



IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE NACIONAL DE CONTINGENCIA PARA
RESPONDER ANTE LA EMERGENCIA POR COVID 19 EN LA CIUDAD DE
ARMENIA- QUINDÍO COLOMBIA 2020

JHON JAIRO BETANCUR GIRALDO

CINDY NATALIA DEL RÍO ALARCÓN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES

2022

IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE NACIONAL DE CONTINGENCIA PARA
RESPONDER ANTE LA EMERGENCIA POR COVID 19 EN LA CIUDAD DE
ARMENIA- QUINDÍO COLOMBIA 2020

Autores

JHON JAIRO BETANCUR GIRALDO

CINDY NATALIA DEL RÍO ALARCÓN

Proyecto de grado para optar al título de Magister en Salud Pública

Tutor

LEIDY LISBETH MORENO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES

2022

RESUMEN

El objetivo del estudio es caracterizar el comportamiento epidemiológico de la Covid-19 y la implementación del Plan Nacional de Contingencia en la ciudad de Armenia (Quindío) Colombia en el año 2020. La metodología corresponde a un estudio descriptivo, aplicando métodos integrativos con fuentes primarias y secundarias. Se identificaron las diferentes capacidades de respuesta y adaptación a circunstancias únicas de Armenia ante los múltiples cambios en las autoridades de gobierno y las dificultades que de ello se derivaron. Durante las fases de preparación, contención y mitigación, Armenia contó con fortalezas que le permitieron destacarse como modelo a seguir por la credibilidad y confianza en sus 10 comunas y un corregimiento, así como en los Nodos con puntos de atención. Su estrategia en el manejo, concentración y atención de los habitantes de calle, vendedores ambulantes, y demás sectores sociales que desarrollaban sus actividades en el ámbito urbano, permitió una contención más efectiva y restó velocidad a la expansión del virus en los habitantes de la ciudad. La capacidad de respuesta y apoyo de los gremios y sectores sociales como el hotelero y los comerciantes permitieron enfrentar de manera efectiva la emergencia sanitaria, es definitivo destacar la experiencia y capacidad de liderazgo en los diferentes equipos de talento humano liderados por la Secretaria de Salud de Armenia quienes enfrentaron de manera eficaz y efectiva la emergencia sanitaria por COVID 19 lo cual permitió a la ciudad ser una de las primeras en el país en iniciar su reactivación social y económica.

Palabras Claves: COVID -19, Contención, Comportamiento epidemiológico, Mitigación, Plan Nacional de Contingencia.

ABSTRACT

The main objective is to characterize the epidemiological behavior of Covid-19 and the implementation of the National Contingency Plan in the city of Armenia (Quindío) Colombia in the year 2020. The methodology corresponds to a descriptive study, applying integrative methods with primary sources and secondary. The different capacities to respond and adapt to unique circumstances in Armenia were identified in the face of multiple changes in government authorities and the difficulties that resulted from it. During the phases of preparation, containment, and mitigation, Armenia had strengths that allowed it to stand out as a model to follow due to the credibility and trust in its 10 communes and one township, as well as in the Nodes with service points, its management strategy, concentration and attention of street dwellers, street vendors, and other social sectors that carried out their activities in the urban area, allowed a more effective containment and slowed down the spread of the virus in the city's inhabitants. The response capacity and support of the unions and social sectors such as the hotelier and the merchants made it possible to effectively face the health emergency, it is definitive to highlight the experience and leadership capacity in the different teams of human talent led by the Secretary of Health of Armenia who efficiently and effectively faced the health emergency due to COVID 19, which allowed the city to be one of the first in the country to begin its social and economic reactivation.

Keywords: COVID -19, Containment, Epidemiological behavior, Mitigation, National Contingency Plan.

TABLA DE CONTENIDO

1	PRESENTACIÓN	13
2	ANTECEDENTES	15
3	ÁREA PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
4	JUSTIFICACIÓN.....	25
5	REFERENTE TEÓRICO	29
6	OBJETIVOS.....	63
6.1	OBJETIVO GENERAL	63
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	63
7	METODOLOGÍA	64
8	RESULTADOS	71
9	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	104
10	CONCLUSIONES.....	109
11	RECOMENDACIONES	111
12	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
13	ANEXOS.....	123

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Intervenciones no farmacológicas y número de días para implementarlas después del primer caso de covid-19.....	21
Tabla 2. Total, muertes ocurridas, agrupadas lista 6/67 OPS, departamento del Quindío 2005- 2018.....	57
Tabla 3. Capacidad instalada total y cobertura, tasa por 1.000 habitantes, Quindío. 2015-2019	57
Tabla 4. Tasa de mortalidad ajustada municipio Armenia, 2005 – 2018.....	61
Tabla 5. Capacidad instalada, cobertura tasa por 1.000 habitantes, Armenia.	62
Tabla 6. Procedimientos	66
Tabla 7. Categorías de análisis	67
Tabla 8. muertes por todas las causas en el municipio de Armenia Quindío, 2020.....	73
Tabla 9. Comportamiento de mortalidad y letalidad según sexo en el municipio de Armenia durante 2020.	75
Tabla 10. Cobertura de régimen en salud. Armenia, 2020.	75
Tabla 11. Comportamiento de covid-19 según régimen de afiliación. Armenia durante 2020.	76
Tabla 12. Presupuesto de ingresos Armenia durante 2020 cifras en millones de pesos.....	80
Tabla 13. Presupuesto de gastos e inversión, Armenia durante 2020 cifras en millones de pesos.	80
Tabla 14. Estrategias y actividades recuperación económica de Armenia durante 2020.....	93
Tabla 15. Planes pilotos implementados en la ciudad de Armenia, 2020.	100
Tabla 16. Indicadores de morbilidad y mortalidad según municipio, región y país.....	102

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Línea de tiempo normatividad a nivel Nacional sobre la COVID-19.....	54
Figura 2. Mapa político – administrativo del departamento del Quindío.....	56
Figura 3. Mapa distribución comunas y corregimientos Armenia	59
Figura 4. Pirámide poblacional proyectada años 2015, 2020, 2023 Armenia.....	60
Figura 5. Comportamiento de la COVID -19 según periodo epidemiológico en el municipio de Armenia durante el 2020.....	72
Figura 6. Comportamiento de la mortalidad y letalidad en el municipio de Armenia durante 2020.	73
Figura 7. Proporción mortalidad Municipio de Armenia 2020	74
Figura 8. Comportamiento de mortalidad y letalidad según grupo etario en el Municipio de Armenia durante el 2020.	77
Figura 9. Medidas de orden público y comportamiento epidemiológico en Armenia, Quindío 2020	99
Figura 10 . Evolución del Comportamiento epidemiológico en Armenia durante el 2020.	101

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Marco legal a nivel Nacional	123
Anexo 2. Marco legal a nivel Municipal	143
Anexo 3. Instrumento de indicadores epidemiológicos.....	171
Anexo 4. Instrumento de operacionalización de variables	175

GLOSARIO

“**Agente:** microorganismo, sustancia química o forma de radiación cuya presencia, presencia excesiva o relativa ausencia es esencial para la ocurrencia de la enfermedad. Los agentes pueden dividirse en biológicos (organismos vivos, como virus y bacterias) y no biológicos (químicos, como pesticidas, y físicos, como la radiación)”. (1)

“**Caso:** persona en quien se sospecha, presume o confirma que padece una enfermedad o evento de interés epidemiológico”. (1)

“**Contacto:** persona que ha estado en contacto con una persona infectada (caso) de tal forma que se considera que ha tenido una exposición significativa y, por tanto, está en riesgo de infección”. (1)

“Contagioso o infeccioso: a menudo se usan indistintamente, pero tienen diferencias sutiles. “Contagioso” está relacionado con la propagación directa o indirecta de persona a persona. La gripe es, por ejemplo, muy contagiosa, pero el ébola no. “Infeccioso” implica que el contacto con una pequeña cantidad de virus puede causar enfermedad y, por ejemplo, el ébola es muy infeccioso”. (1)

“Contaminación: presencia de agentes infecciosos vivos en las superficies del cuerpo o en prendas de vestir, juguetes u otros objetos inanimados o sustancias como agua, leche o alimentos”. (1)

“Contención: la contención efectiva y rápida de enfermedades emergentes es tan vital como la detección temprana para evitar una epidemia a gran escala. La contención rápida debe comenzar tan pronto como se detecte el primer caso”. (1)

“Control y mitigación: una vez que la amenaza de enfermedad infecciosa alcanza un nivel epidémico o pandémico, el objetivo de la respuesta es mitigar su impacto y reducir su incidencia, morbilidad y mortalidad, así como las interrupciones en los sistemas económicos, políticos y sociales. La mitigación se enfoca en desacelerar, aunque no necesariamente en detener, la propagación de la epidemia, reduciendo la demanda máxima de atención médica, al tiempo que protege a las personas con mayor riesgo de tener un cuadro grave de la enfermedad”. (1)

“Enfermedad emergente: enfermedad desconocida o de nueva aparición hasta el momento, generalmente de tipo infeccioso o transmisible”. (1)

“Enfermedad reemergente: resurgimiento o incremento de la incidencia de enfermedades infecciosas o transmisibles que se consideraba que ya estaban controladas”. (1)

“Epidemiología: estudio de la frecuencia y distribución de los eventos de salud y de sus determinantes en las poblaciones humanas, y la aplicación de este estudio en la prevención y control de los problemas de salud”. (1)

“Estacionalidad de una enfermedad: patrón regular de variación entre estaciones del año que presentan algunas enfermedades, por ejemplo, la gripe”. (1).

“Evolución natural de la enfermedad: curso de la enfermedad en una persona desde el inicio hasta su resolución, sin mediar intervenciones. El proceso se inicia con la exposición de un huésped susceptible (persona) a un agente causal (virus, bacteria, etc.) y termina con la recuperación, la discapacidad o la muerte”. (1)

“Equipo de protección personal (EPP): son elementos e indumentaria que utilizan los trabajadores de salud para protegerse de la exposición a agentes infecciosos”. (1)

“Exposición: contacto con un agente infeccioso o un factor de riesgo que puede causar una enfermedad. La exposición tiene dos dimensiones: el grado o nivel, y la duración. Fuente de infección: persona, animal, objeto o sustancia desde donde el agente infeccioso pasa a un huésped. El ser humano puede actuar como fuente de infección a partir de casos clínicos agudos y de portadores”. (1)

“Huésped: persona o animal vivo, incluidas las aves y los artrópodos, que en circunstancias naturales permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso”. (1)

“Patógeno: microorganismo (virus, bacteria, parásito u otro) que puede causar una enfermedad”. (1)

“Infección: entrada y desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el organismo de una persona o animal”. (1)

“Incidencia: número de casos nuevos de una enfermedad en una población en un período determinado. La incidencia mide la velocidad a la que se producen casos nuevos durante un período determinado en una población específica, por ejemplo, el número de casos nuevos de infección por el VIH en hombres gays en un país en el 2019”. (1)

“Letalidad = número de casos mortales x 100 / número total de casos de la enfermedad”. (1)

“Período de incubación: lapso que transcurre desde la exposición inicial a un agente infeccioso y la presentación del primer signo o síntoma de la enfermedad que ese agente produce”. (1)

“Período infeccioso: lapso en el que la persona puede transmitir la enfermedad. Este período puede preceder a los síntomas y puede durar más que los síntomas”. (1)

“Período de latencia: tiempo que transcurre desde la exposición al agente hasta el momento en que la persona puede transmitir la enfermedad (es el período que precede inmediatamente al periodo infeccioso)”. (1)

“Período de transmisibilidad o contagiosidad: lapso durante el cual un agente infeccioso puede ser transferido, directa o indirectamente, de una persona a otra, o de un animal infectado a un ser humano o de una persona infectada a un animal, incluidos los artrópodos.

“Portador: persona (o animal) que alberga un agente infeccioso específico de una enfermedad, sin presentar síntomas o signos clínicos de esta, y que constituye una fuente potencial de infección para el ser humano”. (1)

“Prevalencia: número total de personas (casos nuevos y existentes) que tienen una enfermedad en una población o en un lugar determinado en un momento dado. Es un indicador de la magnitud de una enfermedad, por ejemplo, el número total de personas con tuberculosis en el país en el 2019”. (1).

“Riesgo para la salud: probabilidad de una población de experimentar un efecto adverso o daño en un período determinado”. (1)

“Tasa de ataque: número de personas que contraen la enfermedad en relación con todo el grupo expuesto a dicha enfermedad. Se expresa en porcentaje”. (1)

“Tasa de incidencia tasa de casos nuevos en una población: el numerador es el número de eventos nuevos que se producen en un período determinado y el denominador es la población en riesgo de presentar el evento de interés durante dicho período”. (1)

“Tasa de letalidad: porcentaje de personas afectadas por una enfermedad o un evento determinado que mueren en un período determinado. Se usa frecuentemente para describir la gravedad de una epidemia”. (1)

“Tasa de mortalidad: porcentaje de personas que mueren en una población sobre el total de población, y puede expresarse por 100, 1.000 u otro factor”. (1)

1 PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en la Resolución 385 de 2020 (marzo 12 de 2020) declara la emergencia sanitaria del coronavirus COVID-19 y adopta medidas para hacer frente al virus. Así mismo, en su artículo 2 establece medidas con el objetivo de prevenir y controlar la propagación de la COVID-19 en el territorio nacional y mitigar sus efectos, dentro de ellas, está que las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales deberán adoptar las medidas que se requieren para la protección de la comunidad; de acuerdo con las diferentes estrategias de organización que cada uno adopte, y en su artículo 3. Plan de contingencia, plantea que el Ministerio de salud y Protección Social adoptará el plan de contingencia para responder a la emergencia sanitaria por COVID-19, la cual podrá actualizarse con base en la evolución de la pandemia. (2)

El Gobierno Nacional dentro de sus formatos y procedimientos en el mes de marzo publicó los lineamientos del plan de contingencia para responder ante la emergencia por covid-19 y el cual tiene como objetivo coordinar y organizar sectorial e intersectorialmente la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y respuesta frente al ingreso y propagación se SARS-cov-2 y la ocurrencia de casos de COVID-19 en el país y su potencial pandémico; además de establecer unos roles y competencias, también determina unas fases y líneas que permiten responder a cada uno de los escenarios de riesgo a nivel nacional. (3)

Este escenario, se convierte en el eje de referencia para la implementación y adopción de los mismos a nivel territorial, ejercicio que conlleva al planteamiento del estudio MACROPROYECTO “Implementación del Plan Nacional de contingencia para responder ante la emergencia por COVID 19 en ciudades capitales de Colombia en 2020”, cuyo objetivo es caracterizar el comportamiento epidemiológico de la COVID-19 y la implementación del Plan Nacional de Contingencia en ciudades capitales de Colombia en el año 2020.

Por lo anterior, el estudio tiene como unidad de análisis la ciudad de Armenia en el departamento del Quindío región del eje cafetero colombiano, expone en su información

análisis extractados de fuentes primarias y secundarias al igual que los diferentes resultados producto de la aplicación de instrumentos de consulta que fueron utilizados en el estudio realizado en esta ciudad capital, la investigación contiene a su vez los diferentes lineamientos técnicos y normativos emanados por autoridades gubernamentales y sanitarias del departamento en torno a la ciudad de Armenia, en el documento se evidencian las relaciones de *comportamiento epidemiológico, implementación y variaciones* de las diferentes medidas o estrategias implementadas por la ciudad de Armenia en relación al Plan Nacional de Contingencia para responder ante la emergencia por Covid-19 del Ministerio de Salud y Protección Social.

2 ANTECEDENTES

El mundo entero jamás imagino que la noticia dada por el secretario general de la Organización Mundial de la Salud OMS el pasado 11 de marzo del 2020 en donde la epidemia causada por un nuevo coronavirus llamado SARS-CoV-2 causante de la enfermedad Covid-19 pasara a ser declarada en forma oficial como pandemia. “La primera descripción del coronavirus (CoV) humano fue en 1965 por Tyrrell y se llamó así debido a las proyecciones desde su superficie que semejaban a una corona. Los CoV suelen causar enfermedades respiratorias y gastrointestinales en humanos. Las primeras epidemias fueron causadas por el SARS-CoV (Severe Acute Respiratory Syndrome-CoV) en el 2002 y por el MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome-CoV) en 2012” (4).

Pandemias por virus respiratorios.

La Organización Mundial de la salud OMS define la pandemia como la emergencia de un nuevo agente que haya causado brotes comunitarios sostenidos en dos o más países de una región de la OMS y haya causado brotes comunitarios sostenidos por lo menos en otro así sea de otra región de la Organización Mundial Para la Salud. Los criterios para la definición de una pandemia se mantienen como dispersión geográfica y trasmisión del virus (5). Tres brotes mundiales de influenza (pandemia) ocurrieron en el siglo XX: en 1918, 1957 y 1968.

Los últimos 2 brotes se ubicaron en la era de la virología moderna y se lograron caracterizar más a fondo. Los 3 han sido identificados informalmente por sus presuntos sitios de origen como influenza española, asiática y Hong Kong, respectivamente. Ahora se sabe que representan 3 subtipos antigénicos diferentes del virus de la influenza A: H1N1, H2N2 y H3N2.

La primera pandemia por influenza se registró en 1580. Posteriormente, cuatro pandemias afectaron a la humanidad en el siglo XIX y tres en el siglo XX (6). La pandemia de gripe de 1918-1919 comenzó en algunas partes del mundo, brotes leves en la primavera de 1918, en el otoño de ese año, una ola letal barrió el mundo. Los brotes ocurrieron a principios de septiembre en América del Norte, Europa y África y se propagaron rápidamente, de modo

que la enfermedad alcanzó su punto máximo y disminuyó en todo el mundo a fines de diciembre. Muchas áreas tuvieron una ola adicional de la enfermedad en los primeros meses de 1919. En la mayoría de las comunidades, la ola de caída de la pandemia duro aproximadamente 1 mes, con un 25% a 30% de la población experimentando enfermedad sintomática, clínica, epidemiológica y patológicamente, la enfermedad fue notablemente uniforme, lo que sugiere que virus similares estaban causando enfermedad en todo el mundo (7)

Los virus de la influenza o gripe son diversos perteneciendo a la familia de los Ortomixovirus, un grupo de virus de ARN de sentido negativo agrupados en cinco géneros, tres de ellos conocidos como virus de influenza tipo A, B y C (VI-A, VI-B y VI –C)¹, y los dos restantes denominados isavirus y thogovirus. El termino influenza fue introducido en el siglo XV durante la edad media y se le atribuye al Papa Benedicto XIV el describir epidemias que eran atribuidas a las influencias astrales, derivado de la palabra latina *influentia*, aunque también se sostiene que otro posible origen es la expresión *influenza di freddo*, o sea, por la influencia del frio. Este término fue adoptado por los ingleses en el siglo XVIII y durante el mismo periodo los franceses denominaron la enfermedad como la gripe. (8)

La pandemia de gripe española, 1918 – 1919 es probablemente, la mayor epidemia que ha experimentado la población mundial, de la que se tienen constancia histórica. Se estima que la pandemia de 1918 causó más de 40 millones de muertes en menos de un año y que enfermó entre el 25 y el 30% de la población (9).

La pandemia de gripe asiática de 1957 fue causada por un virus A (H2N2), los sistemas de salud estaban mejor preparados para afrontarla, se disponía de antibióticos para tratar las complicaciones bacterianas y allí se producían vacunas. La morbilidad de la gripe asiática fue muy elevada pero su letalidad afortunadamente muy baja, inferior al 0,1%. (9) El virus fue rápidamente reconocido como un virus de influenza A mediante pruebas de fijación del complemento. Sin embargo, las pruebas que definen el antígeno HA del virus mostraron que es diferentes a cualquier otro encontrado previamente en humanos.

Como en 1957, surgió una nueva pandemia de gripe en el sudeste asiático y adquirió el apodo de la gripe Hong sobre la base del lugar de su aparición. Una vez más, la prensa diaria hizo sonar la alarma con un breve informe de una gran epidemia de Hong Kong en Times de Londres. Una década después de la pandemia de 1957, la comunicación epidemiológica con China continental fue aún menos eficiente de lo que ha sido antes. (10)

En 1968 en el mes de julio se aisló en Hong Kong una cepa de virus A (H3N2) en el curso de una epidemia de una enfermedad respiratoria aguda que estaba afectando al sureste de China. En el mismo mes, la enfermedad se extendió a Hong Kong donde en dos semanas causó medio millón de casos. Los análisis genéticos y bioquímicos de los virus que causaron las pandemias de 1957 y 1968, indican que fueron producidas por una recombinación de virus humano y aviar (9).

Para el año 1976 aparece una nueva enfermedad emergente, la fiebre hemorrágica de Ébola, que se produjo en Zaire y causo una alta letalidad en ese primer brote, el personal de Salud fue el primero en exponerse causando en este grupo de personas una alta letalidad de los cuales algunos de ellos fallecieron en ese mismo año. El Ébola y Marburgo son las dos especies tipo del género Filovirus, el único conocido en la familia Filoviridae. Para ese mismo año murieron alrededor del 92% de los infectados dada la naturaleza letal del Ébola, ya que no existía una vacuna aprobada o el tratamiento disponible, estaba clasificada como una categoría A.(11)

El 15 y 17 de abril del 2009 se detectó un nuevo virus de origen porcino capaz de infectar humanos. Este virus fue denominado tardíamente nuevo virus de influenza A/ H1N1, que de hecho no es más que un subtipo reordenado que ha pasado a ser del linaje humano. Este nuevo virus estuvo circulando desde marzo de 2009 tanto en Estados Unidos como en México, de hecho, el 25 de abril de 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) informa al mundo sobre la epidemia causada por el virus de influenza A H1N1 de origen suino. En Perú este nuevo subtipo humano llegó posiblemente días antes al viernes 15 de mayo de 2009, fecha en el que se confirma oficialmente el primer caso por el Ministerio de Salud del Perú (7).

Ese mismo año y según publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), durante las temporadas anuales de influenza, alrededor de 90% de las defunciones corresponden a personas mayores de 65 años, frecuentemente con enfermedades de base. Aunque la influenza puede exacerbar estas enfermedades preexistentes, en la mayoría de los casos no se realizan las pruebas para diagnosticar influenza y las defunciones generalmente se atribuyen a la enfermedad subyacente (5) . Es de esta manera como el mundo entero empezó su despertar frente una nueva y letal amenaza biológica y sanitaria como lo es este nuevo coronavirus (CoV), con una trasmisión directa de humano a humano y con un casi total desconocimiento en sus dinámicas epidemiológicas.

Medidas desarrolladas en algunos países frente a la emergencia por Covid-19

Dada la situación global en la que algunos países están controlando la infección y otros por el contrario están enfrentando situaciones cada vez más difíciles, es importante identificar y aprender de las experiencias e intervenciones que han adoptado otros países. La Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones de la Universidad de Antioquia ha realizado una síntesis rápida en la que describe las estrategias que han adoptado 19 países (más Wuhan/Hubei), el momento en el que las han adoptado, y el impacto que han tenido en el control del Covid-19. Incluyeron, la ciudad de Wuhan/Hubei y los siguientes países: Canadá, Estados Unidos, México, Cuba, Colombia, Brasil, Chile, Argentina, Reino Unido, España, Italia, Alemania, Australia, Rusia, China, Japón, Noruega, Corea del Sur, Irán (12).

Estos países se incluyeron para tener una representación de diferentes regiones del mundo que se enfrentan al Covid-19 en diferentes momentos. Para identificar las intervenciones que han implementado estos países se realizó una búsqueda de documentos oficiales y reportes de organismos internacionales, medios de comunicación y de diferentes bases de datos académicas.

Para la fecha y tiempos en que se enmarcó este estudio, la ausencia de vacuna o tratamientos específicos para Covid-19 implicaron la necesidad de emplear intervenciones no farmacológicas (INF) de índole pública dirigidas a reducir las tasas de contactos en la población y, por lo tanto, reducir la transmisión del virus (13). Estas INF pueden

clasificarse en tres tipos: intervenciones de contención, de mitigación, o de supresión. Las intervenciones de contención son las que se implementan cuando se identifican los primeros casos con el propósito de interrumpir la transmisión de la enfermedad y prevenir su expansión. Generalmente, incluyen medidas de identificación de los casos y rastreos de los contactos.

Descripción de las INF y momentos de implementación (12): La figura 1 muestra las INF que han implementado los países y en cuántos días se implementaron en cada país, después del primer caso. En la columna de las estrategias se presentan:

- 1) Aquellas relacionadas con las medidas más drásticas dirigidas a distanciamiento de poblaciones
- 2) Medidas de aislamiento de casos y contactos
- 3) Restricciones de viajes
- 4) Las intervenciones de detección de casos y rastreo de contactos

Los países están organizados de izquierda a derecha, ordenados según la fecha de detección del primer caso (China, el primero). Los números en la figura 1 corresponden a la cantidad de días transcurridos entre aplicación de la intervención y la aparición del primer caso en cada país.

Todos los países, han implementado diferentes INF para controlar la infección del Covid-19. Sin embargo, hay variabilidad en la cantidad y el tipo de intervenciones. En países como, México, Brasil, Rusia y Canadá se identificaron pocas intervenciones y ninguna de ellas dentro de las medidas más drásticas de distanciamiento social. México únicamente implementó la medida de cierre de escuelas y colegios. La diferenciación de medidas muestra que se están aplicando intervenciones de contención y mitigación, enfocadas principalmente en evitar el ingreso de casos, aplicando restricciones de viajes, y aislando los casos identificados y a las personas de alto riesgo.

En el caso de Corea del Sur, Estados Unidos y Reino Unido, por ejemplo, han implementado medidas más drásticas de distanciamiento social poblacional combinadas con medidas de detección, rastreo y aislamiento de casos y contactos. El caso de Corea del

Sur es reconocido por la implementación rápida de una estrategia de detección masiva de casos, sin embargo y para la fecha de este trabajo también es importante destacar las grandes dificultades políticas y económicas que este país ha tenido por el manejo interno de la pandemia. Algunos de los Estados de Estados Unidos, empezaron recientemente la implementación de medidas de distanciamiento social poblacional, medidas implementadas dadas las importantes capacidades económicas y políticas de esta potencia mundial.

El tercer grupo de países han aplicado una combinación intensa de medidas drásticas que pueden considerarse de contención, mitigación y supresión de la infección. China, España, Italia, Chile, Argentina, Colombia todos implementaron medidas obligatorias de cuarentena para toda la población, después de haber suspendido los colegios y universidades, cancelado rápidamente todos los eventos que concentraran más de 200 personas y suspendiendo el transporte público para todos los que no realicen trabajos esenciales. Además, combinaron esto con medidas de aislamiento de casos y contactos, cierres de fronteras y algunos están implementado medidas de detección masiva de casos.

