

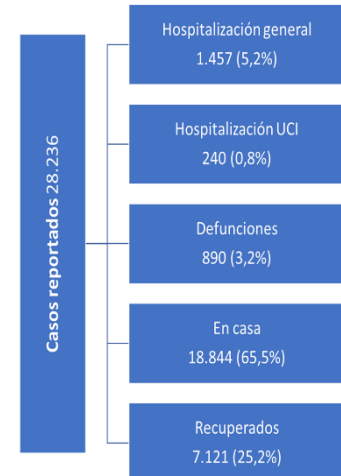
NOTA: Los datos incluidos en este SitRep corresponde a informes publicados sobre COVID-19 de la OMS, OPS, MinSalud e INS y las cifras corresponden a las horas de corte que es incluido en cada bloque.

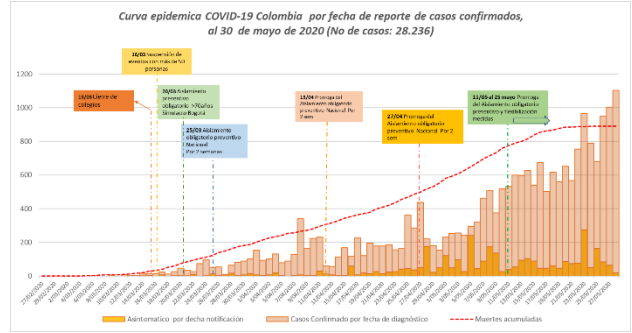
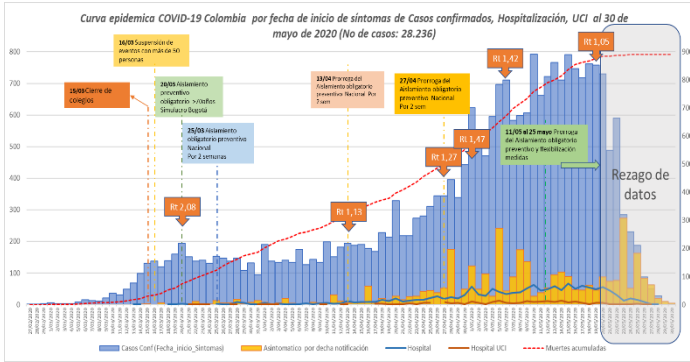
### CONTEXTO COLOMBIA. Corte 31 de mayo 9 pm.

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

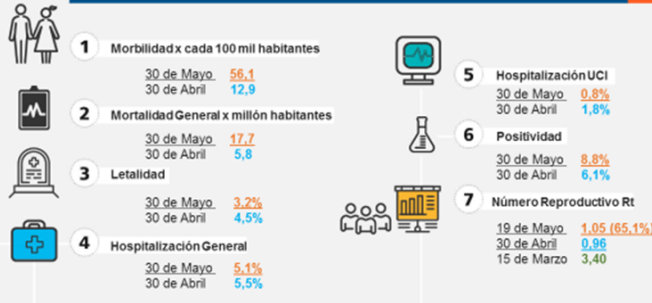


- Para el 31 de mayo se reportaron **29.383 casos** (1.147 casos nuevos en las últimas 24h) y **939 defunciones** (49 defunciones en las últimas 24 Horas)
- Teniendo en cuenta que no fueron publicados los datos desagregados de los casos COVID-19 del país el 31 de mayo, este SitRep No 69 mostrará el análisis de casos hasta el pasado 30 de mayo a las 9 pm para Colombia.**
- Colombia reportó al 30 de mayo **28.236 casos** (1.548 casos nuevos en las últimas 24h) y **890 defunciones** (37 defunciones en las últimas 24 h).
- El 55,8% de los casos se reportaron en hombres. En cuanto a grupos de edad, se reportaron el 5,6 % de los casos en menores de 9 años (1.572 casos), 79,6% de los casos en población entre los 10 a los 59 años (22.428) y el 14,9% son de 60 años y más (4.192 casos).
- Con relación a la población hospitalizada, se evidencia mayor proporción en los hombres con el 60,5% (1.027/1.697); la proporción de hospitalización general es del 5,2% y el 0,8% están en hospitalización en UCI.
- Entre las entidades territoriales con una mayor proporción de casos en hospitalización general están: Córdoba 7,3%; Chocó con el 9,2; Buenaventura con el 10,9%; Valle con el 8,8%; Nariño con el 9,7%; Cartagena 6,9% y Magdalena 6,02%. En UCI la mayor proporción se observó en Córdoba 3,3%; Valle 1,7% y la Guajira 1,7%
- En la población de 60 años y más se observa la mayor proporción de casos graves y fatales, es así como el 11,9% (500) de la población de 60 y más años están en hospitalización general, 2,5% (105) en UCI y 15,4% han fallecido (644 casos).
- Los departamentos y distritos que presentaron los aumentos relativos más altos de COVID-19 en las últimas 24 horas fueron: Buenaventura con el 35,5% (124), Cesar con el 27,6% (45) y Sucre con el 26,7% (4). El aumento relativo nacional fue del 5,8% (1548 casos)
- En relación con el número de municipios, 399 municipios están reportando casos, incremento de 9 municipios en las últimas 24 horas. El 79,5% de los casos se reportan en 10 municipios y 67,5% de las muertes se reportan en 5 municipios.

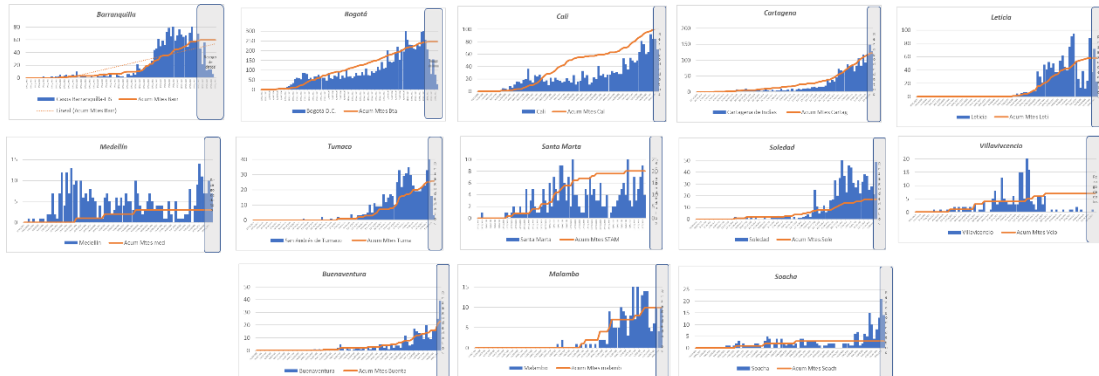




Indicadores estratégicos de seguimiento COVID - 19

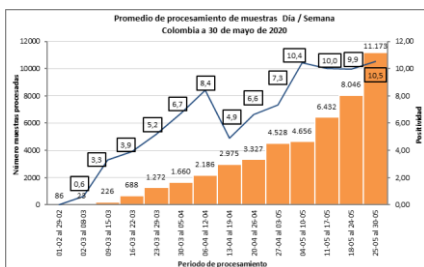


Municipios de mayor carga COVID-19 (Casos por fecha de inicio de síntomas) al 30 de mayo de 2020,



