casa, el 74,6% (171) en hospitalización general y el 7,4% (17) en UCI. Al comparar las semanas epidemiológicas 10 y 11, se encontró un incremento de casos del 0,03% y un aumento del 0,09% en el número de fallecimientos. El porcentaje de positividad para el municipio es del 9%. En el departamento de Valle del Cauca **se reporta 1 conglomerado activos a la fecha.**

El grupo de edad donde se presenta mayor proporción de casos por COVID-19 está entre los 20 a 39 años de edad con el 42,6% (162.936), la población mayor de 60 años concentra el 17% (64.301) de los casos y el 80,2% (6.937) de las muertes.

En cuanto al número promedio de casos secundarios (Rt) causados por un individuo infectado, con corte al **28 de marzo de 2022** es **0,72** y con un porcentaje de impacto estimado del 76%, lo cual podría indicar una disminución en la velocidad de propagación para el municipio.

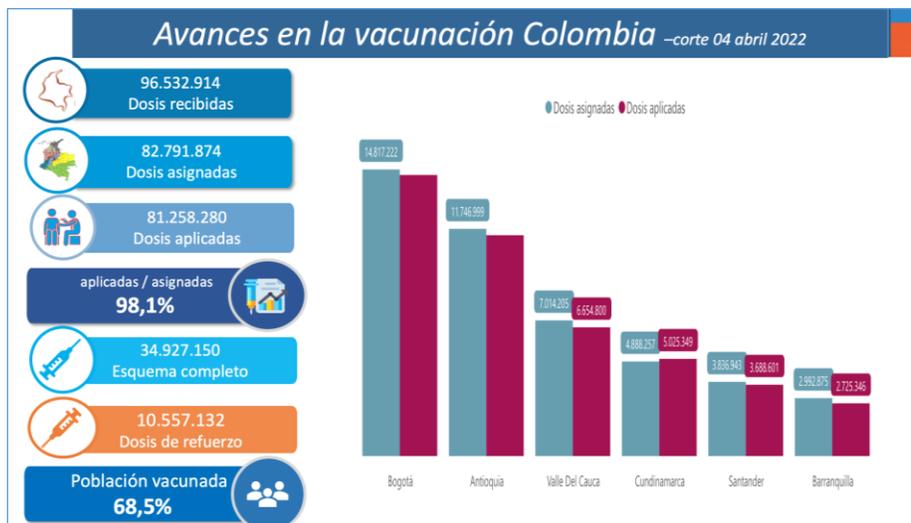


Datos	Semana actual	Semana anterior	Variación %
No. de casos totales	382.096	381.966	0,03
No. de casos activos	229	263	-12,93
No. de muertes	8.649	8.641	0,09
Rt	0,72	0,69	4,35
Letalidad	2,2%	2,2%	0,00



Vacunación

Colombia reporta con corte al 04 de abril, un total de **80.744.778 dosis aplicadas; 34.927.150 esquemas completos (68,5% de la meta de vacunación)**. Acorde con los territorios, Bogotá cuenta con el mayor número de dosis aplicadas (14.530.736), Antioquía (11.417.456) Valle del Cauca (6.654.800) y Cundinamarca (5.025.349).



Contexto Nacional

Levantar emergencia sanitaria aún no es una decisión tomada. El ministro de Salud y Protección Social, Fernando Ruiz Gómez, señaló, frente a algunas versiones, que la decisión de no extender la emergencia sanitaria en el país todavía no está tomada. En ese sentido, aseguró que hay varias consideraciones que se tienen en cuenta, como la reducción en los contagios y fallecimiento por el COVID-19; sin embargo, hasta el momento, lo que se ha analizado es algo que se llama canal endémico, que es encontrar un punto en el que la mortalidad es similar a la que se traía anteriormente. "Es necesario evaluar cuánto tiempo vamos a estar en ese canal endémico, el umbral aceptable y también el contexto mundial", dijo Ruiz Gómez, dejando claro que aún hay países que mantienen la emergencia sanitaria, dado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) "no ha dado indicaciones de que esté cerca de limitarla; seguimos en el ámbito de pandemia". Y, para zanjar las dudas, reiteró que "todavía no hay una decisión". Asimismo, el ministro destacó que el país, en términos de inmunidad entre natural y por vacuna, está muy seguramente por encima del 95 %, y reseñó que el pico de Ómicron en el país fue más pequeño, dada "esa combinación de inmunidad natural con vacuna".

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Levantar-emergencia-sanitaria-aun-no-es-una-decision-tomada.aspx>

"La pandemia nos dio la oportunidad de crecer en capacidades". Tras el recorrido por el nuevo Laboratorio Nacional de Genómica del Instituto Nacional de Salud (INS), el ministro de Salud y Protección Social, Fernando Ruiz Gómez destacó que éste expresa el pasado de la salud pública en Colombia, pero también el futuro de cara a una seguridad sanitaria para el país. "Hace unos años en la epidemia de Chikungunya añorábamos tener una red de laboratorios robusta, ya que para entonces se encontraba abandonada, y ver lo que hoy hay, tanto en el nivel público como privado, con ese esfuerzo tan grande del Gobierno Nacional, las universidades, los departamentos y centros de investigación, llena de orgullo", dijo el ministro al inicio de su intervención. Para el ministro, este esfuerzo se ha escrito derivado de la pandemia, por ello destacó que Colombia pasó de tener un laboratorio genómico en marzo de 2020 a 21 actualmente, y de uno para análisis de PCR a 217 a la fecha. "Todo esto se insinuó después de la epidemia del Zika, con un rudimentario esfuerzo del INS por montar algo de genómica. Y apenas estamos hablando del 2016, y para 2021 ya había una capacidad masiva de hacer genómica en Colombia", dijo Ruiz, precisando que todo a sido posible con el esfuerzo colaborativo del país. En el mismo sentido destacó la labor del INS por establecer modelos matemáticos para proyectar los picos del covid-19, para crecer en los laboratorios para el diagnóstico, así como para los de genómica. "Todo eso se concreta en los resultados que hoy vemos, como por ejemplo haber tenido la capacidad para identificar la variante mu -y haberle dado ese servicio al país y al mundo-", dijo Ruiz, expresando que así la comunidad internacional pudo apreciar la capacidad de hacer genómica que existe en Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/La-pandemia-nos-dio-la-oportunidad-de-crecer-en-capacidades.aspx>