En cuanto al tiempo de implementación de las estrategias, se observa que algunos países como Colombia, Argentina y Chile (afectados en el mes de marzo), implementaron medidas en los primeros quince días después de la detección del primer caso, y contaron con la oportunidad de observar y aprender de las estrategias empleadas en otros países, como China y Corea del Sur que fueron afectados entre diciembre y enero, en otros casos fue muy importante aprender de otros países que atravesaron una situación extrema de colapso en sus sistemas de salud, como Italia y España que iniciaron a finales de enero. España, Italia, y Estados Unidos tomaron más de 30 días en implementar medidas drásticas de distanciamiento social (14).

Tabla 1. Intervenciones no farmacológicas y número de días para implementarlas después del primer caso de covid-19

Medidas	Países/fecha del primer caso																			
	Huabei 31/12/19	China 31/12/2019	Japón 15/01/20	Corea del Sur 20/01/20	Estados Unidos 21/01/20	Australia 26/01/20	Canadá 27/01/20	Alemania 27/01/20	España 31/01/20	Italia 31/01/20	Rusia 1/02/20	Reino Unido 1/02/20	Irán 20/02/20	Brasil 26/02/20	Noruega 27/02/20	México 29/02/20	Chile 3/03/20	Argentina 3/03/20	Colombia 6/03/20	Cuba 13/03/20
Declaración de emergencia		23		13	52	53			43			9		25			-24	9		6
Distanciamiento social a nivel poblacional																				
Cuarentena obligatoria en todo el territorio	23	24		62*	59					38		52					18	16	16	
Suspender clases presenciales	23	48	43						41	30			5		14	14	12	12	10	11
Suspender concentraciones de personas	20					54		43	39	39					14		15	14	6	
Suspensión del transporte público	23							41	51				35					14		
Aislamiento de casos o contactos																				
Aislamiento por llegar desde China		20	50	2		34								-18			-41	-26	4	
Aislamiento por llegar desde otro país				62		49	58			33	34				15		3	3	4	7
Aislamiento por ser persona de alto riesgo					46	34	53		38			49			18	16	19	14	12	-45
Aislamiento por tener síntomas o ser un caso	31				46							40		14	18		-41	8		
Restricciones de viaje																				
Restricciones de entrada a extranjeros (China)			19	2	10	54	49			30	-1				14	-46	14	9	9	
Restricciones de entrada a extranjeros (otros)			61	59	39	54	49	43	39		27			22	16	15	14	12	9	
Cierre de frontera para tráfico no esencial					57	54	51		51		44			26	14		15	13	10	7
Restricciones de viajes internacionales			54	58	58	54		48	39	38	32	46	25		16		15	9		
Restricciones a viajes aéreos domésticos	31	31				54			48	38		41	25				17	14	16	
Detección y rastreo de casos																				
Búsqueda intensiva de casos (En puerto de entrada y en territorios/provincias)	20	21	6	6				19			44		5				8	-32		5
Rastreo de contactos	20	21	33	6									10				-41	10		

* La estrategia de distanciamiento social empleada recientemente en Corea del Sur no es obligatoria como en otros países. Sin embargo, su campaña es bastante comprehensiva por lo que decidimos ponerla en esta casilla.
 Nota: para cada una de las intervenciones identificamos las fechas en las que fueron implementadas y con esto calculamos cuantos días tomaron para implementarlas. Sin embargo, debido a la gran cantidad de información diferente que está circulando en esta pandemia, a los diferentes idiomas en los que se publica la información y a las limitaciones de reporte de algunos países, es posible que algunos datos no sean precisos.
 Nota: los números negativos indican que se tomaron medidas antes de que llegara el primer caso. Por ejemplo, Chile declaró estado de alerta el 8 de febrero que son 24 días antes del primer caso.

Fuente: Intervenciones no farmacológicas para la contención, mitigación y supresión de la infección por COVID-19. Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones. Universidad de Antioquia, 2020. (12)

3 ÁREA PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La Covid-19 es una enfermedad infecciosa que puede provocar neumonía en las personas (15), su velocidad de propagación es muy alta (16), y sus víctimas principales han sido entre la población adulta mayor o con comorbilidades (afecciones crónicas como obesidad, diabetes, enfermedad respiratoria, enfermedad renal y enfermedades cardiovasculares (ECV) (17), que a menudo conducen al desarrollo del síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y progresión de SDRA a la muerte (17, 18), generando a diciembre 31 de 2020 más de 7 millones de fallecimientos en 195 países (15), evidenciando la vulnerabilidad de los sistemas de salud del planeta poco preparados para afrontar este virus desconocido que logró desestabilizar la economía, política, y todos los sectores de la sociedad a escala planetaria. El 30 de enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) (19) anunció la emergencia de Salud Pública Internacional, advirtiendo que, si no se realizaba intervención al respecto, provocaría aproximadamente 40 millones de muertes en el mundo y más de 7 billones de personas infectadas con SARS-COV-2, lo cual conmocionaría a todos los sistemas de salud con fuertes consecuencias socioeconómicas catastróficas (20)

La elevada tasa de mortalidad del Covid-19 durante el primer semestre del 2020 era desconocida e inentendible por su variación entre contextos; sin embargo, los hombres tienden a tener una mayor prevalencia de los principales factores de riesgo de Covid-19. Otros factores potenciales como la raza/etnia y factores socioeconómicos también pueden desempeñar un papel importante en la epidemia (21). Ante esta amenaza, Colombia se vio en la necesidad de formular un plan de contingencia que contribuya a la identificación y priorización de escenarios de riesgo que le permitieran formular medidas adicionales a las brindadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual se adoptó a nivel nacional.

Cuando se trata de las políticas de mitigación implementadas para reducir la propagación de enfermedades tales como el confinamiento o la cuarentena, otros factores también se cruzan incluyendo el género, la clase y la raza/etnia afectando esto también la forma en que

las personas afrontan las consecuencias sociales, económicas y psicológicas de tales medidas (22,23).

En diferentes países, los gobiernos implementaron una amplia gama de medidas para combatir el brote de Covid-19, lo que lleva a la variación en la velocidad de transmisión del virus SARS-COV-2 (23). Algunos de los países asiáticos, como China, Singapur y Corea del Sur, parecieron controlar la pandemia rápidamente mediante la adopción de una estricta política de distanciamiento social, prohibiendo los viajes internacionales y exigiendo que las personas usen mascarillas en público (24, 25, 26). Estos esfuerzos no podrían producir resultados favorables sin la participación de los diferentes sectores de la comunidad (27). Por el contrario, Estados Unidos y los países europeos no tomaron las medidas adecuadas para limitar el contacto interpersonal, lo que condujo a una rápida escalada de infecciones y muertes en la comunidad (28). Sin embargo, las estrategias de control anteriores aún están en duda ya que no se adoptó evidencia científica (29). El impacto de las intervenciones para la pandemia de Covid-19 sigue siendo la brecha de conocimiento clave que requiere más trabajo sobre las investigaciones en acciones intersectoriales y de salud pública (14).

Una muestra de la relevancia y necesidad de este tipo de estudios fue demostrada en Vietnam (30). Los hallazgos indicaron la capacidad moderada de la autoridad local para implementar las medidas de prevención y control, y la limitada adaptación comunitaria en epidemias y desastres. Por tanto, dadas las diferencias en la capacidad de respuesta entre las zonas urbanas y rurales, es críticamente necesario desarrollar el plan de acción, el escenario de respuesta y las estrategias para optimizar la utilización de equipos y recursos humanos en la lucha contra las epidemias para cada entorno en particular. Los estudios sobre las respuestas locales y puesta en marcha de las directrices generales deben realizarse para comprender completamente la capacidad del sistema y de las instancias locales para responder a las epidemias como la de Covid-19. Sus hallazgos enfatizan la importancia de desarrollar capacidades para las autoridades locales y grupos subnacionales, abordar las desigualdades socioeconómicas y de salud, y desarrollar mecanismos colaborativos multisectoriales para optimizar los esfuerzos para controlar Covid-19. Esto es una referencia oportuna para otros países del mundo.

Colombia, hizo la declaración de emergencia sanitaria por causa del coronavirus Covid-19 y la adopción de medidas para hacer frente al virus el 12 de marzo de 2020 (31). En ésta, insta a los alcaldes y gobernadores que evalúen los riesgos para la transmisibilidad del Covid-19 en las actividades locales y que, en desarrollo de lo anterior, determinen las medidas de prevención y control en sus territorios; entre otras disposiciones que involucran a amplios sectores de la sociedad. Para el momento de la declaración de emergencia, en el país se habían detectado nueve casos provenientes del exterior ubicados en Bogotá, Medellín, Buga, Cartagena; dando a conocer la necesidad de medidas urgentes. Esta declaratoria sucedió a la resolución de las medidas preventivas sanitarias en el país, por causa del coronavirus COVID-2019 (32). Dada la variada composición de Colombia en sus territorios y capacidades locales, se hace imperativo conocer su desempeño en la implementación de los lineamientos técnicos y normativos emitidos en el marco de la pandemia por Covid-19 de la mano del comportamiento epidemiológico en los diferentes territorios y de manera particular en la ciudad de Armenia (Quindío) Colombia.

Dada la información actualizada del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y a la consolidación municipal y departamental de la información de la ficha de notificación individual para Infección respiratoria aguda grave implementada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (33), es posible identificar a los casos confirmados de Covid-19, y algunas características como presencia de comorbilidades y hábitos, misma que sirve de punto de partida para la profundización en aspectos individuales y locales; dando viabilidad a este estudio.

En consecuencia, las preguntas de investigación del presente estudio son:

¿Cómo fue el comportamiento epidemiológico del Covid-19 en la ciudad de Armenia (Quindío) Colombia en el 2020?

¿Cómo fue la implementación del plan nacional de contingencia para responder ante la emergencia por Covid-19 en la ciudad de Armenia (Quindío), Colombia en 2020?

4 JUSTIFICACIÓN

Durante el año 2020, la sociedad estaba ante un nuevo reto sanitario, un enemigo biológico desconocido en muchos de sus aspectos, situación que obligó a tomar múltiples decisiones de tipo político, sanitario, administrativo, social y económico que requirieron la implementación de nuevas estrategias en la toma de decisiones que permitieran servir para enfrentar de manera efectiva la Pandemia por Covid-19 en el territorio colombiano y para fines de este trabajo de investigación en una de sus ciudades capitales Armenia en el Departamento del Quindío, eje cafetero.

La Organización Mundial de la salud (OMS) indicó acciones específicas para que los países respondan a los cuatro diferentes escenarios de transmisión de SARS-COV-2, que incluyeran (34) Sin casos; (16) casos esporádicos; (19) Agrupaciones de casos; y (20) Transmisión comunitaria. En la peor situación, cuando los países sufran un brote más grande de transmisión local, la sensibilización de las personas y la participación de las autoridades locales fue una de las principales prioridades para retrasar la transmisión de Covid-19 y aliviar el impacto del brote en todas las naciones (27). Además, a partir del 14 de abril de 2020, la Estrategia Covid-19 más actualizada de la Organización Mundial de la salud (OMS) destacó el papel fundamental de las autoridades locales en prevalecer contra Covid-19 (27) y recomendó que las autoridades locales y sus comunidades se empoderen y se adapten en función de los lineamientos generales y el contexto local (35).

Dichas decisiones, contribuyeron al establecimiento de acciones preventivas que lograron mitigar la velocidad de expansión de la epidemia. Esta implementación se basó en los conocimientos previos que las autoridades de salud Nacional habían tenido en pandemias anteriores y en la experiencia de otros países que las han soportado, al ir evaluando su funcionalidad en el impacto de los casos nuevos y efectos letales se fueron generando aprendizajes valiosos como el correcto manejo de los pacientes afectados, casos asintomáticos, intervenciones exitosas y contrastación de las cifras locales con el comportamiento que ha tenido esta enfermedad en otras ciudades del país y otras regiones del mundo.

Colombia planteó como estrategia para responder ante la Pandemia, el Plan de contingencia para responder ante la emergencia por COVID 19, el cual está construido por líneas de acción, que se ejecutan en las fases de Preparación, Contención y Mitigación; y con ello instó a los alcaldes y gobernadores a evaluar los riesgos para la transmisibilidad del Covid-19 en las actividades locales y que, en desarrollo de lo anterior, determinen las medidas de prevención y control en sus territorios.

Teniendo en cuenta que las medidas de salud pública establecidas para el control, como el distanciamiento social, incluidos los bloqueos, la cuarentena y el autoaislamiento, generan discusión en muchos sectores, de acuerdo al comportamiento de las mismas y las características de los territorios, es necesario profundizar en su implementación y los resultados que generan entorno a las variables epidemiológicas y el contexto socioeconómico de los territorios y capitales como la ciudad de Armenia.

En entornos de bajos ingresos donde la pobreza absoluta es un problema importante, el acceso a las necesidades básicas como el agua, el saneamiento y la alimentación tuvieron un gran impacto en la facilidad con que las personas pueden practicar cualquier medida de distanciamiento físico. Además, en estas localidades es donde las personas tienen más probabilidades de vivir en hogares o vecindarios superpoblados, y sería imposible aislar a los adultos mayores o las personas vulnerables. En muchas partes del mundo, la salud no es gratuita, y los sistemas de salud se saturaron rápidamente. Además, si bien los niños parecen verse menos afectados por Covid-19, pueden ser más vulnerables a las consecuencias sociales, económicas y psicológicas de la enfermedad y las medidas de contención de salud pública, especialmente en entornos de bajos ingresos (36).

Para la ciudad de Armenia son comunes muchos factores culturales, sociales, económicos y políticos, factores que determinaron acciones y comportamiento diferentes frente al plan nacional como los que pudieron tomar en su momento otras ciudades capitales. Se presume que las condiciones socioeconómicas juegan un papel importante en la pandemia de Covid-19, ya sea directa o indirectamente a través de la ocupación, las condiciones de vida, los comportamientos relacionados con la salud, la presencia de comorbilidades y el

funcionamiento inmune (37, 38, 39, 40,). Sin embargo, la influencia de los factores socioeconómicos en la transmisión, gravedad y resultados de Covid-19 aún no se conoce y está sujeta a escrutinio e investigación (41, 42).

En concordancia, la literatura previa ha destacado el importante papel de la capacidad de adaptación de las autoridades locales y su comunidad para abordar las principales amenazas de enfermedades infecciosas y desastres naturales (43,23). Poder caracterizar las diferentes formas de reacción y respuesta en base a la implementación del Plan Nacional de Contingencia para responder ante la emergencia por COVID 19 para el 2020 en la ciudad de Armenia, nos permitirá reconocer las diferentes capacidades y las diferentes formas de implementar decisiones que se dieron para la ciudad de Armenia en el Departamento del Quindío

Por tanto, la Universidad Autónoma de Manizales (UAM) acompañada del Talento Humano de la Maestría en Salud Pública, a través de un estudio multicéntrico, pretende caracterizar el comportamiento epidemiológico de la COVID-19, durante el primer año de pandemia y la implementación del Plan Nacional de Contingencia en ciudades capitales de Colombia, tomando como referencia para el presente estudio la ciudad de Armenia en el Departamento del Quindío.

La evolución de la enfermedad ha permitido reconocer que su control y mitigación depende de la articulación de diferentes factores sociales, culturales y políticos, es por ello por lo que se hace necesario conocer el desempeño en la implementación de lineamientos técnicos y normativos emitidos, al igual que su comportamiento epidemiológico; apoyados en el análisis de las medidas intersectoriales, en vigilancia epidemiológica y reducción de la transmisión en comunidad de las fases de Preparación, Contención y Mitigación de la pandemia por COVID-19.

En conformidad con los planteamientos de la gestión territorial en salud, este estudio busca caracterizar el comportamiento epidemiológico de la Covid-19 y la implementación del Plan Nacional de Contingencia en ciudades capitales de Colombia en el año 2020 y de

forma específica para este estudio su implementación en la ciudad de Armenia (Quindío) Colombia, así como los resultados de este en la evolución de la Covid-19.

Este trabajo aporta en el desarrollo de la investigación, mediante la generación de conocimiento nuevo aplicado, brindando mecanismos que puedan mejorar la toma de decisiones a partir de los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, lecciones aprendidas por las autoridades sanitarias del Municipio de Armenia, brindando un apoyo importante para la toma de decisiones que orienten a los profesionales de la salud en los procesos de contingencia de futuras pandemias o emergencias sanitarias.

Se justifica por medio de este estudio la identificación de las diferentes capacidades de respuesta y adaptación a circunstancias únicas tal como fue para esta ciudad capital los múltiples cambios en las autoridades del orden Departamental y Municipal con sus consecuentes cambios en sus equipos de gobierno y como se vio afectada la implementación del Plan Nacional de Contingencia Para emergencia por COVID 19 direccionada desde el Ministerio de salud y Protección Social.

5 REFERENTE TEÓRICO

Referente Teórico - Conceptual:

Coronavirus: Covid-19

Los coronavirus son miembros del género betacoronavirus de la familia Coronavirinae y orden Nidovirales. En el ser humano pueden causar enfermedades, “que van desde el resfriado común hasta el SARS y MERS; síndrome agudo respiratorio severo y síndrome respiratorio de Medio Oriente, respectivamente” (44). Se les llama así porque su imagen en microscopia electrónica muestra un halo semejante al de la corona solar producida por sus típicas “espinas” de la cubierta viral. Están compuestos por ácido ribonucleico (RNA) (34).

El 31 de diciembre de 2019 se reportaron 27 casos de enfermedad respiratoria en la ciudad de Wuhan, provincia china de Hubei; una semana después se confirmó que era provocada por un nuevo coronavirus que primero fue llamado novel-CoV-2019 (o SARS-CoV-2) y más posteriormente COVID-2019. Se trata de un coronavirus de la familia 2b que se une a las células humanas a través de los receptores ACE2 de las células bronquiales (28). Lo más probable es que este coronavirus haya surgido por recombinación dentro de los mismos murciélagos y que haya pasado a algún huésped intermediario (34).

El virus SARS-CoV-2 ingresa a la célula del huésped, a través de la adherencia de las proteínas S a los receptores celulares de ACE2, este receptor se expresa principalmente en células epiteliales del pulmón, intestino, riñón, corazón y vasos sanguíneos. La enzima convertidora de angiotensina 2 pertenece a la familia de ACE de dipeptidil carboxidipeptidasas, ACE1 y ACE2 tienen actividades tróficas diferentes. Existen dos formas de ACE2, una transmembrana y otra soluble, la primera de ellas es una proteína transmembrana con un dominio extracelular que sirve como receptor para la proteína S. Estudios en modelos murinos y humanos tratados con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS) y ARA 2 (antagonistas de receptor de angiotensina 2) han demostrado la sobreexpresión de ACE2 transmembrana y soluble, que pueden hacerlos más susceptibles a la infección por coronavirus, esto debido a que la unión de SARSCoV-2 a la ACE2 atenúa la actividad residual (antiinflamatoria, vasodilatadora y

antioxidante) y permite la sobreexpresión de ACE1 y angiotensina 2 con acciones finales sobre su receptor, principalmente proinflamatorias, vasoconstrictoras y oxidantes, mecanismos que explican parte de la lesión pulmonar observada en los individuos afectados (26).

Su período de incubación es de dos y hasta 11 días, en promedio de 6.4 días, de acuerdo a los reportes de diferentes países se recomienda considerar un período de incubación hasta de 15.5 días; la aparición de síntomas, en promedio, es después de cinco días, y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud hasta de 14 días después, de ahí que la recomendación de aislamiento o cuarentena abarque mínimo 14 días, algunos países han recomendado hasta 21 días de cuarentena con monitoreo de presencia del virus en pruebas serológicas (44) .

Epidemiología

Desde los reportes en China sobre los primeros casos de neumonía de etiología desconocida, se sabe que la mayoría de los pacientes trabajaban o vivían en el mercado mayorista local de mariscos de Huanan. En las primeras etapas de esta neumonía, se produjeron síntomas graves de infección respiratoria aguda, y algunos pacientes desarrollaron rápidamente SARS y otras complicaciones graves (45).

La infección comenzó a esparcirse rápidamente, primero por China y luego por el resto del planeta, haciendo que la (OMS) declarara formalmente la pandemia el 11 de marzo de 2020, cuando se habían diagnosticado más de 118.000 casos en 114 países (44). Desde ese momento el mundo entero ya no fue el mismo.

A tan sólo un mes de haberse declarado la pandemia, se diagnosticaron 177.766 casos en 185 países y 108.809 muertos. El tiempo de duplicación de casos de la pandemia se estima entre 6,4 y 7,4 días, según estudios publicados hasta marzo del 2021 (28). Los seis países con mayor número de casos en orden decreciente son: EUA, España, Italia, Francia, Alemania y China. En tanto que en Sudamérica los países con mayor número de casos en orden decreciente son Brasil, Chile, Perú, Ecuador, Colombia y Argentina (15).

La tasa de letalidad de este virus es del 6%, sin embargo, se observan diferencias sustanciales entre diferentes países; esto podría explicarse debido a la variación de factores de riesgo presentes en el ambiente tales como: factores demográficos, como población con mayor edad, nivel de muestreo, debido a que se realizan pruebas diagnósticas a mayor número de personas, incluyendo asintomáticos; y capacidad y nivel de preparación del sistema de salud (27). También se puede diferenciar como un factor a tener en cuenta en la tasa de letalidad las enfermedades preexistentes dentro de la población afectada por el COVID 19.

Diagnóstico

El diagnóstico de SARS-CoV-2 debe hacerse de acuerdo con la evidencia de relación epidemiológica y síntomas, y confirmarse con los estudios de reacción en cadena de polimerasa (PCR). Para fines prácticos deben considerarse factores de riesgo que aumentan la posibilidad de complicaciones graves, como neumonía de presentación atípica, síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA), disfunción renal aguda, entre otros. (16)

Factores epidemiológicos, dos semanas antes del inicio de los síntomas: a) Historial de viaje o residencia en una zona con casos confirmados de transmisión comunitaria, b) Contacto con una persona confirmada con PCR (reacción de cadena de polimerasa), c) Contacto con una persona sospechosa de infección en una zona de transmisión comunitaria (26).

Los síntomas, hallazgos de laboratorio y radiológicos más frecuentes son: Fiebre, tos, disnea, estos tres síntomas son considerados los más frecuentes, pueden presentarse otros síntomas como diarrea (mayor actividad intestinal), cefalea y astenia; la disnea se considera síntoma de gravedad (28).

Los exámenes de laboratorio muestran, en etapas tempranas de la enfermedad, leucopenia y linfógena hasta en 60% de los casos. Hasta 30% de los casos presentan leucocitosis, neutrofilia, transaminasemia, elevación de CPK (creatininfosfoquinasa), DHL (deshidrogenasa láctica) y mioglobina. La PCR (proteína C reactiva) está elevada, mientras

que la procalcitonina se encuentra en rangos normales. Una característica significativa es que los individuos que desarrollan el síndrome o la tormenta de citosinas suelen presentar una reacción inflamatoria más agresiva (46).

Hallazgos radiológicos para confirmación de neumonía con características específicas:

La confirmación radiológica deberá hacerse por medio de tomografía de tórax. En etapas tempranas aparece imagen en vidrio despulido (esmerilado), con alteración principalmente intersticial, con la progresión de la enfermedad aparecen consolidaciones diseminadas o en parche, y cuando es tan grave aparecen grandes consolidaciones lobares. Una característica distintiva es la ausencia de derrame pleural (18).

La ultrasonografía puede ser considerada como una herramienta útil a la cama del paciente, tiene la facilidad del acceso rápido sin necesidad de la movilización y el riesgo de contaminación en otras áreas hospitalarias, más en aquellos individuos con altos requerimientos de soporte ventilatorio o inestabilidad hemodinámica. (18)

La confirmación diagnóstica debe hacerse lo más temprano posible, en las etapas iniciales de la enfermedad, se recomienda que la muestra sea del tracto respiratorio, debido a que el número de copias virales es más alto; las muestras útiles son las obtenidas por aspirado transtraqueal, lavado broncoalveolar, aspirado nasofaríngeo y raspado con hisopo (18)

La muestra deberá tomarse de manera obligatoria por personal capacitado y designado exclusivamente para este procedimiento. Las muestras deberán ser consideradas como altamente infecciosas, por lo que es indispensable portar el equipo de protección personal mínimo necesario (18).

Medidas desarrolladas

Las consideraciones relativas a los ajustes de las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la Covid-19 según la Organización Mundial para la Salud (OMS) (47).

En todo el mundo, los países han implementado diversas medidas de control con el fin de estar preparados y responder de manera integral ante la Covid-19. El objetivo general de la

estrategia mundial de respuesta de la Organización Mundial Para la Salud (OMS) a la Covid-19 (27) es que todos los países controlen la pandemia frenando la transmisión y reduciendo la mortalidad asociada a la enfermedad, con el fin último de alcanzar y mantener un estado de transmisión baja o nula. Basándose en los datos epidemiológicos locales, algunos países están en un proceso de intensificación de las medidas de salud pública y sociales, al tiempo que otros están aliviando dichas medidas o estudiando la posibilidad de hacerlo.

Aunque el objetivo en todos los países es detener la transmisión y atender a todos los pacientes, la intensidad de aplicación de las medidas de control para conseguir ese objetivo; entre ellas la identificación, la realización de pruebas, el aislamiento y la atención de todos los casos, el rastreo y la cuarentena de todos los contactos, las medidas de salud pública y sociales en los niveles tanto individual como comunitario varía según las circunstancias de transmisión que se dan en cada país (ningún caso, primeros casos, conglomerados de casos o transmisión comunitaria) (48). Para Colombia y para sus ciudades capitales como lo es Armenia, las características de territorio sumado a las diversas conformaciones socioculturales en el territorio colombiano hacen que la aplicación de estas medidas, si bien son dadas por estándares internacionales, variaron en su aplicación y funcionalidad cuando fueron implantadas en sus diferentes territorios y comunidades, la ciudad de Armenia tubo comportamientos epidemiológicos particulares en razón a su condición de ciudad turística dada su posición como ciudad perteneciente al paisaje cultural cafetero, por lo tanto Armenia tampoco fue ajena a los diferentes fenómenos de migración tanto del extranjero como desde otras ciudades capitales.

Medidas de salud pública y sociales

Entre las medidas de salud pública cabe citar las medidas de protección personal (higiene de las manos, precauciones respiratorias), medidas relativas al entorno, medidas de distanciamiento físico y medidas en relación con los viajes. Las medidas de distanciamiento físico pueden aplicarse de manera individual (por ejemplo, aislamiento de casos y cuarentena de contactos) o a comunidades, grupos de población concretos o la población

entera. Esas medidas no se excluyen entre sí (49). La OMS recomienda que todos los casos sospechosos sean identificados, sometidos a pruebas, aislados y atendidos, y que se identifique, rastree y someta a cuarentena a sus contactos (50).