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

Procesamiento de muestras para diagnóstico de Covid-19 en Colombia



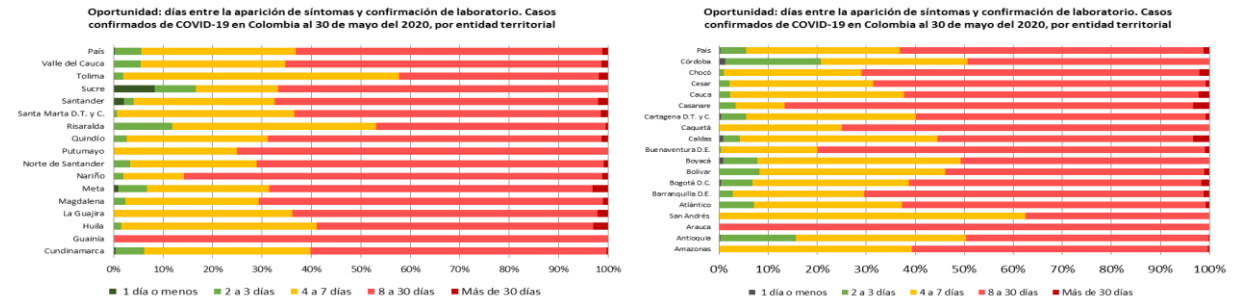
Hasta el 30 de mayo el Instituto Nacional de Salud reporta que **se han procesado 319.779 muestras**. La proporción de muestras procesadas diariamente se ha venido incrementando, pasando de procesar 557 muestras por día en marzo, a procesar 2.769 muestras diarias en abril y en lo cursado del mes de mayo, se están procesando **en promedio 7.171 muestras por día**.

Para el país a 30 de mayo, la proporción de positividad es de 8,83%, donde la entidad territorial que presenta la mayor positividad es el departamento de Bolívar con el 34,1%, seguido de Atlántico con el 29,4%. Ciudades que presentan mayor número de casos como Bogotá, tiene una positividad del 8,8% y Valle del Cauca de 25,4%.

(\*Nota: Esta información corresponde a la publicada en la página del Instituto Nacional de Salud y está sujeta a cambios, debido a los ajustes de información en la consolidación de datos a través de la plataforma "Sismuestras")

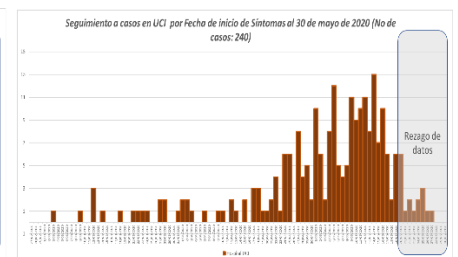
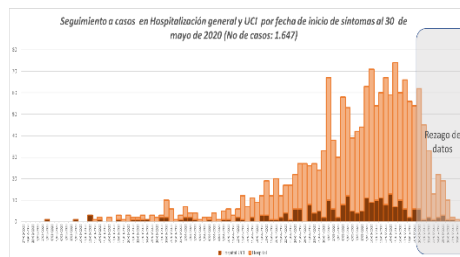
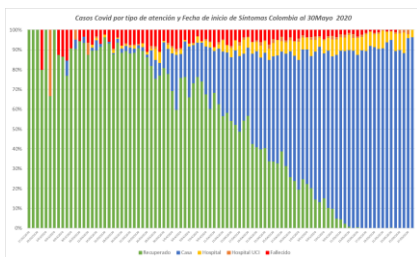
Departamento	Muestras por millón hab	Casos por millón hab	Proporción Positivada
Nacional	6348	561	8,83
Bolívar	9345	3190	34,14
Atlántico	7800	2297	29,45
Valle del Cauca	6577	1675	25,47
Nariño	3274	550	16,80
Magdalena	5755	829	14,40
Meta	8187	942	11,51
Cundinamarca	3071	283	9,22
Bogotá	13119	1164	8,87
Antioquia	6297	162	2,57
Guainía	13607	136	1,00

Como un indicador de oportunidad podemos medir la diferencia de tiempo en días, entre el momento del inicio de síntomas y la fecha del diagnóstico, para el país esta diferencia está en promedio en 10,33 días, con un valor mínimo de 0 días y máximo de 84 días. Es importante destacar que a nivel nacional el 36,87% de los resultados se disponen durante la primera semana, y los departamentos que tienen un resultado de casos confirmados durante la primera semana, por encima del 50% son San Andrés (62,50%), Tolima (57,69%), Risaralda (53,06%), Córdoba(50,65%) y Antioquía (50,38%).

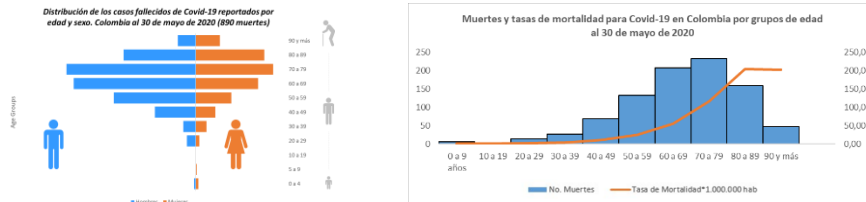


**Incidencia acumulada nacional y de los departamentos y distritos con mayor número de casos:** En cuanto al análisis de la tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes, se observa que en su orden Amazonas, Cartagena, Barranquilla, Buenaventura, Bogotá, Meta, Atlántico, Valle del Cauca, Nariño y Santa Marta presentan las mayores tasas de incidencia por cada 100.000 habitantes superando la tasa de incidencia Nacional (56,1 casos por cada 100.000 habitantes).

**Indicadores de gravedad y mortalidad:** En promedio cuatro personas/día han requerido ingresar a una Unidad de Cuidado Intensivo, (UCI) describe una tendencia fluctuante. El promedio de casos hospitalizados por COVID-19 ha sido de 19,7 paciente/día durante toda la pandemia en Colombia hasta el 30 de mayo; Se observa un incremento en el número de hospitalizaciones entre abril y mayo en el país, pasando de 11 casos en Hospit general/día en abril a 39 hosp general/día en mayo y en UCI de 2 ingresos diarios en abril a 6 ingresos diarios en mayo.



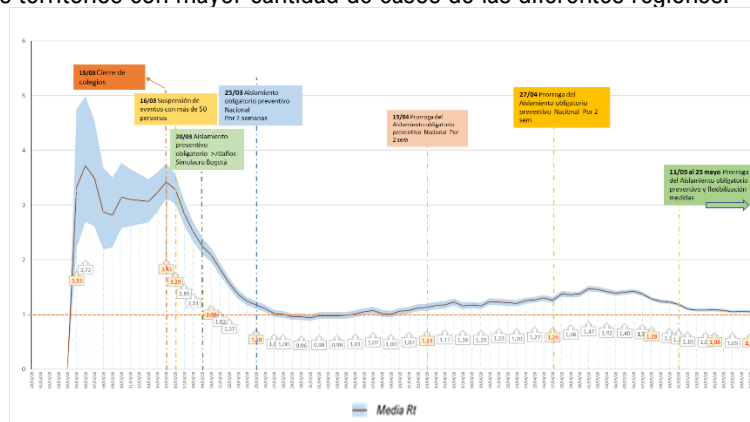
Al 30 de mayo de 2020 en el país se han presentado 890 defunciones por COVID-19, las cuales corresponden 61,5% a hombres. Los Departamentos y Distritos que presentan las mayores tasas de mortalidad son Amazonas, Cartagena, Buenaventura, Barranquilla, Santa Marta, Bogotá, Valle del Cauca y Nariño. La tasa de mortalidad Nacional es de 17,7 muertes por cada millón de habitantes.



