

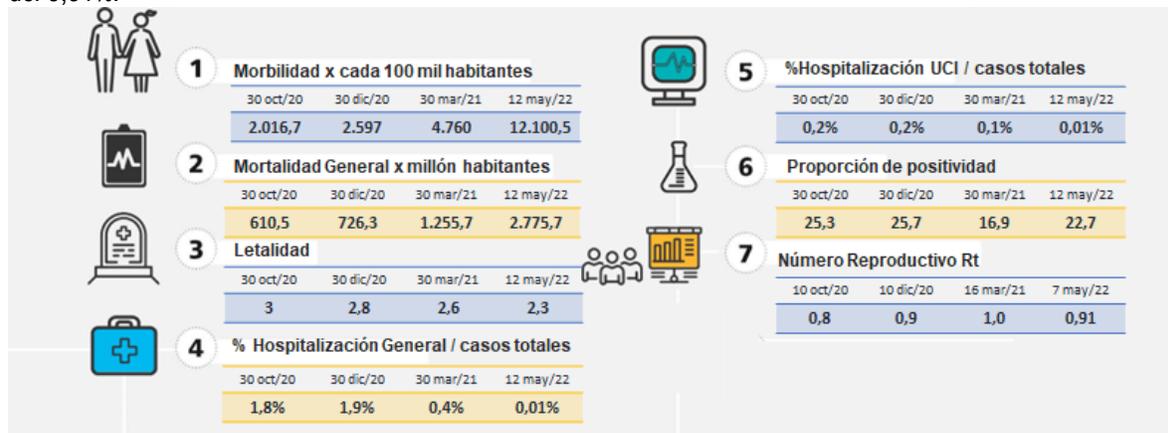


NOTA: Los datos incluidos en este SitRep corresponde a informes publicados sobre COVID-19 de la OMS, OPS, MINSALUD e INS y las cifras corresponden a las horas de corte que es incluido en cada bloque.

### Situación COVID-19 Colombia. Corte 12 de mayo 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>

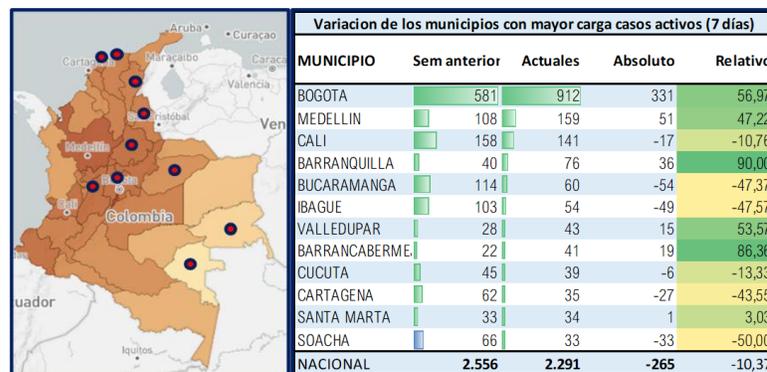
A la fecha Colombia reporta **6.095.316 casos** (1.671 casos nuevos del 6 al 12 de mayo) con un incremento nacional del 0,03% y **139.821 defunciones** (12 muertes nuevas del 6 al 12 de mayo) con un aumento nacional del 0,01%.



### 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 0,07% (2), Vaupés 0,05% (1), Casanare 0,05% (20), Bogotá 0,05% (834), Santander 0,05% (133), Santa Marta 0,04% (29), Norte Santander 0,03% (41), Cesar 0,03% (36), Barranquilla 0,03% (73), Risaralda 0,02% (26).

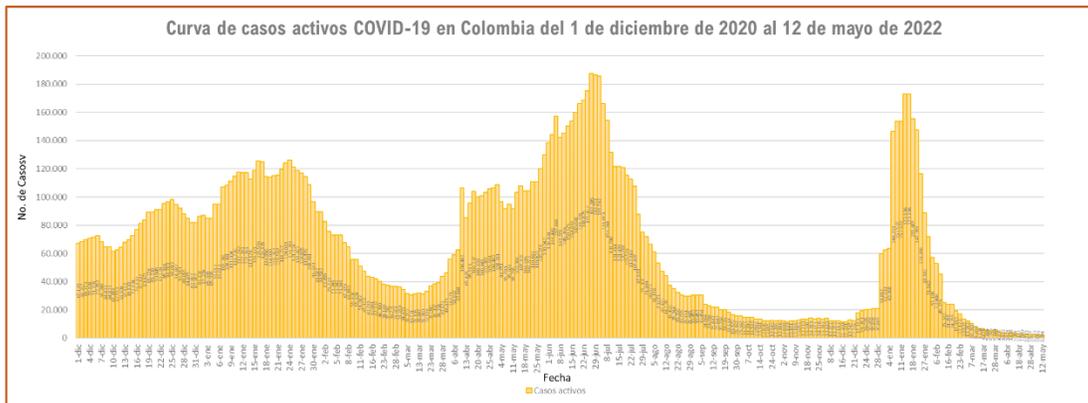


En relación con los casos activos, los municipios que presentaron los mayores incrementos fueron: Barranquilla 90% (36), Barrancabermeja del 86,3% (19), Bogotá 56,9% (331) y Valledupar 53,5% (15).

