

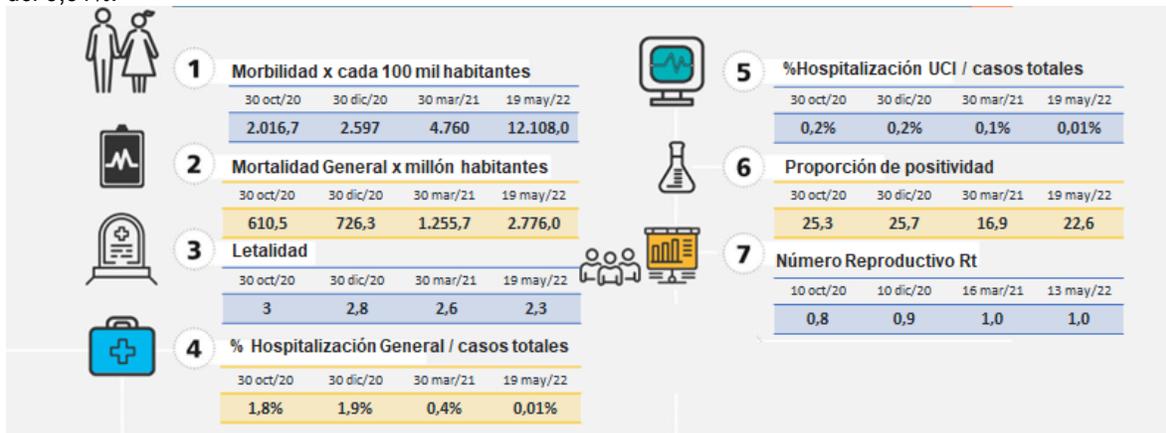


NOTA: Los datos incluidos en este SitRep corresponde a informes publicados sobre COVID-19 de la OMS, OPS, MINSALUD e INS y las cifras corresponden a las horas de corte que es incluido en cada bloque.

Situación COVID-19 Colombia. Corte 19 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>

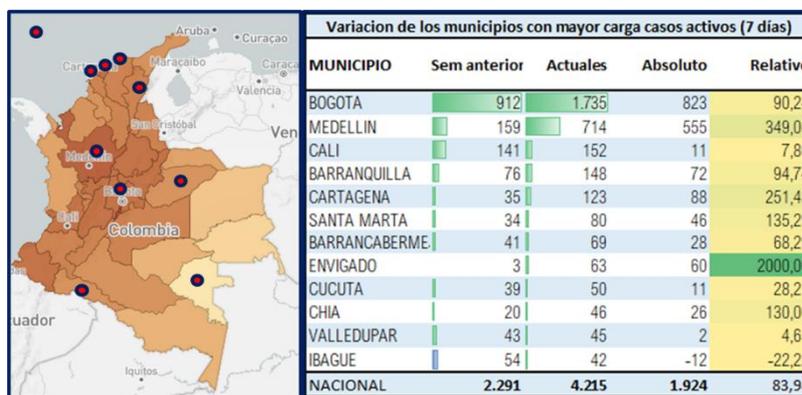
A la fecha Colombia reporta **6.099.111 casos** (3.795 casos nuevos del 13 al 19 de mayo) con un incremento nacional del 0,06% y **139.833 defunciones** (12 muertes nuevas del 13 al 19 de mayo) con un aumento nacional del 0,01%.



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: Vaupés 0,16% (3), Casanare 0,13% (54), Antioquia 0,10% (884), Santa Marta 0,09% (77), Putumayo 0,09% (19), Bogotá 0,09% (1.609), Cartagena 0,08% (122), (3.795), Barranquilla 0,06% (148), Cundinamarca 0,05% (159), San Andrés 0,05% (5).