### Estimación del número reproductivo efectivo (Rt) con EpiEstim Colombia

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

Para estas estimaciones se ha usado la información de los casos por *fecha de inicio de síntomas*, siendo esta variable la que nos muestra el comportamiento real del evento en el tiempo, no usamos la fecha de reporte/diagnóstico dado que esta fecha se ve afectada por factores no del comportamiento del evento, sino por los procesos propios de la vigilancia (Identificación, notificación, diagnóstico y reporte). Además, como tiempo de evaluación para la estimación, se ha tomado la fecha de inicio de la epidemia hasta el **19 de mayo**, de modo que los datos sean más estables y teniendo en cuenta que en este momento la diferencia de la fecha del reporte con relación a la fecha del inicio de los síntomas es alrededor de **10 días**. Es de anotar que se incluyen los casos asintomáticos con fecha de notificación, La OPS/OMS y la Universidad de Harvard han desarrollado una herramienta denominada EpiEstim, a fin de hacer la estimación del número reproductivo efectivo (Rt) para los países y su uso a nivel local, en este sentido presentamos la estimación de Rt realizado para Colombia y los territorios con mayor cantidad de casos de las diferentes regiones.



Fuente: Elaboración propia con EpiEstim, a partir de los datos de casos publicados INS en <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

Esta medición estará sujeta a ajuste en la medida que se incorporen y actualicen los datos, es así como para el país la estimación del número reproductivo efectivo (Rt), ha pasado de 3,43 al 15 de marzo, fecha en la que se emitió la medida de cierre de colegios y un día después la suspensión de ingreso de extranjeros y cierre de

pasos fronterizos, así como la suspensión de eventos de más de 50 personas, mostrando un descenso al 25 de marzo, cuando se inicia la medida de aislamiento obligatorio preventivo un Rt de 1,18, cuando ya varias semanas en implementar las medidas no farmacológicas con especial énfasis en el lavado de manos. Es importante ver como a partir del 27 de abril cuando se amplía la segunda cuarentena y se da apertura a la industria de manufactura y construcción se observa un incremento del Rt pasando de 1,26 el 27 de abril a 1,47 al 1 de mayo, manteniéndose por encima de 1 hasta el 19 de mayo, cuando se ve en 1,05, fecha de cierre de esta evaluación, es decir que ha esta fecha la medidas tomadas y adoptadas por la población han logrado impactar la transmisión del COVID19 en un 65,1%.

### Región de la Orinoquía / Amazonía

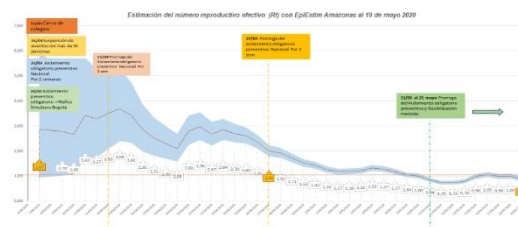
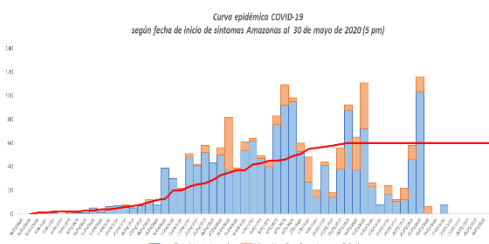
Con base en los datos publicados en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

En la región de la Orinoquía y la Amazonía 9 departamentos han presentado casos de COVID-19, con un total de 2.893 casos, cifra que representa el 10% del total de casos en Colombia y 70 defunciones, las cuales representan el 7,9% del total de muertes en el país. A continuación, se presentan los indicadores de morbilidad, mortalidad y gravedad por departamento:

**Tabla de casos, tasas de incidencia, mortalidad de COVID-19 para los Departamentos y distritos de la Región de la Amazonía-Orinoquía al 30 de mayo**

Departamentos y Distritos	Casos	Muertes	Hospitalización General	UCI (%)	UCI Casos	Letalidad	Tasa de Mortalidad * millón de hab	Tasa de Incidencia * 100.000 hab	RT (19 mayo)
Amazonas	1832	60	53	0,3	5	3,3	759,3	2318,4	0,88 (70,7%)
Meta	975	8	6	0,2	2	0,8	7,5	91,7	0,9 (70%)
Casanare	34	0	0	0,0	0	0,0	0,0	7,8	NA
Caquetá	24	1	1	0,0	0	4,2	2,4	5,8	NA
Vaupés	11	0	0	0,0	0	0,0	0,0	24,6	NA
Putumayo	9	1	1	22,2	2	11,1	2,8	2,5	NA
Guainía	6	0	0	0,0	0	0,0	0,0	11,8	NA
Arauca	1	0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,3	NA
Vichada	1	0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,9	

**Situación Amazonas:** Con corte al 30 de mayo, en el departamento de Amazonas se han reportado 1.832 casos confirmados y 60 defunciones por COVID-19. El 61,4% (1.126) de los casos se presentan en hombres. Del total de los casos el 8% (147) se han recuperado, el 85,4% (1.566) son atendidos en casa, el 2,8% (53 casos) se encuentran hospitalizados y el 0,27% (5) está siendo atendido en UCI. Los grupos de edad donde hay mayor concentración de casos por COVID19 está entre los 20 a 39 años de edad con el 44% (814), la población mayor de 60 años concentra el 14% (249) de los casos y el 68% (41) de las muertes. A la fecha 2 municipios han presentado casos, de los cuales Leticia aporta el 98% (1790 casos) y Puerto Nariño el 2,3% (42). El tiempo de duplicación de casos para el departamento de Amazonas actualmente está estimado en 24 días. Al inicio de la epidemia el número promedio de casos secundarios causados por un individuo infectado era de 2,8; en el momento en el que se presenta el primer caso en Amazonas ya se venían implementando varias medidas de distanciamiento social, confinamiento y cuarentena, hacia el 13 de abril cuando se implementa la primera prórroga de la cuarentena el departamento alcanzó el valor más alto de RT (3,5) y a partir de allí comenzó un descenso gradual. El valor del RT con corte al 19 de mayo es de 0,88 con un impacto estimado del 70,7%, esto puede deberse a la efectividad de las medidas de aislamiento y cuarentena implementadas.