Además de lo anterior, varios países han aplicado otro tipo de medidas en salud pública y otras de tipo social en gran escala, entre ellas restricciones de la circulación de personas, cierre de centros escolares y comercio, aislamiento de zonas geográficas y restricciones de los viajes internacionales. Ese tipo de medidas se conocen como medidas de «confinamiento» o «aislamiento».

Aún no se dispone de la necesaria evaluación del impacto que tienen en la salud pública las medidas adoptadas en relación con la Covid-19. En esa evaluación hay que tener en cuenta las consecuencias sociales y los costos económicos de las medidas, que pueden ser considerables. Por esa razón, es necesario proceder a una evaluación prudente de los riesgos y aplicar un enfoque escalonado en fases con el fin de equilibrar los beneficios y los posibles perjuicios derivados de los ajustes en las medidas, de modo que no se favorezca un rebrote de casos de Covid-19 ni se ponga en riesgo la salud de la población en general. Mientras no se disponga de intervenciones farmacéuticas específicas y eficaces (por ejemplo, tratamientos y vacunas), los países pueden verse en la necesidad de seguir levantando medidas o de volver a instaurarlas en tanto dure la pandemia (27).

Las decisiones relativas al endurecimiento, el alivio o el restablecimiento de las medidas de salud pública y sociales han de estar basadas en pruebas científicas y en la experiencia práctica, y tener en cuenta otros factores críticos como los de índole económica, de seguridad, de derechos humanos y de seguridad alimentaria, así como de sentimiento ciudadano y observancia de las medidas por la población.

Deben mantenerse las medidas de carácter individual, como las mascarillas médicas para las personas sintomáticas, el aislamiento y el tratamiento de las personas enfermas y las medidas de higiene (higiene de las manos, precauciones respiratorias) (51).

Evaluación del riesgo

La decisión de introducir, adaptar o levantar medidas de salud pública y sociales debe basarse en una evaluación del riesgo basada en una metodología normalizada (52) que permita llegar a un equilibrio entre el riesgo de flexibilizar las medidas, la capacidad de detectar un rebrote de casos, la capacidad de atender una carga añadida de pacientes en centros sanitarios u otros lugares, y la capacidad para volver a introducir medidas de salud pública y sociales en caso necesario. Una evaluación nacional del riesgo debe apoyarse en evaluaciones del riesgo subnacionales o incluso comunitarias y realizarse por medio de estas, dado que la transmisión de la Covid-19 no suele ser homogénea dentro de cada país.

La evaluación del riesgo debe atender las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el impacto más probable del ajuste de las medidas de salud pública y sociales en relación con el riesgo de reaparición de casos?
2. ¿Tiene capacidad el sistema de salud público para identificar, aislar y atender a los casos y poner en cuarentena a los contactos?
3. ¿Tiene capacidad el sistema de salud público para detectar rápidamente un rebrote de casos?
4. ¿Tiene capacidad el sistema de salud para absorber una carga añadida de pacientes y prestar atención médica en caso de rebrote?

La evaluación del riesgo debe estar basada en los siguientes indicadores:

1. Factores epidemiológicos: incidencia de casos de Covid-19 confirmados y probables; tasa de hospitalizaciones e ingresos en UCI; número de defunciones; porcentaje de positivos entre las personas sometidas a pruebas; resultados de las pruebas serológicas (siempre que se disponga de ensayos fiables).
2. Capacidades asistenciales: funciones y capacidad (ingresos y altas) del sistema de salud (hospitalario y extrahospitalario), personal sanitario, número de camas en UCI y fuera de UCI, valoración rápida en centros de salud, reservas de equipos de protección personal,

tratamiento de pacientes de Covid-19 y otros pacientes con arreglo a las normas nacionales; número de trabajadores sanitarios.

3. Capacidades en salud pública: tasa de identificación y pruebas en nuevos casos sospechosos, aislamiento de nuevos casos confirmados, identificación y cuarentena de contactos, número de equipos de respuesta rápida en salud pública para investigar casos y conglomerados de casos sospechosos.

4. Disponibilidad de intervenciones farmacéuticas eficaces: Hoy no existen tratamientos ni vacunas específicos para la Covid-19. En colaboración con asociados internacionales, la OMS ha puesto en marcha protocolos para ensayos clínicos dirigidos a obtener tratamientos y vacunas específicos (44) para la enfermedad. La disponibilidad futura de herramientas farmacéuticas seguras y eficaces será importante para las decisiones en cuanto a la implantación o la retirada de medidas de salud pública y sociales.

Principios que deben orientar los ajustes en las medidas de salud pública y sociales

La decisión sobre qué medidas y en qué orden pueden retirarse ha de estar basada en un conjunto de consideraciones (47):

- Los ajustes en las medidas no deben realizarse de forma inmediata, sino que deben iniciarse en el nivel subnacional comenzando por las zonas de menor incidencia. Se mantendrán las medidas individuales básicas (entre ellas, aislamiento y atención de los casos sospechosos y confirmados, cuarentena de los contactos, higiene de las manos y precauciones respiratorias).
- En principio y en lo posible, las medidas deberán levantarse de manera controlada, lenta y escalonada, por ejemplo, en intervalos de dos semanas (un periodo de incubación) con el fin de detectar cualquier posible efecto adverso. El intervalo que transcurra entre el levantamiento de dos medidas dependerá sobre todo de la calidad del sistema de vigilancia y de la capacidad de medir el efecto.
- En ausencia de datos científicos sobre la eficacia relativa e independiente de cada medida aislada, y como principio general, las medidas con mayor nivel de aceptabilidad y

viabilidad y menores consecuencias negativas serían las primeras en ser implantadas y las últimas en ser retiradas.

- La protección de las poblaciones vulnerables debe ser primordial en la decisión de mantener o levantar una medida.
- Algunas medidas (por ejemplo, los cierres de empresas) pueden ser levantadas en primer lugar allí donde la densidad de población o individual sea menor (zonas rurales frente a urbanas, ciudades pequeñas y medianas frente a ciudades grandes, pequeños comercios frente a centros comerciales) y podrían levantarse respecto de una parte de los trabajadores antes de permitir que se reincorporen todos al trabajo en sus empresas.

Aplicación de los ajustes en las medidas de salud pública y sociales

Los ajustes en las medidas de salud pública y sociales, incluidas las medidas que restringen la circulación de personas en gran escala, han de reducir al mínimo el riesgo de que se produzca un rebrote de casos de Covid-19 (47):

1. La transmisión por Covid-19 debe estar controlado de modo que se sitúe en un nivel de casos esporádicos y conglomerados de casos, todos ellos debidos a contactos conocidos o importaciones de casos; como mínimo, el número de casos nuevos debe reducirse hasta un nivel que el sistema sanitario pueda gestionar con sus capacidades asistenciales.

La transmisión puede controlarse mediante dos enfoques complementarios: i) la interrupción de las cadenas de transmisión mediante la detección, las pruebas, el aislamiento y el tratamiento de los casos y la cuarentena de los contactos, y la vigilancia de los focos de circulación de la enfermedad mediante sistemas de vigilancia de afecciones respiratorias o de tipo gripal, acompañados de estudios serológicos.

2. Se dispone de personal de salud pública y capacidad del sistema sanitario suficientes para permitir el importante paso desde la detección y el tratamiento sobre todo de los casos graves hasta la detección y el aislamiento de todos los casos, con independencia de la gravedad y de que la transmisión sea local o se trate de una importación:

- Velar por que existan los sistemas necesarios para identificar e interrumpir las cadenas de transmisión mediante la detección, las pruebas, el aislamiento y el tratamiento de todos los casos. Debe existir personal sanitario adiestrado suficiente para localizar casos, someterlos a pruebas y atenderlos en establecimientos médicos la Organización Mundial Para la salud OMS recomienda que los casos sean aislados en pabellones especiales en centros sanitarios, en instalaciones especialmente dedicadas a la Covid-19 (49) o a domicilio con el apoyo adecuado (53).

- Para cada caso, debe disponerse de personal en cantidad suficiente para identificar y seguir a los contactos, así como asegurarse que existan medios para someterlos a cuarentena (54). El seguimiento de los contactos puede hacerse recurriendo a voluntarios de la comunidad que hagan visitas virtuales o llamadas telefónicas o envíen mensajes.

- Será preciso evaluar, y posiblemente incrementar y tener a disposición el personal sanitario y la capacidad hospitalaria necesarios para atender cualquier posible rebrote de casos. El personal sanitario recibirá capacitación y se le suministrará el equipo de protección personal apropiado.

- Se necesitan sólidos sistemas de información para evaluar los riesgos, medir los resultados de la respuesta y evaluar los progresos realizados.

3. Se han reducido al mínimo los riesgos de brote en entornos de alta vulnerabilidad, lo que requiere haber identificado todos los factores principales que favorecen o amplifican la transmisión de la Covid-19, y que se hayan implantado medidas para maximizar el distanciamiento físico y minimizar el riesgo de nuevos brotes.

- Reducción de la transmisión nosocomial (por ejemplo, medidas apropiadas de prevención y control de infecciones en establecimientos sanitarios (55), incluso en la valoración rápida y el cribado de los pacientes graves, medidas apropiadas de prevención y control de infecciones en entornos de atención en residencias) (56).

- Prevenir la transmisión en espacios cerrados que impiden un distanciamiento físico suficiente y puedan tener ventilación limitada (por ejemplo, salas de cine, teatros, discotecas, bares, restaurantes, gimnasios).
- Aumentar el distanciamiento físico en espacios públicos con alta densidad de usuarios (por ejemplo, transporte público, supermercados, mercados, universidades y escuelas, lugares de culto, aglomeraciones masivas como en eventos deportivos, entre otros) (57).

4. Se han establecido medidas preventivas en los lugares de trabajo, que incluyan las directrices y capacidades apropiadas para promover y aplicar las medidas estándar de prevención de la Covid-19 en materia de distanciamiento físico, lavado de manos, precauciones respiratorias y posiblemente, observación de la temperatura corporal. También deben alentarse prácticas como el teletrabajo o el trabajo en turnos con el fin de reducir la concentración de personas (58).

5. Se gestiona el riesgo de exportar e importar casos desde comunidades con alto riesgo de transmisión. Esto puede hacerse mediante un análisis del origen y las rutas probables de importación, la situación epidemiológica de las zonas de origen y destino, y las medidas existentes para detectar rápidamente y gestionar los casos sospechosos entre viajeros tanto a la salida como a la llegada (59). Ello incluye capacidades de cribado a la salida y la entrada, así como capacidades para el aislamiento de viajeros enfermos, además de la capacidad de someter a cuarentena a las personas que lleguen de zonas en las que existe transmisión comunitaria. También es importante estudiar la posibilidad de implantar, mediante acuerdos multisectoriales, medidas que puedan adoptarse en aeropuertos u otros puntos de llegada para reducir el riesgo para los viajeros, como gestión de pasajeros e instalaciones, así como de zonas de operaciones y seguridad (60).

6. Las comunidades están plenamente comprometidas (61) y comprenden que la transición que supone abandonar las restricciones de la circulación de personas a gran escala y las medidas de salud pública y sociales, y el paso de detectar y tratar los casos graves a detectar y aislar todos los casos, representan la «nueva normalidad» en la que se mantendrían las

medidas de prevención, y que todas personas tienen un papel decisivo a la hora de prevenir un nuevo aumento del número de casos.

- Los ciudadanos deben ser informados y consultados con regularidad en relación con el momento y la forma en que vayan a implantarse o retirarse las medidas de salud pública y sociales.
- La población debe ser habilitada y en algunos casos será decisiva para la aplicación de las medidas de salud pública y sociales, además de contribuir a mitigar las repercusiones sociales y económicas de ciertas medidas (por ejemplo, cadenas comunitarias de abastecimiento de alimentos).
- La infodemia asociada a toda epidemia debe gestionarse en todas las fases de la respuesta. Es importante proporcionar información correcta en el momento adecuado a las personas adecuadas por medios de confianza (por ejemplo, líderes comunitarios, médicos de familia, personas con influencia en los medios sociales). La información debe explicar la situación, las intervenciones y el plan de respuesta, e indicar la duración de las medidas implantadas. Esta comunicación es indispensable no solo para el cumplimiento de las medidas de salud pública sino también para la elaboración de medidas sociales adaptativas.

Fases de respuesta ante la emergencia por Covid-19 en Colombia

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia diseñó el Plan de contingencia para responder ante la emergencia por Covid-19 (3). El conocimiento disponible y la similitud de SARS-Cov-2 con otros virus, la experiencia mundial y del país frente a esta amenaza y a otras experiencias anteriores, además del ejercicio continuo de fortalecimiento de las capacidades del sistema de vigilancia y respuesta en salud pública, son la base de este Plan de Contingencia para responder ante la emergencia por Covid-19. Con la finalidad de evitar o reducir el daño que el Covid-19 puede ocasionar en la población colombiana, el Plan establece las directrices nacionales para implementar acciones durante las fases de preparación, contención y mitigación de la epidemia.

De esta forma, este plan de contingencia corresponde a un plan de acción, que parte de la identificación y priorización de escenarios de riesgo para formular medidas adicionales a las existentes para hacer frente a la amenaza. Por lo tanto, la ejecución de este plan requiere de recursos adicionales a aquellos existentes en la gestión rutinaria. Este plan puede ser objeto de ajustes si la situación lo requiere. Con la misma finalidad, este plan debe adaptarse y adecuarse a nivel territorial o en las entidades en los diferentes ámbitos de aplicación y competencias, manteniendo la proporcionalidad de las acciones (3).

Teniendo en cuenta el propósito de este plan de minimizar el impacto de Covid-19 en la población colombiana en los diferentes ámbitos (comunitario, laboral e individual), cada sector, nivel territorial y actor, implementaría las medidas a seguir con base en sus competencias establecidas en la normatividad vigente y el rol que cumplen en las diferentes fases de preparación, contención y mitigación. Así mismo, deberían articularse para maximizar los esfuerzos y el uso efectivo y eficiente de los recursos.

Además, los diversos escenarios de riesgo de la evolución de la situación epidemiológica implican fases de respuesta. Por tanto, los siguientes son los escenarios de riesgo, que corresponden con la fase de “conocimiento” de acuerdo con los procesos que se encuentran definidos en la Ley 1523 de 2012 “Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones”, los cuales son los siguientes: Conocimiento, Reducción, Preparación y Manejo (62).

1. Situación epidemiológica pre-epidémica

Antes de la introducción de SARS-Cov-2 al país por la presencia de al menos un caso confirmado de Covid-19 (63).

Riesgo de introducción bajo: La probabilidad de introducción del virus es baja por que el flujo migratorio desde el origen del brote es mínimo por no existir conexiones aéreas directas con el país receptor.

Criterios de riesgo bajo para Colombia: mientras el brote de Wuhan estuvo localizado, fue poco probable la introducción de SARS-Cov-2 por no existir conexiones directas de tránsito de personas entre Colombia y China. La evaluación de riesgo de introducción se consideró como baja teniendo en cuenta que la situación estaba confinada al territorio chino donde se adoptaban medidas drásticas para su contención.

Riesgo de introducción medio: La propagación a otros países ocurre en algunas circunstancias con una probabilidad entre 30% y 70%, especialmente en zonas con tránsito directo de pasajeros entre el país de origen y receptor, o en países con infraestructura sanitaria deficitaria. Probablemente ocurre en la mayoría de las circunstancias con una probabilidad entre 70% y 94%

Criterios de riesgo moderado para Colombia: la dinámica mundial de la epidemia tuvo cambios relevantes con incremento rápido de países afectados con casos de coronavirus. Adicionalmente, algunos países tuvieron expansión de brotes no controlados (Italia, Corea del Sur, Irán y España) con incremento de casos, algunos sin asociación directa con China.

La probabilidad de introducción de un caso de Covid-19 al país se incrementa por los flujos migratorios más frecuentes que existen entre Colombia y Europa. Esto fue explicado por la declaración del director de la Organización Mundial Para la salud (OMS), dando a conocer que el riesgo de Covid-19 consiste en epidemias en diferentes partes del mundo, con potencial pandémico.

Riesgo de introducción alto: Se preveía que ocurriera en la mayoría de las circunstancias con probabilidades del 95% o mayor.

Criterios de riesgo alto para Colombia: probabilidad de introducción del primer caso en el país por aparición de casos confirmados en los países vecinos con los cuales existen conexiones directas.

2. Situación epidémica

Desde la introducción de SARS-Cov-2 al país por la presencia de uno o más casos confirmados de Covid-19.

Introducción primer caso: Presencia de brotes localizados y contenidos, por casos originados en otros países que han llegado al país a través de los puntos de entrada. Estos casos tienen contactos circunscritos a su grupo familiar en donde puede haber contagios a pesar de las medidas de aislamiento. Igualmente, el personal de salud tratante tiene un mayor riesgo de contagio al atender pacientes con Covid-19. Así, el 11 de marzo, la Organización Mundial para la Salud (OMS) declara oficialmente la pandemia, el número total de casos globales superior a 118.000 (19).

Cadenas de circulación en la comunidad conocidas o desconocidas: Más del 10% de los casos de Covid-19 son de circulación autónoma en el país.

3. Situación post-epidémica

Una vez se vuelve a la normalidad de la situación epidemiológica de base, ya sea porque no hay nuevos casos o el SARS-Cov-2 mantiene su circulación en el país y las manifestaciones de Covid-19 se hacen endémicas (64).

Fases del Plan de Contingencia para Responder ante la Emergencia por COVID 19

Las fases de preparación, contención, mitigación y recuperación responden a cada uno de los escenarios de riesgo (3)

Fase de preparación: Las acciones corresponden a la situación epidemiológica pre-epidémica; en los tres tipos de riesgo definidos. Comprende documentar la amenaza existente y desarrollar los instrumentos para adecuación y disponibilidad de recursos e insumos necesarios para responder. El país está atento y se ha activado el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo, desplegando acciones en especial las relacionadas con puntos de entrada, comunicación del riesgo en todos los niveles, planes de contingencia, capacitación de talento humano y definiciones de protocolos de actuación técnicos y de gestión del riesgo.

Fase de contención: Las acciones corresponden a la situación epidemiológica epidémica ante la introducción del primer caso. Comprende las acciones de identificación y respuesta a la introducción de la amenaza al país (detección de los primeros casos de manera

temprana), y los esfuerzos ante la aparición de los primeros brotes, para contenerlos y evitar su propagación de manera coordinada con otros sectores, incluye también medidas de prevención en comunidad, individuales y colectivas.

Fase de mitigación: Las acciones corresponden a la situación epidemiológica epidémica ante cadenas de circulación en la comunidad conocidas o desconocidas. Las acciones se encaminan a preservar los servicios y brindar la atención requerida a la población que ha sido afectada. Se emplean cuando el número de casos aumenta y se complica la posibilidad de encontrar una relación entre los casos. Estas intervenciones intentan reducir el pico de infecciones y creando una situación más manejable para el sistema de salud. Estas medidas de mitigación incluyen aquellas relacionadas con el distanciamiento individual, por ejemplo, el aislamiento en casa de casos sospechoso, cuarentena para aquellos que viven en la misma casa que los casos sospechosos y distanciamientos social de las personas con más riesgo.

Fase de supresión: Correspondería con la situación post-epidémica. Las acciones de supresión tienen como objetivo detener la epidemia y mantener el número de casos en niveles bajos de manera indefinida, reduciendo la tasa de contagio por debajo de 1. Para lograr esto, es necesario combinar medidas drásticas dirigidas a poblaciones como el distanciamiento de comunidades y el cierre de colegios, guarderías y universidades, con medidas de distanciamiento individual (21).

La dificultad con las medidas de supresión es que cuando se levantan pueden generar un segundo pico de infección.

Por esto, es ideal que estas intervenciones (19):

- 1) estén acompañadas de medidas de detección, rastreo y atención de casos y contactos,
- 2) puedan mantenerse en el tiempo hasta que esté disponible una vacuna, y
- 3) se levanten de forma escalonada.

Líneas de acción

Las líneas de acción que se desarrollan a través de las fases del plan (3) son:

Coordinación intersectorial: Contiene las acciones tendientes a organizar sectorial e intersectorialmente la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y respuesta por un evento o riesgo con potencial pandémico y contar con una instancia visible, con capacidad decisoria y ejecutiva, con carácter intersectorial y alcance nacional.

Al respecto, la OMS (49) recomienda que la implantación efectiva de estrategias adaptativas de preparación y respuesta a la COVID-19 dependerá de la participación de toda la sociedad en el plan y de una firme coordinación nacional y subnacional. Para proporcionar una gestión coordinada de la preparación y respuesta a la COVID-19, deben activarse mecanismos nacionales de gestión de emergencias de salud pública, incluida una célula de coordinación nacional multidisciplinar o estructura de gestión de incidentes, con la participación de los ministerios pertinentes como los de salud, asuntos exteriores, economía, educación, transporte, viajes y turismo, obras públicas, agua y saneamiento, medioambiente, protección social y agricultura. En algunos contextos, esto puede llevarse a cabo con el apoyo de la autoridad nacional de gestión de desastres o de otras autoridades de gestión de crisis.

Vigilancia en Salud Pública y Control Sanitario: Contiene las acciones orientadas al mantenimiento y fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública y control sanitario, para eventos generadores de emergencia sanitaria o con potencial pandémico y las acciones propias de la vigilancia en Salud Pública correspondientes en las fronteras y puntos de entrada.

Frente a la pandemia por Covid-19, la Organización Mundial para la Salud (OMS) (49) afirma que para fortalecer la vigilancia epidemiológica los países y las comunidades deben, principalmente, aumentar su capacidad para identificar casos sospechosos de COVID-19 en la población general con rapidez en base a la aparición de signos o síntomas. Esto requeriría un cambio en cuanto a la dependencia en las redes de vigilancia existentes para utilizar un sistema de vigilancia activa y rápida a nivel de población. Además de la búsqueda activa de

casos en comunidades, centros sanitarios y puntos de entrada, será necesario permitir que la población general practique la auto vigilancia, es decir, que las personas se autorregistren como caso sospechoso tan pronto como presenten síntomas o signos, o si han estado en contacto con un caso confirmado. A fin de lograr este cambio, los países deben ampliar rápidamente su personal para detectar casos, incluso buscando fuera del sistema de salud pública tradicional para formar a trabajadores no pertenecientes a dicho sistema, o mediante el uso de tecnología innovadora como aplicaciones en línea para permitir que las personas se autorregistren (27).

Una vez identificados los casos sospechosos, se les debe realizar pruebas inmediatamente para confirmar o desestimar el contagio por COVID-19. En los contextos en los que no sea posible realizar pruebas, la confirmación de la COVID-19 puede, en cambio, basarse en los signos o síntomas notificados (49).

Los casos confirmados, independientemente de su confirmación mediante pruebas o en base a los síntomas o signos, deben ser aislados de forma segura, efectiva y rápida para evitar la transmisión en la comunidad. Lo ideal es que los casos confirmados se aislen en instalaciones especiales para reducir las posibilidades de transmisión y poder prestarles más apoyo según sea necesario. Si esto no es posible, y se requiere que los casos se autoaislen en sus hogares, debería haber un seguimiento y apoyo adecuados para garantizar que las personas tengan la capacidad de autoaislarse de forma eficaz sin ningún contacto social (49).

Red Nacional de Laboratorios: Contiene las acciones del laboratorio lideradas por el INS, fortalecimiento de las capacidades técnico-científicas, operativas y de cobertura de la Red Nacional de Laboratorios, apoyo a la vigilancia de eventos que requieran confirmación por el laboratorio, articulación de trabajo en red según las capacidades nacionales o internacionales.

Reducción de la transmisión en la comunidad: Contiene acciones dirigidas a reducir o contener la transmisión, extensión o propagación de la amenaza que origina el evento o riesgo. Con este fin, es esencial identificar y rastrear a los contactos cercanos de cada caso

confirmado o probable, ponerlos en cuarentena, y controlarlos durante 14 días. De este modo se evita que entren en contacto con la población general incluso los casos presintomáticos (y posibles casos asintomáticos) que surjan como consecuencia del contacto con un caso confirmado. La cuarentena puede resultar una experiencia estresante y una imposición e interrupción significativas en la vida de las personas en cuarentena y la de sus familias. Es necesario hacer todo lo posible para ayudar a las personas que tienen que pasar la cuarentena, entre otras cosas mediante la ayuda para la satisfacción de las necesidades básicas, prestaciones complementarias, ayuda psicosocial y asistencia sanitaria según sea necesario.

Red de servicios de salud: Contiene acciones dirigidas a garantizar la atención en salud a la población afectada y en potencial de afectación por emergencia sanitaria. Al respecto, la OMS (65) afirma que una de las características definitorias de la COVID-19 es la enorme presión que ejerce sobre los sistemas y los trabajadores sanitarios por la enorme proporción de pacientes con COVID-19 que necesita cuidados médicos de calidad. Muchos pacientes necesitan respiración asistida, y los brotes suponen una inmensa presión para la dotación de personal, la disponibilidad de equipos y de suministros cruciales como el oxígeno medicinal, respiradores y equipos de protección individual (EPI). Los trabajadores de primera línea tienen que ponerse ellos mismos en riesgo para salvar vidas y, como consecuencia, algunos han perdido sus propias vidas. En muchos países, las mujeres suponen el 70% del personal sanitario y, por lo tanto, se han visto afectadas de manera desproporcionada. Incluso los sistemas de salud robustos pueden verse desbordados y comprometidos rápidamente por un brote explosivo de COVID-19. Los planes de contingencia deberían incluir hipótesis extremas, como la necesidad de reconfigurar completamente y readaptar ampliamente todo el sector sanitario (64).

Conservar la confianza de la población en la capacidad del sistema sanitario para satisfacer de forma segura las necesidades esenciales y para controlar el riesgo de contagio en los centros sanitarios es clave para garantizar que las personas busquen la atención que necesitan y cumplan las recomendaciones de salud pública. La continuidad de los servicios de atención sanitaria básica es esencial. Siempre que sea posible, a fin de reducir los riesgos

para los pacientes debe considerarse la posibilidad de usar soluciones tecnológicas, como la telemedicina para controlar a los pacientes y consultas de forma remota (47).

Los territorios deberán tomar decisiones difíciles para equilibrar las demandas de respuesta directa a la COVID-19 y, al mismo tiempo, participar en la planificación estratégica y la acción coordinada para conservar la prestación de servicios sanitarios esenciales, mitigando el riesgo de colapso del sistema. Es posible que se tengan que posponer o suspender muchos servicios rutinarios y electivos. Además, si las prácticas rutinarias sufren presión debido a demandas contrapuestas, unos mecanismos y protocolos de gobernanza simplificados diseñados a tal fin pueden mitigar el fallo inmediato del sistema. Es esencial establecer un flujo de pacientes efectivo en todos los niveles (mediante el cribado, el triaje y la derivación específica de casos de COVID-19 y casos que no sean de COVID-19) (57).