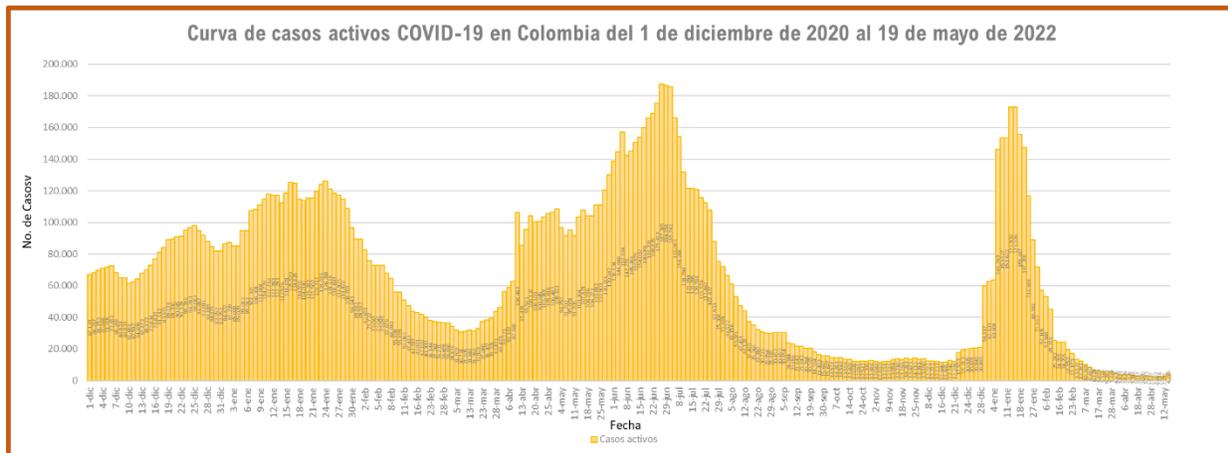
Respecto al comportamiento de los casos activos, el municipio de Envigado presentó un incremento del 2.000% (60), Medellín del 349% (555), Cartagena 251% (88), Santa Marta 135% (46), Bogotá 90% (823) y el municipio de Chía 130% (26).

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

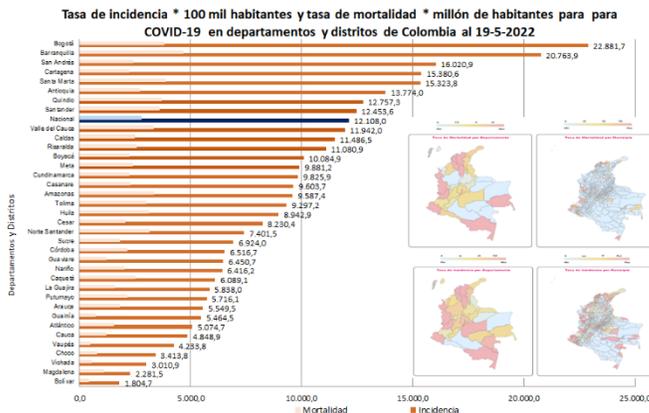
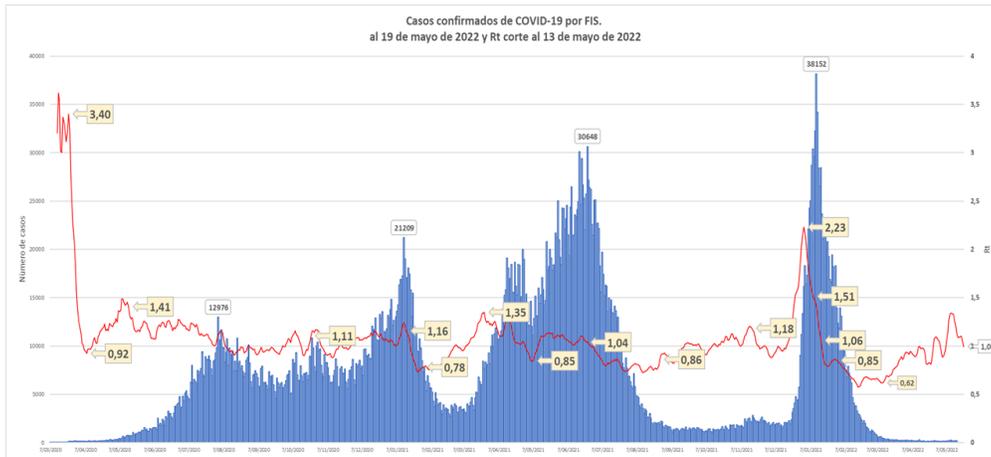
Incremento de casos en las última 7 días, municipios de mayor carga					Incremento de muertes en las últimos 7 días, municipios de mayor carga				
Municipio	semana anterior	Actuales al 19 de mayo	Incremento últimos 7 días	% de incremento casos en últ 7 días	Municipio	semana anterior	Muertes 19 de mayo	Incremento semana	% de incremento fallecidos últ 7 días
NACIONAL	6.095.316	6.099.111	3.795	0,06	COLOMBIA	139.821	139.833	12	0,01
BOGOTA	1.770.337	1.771.946	1.609	0,09	IBAGUE	2.024	2.026	2	0,1
MEDELLIN	523.842	524.531	689	0,13	ACEVEDO	42	43	1	2,3
BARRANQUILLA	264.436	264.584	148	0,06	ANSERMA	87	88	1	1,1
CARTAGENA	158.104	158.226	122	0,08	ARBOLETES	39	40	1	2,5
CALI	382.550	382.670	120	0,03	BARRANQUILLA	5.934	5.935	1	0,0
SANTA MARTA	82.459	82.536	77	0,09	BOGOTA	29.487	29.488	1	0,0
BARRANCABERME	34.445	34.513	68	0,20	CALI	8.661	8.662	1	0,0
ENVIGADO	36.338	36.401	63	0,17	CONCEPCION	14	15	1	6,7
CHIA	29.624	29.669	45	0,15	MANIZALES	1.211	1.212	1	0,1
BUCARAMANGA	135.472	135.508	36	0,03	PLANADAS	30	31	1	3,2

