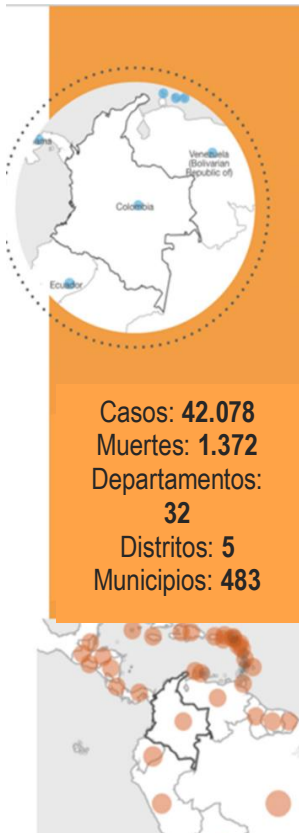


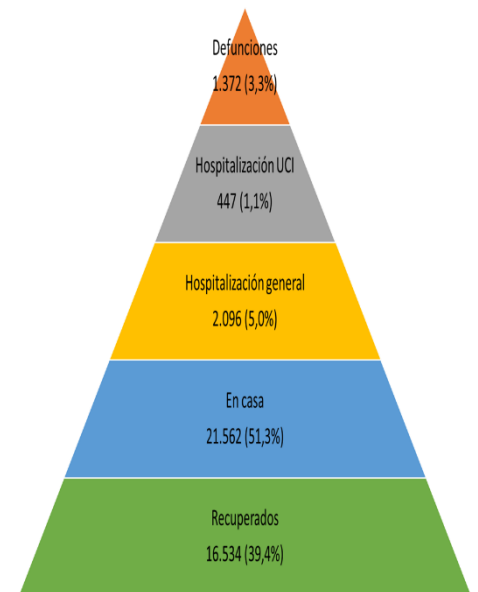
NOTA: Los datos incluidos en este SitRep corresponde a informes publicados sobre COVID-19 de la OMS, OPS, MinSalud e INS y las cifras corresponden a las horas de corte que es incluido en cada bloque.

CONTEXTO COLOMBIA. Corte 9 de junio 9 pm.

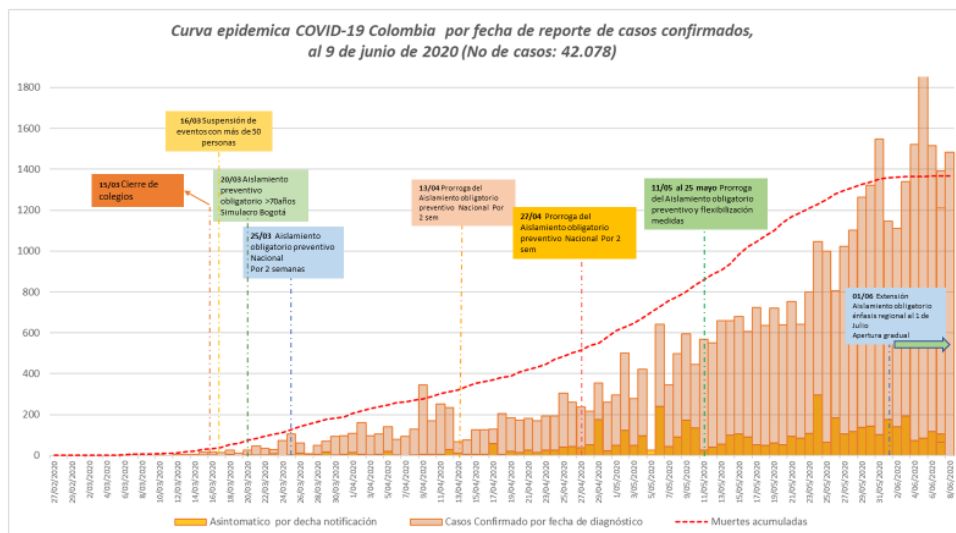
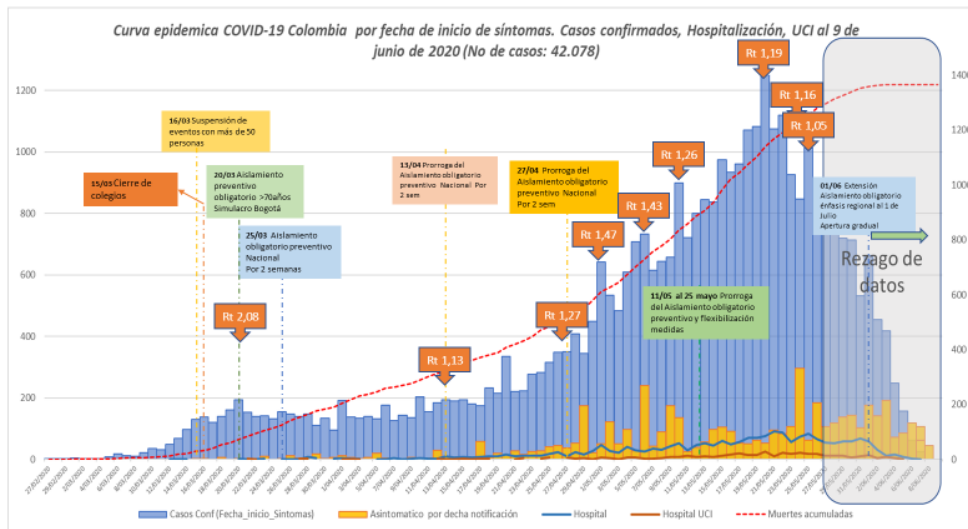
Con base en los datos publicados en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>



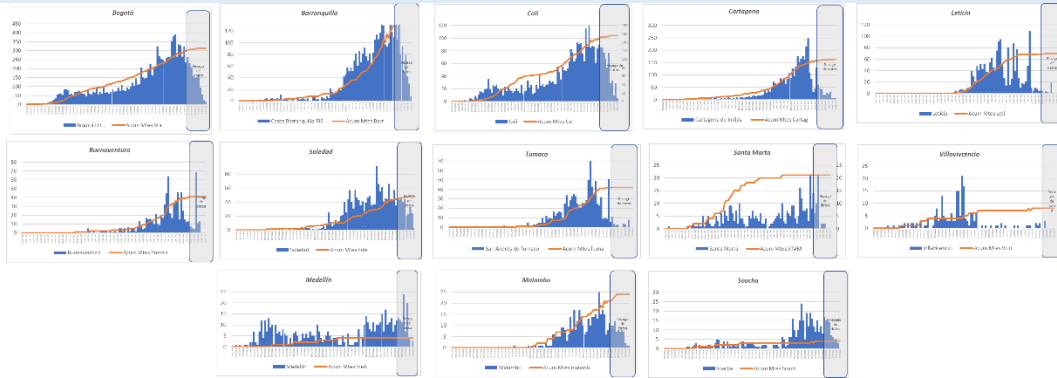
- Para el 9 de junio Colombia reporta **42.078 casos** (1.359 casos nuevos en las últimas 24h) y **1.372 defunciones** (64 defunciones en las últimas 24 Horas)
- En relación con el número de municipios, al 9 de junio 493 municipios están reportando casos, incremento de 7 municipios en las últimas 24 horas. El 77,2% de los casos se reportan en 10 municipios y 65% de las muertes se reportan en 5 municipios.
- Los departamentos y distritos que presentaron los aumentos relativos más altos de COVID-19 en las últimas 24 horas fueron: Guaviare con el doble de casos (2), Santander con el 16,2% (27) y Sucre con el 9,2% (12). El aumento relativo nacional fue del 3,3% (1.359 casos).
- El 55,2% de los casos se reportaron en hombres. En cuanto a grupos de edad, se reportaron el 4,5% de los casos en menores de 9 años (1.909 casos), 80,6% de los casos en población entre los 10 a los 59 años (33.843) y el 15% son de 60 años y más (6.259 casos).
- Con relación a la población hospitalizada, se evidencia mayor proporción en los hombres con el 59,3 (1.509/2.543); la proporción de hospitalización general es del 5,0% y el 1,1% están en hospitalización en UCI.
- Entre las entidades territoriales con una proporción de casos en hospitalización general mayor a la nacional están: Buenaventura con el 11,3%; Putumayo 9,1%; Córdoba 8,2%; Valle con el 8,1%; Magdalena 7,3%; Nariño con el 6,9%; Chocó 6,6%; y Cauca 6,3%; En UCI la mayor proporción se observó en Córdoba 3,5 %, Valle 2,3% y Buenaventura 2,2%.
- En la población de 60 años y más se observa la mayor proporción de casos graves y fatales, es así como el 11,3% (709) de la población de 60 y más años están en hospitalización general, 3,2% (202) en UCI y 16,1% han fallecido (1.007 casos), es decir el 73,4% del total de fallecimientos ocurre entre personas de 60 y más años.