**Tabla. Número de casos y defunciones por COVID-19, incrementos en la última semana con mayor carga al 12 de mayo de 2022**

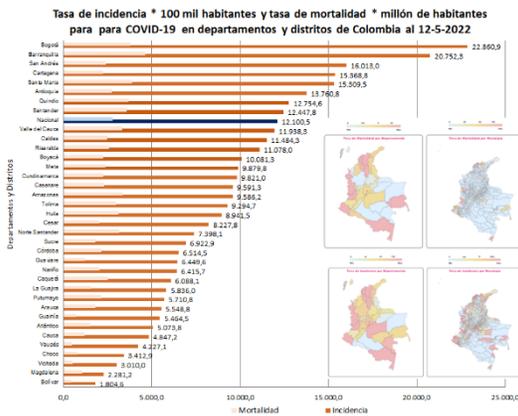
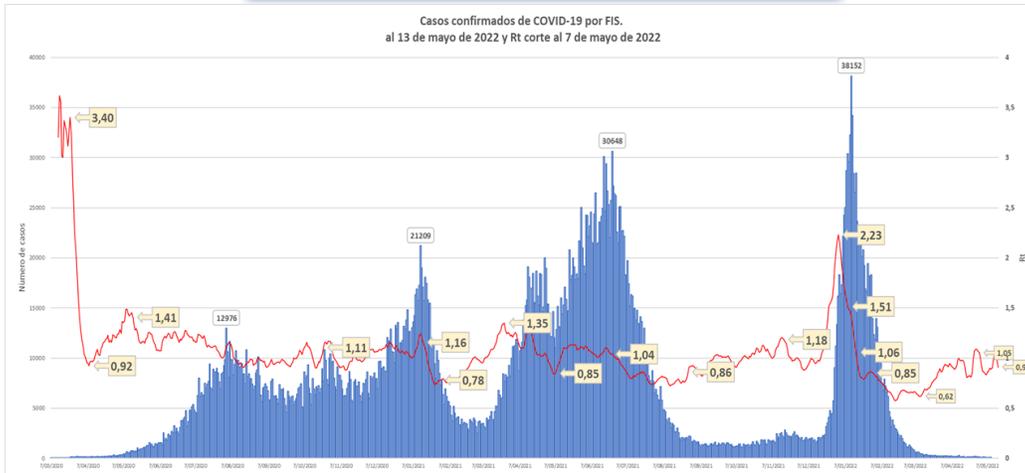
Incremento de casos en las última 7 días, municipios de mayor carga				Incremento de muertes en las últimos 7 días, municipios de mayor carga					
Municipio	semana anterior	Actuales al 12 de mayo	Incremento últimos 7 días	% de incremento casos en últ 7 días	Municipio	semana anterior	Muertes 12 de mayo	Incremento semana	% de incremento fallecidos últ 7 días
NACIONAL	6.093.645	6.095.316	1.671	0,03	COLOMBIA	139.809	139.821	12	0,01
BOGOTÁ	1.769.503	1.770.337	834	0,05	BOGOTÁ	29.482	29.487	5	0,0
MEDELLÍN	523.711	523.842	131	0,03	BUGALAGRANDE	63	64	1	1,6
BARRANQUILLA	264.363	264.436	73	0,03	CARMEN DE CARU	20	21	1	4,8
CALI	382.477	382.550	73	0,02	CUCUTA	3.205	3.206	1	0,0
BUCARAMANGA	135.427	135.472	45	0,03	MARINILLA	161	162	1	0,6
BARRANCABERME	34.407	34.445	38	0,11	SAN BENITO	1	2	1	50,0
CARTAGENA	158.069	158.104	35	0,02	TUMACO	261	262	1	0,4
VALLEDUPAR	74.081	74.113	32	0,04	VILLAVICENCIO	1.654	1.655	1	0,1
SANTA MARTA	82.430	82.459	29	0,04	ABEJORRAL	24	24	0	0,0
CHIA	29.604	29.624	20	0,07	ABREGO	49	49	0	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 que posteriormente, durante las semanas posteriores desciende rápidamente y a la fecha actual se reportan **2.291 casos activos**, con una disminución relativa semanal del -10,37% (-265).



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 0,91** tomada fecha de corte el **7 de mayo**, 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 **69,7%**.

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

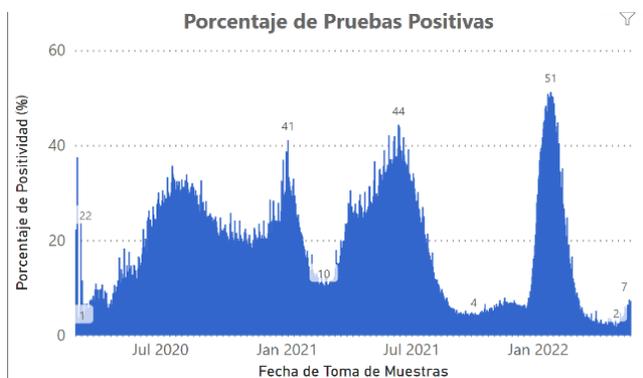


La tasa de incidencia nacional es de **12.100,5 casos por cada 100.000 habitantes**; los departamentos y/o distritos que superan la tasa nacional son en su orden: Bogotá (22.860,9), Barranquilla (20.752,3), San Andrés (16.013,0), Cartagena (15.368,8), Santa Marta (15.309,5), Antioquia (13.760,8), Quindío (12.754,6), Santander (12.447,8).

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)



El Instituto Nacional de Salud – INS, reportó el procesamiento de **20.627.333 pruebas PCR** en 218 laboratorios adjuntos para diagnóstico de COVID-19. La capacidad máxima declarada por el INS es de 94.677 muestras/día. **Positividad acumulada 22,7% y positividad al 5 de mayo es de 7,21%** observando un incremento de la positividad.

Se notifica a la fecha, la realización de **14. 480.248 pruebas de antígeno**, en 2.437 IPS de los 33 departamentos.