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 descendiendo rápidamente y a la fecha actual se reportan **4.215 casos activos**, con un aumento relativo semanal del **83,9% (1.924)**.

La OPS/OMS y la Universidad de Harvard han desarrollado una herramienta denominada EpiEstim, a fin de hacer la estimación del número reproductivo efectivo (Rt) para los países y su uso a nivel local, con esta herramienta y usando la información de los casos por fecha de inicio de síntomas, se calcula **un Rt de 1,0** tomada fecha de corte **el 13 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 **66,7%**.



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



La tasa de incidencia nacional es de **12.108,0 casos por cada 100.000 habitantes**; los departamentos y/o distritos que superan la tasa nacional son en su orden: Bogotá (22.881,7), Barranquilla (20.763,9), San Andrés (16.020,9), Cartagena (15.380,6), Santa Marta (15.323,8), Antioquia (13.774,0), Quindío (12.757,3), Santander (12.453,6).

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 **20.669.480 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 23 de mayo es de 12,28%** observando un incremento de la positividad.

Se notifica a la fecha, la realización de **14.123.364 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 **2.776,0 muertes por cada millón de habitantes**; se observa una tasa de mortalidad mayor a la nacional en: Barranquilla (4.657,6), Santa Marta (3.889,6), Bogotá (3.807,9), Quindío (3.701,8), Santander (3.590,2), Amazonas (3.353,6), Valle del Cauca (3.326,2), Norte Santander (3.153,7), Huila (3.131,1), Tolima (2.994,0).

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 10.613 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 47.966.

Tabla: Porcentaje de disponibilidad de camas en Unidad de Cuidado Intensivo - UCI según departamento en Colombia, 23 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	879	10	9	655	205	23%	0,15	77%
50 - Meta	179	1	17	113	48	27%	0,09	73%
17 - Caldas	200	1		142	57	29%	0,10	72%
63 - Quindío	88			61	27	31%	-	69%
73 - Tolima	401	1	3	271	126	31%	0,07	69%
23 - Córdoba	398	2	1	268	127	32%	0,11	68%
11 - Bogotá, D.C.	1.682	10	28	1.101	543	32%	0,13	68%
13 - Bolívar	400			267	133	33%	-	67%
66 - Risaralda	167			109	58	35%	-	65%
68 - Santander	613	2	1	365	245	40%	0,09	60%
18 - Caquetá	97		2	53	42	43%	-	57%
76 - Valle del Cauca	1.198	22	5	637	534	45%	0,48	55%
08 - Atlántico	809	2	5	435	367	45%	0,07	55%
19 - Cauca	142		9	68	65	46%	-	54%
52 - Nariño	290	7	3	143	137	47%	0,43	53%
15 - Boyacá	187	2		86	99	53%	0,16	47%
70 - Sucre	206			85	121	59%	-	41%
47 - Magdalena	302		2	121	179	59%	-	41%
81 - Arauca	15			6	9	60%	-	40%
20 - Cesar	522	3	11	173	335	64%	0,23	36%
25 - Cundinamarca	503		1	178	324	64%	-	36%
86 - Putumayo	29		1	8	20	69%	-	31%
54 - Norte de Santander	459	1		139	319	69%	0,06	31%
94 - Guaviare	10			3	7	70%	-	30%
41 - Huila	428	2	1	114	311	73%	0,18	27%
27 - Chocó	32			8	24	75%	-	25%
44 - La Guajira	191	1	3	31	156	82%	0,10	18%
85 - Casanare	130	2		21	107	82%	0,46	18%
95 - Guaviare	8		1		7	88%	-	13%
88 - Archipiélago de San Andrés	30			2	28	93%	-	7%
97 - Vaupés	6				6	100%	-	0%
99 - Vichada	12				12	100%	-	0%
Total general	10.613	69	103	5.663	4.778	45%	0,14	55%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Tabla: Porcentaje de disponibilidad de camas en hospitalización general según departamento en Colombia, 23 de mayo de 2022.