Indicadores estratégicos de seguimiento Covid 19

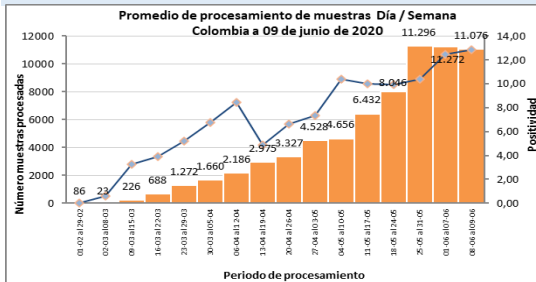


Municipios de mayor carga COVID-19 (Casos por fecha de inicio de síntomas) al 9 de junio de 2020,



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

Procesamiento de muestras para diagnóstico de Covid-19 en Colombia

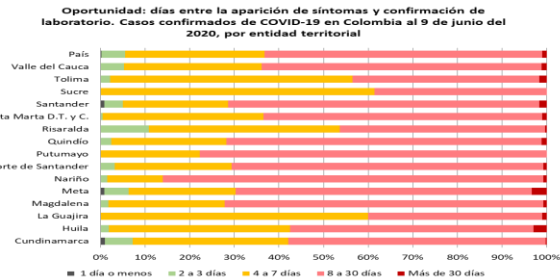
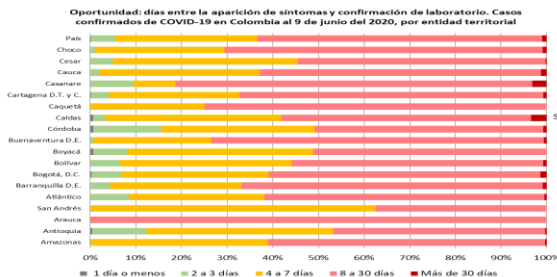


Hasta el 09 junio, el Instituto Nacional de Salud reportó el procesamiento de 432.870 muestras. Donde la proporción de muestras procesadas diariamente se ha venido incrementando, pasando de procesar 557 muestras por día en marzo, a procesar 2.893 muestras diarias en abril y 7.328 muestras en mayo. En lo transcurrido del mes de junio, se han **procesado 11.228 muestras por día**.

Para el país a 09 de junio, la proporción de positividad es de 9,7%, donde la entidad territorial que presenta la mayor positividad es el departamento de Nariño con el 22,8%, seguido de Atlántico con el 20,1%. Ciudades que presentan mayor número de casos como Bogotá, tiene una positividad del 10,7% y Valle del Cauca de 12,7%. (*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")

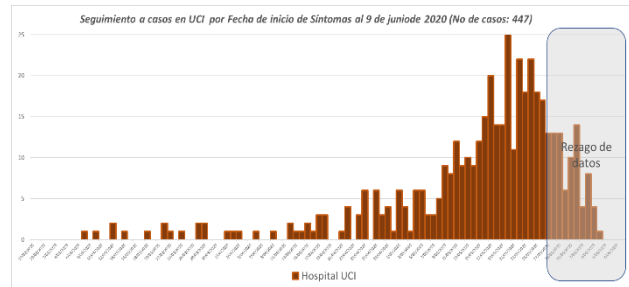
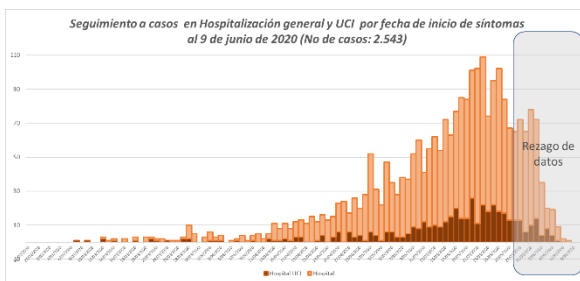
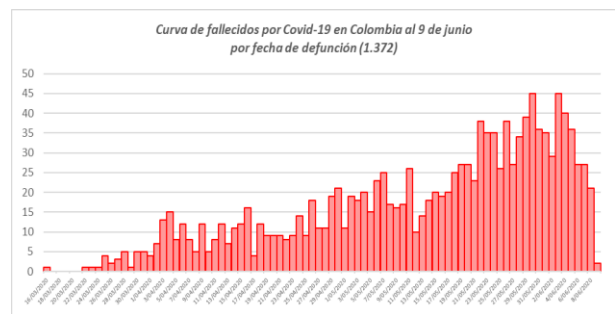
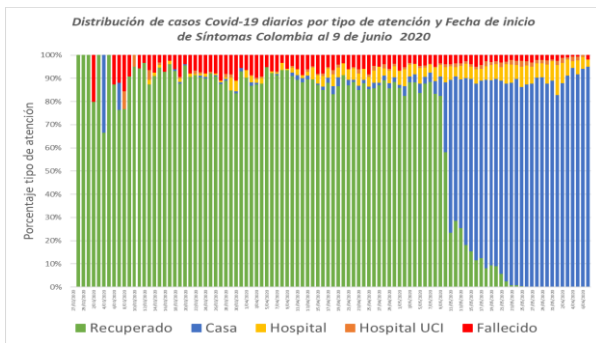
Departamento	Muestras	Casos	Proporción de Positividad	Muestras por millón	Población
Nacional	432.870	42.078	9,72	8.593	50.372.424
Nariño	7.862	1.794	22,82	4.830	1.627.589
Atlántico	35.322	7.096	20,09	12.976	2.722.128
Bolívar	30.272	4.364	14,42	13.880	2.180.976
Valle del Cauca	38.074	4.820	12,66	8.401	4.532.152
Bogotá	127.712	13.709	10,73	16.492	7.743.955
Cundinamarca	14.367	1390	9,67	13.510	1.063.454
Meta	10.475	999	9,54	3.230	3.242.999
Magdalena	9.964	799	8,02	6.982	1.427.026
Antioquia	52.032	1.648	3,17	7.792	6.677.930

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 10,28 días. A nivel nacional el 36,7% de los resultados se disponen durante la primera semana; los departamentos que tienen un resultado positivo para COVID-19 confirmados durante la primera semana, con un porcentaje por encima del 50% son, San Andrés (62,5%), Sucre (61,4%), La Guajira (60%), Tolima (56,5%), Risaralda (53,6%) y Antioquia (53,3%).

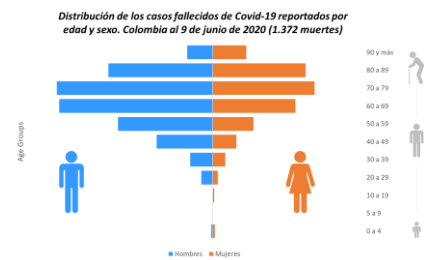


Incidencia acumulada nacional y de los departamentos y distritos con mayor número de casos: En cuanto al análisis de la tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes, se observa que en su orden Amazonas, Cartagena, Barranquilla, Buenaventura, Bogotá, Atlántico, Nariño, Meta, Chocó y Valle del Cauca presentan las mayores tasas de incidencia por cada 100.000 habitantes superando la tasa de incidencia Nacional (83,5 casos por cada 100.000 habitantes).

Indicadores de gravedad y mortalidad: En promedio 6,8 personas/día han requerido ingresar a una Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), lo cual describe una tendencia fluctuante. El promedio de casos hospitalizados por COVID-19 en Colombia, por fecha de inicio de síntomas, muestra un incremento entre abril a la fecha, pasando de 11 casos en Hospitalización general/día en abril a 54 hospitalización general/día de mayo a la fecha y en UCI de 2 ingresos diarios en abril a 11,7 ingresos diarios a la fecha.