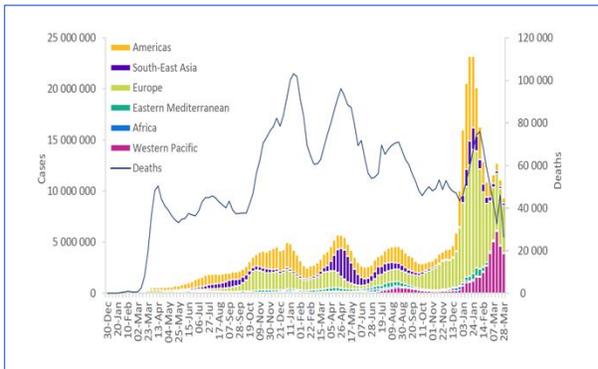
Unión Europea convalidó certificado de vacunación colombiano. El Ministerio de Salud y Protección Social anunció la convalidación por parte de la Unión Europea del certificado de vacunación colombiano que a partir de este momento será aceptado por los 27 países que conforman esta entidad geopolítica. "El reconocimiento de la equivalencia de este certificado se da tras dos meses de trabajo intenso y conjunto de funcionarios de las Oficinas de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (OTIC) y Cooperación Internacional de este Ministerio con técnicos de la Unión Europea para garantizar que la tecnología de nuestro certificado digital pueda ser convalidada en todos los países de la Unión Europea", afirmó Constanza Engativá, jefe de OTIC.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Union-Europea-convalido-certificado-de-vacunacion-colombiano.aspx>

Situación COVID-19 Contexto Global

<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---22-february-2022>

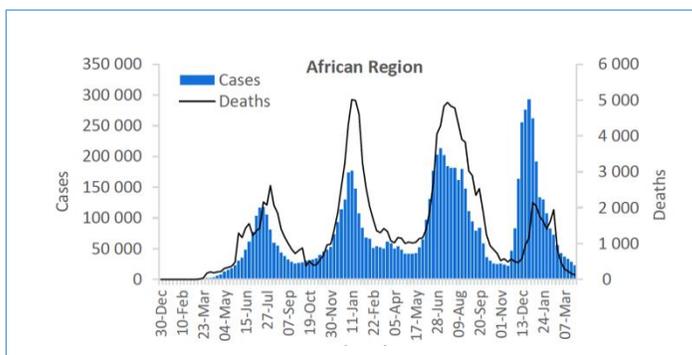
Si bien se toman medidas para garantizar la precisión y la confiabilidad, todos los datos de conteo están sujetos a verificación y cambios continuos. La detección de casos, las definiciones, las estrategias de prueba, la práctica de informes, el ajuste de datos retrospectivo y los tiempos de retraso difieren entre países/territorios/áreas. Estos factores, entre otros, influyen en los recuentos presentados con subestimación / sobreestimación variable de casos reales y recuentos de muertes, y retrasos variables para reflejar estos datos a nivel global. A menos que se indique lo contrario, las fechas se basan en la fecha en que la OMS recibió la notificación. (<https://www.who.int/publications/m/item/log-of-major-changes-and-errata-in-who-daily-aggregate-case-and-death-count-data>). PAHO: Los recuentos de casos y muertes pueden incluir clasificaciones confirmadas y probables según el Estado miembro informante.



Luego del aumento observado durante la primera quincena de marzo de 2022, el número de nuevos casos de COVID-19 ha disminuido por segunda semana consecutiva, con una disminución del 16% durante la semana del 28 de marzo al 3 de abril de 2022 en comparación con la semana anterior. El número de nuevas muertes semanales también disminuyó considerablemente (-43%) en comparación con la semana anterior, cuando se observó un pico artificial de muertes.

En las seis regiones de la OMS, se informaron más de nueve millones de casos nuevos y más de 26.000 nuevas muertes. Todas las regiones informaron tendencias decrecientes tanto en el número de nuevos casos semanales como en las nuevas muertes semanales. Hasta el 3 de abril de 2022, se han notificado poco más de 489 millones de casos y más de 6 millones de muertes en todo el mundo. Estas tendencias deben interpretarse con cautela, ya que varios países están cambiando progresivamente sus estrategias de prueba de COVID-19, lo que da como resultado un menor número total de pruebas realizadas y, en consecuencia, una menor cantidad de casos detectados.

WHO Region	New cases in last 7 days (%)	Change in new cases in last 7 days *	Cumulative cases (%)	New deaths in last 7 days (%)	Change in new deaths in last 7 days *	Cumulative deaths (%)
Europe	4 633 407 (50%)	-16%	203 782 791 (42%)	10 448 (21%)	-15%	1 943 512 (32%)
Western Pacific	3 888 889 (42%)	-16%	47 019 130 (10%)	5 592 (21%)	-16%	212 955 (3%)
Americas	538 114 (6%)	-15%	150 891 428 (31%)	7 822 (30%)	-61%	2 702 528 (44%)
South-East Asia	221 895 (2%)	-5%	57 195 752 (12%)	1 607 (6%)	-73%	779 475 (13%)
Eastern Mediterranean	45 545 (<1%)	-9%	21 586 380 (4%)	687 (3%)	-16%	340 735 (6%)
Africa	23 968 (<1%)	-19%	8 584 490 (2%)	129 (<1%)	-21%	171 115 (3%)
Global	9 351 818 (100%)	-16%	489 060 735 (100%)	26 285 (100%)	-43%	6 150 333 (100%)

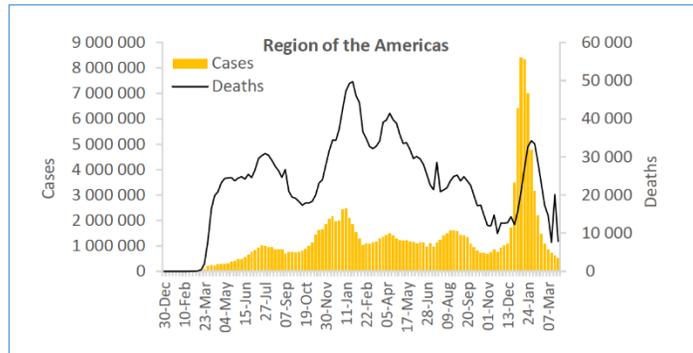


Región de África: La región de África ha seguido informando una tendencia decreciente en los casos semanales desde enero de 2022, con poco menos de 24.000 nuevos casos semanales informados, lo que representa una disminución del 19% en comparación con la semana anterior. Sin embargo, nueve (18%) países de la región informaron un aumento de más del 20% en los casos, con algunos de los mayores aumentos proporcionales observados en Mauritania