Departamento	Camas REPS	Expansión	Cantidad Total	Ocupacion Confirmado Covid19	Ocupacion Sospechoso Covid19	Ocupacion No Covid19	Cantidad Disponibles	Porcentaje Camas Disponibles
11 - Bogotá, D.C.	7.390	402	7.792	41	59	6.575	1.117	14%
66 - Risaralda	1.018	18	1.036		3	817	216	21%
05 - Antioquia	5.898	326	6.224	13	70	4.760	1.381	22%
63 - Quindío	544		544			412	132	24%
15 - Boyacá	734	135	869	7	3	606	253	29%
76 - Valle del Cauca	4.495	452	4.947	64	9	3.418	1.456	29%
68 - Santander	2.290	247	2.537	18	10	1.718	791	31%
81 - Arauca	177	3	180		2	121	57	32%
54 - Norte de Santander	1.056	138	1.194	12	28	765	389	33%
17 - Caldas	1.151	112	1.263	3	3	845	412	33%
19 - Cauca	773	19	792	1	2	510	279	35%
13 - Bolívar	1.944	399	2.343		1	1.490	852	36%
70 - Sucre	885	56	941	1	9	588	343	36%
25 - Cundinamarca	1.645	140	1.785	4	12	1.104	665	37%
52 - Nariño	987	196	1.183		7	726	450	38%
95 - Guaviare	64	4	68			39	26	38%
50 - Meta	808	230	1.038	15	11	610	402	39%
73 - Tolima	1.151	228	1.379	2	11	819	547	40%
20 - Cesar	1.429	232	1.661	3	32	929	697	42%
08 - Atlántico	3.257	217	3.474	5	7	1.999	1.463	42%
41 - Huila	1.046	533	1.579	3	16	893	667	42%
23 - Córdoba	1.415	149	1.564	1	13	882	668	43%
47 - Magdalena	1.302	57	1.359	6	24	706	623	46%
44 - La Guajira	558	70	628	7	44	249	328	52%
94 - Guainía	17		17			8	9	53%
85 - Casanare	336	62	398	4		179	215	54%
88 - Archipiélago de San Andrés y Providencia	78		78			35	43	55%
86 - Putumayo	231	79	310	2	10	125	173	56%
18 - Caquetá	267	64	331		10	129	192	58%
99 - Vichada	39	8	47			14	33	70%
97 - Vaupés	14	25	39			10	29	74%
91 - Amazonas	103	22	125			28	97	78%
27 - Chocó	352	37	389		1	10	378	97%
Total general	43.454	4.660	48.114	212	400	32.119	15.383	32%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

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 **11,4%** y la región Pacífico con el **9,5%**.