**Situación Covid-19 por regiones.** Con base en los datos publicados en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>  
**Región Caribe**

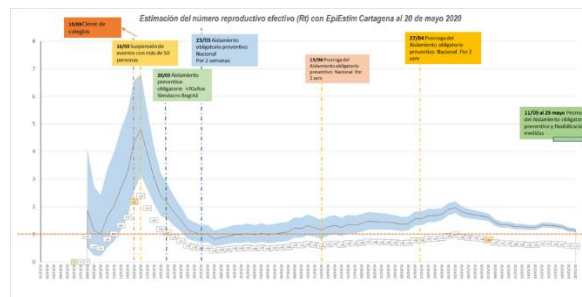
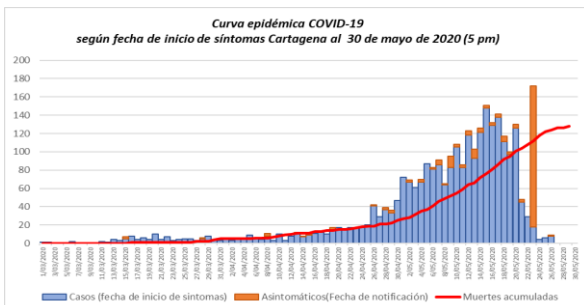
La región Caribe, conformada por los Departamentos del Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Santa Marta, Sucre, los Distritos de Barranquilla, Cartagena y el Archipiélago de San Andrés y Providencia, al 30 de mayo tienen confirmados un total de 7.790 casos, que corresponden al 27,6% de los casos País, y un total 292 muertes, que corresponden al 32,8% del País. Cartagena es el Distrito que mayor número de casos confirmados y muertes tiene en la región Caribe, aportando el 36,3% y 43,8% respectivamente; así mismo, presenta las tasas de incidencia y mortalidad más altas y el porcentaje de ocupación de camas de UCI en Cartagena es del 53%. De otra parte, el departamento del Magdalena tiene la letalidad más alta (6,8%); El porcentaje de hospitalización en UCI en el departamento de Córdoba (3,3%) es el más alto en la región, seguido de La Guajira (1,7%).

Con respecto al número promedio de casos secundarios causados por un individuo infectado  $R_t$ , en la región, el departamento del Cesar tiene el más alto (1,95), seguido por Bolívar (1,16). De otra parte, el Departamento del Atlántico, con las medidas a logrado disminuir la transmisión en un 69%. La fecha de corte para el cálculo del  $R_t$ , fue el 20 de mayo, por la disminución de la variabilidad de este.

**Tabla de casos, tasas de incidencia y mortalidad de COVID-19 para los Departamentos y distritos de la Región Caribe al 30 de mayo**

Departamentos y Distritos	Casos	Muertes	Letalidad (%)	Hospitalización General	UCI (%)	Casos UCI	Tasa de Mortalidad * millón de hab	Tasa de Incidencia * 100.000 hab	Rt
Cartagena	2829	128	4,5	197	1,1	30	124,4	275,0	1,14 (62%)
Barranquilla	1991	60	3,0	88	1,1	22	47,1	156,2	0,93 (69%)
Atlántico	1740	34	2,0	56	0,6	10	12,5	63,9	0,81 (73%)
Santa Marta	328	20	6,1	14	0,3	1	37,1	60,9	
Magdalena	266	18	6,8	16	0,4	1	12,6	18,6	
Bolívar	213	12	5,6	9	1,4	3	5,5	9,8	1,16 (61%)
Cesar	208	11	5,3	3	0,5	1	8,5	16,1	1,95 (35%)
Córdoba	121	6	5,0	12	3,3	4	3,3	6,6	
La Guajira	58	3	5,2	1	1,7	1	3,1	6,0	
Sucre	19	0	0,0	1	0,0	0	0,0	2,0	
San Andrés	17	0	0,0	0	0,0	0	0,0	26,7	

**Situación Cartagena:** En el Distrito Turístico de Cartagena a la fecha se han confirmado 2.650 casos y 126 casos de muertes. En relación con la distribución de los casos confirmados de acuerdo con el sexo, el 58,3% (1.545) son hombres. Por grupo de edad, el 44,75% (1.186) de los casos están en el grupo de edad de 20 a 39 años, el 29,58% (784) en el grupo de 40 a 59 años, el 9,62% (255) el grupo de edad de menores de 19 años, el 16,04% (425) lo constituyen los mayores de 60 años. Según la atención recibida, el 70,52% (1.694) de los casos sintomáticos han sido manejados en casa, hospitalización en sala general el 7,58% (182) y en la UCI el 1,29% (31) del total de los casos y recuperados el 15,24 % (366); los fallecidos corresponden al 4,75% (126) del total de los casos y de estos el 70% (88) son personas mayores de 60 años. La ocupación de UCI reportada es del 53%. <https://coronavirus.cartagena.gov.co/>



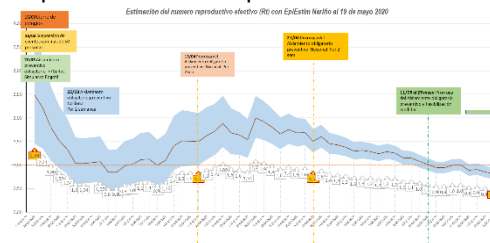
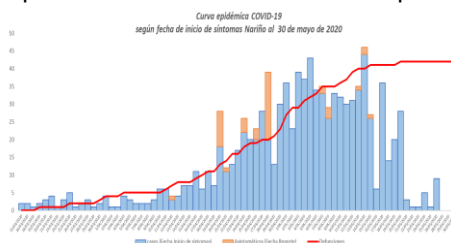
**Situación Covid-19 por regiones.** Con base en los datos publicados en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>  
**Región pacífica (Chocó, Cauca, Valle y Nariño)**

La región del Pacífico está conformada por los Departamentos del Chocó, Valle del Cauca, Cauca, Nariño y el Distrito de Buenaventura; al 30 de mayo, concentra el 16,5% (4.685) de los casos del país y el 23% de las defunciones (205 fallecidos), siendo el territorio con más casos, el departamento del Valle del Cauca con el 61,7% de los casos de la región y el 10,4% de los casos del país. Las mayores tasas de incidencia y mortalidad de esta región pacífica están en Buenaventura con una incidencia de 151,7 casos por 100.000 habitantes y una mortalidad de 80 muertes por millón y una letalidad de 5,3%.

**Tabla de casos, tasas de incidencia y mortalidad de COVID-19 para los Departamentos y distritos de la Región del Pacífico, al 30 de mayo**

Dpto o Distrito	Casos	Muertes	Población	Hospitalizados	% UCI	Casos UCI	Letalidad	Tasa Mortalidad (1.000.000 hab)	Tasa Incidencia (100.000 hab)	Rt %
Valle del Cauca	2892	128	4.532.152	262	1,7	50	4,4	28,2	63,8	1,1(63,3%)
Nariño	1006	42	1.627.589	90	0,6	6	4,2	25,8	61,8	0,82 (72,7)
Buenaventura	473	25	311.827	44	1,3	6	5,3	80,2	151,7	0,6 (80%)
Choco	219	6	544.764	21	0,5	1	2,7	11,0	40,2	1,1 (1,1%)
Cauca	95	4	1.491.937	5	1,1	1	4,2	2,7	6,4	0,8 (73%)