## 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 **2.775,7 muertes por cada millón de habitantes**; se observa una tasa de mortalidad mayor a la nacional en: Barranquilla (4.656,9), Santa Marta (3.889,6), Bogotá (3.807,7), Quindío (3.701,8), Santander (3.589,8), Amazonas (3.353,6), Valle del Cauca (3.326,0), Norte Santander (3.153,7), Huila (3.130,2), Tolima (2.991,8).

## Proporción de UCI y cama hospitalaria adulto

Fuente: [Ocupación y disponibilidad de camas por tipo de servicio \(arcgis.com\)](https://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 10.563 camas UCI, con una ocupación del 56% (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 47.966, con una ocupación del 68% (32.591 camas ocupadas) y de estas el 98% (31.983 casos) son ocupadas por pacientes No- COVID-19.

**Tabla: Porcentaje de disponibilidad de camas en Unidad de Cuidado Intensivo - UCI según departamento en Colombia, 16 de mayo de 2022.**

Departamento	Cantidad Total	Ocupación Confirmado Covid19	Ocupación Sospechoso Covid19	Ocupación No Covid19	Cantidad Disponibles	Porcentaje Camas Disponibles	Tasa Ocupación *100.000	Porcentaje de Ocupación
05 - Antioquia	868	7	12	701	148	17%	0,10	83%
50 - Meta	179	2	20	115	42	23%	0,19	77%
66 - Risaralda	167			122	45	27%	-	73%
73 - Tolima	393	1	2	273	117	30%	0,07	70%
17 - Caldas	200	1	1	135	63	32%	0,10	69%
11 - Bogotá, D.C.	1.695	5	22	1.126	542	32%	0,06	68%
23 - Córdoba	398			267	131	33%	-	67%
63 - Quindío	88			58	30	34%	-	66%
19 - Cauca	142	10		79	59	37%	0,66	63%
13 - Bolívar	400			248	152	38%	-	62%
68 - Santander	613	2		356	255	42%	0,09	58%
76 - Valle del Cauca	1.198	21		657	520	43%	0,46	57%
08 - Atlántico	810	1	3	430	376	46%	0,04	54%
15 - Boyacá	180			96	84	47%	-	53%
18 - Caquetá	97		1	49	47	48%	-	52%
52 - Nariño	290	5	1	137	147	51%	0,31	49%
70 - Sucre	206			94	112	54%	-	46%
47 - Magdalena	302		3	133	166	55%	-	45%
20 - Cesar	490	5	10	177	298	61%	0,38	39%
25 - Cundinamarca	497		6	170	321	65%	-	35%
86 - Putumayo	29			10	19	66%	-	34%
85 - Casanare	130	3		40	87	67%	0,68	33%
41 - Huila	428	1	3	136	288	67%	0,09	33%
27 - Chocó	32			10	22	69%	-	31%
94 - Guainía	10	0		3	7	70%	-	30%
54 - Norte de Santander	459	1	1	131	326	71%	0,06	29%
81 - Arauca	15			4	11	73%	-	27%
44 - La Guajira	191		4	31	156	82%	-	18%
88 - Archipiélago de San Andrés y Providencia	30			4	26	87%	-	13%
99 - Vichada	12			1	11	92%	-	8%
95 - Guaviare	8				8	100%	-	0%
97 - Vaupés	6				6	100%	-	0%
<b>Total general</b>	<b>10.563</b>	<b>65</b>	<b>89</b>	<b>5.793</b>	<b>4.616</b>	<b>44%</b>	<b>0,13</b>	<b>56%</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

**Tabla: Porcentaje de disponibilidad de camas en hospitalización general según departamento en Colombia, 16 de mayo de 2022.**

Departamento	Cantidad Total	Ocupacion Confirmado Covid19	Ocupacion Sospechoso Covid19	Ocupacion No Covid19	Cantidad Disponibles	Porcentaje Camas Disponibles	Porcentaje de ocupación de camas
11 - Bogotá, D.C.	7.770	34	55	6.559	1.122	14%	86%
95 - Guaviare	68		12	41	15	22%	78%
05 - Antioquia	6.210	13	66	4.755	1.376	22%	78%
66 - Risaralda	1.038		2	801	235	23%	77%
63 - Quindío	534			392	142	27%	73%
76 - Valle del Cauca	4.947	62	14	3.431	1.440	29%	71%
68 - Santander	2.458	15	10	1.679	754	31%	69%
54 - Norte de Santander	1.194	4	23	778	389	33%	67%
08 - Atlántico	3.458	5	8	2.264	1.181	34%	66%
17 - Caldas	1.263	3	2	824	434	34%	66%
94 - Guainía	17			11	6	35%	65%
19 - Cauca	792	1	1	509	281	35%	65%
13 - Bolívar	2.337		1	1.476	860	37%	63%
81 - Arauca	180		1	112	67	37%	63%
15 - Boyacá	864	6	1	528	329	38%	62%
70 - Sucre	941		3	567	371	39%	61%
73 - Tolima	1.364		7	819	538	39%	61%
50 - Meta	1.038	18	16	593	411	40%	60%
25 - Cundinamarca	1.785	5	18	1.055	707	40%	60%
52 - Nariño	1.183		13	694	476	40%	60%
20 - Cesar	1.660	5	54	925	676	41%	59%
85 - Casanare	398	1		225	172	43%	57%
41 - Huila	1.579	3	17	868	691	44%	56%
23 - Córdoba	1.564	1	13	844	706	45%	55%
-1 - NO DEFINIDO	14			7	7	50%	50%
47 - Magdalena	1.359	4	23	625	707	52%	48%
44 - La Guajira	628	8	39	239	342	54%	46%
86 - Putumayo	310	2	6	131	171	55%	45%
18 - Caquetá	331		12	131	188	57%	43%
99 - Vichada	47			17	30	64%	36%
88 - Archipiélago de San Andrés,	78			26	52	67%	33%
97 - Vaupés	39			12	27	69%	31%
91 - Amazonas	125			35	90	72%	28%
27 - Chocó	393		1	10	382	97%	3%
<b>Total general</b>	<b>47.966</b>	<b>190</b>	<b>418</b>	<b>31.983</b>	<b>15.375</b>	<b>32%</b>	<b>68%</b>