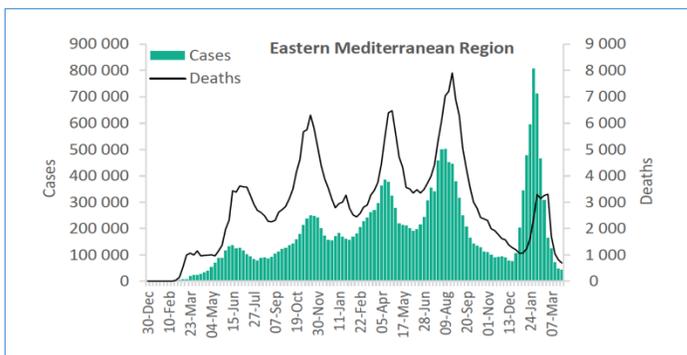
(39 frente a 4 casos nuevos; +875%), Seychelles (442 frente a 206 casos nuevos; +115%) y Namibia (97 vs 63 nuevos casos; +54%). Las cifras más altas de casos nuevos se notificaron en Sudáfrica (9.802 casos nuevos; +10%), Reunión (9.756 casos nuevos; +15%) y Mauricio (794 casos nuevos; -90%). El número de nuevas muertes semanales en la Región disminuyó un 21% en comparación con la semana anterior, con más de 100

nuevas muertes reportadas. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en Sudáfrica (81 nuevas muertes; -6 %), Etiopía (12 nuevas muertes; +300%) y Zimbabue (9 nuevas muertes; -18%).

Región de las Américas: La región de las Américas también ha estado notificando una tendencia decreciente en los casos semanales desde mediados de enero de 2022, con más de 538.000 nuevos casos semanales notificados, lo que corresponde a una disminución del 15% en comparación con la semana anterior. Sin embargo, trece (23%) países de la región informaron aumentos de casos nuevos del 20% o más, con los mayores aumentos observados en Saba (55 frente a 3 casos nuevos; +1733), Aruba (123 frente a 26 casos nuevos; +373%) y San Bartolomé (186 frente a 78 nuevos casos; +139%).



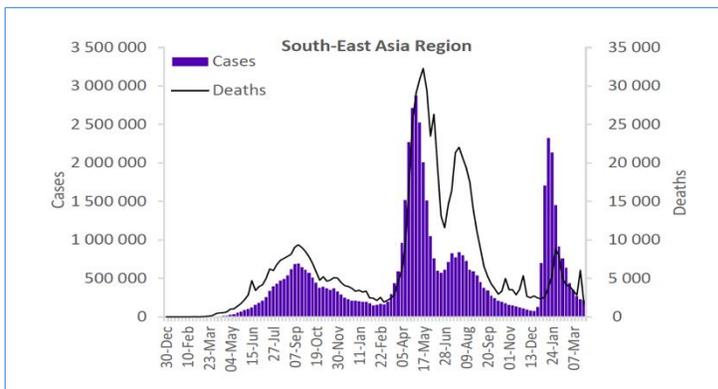
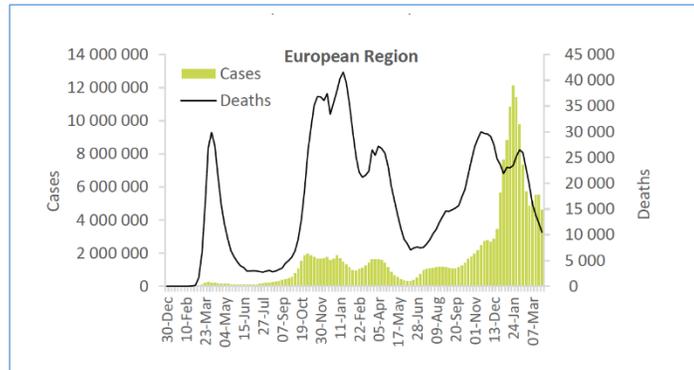
Los números más altos de casos nuevos se informaron en los Estados Unidos de América (205.433 casos nuevos; +2%), Brasil (172.908 casos nuevos; -25%) y Canadá (48.853 casos nuevos; +16%). El número de nuevas muertes semanales disminuyó un 61% respecto a la semana anterior, cuando se observó un repunte artificial por cambios en la definición de muertes por COVID-19 en Chile y Estados Unidos de América. Los números más altos de nuevas muertes se informaron en los Estados Unidos de América (4.435 nuevas muertes; -10%), Brasil (1.436 nuevas muertes; -19%) y Bolivia que muestra un fuerte aumento de muertes debido a la acumulación de informes (408 nuevas muertes; +8.060%).



Región del Mediterráneo Oriental: En la región del Mediterráneo Oriental, los nuevos casos semanales han seguido disminuyendo después de alcanzar un pico a principios de febrero de 2022. La semana pasada se informaron poco más de 45.000 nuevos casos semanales, una disminución del 9% en comparación con la semana anterior. Sin embargo, dos (9%) países de la región han notificado aumentos de casos nuevos del 20% o más: República Islámica de Irán (17.582 frente

a 9.572 casos nuevos; +84%) e Irak (2.379 frente a 1.956 casos nuevos; + 22%). Los números más altos de casos nuevos se informaron en la República Islámica de Irán (20,9 casos nuevos por 100 000), Bahréin (5.198 casos nuevos; -20%) y Egipto (4.375 casos nuevos; -21%). El número de nuevas muertes semanales en la región disminuyó un 16% en comparación con la semana anterior, con poco más de 600 nuevas muertes reportadas. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en la República Islámica de Irán (306 nuevas muertes; -27%), Túnez (158 nuevas muertes; +58 %) y Egipto (56 nuevas muertes; -33%).