**Situación Nariño:** En el departamento de Nariño al 30 de mayo, se han reportado 1006 casos confirmados y 42 muertes por COVID-19. El 55,2% (556) de los casos se presentan en hombres. Del total de los casos el 11,53% (116) se han recuperado, el 74,55% (750) son atendidos en casa, el 8,9% (90 casos) se encuentran hospitalizados y el 0,6% (6) están siendo atendidos en UCI. Los grupos de edad donde hay mayor concentración de casos por COVID19 está entre los 20 a 39 años con el 46% (461), la población mayor de 60 años concentra el 15% (154) de los casos y el 74% (31) de las muertes. A la fecha se han presentado casos en 25 municipios, el 65% (655) de los casos se presentaron en el municipio de Tumaco, el 14% (142) en Ipiales y el 9,2% (93) en Pasto. El tiempo de duplicación de casos para el departamento de Nariño, actualmente está estimado en 26 días. El número promedio de casos secundarios causados por un individuo infectado era de 2,48 al iniciar la epidemia; hacia el 13 de abril cuando se implementa la primera prórroga de la cuarentena el RT descendió (1,50), posteriormente tuvo un nuevo ascenso hasta 1,95 para posteriormente descender. El valor del RT con corte al 19 de mayo es de 0,82 con un impacto estimado del 72,7% lo cual podría indicar que las medidas implementadas han surtido un efecto positivo sobre el comportamiento de la epidemia.



**Región Andina**

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

Al 30 de mayo la región Andina aporta el 45,6% (12.868) de los casos al país. El Distrito Capital continúa concentrando gran parte de la carga de la región, reporta el 74,8% (9.637). Todos los departamentos de esta región registraron aumento el número de casos con excepción en Boyacá Caldas, Huila, Norte de Santander y Quindío. Sin embargo, no hubo cambio en el número de defunciones en las últimas 48 horas, con excepción en Cundinamarca (1), en Quindío (1) y en Bogotá D.C que incremento en ocho (3,4%) defunciones. En relación con la tasa de incidencia acumulada en Bogotá D.C, Risaralda y Huila, reportan tasa por encima de ocho personas por cada cien mil habitantes.

Para el 19 de mayo el número básico de reproducción en cuatro departamentos y el distrito capital

de la región Andina, describen valores por encima del Rt del país de (1,05). En contraste Risaralda (Rt: 0,54), Caldas (Rt: 0,81), Huila (Rt: 0,91) y Boyacá (Rt :0,95) se estimaron valores por debajo de uno. Entre el 13 y 19 de mayo Caldas, Quindío y Tolima, incrementaron el Rt en el 8%, 2% y 47%, respectivamente.

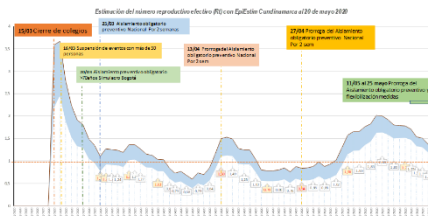
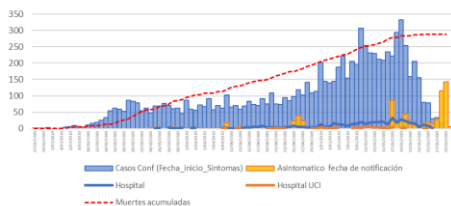
Tabla de casos, tasas de incidencia y mortalidad de COVID-19 para los Departamentos y distritos de la Región Andina al 30 de mayo

Departamentos y Distritos	Casos	Muertes	Población	Hospitalización General	UCI (%)	Casos UCI	Letalidad	Tasa de Mortalidad * millón de hab.	Tasa de Incidencia * 100.000 hab.	Rt
Antioquia	1059	6	6.677.930	14	0,5	5	0,6	0,9	15,9	1,43 (52,3)
Bogotá D.C	9.637	247	7.743.955	503	0,7	68	2,6	31,9	124,4	1,13 (62,3)
Boyacá	190	7	1.242.731	6	0,5	1	3,7	5,6	15,3	0,95 (68,3)
Caldas	135	6	1.018.453	0	0,7	1	4,4	5,9	13,3	0,81 (73,0)
Cundinamarca	806	15	3.242.999	45	1,5	12	1,9	4,6	24,9	1,37 (54,3)
Huila	247	9	1.122.622	2	0,0	0	3,6	8,0	22,0	0,91 (69,6)
Norte de Santander	128	12	1.620.318	4	0,8	1	9,4	7,4	7,9	0,57 (81,0)
Quindío	107	3	555.401	1	0,9	1	2,8	5,4	19,3	1,17 (61,0)
Risaralda	253	8	961.055	0	0,8	2	3,2	8,3	26,3	0,54 (82,1)
Tolima	248	7	1.339.998	2	1,2	3	2,8	5,2	18,5	1,22 (59,3)
Santander	58	3	2.280.908	0	0,0	0	5,2	1,3	2,5	...

**Situación Bogotá:** Al 30 de mayo, en el distrito capital se han reportado 9.637 casos confirmados, 247 muertes por COVID-19. El 52,0% (5.007) de los casos se presentaron en hombres; el 60,4% (5.819) de los casos son atendidos en casa, el 31,0% (2.986) se han recuperado y el 5,2% (503) están hospitalizados, y el 0,71% (68) se encuentran recibiendo atención en UCI. El promedio de edad en los casos y de los muertos fueron de  $50 \pm 29$  y  $62,9 \pm 19,6$  años, respectivamente. Los grupos de edad donde se concentran más casos por COVID-19 están entre los 20 a 29 años, con el 21,3% (2.050) y el 14,3% (1.374) de los casos se reportan entre las personas mayores de 60 años. En los últimos dos días las personas asintomáticas aportaron 148 casos incidentes de los casos acumulados en Bogotá D.C. A 30 de mayo, de 670 UCI destinadas para COVID-19, el 41,2% están ocupadas.

El número promedio de casos secundarios causados por un individuo infectado, (Rt) al 3 de marzo epidemia fue 3,2, describe un descenso el 25 de marzo se estimó el Rt en 1,19 que coincide con la medida de aislamiento social obligatorio nacional, describe una tendencia fluctuante con Rt de 1,13, es decir que ha 19 de mayo las medidas tomadas y adoptadas por la población han logrado impactar la transmisión del COVID19 en un 62.3%.

Curva epidémica COVID-19 Bogotá D.C por fecha de inicio de síntomas de Casos confirmados, Hospitalización, UCI al 30 de mayo de 2020 (5 pm)

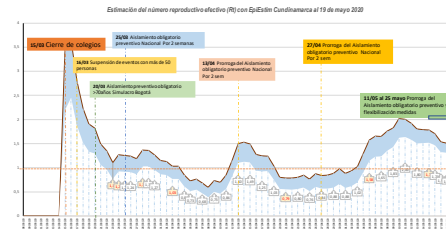
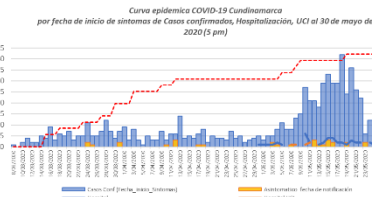