### 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 **38,1%** y la región Pacífico con el **31,6%**.

**Tabla de casos, tasas de incidencia, mortalidad y gravedad de la COVID-19 para los departamentos y distritos al 12 de mayo de 2022**

Región	Dpto o Distrito	Casos	% Incremento (7d)	Muertes	% Incremento (7d)	Casos Activos	No. Hospit	% Hospit	Casos UCI	%UCI	Letalidad	Mortalidad por millón hab.	Incidencia por cien mil	
Central	Bogotá	1.770.337	0,05	29.487	0,02	912	37	4,1	7	0,77	1,7	3.007,7	22.860,9	
	Cundinamarca	318.494	0,0	7.300	0,01	139	30	21,6	4	2,88	2,3	2.251,0	9.821,0	
	Santander	283.922	0,0	8188	0,0	168	6	3,6	0	0,0	2,9	3.589,8	12.447,8	
	Boyacá	125.284	0,02	2785	0,00	41	15	36,6	2	4,88	2,2	2.241,0	10.081,3	
	Tolima	124.549	0,01	4009	0,00	79	22	27,8	5	6,33	3,2	2.991,8	9.294,7	
	Norte Santander	119.873	0,0	5110	0,0	71	21	29,6	5	7,0	4,3	3.153,7	7.398,1	
	Huila	100.379	0,02	3514	0,00	18	3	16,7	0	0,00	2,5	3.130,2	8.941,5	
	<b>Totales</b>	<b>2.842.838</b>	<b>0,0</b>	<b>60.393</b>	<b>0,01</b>	<b>1.428</b>	<b>134</b>	<b>1,6</b>	<b>23</b>	<b>17,16</b>	<b>2,9</b>	<b>3.248,1</b>	<b>15.289,4</b>	
	E. Cafetero Antioquia	Antioquia	918.935	0,0	18.296	0,01	210	36	17,1	6	2,86	2,0	2.739,8	13.760,8
		Caldas	116.962	0,00	2.527	0,00	23	8	34,8	1	4,35	2,2	2.481,2	11.484,3
Risaralda		106.466	0,02	2.476	0,00	39	7	17,9	0	0,0	2,3	2.576,3	11.078,0	
Quindío		70.839	0,01	2.056	0,00	9	0	0,0	0	0,00	2,9	3.701,8	12.754,6	
<b>Totales</b>		<b>1.213.202</b>	<b>0,0</b>	<b>25.355</b>	<b>0,00</b>	<b>281</b>	<b>51</b>	<b>2,5</b>	<b>7</b>	<b>13,73</b>	<b>2,3</b>	<b>2752,1</b>	<b>13.168,6</b>	
Centle	Barranquilla	264.436	0,0	5934	0,000	76	0	0,0	1	1,32	2,2	4.656,9	20.752,3	
	Cartagena	158.104	0,02	2.319	0,000	35	0	0,0	0	0,00	1,5	2.254,2	15.388,0	
	Atlántico	138.116	0,0	4.206	0,000	13	3	23,1	1	7,7	3,0	1.545,1	5.073,8	
	Córdoba	119.146	0,02	3.960	0,000	28	6	21,4	0	0,00	3,3	2.165,2	6.514,5	
	Cesar	106.582	0,03	2.675	0,000	54	18	33,3	1	1,85	2,5	2.065,0	8.227,8	
	Santa Marta	82.459	0,0	2.095	0,000	34	2	5,9	1	2,94	2,5	3.889,6	15.309,5	
	Sucre	65.716	0,01	1.720	0,000	11	2	18,2	0	0,0	2,6	1.812,0	6.922,9	
	La Guajira	56.359	0,00	1.532	0,000	7	2	28,6	0	0,00	2,7	1.586,4	5.836,0	
	Bolívar	39.357	0,00	925	0,000	2	0	0,0	0	0,00	2,4	424,1	1.804,5	
	Magdalena	32.533	0,00	1.543	0,000	3	1	33,3	0	0,00	4,7	1.081,3	7.281,2	
	San Andrés	10.199	0,01	155	0,000	1	0	0,0	0	0,0	1,5	2.433,6	16.013,0	
	<b>Totales</b>	<b>1.073.027</b>	<b>0,0</b>	<b>27.064</b>	<b>0,00</b>	<b>264</b>	<b>34</b>	<b>1,5</b>	<b>4</b>	<b>11,76</b>	<b>2,7</b>	<b>1895,9</b>	<b>7.517,0</b>	
	Llanos / Orinoquia	Meta	105.067	0,01	2.546	0,04	40	15	37,5	0	0,00	2,4	2.394,1	8.979,8
Casanare		41.741	0,05	1.002	0,00	40	11	27,5	0	0,00	0,0	2.302,4	9.591,3	
Arauca		16.325	0,01	535	0,00	15	6	40,0	0	0,0	3,3	1.818,5	5.548,8	
Vichada		3.400	0,00	62	0,00	0	0	0,0	0	0,00	1,8	548,9	3.010,0	
<b>Totales</b>		<b>166.533</b>	<b>0,0</b>	<b>4.145</b>	<b>0,02</b>	<b>95</b>	<b>32</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>2,5</b>	<b>2.174,9</b>	<b>8.738,2</b>	
Amazonia	Caquetá	24.993	0,02	1.034	0,00	10	4	40,0	0	0,00	4,1	2.518,8	6.088,1	
	Putumayo	20.509	0,00	776	0,00	4	3	75,0	1	25,00	3,8	2.160,8	5.710,8	
	Amazonas	7575	0,01	265	0,00	3	1	33,3	1	33,3	3,5	3.353,6	9.586,2	
	Guaviare	5.589	0,00	195	0,00	0	0	0,0	0	0,00	1,9	1.211,7	6.419,6	
	Guainía	2.767	0,07	37	0,00	2	0	0,0	0	0,00	1,3	730,7	5.464,5	
	Vaupés	1.890	0,05	22	0,00	2	0	0,0	0	0,00	1,2	492,0	4.227,1	
<b>Totales</b>	<b>63.323</b>	<b>0,0</b>	<b>2.239</b>	<b>0,00</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>9,5</b>	<b>2</b>	<b>25,00</b>	<b>3,5</b>	<b>2.172,4</b>	<b>6.143,8</b>		
Pacífico	Valle del Cauca	541.062	0,0	15.074	0,01	162	30	18,5	8	4,94	2,8	3.326,0	11.938,3	
	Nariño	104.422	0,0	3.325	0,03	16	7	43,8	1	6,25	3,2	2.042,9	6.415,7	
	Cauca	72.317	0,0	1.796	0,00	24	5	20,8	1	4,2	2,5	1.203,8	4.847,2	
	Chocó	18.592	0,0	430	0,00	0	0	0,0	0	0,00	2,3	789,3	2.412,9	
<b>Totales</b>	<b>736.393</b>	<b>0,0</b>	<b>20.625</b>	<b>0,01</b>	<b>202</b>	<b>42</b>	<b>5,0</b>	<b>10</b>	<b>23,81</b>	<b>2,8</b>	<b>2.516,3</b>	<b>8.984,3</b>		