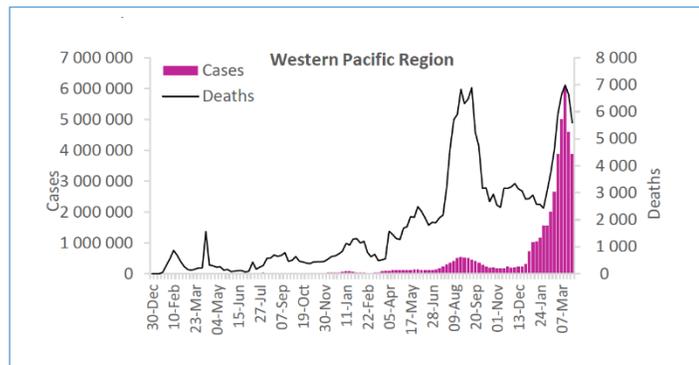
Región de Europa: Tras el aumento de casos observado en la región europea durante la primera quincena de marzo de 2022, los nuevos casos semanales han disminuido por segunda semana consecutiva (-16% respecto a la semana anterior), con más de 4,6 millones de nuevos casos notificados. Cuatro (7 %) países de la región informaron aumentos en los casos nuevos del 20% o más, con el mayor observado en Malta (4.243 frente a 2.434 casos nuevos; +74 %), Uzbekistán (212 frente a 165 casos nuevos; +28%) y Kirguistán (89 frente a 70 casos nuevos; +27%). Alemania (1.371 270 casos nuevos; -13 %), Francia (959.084 casos nuevos; +13 %) e Italia (486.695 casos nuevos; -3%). El número de nuevas muertes ha seguido disminuyendo en la región, con más de 10.000 nuevas muertes reportadas esta semana, una disminución del 15% en comparación con la semana anterior. Las cifras más altas de nuevas muertes se registraron en la Federación de Rusia (2.357 nuevas muertes; -18%), Alemania (1.592 nuevas muertes; +5%) e Italia (966 nuevas muertes; -4%).



Región de Asia Sudoriental: La región de Asia Sudoriental notificó más de 221.000 nuevos casos semanales, una disminución del 5% en comparación con la semana anterior, continuando la tendencia decreciente observada desde mediados de enero de 2022. Sin embargo, Bután notificó un aumento de nuevos casos semanales del 107% (6.357 vs 3.076 nuevos casos). Tailandia (182.510 casos nuevos; +4%), Indonesia (21.028 casos nuevos; -42%) e India (8.678 casos nuevos; -25%). La

región reportó poco más de 1.600 nuevas muertes semanales, lo que representa una disminución del 73% en comparación con la semana anterior, cuando se observó un pico artificial debido a los ajustes retrospectivos informados desde India. Los números más altos de nuevas muertes se informaron en Indonesia (618 nuevas muertes; -34%), Tailandia (616 nuevas muertes; +11%) e India (341 nuevas muertes; -92%).

Región del Pacífico Occidental. Después de la tendencia creciente de nuevos casos observada en la región del Pacífico Occidental desde finales de diciembre de 2021, los nuevos casos semanales disminuyeron por segunda semana consecutiva (-16% en comparación con la semana anterior), con más de 3,8 millones de nuevos casos notificados. Sin embargo, siete (23%) países de la región informaron un aumento del 20% o más, con algunos de los mayores aumentos observados en Mongolia (1.628 frente a 622 casos nuevos notificados; +162%), Islas Salomón (1.044 frente a 668 casos nuevos; +56%) e Islas Cook (828 vs 554 casos nuevos; +49%). El mayor número de casos nuevos se notificó en la República de Corea (2.058.375 casos nuevos; -16%), Vietnam (796.725 casos nuevos; -29%) y Australia (399.479 casos nuevos; +9%). El número de nuevas muertes semanales muestra una disminución del 16% en comparación con la semana anterior, con poco menos de 5.600 nuevas muertes reportadas. Las



cifras más altas de nuevas muertes se informaron en la República de Corea (2.336 nuevas muertes; -5 %), China (960 nuevas muertes; -34%) y Japón (549 nuevas muertes; -16%).

Principales actividades de la respuesta desde la OPS/OMS Colombia

A continuación, se listan las actividades centrales adelantadas desde los 10 pilares del plan de respuesta por parte de las diferentes áreas de OPS Colombia en materia de cooperación, de cara a la pandemia por COVID-19:

Pilar 1. Coordinación, financiación, planificación y monitoreo

- ✓ Participación en el puesto de mando unificado.
- ✓ Procesos de gestión en el marco de COVAX.
- ✓ Acompañamiento técnico desde las diferentes áreas con los puntos focales de país y regionales.
- ✓ Desarrollo de reportes de situación de COVID-19 (264 SitRep a la fecha) con el consolidado de la información nacional y municipios de mayor transmisión.
- ✓ Comités de crisis semanales para el monitoreo y evaluación de la situación de la pandemia a nivel Global, Regional y Nacional.
- ✓ Apoyo en el proceso de revisión y actualización del plan de preparación y respuesta a pandemias en el contexto del Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework.
- ✓ Apoyo en el proceso de revisión y actualización del plan de preparación y respuesta a pandemias en el contexto del Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework.
- ✓ Cerca de 10.5 millones de dólares se destinaron en el bienio en apoyo a la respuesta de la pandemia.
- ✓ Gestión bilateral Colombia- Venezuela para facilitar dialogo entre ministerios de salud para atender conjuntamente la situación sanitaria de migrantes, incluyendo acciones ante la pandemia.
- ✓ Consolidación del **Sistema Comando de Incidentes (SCI)** que venía funcionando en respuesta a la crisis migratoria y se fortalece con la respuesta a la pandemia.
- ✓ Participación en las sesiones presidenciales de Prevención y Acción, en el cual la representante y otros expertos de OMS y OPS, incluyendo la Dra. Etienne, asesoraron técnicamente con mensajes estratégicos dirigidos a la población colombiana.
- ✓ Liderazgo de la PWR en el Sistema de Naciones para para el manejo y apoyo a la respuesta.
- ✓ Participación y apoyo al seguimiento del Plan de respuesta socio-económica frente a la pandemia de la COVID-19 en Colombia (SERP).
- ✓ Coordinación y trabajo articulado entre el Grupo de salud mental del Ministerio de Salud y Protección Social y equipo de salud mental y apoyo psicosocial de la OPS/OMS para el funcionamiento de la línea de tele orientación psicológica nacional – Línea 104 opción 5 y fortalecimiento de las líneas de tele orientación subnacionales, con entrenamiento en el Protocolo de Tele orientación de OPS/OMS Colombia.

Pilar 2. Comunicación de riesgo

- ✓ Diseño y realización de Talleres de comunicación del riesgo, con capacitaciones en acción sin daño, a 15 departamentos receptores de población migrante.
- ✓ Implementación de una estrategia de comunicación con enfoque étnico en cuatro departamentos del país y 10 pueblos indígenas para la prevención de la COVID-19; y sensibilizar a estas poblaciones respecto a las medidas de prevención y aceptación de la aplicación de la vacuna contra COVID-19.
- ✓ Apoyo al Ministerio de Salud y Protección Social para la creación de la estrategia de comunicación diferencial para las 18 ciudades donde se va a hacer el estudio de vacunas. Elaboración de la campaña digital y cuñas de radio.
- ✓ Producción y emisión de una campaña en radio local para el rastreo de casos y contactos de COVID-19. Esta campaña se incluyó en el municipio de Puerto Guzmán, Putumayo. Además, producción de una campaña con esta misma temática para Navidad y fin de año, dirigida a jóvenes.