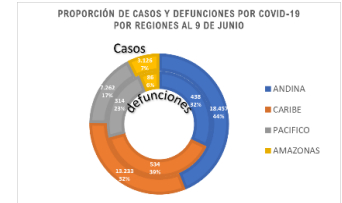


Al 9 de junio de 2020, en el país se han presentado 1.372 defunciones por COVID-19, las cuales corresponden 61,2% a hombres. El grupo de edad que presenta el mayor número de muertes es el de 70 a 79 años (346); el grupo de adultos mayores de 80 años presentan las mayores tasas de mortalidad por cada millón de habitantes con 344 decesos. Los Departamentos y Distritos que presentan las mayores tasas de mortalidad son Amazonas, Cartagena, Buenaventura, Barranquilla, Bogotá, Valle del Cauca, Nariño, Atlántico y Santa Marta.. La tasa de mortalidad Nacional es de 27,2 muertes por cada millón de habitantes.



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

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



Región Andina

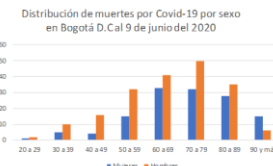
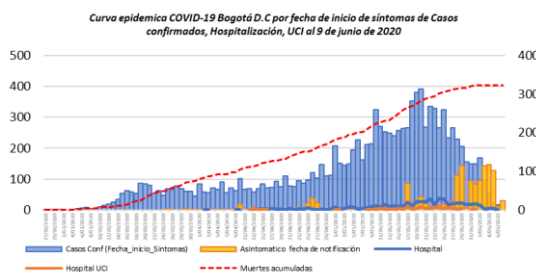
Con base en los datos publicados en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

La región Andina aporta el 43,9% (18.457) de los casos al país. El Distrito Capital continúa concentrando gran parte de la carga de la región, reporta el 74,3% (13.709). Todos los departamentos de esta región registraron aumento el número de casos con excepción en Huila. Sin embargo, no hubo cambio en el número de defunciones en las últimas 24 horas en Antioquia, Tolima, Risaralda, Huila, Boyacá, Caldas, Santander, Norte de Santander y Quindío. En relación con la tasa de incidencia acumulada en Bogotá D.C, reportó dos veces el valor de la tasa nacional de 83,5 personas por cada cien mil habitantes.

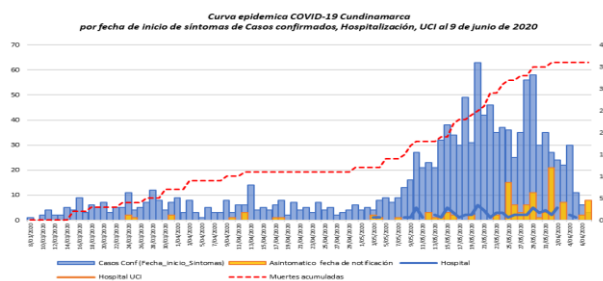
Tabla de casos, tasas de incidencia y mortalidad de COVID-19 para los Departamentos y distritos de la Región Andina al 9 de junio

Departamentos y Distritos	Casos	Muertes	Población	Hospitalización General	UCI	Casos	Letalidad	Tasa de Mortalidad * millón de hab.	Tasa de Incidencia * 100.000 hab.
					(%)	UCI			
Bogotá D.C	13709	325	7.743.955	673	1,0	138	2,4	42,0	177,0
Antioquia	1648	8	6.677.930	28	0,6	10	0,5	1,2	24,7
Cundinamarca	1390	36	3.242.999	77	0,6	8	2,6	11,1	42,9
Tolima	295	10	1.339.998	3	1,4	4	3,4	7,5	22,0
Risaralda	286	10	961.055	0	1,4	4	3,5	10,4	29,8
Huila	259	9	1.122.622	1	0,0	0	3,5	8,0	23,1
Boyacá	227	9	1.242.731	4	0,0	0	4,0	7,2	18,3
Caldas	194	7	2.280.908	6	0,0	0	3,6	3,1	8,5
Santander	179	7	1.018.453	3	0,0	0	3,9	6,9	17,6
Norte de Santander	148	13	1.620.318	1	0,0	0	8,8	8,0	9,1
Quindío	122	4	555.401	0	0,8	1	3,3	7,2	22,0

Situación Bogotá: Al 9 de junio, en el distrito capital se han reportado 13.709 casos confirmados, 325 muertes por COVID-19. El 51,1% (7.006) de los casos se presentaron en hombres; el 41,7% (5.720) casos se recuperaron, el 49,9% (6.834) de los casos son atendidos en casa, el 5,0% (673) están hospitalizados, y el 1,0% (138) se encuentran recibiendo atención en UCI. El promedio de la edad en los casos y de las defunciones fueron de 50 ± 29,4 y 63 ± 20,2 años, respectivamente. Los grupos de edad donde se concentran más casos por COVID-19 están entre los 20 a 29 años de edad, con el 21,0% (2.945) y el 14,0% (1.898) de los casos se reportan entre las personas mayores de 60 años de edad. En las últimas 48 horas las personas asintomáticas aportaron 40 casos incidentes de los casos acumulados. A 9 de junio, el 51,4% de los casos se concentran en las localidades de Kennedy con el 25,2% (3.459) de los casos, el 9,7% (1.335) en Bosa, el 9,1% (1.224) en Suba el 7,4% (1.008) en Engativá. A la fecha, de 722 UCI destinadas para COVID-19, el 46,8% están ocupadas.



Situación Cundinamarca: Al 9 de junio, en Cundinamarca se han reportado 1.339 casos confirmados, 36 muertes por COVID-19. A la fecha se han presentado casos en 65 de 116 municipios, el 35,0%(480) de los casos se presentaron en Soacha, el 5,0%(72) en Funza, el 5,0%(67) en Mosquera y el 4,6% (64) en Chía. Del total de los casos el 27,3% (379) se ha recuperado, el 63,7% (886) son atendidos en casa, el 5,5% (77) se encuentran hospitalizados y el 0,6% (8) casos están siendo atendidos en UCI. El 49,1% (682) de los casos son hombres. El 43,9% (610) de los casos por COVID-19 se concentra entre los 20 a 39 años y el 7,3% (197) para las personas mayores de 60 años y más. En relación a las defunciones se incrementó 5,8% (2) en 24 horas en Mosquera y Vianí, ocurriendo con mayor frecuencia en los hombres con el 52,9% (18). El promedio de edad de los casos y los muertos fue de 45,5± 26,7 y 64,0± 21,1 años, respectivamente

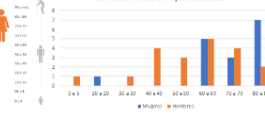


Municipios	No. de Casos	Muertes	Proporción	Población	Incidencia ¹ 00 mil Hab	Tasa Mortalidad por millón hab
Soacha	480	4	35	753.548	64	5
Funza	72	0	5	105.086	69	0
Mosquera	67	4	5	150.665	44	27
Chía	64	0	5	149.570	43	0
Facatativá	51	0	4	155.978	33	0

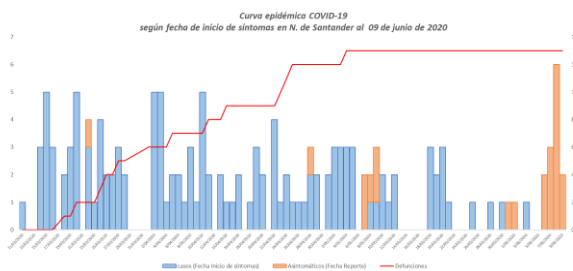
Distribución de los casos de Covid-19 reportados por edad y sexo Cundinamarca al 9 de junio de 2020 (1.339 casos)



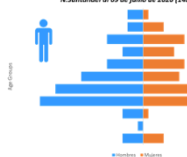
Distribución de muertes por Covid-19 por sexo en Cundinamarca al 9 de junio de 2020



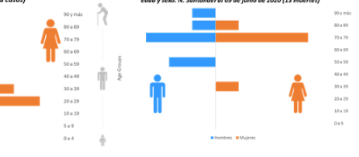
Situación en Norte de Santander: Con corte al 09 de junio, en el departamento de Norte de Santander se han reportado 148 casos confirmados y 13 defunciones por COVID-19. El 55% (82) de los casos se presentan en hombres. Del total de los casos el 72% (106) se ha recuperado, el 18% (27) son atendidos en casa, el 0,7% (1) se encuentran hospitalizados y 1 caso está siendo atendido en UCI. El grupo de edad donde se presenta mayor proporción de casos por COVID19 está entre los 20 a 39 años de edad con el 43% (64), la población mayor de 60 años concentra el 24% (36) de los casos y el 77% (10) de las muertes. A la fecha se han presentado casos en 14 municipios, el 66% de los casos (98) se presentaron en el municipio de Cúcuta, el 8,8% (13) en Ocaña y el 4,7% (7) en Villas del Rosario. El tiempo de duplicación de casos para el departamento de Norte de Santander, actualmente está estimado en 52 días.