Preservación de la continuidad en el funcionamiento de los servicios esenciales del país: Contiene acciones dirigidas a asegurar el funcionamiento de la dinámica institucional y productiva esencial del país ante la presentación de un evento o riesgo, de manera que se preserve la prestación de servicios críticos y el abastecimiento de productos esenciales para toda la población.

Además de la mortalidad directa causada por la COVID-19, la respuesta a nivel nacional y subnacional también debe hacer frente a los riesgos de mortalidad indirecta por la posible interrupción de los servicios sanitarios y sociales esenciales. La gran presión a la que la COVID-19 somete a los sistemas sanitarios, combinada con los efectos perjudiciales de las estrategias de protección, el distanciamiento físico y las restricciones de movimiento, debe mitigarse para minimizar los efectos sanitarios negativos de la COVID-19 en personas que dependen de los servicios esenciales no relacionados con la COVID-19 (49).

Comunicación y educación a la comunidad: Contiene acciones orientadas a la implementación de estrategias que promuevan la información, comprensión y modificación de actitudes, comportamientos y hábitos en la población general ante la amenaza o presentación de una emergencia sanitaria.

Frenar la transmisión de la COVID-19 y proteger las comunidades requerirá de la participación de todos los miembros de las comunidades en riesgo y afectadas para evitar el contagio y la transmisión. Esto exige que todos tomen medidas de protección individual como lavarse las manos, evitar tocarse la cara, practicar una buena higiene respiratoria, distanciamiento a nivel individual y cooperar con las medidas de distanciamiento físico y de restricción de movimiento cuando se solicite adoptarlas (57).

La información exacta sobre la COVID-19 debe ser comunicada a través de canales de varios medios para ofrecer la información adecuada, en el momento adecuado, al público adecuado, de forma que genere la acción adecuada. Lamentablemente, la respuesta mundial de la salud pública a la pandemia de COVID-19 ha venido acompañada de una infodemia, que consiste en una sobreabundancia de información (a veces veraz y a veces no), que dificulta que las personas encuentren fuentes y orientación fiables cuando lo necesiten. La información incorrecta dificulta las respuestas de salud pública a las epidemias e impide que las personas tomen las medidas adecuadas para evitar eficazmente la transmisión de la enfermedad. Ciertas informaciones erróneas también pueden provocar conductas peligrosas, como la automedicación con sustancias nocivas (57).

En todo lo anterior, los territorios deben garantizar que se escuche a las comunidades, incluidos los grupos a los que resulta más difícil acceder y los vulnerables, y que formen parte de la respuesta.

Evaluación: Proporciona información valiosa acerca de la eficacia de la preparación para una emergencia sanitaria, las actividades de respuesta y recuperación y la asignación de recursos para influir en las futuras medidas y mejorarlas.

De manera específica, las decisiones sobre cuándo y dónde realizar la transición deben fundamentarse en evidencias, basarse en datos e implantarse progresivamente. Es esencial disponer de datos precisos en tiempo real sobre las pruebas de los casos sospechosos, la naturaleza y el estado de aislamiento de todos los casos confirmados, el número de contactos por caso y la exhaustividad del rastreo, y de la capacidad dinámica de los sistemas sanitarios para hacer frente a los casos de COVID-19 (34).

Para reducir el riesgo de nuevos brotes, las medidas deben levantarse de una forma gradual y escalonada basada en una evaluación de los riesgos epidemiológicos y los beneficios socioeconómicos del levantamiento de las restricciones en diferentes lugares de trabajo, instituciones educativas y actividades sociales (como conciertos, actos religiosos y acontecimientos deportivos). Con el tiempo, las evaluaciones de riesgo podrían beneficiarse de las pruebas serológicas, cuando haya ensayos fiables disponibles, para una mejor comprensión de la susceptibilidad de la población a la COVID-19 (19).

Según el Plan de contingencia para responder ante la emergencia por Covid-19 de Colombia (3), los actores e instancias involucrados en las acciones de las líneas de acción según el ámbito de actuación en los territorios, son:

1. Administradora de Riesgos Laborales.
2. Centro de Operaciones de Emergencia
3. Centro Nacional de Enlace
4. Centro Regulador de Urgencias
5. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud
6. Dirección de Epidemiología y Demografía
7. Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud
8. Dirección de Promoción y Prevención
9. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria
10. Dirección de Redes en Salud Pública
11. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública
12. Entidades Territoriales de Salud
13. Grupo de Vigilancia en Salud Pública
14. Direcciones Territoriales de Salud
15. Entidad Administradora de Planes de Beneficios
16. Entidad Promotora de Salud
17. Instituto Nacional de Salud
18. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
19. Institución Prestadora de Servicios de Salud

20. Laboratorio de Salud Pública
21. Laboratorio Nacional de Referencia
22. Ministerio de Salud y Protección Social
23. Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres
24. Oficina de Tecnologías de la Información y Comunicación
25. Servicio Nacional de Aprendizaje
26. Sistema General de Seguridad Social en salud
27. Unidad Nacional de Gestión de Riesgos

A partir de las líneas de acción del Plan de Contingencia, y la identificación de algunos actores vinculados con ámbito de actuación en los territorios, se realizará el análisis de la implementación de los lineamientos técnicos y normativos.

Referente normativo:

El marco normativo en Colombia en relación a eventos de interés en salud pública inicia desde la Constitución Política, la cual establece en su Artículo 48 “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley (66).

Artículo 49. “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades

territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley (66).

A su vez, la ley 715 de 2001, “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros” (67). Donde se establecen los lineamientos de la competencia a nivel nacional, departamental y municipal con referencia a prestación de servicios de salud, salud pública y aseguramiento; la cual se dio dentro del marco constitucional vigente y acorde al Estado social de derecho.

El componente de Vigilancia Epidemiológica definido en el decreto 780 de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social” (68) plantea una recopilación o síntesis de la totalidad normativa reglamentaria ya existente en el sector salud, así mediante esta compilación, se pudo facilitar un instrumento jurídico capaz de adaptarse a la actual emergencia sanitaria que vive el país si no bien de manera perfecta por lo menos se pudo acoplar en gran parte de su contenido legal, por lo anterior y ante la presencia de un nuevo evento epidemiológico como la pandemia por COVID 19, este instrumento normativo se convirtió en herramienta vital por medio de la cual se dio la implementación de los principales lineamientos del Plan Nacional de Contingencia para responder ante la emergencia por COVID 19 emanado por el Ministerio de salud y Protección Social (MSPS).

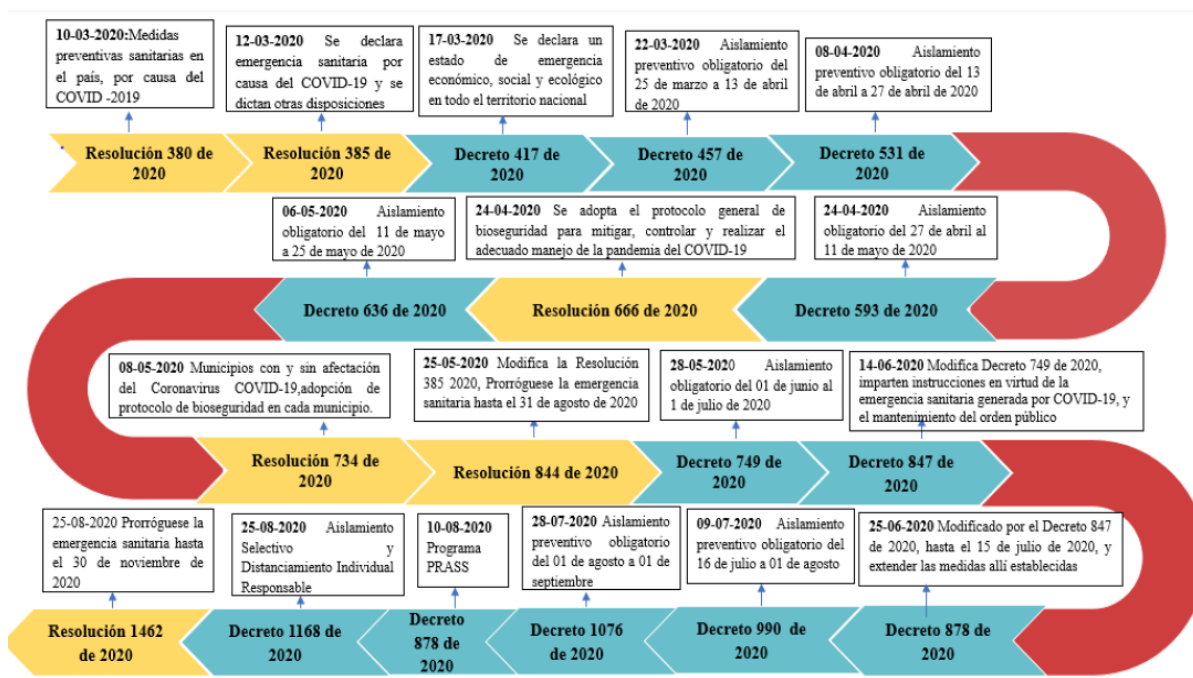
El desconocimiento o nula experiencia en el manejo de una pandemia por COVID 19, no solo representa el gran desafío en salud pública de esta época, también es un gran desafío institucional y de gobierno en lo que respecta a la capacidad de legislar y generar una normatividad rápida, acertada y con capacidad de impactar de manera positiva sobre la sociedad colombiana en relación a la actual emergencia sanitaria, los vacíos jurídicos y los ausentes referentes legales se constituyeron en otro gran obstáculo que si bien es de reconocer la rápida capacidad de reacción en este campo por parte del estado, también es

claro y entendible que se cometieron desaciertos en la reglamentación y normatividad requerida en algunos casos para respuesta a esta grave emergencia sanitaria.

“Las medidas que se han adoptado hasta el momento se pueden clasificar en tres fuentes primordiales, a saber, medidas sanitarias y de emergencia sanitaria, medidas de emergencia social, económica y ecológica y medidas de orden público y otras de carácter ordinario. Lo anterior sin perjuicio de reconocer que existen relaciones estrechas entre cada uno de estos grupos de normas”.

La primera declaración oficial de emergencia sanitaria por COVID 19, la dio el señor presidente de la república Iván Duque Márquez el 12 de marzo de 2020 luego de una reunión oficial desde el Puesto de Mando Unificado, la decisión de establecer una declaración de Emergencia Sanitaria en el país mediante la Resolución 385 del 13 de marzo de 2020, el 25 de mayo de 2020 a través de la Resolución 844 de 2020 “ Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa COVID-19, se modifica la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, modificándose las Resoluciones 407 y 450 de 2020 y se dictan otras disposiciones” hasta el 31 de agosto (69), y para el 25 de agosto se expide la Resolución 1462 de 2020 “ Por el cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la Covid-19, se modifican las resoluciones 385 y 844 de 2020 y se dictan otras disposiciones (70). A continuación, en la (Figura 1) se realiza una línea de tiempo de la normatividad a nivel nacional de acuerdo a las medidas preventivas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y las medidas de orden público expedidas por el Ministerio del Interior.

Figura 1. Línea de tiempo normatividad a nivel Nacional sobre la COVID-19.



Fuente: Construcción propia

Los Decretos para la atención de la emergencia del Covid-19 no han sido derogados expresamente, ni han sido declarados inexequibles o nulos, en el Anexo 1. Otras Normas se relacionan, Acuerdos, Resoluciones y Circulares expedidas durante el año 2020, la normativa nacional direccionada desde el Ministerio de Salud y Protección Social se desplegó en forma direccionada y eventual sobre la base del manejo de sus principales fases dentro de su plan de contingencia y sus diversos escenarios de riesgo epidemiológico dados en una situación emergencia sanitaria como lo es la pandemia por COVID 19.

Referente contextual.

Departamento de Quindío:

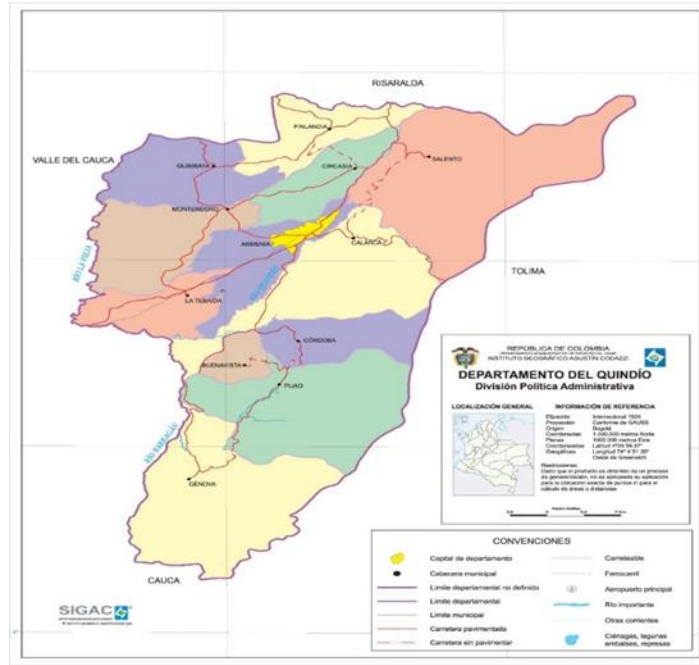
La población total del Departamento de Quindío (Ver Figura 2), según, el censo nacional de población y vivienda 2018 del DANE es de 509.640 pobladores, indicando una reducción poblacional del 11.86%, significando una pérdida de 68.628 personas, situación que

impacta directamente en el comportamiento demográfico del territorio, la medición de indicadores generales y afectando de manera especial la situación de ingresos del territorio. El área departamental llega a concentrar hasta 313 personas por km², el municipio de Armenia muestra la densidad más alta con 2632 habitantes por km², seguido del municipio de La Tebaida con 526 personas por km², en su orden los municipios de Circasia, Calarcá, Montenegro y Quimbaya como los de mayor densidad poblacional, siendo el municipio de Salento el que presenta la menor densidad poblacional con 22 habitantes por km². (71)

En el centro del país y en el centro del departamento, la capital de Quindío está conformada por un área total de 121,33 kilómetros cuadrados, es decir, que ocupa un 6% del territorio Departamental, lo rural de 98,8 km² y un área urbana de 22,53 km²; la ciudad representa la mayor extensión territorial urbana dentro del departamento del Quindío, ocupando 11,2% del total del área Departamental y el séptimo lugar en cuanto a extensión territorial después de Salento Génova Pijao, Calarcá, Montenegro y Quimbaya. Armenia limita al norte con Circasia y parte de Montenegro, al oriente con Salento y parte de Calarcá, al sur con parte de Calarcá y al occidente con la Tebaida y parte con Montenegro, con el Río Quindío como parte del límite de la ciudad con estos dos municipios. Cuenta con un área de 12.143,8 hectáreas (2,800 en el perímetro urbano). (71)

En relación con la diversidad étnica en el Departamento, el grupo étnico de mayor proporción auto declarado son los “afrodescendientes” (2,45% de la población total), seguido de algunas comunidades indígenas que corresponde a 0,41%, que moran en Córdoba, Montenegro, La Tebaida, Quimbaya, Armenia y Calarcá. De los grupos Indígenas, se han encontrado grupos culturales Emberá Chami y Katios, Nasa, Quichua, Yanaconas, Pastos, Inga, Pijao, para una total de 270 familias; los afrodescendientes completan 3.437 familias en Armenia, Montenegro, La Tebaida, Calarcá; éstas por condiciones de vulnerabilidad son poblaciones de atención preferencial en el sistema de salud del país. El resguardo indígena Emberá Chami, conforma una población de 235 personas ubicado en la ciudad de Armenia-Quindío, es el único a la fecha reconocido. (71)

Figura 2. Mapa político – administrativo del departamento del Quindío



Fuente: Sigac (72)

El comportamiento de mortalidad en la (Tabla 2) muestra la clasificación del total de muertes registradas en el departamento del Quindío, por listados de agrupación y clasificación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud, por los 6 grandes grupos de causas y las 67 subcausas de muerte con un registro numérico de 14 años, el primer lugar durante todo el tiempo evaluado fue para el grupo de las Enfermedades del Sistema circulatorio, las cuales concentran el 31,11% del total de muertes registradas para el Departamento en la vigencia 2018 y el 31,03% del total de las muertes 2005-2018, seguido tenemos que las muertes ocurridas durante estos periodos fueron las demás causas, específicamente por enfermedades como la diabetes, deficiencias nutricionales, enfermedades crónicas de vías respiratorias, apendicitis, hernias, entre otras. (71)

Tabla 2. Total, muertes ocurridas, agrupadas lista 6/67 OPS, departamento del Quindío
2005- 2018.

GRUPO DE CAUSAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total muertes
Enfermedades del sistema circulatorio	997	985	959	1.008	971	1.039	997	1.050	1.073	1.128	1.134	1.182	1.179	1.196	14.898
Las demás causas	866	788	856	832	835	857	773	803	900	926	901	1.011	998	972	12.318
Neoplasias	605	553	654	642	642	686	693	740	756	783	753	823	781	826	9.937
Causas externas	473	480	504	461	505	464	450	455	423	442	508	504	452	485	6.606
Enfermedades transmisibles	213	200	212	200	201	246	247	244	252	265	274	290	307	317	3.468
Afecciones período perinatal	63	51	65	53	63	45	47	38	37	34	35	33	42	40	646
Signos y síntomas mal definidos	5	7	7	4	9	14	32	4	11	10	10	5	12	7	137
Total, de defunciones	3.222	3.064	3.257	3.200	3.226	3.351	3.239	3.334	3.452	3.588	3.615	3.848	3.771	3.844	48.011

Fuente: ASIS – Quindío, 2020 (71)

A continuación, se anexa tabla de la capacidad instalada en el departamento del Quindío desde 2015 a 2019; la razón cama adulto para el año 2019 es de 1,05 camas hospitalarias por 1000 habitantes, 0,11 camas de cuidados intensivos y 0,06 camas de cuidado intermedio por 1000 habitantes y para la misma vigencia. (71)

Tabla 3. Capacidad instalada total y cobertura, tasa por 1.000 habitantes, Quindío. 2015-2019

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,11	0,11	0,13	0,12	0,13
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,13	0,13	0,14	0,14	0,15
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	1,07	1,08	1,09	1,06	1,05
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,10	0,11	0,11	0,11	0,11
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,08	0,08	0,05	0,05	0,06
Razón de camas por 1.000 habitantes	2,08	2,05	2,12	2,13	2,13

Fuente: ASIS – Quindío, 2020 (71)

Con respecto a los determinantes sociales de la salud, entre los aspectos relevantes, de acuerdo con los indicadores sobre pobreza se encuentra que: la proporción de población con Necesidades Básicas Insatisfechas NBI es del 16.2% de la población; la proporción de población en miseria es de 2.99%; la línea de indigencia entre 2008 y 2016 ha aumentado a

13.1%, casi 2.6% anualmente; la proporción de población en hacinamiento es del 4.85%. Las tasas de cobertura bruta de educación están por debajo de los estándares nacionales en todos los niveles. Los municipios con los más altos puntajes de NBI son Génova (-8,47) y Quimbaya (-3,94). (71)

Municipio de Armenia

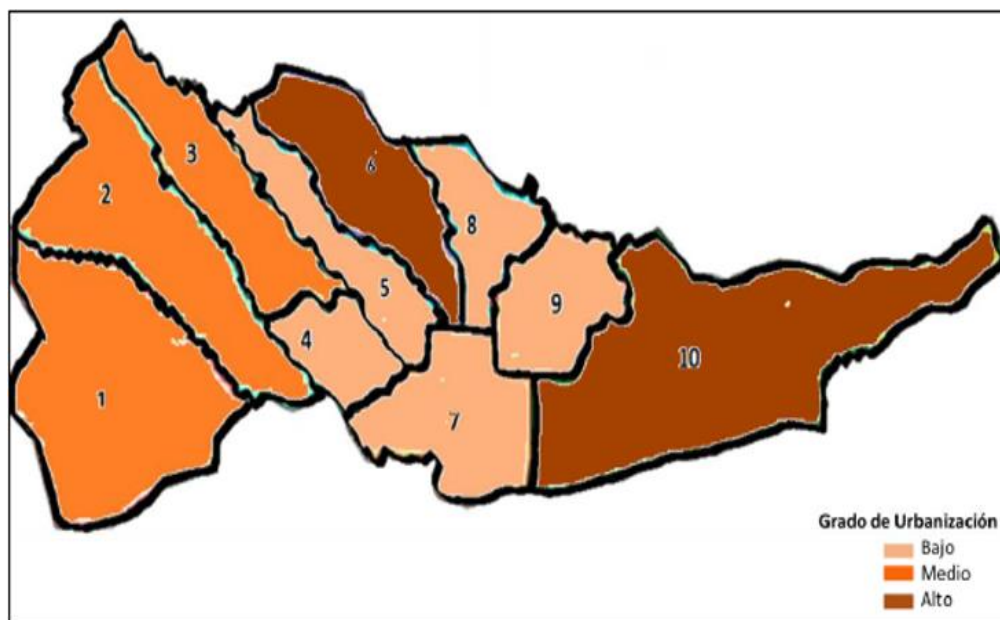
Armenia es la Capital del Departamento del Quindío, ubicado en las coordenadas 4,5170 ° de latitud norte, 75,6830 ° oeste, a 290 kilómetros al oeste de Bogotá. Fue fundada en 1889, su base económica es la agricultura, lo que permitió un desarrollo considerable entre los años 1920 y 1980, gracias a la bonanza cafetera, de donde surgió el apodo de "Ciudad Milagro". Esta población está ubicada en el Triángulo de oro, y es uno de los principales centros comerciales y turísticos del occidente colombiano. Es también el núcleo del Área metropolitana de Armenia. (73)

En 1999 (enero) un terremoto destruyó casi la mitad de las viviendas y edificios de la ciudad, lo cual generó la construcción de nuevas edificaciones que cumplieran normas de sismo resistencia, y conllevó a que se beneficiara con ayudas del Gobierno y de otras entidades no gubernamentales, permitiendo su recuperación y modernización convirtiéndola en uno de los epicentros turísticos del País, siendo considerado uno de los principales puntos de inicio para conocer el Paisaje Cultural Cafetero. (73)

El Municipio de Armenia está dividido en diez (10) Comunas y un (1) corregimiento (ver Figura 3), anualmente el Departamento Administrativo de Planeación de Armenia, mediante la Ficha básica municipal, presenta el número aproximado de predios y de habitantes por cada comuna. A partir de esta información se calculó la densidad poblacional, mostrando que las comunas con mayor proporción de pobladores son la comuna seis (6) "San José" con un total de 60 barrios, 11.506 predios y 38.476 habitantes, el 44% de los habitantes son de estrato 2 y el 34.7% de estrato 3; la comuna diez (10) "Quimbaya" registra aproximadamente 15.061 predios y 50.363 habitantes, de los cuales el 60.4% son de estrato 5 y el 24.85% son de estrato 4. (74)

Armenia concentra los principales sectores productivos, agremiaciones, asociaciones y servicios financieros, de alojamiento, salud, educación y culturales del departamento. Es el principal centro de comercialización de productos locales, departamentales y regionales; adelanta un proceso importante de agro industrialización, donde se resalta el ramo del mueble como uno de los más dinámicos y en continuo crecimiento. Tienen sede los proyectos de desarrollo tecnológico para el plátano, la yuca y la cadena productiva de la guadua, además de la ser cuna de incubadora de empresas, y cuenta con facilidades para fomentar la exportación de productos propios del municipio y del departamento. La economía de la capital como de la región, está basada en el turismo, el café, la industria de muebles, el comercio, agricultura cultural e industrial. (74)

Figura 3. Mapa distribución comunas y corregimientos Armenia

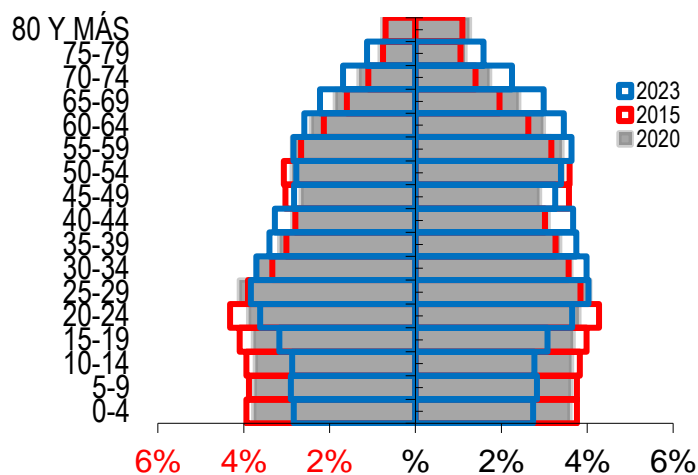


Fuente: ASIS – Armenia 2020. (74)

A través de la pirámide poblacional (Figura 4), se puede observar gráficamente la composición poblacional del Municipio de acuerdo con el sexo y la edad de los habitantes, así como los cambios experimentados al comparar la población de 2015 con respecto al de 2020 y su proyección al año 2023. Las cifras presentadas corresponden a la población ajustada basada en el censo de población y vivienda del año 2018 (74).

La pirámide poblacional del municipio de Armenia es regresiva, que muestra una base con menor población que en los tramos intermedios; el grupo de los menores de cuatro años no experimenta cambios importantes entre 2015 y 2020; sin embargo, se espera que en el 2023 la población entre los 5 y 9 años ascienda 6% con relación al 2020. Los grupos posteriores, entre los 10 y 24 años, muestran un descenso poblacional del 9.89%, en los últimos cinco años y se proyecta que continúe disminuyendo en los próximos tres años, sin mostrar diferencias relevantes entre hombres y mujeres. Este comportamiento es característico de una población que experimenta el proceso de transición demográfica plena, en el que la población sufre cambios basados en el descenso de la natalidad y aumenta en las edades económicamente activas, posiblemente como una consecuencia de la alta urbanización, lo que puede afectar la sanidad del territorio con la aparición de enfermedades parasitarias, infecciosas y crónicas. En caso contrario, la cúspide evidencia un ensanchamiento del 22.7% entre 2015 y 2020 que abarca la población mayor de 60 años con predominio de las mujeres, situación posiblemente explicada por el aumento en la esperanza de vida en la población femenina con respecto a la masculina. En la pirámide se refleja un estrechamiento para el grupo entre los 45 y 49 años considerado como edad productiva, siendo este más notorio en las mujeres que en los hombres (74).