Pilar 3. Vigilancia, investigación epidemiológica, seguimiento de contactos y ajuste de medidas de salud pública.

- ✓ Acciones de fortalecimiento de la vigilancia de base comunitaria, con énfasis en COVID-19 en poblaciones rurales dispersas y municipios priorizados por el fenómeno migratorio.
- ✓ Apoyo a los procesos de implementación de la estrategia de rastreo de casos y contactos (PRASS) en municipios priorizados del país, durante la semana del 28 al 31 de marzo, se adelantaron acciones de rastreo intensificado en los municipios de Leticia (Amazonas) y Puerto Santander y Villa del Rosario (Norte de Santander; se inició la fase de alistamiento en el municipio de Maicao (La Guajira).
- ✓ Apoyo en el fortalecimiento del equipo de respuesta de COVID del nivel nacional para aspectos relacionados con monitoreo en el Minsalud.
- ✓ Promovido el uso de herramientas que apoyen el monitoreo de la información en salud para COVID-19 y otros eventos en el nivel local por medio de salas de situación virtual).
- ✓ Acompañamiento en procesos de fortalecimiento de capacidades para la respuesta a epidemias, análisis de información y generación de espacios de análisis mediante las salas de situación físicas y virtuales.
- ✓ Donación de equipo de protección personal en territorios priorizados.
- ✓ Contratación de profesionales para Chocó, Cundinamarca, Amazonas para el fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública, gestión de información y respuesta a eventos de importancia en salud pública, con énfasis en la respuesta COVID-19.
- ✓ Donación de equipo de protección personal en territorios priorizados.

Pilar 4. Puntos de entrada, viajes internacionales y eventos masivos

- ✓ Acompañamiento a territorios de zonas de frontera, con el fin de fortalecer las capacidades de respuesta asociadas a riesgos en salud ocasionados por flujos migratorios mixtos.
- ✓ Durante la semana del 21 al 25 de marzo se realizó apoyo al departamento de Vichada, municipio de Puerto Carreño, en el marco de la emergencia ocasionada por el desplazamiento forzado desde Venezuela ocasionado por conflicto armado.
- ✓ Proceso de concertación en los pasos tri fronterizos (Amazonas, Brasil, Perú).
- ✓ Donación de insumos para apoyar las acciones de vigilancia e identificación de alertas en puntos de entrada (puerto, aeropuerto y paso fronterizo), aplicando las medidas de bioseguridad y utilizando los elementos de protección personal para cada caso.
- ✓ Apoyo en el distrito desde el punto de vista de sanidad portuaria en puntos de entrada aéreos internacionales y nacionales además del terminal terrestre como punto de entrada a Bogotá desde los diferentes municipios del país para la detección de casos y contactos.
- ✓ En apoyo a la respuesta en la frontera con Perú, Ecuador y Brasil se fortaleció al hospital de Leticia (Amazonas) tanto con personal de salud, como con equipos e insumos para la protección del personal sanitario y se llevó ayuda humanitaria para las comunidades indígenas. La OPS movilizó personal de salud y aportó medicamentos, kits de higiene, tres (3) respiradores y cuatro (4) concentradores oxígeno al hospital local.
- ✓ Con el apoyo y capacitación de la OPS/OMS, el país participó en el **Protocolo de investigación temprana de seguimiento de los primeros casos y contactos**, siendo Colombia uno de los 3 países del mundo participando en el piloto de este estudio.

Pilar 5. Diagnóstico y laboratorio

- ✓ Apoyo en los procesos de gestión relacionados con la transferencia de tecnología e insumos para la implementación de pruebas de diagnóstico de COVID-19 y vigilancia genómica para variantes de preocupación en el país.
- ✓ Apoyo con insumos para el diagnóstico de COVID-19 a nivel nacional y local (pruebas de antígeno y kits de bioseguridad para Amazonas, Chocó, Nariño).
- ✓ Apoyo con insumos al nivel nacional apoyo a la vigilancia virológica.
- ✓ Facilitar el acceso a material de apoyo en el fortalecimiento de la vigilancia genómica y detección de variantes preocupación.

- ✓ Alistamiento y concertación para la implementación de estrategias de vigilancia intensificada, mediante el rastreo riguroso de contactos primarios de casos confirmados de COVID-19 y el uso de pruebas Ag-RDT en campo en departamentos priorizados.
- ✓ Proyecto “Prevención del burnout en trabajadores de primera línea de atención al COVID-19” con el objetivo de mitigar y reducir los problemas de salud mental en trabajadores de la salud de la primera línea de atención al COVID-19, se realizaron acciones de promoción, prevención del riesgo de manera presencial en hospitales, puesto de salud y espacios de atención en los departamentos de Nariño, Santander, Magdalena, Guajira, Arauca, Chocó y Norte de Santander, con una cobertura de 2.530 personas. Y a través de medios virtuales y digitales a nivel nacional llegando a 1581 personas.

Pilar 6. Prevención y control de infecciones

- ✓ La Organización mantuvo el apoyo en el reforzamiento de métodos de prevención y control de infecciones (PCI) en las comunidades y los establecimientos de salud a fin de prepararse para tratar a pacientes con COVID-19 y prevenir la transmisión al personal, a los demás pacientes, a los visitantes y a la comunidad.
- ✓ Territorios como Norte de Santander, Arauca, Vichada, Cundinamarca, Putumayo también fueron beneficiados con la entrega de elementos de protección personal.
- ✓ Mediante acciones representadas por proyectos financiados por OFDA/USAID y ECHO, dirigidos a población migrante, se logró articular la necesidad de prevención y contención de la infección por Sars-Cov2 y algunos departamentos beneficiarios que además incluyen población indígena (Arauca, Atlántico, Bolívar, Cesar, La Guajira, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Vichada, Santander, Sucre, Cundinamarca, Valle del Cauca, Cesar, Vaupés y Guainia) recibieron insumos técnicos y algunos de ellos elementos para consumo de agua potable, saneamiento e higiene; acciones estas fueron complementadas desde el área de Comunicaciones con la elaboración de piezas para buenas prácticas
- ✓ Fortalecimiento de la pedagogía del autocuidado, así como de todas las medidas de bioseguridad colectivas y familiares dirigidas poblaciones indígenas mediante diálogos participativos.
- ✓ Participación en la elaboración y revisión de los lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección coronavirus COVID-19, que brinda a los Prestadores de Servicios de Salud y EAPB del país, orientaciones para identificar los casos de infección causada por el SARS-COV2 y pautas para el manejo clínico del paciente con enfermedad por COVID-19 y sus contactos.
- ✓ Seguimiento a la implementación de lineamientos en el marco de las acciones de prevención y control en el contexto de la respuesta humanitaria por las agencias de Naciones Unidas y ONGs.