Distribución de los casos de Covid-19 reportados por edad y sexo N. Santander al 09 de junio de 2020 (148 casos)



Distribución de los casos fallecidos de Covid-19 reportados por edad y sexo N. Santander al 09 de junio de 2020 (13 muertes)



Región de la Orinoquía / Amazonía

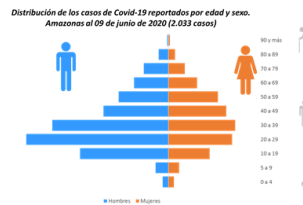
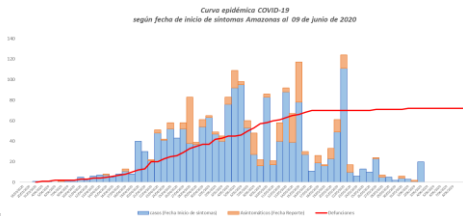
Con base en los datos publicados en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

En la región de la Orinoquía y la Amazonía 10 departamentos han presentado casos de COVID-19, con un total de 3.126 casos, cifra que representa el 7,4% del total de casos en Colombia y 85 defunciones, las cuales representan el 6,1% 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 9 de junio

Departamentos y Distritos	Casos	Muertes	Hospitalización General	UCI (%)	UCI Casos	Letalidad	Tasa de Mortalidad * millón de hab	Tasa de Incidencia * 100.000 hab	RT (25 mayo)
Amazonas	2033	73	48	0,2	4	3,6	923,8	2572,8	0,81 (73%)
Meta	999	10	8	0,3	3	1,0	9,4	93,9	0,53 (82,3%)
Casanare	36	0	0	0,0	0	0,0	0,0	8,3	NA
Caquetá	25	1	0	0,0	0	4,0	2,4	6,1	NA
Putumayo	11	2	1	18,2	2	18,2	5,6	3,1	NA
Vaupés	11	0	0	0,0	0	0,0	0,0	24,6	NA
Guanía	6	0	0	0,0	0	0,0	0,0	11,8	NA
Arauca	2	0	1	0,0	0	0,0	0,0	0,7	NA
Guaviare	2	0	0	0,0	0	0,0	0,0	2,3	NA
Vichada	1	0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,9	NA

Situación Amazonas: Con corte al 09 de junio, en el departamento de Amazonas se han reportado 2.033 casos confirmados y 73 defunciones por COVID-19. El 61% (1.246) de los casos se presentan en hombres. Del total de los casos el 53% (1070) se han recuperado, el 41% (837) son atendidos en casa, el 2,4% (48 casos) se encuentran hospitalizados y el 0,2% (4) 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 43% (880), la población mayor de 60 años concentra el 14% (279) de los casos y el 68,4% (50) de las muertes. A la fecha 2 municipios han presentado casos, de los cuales Leticia aporta el 97% (1962 casos) y Puerto Nariño el 3,5% (71). El tiempo estimado de duplicación de casos para el departamento es de 32 días.



Región pacífica (Chocó, Cauca, Valle y Nariño).

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

La región del Pacífico está conformada por los Departamentos del Chocó, Valle del Cauca, Cauca, Nariño y el Distrito de Buenaventura; al 9 de junio, tienen confirmados 7.262 casos, que corresponden al 17,3% del total de casos del País, y un total 314 muertes, que corresponden al 23,9% del total país.

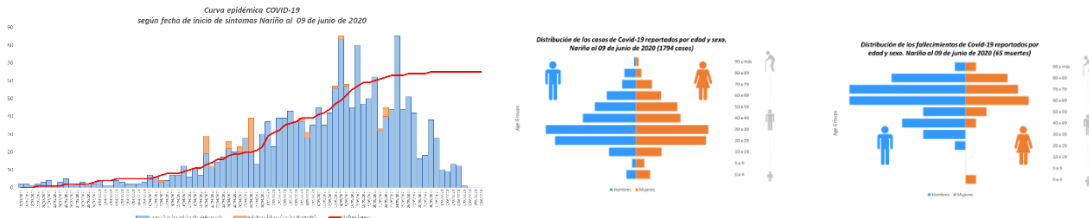
Buenaventura es el Distrito que presenta mayor tasa de incidencia por cien mil habitantes y tasa de mortalidad por millón de habitantes correspondiente al 250,5 y 137,9 respectivamente; así mismo, presenta la letalidad más alta 5,5 % seguido del departamento de Valle del Cauca con 4,7%; Lo cual evidencia que el Departamento del Valle y el Distrito de Buenaventura concentran la mayor carga de la región.

Tabla de casos, tasas de incidencia y mortalidad de COVID-19 para los Departamentos y distritos de la Región del Pacífico, al 9 de junio

Dpto o Distrito	Casos	Muertes	Población	Hospitalizados	% UCI	Casos UCI	Letalidad	Tasa Mortalidad (1.000.000 hab)	Tasa Incidencia (100.000 hab)
Valle del Cauca	4039	188	4.532.152	326	2,3	94	4,7	41,5	89,1
Nariño	1794	65	1.627.589	124	0,6	10	3,6	39,9	110,2
Buenaventura	781	43	311.827	88	2,2	17	5,5	137,9	250,5
Choco	488	11	544.764	32	1,2	6	2,3	20,2	89,6
Cauca	160	7	1.491.937	10	1,3	2	4,4	4,7	10,7

Situación Nariño: En el departamento de Nariño al 09 de junio, se han reportado 1.794 casos confirmados y 65 muertes por COVID-19. El 53% (943) de los casos se presentan en hombres. Del total de los casos, el 33% (586) se han recuperado, el 56% (1.006) son atendidos en casa, el 6,9% (124 casos) se encuentran

hospitalizados y el 0,6% (10) están siendo atendidos 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 46% (818), la población mayor de 60 años concentra el 15% (276) de los casos y el 70,7% (46) de las muertes. A la fecha se han presentado casos en 37 municipios, el 55% (981) de los casos se presentaron en el municipio de Tumaco, el 14% (249) en Pasto y el 11% (196) en Ipiales. El tiempo estimado de duplicación de casos para el departamento es de 25 días.



Región Caribe

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

La región Caribe, al 9 de junio tienen confirmados un total de 13.233 casos, que corresponden al 31,45% de los casos País, y un total 534 muertes, que corresponden al 38,92% del País. En relación con las cifras reportadas para la región la semana anterior, han tenido un crecimiento relativo del 30,98% en el número de casos y del 36,33% en el total de muertes.

Los distritos de Cartagena, Barranquilla, y el Departamento del Atlántico, hoy en día, presentan, más de tres mil casos de COVID-19 confirmados, aportando 11.153 casos (84,28% a la región y el 26,51% al País) y 439 muertes (82,21% a la región y el 32% al País). Cartagena es el Distrito que continúa siendo el que mayor número de casos confirmados y muertes le aporta a la región Caribe, con un 30,66% y 31,84% respectivamente, y con las tasas de incidencia y mortalidad más altas. Al comparar las cifras de estas tres entidades territoriales, con respecto a la semana anterior, el distrito de Barranquilla ha tenido el mayor incremento de casos (38,43%) y muertes (56,02%), seguido del departamento del Atlántico con un incremento en el 33,04% de casos y 53,40% de las muertes.

Con relación al indicador de porcentaje de ocupación de camas de UCI en Cartagena es del 44%. El departamento del Magdalena continúa con la letalidad más alta en la región con un 7,6%. El porcentaje de hospitalización en UCI en el departamento de Córdoba sigue siendo el más alto en la región con un 3,5%, de otra parte, este departamento con relación a las cifras de la semana anterior ha tenido un incremento del 41,56% en los casos y el 46,15% en las muertes.