Figura 4. Pirámide poblacional proyectada años 2015, 2020, 2023 Armenia



Fuente: DANE población proyectada para los años 2015, 2020, 2023 (75)

El censo nacional de población y vivienda del año 2018 contabilizó el número de viviendas según la condición de ocupación por área de residencia, así como el número de hogares y de personas que lo conforman. En Armenia, se identificaron 112.337 Unidades de vivienda que corresponden a 93.611 viviendas con personas presentes, 11.024 viviendas desocupadas y 2.320 alojamientos temporales. Adicionalmente, se identificaron 95.459 con más de dos hogares compartiendo la misma vivienda, esta condición puede relacionarse con el hacinamiento, favoreciendo la aparición de enfermedades transmisibles en el Municipio. Los hogares del Municipio de Armenia están conformados aproximadamente por 2,9 personas, disminuyendo en un 20% en comparación con el censo de vivienda del año 2005. Teniendo en cuenta los procesos migratorios por los que atraviesa el País, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) incluyó en el Censo 2018 la denominación de Lugares Especiales de Alojamiento (LEA), en los que se contabilizaron las personas que habitan los alojamientos temporales; en este aspecto se identificaron 1.872 personas que corresponde al 0,67%, mientras que 275.641 residentes fueron encontrados en hogares particulares (99,32%) (74).

Mortalidad

La primera causa de mortalidad en el municipio de Armenia es por enfermedades del sistema circulatorio desde el 2015 a 2018, en segundo lugar, tenemos las demás causas con una tasa mayor en el 2005, en tercer y cuarto lugar tenemos las neoplasias y causas externas.

Tabla 4. Tasa de mortalidad ajustada municipio Armenia, 2005 – 2018

Causa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Enfermedades sistema circulatorio	209,35	192,51	183,96	187,83	177,42	179,61	166,32	176,55	165,04	180,69	180,50	186,40	167,41	184,07
Las demás causas	179,30	160,35	168,60	146,10	153,34	155,84	142,79	142,41	169,62	162,67	146,98	177,82	156,39	146,42
Neoplasias	129,5	116,8	133,7	125,2	125,6	136,3	132,2	131,8	136,7	132,3	128,9	134,5	126,2	131,7
Causas externas	83,13	81,87	80,47	86,03	91,67	77,83	75,86	65,70	66,16	69,09	118,05	89,30	77,48	74,79
Enfermedades transmisibles	45,2	41,4	43,3	43,0	41,5	51,1	45,6	50,7	48,1	51,8	55,8	57,0	55,6	60,0
Signos y síntomas mal definidos	0,42	1,97	0,75	0,38	0,67	2,82	5,39	0,30	2,01	0,89	1,94	0,81	1,33	0,79

Fuente: ASIS – Armenia 2020. (74)

Morbilidad

El número de consultas en la ciudad de Armenia desde 2009 a 2019 con relación a la distribución porcentual del número de consultas anuales atendidas, el 74,25% corresponde a enfermedades no transmisibles, seguido las condiciones transmisibles y nutricionales con el 13,9% y con menor proporción las condiciones mal clasificadas 10,0%, lesiones 5,27% y condiciones perinatales con 1,76%. (74)

Con relación a la capacidad instalada en el municipio de Armenia desde 2015 a 2020; en el análisis de salud del año 2020, se evidencia que, la razón de camas de adulto para el año 2020 es de 1,60 camas hospitalarias por 1000 habitantes, 0,22 camas de cuidados intensivos y 0,08 camas de cuidado intermedio por 1000 habitantes y para la misma vigencia. (74)

Tabla 5. Capacidad instalada, cobertura tasa por 1.000 habitantes, Armenia.
2015-2020

Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,16	0,16	0,19	0,17	0,18	0,16
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	1,76	1,76	1,78	1,72	1,75	1,60
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,19	0,21	0,21	0,21	0,21	0,22
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,16	0,16	0,10	0,10	0,12	0,08
Razón de camas por 1.000 habitantes	3,22	3,15	3,17	3,09	3,15	2,88

Fuente: ASIS – Armenia 2020. (74)

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el comportamiento epidemiológico de la Covid-19 y la implementación del Plan Nacional de Contingencia en la ciudad de Armenia (Quindío) Colombia en el año 2020.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir el comportamiento epidemiológico de la Covid-19 hasta el 31 diciembre de 2020 en la ciudad de Armenia (Quindío) Colombia.

Describir la implementación del Plan Nacional de Contingencia para responder ante la emergencia por Covid-19 en la ciudad de Armenia Departamento del Quindío (Colombia), hasta el 31 de diciembre de 2020.

Determinar las variaciones en el comportamiento de COVID 19 según el proceso de implementación del Plan Nacional de Contingencia para responder ante la emergencia por Covid-19 en la ciudad de Armenia (Quindío) Colombia.

7 METODOLOGÍA

Diseño del estudio: Estudio de tipo descriptivo con respecto al análisis de la implementación del Plan Nacional de Contingencia para responder ante la emergencia por COVID-19 en la ciudad de Armenia en el 2020. Siguiendo la clasificación de Pino-Montoya (76), se hace uso de métodos integrativos, de manera que métodos cuantitativos y cualitativos se complementen

Unidad de análisis:

La unidad de análisis fue la información epidemiológica de la base de datos del Instituto Nacional de Salud del municipio de Armenia, vigencia 2020, así como los diferentes documentos que permitieran analizar la implementación del Plan Nacional de Contingencia para responder a la emergencia de COVID 19 de la ciudad de Armenia.

Fuentes de información:

Las fuentes de información que se utilizaran en el proyecto son primarias y secundarias.

Fuentes Primarias:

- Funcionarios de la administración: Profesional especializado epidemiología de la Secretaría de Salud municipal, Profesional Especializado del Departamento Administrativo de Planeación, Epidemióloga contratista de la Secretaría de salud de Armenia y profesional de apoyo de la Secretaría de Desarrollo Social.

Fuentes Secundarios:

- Plan Nacional de Contingencia
- Planes de acción municipales
- Actos administrativos a nivel nacional y municipal
- Informes de gestión de las secretarías y la administración municipal, vigencia 2020 (Salud, Desarrollo Social, Gobierno, Desarrollo Económico, Educación)
- Análisis de situación en salud municipal y departamental
- Datos del Instituto Nacional de Salud y Secretaría de Salud de Armenia.

- Página web de la administración municipal

Recursos utilizados para recolección información

Los recursos utilizados para recolección de información que se aplicaron en la ciudad de Armenia (Quindío) fueron:

- Cuestionarios semiestructurados para entrevistas
- Grabaciones
- Matriz de análisis documental

Alcance y criterios:

El estudio se desarrolló en varias ciudades capitales de Colombia correspondiendo a este trabajo de investigación la ciudad capital Armenia en el departamento del Quindío, según la posibilidad de acceder a la información y las posibilidades de desplazamiento físico, en aras de la recolección de datos primarios en relación con el COVID 19, así como el seguimiento a los distintos actores vinculados con las diferentes medidas intersectoriales que se dieron. Por tanto, se desprenderán varios proyectos particulares en línea con la territorialización de las políticas públicas e indicadores particulares, sumado a ello una estrategia de compilación de testimonios y datos que nos permitan ver las diferentes dinámicas y las particulares tomas de decisiones en la ciudad de Armenia.

Procedimientos

Los procedimientos se desarrollan en función de los objetivos específicos

Tabla 6. Procedimientos

Objetivos específicos	Actividades	Resultado esperado
Describir el comportamiento epidemiológico de la Covid-19 hasta el 31 diciembre de 2020 en la ciudad de Armenia Colombia.	Solicitud de la información epidemiológica a las instancias correspondientes. Recopilación de los indicadores epidemiológicos.	Análisis de la información epidemiológica sobre Covid-19 en la ciudad de Armenia
Describir la implementación del Plan Nacional de Contingencia para responder ante la emergencia por Covid-19 en Colombia hasta el 31 de diciembre de 2020 en la ciudad de Armenia	Identificación de las líneas de acción en el plan de acción municipal. Identificación de las actividades realizadas en función del plan de acción municipal según las fases de preparación, contención y mitigación en respuesta a la pandemia por Covid-19. Revisión documental de los lineamientos técnicos y operativos derivados del Plan Nacional de Contingencia. Descripción de la implementación por parte de los	Análisis de la implementación de los lineamientos técnicos y normativos de las fases de preparación, contención y mitigación para la pandemia de Covid-19 a nivel municipal.

	actores involucrados en el ámbito municipal.	
Determinar las variaciones en el comportamiento de COVID 19 según el proceso de implementación del Plan Nacional de Contingencia para responder ante la emergencia por Covid-19 en la ciudad de Armenia.	Descripción de la evolución de los indicadores epidemiológicos en función del plan de acción municipal.	Resultados tempranos del proceso de implementación del Plan Nacional de Contingencia en la ciudad de Armenia

Fuente: elaboración propia.

Recolección de la información

Para el análisis de los lineamientos técnicos y normativos se proponen las siguientes categorías de análisis principales:

Tabla 7. Categorías de análisis

Sistema de códigos					
Categorías	Subcategoría	Operacionalización	Ítem Proceso	Item Actores	Item Resultados
1. Preparación	1.1 Coordinación intersectorial	1.1.1 Diagnóstico de capacidades	1.1.1 Pro	1.1.1 Act	1.1.1 Res
		1.1.2 Plan de trabajo	1.1.2 Pro	1.1.2 Act	1.1.2 Res
		1.1.3 Adecuación y disposición de recursos	1.1.3 Pro	1.1.3 Act	1.1.3 Res

	1.2 Vigilancia en Salud Pública	1.2.1. Activación de la vigilancia para detección de casos	1.2.1 Pro	1.2.1Act	1.2.1Res	
		1.2.2 Activación de la vigilancia comunitaria	1.2.2 Pro	1.2.2Act	1.2.2Res	
	1.3 Reducción de la transmisión a la comunidad	1.3.1 Difusión de conocimientos sobre la pandemia	1.3.1 Pro	1.3.1Act	1.3.1Res	
		1.3.2Difusión de prácticas para la prevención de la infección por COVID 19	1.3.2Pro	1.3.2Act	1.3.2Res	
	2. Contención	2.1 Coordinación intersectorial	2.1.1Detección de casos y contactos	2.1.1 Pro	2.1.1Act	2.1.1Res
			2.1.2 Medidas preventivas individuales	2.1.2 Pro	2.1.2Act	2.1.2Res
2.2 Vigilancia en salud pública		2.2.1 Medidas preventivas comunitarias	2.2.1 Pro	2.2.1Act	2.2.1Res	
		2.2.2 Medidas preventivas colectivas	2.2.2 Pro	2.2.2Pro	2.2.2Res	
2.3 Reducción de la transmisión de la enfermedad		2.3.1 Implementación de acciones de prevención individuales, comunitarias y colectivas				
			2.3.1 Pro	2.3.1 Act	2.3.1 Res	

		2.3.2 Seguimiento y control de las acciones de prevención	2.3.2 Pro	2.3.2Act	2.3.2Res
3. Mitigación	3.1 Coordinación intersectorial	3.1.1 Seguimiento a la aplicación de protocolos y medidas para el manejo de COVID	3.1.1 Pro	3.1.1Act	3.1.1Res
	3.2 Vigilancia en salud pública	3.2.1 Seguimiento a estrategias de manejo de COVID a nivel individual y comunitario	3.2.1 Pro	3.2.1Act	3.2.1Res
	3.3 Reducción de la transmisión de la enfermedad	3.3.1 Seguimiento y control de las acciones manejo del COVID	3.3.1 Pro	3.3.1Act	3.3.1Res
		3.3.2 Seguimiento y control medidas de prevención	3.3.2 Pro	3.3.2Act	3.3.2Res

Fuente: adaptado de Plan de Contingencia para la Emergencia de Covid-19 (3) + En cada ítem, se definirían las preguntas que se van a utilizar en el instrumento.

Consideraciones éticas

La presente investigación se considera sin riesgo según la Norma 08430 del Ministerio de Salud de Colombia. El cual fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Manizales UAM para la vigencia 2020.

Se solicitó el acceso a la información a las instancias correspondientes con base en la especificación de que se trata de un ejercicio enteramente académico y cuyos resultados de investigación estarán disponibles. A los actores clave identificados para participar en el

estudio, se solicitó su consentimiento para participar en el estudio, previa explicación de los objetivos y procedimientos de este.

Análisis cuantitativo:

Para determinar el comportamiento epidemiológico de Covid-19 en la ciudad de Armenia, se realizó un análisis de la base del Instituto Nacional de Salud de la vigencia 2020, que permitió evidenciar los siguientes indicadores: Total de casos, total de muertes y total de recuperados en Armenia por periodo epidemiológico, con relación a la letalidad general y específica, proporción de mortalidad, tasa de mortalidad general y específica se analizan por periodo epidemiológico y las tendencias de estos indicadores por variables como sexo, grupos de edad y régimen de afiliación a seguridad social en salud.

Análisis cualitativo:

Para el análisis cualitativo se realizó con recopilación de información de fuentes primarias y secundarias, en donde se utilizaron diferentes instrumentos que permitieron evidenciar como fue la implementación del Plan Nacional para responder ante la emergencia por COVID-19 y la variación en el comportamiento epidemiológico en la ciudad de Armenia.

Se comienza con el diligenciamiento de la matriz de análisis documental, el cual se encuentra codificada y permitió describir, descubrir, captar y comprender la implementación de dicho plan para la ciudad de Armenia. Así mismo, se estructura y se aplica un cuestionario algunos actores de la ciudad, este instrumento contenía preguntas desde las tres fases (preparación, contención y mitigación) y las 3 líneas de acción seleccionadas para el estudio (coordinación intersectorial, vigilancia epidemiológica y reducción de la trasmisión en la comunidad), a partir de la transcripción de estas se incluyen los testimonios en los resultados.

8 RESULTADOS

Según informe publicado en la página del Ministerio de Salud y Protección Social el 25 de febrero de 2022, Colombia hasta la fecha contaba con 6.058.715 casos confirmados, 15.106 activos, 5.883.546 recuperados y 138.501 muertes; de ese total de casos confirmados 70.655 correspondían al departamento del Quindío (77). Para el municipio de Armenia en la página de la Alcaldía con cohorte a 9 de febrero de 2022, la ciudad contaba con 50070 casos confirmados por residencia, 960 activos, 47881 recuperados y 1229 fallecidos (78).

Bajo este comportamiento, para el periodo objeto del estudio, El Instituto Nacional de Salud en su boletín epidemiológico 52 del 2020, hizo referencia a la situación de COVID-19 en Colombia en sus diferentes Departamentos y Municipios, con corte a 31 de diciembre de 2020, donde se confirmaron por laboratorio 1.642.775 casos de COVID-19 en Colombia en 38 entidades territoriales del orden departamental y distrital, afectando 1108 municipios. La incidencia acumulada para el año 2020 fue de 3.261,26 casos por cada 100.000 habitantes, con 86.777 casos activos, de los cuales el 68,0 % (59 012) se reportan en 12 municipios y 2 distritos: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Pereira, Bucaramanga, Cúcuta, Cartagena, Ibagué, Manizales, Bello, Armenia, Valledupar y Pasto.

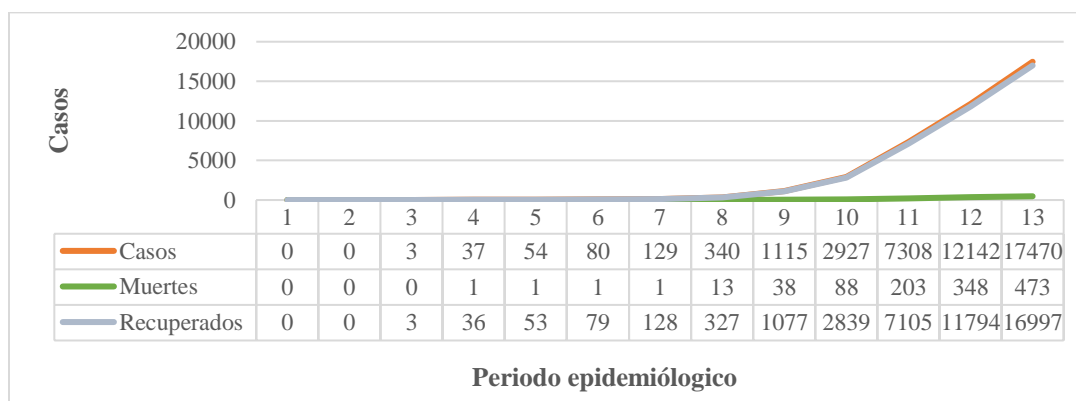
La mayor incidencia de casos activos por 100.000 habitantes (población DANE urbana y rural), se presentó en los municipios de: Bogotá D.C. (446,5), Rionegro – Antioquia (446,2), Retiro – Antioquia (391,8), Gualmatan – Nariño (355,1), Pereira – Risaralda (349,5), Envigado – Antioquia (330,7), Florencia – Caquetá (324,3), Quipama – Boyacá (321,2), Armenia - Quindío (303,5), Santo Domingo – Antioquia (300,2) y La Ceja– Antioquia (300,0) (79).

Bajo este contexto nacional, se desarrollaron los objetivos planteados en el estudio en lo relacionado al municipio Armenia, Quindío.

1. Descripción del Comportamiento epidemiológico de la COVID-19 en Armenia a diciembre 31 del 2020.

Para el año 2020 el total de la población en el municipio de Armenia según proyecciones del DANE es de 304.764 habitantes, de los cuales el 47% (143.543) son hombres y el 53% (161.221) son mujeres, lo que quiere decir que por cada hombre del municipio de Armenia hay 1,12 mujeres, para dicho periodo se reportaron por el Instituto Nacional de Salud 17.470 casos de COVID-19 en el municipio, con mayor impacto en los hombres según la mortalidad y letalidad generada, la Secretaría de Salud de Armenia reportó los dos primeros casos al Instituto Nacional de Salud el 17 de marzo de 2020, los cuales fueron importados, el primero correspondió a un hombre de 18 años procedente de España y el otro a una mujer de 46 años procedente de Italia. De acuerdo al comportamiento por los periodos epidemiológicos se observó en relación a la incidencia un mayor reporte en los periodos 13, 12 y 11, los cuales corresponden al último trimestre del año 2020 con una mayor notificación para el mes de diciembre. Con respecto a la mortalidad se mantuvo la tendencia durante dicho trimestre, sin embargo, la mayor afectación corresponde al periodo 12 que va del 1 al 28 de noviembre del 2020. (Figura 5)

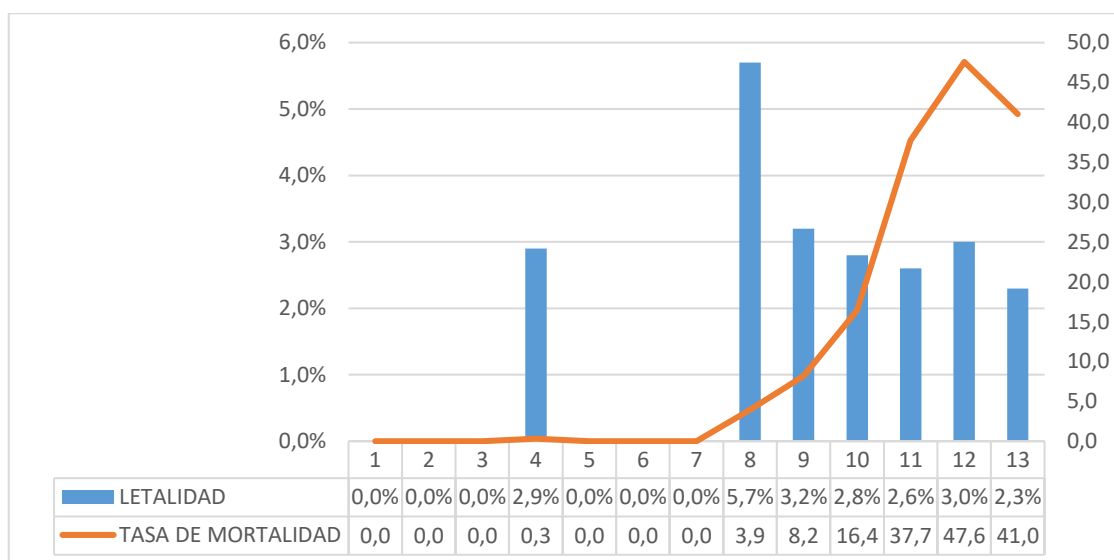
Figura 5. Comportamiento de la COVID -19 según periodo epidemiológico en el municipio de Armenia durante el 2020.



Fuente: Construcción propia. Base de datos del Instituto Nacional de Salud, Armenia 2020.

La COVID-19 generó (Figura 6) para la vigencia 2020 un total de 155 muertes por cada 100.000 habitantes del municipio de Armenia, con una letalidad del 2,7% y representó para el municipio un total de 473 muertes. La mayor tasa de mortalidad en el municipio de Armenia fue en el periodo epidemiológico 12, seguido los periodos 13 y 11, sin embargo, la mayor letalidad se presentó en el periodo 8 que va del 12 de julio a 12 de agosto de 2020, donde por cada 100 habitantes el 5,7 % fallecieron.

Figura 6. Comportamiento de la mortalidad y letalidad en el municipio de Armenia durante 2020.



Fuente: Construcción propia, base de datos del instituto nacional de salud, Armenia 2020.

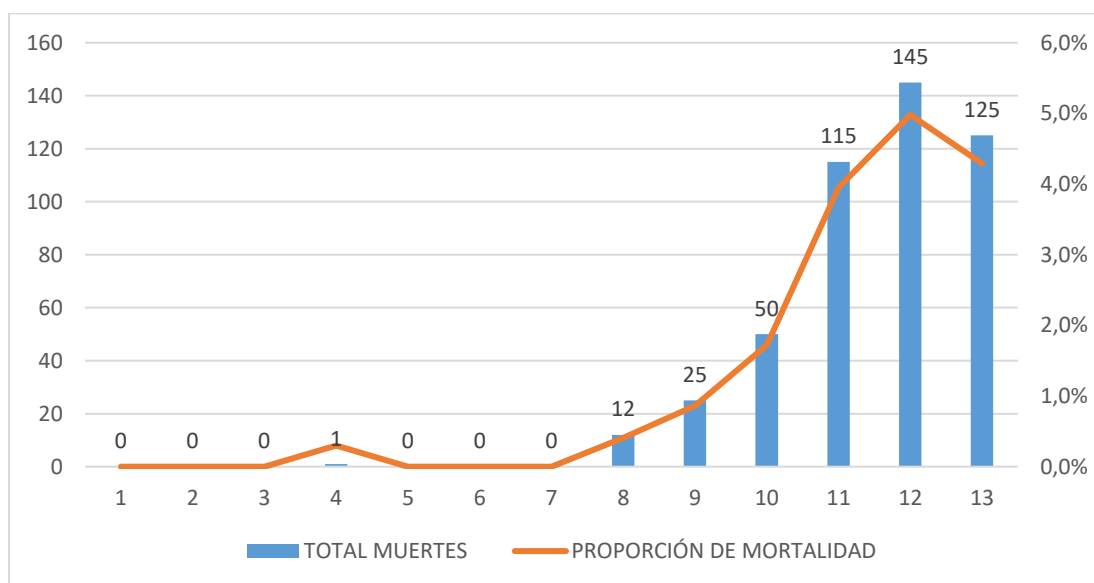
Tabla 8. muertes por todas las causas en el municipio de Armenia Quindío, 2020

Defunciones	Total	Sexo		
		Hombres	Mujeres	Indeterminado
Fetales	80	22	17	41
No fetales	2.834	1.653	1.181	0
Total	2.914	1.675	1.198	41

Fuente: DANE. Defunciones, acumulado 2020 y publicado el 14 de febrero 2022.

Para la vigencia 2020 a periodo epidemiológico 13, del total de muertes por todas las causas en el municipio de Armenia, el 16,2% corresponden a muertes por COVID 19. En la (Figura 7) se puede observar que el periodo con mayor proporción de mortalidad fue el 12.

Figura 7. Proporción mortalidad Municipio de Armenia 2020



Fuente: Construcción propia. Base de datos del Instituto Nacional de Salud, Armenia 2020.

Según el sexo se presentaron 9238 casos en mujeres que corresponden al 53% con una tasa de afectación de 5730 casos por 100.000 mujeres y un total de 159 muertes que representan 98 fallecimientos a causa de la COVID-19 por cada 100.000 mujeres, lo que contrasta con la tasa de mortalidad en hombres que alcanzó un total de 218 por cada 100.000.

Por periodo epidemiológico la mayor afectación en los hombres se presentó en el periodo 13 y 11 y en el caso de las mujeres en el periodo 11 y 12.

Tabla 9. Comportamiento de mortalidad y letalidad según sexo en el municipio de Armenia durante 2020.

PERIODO EPIDEMIOLOGICO	HOMBRES		143.543		MUJERES		161.221	
	TOTAL DE CASOS	TOTAL MUERTES	LETALIDAD	TASA DE MORTALIDAD	TOTAL DE CASOS	TOTAL MUERTES	LETALIDAD	TASA DE MORTALIDAD
1	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
2	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
3	1	0	0,00	0,00	2	0	0,00	0,00
4	16	1	6,25	0,70	18	0	0,00	0,00
5	9	0	0,00	0,00	8	0	0,00	0,00
6	11	0	0,00	0,00	15	0	0,00	0,00
7	17	0	0,00	0,00	32	0	0,00	0,00
8	105	10	9,5	6,97	106	2	1,89	1,24
9	375	16	4,3	11,15	400	9	2,25	5,58
10	873	34	3,9	23,7	939	16	1,70	9,92
11	2034	67	3,3	46,68	2347	48	2,05	29,77
12	2256	100	4,4	69,67	2578	45	1,75	27,91
13	2535	86	3,4	59,91	2793	39	1,40	24,19

Fuente: Construcción propia. Base de datos del Instituto Nacional de Salud, Armenia 2020.

El análisis del comportamiento de la COVID-19 según régimen de afiliación se realizó de acuerdo con la información proporcionada por la Secretaría de Salud del municipio de Armenia, este análisis se hace con referencia a los casos notificados por residencia del municipio. Se toma como referencia la cobertura del municipio reportada en el informe de gestión de la Secretaría de Salud 2020.

Tabla 10. Cobertura de régimen en salud. Armenia, 2020.

Régimen	Cobertura	Mortalidad	Letalidad
Régimen contributivo – subsidiado.	328.665	122,0	2,7
Régimen excepción o especiales	7.755	154,7	1,5

Fuente: Informe de gestión salud 2020, base de datos anonimizada casos covid-19 por régimen en salud – Secretaría de Salud Armenia, Quindío

Según el reporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Municipio de Armenia para el año 2020 tenía un total de 336.420 habitantes, y de acuerdo a

la base de datos aportada por el área de vigilancia epidemiológica, se obtuvo un total de 16.176 registros que contaban con fecha de inicio de síntomas o fecha de recibido, los cuales presentan el siguiente comportamiento: en la base de datos se registró 454 casos de población pobre no afiliada, sin embargo en cobertura no se cuenta con datos de esta población; por afiliación al régimen subsidiado y contributivo se presentaron un total de 14.932 casos y 401 muertes, lo que corresponde a 122 muertes por cada 100.000 habitantes en dicho sistema de afiliación y una letalidad del 2,7% mientras que en el régimen especial se presentaron 790 casos con una tasa de mortalidad de 154 casos por 100.000 habitantes y una letalidad de 1,5%, el cual representa 12 muertes en el 2020 por ese régimen en salud.