Pilar 7. Manejo de casos

- ✓ La Organización participó en discusiones técnicas para la definición del uso de las guías y contenidos técnicos de IOPS/OMS sobre el tratamiento de casos y para la formulación de los planes para asegurar la continuidad de las operaciones y la prestación de otros servicios de salud esenciales.
- ✓ Se fortaleció la respuesta institucional para la atención oportuna de la población materno perinatal y primera infancia a través de la donación de equipos e insumos.
- ✓ Se fortaleció la atención en salud a pacientes con COVID-19 en el municipio de Ciénaga Magdalena mediante la donación de una planta generadora de oxígeno.
- ✓ En trabajo colaborativo con el Ministerio de Salud, se brindó asesoría y asistencia técnica a las entidades territoriales en salud para el fortalecimiento del análisis individual y colectivo de los casos de mortalidad materna asociados a COVID-19, promoviendo el diligenciamiento de la historia clínica SIP COVID, con el fin de identificar el comportamiento epidemiológico y clínico de la enfermedad en mujeres gestantes y sus efectos sobre el neonato, a fin de orientar las estrategias para mitigar la morbilidad y mortalidad materna por causas relacionadas.
- ✓ Se desarrollo una propuesta para la conformación de unidades de Rehabilitación post COVID 19 en coordinación con la Secretaria de Salud de Bogotá y la cooperación KOIKA.
- ✓ Acciones de cuidado de la salud mental a poblaciones en situación de vulnerabilidad: migrantes, afectadas por distintos tipos de violencias y por efectos de pandemia por COVID-19 en los departamentos de Arauca, Norte de Santander, Chocó, Amazonas, Santander, Vichada, Magdalena, Nariño, La Guajira.
- ✓ El país continuó su participación en el ensayo Solidarity, coordinado por OMS, pasando a una nueva etapa denominada “Solidarity PLUS” para fármacos prometedores se pondrá en marcha en 52 países, lo que

supone una colaboración mundial sin precedentes para la investigación y desarrollo en materia de COVID-19.

Pilar 8: Sistema Operativo y Logística

- ✓ Se realizaron 264 envíos a los territorios con insumos y equipos con un peso transportado de 227 toneladas para atender la emergencia por COVID-19, entre las cuales se encuentran insumos y equipos para laboratorio para los Laboratorios de salud pública departamentales, equipos de ventilación para unidades de UCI, insumos y equipos de laboratorio, Computadoras y tables, Cajas frías, baterías para el mantenimiento de la cadena de frío, termos porta vacunas en apoyo a los PAI a nivel nacional, y reactivos para el tamizaje de pacientes COVID, se entregaron 2 capsulas para traslado de pacientes COVID en los aviones de la fuerza aérea, un sistema de desinfección Halo para las aeronaves que transporten los pacientes, y un ventilador con sus accesorios y consumibles junto con equipo de bioseguridad para el personal.
- ✓ Apoyo directo al INS con equipo de laboratorio, insumos para laboratorio, pruebas PCR y pruebas rápidas.
- ✓ Apoyo a la secretaria de Salud Distrital de Bogotá con kit de pruebas antigénico, micropuntas estériles, kit de extracción para COVID.
- ✓ Apoyo al Ministerio de Salud pública con la entrega de 10 botiquines de medicamentos, material impreso para ser distribuido en los puntos de ingreso internacional terrestres y aéreos, EPP para las visitas de coordinación del Ministerio a las unidades de cuidados intensivos de los hospitales.
- ✓ Apoyo a distintas solicitudes de los Hospitales de equipo de bioseguridad para el personal.
- ✓ Valor total de los apoyos transportados desde el área logística
- ✓ Apoyo a los Centro Reguladores de Urgencias (CRUE) brindando apoyo con equipamiento para mejor funcionamiento en las comunicaciones entre los CRUE y Hospitales para garantizar la referencia y contra referencia de pacientes.

Pilar 9. Fortalecimiento de los servicios esenciales

- ✓ Contribución técnica y financiera en la implementación de intervenciones para la mejora de la salud de la mujer y la niñez y para el fortalecimiento de los servicios esenciales en el curso de la vida, con énfasis en población indígena, afrodescendientes, migrantes, rural dispersa y en los temas relacionados con lactancia materna, prevención de la violencia de género.
 - 52 kit antropométricos
 - 111 kit de emergencias obstétricas
 - 38 kit materno perinatales
 - 2 ecógrafos
 - 1100 implantes subdérmicos
- ✓ Se brindó apoyo psicológico y herramientas al staff de OPS/COL para favorecer el autocuidado, la gestión emocional, el desarrollo de habilidades para el manejo del estrés en contexto de teletrabajo y condiciones de incertidumbre por la pandemia.
- ✓ Acciones sostenibles para el apoyo y cuidado al cuidador en equipos de salud e interdisciplinarios en los departamentos de Arauca, Norte de Santander, Chocó, Amazonas, Santander, Vichada, Magdalena, Nariño, La Guajira.
- ✓ Generación de capacidades en la respuesta en SMAPS frente a múltiples adversidades ocasionadas por la pandemia, la crisis sanitaria, la migración y efectos de las violencias a los referentes de salud mental de los departamentos de Arauca, Norte de Santander, Chocó, Amazonas, Santander, Vichada, Magdalena, Nariño, La Guajira.
- ✓ Se donaron 99 kits de emergencias obstétricas a 16 hospitales de ocho departamentos y 1100 implantes subdérmicos a 11 hospitales de cinco departamentos de los municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET).
- ✓ Contribución a la mejora de la salud nutricional de la población menor de 5 años con desnutrición aguda moderada y severa a través de la donación de fórmula terapéutica F75 y FTLC y fortalecimiento de capacidades de profesionales de la salud y agentes comunitarios en pautas de alimentación saludable con énfasis en lactancia materna como factor protector asociado a COVID-19.