**Situación Cundinamarca:** Al 30 de mayo, en Cundinamarca se han reportado 806 casos confirmados, 15 muertes por COVID-19. A la fecha se han presentado casos en 53 de 116 municipios, el 37,1% de los casos (299) se presentaron en el municipio de Soacha, el 6,0% (46) en Chía y el 5,0% (36) en Mosquera. Del total de los casos el 28,0% (226) se ha recuperado, el 62,9% (507) son atendidos en casa, el 5,6% (45) se encuentran hospitalizados y el 1,5% (12) casos están siendo atendidos en UCI. El 50,4% (406) de los casos son hombres. El 38,4% de los casos por COVID-19 se concentra entre los 20 a 39 años de edad y para las personas mayores de 60 años y más se reportó el 5,6%. En relación a las defunciones se incrementó 7,14% (1) en Fusagasugá y ocurriendo con mayor frecuencia

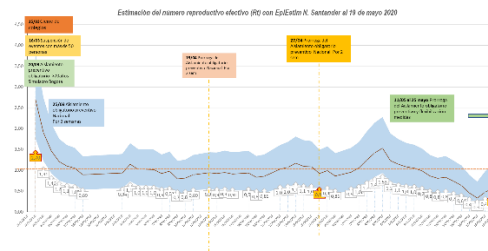
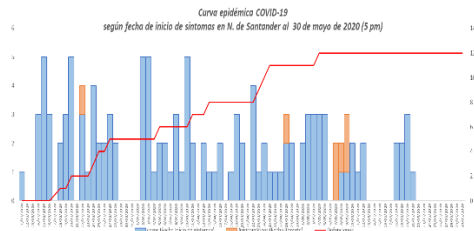


en los hombres con el 64,3%. El promedio de edad de los casos y los muertos fue de  $45,5 \pm 26,7$  y  $60,4 \pm 23,1$  años, respectivamente.

El Rt al inicio de la epidemia en Cundinamarca el 8 de marzo era de 3,6, para luego proseguir con un descenso el 25 de marzo, donde el Rt fue de 1,26 que coincide con el aislamiento obligatorio nacional, al 19 de mayo se observa un incremento en el Rt (1,37), las medidas tomadas han logrado reducir la transmisión del COVID-19 en un 54,3%.



**Situación en Norte de Santander:** Con corte al 30 de mayo, en el departamento de Norte de Santander se han reportado 128 casos confirmados y 12 defunciones por COVID-19. El 54% (69) de los casos se presentan en hombres. Del total de los casos el 66,4% (85) se ha recuperado, el 19,5% (25) son atendidos en casa, el 3,1% (4) se encuentran hospitalizados y el 0,8% (1) casos están siendo atendidos en UCI. El grupo de edad donde hay mayor proporción de casos por COVID19 está entre los 20 a 39 años de edad con el 40% (51), la población mayor de 60 años concentra el 25% (32) de los casos y el 83% (10) de las muertes. A la fecha se han presentado casos en 12 municipios, el 70% de los casos (90) se presentaron en el municipio de Cúcuta, el 9,4% (12) en Ocaña y el 4,7% (6) en Villas del Rosario. El tiempo de duplicación de casos para el departamento de Norte de Santander, actualmente está estimado en 49 días. El número promedio de casos secundarios causados por un individuo infectado era de 2,7 al iniciar la epidemia; hacia el 05 de mayo cuando se implementa la flexibilización de algunas el RT ascendió (1,53), sin embargo, posterior a esto, el valor del RT descendió de forma importante. Con corte al 19 de mayo el RT es 0,57 con un porcentaje de impacto estimado del 81%, lo cual podría indicar que las medidas implementadas han surtido un efecto positivo sobre el comportamiento de la epidemia.



**Panorama nacional 31 de mayo:**

**Allocución presidencial – Prevención y Acción [En vivo]:** El Presidente afirmó este sábado que los alcaldes del país podrán endurecer las condiciones del Aislamiento Preventivo Obligatorio en sus jurisdicciones, pero que esta determinación será evaluada con los Ministerios de Salud y del Interior y debe estar amparada en situaciones de salud que así lo ameriten. El Mandatario explicó que el “Aislamiento Preventivo Obligatorio está enmarcado entre un decreto de orden público, donde están las respectivas excepciones”. En ese contexto, señaló que ante cualquier tipo de trámite con relación a cómo se aplica el Aislamiento Preventivo Obligatorio, los alcaldes deben acudir directamente al Ministerio del Interior. <https://www.youtube.com/watch?v=1bFBEEzJNvY> [En vivo]

**A partir del lunes empieza proceso de apertura de algunos centros comerciales, con gradualidad y bajo estrictos protocolos:”:** El presidente anunció que, desde el próximo lunes, 1º de junio, se iniciará un proceso de apertura gradual, sometido al cumplimiento de rigurosos protocolos, de algunos

centros comerciales del país. “La idea no es que el próximo lunes estén abiertos todos, así como si fuera un proceso automático”. Explicó que la gradualidad implica que “tengamos los protocolos, que tengamos los aforos, porque son aforos que no pueden superar el 30 por ciento”, y enfatizó que “no tendremos habilitadas plazoletas de comidas”. Subrayó que “la idea no es que tengamos en esos centros interacción de carácter social, sino que dentro los mismos locales -con los aforos de personas- puedan estar recuperando vida productiva. Puedan ir y comprar algunos de estos implementos, bien sea vestuario, electrodomésticos (...), pero obviamente con esas restricciones”.

<https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2020/A-partir-del-lunes-empieza-proceso-apertura-algunos-centros-comerciales-con-gradualidad-bajo-estrictos-protocolos-200530.aspx>

**Ministerio de Educación expide Directiva 011 con orientaciones para garantizar el retorno gradual y progresivo a las aulas bajo el esquema de alternancia:** El Ministerio de Educación Nacional expidió la Directiva 011 con pautas para dar continuidad a la prestación del servicio público de educación inicial, preescolar, básica y media, conforme con las disposiciones impartidas por las autoridades en el marco de la Emergencia Sanitaria y la evolución de la pandemia del covid-19. Así, el documento ministerial está dirigido a las secretarías de educación de los departamentos, distritos y municipios, así como a los rectores y directores rurales de los establecimientos educativos oficiales.

<https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2020/Ministerio-Educacion-expide-Directiva-011-con-orientaciones-para-garantizar-retorno-gradual-progresivo-aulas-bajo-200530.aspx>

**Minsalud estableció condiciones para entrega de ventiladores:** Empiezan a llegar al país los primeros ventiladores adquiridos por el Gobierno Nacional para fortalecer la oferta de servicios de salud para la emergencia sanitaria causada por el covid-19. Es por eso que el Ministerio de Salud y Protección Social estableció los criterios y condiciones para la asignación, transferencia y entrega de estos equipos. En primera medida, los beneficiarios de la transferencia de los ventiladores serán las entidades territoriales departamentales y distritales, las cuales serán las encargadas de entregarlos a hospitales e IPS de su jurisdicción, según establece la Resolución 846 de 2020. Los criterios para la entrega de estos equipos biomédicos serán de acuerdo con el plan de expansión presentado al Ministerio de Salud y Protección Social atendiendo a criterios de necesidad para la adecuada y oportuna atención del covid-19. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-establecio-condiciones-para-entrega-de-ventiladores.aSPX>