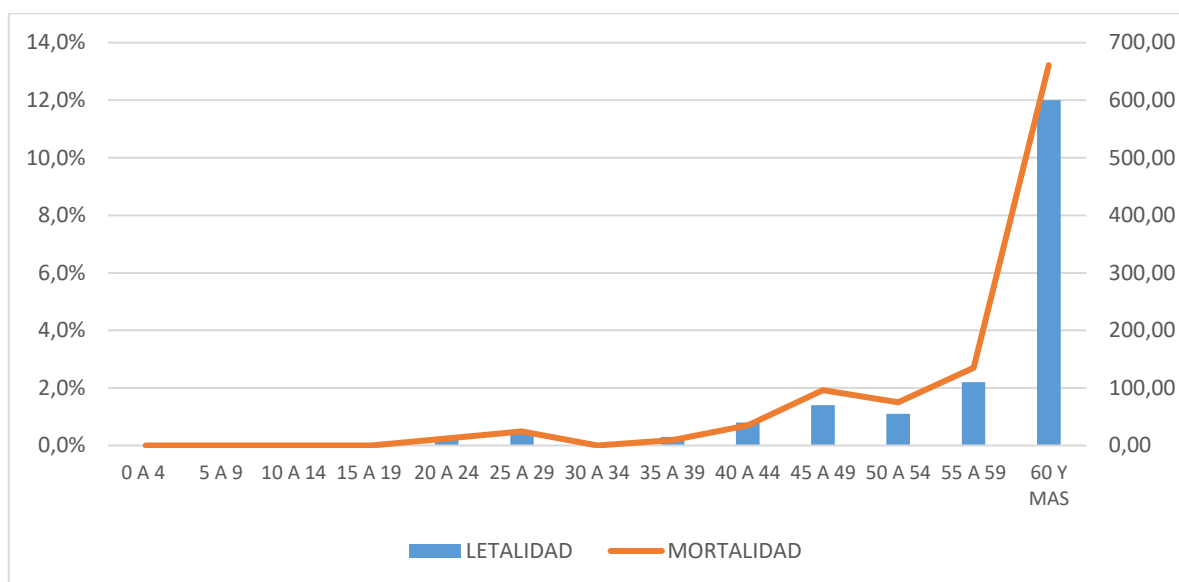
Tabla 11. Comportamiento de covid-19 según régimen de afiliación. Armenia durante 2020.

PERIODO EPIDEMIOLOGICO	SUBSIDIADO - CONTRIBUTIVO		328.665		REG ESPECIAL		7.755	
	TOTAL DE CASOS	TOTAL MUERTES	LETALIDAD	TASA DE MORTALIDAD	TOTAL DE CASOS	TOTAL MUERTES	LETALIDAD	TASA DE MORTALIDAD
1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	0	0	0	0	0	0	0
3	16	0	0	0	0	0	0	0
4	14	1	7,14	0,30	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0
6	1	0	0	0	0	0	0	0
7	7	1	14,3	0,30	0	0	0	0
8	154	11	7,14	3,35	12	1	0	0
9	689	27	3,92	8,22	50	3	6,00	38,68
10	1767	43	2,43	13,08	83	1	1,20	12,89
11	3999	115	2,88	34,99	173	1	0,58	12,89
12	3858	116	3,01	35,29	230	2	0,87	25,79
13	4426	87	1,97	26,47	242	4	1,65	51,58

Fuente: Base de datos anonimizada casos covid-19 por régimen en salud – Secretaría de Salud Armenia, Quindío

Según el grupo etario el mayor número de casos presentados en el municipio de Armenia durante el año 2020 fue en personas de 60 años y más, lo que corresponde al 18,9 %, con una tasa de mortalidad de 660 casos por 100.000 habitantes y letalidad 12,0 representando 394 muertes para este grupo de edad durante el 2020 (Figura 8).

Figura 8. Comportamiento de mortalidad y letalidad según grupo etario en el Municipio de Armenia durante el 2020.



Fuente: Construcción propia. Base de datos del Instituto Nacional de Salud, Armenia 2020.

Si miramos el comportamiento epidemiológico de la COVID-19 en el municipio de Armenia y teniendo en cuenta los indicadores analizados, entonces se evidencia que a partir del periodo epidemiológico 9 se aumenta la tasa de incidencia, mortalidad y letalidad en el municipio, siendo la tasa de incidencia mas alta en sexo femenino, diferente a la tasa de mortalidad que fue más alta en el sexo masculino, por grupo etario tenemos que la mayor afectación es de la población de 60 años y más, con la tasa de mortalidad y letalidad más altas durante la vigencia 2020; por régimen de afiliación la mayor tasa de mortalidad fue reportada por el régimen excepción o especiales y la tasa de letalidad por régimen subsidiado y contributivo.

2. Implementación del Plan Nacional de Contingencia en Armenia 2020

El estudio evaluó la implementación de plan de contingencia para responder ante la emergencia por COVID-19 en la ciudad de Armenia durante la vigencia 2020, en donde se analizaron las acciones implementadas durante las 3 fases (preparación, contención y mitigación), en 3 líneas de acción referenciadas en el Plan de contingencia Nacional, las

cuales fueron: coordinación intersectorial, vigilancia epidemiológica y reducción de la transmisión en la comunidad, durante el desarrollo de cada una de las fases.

Fase de preparación:

Se evaluaron aspectos como el diagnóstico de capacidades, plan de trabajo, adecuación de presupuesto, entre otras acciones realizadas en la etapa pre epidémica, y va desde el 01 de enero al 05 de marzo de 2020.

a. Coordinación intersectorial

Con referencia al diagnóstico de capacidades la Secretaría de Salud realizó contratación de recurso humano con el fin de apoyar acciones de COVID-19 para el 2020, según informe de esta dependencia se contrataron 36 enfermeros, 11 auxiliares de enfermería, 2 médicos, 7 psicólogos, 2 trabajadores sociales, 5 odontólogos, 14 técnicos y/o profesionales del área ambiental y 10 bachilleres para apoyo pedagógico de COVID-19, así mismo, se contaba con un grupo de voluntarios que se encargaban de la investigación de casos durante los primeros meses a través de un Call Center que fue implementado por la cámara de comercio. Además de adquisición de insumos y elementos de protección que fueron entregados a personal de la salud, institución y población vulnerable; en cuanto a infraestructura la epidemióloga de la Secretaría de Salud manifestó

“que hubo un consenso con las EPS, fue que el hospital universitario San Juan de Dios que era el que tenía la mejor infraestructura y con el que se pudo hacer la mayor expansión de camas, entonces el consenso era que ellos iban atender COVID-19, independientemente de la EPS, del régimen de afiliación, todo el que fuera COVID-19 iba a este hospital, y la otra red de servicios hospitalarios se encargaba de atender las otras patologías no COVID. Sin embargo, en momentos de picos todos atendieron COVID-19 pero el centro de referencia fue San Juan de Dios”.

También manifestó que “...en el diagnóstico inicial se vio debilidad que no tenían suficientes ventiladores en el municipio y el trabajo inicial que se hizo como de contención de la diseminación del virus pues le dio tiempo al departamento de prepararnos a que llegaran los ventiladores que dio el Ministerio y que las IPS conformaran sus áreas de

expansión, logrando que en el pico máximo en enero y mitad de año de 2021 ya estuvieran listos, así como también para ese entonces no se contaba un laboratorio municipal de salud pública que nos apoyará en la fase de diagnóstico y la etapa inicial y las pruebas se debían remitir a Bogotá, afectando a las personas en su ámbito familiar y laboral ”.

De acuerdo a los lineamientos de la circular 005 de la Superintendencia Nacional de Salud en el mes de marzo, la Secretaría de Salud realizó 12 auditorías a las EPS de la ciudad, aplicando una lista de verificación que permitiera conocer aspectos tales como: información a los usuarios, rutas de atención y acceso a pruebas diagnósticas, verificación de capacidad técnica y administrativa de la red prestadora para la atención de casos por COVID19, seguimiento a la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención en salud de los casos de pacientes con IRA.

La Administración municipal de Armenia, Quindío realizó un trabajo interinstitucional a través de la oficina municipal de gestión del riesgo y liderada por el comité de Gestión del Riesgo, teniendo en cuenta que en este espacio se contaba con gran mayoría de los actores a nivel municipal con la experiencia en intervención de los problemas o emergencias que se presentan en el municipio. La funcionaria con cargo de Profesional Especializada del Departamento Administrativo de Planeación refirió:

“para el mes de marzo suscribió un plan de emergencia o calamidad, el cual tenía estipulado un presupuesto de 4500 millones de pesos con 96 actividades”,

Este era un formato en Excel que estaba diligenciado por dependencia, el cual estaba denominado “Plan de acción de emergencia, gestión manejo de desastre – Formato plan operativo por servicio básico de respuesta”, su estructura permitía identificar en qué fase de la emergencia se iban a realizar las actividades, el objetivo, las líneas de intervención, actividades, resultados esperados, responsable, apoyo, inversión y fuente de financiación. Este plan según la funcionaria no se pudo llevar a cabo manifestando que “en el mes de marzo ya teníamos prácticamente procesos contractuales suspendidos y problemas contractuales, como en esa interoperabilidad que les digo si se da porque si viene cierto la pandemia no escogió ni un día ni una fecha, justamente en nuestro país en esa fecha que

inicio la pandemia todos estábamos haciendo los planes de desarrollo, entonces teníamos una ley que nos decía acójase a los planes de acción anterior mientras hacen su plan de desarrollo, el municipio hizo lo pertinente pero también hubo la posibilidad de un consenso con el Alcalde y el equipo de gobierno de hacer modificaciones al plan de acción de salud, de educación, de los institutos descentralizados y hubo actividades que se cambiaron y que se enfocaron todas al manejo de la emergencia entonces por eso hemos salido avante después de que hubo ese problema técnico en la contratación que llevo hasta la suspensión del Alcalde”.

Respecto al presupuesto inicial para esa vigencia y según informe de gestión del alcalde, la Administración municipal contaba con un presupuesto inicial de la siguiente manera:

Tabla 12. Presupuesto de ingresos Armenia durante 2020 cifras en millones de pesos.

Concepto	Presupuesto inicial 2020
Ingresos corrientes	124,619
Participación y transferencias	163,207
Recursos de capital	1,134
Fondos especiales	132,348
Total, recaudo	421,308

Fuente: Informe de gestión 2020. Alcalde.

Tabla 13. Presupuesto de gastos e inversión, Armenia durante 2020 cifras en millones de pesos.

Concepto	Presupuesto inicial 2020
Funcionamiento	73,274
Servicio a la deuda	15,111

Inversión	377,998
Gran Total	466,383

Fuente: Informe de gestión 2020. Alcalde.

b. Vigilancia epidemiológica

Para marzo de 2020 la Administración municipal y la Cámara de Comercio adecuaron un espacio en la ciudad, en este caso CENEXPO (Centro de Ferias y Exposiciones) como albergue temporal para la atención de población vulnerable: habitantes en condición de calle, adultos mayores, trabajadores sexuales y población migrante. Durante esta fase se comenzó con el proceso de articulación de varias dependencias de la Administración Municipal como Secretaría de Gobierno, Secretaría de Desarrollo social, Secretaría de Salud y la Policía Nacional para la identificación de la población y el traslado al albergue temporal. También se dispuso de talento humano de estas dependencias para comenzar con la prestación de servicio de alojamiento, alimentación básica, atención primaria en salud, procesos de cedulaación, aseguramiento, acompañamiento psicológico entre otros.

La Secretaría de Salud contaba con un plan de acción que tenía estipuladas acciones desde el mes de marzo, en este definieron actividades por dependencia y con disponibilidad de tiempo específicamente del área de epidemiología. Con referencia a la vigilancia epidemiológica, desde hace 20 años han trabajado el COVECOM para dengue, por lo cual ya se tenía identificación de la comunidad y para el 2020 se activó para COVID-19. Se capacitó un equipo para hacer investigaciones epidemiológicas de campo, cercos epidemiológicos y toma de muestras domiciliarias. Se capacitó el personal las UPGD e informadoras reiterando el compromiso de las notificaciones inmediatas y oportunas de los eventos, contacto telefónico permanente con las IPS para brindar asesoría y seguimiento a los casos de acuerdo con los protocolos establecidos, monitoreo permanente en las IPS que atienden urgencias ante la presencia de casos.

Como vigilancia en puntos de entrada para la detección oportuna de casos sospechosos de COVID-19, y debido a que la terminal de transportes y el aeropuerto del municipio tenía presencia de rutas de transporte interdepartamentales e internacionales, se colocó en marcha

el reglamento sanitario internacional COVID-19 en articulación con diferentes sectores como: Aeropuerto, Terminal de Transporte, Migración Colombia y personas extranjeras confinadas en CENEXPO.

c. Reducción de la trasmisión a la comunidad

La Secretaría de salud para la fase de preparación y de acuerdo con lo planteado por el Ministerio de Salud y Protección Social, realizó charlas pedagógicas y de sensibilización en puntos estratégicos de la ciudad, todas estas actividades las enmarcaron en el proyecto “*Más Preparados para Emergencias y Epidemiología y Demografía*”. La Alcaldía de Armenia para el 28 de febrero saco un comunicado sobre “Coronavirus y demás infecciones respiratorias presentan los mismos síntomas”, donde hace un llamado a la comunidad a estar pendientes de sintomatología, pero además en caso de presentar algún síntoma como fiebre, dificultad para respirar, malestar general, tos, fatiga y dolor de cabeza, no deberán automedicarse y que practiquen las medidas de prevención, ya para el 02 de marzo se sensibilizaron 35 empleados de la terminal de transportes de la ciudad y 30 funcionarios del aeropuerto internacional el Edén sobre las medidas de prevención, con el fin de contar con personal calificado e informado sobre el virus y para el 03 de marzo sensibilizó el personal de planta y contratistas de la administración municipal sobre sintomatología, forma en que se puede transmitir el virus, medidas de prevención, factores de riesgo y relación con otras IRA; contó con la presencia de funcionarios del área de la Salud Pública, jurídica y administrativos de la dependencia, así como también empleados de la Oficina de Gestión del Riesgo, del área de Seguridad y Salud en el trabajo, Departamento Administrativo de fortalecimiento institucional. a través de la Secretaría de Salud Pública.

En esta fase de preparación a nivel Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud expiden una Circular Externa No 00000005 con fecha del 11 de febrero en dirigida a Gobernadores, Alcaldes, Secretarios de Salud Departamentales, Distritales y Municipales, Directores de Salud Pública Departamentales, Coordinadores de Vigilancia en Salud Pública, EAPB, EPS, IPS, Contratantes y Trabajadores entre otros con el fin de que desarrollen acciones de acuerdo a sus competencias. Posterior a esto, los

siguientes lineamientos se imparten luego de la confirmación del primer caso de COVID-19 en el país, el cual fue para la fecha de marzo, es por eso que para este periodo ya se había terminado la fase de preparación, en cuanto al municipio de Armenia su primer comunicado el 28 de febrero de 2020 por la página web de la Alcaldía, donde realizaban un llamado a la comunidad para estar alerta ante los casos de infección respiratoria y sus síntomas ya que eran similares a los de la COVID-19.

Por lo anterior, es importante tener en cuenta que ni el mundo ni el país estaban preparados para atender una emergencia sanitaria de esta magnitud, para el caso de Colombia el documento de Plan de Contingencia para responder ante la emergencia por COVID-19, fue publicado en el mes de marzo, lo cual tanto Armenia como los demás Departamentos y Municipios comenzaran adaptar su plan a partir de estos lineamientos emitidos en ese documento y sus necesidades locales, para esa fecha ya había terminado la fase de preparación.

De acuerdo con lo descrito, el Municipio desarrolló las intervenciones que corresponden a la situación epidemiológica pre-epidémica, fase de preparación, según los lineamientos establecidos a nivel Nacional por el Ministerio de Salud y Protección Social, específicamente en el plan de contingencia para responder ante la covid-19 y en las 3 líneas de acción con sus subcategorías, las cuales fueron analizadas en el estudio. También es importante tener en cuenta que para el 1999 se presentó un terremoto en eje cafetero y donde la ciudad de Armenia fue una de las más afectadas, generando así que para esa época se preparan a nivel municipal para el abordaje de estas emergencias y desastres, contando a futuro con una gran fortaleza como el personal de planta en la administración municipal y la estructuración a nivel interno de la administración.

Fase de contención:

Se identificaron acciones relacionadas a la capacidad de identificación y respuesta ante la introducción del primer caso. Desde la articulación de acciones con otros sectores, hasta las medidas de prevención en comunidad, individuales y colectivas. Esta fase iba del 06 de marzo a 30 de marzo de 2020.

a. Coordinación intersectorial

El Gobernador y los alcaldes del Departamento del Quindío informaron a través de un comunicado que el 16 de marzo se implementarán los Puestos de Mando Unificado permanentes para el Gobierno Departamental y Municipal, así como reuniones periódicas de los Concejos de Gobierno, Consejos departamentales y locales de seguridad, Consejos de gestión del riesgo y Comités de orden público. Para el municipio de Armenia se instauró un puesto de mando unificado a través de la sala de crisis que está a cargo de la oficina municipal de emergencias y desastres.

Con referencia a la evaluación del riesgo y teniendo en cuenta que el primer plan de acción de emergencia que se había estructurado no se pudo llevar a cabo por problemas administrativos, entonces se estructuró un formato de Estrategia de actuación en vigencia de las medidas de aislamiento decretadas por el gobierno Nacional, el cual estaba diligenciado por área (salud, social, seguridad y orden público, institucionalidad y economía); y era liderado por la asesora del despacho del alcalde y el asesor de desarrollo social y comunitario; acá se pudo evidenciar el seguimiento por frentes y por indicadores. Según la funcionaria del Departamento de Planeación manifestó que “se empezó cruzando base de datos y verificando que población se priorizaba, no se podía descuidar lo institucional, otros eventos, presentando informes de ley y todos nos fuimos uniendo en unos nodos administrativos para que cada uno fuera cumpliendo su rol, entonces con todo lo social se enfocaron siempre en el manejo de la persona cuando ya hubo posibilidades de empezar a hacer estrategias para que la persona se quede en casa y entienda y no baje la guardia entonces otras dependencias y programas a generar rumbo terapia, apalancamos procesos mirar los que se hacían a nivel nacional y todo eso nos ayudó”.

b. Vigilancia en entidades territoriales y con base comunitaria.

Con referencia a vigilancia comunitaria, para el 17 de marzo del 2020 se identificaron los primeros 2 casos de COVID-19 en el municipio de Armenia, en el primer caso se trataba de joven proveniente de España, es la familia quien da información y de acuerdo a las medidas adoptadas inmediatamente se logra que ningún miembro ni persona cercana se haya contagiado, para el segundo caso correspondiente a una señora proveniente de Italia, la cual

contagia a su hija quien trabaja en un call center y después de realizar el cerco epidemiológico se identifican 8 contagios en la empresa. Para esa fecha la Secretaría de Salud contaba con un equipo específicamente para toma de muestras de manera domiciliar lo cual permitió realizar el respectivo cerco. El alcalde tras la confirmación de los 2 primeros casos el 18 de marzo extremo medidas de control en el aeropuerto y terminal, también adecuó una sala de aislamiento y consultorio médico en el aeropuerto para la atención de pasajeros que llegaran con sintomatología de COVID-19.

Con referencia a la vigilancia en entidades territoriales, el departamento administrativo de fortalecimiento institucional de la administración municipal, con el fin de prevenir y minimizar los riesgos en los ambientes laborales se encargó de suministrar insumos y elementos de protección en las dependencias, baños, ascensores, ingreso a parqueaderos e ingreso peatonal, además que el equipo médico-científico de la Alcaldía Municipal adoptó la medida de cuarentena sanitaria obligatoria para las personas identificadas en el cerco, realizando aislamiento preventivo a la persona y a los funcionarios que identificaron que estuvieron como contacto estrecho, hacían seguimiento telefónico diario y si alguno de ellos presentaba síntomas compatibles con infección respiratoria, se les tomaba la muestra inmediatamente. Los que permanecieran asintomáticos se les programaba la toma de muestra.

Se realizó activación del COPASST, con el propósito de capacitar a los integrantes sobre roles y responsabilidades, funciones específicas de la presidenta y secretario el COPASST, se diseñó la encuesta de condiciones de salud la cual hacía parte fundamental de la vigilancia epidemiológica de todos los funcionarios y busca hacer la identificación de los posibles casos sospechosos de COVID. Se construyó y se hizo difusión de banner, lo cual ilustraba el lavado correcto de manos.

En algunas dependencias como la Secretaría de Educación, se implementó la estrategia del trabajo en casa, en donde un 80% de los funcionarios se encontraba laborando y cumpliendo con sus funciones y competencias, además de desarrollar una plataforma de seguimiento y control de ese trabajo remoto, a la cual acceden los funcionarios del nivel

central y debían reportar las actividades y tareas realizadas cada semana con sus respectivas evidencias y soportes.

c. Reducción de la trasmisión a la comunidad

La Administración municipal a través del Decreto 140 del 19 de marzo estableció medidas como la clausura temporal de establecimientos y locales comerciales de esparcimiento y diversión, la atención a domicilio, en establecimientos que su objeto social era la venta de comidas y bebidas alcohólicas cuyo servicio se podía prestar a puerta cerrada.

Así como, restricción del ingreso de niños, niñas, adultos mayores y acompañantes a los centros de salud, hospitales y entidades prestadoras, promover con las entidades de salud. La eficiencia de asignación de citas, autorizaciones, planes de contingencia en telemedicina, telesalud y consultas domiciliarias. Suspensión de clases, suspensión de reuniones y visitas en CPAM, centros vida, prestación de servicios y realización de actividades lúdicas y deportivas en el municipio y proponer a entidades públicas y privadas evitar reuniones masivas y presenciales.

Además de restringir en el Aeropuerto y terminal de transportes el ingreso de personas que no sean viajeros.

De manera complementaria, se implementaron acciones de prevención a nivel individual, comunitario y colectivo, el área de salud pública realizó prevención de la COVID-19 en los barrios de Armenia, específicamente en tiendas de barrio, droguerías, estanquillos y negocios abiertos al público para el abastecimiento y compra de productos de primera necesidad. Para esto se conformó y capacitó una red de profesionales de salud ocupacional que sensibilizaban a los propietarios de estos establecimientos sobre medidas de prevención, signos de alarma, autocuidado, importancia de lavado de manos y adecuado uso de elementos de protección personal; se realizaron capacitaciones en las instituciones que prestan servicios al adulto mayor, los centro vida, los centros de promoción y protección, como también se entregan elementos de protección y material impreso con recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección social, además de realizar

capacitación a los administradores, propietarios y empleados sobre la importancia de las medidas a tomar.

La Red de Salud Armenia E.S.E en conjunto con la Alcaldía determinó que en urgencias de la E.S.E se adecuara un espacio para la remisión de casos de coronavirus que requerían atención preventiva, también emite restricciones para evitar y minimizar riesgos en donde se habilitó una línea de atención ya que se cancelan citas médicas, odontológicas y de enfermería; además de restringen el paso a vendedores ambulantes y domicilios, se realizan filtro al ingreso de usuarios y modifican el horario de atención.

En relación a los criterios poblacionales para la implementación y ejecución de actividades, la epidemióloga de la Secretaría de Salud Pública manifestó que “teníamos poblaciones priorizadas, adultos mayores, principalmente aquellos institucionalizados, por ejemplo, los centros de bienestar del anciano fueron siempre priorizados por nosotros y tomábamos las pruebas allá y ante un caso si le teníamos que tomar pruebas a todos se las tomábamos con el contrato que hicimos con red salud para pruebas de antígeno, la implementación de las pruebas de antígeno fue una bendición para nosotros en el momento que no teníamos PCR y para la intervención de estas poblaciones, entonces priorizamos centros de bienestar del anciano, hogares de ICBF, toda esta población institucional, población carcelaria todo lo que corresponde al INPEC como los centros de reclusión temporal fueron prioridad desde el principio, el sector turístico ya cuando abrieron ese sector económico, población indígena que es una población flotante ellos no permanecen aquí, ellos van a pueblo rico ellos van al cauca o vienen los del cauca aquí, nosotros tenemos un chaman que tiene mucha credibilidad acá en la región y le traen enfermos de esos lugares y él tiene mucha credibilidad y ellos vienen o se va. Nosotros hemos tenido ocurrencia de mortalidad infantil de población indígenas de indígenas que no son de acá, sino que los han traído para que los vea el chaman y se mueren acá. El chaman es de un corregimiento”.

La Administración municipal comenzó adoptando su plan de contingencia para responder ante la COVID-19 de acuerdo a los lineamientos establecidos a nivel Nacional, sin embargo, al tener inconvenientes con respecto a los procesos de contratación y generando

así reestructuración del presupuesto y actividades a ejecutar, la Administración logró centrarse en la contención y propagación de la COVID-19 durante este periodo, teniendo en cuenta que en esta fase se presentaron los primeros casos, logrando así generar acciones que permitieron dar respuesta y reducción del riesgo hasta que comienza el proceso de reapertura de la economía. Otro aspecto que resalta es la identificación y documentación de la evaluación riesgo hasta la finalización, es importante recalcar que todas las administraciones para esa fecha estaban enfocadas en la apertura de camas UCI, adquisición de elementos de protección, procesamiento de las pruebas, en lograr entender los documentos o lineamientos emitidos a nivel Nacional, Departamental o Municipal para la implementación de las actividades y así dar respuesta no solo al ente gubernamental sino a las demás entidades que requerían información sobre los procesos de planeación y ejecución de las acciones.

Al respecto del proceso de implementación de acciones en esta fase en el municipio de Armenia, se resalta en la línea de coordinación intersectorial, el enfoque en los equipos técnicos y la evaluación del riesgo; sin embargo, de acuerdo con el proceso de recolección de la información tanto de fuentes primarias como secundarias, no se encontraron soportes que dieran información de la identificación y documentación del proceso de evaluación del riesgo como lo planeaba el plan de contingencia.

Así mismo, en la línea de reducción de la transmisión en la comunidad, con base a las capacitaciones o formación a líderes, tampoco fue posible evidenciar si contaban con un directorio de estos o de redes sociales comunitarias y si habían elaborado planes conjuntos para apoyar enfermos aislados en casa o realizado seguimiento a las estrategias de trabajo con esas redes u organizaciones sociales para la prevención y detección de personas con Covid-19.