- ✓ Se diseñó y desarrolló un curso virtual, nueve infografías y listas de chequeos para dejar capacidad instalada en las instituciones de salud sobre los procedimientos y mensajes claves que promueven la inducción y reinducción del personal de salud en la atención integral materno perinatal y de emergencias obstétricas.
- ✓ En asocio con la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología FECOLSOG, se realizó diagnóstico para conocer la oferta y capacidad de respuesta de los servicios de obstetricia de 12 departamentos priorizados, a fin de evaluar la capacidad instalada y suficiencia de recursos humanos de los servicios de obstetricia en contexto pandemia, y con base a los resultados, se generaron recomendaciones para mitigar el impacto de la emergencia sanitaria.
- ✓ Se formaron capacidades de gestión comunitaria para el cuidado de las comunidades en sitios prioritarios y vulnerables en territorios seleccionados del país acción sinérgica con proyectos en ejecución en OPS COL.
- ✓ Se fortaleció la capacidad de gestión local de servicios de salud con apoyo financiero en sistemas de comunicación y organización de servicios itinerantes para poblaciones distantes y vulnerables en acción sinérgica proyectos en ejecución en OPS COL.

Pilar 10. Vacunación

- ✓ Se contribuyó de la mano del ministerio de salud y protección social, con la elaboración del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 y la elaboración y ajuste continuo de los Lineamientos Técnicos y Operativos para la vacunación contra la COVID-19.
- ✓ Apoyo en los procesos de micro planificación para la distribución y entrega de las vacunas.
- ✓ Fortalecimiento de competencias del nivel subnacional en los temas de vacunación.
- ✓ Fortalecimiento del sistema de información PAI WEB en el componente de COVID-19.
- ✓ Se contribuyó al fortalecimiento del sistema nacional de vigilancia de los eventos adversos posteriores a la vacunación (EAPV) en colaboración con la Autoridad Regulatoria Nacional (INVIMA),
- ✓ Entrega de insumos de cadena de frio y de sistema de información.
- ✓ Entrega de insumos de cadena de frio y de sistema de información a las entidades territoriales del país.
- ✓ Dialogo de saberes con enfoque étnico para la promoción de la vacunación contra la COVID -19
- ✓ Despliegue de campañas de comunicación con enfoque diferencial y énfasis en la a población indígena, se elaboraron 16 videos en la modalidad co-creación con los pueblos indígenas Ticuna y Uitoto, en Amazonas; y con el pueblo Awá y Pastos de Nariño.

Pilar 11. Investigación e innovación

- ✓ “Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en centros de salud. Estudio internacional multicéntrico: The COVID-19 HEalth caRe wOrkErS (HEROES) study. Colombia”

Objetivo: describir la prevalencia de la salud mental, el comportamiento y los desafíos sociales que experimentan los trabajadores de los servicios de salud en diferentes entornos y en diferentes fases de la pandemia. El Estudio, se está realizando bajo la coordinación técnica y académica de la Universidad de Columbia en asocio con WHO/PAHO y los Ministerios de Salud de los 32 países participantes, de todas las regiones del mundo.

En Colombia el proyecto está liderado por las Universidad de Antioquia, Universidad Javeriana y El Bosque, bajo la coordinación de la Mesa técnica conformada por el Ministerio de Salud y la OPS/OMS Colombia.

Los análisis de la base de datos de 29.888 de los equipos de respuesta a la COVID 19 de las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Apartadó indican que el 23.1% tienen riesgo de desarrollar depresión, y un 15.2% en riesgo de desarrollar ansiedad.

El proyecto tendrá una duración de 3 años con recursos de Colciencias, con el fin de desarrollar estrategias y programas de apoyo psicológico al personal de salud en el país.

- ✓ **Estudio “Impacto de la COVID-19 en el Recurso Humano en Salud y respuesta de política: Colombia”**
Objetivo: analizar el impacto de la COVID-19 en el Recurso Humano en Salud (RHS) en áreas de seguridad y salud en el trabajo y condiciones laborales, así como las respuestas de política de los

países para abordar estos problemas y aumentar la disponibilidad y la capacitación de Recursos Humanos en Salud (RHS) para mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud a la pandemia. Estudio liderado por OPS/OMS y la Dirección del talento humano en salud de los ministerios de Ecuador, Bolivia, Perú, Chile, Colombia.

Resultados del Estudio:

Garantizar la disponibilidad de RHS para los servicios de hospitalización en Unidades de Cuidado Intensivo, Cuidado intermedio y hospitalización de baja complejidad. Esto va de la mano de la estabilidad laboral y seguridad social para el personal de salud en las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del país y mejoramiento de las condiciones laborales/ entrega de estímulos financieros.

Realizar acciones de capacitación continua según tres pilares: contenidos estandarizados para un aprendizaje rápido y fácil, plataforma tecnológica que garantice la distribución en todo el territorio nacional (incluyendo zonas rurales y dispersas) y seguimiento.

Crear orientación sobre el uso de telesalud y telemedicina después de la pandemia, ya que son opciones valiosas para mejorar el acceso de la atención.

Fortalecer los modelos de atención ambulatoria para todas las situaciones, no solamente para la pandemia, con actividades de telesalud, telemedicina, atención domiciliaria, entre otras, ejecutadas por RHS organizado en equipos multidisciplinarios.

✓ **Proyecto Plataforma clínica mundial sobre la COVID-19 para la caracterización clínica y el manejo de los pacientes hospitalizados con casos presuntos y confirmados de COVID-19” – OMS /OMS**

Objetivo: Proveen a los estados miembros de la OMS un Sistema de análisis clínico estandarizado para realizar la comprensión y la identificación de factores de riesgo, para casos severos, describir tratamientos y sus resultados en población de 0 a 75 años, incluyendo población de mujeres embarazadas y personas con VIH.

El proyecto estuvo liderado por equipo de expertos nacionales, internacionales y obtuvo apoyo técnico del Ministerio de Salud e investigadores de la Universidad de Los Andes y equipos de los hospitales que participaron del mismo.

El reporte, ya publicado para Colombia contó con una muestra de 23.854 pacientes diagnosticados y hospitalizados por la COVID 19 entre febrero de 2020 y junio 2021 y describe datos demográficos, manifestaciones clínicas, tratamiento y cuidados durante la hospitalización, pruebas y resultados de laboratorios, duración de la hospitalización y casos fallecidos.