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

*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 5 de mayo 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 un total de **2.842.833 casos** y **60.393 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% (1.127 nuevos casos) en los casos confirmados, el 0,013% (8 nuevos fallecimientos) en las muertes y una disminución del 0,8% en los casos activos (12 casos menos) con una tendencia a la disminución en el número de casos con respecto de la semana anterior. El departamento Santander (0,05%) y el Distrito Capital de Bogotá (0,05%) están por encima del incremento relativo en el número de casos de la región. De otra parte, el departamento de Norte de Santander (0,02%) está por encima del incremento relativo de defunciones.

Esta región aporta el 62,3% (1.428 casos) de los casos activos, y los departamentos del Huila, Norte de Santander y el Distrito Capital de Bogotá presentan un incremento en el número de casos activos al comparar 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 9% y el porcentaje de hospitalización en UCI es de 1,3%. 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%). El porcentaje de hospitalización de los casos activos en UCI más alto en la región se presenta en los departamentos de Norte de Santander (7%) y Tolima (6,3%); en la hospitalización de casos activos en sala general, los departamentos de Boyacá (36,6%), Norte de Santander (29,6%) y Tolima (27,8%), entre otros están por encima del porcentaje de la región.

## 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 **1.213.202 casos** y **25.355 muertes** que corresponden al 19,9% de los casos y al 18,1% de las muertes del País. Se reportan a la fecha **281 casos activos** (0,02%) y **51 casos hospitalizados** (2,5%). En comparación con la semana anterior la región presenta un incremento relativo del 0,02% de los casos y del 0,004% 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 0,02%, Antioquia con el 0,02% y Quindío con el 0,01%; el departamento de Antioquia presentó el incremento más alto en muertes (0,01). El departamento de Quindío presenta la mayor letalidad (2,9%), seguido de Risaralda (2,3%), Caldas (2,2%) y Antioquia (2%).

## Datos Región Caribe

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

La región Caribe, tiene confirmados un total de **1.073.027 casos** y **27.064 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 0,02% (212 nuevos casos) en los casos confirmados y la disminución del 16,2% en los casos activos (51 casos menos). El departamento de Cesar y los distritos de Barranquilla y Santa Marta están por encima del incremento relativo en el número de casos de la región. De otra parte, no se evidenciaron casos de muerte por COVID-19 en la región.

Esta región aporta el 11,5% (264 casos) de los casos activos al país, en la última semana. Al comparar las cifras con la semana anterior, los distritos de Barranquilla y Santa Marta y los departamentos del Atlántico y Cesar 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 12,9% que muestra una disminución relativa de acuerdo con lo observado en la semana anterior, y el

porcentaje de hospitalización en UCI (0,8%) 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 Santa Marta (2,9%) y el departamento de Cesar (1,9%); en la hospitalización de casos activos en sala general se observan en los departamentos de Cesar (33,3%), Magdalena (33,3%), La Guajira (28,6%) y Atlántico (23,1%), entre otros están por encima del porcentaje de la región.

## Región Pacífico

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

La región del pacífico, tiene confirmados un total de **736.393 casos** y **20.625 muertes** que corresponden al 12,1% de los casos y al 14,8% de las muertes del País. En la última semana, la región pacífico presenta un incremento del 0,01% (99 nuevos casos) en los casos confirmados, en las muertes el 0,01% (2 nuevos fallecimientos) y una disminución del 27,1% (75 casos menos) en los casos activos continuando con una tendencia a la disminución. El departamento del Valle del Cauca (0,02%) tiene un incremento relativo en el número de casos por encima del incremento de la región, así como en las defunciones el departamento de Nariño (0,03%). Esta región aporta el 8,8% (202 casos) de los casos activos al país.