Fase de mitigación:

Esta fase inicio a partir del 31 de marzo de 2020, y en ella se comienza a verificar todo lo referente a la aplicación y medidas adoptadas para el manejo de la Covid-19, estrategias de vigilancia epidemiológica con búsqueda activa, seguimiento y monitoreo de casos,

disponibilidad de elementos de protección personal y todo lo relacionado con seguimiento y control de las medidas de prevención.

a. Coordinación intersectorial

Para esta fase se comienza a realizar visitas de inspección en los conjuntos residenciales y edificios de la ciudad, el cual permitió evidenciar el cumplimiento de la normatividad frente a las medidas adoptadas para la prevención y mitigación de riesgos a causa de la COVID-19. Con apertura económica de algunos sectores como el de construcción, establecimientos que comercializan productos de construcción y manufactura, se habilita un correo electrónico para el envío de la información (formulario, protocolo de bioseguridad covid-19 y el soporte del envío de ese protocolo al Ministerio de Vivienda), una vez remitida esta información la Secretaría de Salud a través del área de prestación de servicios (oficina de seguridad social), realizaron la revisión de un total de 291 protocolos de bioseguridad aprobando 213 y rechazando 71.

El municipio a partir del 11 de mayo contaba con un aplicativo que permitió hacer la radicación y validación del cumplimiento de los protocolos de las empresas y profesionales o técnicos independientes. El registro era obligatorio en la plataforma era protocolocovid.aremnia.gov.co y tanto las autoridades y Policía Nacional, tenían acceso a la plataforma con el fin de verificar el estado de aprobación o rechazo de los productos de los empresarios, y exigir tanto a empresarios como domiciliarios, así como el certificado arrojado en el aplicativo y código o circular aprobada de protocolos. Según informe de gestión de salud del año 2020, por medio de esta plataforma se registraron 490 protocolos de bioseguridad de prestadores de servicios de salud, desde la oficina de seguridad social de 4 centros comerciales, 27 protocolos de servicios terapéuticos rechazando, 30 protocolos de servicios de odontología: 29 aprobados y 1 rechazado.

Durante toda la vigencia de 2020 se realizaron 81 auditorías a 24 prestadores de salud los cuales hacían parte de la ruta de atención de los pacientes sospechoso o que eran confirmados para COVID-19, durante estas visitas se verificó todo lo relacionado con aislamiento de estos pacientes y el cumplimiento de la Resolución 155 de 2020 “Por medio del cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del coronavirus

COVID-19 en la prestación de los servicios en salud, incluidas las actividades administrativas, de apoyo y alimentación”. (Anexos 3, 4 y 5).

b. Vigilancia en Salud Pública

En octubre de 2020 a través del Decreto 1374, el Ministerio de Salud y Protección Social emite los lineamientos de la Estrategia o programa PRASS (pruebas, rastreo y aislamiento selectivo), ante ello, el municipio estable el Decreto 356 de 2020 definiendo el funcionamiento de la misma en Armenia. Para su desarrollo la Secretaría de Salud Pública contrató un recurso humano, donde se realizaron investigaciones epidemiológicas de campo COVID-19, consolidado toma de muestras COVID-19, vigilancia Epidemiológica en centros de reclusión temporal, medidas sanitarias de seguridad.

La Secretaría de salud de Armenia contaba con un recurso humano contratado por medio de la Fiduprevisora de doce personas quienes realizan apoyo al programa PRASS (pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible) en las diferentes zonas del municipio, generando apoyo en la búsqueda activa de pacientes COVID 19 con el fin de realizar una identificación oportuna de casos y contactos, interrumpiendo la cadena de contagio, dentro de las funciones que desarrollaron estaban las siguientes:

Participar en la planeación y asignación de áreas geográficas para intervención, alistamiento y concertación de actividades con equipo de trabajo y líder de equipo recibir la base de datos de los casos a rastrear de acuerdo con la programación diaria del mecanismo coordinador territorial, realizar la ubicación de los casos y una llamada inicial de contacto para verificar disponibilidad, evaluar para cada caso y contacto, el registro de necesidades de aislamiento.

Para esa vigencia se realizaron 6786 Investigaciones epidemiológicas de campo y a 30 de diciembre un total de 3081 muestras, las cuales según informe de la secretaria de Salud Pública de la estrategia PRASS se distribuyeron de la siguiente manera:

- Total sintomáticos: 1271

- Total asintomáticos:1659

- Total controles:146

- Total repetidos por pérdida o fallas de análisis :5

Por lo anterior, todas las actividades realizadas de vigilancia epidemiológica para esta fase fueron en diferentes lugares estratégicos y con mayor afluencia de la ciudad, a través de diferentes recorridos que permitieron la búsqueda activa de casos positivos para COVID-19, los respectivos cercos epidemiológicos a esos casos y la educación e información en salud. También se tomaron 18 medidas de seguridad en establecimientos como:

Establecimientos Penitenciarios de Mediana Seguridad y Carcelario, albergue temporal Cenexpo, Centros de Atención Inmediata, Centros de Larga estancia para el Adulto Mayor entre otros.

En relación con la vigilancia institucional desde el mes de junio de 2020 se realizaron toma de muestras en Centros de Reclusión Temporal, en total se realizaron 339 pruebas para esta vigencia durante 501 rondas de vigilancia epidemiológica, en la cárcel de varones se contaba con un área de aislamiento lo que permitió prevención de casos al interior de ese centro.

c. Reducción de la Trasmisión a la comunidad

Para esta fase se establecieron líneas de atención a través de la articulación de la Secretaría de Salud Pública, Red de Salud Armenia E.S.E, CRA y el CRUE, donde los usuarios podían informar sobre casos sospechas de COVID-19; también se dispuso una línea para la atención en salud mental con voluntarios de personal técnico y profesionales de salud, entre ellos 51 psicólogos. Una de las estrategias para minimizar los servicios de salud y evitar contagios en los centros médicos, la ciudad de Armenia realizó apertura virtual del proyecto denominado “1Doc3 de telemedicina”, el cual consiste en la implementación de orientación médica virtual exclusiva para la ciudad. Los reportes en esta plataforma por los cuales consultaron los ciudadanos de Armenia fueron: el COVID-19, rinofaringitis aguda, hipertensión esencial, constipación, entre otros. En lo que tiene que ver con temas y preguntas médicas, los armenios ingresaron por COVID-19.

En cuanto a la educación para la prevención de la covid-19, las actividades generadas desde la administración municipal fueron de información, educación y comunicación para la salud algunas de las estrategias que utilizaron fueron:

“No Te Dejes Coronar”. Lo que se pretendía con esta estrategia era generar conciencia en la comunidad sobre las medidas de autocuidado como distanciamiento físico, lavado de manos y el uso correcto de tapabocas, actividades a través de personajes de talla gigante que conocen y aplican, al pie de la letra, los protocolos de bioseguridad, acompañados de otros que, por medio de la narración oral escénica, procurarán sensibilizar a los ciudadanos; realizadas en diferentes sectores de la ciudad que eran considerados de alto riesgo.

“Trabajadores Mas Sanos”, una estrategia liderada por la Secretaría de Salud Pública que consistía en la capacitación de promoción en salud a trabajadores formales e informales sobre medidas de prevención para la covid-19.

- Perifoneo, para acciones educativas relacionadas a las recomendaciones de prácticas de higiene y bioseguridad para prevenir la transmisión del COVID 19 y otros riesgos en salud.
- Mensajes educativos mediante carro valla, con mensajes destinados a la educación en uso de elementos de protección y medidas de bioseguridad en prevención del COVID19

El municipio de Armenia a través de varias dependencias de la Administración municipal generó estrategias para la recuperación económica del municipio donde desde la Secretaría de Desarrollo Económico identificó etapas para esta reconstrucción (Reactivación, recuperación y reconversión) y construyendo un plan de choque transversal para el empleo, el cual contenía varias estrategias como muestra la (Tabla 14).

Tabla 14. Estrategias y actividades recuperación económica de Armenia durante 2020.

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES
Gestión de plataforma protocolocovid.armenia.gov.co	Aprobados: 8.247 PENDIENTES: 10 Rechazados: 1.603 Total: 9.860 establecimientos e independientes asistidos
Webinars y videoconferencias en protocolos de bioseguridad y asistencia técnica al sector empresarial	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de protección de empleo. - Vitrinas Empresariales. - Protocolos de Bioseguridad. → Manejo de la Plataforma “Trabaje Seguro”. - Normatividad expedida por el Gobierno Nacional en el marco del Confinamiento. - Videoconferencias para el diseño e implementación de pilotos de reapertura. -Ruedas financieras -Oportunidades de acceso para la Economía naranja - Empresarios por el empleo -Compra Lo Nuestro
Análisis y uso del tablero de control para la reactivación segura de la economía con el	- Monitoreo continuo de la salud y de la economía para tomar decisiones desde la administración pública sobre reapertura de los sectores económicos

acompañamiento del Banco Mundial	
Propuestas de financiamiento para la recuperación económica	<ul style="list-style-type: none"> - Propuesta de creación del Comité Municipal del Plan de Choque. - Creación e implementación del plan de trabajo del Comité Municipal del Plan de Choque.
Formación para el empleo	Creación e implementación del plan de trabajo para el aprovechamiento de 2.000 vacantes para el Quindío de las 10.000 a nivel nacional
Plan de trabajo para la recuperación del Centro de Armenia	<ul style="list-style-type: none"> - Mesa de trabajo articulada con la Cámara de Comercio de Armenia y del Quindío. - Establecimiento de un plan de trabajo articulado → Definición de áreas prioritarias de intervención
Alianzas interinstitucionales	<ul style="list-style-type: none"> - Alianzas para el fomento de las exportaciones y promoción del ZESE, con las Cámaras de Comercio Binacionales. - Articulación con ASOCAPITALES para priorización de dos proyectos para Armenia, ante la vicepresidenta de la Republica. - Acompañamiento del Banco Mundial para propuestas en mitigación de desempleo en Armenia, con base en el tablero de reapertura económica segura.

Estrategias de comunicación con la cadena del sector turístico	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategia de comunicación para los Prestadores de Servicios Turísticos. - Diagnóstico del impacto del COVID-19 a los Prestadores de Servicios Turísticos. - Planteamiento de estrategias para la reactivación del turismo. → Conversatorio Turismo Pa´ Todos.
---	--

Fuente: Informe de Gestión 2020 – Secretaría de Desarrollo Económico

Es de destacar la rápida reacción en la designación de zonas especiales de asilamiento en los diferentes establecimientos carcelarios, lo que permitió detener el avance y la velocidad de contagio por COVID 19 dentro de la población carcelaria, el manejo especial en la atención a la población de habitantes de calle mediante una planificada estrategia de ayuda y atención en sus necesidades básicas, no solo disminuyó dentro de esta población específica la transmisión del COVID 19, sino también evito su contagio para otros grupos o sectores urbanos como los comerciantes formales e informales en la ciudad de Armenia.

Armenia logró generar estrategias intersectoriales e interinstitucionales como en el programa de vigilancia epidemiológica, el seguimiento y control de las medidas que permitieran reducir la transmisión de la COVID-19 en el municipio; estas actividades durante esta fase estuvieron enfocadas en las subcategorías de cada una de las líneas de acción evaluadas, evidenciándose una ejecución de las acciones pertinentes para dar cumplimiento a los lineamientos y mitigar la propagación de la covid-19 en el municipio.

3. Variaciones en el comportamiento de COVID 19 según el proceso de implementación del Plan Nacional de Contingencia para responder ante la emergencia por Covid-19 en la ciudad de Armenia (Quindío) Colombia.

Se consideraron aspectos como los lineamientos establecidos a nivel Nacional y Departamental, los cuales fueron adoptados por la administración municipal de Armenia de acuerdo con la evaluación de riegos e identificación de prioridades a nivel local; así como

de las medidas implementadas que permitieron mitigar y controlar la propagación de este durante la vigencia 2020.

Una vez es declarada la emergencia sanitaria en el territorio Nacional, la Administración municipal mediante el Decreto 133 del 16 de marzo de 2020, la establece desde 19 de marzo hasta el 30 de mayo de 2020; y comienza a adoptar medidas en la Administración central, específicamente con los servidores públicos y usuarios del servicio; posterior a esto se definen medidas temporales en materia de salud, educación, población vulnerable, economía y transporte, las cuales también se iban adaptando o modificando según los lineamientos a nivel Nacional y Departamental.

La evolución de la pandemia en el Municipio de Armenia fue lenta en las primeras semanas epidemiológicas, a partir del periodo 3, comprendido entre la semana epidemiológica 9 y 12, se da inicio a la identificación casos, con un total de 3 personas diagnosticadas en este primer momento, lo que va de la mano con la apertura a las medidas de control.

En el periodo epidemiológico 3 que iba desde el 23 de febrero a 21 de marzo de 2020, se establecen medidas como aislamiento obligatorio para adultos mayores de 70 años, toque de queda para niños y niñas del 20 de marzo al 20 de abril y suspensión de clases, toque de queda (10:00 pm a 4:00 am) prohibiendo la libre circulación de las personas en este horario, clausura temporal de establecimientos y locales comerciales de esparcimiento, diversión y en los establecimientos que su objeto social fuera la venta de comidas y bebidas alcohólicas, podrían prestar el servicio a puerta cerrada, pero a domicilio.

Durante este periodo donde se presentaron los primeros casos de covid-19 en Armenia, las actividades realizadas estaban enfocadas a la fase de contención. La epidemióloga de la Secretaría de Salud refiere que:

“ En el año 2020 por las condiciones del municipio de Armenia, ya que es un municipio pequeño, no tienen población rural dispersa, el confinamiento nos ayudó mucho ya que somos una región turística, sin embargo, al principio que no teníamos todavía el confinamiento y se empezaron a identificar los primeros casos, hubo mucha colaboración

de la comunidad dando información de las personas que llegaban de Europa y de EE.UU, de hecho el primer caso confirmado fue un joven proveniente de España y una señora proveniente de Italia y se identifica por la comunidad en este caso la familia quien es la que informa, en caso del joven la mamá fue muy obsesiva y de acuerdo a todas esas medidas no generó contagio con nadie, la otra señora si contagió a su hija y ella trabajaba en un call center y ahí fueron 8 positivos, pero se logró hacer el cerco epidemiológico efectivo y mientras todo el país estaba en pico, ellos no”.

Ante la activación de la fase de contención, entre el periodo epidemiológico 4 y 7 que está comprendido de las semana epidemiológicas 13 a 28 (22 de marzo a 11 de junio de 2020), los casos que se presentaban permitían un adecuado proceso de investigación epidemiológica y trazabilidad de los mismos, teniendo en cuenta que contaban con el personal para realizar acciones de vigilancia epidemiológica al Covid-19; para esas fechas se comenzaron a establecer y adoptar medidas de orden público a nivel Nacional, en un comienzo fue el aislamiento temporal y ya para el 23 de marzo a través del Decreto 457 de 2020 se estableció un aislamiento preventivo obligatorio del 25 de marzo al 13 de abril, que fue prorrogando a través de diferentes marcos normativos hasta el 25 de agosto de 2020, donde comenzó el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable.

Durante ese aislamiento preventivo obligatorio y de acuerdo al comportamiento que se iba teniendo en cada uno de los territorios del país, además de las situaciones generadas durante este tiempo, se comienza a evidenciar la necesidad de plantear estrategias que permitieran la apertura gradual de la economía, ya que era una de las más afectadas para este momento; Armenia fue adoptando las medidas sanitarias de acuerdo a su comportamiento epidemiológico, para el mes de junio se contaba con 129 casos positivos para covid-19 y un fallecido, lo que permitió comenzar a trabajar con los diferentes sectores y empresas de la ciudad en la implementación y adopción de protocolos, el Departamento Administrativo de Planeación manifestó que:

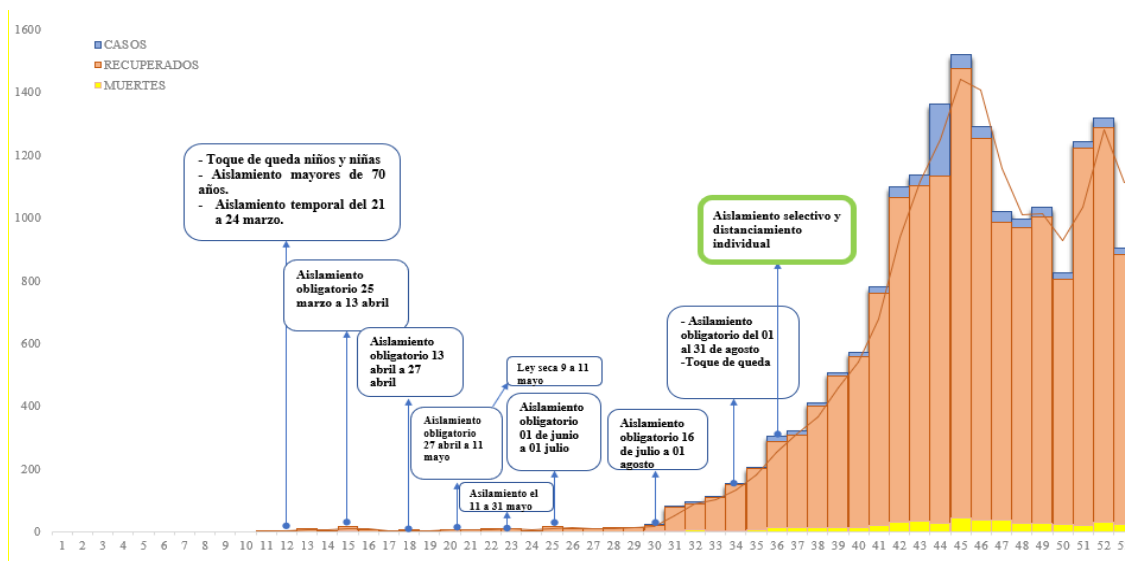
“Antes de mencionarse reactivación económica en la pandemia, nosotros como municipio de Armenia la necesitábamos, porque siempre habíamos estado en los primeros lugares de

desempleo, entonces no podíamos dejar aparte lo que se venía haciendo para esto, se hicieron acciones muy específicas como el monitoreo permanente de las comisarías de familia, de cómo estaban los sucesos de violencia familiar y como los estaban reportando, en educación cómo estaban reportando los canales de comunicación con los niños en la virtualidad, en salud, la atención integral en Cenexpro y otros puntos de la ciudad, todas las dependencias teníamos algo que hacer, en planeación que no descuidara lo institucional, y como que se suponía que teníamos inconvenientes económicos, pues bueno entonces consigamos aportes, también habían unas comisiones, entre esas estaba la de donaciones, la de mirar que los recursos que nos dieran en especies como mercados fueran bien sustituidos”.

En el municipio se expide el Decreto 1168 de 2020 del 25 de agosto de 2020, por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID - 19, el mantenimiento del orden público y se decreta el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable desde el Ministerio del Interior, es acogido en el Municipio de Armenia de manera integral expidiendo el Decreto 286 de 31 de agosto de 2020, en el cual se clasifican como afectación moderada según cifras publicadas en la página de la Alcaldía y comienza a regir a partir del 01 de septiembre de 2020.

Ya para esta fecha, Armenia contaba con 1115 casos de COVID-19 a semana epidemiológica 36 (a 05 de septiembre) que correspondía a una tasa de 11,8 casos por 100.000 habitantes. Posterior a esta medida de aislamiento selectivo individual, los casos de COVID-19 y el número de fallecidos en el municipio comienzan a aumentar del periodo epidemiológico 10 al 13 del 2020 que va de la semana epidemiológica 37 a la 53 (06 de septiembre al 02 de enero de 2021). En total durante estos periodos se presentaron 16.355 casos, 15.720 recuperados y 435 muertes, el mayor número de casos y muertes fue en el periodo epidemiológico 12, en la semana epidemiológica 45 (01 de noviembre a 07 de noviembre de 2020) con 522 casos y 44 muertes para esa semana.

Figura 9. Medidas de orden público y comportamiento epidemiológico en Armenia, Quindío 2020



Fuente: Construcción propia- Base de datos del Instituto Nacional 2020

La ciudad de Armenia Quindío realizó la adaptación de las medidas de orden público de acuerdo a los lineamientos emitidos desde el orden Nacional durante la vigencia 2020, si se analiza el comportamiento epidemiológico desde el aislamiento obligatorio hasta la adopción del aislamiento selectivo y distanciamiento individual; es claro el incremento a partir de la interacción social, con una relación directa definida por “a menores restricciones, mayor número de casos”, que se relaciona con los mecanismos de transmisión del virus y el énfasis en las medidas de prevención, relacionadas con el distanciamiento físico y social, y la limitación de espacios de concentración.

Estas medidas de restricción de movilidad fueron evolucionando y con ello se implementaron medidas como la apertura gradual de sectores, permitiendo de una manera controlada ir generando una respuesta económica y social. Para ello, se habilitó una aplicación para la radicación y validación de estos protocolos de bioseguridad con las siguientes instrucciones: protocolos de bioseguridad documentados, implementados, radicados y validados a través de la página web <https://protocolocovid.armenia.gov.co>.

En esta fase de mitigación, en relación con la línea de reducción de la trasmisión a la comunidad, se implementaron los siguientes planes piloto:

Tabla 15. Planes pilotos implementados en la ciudad de Armenia, 2020.

Plan piloto	Decreto
Plan piloto de los establecimientos locales comerciales que ejerzan actividades gastronómicas	Decreto 237 del 14 de julio de 2020
Plan piloto de apertura de templos o entidades religiosas	Decreto 275 del 20 de agosto de 2020
Plan piloto para apertura de centro de entrenamiento y acondicionamiento físico	Decreto 281 del 26 de agosto de 2020
Plan piloto para el consumo de bebidas alcohólicas en establecimientos o locales comerciales – Servicio bar o restaurante	Decreto 237 del 14 de julio de 2020

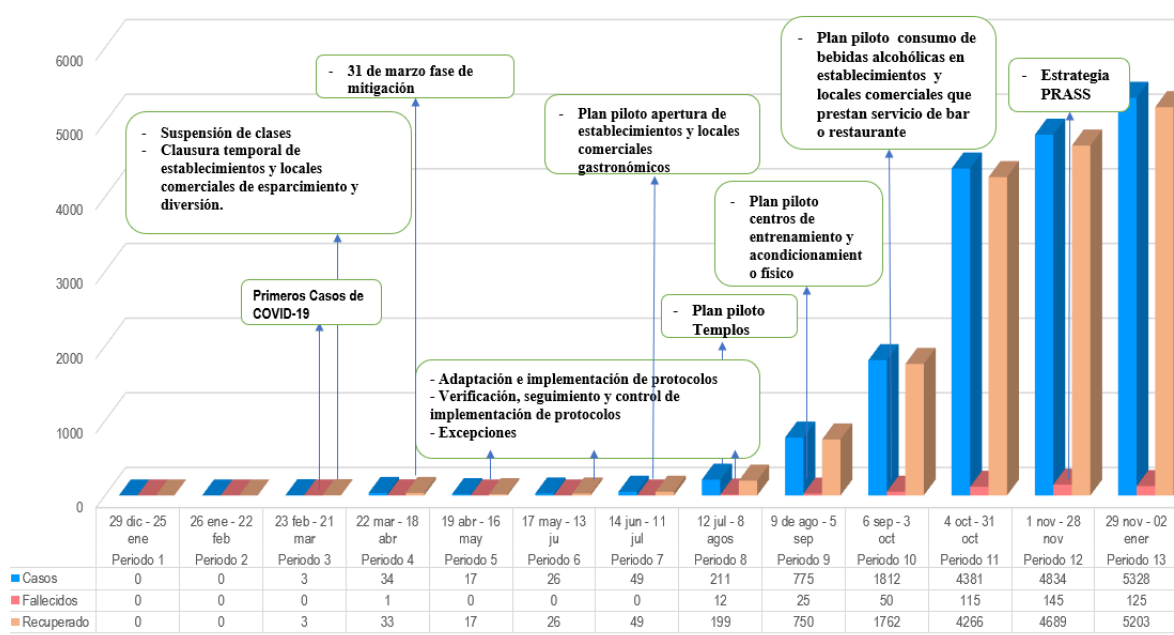
Fuente: construcción propia

Estas acciones, responden también en la ciudad de Armenia a la dinámica del municipio y departamento, donde la economía se concentra principalmente en el turismo y por ello se implementaron diferentes estrategias por dependencias de la Administración municipal con el fin de mitigar la propagación del virus, pero a su vez, de ir recuperando la economía de la ciudad. Sin embargo, la flexibilidad de las medidas y decisiones que se comenzaron a tomar luego de un periodo de aislamiento preventivo obligatorio por varios meses, se acompañaban del incremento de los casos, evidenciado por su comportamiento entre el periodo epidemiológico 8 y 13 (12 de julio de 2020 a 02 de enero de 2021).

Desde el 12 de julio a 02 de enero de 2021, se comienza a evidenciar el aumento en la incidencia de los casos por covid-19 progresivo, con un reporte en la mayor tasa de mortalidad que fue 47,6 casos por 100.000 habitantes en el periodo epidemiológico 12, fecha en la se comienza a implementar la estrategia PRASS (Prueba, Rastreo y Aislamiento

Selectivo Sostenible); que como estrategia plantea una estructura que permite la identificación e intervención oportuna de los casos, lo que constituye un reto para realizar los cercos epidemiológicos o investigaciones epidemiológicas de los casos que se presentaban por periodo epidemiológico, dada la magnitud del evento para ese momento, un ejemplo claro es el periodo 13 que estaba comprendido del 29 de noviembre a 02 de enero de 2021, donde para esas semanas epidemiológicas se presentaron un total 5.328 casos.

Figura 10 . Evolución del Comportamiento epidemiológico en Armenia durante el 2020.



Fuente: Construcción propia - Base de datos del Instituto Nacional 2020

Este comportamiento, también puede considerar que entre los periodos epidemiológicos donde se incrementan de manera importante los contagios, se presentan fechas de eventos o celebraciones especiales para la población, que de una u otra forma influyen en la adopción de prácticas de autocuidado con menor restricción y con ello se impacta en el comportamiento epidemiológico no solo del municipio sino del País.

Finalmente, al comparar los resultados de indicadores de infección y mortalidad, el municipio de Armenia presenta resultados superiores a los nacionales y de regiones

cercanas, por lo que se podría llegar a considerar la importancia de evaluar otros aspectos complementarios a las medidas implementadas, las cuales responden a las acciones establecidas desde el nivel nacional; que, sin embargo, sumado a otras características de la región, pudieron influenciar en los resultados obtenidos.

Armenia presentó una tasa de infección para la vigencia 2020 de 5.732 casos por 100.000 habitantes, un poco superior a la de un municipio cercano y de características relativamente similares, como el municipio de Manizales que alcanzó una tasa de 5.127; sin embargo, muy por encima a la reportada por país de 3.261 casos.

Así mismo, en relación con la tasa de mortalidad el municipio de Armenia presentó un resultado superior al reportado por Colombia, esto se podría explicar por el comportamiento de la comunidad con referencia a la adopción de las medidas, y a que una de las principales actividades económicas del municipio es el turismo, lo que pudo haber influido en el comportamiento epidemiológico, ante la flexibilidad paulatina de las medidas.

Tabla 16. Indicadores de morbilidad y mortalidad según municipio, región y país.