**“El esfuerzo de los ciudadanos para enfrentar el covid-19 es importante”:** Con el propósito de sumar esfuerzos entre Nación y distrito, el ministro de Salud y Protección Social, Fernando Ruiz Gómez, indicó que coincide en la necesidad de hacer un esfuerzo adicional para el caso de la localidad de Kennedy, en donde la cuarentena se extenderá del 1 al 14 de junio. “En la medida que ese esfuerzo sea positivo, apoyamos a toda la ciudad y a la misma localidad de Kennedy”, indicó el ministro Ruiz, haciendo un llamado a los habitantes de la localidad a que apoyen esta medida tan importante para la salud pública. Sin embargo, el ministro precisó que también es muy importante la reactivación económica y tener ese equilibrio, por lo que es necesario medir mucho el pulso de ir dando apertura para ir teniendo gradualidad. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-esfuerzo-de-los-ciudadanos-para-enfrentar-el-covid-19-es-importante.aspx>

### CONTEXTO REGIONAL. Corte 31 de mayo – 2:00 pm

Con base en datos publicados en <https://www.paho.org/en/topics/coronavirus-infections/coronavirus-disease-covid-19>

Regiones	Casos confirmados	Muertes	Recuperados
Norte América	1.935.550	120.425	526.197
América Central	27.318	726	12.740
América del Sur	850.205	39.394	344.474
América del Caribe e Islas	27.641	883	13.986

En la Región de las Américas, con un total de **2.840.714 casos confirmados y 161.428 muertes** en las últimas 24 horas, en 54 países. Se informaron **78.959** casos adicionales y **2.653** muertes en la región que representa un incremento relativo del 3% de los casos y 2% de las muertes con respecto del día anterior.

En la región el tipo de transmisión de COVID-19 en los 54 países, es la transmisión comunitaria en un 37%, seguido de los conglomerados y los casos esporádicos en un 31% y 30% respectivamente, estos últimos se presentan en la región Caribe e Islas. La subregión que mayor número de casos aporta a la región es Norteamérica que representa un 68,1% de los casos y el 74,6% de las muertes. Por otro lado, los estados Unidos, representa el 61,9% del total de los casos y 64,1% del total de las muertes de la región, seguido por Brasil, quien representa el 17,5% de los casos y el 17,9% de las muertes. Estos dos países representan el 79,4% de los casos y el 82% de las muertes en la región.

En la subregión de Suramérica, se presentó el mayor incremento relativo de casos con relación al día anterior con un 6%, cabe destacar que esta subregión representa el 29,9% de los casos y el 24,4% de las muertes de la región. Los países que tuvieron un incremento por igual o mayor al 5%, fueron Argentina (16.214 total de casos, incremento del 10%), Bolivia (9.592 total de casos, incremento del 10%), Brasil (498.440 total de casos, incremento 7%), Chile (99.688 total de casos, incremento del 5%), Colombia (28.236 total de casos, incremento del 6%), Perú (155.671 total de casos, incremento del 5%) y Venezuela (1.459 total de casos, con un incremento del 6%).

Con los datos existentes, la tasa cruda de letalidad (CFR, el número de muertes reportadas dividido por los casos reportados) indica que en la región de las Américas es del 5,7% (mediana de la estimación del país: 3,3%; rango: 1,0-7,5%). El porcentaje de CFR crudo más alto entre los países con más de 1,000 casos acumulados reportados hasta la fecha son México (11,2%), Ecuador (8,6%), Canadá (7,8%), EE. UU. (5,9%) y Brasil (5,8%). En comparación con el día anterior, los países con un aumento relativo en los casos superior al 10%, son Haití (18%) y Suriname (17%).

### CONTEXTO GLOBAL. Corte 31 de mayo - 5:00 pm

Con base en los datos publicados en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/>

Regiones	Casos (nuevos)	Muertes (nuevas)
Pacífico occidental	181.665 (1.219)	7.028 (14)
Europea	2.142.547 (20.197)	180.085 (732)
El sudeste de Asia	260.579 (11.054)	7.431 (274)
Mediterráneo Oriental	505.001 (15.080)	12.353 (275)
Américas	2.840.714 (78.959)	161.428 (2.653)
Africana	100.610 (3.708)	2.554 (72)

Se han reportado a OMS al 31 de mayo de 2020 4:00 pm, **casos confirmados (117.549 casos nuevos); 357.736 muertes (4.540 muertes nuevas), en 216 territorios.**

El comportamiento de los casos de COVID-19 en las regiones, durante las últimas siete semanas, las cuales han sido manifestada por la OMS y la OPS, a razón de que el pico epidémico empieza a evidenciarse en la región de las Américas, al revisar los casos existentes el 9 de abril y el 28 de mayo se observa un incremento de los casos (81,1%) y de los casos de muerte (88,54%), y de casos nuevos (32,1%), a diferencia de Europa, quienes han presentado una disminución de los casos acumulados teniendo un incremento en el mismo tiempo del 63,5% en los casos y un 65,5% de muertes. A continuación, las gráficas de los casos acumulados y nuevos de COVID-19 confirmados y muertes.

## Publicaciones

La OMS ha publicado recomendaciones clave de planificación para reuniones masivas en el contexto del brote actual de COVID-19. El documento proporciona orientación sobre cómo contener los riesgos de transmisión de COVID-19 asociados con eventos de reunión masiva. <https://www.who.int/publications-detail/key-planning-recommendations-for-mass-gatherings-in-the-context-of-the-current-covid-19-outbreak>

La Oficina Regional de la OMS para Europa ha publicado directrices técnicas sobre formas prácticas en que los sistemas de salud pueden responder mejor a COVID-19. Los farmacéuticos de la comunidad son actores clave en la respuesta de COVID-19 y deben saber qué pasos tomar si sospechan o ven signos de COVID-19.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/strengthening-the-health-system-response-to-covid-19/technical-guidance-and-check-lists/strengthening-the-health-systems-response-to-covid-19-technical-guidance-4.-1-may-2020>

Un artículo publicado por la Oficina Regional de la OMS para Europa presenta una guía técnica recientemente publicada sobre cómo prevenir y manejar la pandemia de COVID-19 en los servicios de atención a largo plazo.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/5/new-who-europe-guidance-shows-more-can-be-done-to-protect-people-in-need-of-long-term-care-during-the-covid-19-pandemic>

La OMS ha publicado un marco para la toma de decisiones que propone un enfoque gradual para la evaluación de los riesgos y beneficios relativos de realizar campañas de vacunación masiva en el contexto de COVID-19.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332159/WHO-2019-nCoV-Framework\\_Mass\\_Vaccination-2020.1-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332159/WHO-2019-nCoV-Framework_Mass_Vaccination-2020.1-eng.pdf)

## Noticias

La ONU y la OMS han instado a los gobiernos de todo el mundo a que tomen en serio las consecuencias de la pandemia en la salud mental y garanticen la disponibilidad generalizada de apoyo en salud mental. La OMS analiza esto en un artículo publicado recientemente y ha publicado directrices para las comunidades y un libro para niños. [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un\\_policy\\_brief-covid\\_and\\_mental\\_health\\_final.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf)

Hoy celebramos el Día Mundial Sin Tabaco. Fumar mata a 8 millones de personas en todo el mundo cada año y se asocia con una mayor gravedad de la enfermedad y la muerte en pacientes hospitalizados con COVID-19.