Las cifras de los indicadores en la región son, letalidad 2,8; en los casos activos el porcentaje de hospitalización es del 19,8%, porcentaje de hospitalización en UCI 4,5%. El porcentaje de hospitalización de casos activos en UCI más alto en la región se presenta en el departamento del Valle del Cauca (4,5%) y en la hospitalización sala general los departamentos de Nariño (43,8%) y Cauca (20,8%).

## Vacunación

Colombia reporta con corte al 12 de mayo, un total de **83.585.958 dosis aplicadas; 35.778.117 esquemas completos (70,1% de la meta de vacunación)**. 331 municipios de Colombia alcanzaron coberturas por encima del 70% en esquemas completos de vacunación, y de este, el 40% con dosis de refuerzo, pudiendo eliminar la obligatoriedad del uso del tapabocas. Sin embargo, quedan 577 municipios por alcanzar esa meta. El Ministerio anunció que a partir del 15 de mayo se levanta la medida de uso de tapabocas en los colegios, por lo que el ministro hizo especial llamado a los territorios a incrementar la vacunación y también sobre el Plan Nacional de Vacunación, la autoridad sanitaria presentó en el último PMU el balance del cierre de la fase masiva, y se reveló que 11 departamentos y distritos ya están presentando la evaluación de las dosis aplicadas, las tareas pendientes y vacunas remitidas.



## Situación COVID-19 Contexto Global

<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---11-may-2022>

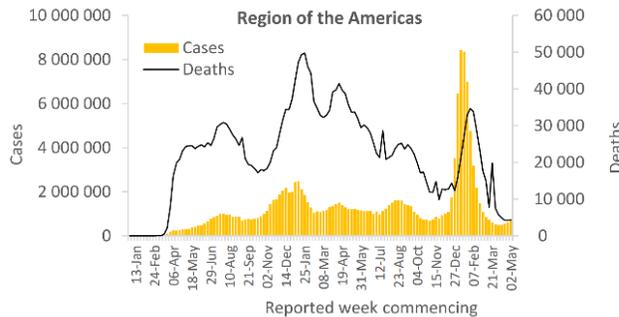
### Notas: Visión general OMS

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.

A nivel mundial, el número de nuevos casos y muertes de COVID-19 ha seguido disminuyendo desde finales de marzo de 2022. Al 16 de mayo se reportan un total de 519.105.112 casos confirmados, se informaron más de 3,5 millones de casos y 9.463 muertes, se reportaron disminuciones de 12% en los casos y 25% en las muertes, en comparación con la semana anterior (Figura 1).

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	1 482 775 (42%)	-26%	216 726 575 (42%)	5 137 (43%)	-24%	1 996 028 (32%)
Western Pacific	1 197 250 (34%)	1%	55 846 326 (11%)	1 407 (12%)	-32%	226 437 (4%)
Americas	709 439 (20%)	14%	153 884 155 (30%)	4 344 (36%)	3%	2 729 790 (44%)
South-East Asia	87 674 (2%)	-29%	57 945 672 (11%)	805 (7%)	-70%	787 004 (13%)
Africa	56 983 (2%)	12%	8 830 808 (2%)	166 (1%)	84%	171 824 (3%)
Eastern Mediterranean	11 948 (<1%)	-28%	21 714 448 (4%)	166 (1%)	-26%	342 411 (5%)

A nivel de país, el mayor número de casos nuevos semanales se notificó en los Estados Unidos de América (451 414 casos nuevos; +19 %), Australia (431 410 casos nuevos; +59 %), Alemania (427 044 casos nuevos; -29 %), Italia (304 573 casos nuevos; -21 %) y la República de Corea (268 749 casos nuevos; -29 %).

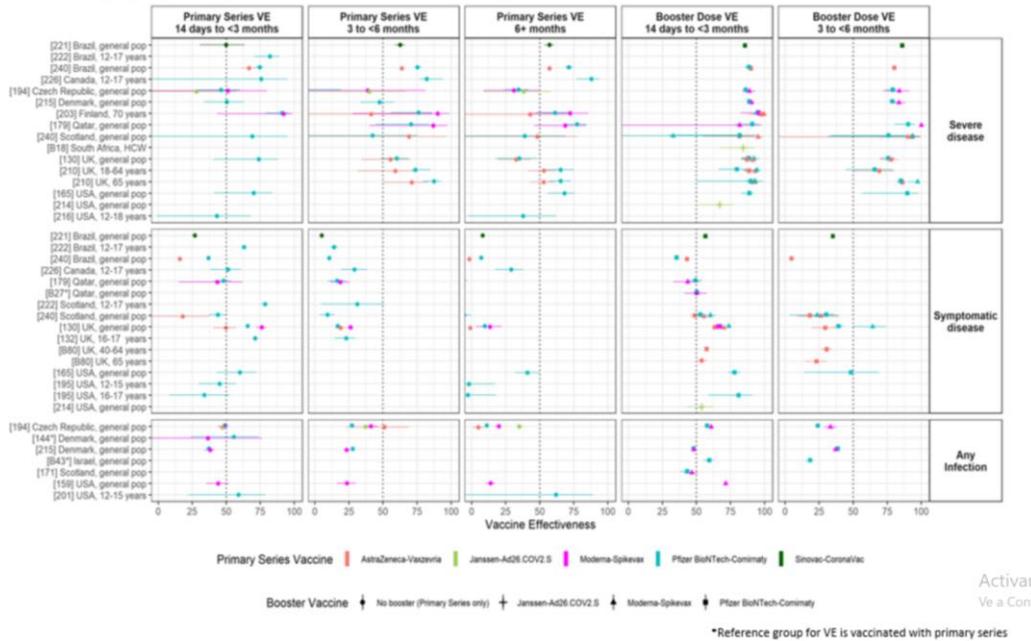


La Región de las Américas muestra una tendencia creciente por tercera semana consecutiva, con más de 709.000 nuevos casos notificados, un aumento del 14% en comparación con la semana anterior Diecinueve (34%) países de la Región informaron aumentos de casos nuevos del 20% o más, con algunos de los mayores aumentos proporcionales observados en Islas Malvinas (Falkland) (211 vs 29 casos nuevos; +628%), Montserrat (236 vs 39 nuevos casos; +505%) y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos (818 frente a 258 nuevos casos; +217%).