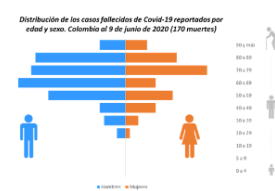
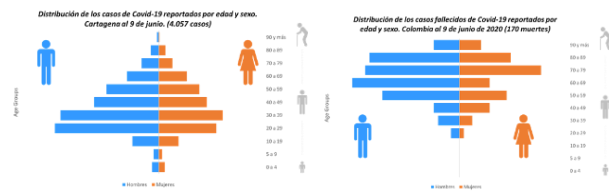
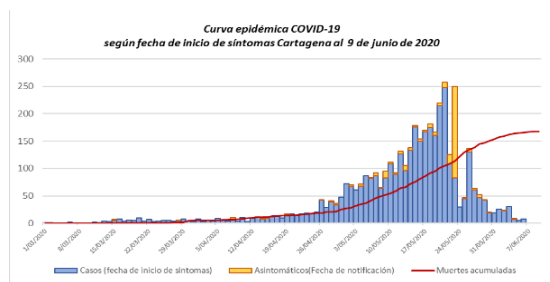
Tabla de casos, tasas de incidencia y mortalidad de COVID-19 para los Departamentos y distritos de la Región Caribe al 9 de junio

Departamentos y Distritos	Casos	Muertes	Letalidad (%)	Hospitalización General	UCI (%)	Casos UCI	Tasa de Mortalidad + millón de hab	Tasa de Incidencia + 100.000 hab	Rt Corte al 25 de mayo
Cartagena	4.057	170	4,2	219	1,0	39	165,3	394,4	0,89 (70,3%)
Barranquilla	3.742	166	4,4	206	1,5	57	130,3	293,7	1,04 (65,3%)
Atlántico	3.354	103	3,1	136	0,9	29	37,8	123,2	0,98 (67,3%)
Cesar	470	11	2,3	5	0,2	1	8,5	36,3	3,63 (-21%)
Santa Marta	442	20	4,5	24	0,9	4	37,1	82,1	1,4 (53,3%)
Magdalena	357	27	7,6	26	0,0	0	18,9	25,0	1,23 (59%)
Bolívar	307	17	5,5	14	1,0	3	7,8	14,1	0,97 (67,67%)
Córdoba	231	13	5,6	19	3,5	8	7,1	12,6	
Sucre	143	2	1,4	7	2,1	3	2,1	15,1	
La Guajira	113	5	4,4	6	0,0	0	5,2	11,7	
San Andrés	17	0	0,0	0	0,0	0	0,0	26,7	

Situación Cartagena: En el Distrito Turístico de Cartagena a junio 9, se han confirmado 4.057 casos y 170 casos de muertes. El tiempo estimado de duplicación de los casos en Cartagena actualmente es de 22 días. En relación con la distribución de los casos confirmados de acuerdo con el sexo, el 58,8%

(2.387) son hombres. Por grupo de edad, los casos se concentran en el grupo de edad de 20 a 39 años con un 46,0% (1.865), seguido del grupo de 40 a 59 años con un 29,2% (1.186), el grupo de edad de menores de 19 años es el 9,5% (387), y el 15,3% (619) lo constituyen los mayores de 60 años. Según la atención recibida, el 62,9% (2.358) de los casos sintomáticos han sido manejados en casa, hospitalización en sala general el 5,8% (219) y en la UCI el 1,0% (39) del total de los casos y recuperados el 32,4% (1.213); los fallecidos corresponden al 4,2% (170) del total de los casos y de estos el 68,8% (117) son personas mayores de 60 años.

De otra parte, el 8% de los casos confirmados son asintomáticos; de acuerdo con los síntomas presentados en los casos confirmados, el 38,1% presentaron como síntoma la tos, el 29% fiebre, el 12% odinofagia y el 8% dificultad respiratoria. En relación con las comorbilidades de las personas fallecidas, se encontró, que el 53,3% tenían hipertensión arterial, el 23% diabetes, el 14% enfermedad cardiaca, el 10% enfermedad renal, el 7% EPOC y el 4% cáncer.



Panorama nacional 9 de junio:

Allocución presidencial – Prevención y Acción [En vivo]: Quienes amenazan a los profesionales de la salud merecen una sanción social y un castigo ejemplar dijo el Presidente Duque. Al respecto el Mandatario advirtió que en Colombia habrá cero tolerancias frente a las manifestaciones criminales contra el personal de la salud, y enfatizó que los responsables merecen una sanción ejemplar. “Hemos habilitado todos los protocolos para poder dar rápidamente con los autores intelectuales y materiales de esa amenaza, para que tengamos claro que aquí habrá tolerancia cero con ese tipo de manifestaciones criminales”, dijo el Jefe de Estado. Por otra parte, se explicó que El Programa de Apoyo al Empleo Formal (PAEF), implementado por el Gobierno Nacional para otorgar un subsidio a las nóminas de las empresas, ha tenido una cobertura “cercana a los 2 millones 500 mil trabajadores”, informó el Director de la Unidad de Gestión de Ingresos Parafiscales y Pensionales (UGPP), Fernando Jiménez. <https://www.youtube.com/watch?v=1q0H9dpS75Q> [En vivo]

PRASS, una estrategia en la nueva fase del covid-19 en el país: el ministro de Salud y Protección Social, Fernando Ruiz Gómez, explicó lo que será la Estrategia Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible – PRASS. “A partir de todo lo que implica la apertura económica, hemos decidido diseñar una estrategia que nos permita trabajar en el aislamiento selectivo de poblaciones”, sostuvo el ministro. Esto significa aumentar capacidad de pruebas, detección, aislamiento definido y una trazabilidad. Consiste en una estrategia de rastreo ampliado, que fortalece el trabajo que ya se viene haciendo por parte del Minsalud, el Instituto Nacional de Salud y los entes territoriales. “Será aplicada en tres ciudades inicialmente (Cartagena, Quidó y Palmira) y haremos una capacitación a través de un protocolo”, sostuvo el jefe de la cartera de Salud, agregando que esta busca cortar las cadenas de transmisión para desacelerar el contagio.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/PRASS-una-estrategia-en-la-nueva-fase-del-covid-19-en-el-pais.aspx>

Más de 20.000 profesionales de la salud se han capacitado sobre covid-19: El Ministerio de Salud y Protección Social, en cabeza de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, ha venido

gestionando e implementando acciones para fortalecer las competencias de los equipos de salud del país para la bioseguridad, la prevención, diagnóstico, tratamiento y apropiada derivación de pacientes con infección por covid-19. Para tal fin, está dispuesta una sección dedicada a la formación continua del Talento Humano en Salud dentro del micrositio de covid-19 ubicado en la página web del Ministerio, que permite acceder de manera gratuita a diferentes cursos y recursos educativos que fueron desarrollados por oferentes externos aliados a la entidad. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mas-de-20.000-profesionales-de-la-salud-se-han-capacitado-sobre-covid-19.aspx>

Vigilancia sanitaria a establecimientos autorizados a funcionar en Bogotá: La Secretaría Distrital de Salud mantiene durante el período de aislamiento preventivo obligatorio algunos procesos de inspección, vigilancia y control que son importantes durante la emergencia sanitaria. Se mantienen los procesos de vigilancia sanitaria a establecimientos que realizan: el almacenamiento, comercialización, distribución y transporte de alimentos; dispensación de medicamentos y dispositivos médicos; depósitos de materiales de construcción y ferreterías; pequeñas, medianas y grandes empresas manufactureras. http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Noticia_Portal_Detalle.aspx?IP=1161

Resumen de la situación de Covid-19 en departamentos de frontera (corte 8 de junio)