Principales Brechas y desafíos en la respuesta en el país

Fuente: Elaboración propia

Brechas	Desafíos
<ul style="list-style-type: none"> • Acciones de vigilancia local: Incrementar los recursos humanos en el nivel local la respuesta en vigilancia y el seguimiento de los casos y contactos. Fortalecer el proceso de captación de información del rastreo y seguimiento de casos y contactos. • Evaluaciones de los establecimientos de salud: Fomentar las evaluaciones para orientar las medidas de prevención y control de infecciones. • Recursos y acceso a poblaciones en situación de vulnerabilidad: brechas de atención en poblaciones vulnerables, étnicas y 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución equitativa de vacunas: Mejorar coberturas de vacunación en población de mayor riesgo y con difícil acceso, indígena, rural dispersa y migrantes irregulares. Limitado disponibilidad de RRHH (vacunadores, vigilancia laboratorial, insumos de cadena de frío, para la vigilancia epidemiológica); dado los flujos migratorios, persisten los riesgos de reaparición de enfermedades prevenibles por vacunación, particularmente brotes importados de sarampión, en zonas de frontera y en municipios con riesgo alto y medio. Fortalecimientos de la vigilancia de los ESAVI. • Respuesta en fronteras: la amplia movilidad de las poblaciones en los sectores de frontera y los procesos migratorios y de desplazamientos internos generan crisis en los puntos de mayor concentración que pueden saturar su capacidad de los servicios y generar déficit de suministros para el manejo de casos y prevención y control de infecciones.

dispersas con dificultades para acceso a unidades de salud.
Necesidad de continuar fomentando acciones con enfoque intercultural, de manera especial con pueblos indígenas.

• **Comunicaciones de riesgo:** se evidencia desgaste de las poblaciones y falsa percepción de seguridad lo que conlleva a no cumplimiento de las medidas sociales y de salud pública y se ha disminuido la intensidad de las campañas en la línea de comunicación de riesgo.

• **Acceso de los migrantes a los servicios de salud:** se continúa evidenciando brechas en la atención de estas poblaciones y gestionar mejor los brotes.

• **Programas de manejo de desastres de salud:** los programas, a nivel local, de manejo de desastres de salud y la vigilancia se consideran prioridades para mejorar el COVID-19 y cualquier otra respuesta de emergencia de salud. Y la respuesta frente a situaciones de desastre como inundación en la mojana y el fenómeno migratorio en zonas de frontera.

• **Imaginarios sociales frente a la aplicación de la vacuna:** existe un sector importante de la población que se rehúsa a aplicarse la vacuna, basado en temores causados por información falsa.

• **Rastreo de casos y contactos:** el monitoreo epidemiológico requiere mayores esfuerzos para mejorar los indicadores de rastreo de los contactos y fomentar los mecanismos de reporte y análisis de esta información en los niveles locales.

• **Comunicación de riesgos:** Diseño y desarrollo de una estrategia de comunicación con enfoque étnico dirigido a población afro; Fortalecer mecanismos para mejorar la percepción de riesgo, que sigue siendo baja en algunos territorios en el contexto de la apertura económica y muchas personas ignoran las medidas gubernamentales. Incrementar el acceso a de la población a comunicación sobre percepción del riesgo con enfoque diferencial.

• **Continuidad en otros servicios de salud:** Es necesario establecer una estrategia integrada para garantizar las acciones de prevención de la mortalidad materna dado que se evidencia incremento en la RMM, tendencia asociada al confinamiento, la saturación de los servicios de salud y la interrupción en la prestación de servicios esenciales. Debido a la pandemia se han desviado recursos de otros servicios críticos para programas como el VIH, la tuberculosis y las enfermedades no transmisibles (ENT).

Continuar el fortalecimiento en los equipos de atención de habilidades para adaptar estrategias de tele orientación psicológica a través de medios virtuales y remotos.

Hay un inmenso desafío de mejorar la estructura de cuidados y servicios para poblaciones vulnerables en forma sostenible.

Mantener los programas de vacunación regular

Fortalecer la atención en salud mental de base comunitaria.

• **Variantes:** las nuevas cepas de COVID-19 presentan un desafío para el control de la enfermedad.

Mantenimiento de a reactivación económica con la seguridad sanitaria

• **Cooperación:** Mantenimiento del personal contingente de las agencias de UN para la respuesta a la pandemia.

Diseño de in sistema único de información que permita la integración de los registros de atención en salud y de las intervenciones de las agencias de cooperación que hacen presencia en los territorios, con el fin de evitar

duplicidad, garantizar complementariedad y optimización de recursos.

Continuar realizando acciones con enfoque intercultural, que permitan disminuir las brechas de promoción, prevención y atención en salud mental con pertinencia en estas poblaciones.

Crear de manera sostenible puesto de salud que incluya atención de primeros auxilios psicológicos (PAP) para comunidades distantes rurales.

Dar continuidad a campañas de prevención de estigma y discriminación frente a temas de salud mental y COVID 19.

Fortalecer capacidades del personal para brindar orientación psicológica por medios digitales. Y mejorar el acceso a medios digitales y virtuales de poblaciones dispersas y rurales.

Enlaces de interés (Tomado de la Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19))

<https://www.paho.org/es/file/88298/download?token=GRF8Gvvy>

Orientaciones para las autoridades nacionales La OPS/OMS sigue reiterando y actualizando las recomendaciones para apoyar a todos los Estados Miembros en las medidas de gestión y protección contra COVID-19 y reitera las recomendaciones contenidas en las Alerta y Actualizaciones epidemiológicas de la COVID disponibles en: <https://bit.ly/3jFrDgf>

A continuación, se lista una serie de enlaces a guías, informes científicos y otros recursos publicados por la OPS/OMS y la OMS.

Vigilancia, equipos de respuesta rápida e investigación de casos 	Manejo Clínico 
Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces : https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/33AsZCL	Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i8lJIR
Laboratorio 	Prevención y control de infecciones 
Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/2LqLNX	Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3oARxDH
Preparación crítica y respuesta 	Viajes, puntos de entrada y salud de fronteras 
Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i5rNN6	Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i5rNN6
Escuelas, lugares de trabajo y otras Instituciones 	Otros recursos 
Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i5rNN6	Acceda a actualización sobre variantes: https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/

<https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>

<https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-COVID-19>

<https://iris.paho.org/>