Tabla de casos, tasas de incidencia, mortalidad y gravedad de la COVID-19 para los departamentos y distritos al 19 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	1.771.946	0,09	29.488	0,00	1.735	57	3,3	10	0,58	1,7	3.807,9	22.881,7	
	Cundinamarca	318.653	0,0	7.301	0,01	194	9	4,6	2	1,03	2,3	2.251,3	9.825,9	
	Santander	284.056	0,0	8189	0,0	143	5	3,5	0	0,0	2,9	3.590,2	12.453,6	
	Boyacá	125.328	0,04	2785	0,00	60	5	8,3	0	0,00	2,2	2.241,0	10.084,9	
	Tolima	124.582	0,03	4012	0,07	58	6	10,3	0	0,00	3,2	2.994,0	9.297,2	
	Norte Santander	119.928	0,0	5110	0,0	81	15	18,5	1	1,2	4,3	3.153,7	7.401,5	
	Huila	100.395	0,02	3515	0,03	18	2	11,1	1	5,56	3,5	3.131,1	8.942,9	
	Totales	2.844.888	0,1	60.400	0,01	2.289	99	0,6	14	0,61	2,9	3248,4	15.300,4	
	Eje Cafetero / Antioquia	Antioquia	919.819	0,1	18.297	0,01	920	36	3,9	6	0,65	2,0	2.739,9	13.774,0
		Caldas	116.985	0,02	2.529	0,08	32	1	3,1	0	0,00	2,2	2.483,2	11.486,5
Risaralda		106.494	0,03	2.476	0,00	36	4	11,1	0	0,0	2,3	2.576,3	11.080,9	
Quindío		70.854	0,02	2.056	0,00	15	0	0,0	0	0,00	2,9	3.701,8	12.757,3	
Totales		1.214.152	0,1	25.358	0,01	1.003	41	0,6	6	0,60	2,3	2752,5	13.178,9	
Caribe	Barranquilla	264.584	0,1	5935	0,017	148	2	1,4	0	0,0	2,2	4.657,6	20.763,9	
	Cartagena	158.236	0,08	2319	0,000	123	0	0,0	0	0,0	1,5	2.254,2	15.380,6	
	Atlántico	138.140	0,0	4206	0,000	27	2	7,4	0	0,0	3,0	1.545,1	5.074,7	
	Córdoba	119.187	0,03	3960	0,000	46	4	8,7	0	0,00	3,3	2.165,2	6.516,7	
	Cesar	106.616	0,03	2675	0,000	53	6	11,3	0	0,00	2,5	2.065,0	8.230,4	
	Santa Marta	82.536	0,1	2095	0,000	80	2	2,5	0	0,00	2,5	3.889,6	15.323,8	
	Sucre	65.726	0,02	1720	0,000	12	0	0,0	0	0,0	2,6	1.812,0	6.924,0	
	La Guajira	56.379	0,04	1532	0,000	22	2	9,1	0	0,00	2,7	1.586,4	5.830,0	
	Bolívar	39.361	0,01	925	0,000	4	0	0,0	0	0,00	2,4	424,1	1.804,7	
	Magdalena	32.557	0,01	1543	0,000	5	0	0,0	0	0,00	4,7	1.081,3	2.281,5	
San Andrés	10.204	0,05	15	0,000	5	0	0,0	0	0,00	1,5	2.433,6	16.020,9		
Totales	1.073.516	0,0	27.065	0,00	525	18	3,4	0	0,00	2,7	1896,0	7.520,4		
Llanos / Orinoquia	Meta	105.082	0,01	2546	0,00	30	6	20,0	1	3,33	2,4	2.394,1	9.881,2	
	Casanare	41.795	0,13	1002	0,00	66	9	13,6	3	4,55	0,0	2.302,4	9.603,7	
	Arauca	16.327	0,01	535	0,00	8	1	12,5	0	0,0	3,3	1.818,5	5.549,5	
	Vichada	3.401	0,03	62	0,00	1	0	0,0	0	0,00	1,8	548,9	3.010,9	
	Totales	166.605	0,0	4.145	0,00	105	16	3,8	4	3,81	2,5	2174,9	8.741,9	
Amazonia	Caquetá	24.997	0,02	1034	0,00	8	1	12,5	0	0,00	4,1	2.518,8	6.089,1	
	Putumayo	20.528	0,09	776	0,00	23	1	4,3	0	0,00	3,8	2.160,8	5.716,1	
	Amazonas	7576	0,01	265	0,00	3	1	33,3	0	0,00	3,5	3.353,6	9.587,4	
	Guaviare	5590	0,02	105	0,00	1	0	0,0	0	0,00	1,9	1.211,7	6.450,7	
	Guainía	2767	0,00	37	0,00	0	0	0,0	0	0,00	1,3	730,7	5.464,5	
Vaupés	1893	0,16	22	0,00	3	0	0,0	0	0,00	1,2	492,0	4.233,8		
Totales	63.351	0,0	2.239	0,00	38	3	7,9	0	0,00	3,5	2172,4	6.146,6		
Pacífico	Valle del Cauca	541.231	0,0	15075	0,01	204	14	6,9	0	0,00	2,8	3326,2	11.942,0	
	Nariño	104.429	0,0	3325	0,00	14	1	7,1	0	0,00	3,2	2042,9	6.416,2	
	Cauca	72.342	0,0	1796	0,00	32	2	6,3	0	0,00	2,5	1203,8	4.848,9	
	Chocó	18.597	0,0	430	0,00	5	0	0,0	0	0,00	2,3	789,3	3.413,8	
	Totales	736.599	0,0	20.626	0,00	255	17	6,7	0	0,00	2,8	2516,5	8.986,8	