Departamento	Resumen de la situación de Covid-19 en departamentos de frontera (corte 09-06-2020)	
	Situaciones asociadas a la epidemia	
Arauca	<ul style="list-style-type: none"> Al riesgo del COVID-19 se suman amenazas y extorsiones a retornados venezolanos. La nueva regla de Maduro es que sólo podrán pasar tres veces a la semana, 100 migrantes por el paso de Arauca, por donde han retornado 12 mil venezolanos en medio de la pandemia; y 300 por el de Norte de Santander, por el que se han devuelto 57 mil. Eso seguramente traerá más represamientos de migrantes en todo el país y, sobre todo, en las zonas fronterizas, que se traducen en asentamientos y aglomeraciones en calles desde Ipiales y Cali, pasando por Bogotá y hasta Bucaramanga, Cúcuta o Arauca. Autoridades del gobierno departamental y municipal de Tame atendieron peticiones de comunidad de Puerto San Salvador. Con las comunidades de Puerto San Salvador en el municipio de Tame, se reunió el secretario de Gobierno Departamental, Merardo Tovar Altuna, para conocer sus inquietudes respecto al tránsito de migrantes venezolanos por el corredor humanitario establecido desde el nivel central. 	
Cesar	<ul style="list-style-type: none"> Alcalde de La Paz (Cesar) se contagió de coronavirus. Dos alcaldes del departamento han resultado contagiados con la Covid-19. El alcalde de La Paz (Cesar) Martín Zuleta confirmó a través de un video que tiene coronavirus. El mandatario aseguró que se encuentra bien de salud, e hizo un llamado a los ciudadanos para que extremen las medidas de protección. A pesar de todas las medidas que el mandatario siguió, hoy se convierte en el cuarto funcionario con el virus en Cesar. Recordemos que el Alcalde del municipio de González en el sur del Cesar, el secretario de Planeación y el jefe de la cartera de Recreación y Deportes en Valledupar, también dieron positivo para la Covid-19. 	
La Guajira	<ul style="list-style-type: none"> El gobernador Nemesio Roys Garzón y la Secretaria Departamental de Salud, Rosario Moscote Suárez, recibieron seis ambulancias de transporte asistencial básico que serán entregadas a los hospitales de Villanueva, Urumita, Distracción, Hatonuevo, Dibulla y Uribia. Los vehículos hacen parte de un contrato suscrito por la Gobernación de La Guajira en 2018, el cual presentaba el vencimiento de los plazos de ejecución. 450 venezolanos hacen turno para retornar a su país desde La Guajira. Están bajo carpas que habilitaron las autoridades de su país. Aseguran que gobierno venezolano no les permite recibir ayuda humanitaria de la OMS. 	
Nariño	<ul style="list-style-type: none"> Ipiales, Nariño, se ha convertido, también, en refugio de migrantes venezolanos que llegan luego de cruzar trochas ilegales, su objetivo es regresar a su país, sin embargo quedan varados en improvisados cambuches en las afueras de la terminal de transportes. 	
Norte de Santander	<ul style="list-style-type: none"> Venezolanos varados en Colombia piden ayuda para regresar a su país. Forzados a vivir en improvisados cambuches en varias ciudades de Colombia, los migrantes venezolanos buscan llegar a la frontera para poder volver a su patria. La Gobernación de Norte de Santander analiza la habilitación de un albergue que estaría instalado en el Puente de Tienditas, la medida sería temporal. 	
Valle del Cauca	<ul style="list-style-type: none"> El drama humanitario que atraviesan los migrantes venezolanos se vive en varias ciudades del país, entre ellas Cali, donde el tradicional parque de Las Banderas se convirtió en un improvisado lugar de albergue para más de 200 migrantes venezolanos, quienes piden ayuda para llegar a la frontera. 	

CONTEXTO REGIONAL. Corte 9 de junio – 3:00 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	2.167.442	132.658	661.328
América Central	36.667	1.043	15.296
América del Sur	1.176.577	51.215	546.590
América del Caribe e Islas	34.488	947	16.182

En la Región de las Américas, con un total de **3.415.174 casos confirmados y 185.863 muertes** en las últimas 24 horas, en 54 países. Se informaron **48.923** casos adicionales y **1.913** muertes en la región que representa un incremento relativo del 1% de los casos y 1% de las muertes con respecto del día anterior.

Los Estados Unidos de América representan el 57% de todos los casos y el 60% de todas las muertes, y Brasil representa el 21% de todos los casos y el 20% de todas las muertes de la Región de las Américas. Combinados, estos dos países representan el 78% de todos los casos y el 80% de todas las muertes reportadas actualmente en la Región de las Américas, lo anterior no ha cambiado en las últimas 48 horas.

Los países que informaron el mayor número de casos nuevos ($\geq 1,000$) en comparación con el día anterior son: Estados Unidos de América (17,536 casos, 1% de aumento), Brasil (15,654 casos, 2% de aumento), Chile (3,913 casos, Aumento del 3%), Perú (3,181 casos, aumento del 2%), México (2,999 casos, aumento del 3%) y Colombia (1,483 casos, aumento del 4%). Los países que informan el mayor número de muertes nuevas (≥ 100) son Brasil (679 muertes, aumento del 2%), los Estados Unidos de América (550 muertes, aumento $<1\%$), México (354 muertes, aumento del 3%) y Perú (106 muertes, aumento del 2%).

Países	N° casos confirmados	Población	Tasa por 1.000.000 habitantes	N° Muertes	Tasa Mortalidad por 1.000.000 habitantes	Tasa de letalidad %
Brasil*	707.412	212.559.417	3.328,1	37.134	174,70	5,25
Perú*	199.696	32.971.854	6.056,6	5.571	168,96	2,79
Chile	142.759	19.116.201	7.468,0	2.283	119,43	1,60
Ecuador*	43.917	17.643.054	2.489,2	3.690	209,15	8,40
Panamá*	16.854	4.314.767	3.906,1	398	92,24	2,36
Colombia	42.078	50.882.891	827,0	1.372	26,96	3,26
Argentina	23.620	45.195.774	522,6	698	15,44	2,96
Uruguay	845	3.473.730	243,3	23	6,62	2,72
Bolivia	13.949	11.513.100	1.211,6	475	41,26	3,41
Venezuela*	2.473	28.435.940	87,0	22	0,77	0,89
Paraguay	1.187	7.132.538	166,4	11	1,54	0,93

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 5,4% (mediana de la estimación del país: 3,1%; rango: 0,9 - 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 (11,7%), Ecuador (8,4%), Canadá (8,1%), EE. UU. (5,7%) y Brasil (5,2%).

La situación del País en el contexto regional, Sur América tiene un incremento de casos del 2% en las últimas 24 horas, y los países con un porcentaje superior al observado son Argentina, Colombia, Paraguay y Venezuela (4%) y Chile (3%). Chile es el único país de Sur América que tiene tipo de transmisión en conglomerados. En comparación con el día anterior, los países / territorios con un aumento relativo en casos $> 5\%$ son Guatemala (6%) y Haití (6%).

Publicaciones

Consideraciones sobre pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de COVID-19: la OPS ha publicado una guía para apoyar la reducción de la transmisión de COVID-19, centrada en la promoción de la buena higiene, el distanciamiento social y la mejora del acceso a los servicios básicos. servicios de salud en comunidades vulnerables. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52251>

Noticias.

Panamá - El Viceministro de Salud aclara las restricciones de movilidad, que se basan en el día de la semana, el sexo y el número de identificación, y están sujetas al horario de toque de queda. Los ancianos y las personas con discapacidad tienen un ajuste adicional programado. <http://www.minsa.gob.pa/node/15067>

Venezuela: el presidente Maduro anunció un esquema revisado de 7 días de trabajo y 7 días de cuarentena radical, esquema 7 + 7. Hoy comenzó, lo que se conoce como cuarentena consciente, radical, voluntaria, familiar y comunitaria en el país.

<http://www.mpps.gob.ve/index.php/sala-de-prensa/notnac/545-este-lunes-arrancan-siete-dias-de-cuarentena-consciente-radical-voluntaria-familiar-y-comunitaria-del-nuevo-esquema-7-7>

CONTEXTO GLOBAL. Corte 9 de junio - 5:00 pm

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

Regiones	Casos (nuevos)	Muertes (nuevas)
Pacífico occidental	192.335 (1.060)	7.121 (9)
Europea	2.303.361 (16.801)	184.671 (551)
El sudeste de Asia	378.118 (13.922)	10.376 (406)
Mediterráneo Oriental	658.614 (17.185)	14.913 (311)
Américas	3.415.174 (48.923)	185.863 (1.913)
Africana	140.498 (5.086)	3.352 (116)

Se han reportado a OMS al 9 de junio de 2020 5:00 pm, **7.039.918 casos confirmados (108.918 casos nuevos); 404.396 muertes (3.539 muertes nuevas), en 216 territorios.**

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200609-covid-19-sitrep-141.pdf?sfvrsn=72fa1b16_2

131.296 nuevos casos confirmados de 133 países / territorios / áreas. los 10 países que informan el mayor número de casos nuevos son, Estados Unidos de América, Brasil, India, Federación de Rusia, Chile, Pakistán, Perú, México, Arabia Saudita y Bangladesh. 3.469 muertes nuevas de 73 países / territorios / áreas. Los 10 países que informan el mayor número de muertes nuevas son, Brasil, Estados Unidos de América, México, India, Perú, Federación de Rusia, Chile, Reino Unido, Irán (República Islámica del) y Canadá.