<https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/05/31/default-calendar/world-no-tobacco-day-2020-protecting-youth-from-industry-manipulation-and-preventing-them-from-tobacco-and-nicotine-use>

Las personas que viven con enfermedades no transmisibles (ENT) son más vulnerables a enfermarse gravemente o morir por COVID-19. La pandemia también ha causado la interrupción del servicio de ENT según los resultados preliminares de una evaluación rápida, y la OMS alienta a los gobiernos a "reconstruir mejor". <https://www.who.int/who-documents-detail/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic>

El Presidente de Costa Rica y el Director General de la OMS, Dr. Tedros, lanzaron el Pool de Acceso a la Tecnología COVID-19, una iniciativa política destinada a hacer que las vacunas, las pruebas, los tratamientos y otras tecnologías de salud para combatir el COVID-19 sean accesibles para todos. La iniciativa tiene cinco áreas prioritarias.

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/covid-19-technology-access-pool>

## Principales retos en la respuesta a la Covid-19

De manera general se reconocen aspectos como las desigualdades socioeconómicas que son fundamentales para la transmisión de COVID-19; Es así como uno de los aspectos a tener en cuenta son las dinámicas que se observan en las poblaciones relacionadas con su movilidad explicada por la necesidad de salir a la búsqueda de insumos para la alimentación diariamente, bien sea por que la población requiere salir a conseguir con que compra el alimento o porque no tiene como almacenarlo de manera adecuada por falta de un refrigerador o congelador. De igual forma las diferencias culturales de las poblaciones y sus dinámicas sociales son un aspecto fundamental.

El monitoreo permanente nacional y local de las tendencias del evento en la población, con análisis desagregados por sitios, tipos de poblaciones, ocupaciones, áreas de desempeño, son claves y necesarias como un insumo en la toma de decisiones.

La ONU estima que más de cinco millones de refugiados venezolanos, particularmente vulnerables a COVID-19 dado el acceso limitado a la atención médica, el potencial de abuso y explotación, y la falta de trabajo remunerado, han huido del país actualmente en un estado de descontento político y colapso económico. Alrededor del 80% de los venezolanos desplazados se encuentran en América Latina y el Caribe. El martes, más de 60 países prometieron \$ 2,79 mil millones en ayuda de emergencia. La respuesta humanitaria continúa y el apoyo de emergencia de COVID-19, en Venezuela y en los países que albergan venezolanos, es esencial. <https://edition.cnn.com/2020/05/25/americas/peru-covid-hotspot-why-intl/index.html>

En general la OMS recomienda que todos los países implementen un conjunto integral de medidas para frenar la transmisión y salvar vidas, con el objetivo de alcanzar un estado estable de transmisión de bajo nivel o sin transmisión, en este sentido es fundamental para el país:

- Continuar con el fortalecimiento de capacidades del sistema de salud, de tal manera que se mejore la respuesta y oportunidad para detectar, probar, aislar
- Seguir en el fortalecimiento de los procesos de vigilancia, con énfasis en el nivel local, lo cual incluye fortalecer capacidades locales y recurso humano.
- Control de infecciones: fomentar la evaluación de establecimientos de salud a fin de continuar monitoreando las necesidades urgentes de equipos de protección personal (EPP) y asegurar además el correcto uso de estos en trabajadores de la salud.
- Prestación de servicios: Evaluación de establecimientos de salud y sus capacidades acordes a situación actualizada
- Implementación de medidas preventivas: Se requiere continuar garantizando la correcta adecuación y difusión acorde a poblaciones y riesgos de las medidas preventivas para que lleguen a la comunidad
- Continuar con el monitoreo de poblaciones en situaciones de vulnerabilidad: Identificación y adecuación de intervenciones en poblaciones identificadas de mayor vulnerabilidad como pueblos indígenas, privados de la libertad, centros de atención a mayores, población migrante.

### • Principales acciones de la cooperación OPS/OMS en la respuesta a la Covid-19

- Participación en el Puesto de Mando Unificado (PMU) para la respuesta a la emergencia por COVID-19 en Colombia.
- Se está trabajando con otras agencias de la ONU, socios multilaterales y misiones extranjeras para coordinar los esfuerzos del sector de la salud para combatir COVID-19 mediante todos los mecanismos de coordinación generados y el liderazgo en conjunto con el Ministerio de salud del Clúster Salud. Esta coordinación multisectorial ha sido fundamental para abordar cuestiones que no son manejadas

completamente por el sector de la salud, como la salud en las poblaciones carcelarias, residentes que regresan, poblaciones indígenas y poblaciones clave en situaciones vulnerables

- Mediante el programa de radio semanal de las Naciones Unidas en Colombia (Voces Unidas), en el que se ha compartido recomendaciones para evitar infecciones, el teletrabajo, promover hábitos de salud durante la cuarentena y abordar otros temas relacionados con la salud mental, como la depresión, ansiedad, insomnio y otros problemas.
- Acompañamiento en territorio a las entidades territoriales a fin de apoyar en la respuesta y cooperación en el nivel local en territorios priorizados.
- Se ha fomentado acciones en la vigilancia, promoviendo la participación del país en el estudio piloto de análisis de los 100 primeros casos de pandemia con la OMS.
- Se ha promovido el análisis y difusión de la situación COVID-19 del país mediante el desarrollo de SitRep diarios (68 números publicados).
- Se ha realizado implementación y promovido el uso de herramientas para mejora del análisis de información para el reporte y seguimiento de casos como es el Go-Data y para estimar la tasa reproductiva efectiva del virus (usando EpiEstim) y para proyectar cómo se propagará el virus en cada país considerando implementado medidas de salud pública y su sistema de salud (usando CovidSIM).
- Se realizó la entrega de la donación de 100,000 pruebas de PCR; Esto ayudará al país a aumentar las pruebas, especialmente entre las poblaciones de alto riesgo y en áreas con un número significativo de casos de COVID-19.
- Se ha realizado entrega de EPP a trabajadores de la salud en un hospital de la ciudad de Soacha, en el departamento de Cundinamarca y otros territorios priorizados del país como Amazonas.
- Se ha participado técnicamente en las mesas de trabajo en diferentes temáticas para el desarrollo de lineamiento y toma de decisiones en la actualización de medidas para diferentes poblaciones.
- Se ha facilitado las donaciones de suministros esenciales en la atención en salud para territorios priorizados en coordinación con el Ministerio de Salud.
- Se ha trabajado con las agencias de las Naciones Unidas y las autoridades sanitarias para actualizar los protocolos para mejorar el acceso de atención en poblaciones migrantes y mesas de trabajo para el apoyo en la cooperación a poblaciones con mayor vulnerabilidad como poblaciones rurales dispersas y pueblos indígenas.
- Se han desarrollado procesos para facilitar la participación del país en el ensayo SOLIDARITY, cuyo objetivo es evaluar la eficacia de posibles terapias para COVID-19
- Se ha trabajado intensamente en la Comunicaciones de riesgo: con talleres dirigidos a los diferentes territorios del país y adecuados a las audiencias previstas.
- Se ha promovido la cooperación técnica para que los programas de salud pública prioritarios en el país continúen, además de promover iniciativas y recomendaciones en el contexto de COVID-19 en aspectos de la atención en Salud mental, Infancia, Enfermedades crónicas y Transmisibles.