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 **2.844.888 casos** y **60.400 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 0,07% (2.050 nuevos casos) en los casos confirmados, el 0,012% (7 nuevos fallecimientos) en las muertes y un incremento del 60,3% en los casos activos (861 casos nuevos) con una tendencia al incremento en los casos activos con respecto de la semana anterior. El Distrito Capital de Bogotá (0,09%) están por encima del incremento relativo en el número de casos de la región. De otra parte, el departamento del Tolima (0,07%) está por encima del incremento relativo de defunciones.

Esta región aporta el 54,3% (1.428 casos) de los casos activos, y Bogotá, D.C. (90,2%) y los departamentos del Boyacá (46,3%) y Cundinamarca (39,6%) 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 5,6% y el porcentaje de hospitalización en UCI es de 0,8%. 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 del Tolima (8,6%) y Norte de Santander (6,2%); en la hospitalización de casos activos en sala general, los departamentos del Tolima (37,9%), Norte de Santander (25,9%) y Boyacá (25%), y 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 **1.214.202 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 1.003 casos activos (0,08%) y **41** casos hospitalizados (0,6%). En comparación con la semana anterior la región presenta un incremento relativo del 0,08% de los casos y del 0,012% 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 Antioquia con el 0,10%, Risaralda con el 0,03%, Quindío con el 0,02% y Caldas con el 0,02%; el departamento de Caldas presentó el incremento más alto en muertes (0,08), seguido de Antioquia (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 **1.073.516 casos** y **27.065 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 0,05% (261 nuevos casos) en los casos confirmados y del 98,9% en los casos activos (261 casos nuevos). Los distritos de Santa Marta (0,09%), Cartagena (0,08%) y Barranquilla (0,06%) 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 12,5% (525 casos) de los casos activos al país, en la última semana. Al comparar las cifras con la semana anterior, los distritos de Barranquilla, Cartagena, Santa Marta y los departamentos del Atlántico y San Andrés 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 6,5% que muestra una disminución relativa de acuerdo con lo observado en la semana anterior, y el porcentaje de hospitalización en UCI (0,4%) es menor 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 (1,3%) y el departamento de Cesar (1,9%); en la hospitalización de casos activos en sala general se observan en los departamentos de Cesar (34%), Magdalena (20%), Sucre (16,7%) y Atlántico (11,1%), 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 **736.599 casos** y **20.626 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 0,03% (206 nuevos casos) en los casos confirmados, en las muertes el 0,01% (7 nuevos fallecimientos) y del 26,2% (53 casos menos) en los casos activos con una tendencia al incremento. El departamento del Cauca (0,03%) tiene un incremento relativo en el número de casos por encima del incremento de la región, así como en las defunciones el departamento del Valle del Cauca (0,01%). Esta región aporta el 6,1% (255 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 15,7%, porcentaje de hospitalización en UCI 3,5%. El porcentaje de hospitalización de casos activos en UCI más alto en la región se presenta en el departamento del Valle del Cauca (3,9%) y en la hospitalización sala general los departamentos de Nariño (50%) y Cauca (15,6%).

Vacunación

Colombia reporta con corte al 17 de mayo, un total de **86.953.028 dosis aplicadas; 35.886.041 esquemas completos (70,3% de la meta de vacunación)**. 546 municipios de Colombia alcanzaron coberturas por encima del 70% en esquemas completos de vacunación, y 336 de estos, el 40% con dosis de refuerzo, pudiendo eliminar la obligatoriedad del uso del tapabocas. Sin embargo, quedan 575 municipios por alcanzar esa meta



Situación COVID-19 Contexto Global

<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---18-may-2022>

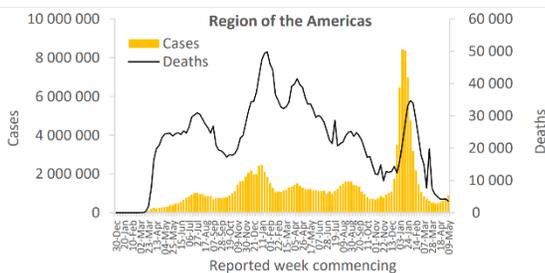
Notas: Visión general OMS

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 23 de mayo se reportan un total de 523.786.368 casos confirmados, se informaron más de 3,1 millones de casos y 7.666 muertes, se reportaron aumento de 1% en los casos y 21% en las muertes, en comparación con la semana anterior.