Los números más altos de casos nuevos se informaron en los Estados Unidos de América (451 414 casos nuevos; 136,4 casos nuevos por 100 000; +19 %), Brasil (110 866 casos nuevos; 52,2 casos nuevos por 100 000; +18 %) , y Canadá (41 069 casos nuevos; 108,8 casos nuevos por 100 000; -25%).

El número de nuevas muertes semanales en la Región fue similar a la semana anterior (+3%), con más de 4300 nuevas muertes reportadas. Los números más altos de nuevas muertes se informaron en los Estados Unidos de América (2652 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +19 %), Brasil (681 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -20 %) , y Canadá (486 nuevas muertes; 1,3 nuevas muertes por 100 000; +2 %).

**El impacto de la variante de Omicron en la efectividad de la vacuna específica del producto (VE) a lo largo del tiempo tanto para las vacunas de serie primaria como para las vacunas de refuerzo. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---11-may-2022>**



**Interpretación de los resultados del VE para la variante Ómicron**

Hasta la fecha, 23 estudios de diez países (Brasil, Canadá, República Checa, Dinamarca, Finlandia, Israel, Qatar, Sudáfrica, Reino Unido y Estados Unidos de América) han evaluado la duración de la protección de cinco vacunas contra la variante Omicron. (Seis estudios evaluaron la VE de la vacunación en serie primaria solamente, seis evaluaron la VE de una vacunación con dosis de refuerzo solamente y 11 evaluaron ambas). Los hallazgos de estos estudios muestran una VE reducida de las vacunas de la serie primaria COVID-19 contra la variante Omicron para todos los resultados (enfermedad grave, enfermedad sintomática e infección) que la observada para otros cuatro COV. Sin embargo, es importante destacar que, en la mayoría de los estudios, las estimaciones de VE frente a la variante Omicron siguen siendo más altas para la enfermedad grave. La vacunación de refuerzo mejora sustancialmente la VE para todos los resultados y para todas las combinaciones de programas con estimaciones disponibles, tanto para la serie primaria como para la vacunación de refuerzo.

Sin embargo, se necesitan estudios que evalúen la VE de la vacunación de refuerzo más allá de los seis meses para evaluar la mayor duración de la protección.

Para la enfermedad grave, dentro de los tres primeros meses de la serie de vacunación primaria, siete de 12 (58 %) estimaciones de VE para las vacunas de ARNm (Moderna-Spikevax y Pfizer BioNTech-Comirnaty) fueron  $\geq 70$  %. De los dos estudios disponibles para vacunas de vectores, uno informó una VE de  $< 70$  % para AstraZeneca-Vaxzevria y el otro informó una VE de  $< 50$  % para Janssen-Ad26.COVS.2. Un estudio disponible para vacunas inactivadas (Sinovac-CoronaVac) informó una EV del 50 %.

Después de tres meses después de la vacunación, 12 de 27 (44 %) estimaciones de VE para las vacunas de ARNm fueron  $\geq 70$  % mientras que 18 (77 %) fueron  $\geq 50$  %, una de las 12 (8 %) estimaciones de VE para AstraZeneca-Vaxzevria fue  $\geq 70$  % mientras que ocho (67 %) fueron  $\geq 50$  %, y las dos estimaciones de VE disponibles para Sinovac-CoronaVac fueron  $\geq 50$  %; ambas estimaciones para Janssen-Ad26.COVS.2 más allá de los tres meses de vacunación fueron  $< 50$  %.

Una dosis de refuerzo mejoró las estimaciones de VE contra la enfermedad grave en todos los estudios, con solo una estimación para Pfizer BioNTech-Comirnaty y otra para Janssen-Ad26.COVS.2 como dosis de refuerzo por debajo del 70 %, entre 14 días y tres meses después de recibir la dosis de refuerzo (33 estimaciones evaluaron un refuerzo de ARNm, dos estimaciones una dosis de refuerzo de Janssen-Ad26.COVS.2 y una

estimación una dosis de refuerzo de Sinovac-CoronaVac). De tres a seis meses después del refuerzo de ARNm, 18 de 20 (90 %) estimaciones mostraron VE  $\geq 70$  % (se administró una vacuna de ARNm como serie primaria en 13 de las 20 estimaciones, mientras que AstraZeneca-Vaxzevria y Sinovac-CoronaVac se administraron como serie primaria). series primarias para seis y una de las veinte estimaciones, respectivamente).

Las estimaciones de VE contra la enfermedad sintomática y la infección dentro de los primeros tres meses de la serie de vacunación primaria tendieron a ser más bajas que las de la enfermedad grave, y la VE disminuyó de manera más sustancial con el tiempo. Para la enfermedad sintomática dentro de los tres primeros meses de la serie de vacunación primaria, solo tres de 13 (23 %) estimaciones de VE para las vacunas de ARNm fueron  $\geq 70$  % y siete (54 %) fueron  $\geq 50$  %; las tres estimaciones de VE (100 %) para AstraZeneca Vaxzevria y la estimación única para Sinovac (CoronaVac) estuvieron por debajo del 50 %. Más allá de tres meses después de la vacunación, ninguna de las 28 estimaciones de VE fue  $\geq 50$ % (20 estimaciones evaluaron vacunas de ARNm, seis evaluaron AstraZenecaVaxzevria y dos evaluaron Sinovac-CoronaVac). Un refuerzo de ARNm después de completar una serie primaria de una vacuna de ARNm, AstraZeneca-Vaxzevria o Sinovac-CoronaVac, mejoró las estimaciones de VE contra la enfermedad sintomática, con cuatro de 21 (19 %) estimaciones de VE  $\geq 70$  % y 16 (76 %) estimaciones  $\geq 50$ %, entre 14 días y tres meses después del refuerzo. Sin embargo, la protección de la dosis de refuerzo disminuyó con el tiempo desde la vacunación, con solo una de las doce (8%) estimaciones disponibles que indican una VE de  $\geq 50$ % de tres a seis meses después de recibir una dosis de refuerzo de ARNm.