En comparación a las cifras reportadas la semana anterior, la región del sudeste asiático ha tenido un incremento del 24,9% en el número total de casos de COVID-19, siendo la región con mayor crecimiento a nivel global, esto mismo sucede con el total de muertes con un 22,9%. La región del pacifico occidental y la región europea son las que menor porcentaje de crecimiento presentan en el número de total de casos con un 4,2% y 5,5% respectivamente y con relación a los casos nuevos la región pacifico a disminuido en un 4,4%.

En relación con la región de las américas, el incremento en el total de casos es del 13,6%, y de los casos nuevos el 11,8%. Al revisar la variación porcentual con la semana anterior, esta región disminuyó el 6% en los casos nuevos de muerte, más bajo comparativamente con Europa que presenta un incremento del 7,6%. La región africana tiene cifras de reporte con variaciones que limitan su análisis.

Publicaciones

La OMS ha publicado 14 nuevos carteles de participación comunitaria y de riesgo sobre la crianza de los hijos durante la pandemia. Algunos de los temas que cubren estos carteles incluyen: aprender a través del juego, mantener la calma y controlar el estrés, mantener a los niños seguros en línea, hacer presupuestos familiares en momentos de estrés financiero y hablar sobre COVID-19.

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

Noticias

Más de 7 millones de casos de COVID-19 y más de 400 000 muertes han sido reportadas a la OMS. Aunque la situación en Europa está mejorando, a nivel mundial está empeorando. El domingo, se reportaron más de 136 000 casos, la mayoría en un solo día hasta ahora. el Director General de la OMS advirtió ayer en su conferencia de prensa a países que ven signos positivos, "la mayor amenaza ahora es la complacencia".

<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---8-june-2020>

La OMS apoya plenamente la igualdad y el movimiento mundial contra el racismo. Alentamos a todos los que protestan en todo el mundo a hacerlo de manera segura: en la medida de lo posible, manténgase al menos a 1 metro de los demás, lávese las manos, cúbrase la tos y use una máscara si asiste a una protesta.

<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---8-june-2020>

COVID-19 en Grandes ciudades en Colombia, La situación de Medellín - Pilar de vigilancia

Al 9 de junio Colombia reporta 42.078 casos de COVID-19 y 1.372 muertes, 10 distritos y municipios del país concentran el 77% de los casos, la ciudad de Medellín, segunda ciudad del país con mayor población (2.533.424 habitantes para 2020 según proyecciones del DANE), reportó hasta el 9 de junio 712 casos confirmados de COVID-19 y 4 defunciones, ocupando el décimo lugar con más casos y con tasas de incidencia y letalidad más bajas que las de otras grandes ciudades del país.

CUADRO de Situación COVID-19 de las cinco ciudades más grandes de Colombia. No. de casos, defunciones, tasa de incidencia, mortalidad y letalidad al 9 de Junio de 2020

Entidad territorial	Población	Casos	Defunciones	Tasa incidencia por 100.000 hab	Tasa mortalidad por millón	% Letalidad defunciones/casos reportados
Colombia	50.372.424	39.236	1.259	77,9	25,0	3,2
Bogotá	7.743.955	13.709	325	177,0	42,0	2,4
Medellín	2.533.424	712	4	28,1	1,6	0,6
Cali	2.252.616	3.556	156	157,9	69,3	4,4
Barranquilla	1.274.250	3.742	166	293,7	130,3	4,4
Cartagena	1.028.736	4.057	170	394,4	165,3	4,2

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

Desde el inicio de la epidemia en Colombia, Medellín ha mostrado indicadores positivos que dan cuenta de una baja transmisión hasta la fecha y en este sentido y entendiendo la relevancia de conocer y replicar modelos exitosos y basados en el Pilar 3: **Vigilancia, equipos de respuesta inmediata e investigación de casos**, del plan de preparación y respuesta a la COVID-19. Nos permitimos compartir a continuación la descripción de cómo funciona la estrategia de vigilancia para la ciudad, acorde a información compartida por el área de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud de Medellín:

El modelo de Vigilancia Epidemiológica adoptada por este Municipio se centra en las intervenciones y estrategias que se describen a continuación:

1. Preparación y gestión de riesgo ante la emergencia a nivel territorial

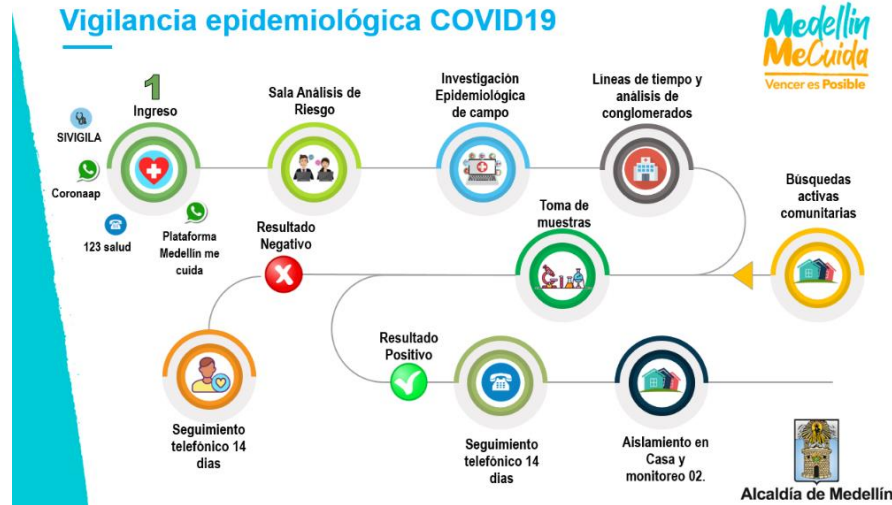
La fase de preparación inició desde la segunda semana de enero. Cuando se confirmó el primer caso en el municipio, Medellín había realizado capacitación en acciones de prevención, atención y control para COVID-19 a más de 4.000 personas incluyendo personal sanitario, organismos de socorro, funerarias, hogares geriátricos y servidores públicos, lo cual brindó una ventaja comparativa en la oportunidad de las intervenciones.

El 9 de marzo se confirmó el primer caso en la ciudad y se instaló el Centro de Operaciones de Emergencia - COE que funciona bajo el sistema de comando incidente, que integra la Sala de Análisis de Riesgo-SAR y desde donde se coordinan las acciones estratégicas para hacer frente a esta emergencia de salud pública de interés internacional. Esta mesa se instaló de manera conjunta con servidores de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la Secretaría de Salud de Medellín con el acompañamiento del Instituto Nacional de Salud.

2. Ingreso (captación de los casos)

La principal herramienta que se utiliza para la captación de casos de COVID-19 es el Sistema Nacional de Vigilancia (SIVIGILA) y de manera complementaria a través de la herramienta Corona App. Adicionalmente en el municipio se habilitó la línea de emergencias 123, a través de la cual la comunidad puede reportar situaciones sospechosas de COVID-19. Si la persona reporta síntomas compatibles con el virus, se remite a una valoración por telemedicina, procurando así que los pacientes no salgan de sus casas. Todos los ciudadanos y empresas de Medellín deben registrarse en una plataforma Web que se denomina "Medellín me Cuida", en esta se ingresan

los datos básicos, la presencia o no de comorbilidades y el estado de salud. De esta información se deriva un mapeo y georreferenciación que además permite identificar a la población con mayor riesgo de complicaciones.