Region	% Change Cases	% Change Deaths
AFRO	8.90%	51.10%
AMRO	27.20%	-16.20%
EMRO	65.30%	-19.90%
EURO	-13.00%	-19.30%
SEARO	-18.70%	-23.70%
WPRO	14.10%	-9.90%

A nivel de país, el mayor número de casos nuevos semanales se notificó en los Estados Unidos de América (605 547 casos nuevos; +33 %), China (389 901 casos nuevos; +94 %), Alemania (376 959 casos nuevos; -20 %), Australia (332 451 casos nuevos; -23 %) y Japón (279 620 casos nuevos; +54 %).



La Región de las Américas ha seguido informando una tendencia creciente desde mediados de abril de 2022, con más de 912 000 nuevos casos semanales notificados, un aumento del 26 % en comparación con la semana anterior. Veintiséis (46%) países de la Región informaron aumentos de casos nuevos del 20% o más, con algunos de los mayores aumentos proporcionales observados en Surinam (615 frente a 57 casos nuevos; +979%), Islas Malvinas (Falkland) (734 vs 211 casos nuevos; +248%) y Guyana (233 vs 83 casos nuevos; +184%).

Los números más altos de casos nuevos se informaron en los Estados Unidos de América (605 547 casos nuevos; 182,9 casos nuevos por 100 000; aumento del +33 %), Brasil (120 831 casos nuevos; 56,8 casos nuevos por 100 000; +9 %), y Argentina (33 989 casos nuevos; 75,2 casos nuevos por 100 000; +93%).

El número de nuevas muertes semanales en la Región disminuyó un 16% con respecto a la semana anterior, con más de 3500 nuevas muertes reportadas. Los números más altos de nuevas muertes se informaron en los Estados Unidos de América (1849 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -27%), Brasil (689 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +1%), y Canadá (501 nuevas muertes; 1,3 nuevas muertes por 100 000; +3%).

Vigilancia ambiental del SARS-CoV-2 para complementar la vigilancia de la salud pública.

<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---18-may-2022>

La gestión de la pandemia de COVID-19 sigue siendo un desafío por varias razones, incluida la evolución del virus y el impacto de los COV en las medidas de control. La principal fuente de evidencia sobre la incidencia de la infección por SARS-CoV-2 en cualquier ubicación geográfica es la prueba de muestras del tracto respiratorio superior. Sin embargo, en un número cada vez mayor de entornos en todo el mundo, los programas de vigilancia

de rutina de COVID 19 han complementado las pruebas de diagnóstico con vigilancia ambiental (VA) a escala comunitaria del SARS-CoV-2 en muestras de aguas residuales.

Antes de la pandemia de COVID-19, los VA para detectar patógenos circulantes en aguas residuales se habían utilizado ampliamente en la salud pública, en particular para el poliovirus, la fiebre tifoidea y, más recientemente, la resistencia a los antimicrobianos (RAM).

El 14 de abril de 2022, la OMS publicó una guía provisional sobre Vigilancia ambiental del SARS-COV-2 para complementar la vigilancia de la salud pública con el fin de brindar a los Estados miembros asesoramiento sobre cómo establecer un programa de VA eficaz para el SARS-CoV-2. Esto incluye los requisitos mínimos para planificar y coordinar VA en diferentes entornos de recursos y buenas prácticas para la recopilación, el análisis, la interpretación y la comunicación de datos.

Aplicaciones de la vigilancia ambiental para el SARS-CoV-2

El liderazgo de las agencias de salud pública responsables de la respuesta general al COVID-19 es fundamental para los programas de SARS-COV-2 VA. Las autoridades sanitarias a cargo de la vigilancia de enfermedades infecciosas deben tener la responsabilidad de diseñar VA para el SARS-CoV-2, coordinar la interpretación y comunicar los hallazgos.