Las estimaciones para una dosis de refuerzo de AstraZeneca-Vaxzevria (una estimación) y Sinovac-CoronaVac (una estimación) de tres a seis meses después de la vacunación indicaron una EV de  $< 50$  %. Las estimaciones de VE contra la infección mostraron un patrón similar a las de la enfermedad sintomática.

## Principales actividades de la respuesta desde la OPS/OMS Colombia (actualización año 2022)

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 (268 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.
- ✓ 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.
- ✓ Liderazgo de la PWR en el Sistema de Naciones para para el manejo y apoyo a la respuesta.

### Pilar 2. Comunicación de riesgo

- ✓ 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.

### **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, se adelantaron acciones de rastreo intensificado en los municipios de Leticia (Amazonas), Puerto Santander y Villa del Rosario (Norte de Santander) y Maicao (La Guajira); se inició la fase de implementación en el municipio de Necoclí, Antioquia y la fase de alistamiento en los departamentos de Bolívar y Sucre.
- ✓ 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.

### **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.
- ✓ Proceso de concertación en los pasos tri fronterizos (Amazonas, Brasil, Perú).

### **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).
- ✓ 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.

### **Pilar 6. Prevención y control de infecciones**

- ✓ Fortalecimiento de la pedagogía del autocuidado, así como de todas las medidas de bioseguridad colectivas y familiares dirigidas poblaciones indígenas mediante diálogos participativos.
- ✓ 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**

- ✓ Se desarrolló 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**

- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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 diseño 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 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**

- ✓ 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.

## Principales Brechas y desafíos en la respuesta en el país

Fuente: Elaboración propia

Brechas	Desafíos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Acciones de vigilancia local:</b> 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.</li> <li>• <b>Evaluaciones de los establecimientos de salud:</b> Fomentar las evaluaciones para orientar las medidas de prevención y control de infecciones.</li> <li>• <b>Recursos y acceso a poblaciones en situación de vulnerabilidad:</b> brechas de atención en poblaciones vulnerables, étnicas y dispersas con dificultades para acceso a unidades de salud. Necesidad de continuar fomentando acciones con enfoque intercultural, de manera especial con pueblos indígenas.</li> <li>• <b>Comunicaciones de riesgo:</b> se evidencia desgaste de las poblaciones y falsa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Distribución equitativa de vacunas:</b> Mejorar coberturas de vacunación en población de mayor riesgo y con difícil acceso, indígena, rural dispersa y migrantes irregulares. Limitada 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.</li> <li>• <b>Respuesta en fronteras:</b> 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.</li> <li>• <b>Rastreo de casos y contactos:</b> 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.</li> <li>• <b>Comunicación de riesgos:</b> 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</li> </ul>

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.

• **Imaginario 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.

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.

<p><b>Vigilancia, equipos de respuesta rápida e investigación de casos</b></p> 	<p><b>Manejo Clínico</b></p> 
<p>Acceda a los documentos en español en los siguientes <b>enlaces:</b> <a href="https://bit.ly/2SyV6Mg">https://bit.ly/2SyV6Mg</a> y <a href="https://bit.ly/33AsZCL">https://bit.ly/33AsZCL</a></p>	<p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: <a href="https://bit.ly/2SyV6Mg">https://bit.ly/2SyV6Mg</a> y <a href="https://bit.ly/3i8JJIR">https://bit.ly/3i8JJIR</a></p>
<p><b>Laboratorio</b></p> 	<p><b>Prevención y control de infecciones</b></p> 
<p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: <a href="https://bit.ly/2SyV6Mg">https://bit.ly/2SyV6Mg</a> y <a href="https://bit.ly/2LqLNX">https://bit.ly/2LqLNX</a></p>	<p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: <a href="https://bit.ly/2SyV6Mg">https://bit.ly/2SyV6Mg</a> y <a href="https://bit.ly/3oARxDH">https://bit.ly/3oARxDH</a></p>
<p><b>Preparación crítica y respuesta</b></p> 	<p><b>Viajes, puntos de entrada y salud de fronteras</b></p> 
<p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: <a href="https://bit.ly/2SyV6Mg">https://bit.ly/2SyV6Mg</a> y <a href="https://bit.ly/3i5rNN6">https://bit.ly/3i5rNN6</a></p>	<p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: <a href="https://bit.ly/2SyV6Mg">https://bit.ly/2SyV6Mg</a> y <a href="https://bit.ly/3i5rNN6">https://bit.ly/3i5rNN6</a></p>
<p><b>Escuelas, lugares de trabajo y otras Instituciones</b></p> 	<p><b>Otros recursos</b></p> 
<p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: <a href="https://bit.ly/2SyV6Mg">https://bit.ly/2SyV6Mg</a> y <a href="https://bit.ly/3i5rNN6">https://bit.ly/3i5rNN6</a></p>	<p>Acceda a actualización sobre variantes: <a href="https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/">https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/</a></p>

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

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

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