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica de la Subsecretaría de Salud Pública

3. Valoración de riesgo y análisis situacional

La información que se captura a través de las fuentes mencionadas en el numeral 2, es llevada a una sala de análisis de riesgo- SAR que sesiona diariamente, donde se analiza de forma integral la situación de la epidemia y se establecen los criterios para llevar a cabo acciones tales como Investigaciones Epidemiológicas de Campo –IEC, búsqueda activa de casos y estudios de brotes y conglomerados. En esta sala se hace uso de recursos como software y plataformas digitales para orientar la toma de decisiones.

4. Investigaciones Epidemiológicas de Caso- IEC

Las IEC son realizadas por médico(a) o enfermera(o) del equipo de vigilancia epidemiológica. Inicialmente estas investigaciones se desarrollaban de manera presencial por un periodo de 2 a 3 horas, pero se decidió modificar el proceso. Una adaptación de estas acciones de campo es realizar las investigaciones en su mayoría por vía telefónica buscando acortar los tiempos de exposición del personal sanitario, lo que ha permitido lograr el manejo de la pandemia sin contagios en el equipo de respuesta inmediata –ERI y se ha disminuido el consumo de elementos de protección personal. La toma de muestras se realiza en la vivienda de los casos sospechosos bajo un estricto protocolo en el uso de los elementos de protección personal y en el menor tiempo posible hasta 15 minutos.

5. Líneas de tiempo, análisis de conglomerados

Una vez recolectada y analizada la información de las investigaciones epidemiológicas telefónicas o de campo se establecen las líneas de tiempo y se identifican los contactos estrechos sociales, familiares y laborales que conforman los conglomerados que serán intervenidos para cortar cadenas de transmisión.

Parte del éxito de la estrategia se basa en que el 100% de los contactos sintomáticos identificados son abordados de manera inmediata por el equipo de vigilancia epidemiológica y se les practica la prueba para COVID-19. En el caso de los asintomáticos la muestra se toma a los siete (7) días post exposición.

6. Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) y Búsqueda Activa Institucional de conglomerados:

En cuanto a la BAC, esta se orienta teniendo como criterio de búsqueda por vigilancia pasiva los casos confirmados registrados en SIVIGILA que no tienen nexo epidemiológico y por vigilancia activa en los territorios que se perciben con silencio epidemiológico o por aumento en la incidencia.

Esta actividad se realiza visitando casa a casa en un perímetro de cuatro (4) manzanas buscando casos sospechosos de COVID-19 o personas con factores de riesgo para complicaciones. El área se puede ampliar según los hallazgos observados (estrategia similar a la utilizada en la vigilancia contra el Sarampión).

Para apoyar este trabajo se cuenta con herramientas de geolocalización donde se registran los casos, a partir de estas coordenadas se definen polígonos tratando de establecer escenarios (centros de salud, bancos, supermercados entre otros) que hayan podido ser lugares donde hayan confluído casos y contactos. Se priorizan también sitios de alto riesgo para brotes tales como Centros Penitenciarios y Carcelarios, estaciones de policía, plazas de mercado y grandes empresas. En caso de que se identifiquen dos o más casos en un solo sector de una misma empresa, este debe ser cerrado por un periodo de 14 días tiempo en el cual se reorganizan las medidas de bioseguridad.

7. Recolección de muestras

El equipo de vigilancia epidemiológica cuenta con auxiliares de enfermería y de salud pública entrenados en tomas de aspirado nasofaríngeo realizados de manera rutinaria en el marco de la vigilancia de otros eventos de interés en salud pública como tosferina y enfermedad similar a la influenza- ESI.

El aspirado nasofaríngeo se escogió como técnica, por consenso realizado con expertos de la ciudad desde la intervención de la pandemia de Influenza AH1N1, considerando que esta muestra tiene mayor número de células y se contamina menos. Las pruebas son practicadas tanto en pacientes sintomáticos como asintomáticos que hayan estado en contacto estrecho con un caso confirmado. Con base en la información que se deriva del aplicativo Medellín me Cuida, donde se tiene caracterizada a la población con comorbilidades (hipertensión, hipotiroidismo, diabetes, obesidad, enfermedad cardiovascular u otras), se establece un plan de muestreo aleatorio sobre dicha población. También se han realizado muestreos aleatorios en personal de salud y en grandes empresas.

8. Seguimiento a los casos

Aquellas personas que han estado en contacto estrecho con casos confirmados son puestas en aislamiento en casa por 14 días; independiente del resultado de su prueba se le hace seguimiento telefónico diario por el mismo periodo y por vía electrónica se les hace entrega de su incapacidad. Al término del aislamiento se realiza prueba molecular de control para COVID-19, si esta persiste positiva se prolonga el aislamiento por siete (7) días más con nueva muestra.

A los casos (adolescentes y adultos) durante el aislamiento, se les entrega un kit que incluye tapabocas, alcohol y un pulsoxímetro cuyos valores migran a una plataforma digital desde donde son monitoreados buscando identificar signos tempranos de alarma que indiquen complicaciones para ser intervenidas de manera oportuna.

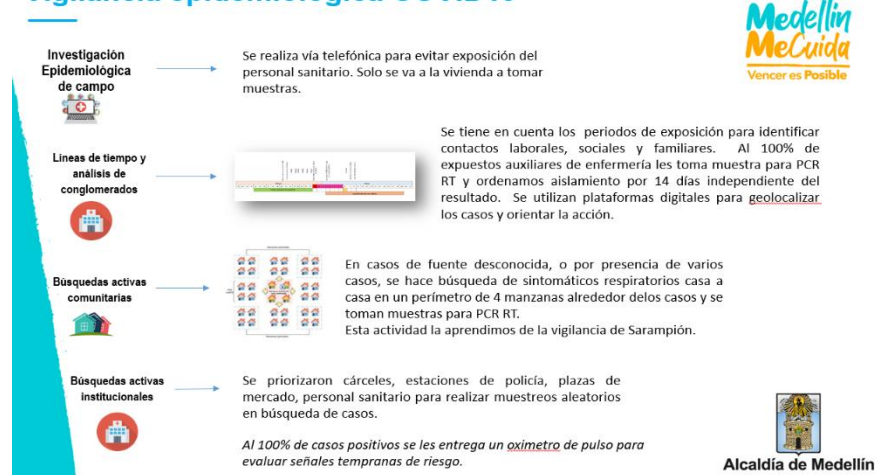
9. Comunicación del riesgo para la vigilancia:

Para la gestión de las comunicaciones dentro del marco de la contingencia por COVID-19 se tuvieron en cuenta los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud. De acuerdo con las necesidades específicas de la ciudad, se diseñó un protocolo de comunicaciones de la Secretaría de Salud para la articulación con las demás

secretarías, entidades descentralizadas y demás actores estratégicos, frente a la línea discursiva y las acciones de comunicaciones.

Fue elaborado un protocolo de comunicación de crisis y gestión del riesgo, en el que se ponen en la mesa los diferentes escenarios que, de acuerdo con los sucesos presentados por la pandemia en otros países, podrían llegar a presentarse (la primera muerte en la ciudad, múltiples muertes, colapso del sistema de salud, crisis en salud mental, recomendaciones generales a la ciudadanía frente al manejo de la contingencia, etc.) y regularmente se actualizan los escenarios, dependiendo del comportamiento del evento en la ciudad.

Vigilancia epidemiológica COVID19



Fuente: Programa de Vigilancia Epidemiológica de la Subsecretaría de Salud Pública

Principales retos identificados por el grupo de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud de Medellín:

- El cambio de las dinámicas de transmisión y el probable incremento de casos, generados por la apertura o flexibilización de las medidas en la ciudad, implica que se deban adaptar rápidamente las estrategias de búsqueda.
- Los avances en la identificación del comportamiento del virus crean la necesidad de adaptar las estrategias de intervención.
- La presentación de brotes institucionales, y en conglomerados laborales, dado que no siempre se generan alertas de nuevos casos en estos espacios, bien sea por que pasan desapercibidos o porque las personas tienen temor de notificar su estado de salud individual o de sus convivientes, por temor y esto ha facilitado brotes en poblaciones cerradas.
- Promover acciones de comunicación enfocadas a evitar estigma y discriminación: es necesario fortalecer el trabajo con la comunidad, dado que se está evidenciando estigma social hacia los pacientes y el personal de salud, los pacientes se sienten señalados e incluso el personal de salud se ha visto amenazado en su seguridad y el control de noticias falsas que generan mayor temor en la población.

Agradecimiento al equipo de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud de Medellín.