En su forma más básica, los programas SARS-CoV-2 ES indican si, a nivel de la comunidad, el virus está por encima (presente) o por debajo (ausente) de los límites de detección de los métodos de prueba utilizados. Esto es particularmente relevante en entornos de prevalencia cero o baja para confirmar la ausencia de circulación del virus o advertir sobre la (re)aparición del virus. La mayoría de los programas de VA en entornos de alta prevalencia implican la cuantificación de los resultados para identificar tendencias en la infección por SARS-CoV-2 en la comunidad. En las configuraciones más avanzadas, los programas SARS-COV-2 VA pueden detectar variantes emergentes y monitorear variantes circulantes. Estos hallazgos pueden ayudar a orientar las respuestas e intervenciones del SARS-CoV-2.

Los programas SARS-CoV-2 VA agregan valor al:

- Señalización de alerta temprana del (re)surgimiento del SARS-CoV-2 aproximadamente siete días antes de la detección del caso clínico, incluso en áreas que se cree que están libres de SARS-CoV-2.
- Apoyar la comunicación de riesgos para ayudar a promover buenos comportamientos: la detección de SARS-COV-2 en aguas residuales se puede utilizar para recordar a la comunidad que el virus está circulando, alentar a las personas a buscar pruebas de diagnóstico y reducir la complacencia sobre las intervenciones de control, como el uso de máscaras, distanciamiento y vacunación.
- Permitir la focalización rentable de la vigilancia de la salud pública: las áreas críticas con señales más altas de SARS-CoV-2 VA pueden priorizarse para el despliegue de recursos escasos de pruebas de diagnóstico y la implementación de restricciones localizadas.
- Permitir la vigilancia específica para la alerta temprana de circulación en entornos vulnerables o de alto riesgo, comunidades aisladas, embarcaciones de transporte y eventos y eventos de varios días.
- Identificar variantes conocidas de interés o preocupación y detectar la aparición de nuevas variantes (aunque desafiante en muestras de aguas residuales).
- Habilitación de análisis retrospectivos a través de bancos de muestras.

Consideraciones clave para la planificación y la coordinación

Los componentes de un programa de vigilancia de aguas residuales y los requisitos para establecer uno que sea creíble y efectivo incluyen:

- Agencias de salud pública y formuladores de políticas que formulan las preguntas que el programa debe responder y utilizan la información generada para orientar las decisiones.
- Epidemiólogos y administradores de datos que recopilan, administran e interpretan datos.

- Organismos de agua, saneamiento y medio ambiente y autoridades municipales responsables de la gestión de aguas residuales y (normalmente) del muestreo que entienden los flujos de aguas residuales y cómo se relacionan con las zonas residenciales de las poblaciones y los distritos de salud pública.
- Laboratorios que realizan las pruebas, informan los resultados y asumen la gestión de calidad, y que tienen experiencia en el manejo de muestras de aguas residuales y biología molecular.
- Personal de tecnología de la información y comunicaciones que realiza mapas espaciales e interpretación de datos, prepara informes y mantiene tableros en nombre de todas las partes.

El objetivo del programa SARS-CoV-2 VA es informar los procesos de toma de decisiones para el control y la gestión del SARS-CoV-2 como parte de la estrategia más amplia de respuesta a la COVID-19. Esto requiere vincular el programa SARS-CoV-2 VA con otros pilares de la respuesta.

Conclusiones

No existe un método o enfoque estándar universal para VA para SARS-CoV-2. Sin embargo, existen varias comunidades de práctica a escala nacional, regional y global, y varios programas de competencia, junto con muchos protocolos publicados. La guía tiene más información sobre las consideraciones clave para la recopilación, el análisis y la interpretación de datos.

Se están realizando una variedad de proyectos de investigación e innovaciones para mejorar los SE para el SARS-CoV-2 y otros patógenos. VA tiene el potencial de detectar nuevas variantes, así como aumentar la comprensión de la ecología y el potencial zoonótico (por ejemplo, a partir de muestras de operaciones de cría de animales) del SARS-CoV-2 que no se ha identificado en muestras clínicas humanas, y para monitorear aguas residuales de los centros de transporte, para apoyar la inteligencia pandémica global.

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 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

- ✓ 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"> • 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 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 	<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. 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. • 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. • 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

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