Indicador	Armenia Quindío 100.000 habitantes	Manizales Caldas 100.000 habitantes	Colombia 100.000 habitantes
Tasa de infección	5732	5127	3261
Tasa de mortalidad	155,2	81,1	85.78

Fuente: Construcción propia- Base de datos del Instituto Nacional 2020, Información Ministerio de Salud y Protección Social

Efectivamente, al analizar las medidas adoptadas en la ciudad desde la perspectiva de orden público, las estrategias o medidas implementadas para la mitigación de la Covid-19 y el

comportamiento epidemiológico se puede decir, que el periodo de aislamiento preventivo obligatorio, permitió que los casos o propagación de la covid-19 estuviera controlada; las medidas adoptadas y establecidas estaban dentro de los lineamientos emitidos desde el orden Nacional y Departamental; y el municipio adoptó estrategias desde las líneas evaluadas en el estudio como la coordinación intersectorial, vigilancia epidemiológica, reducción de la trasmisión en la comunidad.

Sin embargo, en relación con los resultados obtenidos por el Municipio, en comparación con el comportamiento nacional, los mismos estuvieron por encima, lo que podría suponer que, aunque las medidas de establecieron según lo definido por el nivel nacional, existieron variables externas que influyeron en no obtener indicadores positivos entorno al desarrollo de la COVID - 19 durante la vigencia 2020.

9 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El comportamiento epidemiológico en el municipio de Armenia a periodo epidemiológico 5 (16 mayo de 2020) se presentaron 54 casos por COVID-19, donde el 52.0% corresponde a sexo femenino y el 48,1% al masculino, desde el grupo etario el 14,8% de los casos se presentaron en 60 años y más, con una letalidad de 12,5% por 100.000 habitantes; situación similar al comportamiento a nivel Nacional a 15 de mayo de 2020 con una letalidad de 12,0% en edades de 70 a 99 años, siendo el 50% de las personas fallecidas mayores de 70, contrario al comportamiento por sexo donde predomina el sexo masculino con 56% en Colombia (80) En Argentina y de acuerdo al análisis de características epidemiológicas del 31 de enero al 17 de julio evidenció que la tasa de letalidad es de 16,7% en personas de 80 y más años, en cuanto a la distribución por sexo el 50,7% fue en el masculino, comportamiento similar al de Colombia (81) . Los dos primeros casos de Armenia fueron el 17 de marzo de 2020, periodo activo de la fase de contención, donde se adoptan medidas gubernamentales como toque de queda, suspensión de clases, clausura temporal de establecimientos locales y comerciales, se realiza aislamiento obligatorio el 24 de marzo de 2020, decisión que para esos días también se tomó en el país de Argentina, específicamente el 20 de marzo de 2020 y contrario para los países como Brasil y Chile que para el 15 de mayo de 2020 no habían tomado esta medida, generándose que en el caso específico de Brasil, al 28 de abril haya sobrepasado a China en la tasa de mortalidad (80). Bajo este contexto, se puede identificar que en los territorios donde no se tomaron medidas de aislamiento, se evidencia un comportamiento de aumento de casos, contrario al comportamiento de Colombia y Armenia-Quindío que para para el 15 de mayo se mantuvo la prórroga de la medida y en el caso del municipio la tasa de mortalidad era baja; sin embargo, la dinámica cambia una vez se modifican las decisiones normativas y se inicia la interacción social en la población. En relación con las acciones de preparación, se encontró que en general los países adoptaron medidas similares, las cuales en el caso de Colombia, se adoptaban en los territorios locales; por ejemplo, Bélgica realizó las siguientes recomendaciones en sus medidas gubernamentales (82, 83) similares a las adoptadas en Colombia y el mundo durante las fases de preparación y contención, como fueron “prohibir

la salida y movilidad, fijar medidas de preparación con el objetivo de aumentar las capacidades locativas y de albergue, promocionar y reforzar las medidas de higiene personal, prohibición del trabajo y voluntariado, en especial el realizado por personas enfermas, establecer manejo de sospechosos o confirmados, donde se privilegie su aislamiento intra- o extramural y el manejo médico-clínico” (84).

El Estado de Emergencia fue de las primeras decisiones de los gobiernos generales para propiciar las “condiciones legales e institucionales que permitieran enfrentar y actuar rápidamente. La excepción fue Nicaragua que no actuó al respecto y no se preparó para enfrentar una pandemia, en el caso de Centro América todos los países salvo Costa Rica y Panamá, cuenta con sistemas de salud fragmentados y con una débil infraestructura hospitalaria” (85). Para el caso de Armenia en contraste con el anterior ejemplo de Nicaragua, no solo se acogió de manera estricta a las indicaciones dadas desde el gobierno central y la organización mundial para la salud OMS, también adaptó de manera rápida su capacidad de atención primaria durante los primeros meses de la pandemia logrando así una respuesta más rápida y efectiva frente a la emergencia sanitaria.

Para la fase de mitigación y con respecto a las decisiones de comenzar con la apertura gradual de sectores económicos, tanto en el País como en el municipio, se observa que en el comportamiento de la ciudad de Armenia del periodo epidemiológico 8 (18 de julio de 2020) en adelante comienza a presentarse un aumento progresivo en la diseminación del virus, sin embargo la administración municipal durante esta fase y teniendo como prioridad la reactivación económica, diseñó un plan de choque transversal para el empleo, el cual incluía estrategias que permitieran esa recuperación económica pero a la vez una evaluación de riesgos para la adecuada implementación de esas acciones; en Perú se realiza algo similar, donde ese plan de apertura económico se encontraba desarrollado en 4 fases y con una duración de un mes por etapa; incluía aprobación de protocolos al igual que Armenia, solo que al contrario de esta, en Perú el aumento de casos fue para finales del mes de mayo (86)

Una respuesta rápida ante la referencia de una pandemia conlleva a generar medidas de control inmediatas y coordinadas, que propendan por la prevención, identificación oportuna, atención y respuesta intersectorial. En general, los casos en América Latina y con ello en las ciudades capitales de los departamentos o estados, se presentaron en el mismo período; por ello el avance o impacto en los territorios dependía de la adopción de dichas medidas. En el contexto local, se podría decir que en Armenia generó una respuesta adecuada en estas primeras fases, que contrastan con otras ciudades capitales en América latina como lo fue el caso de Lima y el Callao en Perú en donde tras el primer caso de COVID - 19 detectado el 6 de marzo de 2020, se sucedieron varias semanas de crecimiento exponencial del virus y para el 02 de septiembre de 2020 ya habían en el país casi medio millón de casos confirmados repartidos en todos los departamentos, aunque concentrados especialmente en Lima y el Callao con más de 28.000 fallecidos oficialmente informados. “Entre los principales factores que han facilitado esta crisis cabe citar el tardío control de focos de contagio, por ejemplo, los mercados de abastos, el hacinamiento habitable y la informalidad, que hizo que buena parte de población saliera a las calles en búsqueda de ingresos, desatendiendo las medidas de confinamiento (86)

De acuerdo con las lecciones aprendidas que se presentaron en otros países según el Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe, la CEPAL en los informes que el SICA ha presentado desde que inició la pandemia durante el año 2020, donde se pudo encontrar que: En Salud, una de las medidas comunes en todo el planeta como señala la CEPAL (87) y avala la experiencia, es la contención de la expansión del virus mediante el autoaislamiento, la cuarentena y el distanciamiento social, las cuales generaron impactos positivos para la salud al aplanar la curva de contagio, lo cual fue similar en la mayoría de países de América Latina y El Caribe, con algunas excepciones como Nicaragua, Ecuador, Brasil y Venezuela donde no fueron tan efectivas debido a la capacidad de respuesta y voluntad política de sus autoridades (85).

Ante la flexibilidad paulatina de las medidas el municipio de Armenia, una vez comienza la implementación del plan de choque transversal para la reapertura económica gradual, su comportamiento epidemiológico en la ciudad comienza a modificarse a partir del periodo 8;

Según Zhixian et al (2020), en su estudio evalúan el impacto de las políticas no farmacológicas (NPI), como quedarse en casa, las cuales se asocian débilmente con un crecimiento más lento de los casos de COVID-19. Además, de la importancia que tienen los efectos indirectos de las políticas y las respuestas conductuales; con respecto al proceso de reapertura económica, los resultados dependen de la evolución en salud pública y la economía en otras jurisdicciones, aunque también puede ser a la inversa, los cambios en las políticas a nivel nacional, la compensación económica y la salud pública depende de lo que suceda en otros lugares, es decir que depende de la coordinación entre estas dos. (88,89)

Durante el estudio se evidencia que Armenia, en la fase de mitigación y con la apertura gradual de la economía realizó las medidas de prevención necesarias, las cuales estuvieron enfocadas en la reducción de la transmisión en la comunidad, específicamente desde estrategias y actividades de información, educación y comunicación en salud, pero a pesar de la implementación de las mismas y según informe de la OPS/OMS que hace referencia a las situaciones de COVID-19 en Colombia, con corte a 29 de diciembre, donde se presentó un total de 11.015 casos nuevos en la última semana, lo que equivale a un incremento del 0,7%, en este informe también se evidencia los departamentos que presentaron aumentos relativos, en el cual está incluido el Quindío.

Si se observa desde el comportamiento por regiones, tenemos que la región Andina aporta 67,1% de casos y el 59,3% de defunciones en el país, con un incremento de casos para esa fecha en las últimas 24 horas en: Tolima (1,8%), Risaralda (1,2%), Norte de Santander (1,0%), Santander (1,0%), Cundinamarca (1,0%), Boyacá (0,9%), Quindío (0,9%) y Caldas (0,7%), si se analiza desde el eje cafetero y tomando como referencia algunos departamentos vecinos, en segundo lugar se encuentra Risaralda con un 10,9% y Caldas con un 6,3%, y Quindío un 8,3% (90), lo que se podría relacionar con lo que se menciona anteriormente de que las políticas dependerán de la adopción de estas en estados vecinos, para el caso de Armenia serían las ciudades más cercanas o las que pertenecen al eje cafetero, además, algunos factores que pudieron influir en el comportamiento epidemiológico fue la apertura y flexibilidad de las medidas teniendo en cuenta que una de

las principales actividades económicas de la ciudad es el turismo, sumado a esto la celebración de fiestas decembrinas.

Así mismo, el Estudio International COVID- 19 Awareness and Responses Evaluation Study (ICARE) analizó la conciencia pública, las actitudes, las preocupaciones y las respuestas conductuales a las políticas gubernamentales dadas para reducir la propagación del COVID-19, sus hallazgos destacan que los niveles más altos de preocupación en general se asociaron con tasas más altas de cumplimiento informado de las medidas de prevención, dando cuenta de mayor grado de conciencia por la afección y mayor gestación de conductas de autocuidado y cuidado al otro (91).

En este sentido estamos de acuerdo con (92) citado por (93) quien manifiesta “que la respuesta más amplia de salud pública debe considerar la implementación de medidas conducentes a la prevención y control de la infección, que obliga a una acción coordinada entre todos los niveles de gobierno y la sociedad en general” y de allí derivar los resultados de la pandemia, que entrelazan aspectos como el fortalecimiento de las capacidades técnicas y tecnológicas de las instituciones de salud, la adopción de medidas económicas y la reducción de la mortalidad e infección, estas últimas apalancadas por el comportamiento individual, familiar y social.

10 CONCLUSIONES

- Con respecto al comportamiento epidemiológico en el municipio de Armenia, la mayor cantidad de casos, muertes y personas recuperados por Covid-19, se presentaron en los periodos epidemiológicos 11, 12 y 13, de acuerdo a las variables sociodemográficas el mayor número de casos reportados fue en el femenino con un 53%, en cuanto al grupo etario se presentaron más en personas mayores de 60 años con una tasa de mortalidad de 660 casos por 100.000 habitantes, la mayor proporción es reportado por régimen en salud contributivo y subsidiado. Si se analiza la tasa de mortalidad para ese año, tuvo mayor afectación los hombres con un total de 218 por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, la flexibilidad de las medidas y decisiones que se comenzaron a tomar luego de un periodo de aislamiento preventivo obligatorio por varios meses, evidencia una modificación en el comportamiento entre el periodo epidemiológico 8 y 13 (12 de julio de 2020 a 02 de enero de 2021).
- En la fase de preparación, el municipio desarrolló las intervenciones que corresponden a la situación epidemiológica pre-epidémica, según los lineamientos establecidos a nivel Nacional por el Ministerio de Salud y Protección Social, específicamente en el plan de contingencia para responder ante la covid-19 y en las 3 líneas de acción con sus subcategorías, además de contar con un recurso humano en diferentes áreas de la administración que estuvieron presente en la situación de emergencia en el 1999 a casusa de un terremoto y el cual contaban con la experiencia y conocimiento de los procesos internos.
- En la fase de contención se resalta el trabajo en la línea de coordinación intersectorial, con respecto al enfoque en los equipos técnicos y la evaluación del riesgo; sin embargo, de acuerdo con el proceso de recolección de la información tanto de fuentes primarias como secundarias, no se evidenciaron soportes que dieran información de la identificación y documentación del proceso de evaluación del riesgo como lo indicaba el plan de contingencia y la línea de reducción de la trasmisión en la comunidad, específicamente con

base a las capacitaciones y formación a líderes o si contaban con un directorio de estos o de redes sociales comunitarias y si habían elaborado planes conjuntos para la prevención y contención de la COVID-19.

- En la fase de mitigación se logró generar estrategias intersectoriales e interinstitucionales como en el programa de vigilancia epidemiológica, el seguimiento y control de las medidas que permitieran reducir la transmisión de la COVID-19 en el municipio, esto de acuerdo a los lineamientos del orden nacional y local.
- Armenia implementó y ejecutó acciones de manera intersectorial e interinstitucional dando cumplimiento a los lineamientos de la implementación del Plan Nacional de Contingencia para responder ante la emergencia por Covid-19, lo que permitió un adecuado manejo de la emergencia sanitaria en el municipio, a pesar de las dificultades administrativas que se presentaron en esta vigencia tanto en la Administración municipal como en los procesos contractuales, generando modificación y reestructuración en los planes de trabajo, así como barreras en la ejecución de actividades.
- Las debilidades que se tenían en un comienzo de la pandemia en la ciudad de Armenia en relación con capacidad instalada lograron ser subsanadas por las gestiones realizadas a nivel departamental y municipal, mediante la dotación de ventiladores, adaptación de infraestructura en las IPS de atención al covid19, desarrollo del laboratorio departamental para el procesamiento de las pruebas PCR, entre otras. Así mismo, se logró conformar equipos técnicos capacitados para dar respuesta oportuna en los momentos de mayor demanda.

11 RECOMENDACIONES

- Mantener acciones de seguimiento y fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional en cuanto a la formación profesional y disponibilidad tecnológica, que permita dar respuesta oportuna ante posibles situaciones de emergencias.
- Fortalecer las acciones relacionadas con la formación a medios de Comunicación y el desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicación como las Redes Sociales, las cuales han constituido un eje central para la difusión y promoción de las medidas de prevención comunitaria y participación social, así como la sensibilización de las personas en la adopción de prácticas de autocuidado,

12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 Glosario sobre brotes y epidemias. Un recurso para periodistas y comunicadores [Internet]. Paho.org. [cited 2022 Mar 29]. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-glosario-sobre-brotes-epidemias-recurso-para-periodistas-comunicadores>.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 385 de 2020, 12 de marzo. Bogotá. Disponible en: <https://covid19.minsalud.gov.co/>.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de Contingencia para responder ante la emergencia por Covid-19 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/PLAN%20DE%20CONTINGENCIA%20PARA%20RESPONDER%20ANTE%20LA%20EMERGENCIA%20POR%20COVID-19.pdf>
4. Velázquez - Silva RI. Historia de las infecciones por coronavirus y epidemiología de la infección por SARS-CoV-2. Rev Mex de Traspl. 2020;149-159. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/trasplantes/rmt-2020/rmts202c.pdf>
5. Organización Panamericana en Salud. Hechos sobre la definición de la pandemia por influenza (H1N1) 2009 y seguridad de la vacuna. Geneva, Switerland; 2010;1–10. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/pandemia-por-influenza-h1n1-2009-seguridad-vacuna>.
6. Paredes C, Téllez I, Del rio C, Preciado J. Pandemia de influenza: posible impacto de la influenza aviaria. Rev Salud Pública Mex. 2005;47(2): 107- 9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=6579>
7. Reid A, Janczewski T, Lourens M R, Elliot J, Rod S, Al E. Influenza pandemic caused by highly converved viruses with two receptor-binding variants. Emereging Infect Dis. 2003;9(10):1249-53. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3033089/>
8. Plene Osore F, Benavides Gómez J, Ognio Suarez L, Sánchez Cabezas C, Rosas Alave J, Maguiña Vargas C. Un nuevo virus AH1N1, una nueva pandemia de influenza y un riesgo permanente para una humanidad globalizada. Sci Total Env.

- 2009;26(2):97-130. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000200008
9. Bicarte A. Aviar flu: the next pandemic? *Ansist Saint Navar*. 2006;29(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 10. Kilbourne ED. Influenza pandemics of the 20th century. *Emerg Infect Dis*. 2006;12(1):9–14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16494710/>
 11. Ciro Maguiña-Vargas C. Enfermedad por el virus del Ébola. *Rev Medica Hered*. 2015;26(3):195. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2015000300010
 12. Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones. Intervenciones no farmacológicas para la contención, mitigación y supresión de la infección por COVID-19 / Non-pharmacological interventions for containment, mitigation and suppression of COVID-19 infection *Rapid Synthesis*. 2020: 1–46. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1099604>
 13. Ferguson N, Laydon D, Nedjati-Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. 2020; 1-20. Disponible en:
<https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-NPI-modelling-16-03-2020.pdf>
 14. Prem K, Liu Y, Russell TW, Kucharski AJ, Eggo RM, Davies N, et al. The effect of control strategies that reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *medRxiv*. 2020;1–17. Disponible en:
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.09.20033050v1.full.pdf>
 15. Johns Hopkins University. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). 2020.
 16. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Beijing, China; 2020.

17. Wu C, Chen X, Cai Y, et al. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med.* 2020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32167524/>
18. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet.* 2020; 395:1045–62. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30566-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30566-3/fulltext)
19. Organización Mundial de la Salud. Actualización de la estrategia frente a la COVID-19. Geneva, Switserland; 2020; 1-17. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/strategies-plans-and-operations>
20. Couvelaire L. Coronavirus: une surmortalité très élevée en Seine-Saint-Denis. *Le Monde.* 2020 May 18;
21. Khalatbari-Soltani S, Cumming R, Delpierre C, et a. Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards. *J Epidemiol Community Heal.* 2020;620-623. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298202/pdf/jech-2020-214297.pdf>
22. Burton D, Flannery B, Bennett N, et al. Socioeconomic and racial/ethnic disparities in the incidence of bacteremic pneumonia among US adults. *Am J Public Heal.* 2010; 100:1904–11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2936986/pdf/1904.pdf>
23. Madrigano J, et al. Beyond disaster preparedness: building a resilience-oriented workforce for the future. *Int J Environ Res Public Heal.* 2017;14(1563). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5750981/pdf/ijerph-14-01563.pdf>
24. Dweepobotee Brahma S, Menokee A. The early days of a global pandemic: A timeline of COVID-19 spread and government interventions. London; 2020
25. Popov V. How to deal with the coronavirus recession: Social solidarity and state intervention. Geneva, Switserland; 2020.

26. Tu H, Tu S, Gao S, Shao A, Sheng J. The epidemiological and clinical features of COVID-19 and lessons from this global infectious public health event. *J Infect.* 2020; 1-9. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7166041/pdf/main.pdf>
27. World Health Organization. Preparación estratégica y plan de respuesta ante el nuevo coronavirus [Internet]. Coronavirus (CoV) GLOBAL - World Health Organization. 2020. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10
28. Zheng Z, Peng F, Xu B, et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *J Infect.* 2020; 16-25. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177098/pdf/main.pdf>
29. Xiao Y, Torok M. Taking the right measures to control COVID-19. *Lancet Infect Dis.* 2020;3099(S1473):30152-3.
30. Tran B, et al. Capacity of local authority and community on epidemic response in Vietnam: Implication for COVID-19 preparedness. *Saf Sci.* 2020;130(104867). Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7274590/pdf/main.pdf>
31. Colombia. Resolución 385 del 12 de marzo de 2020. Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus. Bogotá; 2020. Disponible en: [Resolución No. 0385 de 2020 \(3\).pdf](#)
32. Colombia. Resolución 380 de 10 de marzo de 2020. Por la cual se adoptan medidas preventivas sanitarias en el país, por causa del coronavirus COVID2019 y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 2020. Disponible en: [resolucion-380-de-2020.pdf](#)
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Ficha individual para la Infección respiratoria aguda grave. Bogotá, Colombia; 2009.
34. World Health Organization. Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19). Geneva, Switerland; 2020.
35. World Health Organization. Preparación estratégica y plan de respuesta ante el nuevo coronavirus [Internet]. Coronavirus (CoV) GLOBAL - World Health Organization.

2020. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10
36. Gordon D, Nandy S. The extent, nature and distribution of child poverty in India. *Indian J Hum Dev.* 2016; 10:64–84.
 37. Oestergaard L, Schmiegelow M, Bruun N, et al. The associations between socioeconomic status and risk of *Staphylococcus aureus* bacteremia and subsequent endocarditis - a Danish nationwide cohort study. *BMC Infect Dis.* 2017; 17:589–589. Disponible en: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12879-017-2691-3.pdf>
 38. Gares V, Panico L, Castagne R, Al. E. The role of the early social environment on Epstein Barr virus infection: a prospective observational design using the Millennium Cohort Study. *Epidemiol Infect.* 2017; 145:3405–12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9148726/pdf/S0950268817002515a.pdf>
 39. O’Sullivan T, Phillips K. From SARS to pandemic influenza: the framing of high-risk populations. *Nat Hazards.* 2019; 98:103–117. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7088565/pdf/11069_2019_Article_3584.pdf
 40. Littrell J. The mind-body connection. *Soc Work Heal Care.* 2018; 46:17–37.
 41. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Heal.* 2001; 55:693–700. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1731785/pdf/v055p00693.pdf>
 42. Kelly-Irving M, Delpierre C. The embodiment dynamic over the life course: a case for examining cancer aetiology. In: Meloni M, Cromby J, Fitzgerald D, et al, editors. *The Palgrave Handbook of Biology and Society.* London: Palgrave Macmillan; 2017. p. 519–40.
 43. Katz A, et al. Preparing for the unknown, responding to the known: communities and public health preparedness. *Health Aff.* 2006; 25:946–57.

44. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019) R&D [Internet]. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. 2020. Available from: <https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/novel-coronavirus/en/>
45. Walker P, et al. The global impact of covid-19 and strategies for mitigation and suppression. London; 2020.
46. Sharma R, Agarwal M, Gupta M, Somendra S, Saxena S. Clinical Characteristics and Differential Clinical Diagnosis of Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Clinical Characteristics and Differential Clinical Diagnosis of Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). In: Saxena SK, editor. Medical Virology: from Pathogenesis to Disease Control. Lucknow, India: Springer; 2020. p. 55–71.
47. World Health Organization. Consideraciones relativas a los ajustes de las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19. Geneva, Switerland; 2020.
48. World Health Organization. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19 [Internet]. Coronavirus (CoV) GLOBAL - World Health Organization. 2020. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>
49. World Health Organization. Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community [Internet]. Coronavirus (CoV) GLOBAL - World Health Organization. 2020. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF_operations-2020.1-eng.pdf
50. World Health Organization. Considerations in the investigation of cases and clusters of COVID-19 [Internet]. Coronavirus (CoV) GLOBAL - World Health Organization. 2020. Available from: <https://www.who.int/who-documents-detail/considerations-in-the-investigation-of-cases-and-clusters-of-covid-19>
51. World Health Organization. Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19. Geneva, Switerland; 2020.
52. World Health Organization. Rapid risk assessment of acute public health events [Internet]. Coronavirus (CoV) GLOBAL - World Health Organization. 2020.

Available from:

https://www.who.int/csr/resources/publications/HSE_GAR_ARO_2012_1/en/

53. World Health Organization. Atención en el domicilio a pacientes con COVID-19 que presentan síntomas leves, y gestión de sus contactos [Internet]. Coronavirus (CoV) GLOBAL - World Health Organization. 2020. Available from:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331528>
54. World Health Organization. Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. Coronavirus (CoV) GLOBAL - World Health Organization. 2020. Available from:
[https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))
55. World Health Organization. Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19. Geneva, Switerland; 2020.
56. World Health Organization. Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos en los que se sospecha una infección por el nuevo coronavirus. Geneva, Switerland; 2020.
57. World Health Organization. Key planning recommendations for Mass Gatherings in the context of the current COVID-19 outbreak. Geneva, Switerland; 2020.
58. World Health Organization. Getting your workplace ready for COVID-19. Geneva, Switerland; 2020.
59. World Health Organization. La gestión de los viajeros enfermos en los puntos de entrada – aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres internacionales- en el contexto del brote de COVID-19. Geneva, Switerland; 2020.
60. World Health Organization. Airport Council International. Airport operational practice. Examples for managing COVID-19. ACI, 2020. Geneva, Switerland; 2020.
61. World Health Organization. Comunicación de riesgos y participación comunitaria (RCCE) en la preparación y respuesta frente al nuevo coronavirus de 2019 (2019-nCoV). Geneva, Switerland; 2020.
62. Congreso de la República De Colombia. Ley 1523 de 2012 “Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional

- de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones”. Bogotá; 2012.
Disponible en: [Ley 1523 de 2012.pdf](#)
63. World Health Organization. Organización Mundial de la Salud. Protocolo de investigación de los primeros casos y sus contactos directos (FFX) de la enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19). Geneva, Switerland; 2020.
 64. Wilder-Smith A, Chiew C, Lee V. Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS? *Lancet Infect Dis.* 2020;3099(20).
 65. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilisation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;1:CD000389
 66. Pueblo EL, Colombia DE. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 PREÁMBULO [Internet]. Georgetown.edu. [citado el 29 de marzo de 2022].
Disponible en: <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>
 67. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 751 de 2001. "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”. Bogotá. 2001. Disponible en:
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452>
 68. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”. Bogotá. 2016. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-780-unico-modificado-2016.pdf>
 69. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 844 de 2020. “Por la cual la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la COVID-19, se modifica la Resolución 385 de 12 de marzo de 2020, modificada por las resoluciones 407 y 450 de 2020 y se dictan otras disposiciones”. Bogotá 2020. Disponible en:
[Resolución No. 844 de 2020 \(1\).pdf](#)
 70. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1462 de 2020. “Por el cual se prorroga la emergencia sanitaria por el Nuevo Coronavirus que causa la

- Covid-19, se modifican las resoluciones 385 y 844 de 2020”. Bogotá. 2020.
Disponible en: [Resolución No. 1462 de 2020.pdf](#)
71. Gobernación de Quindío. Análisis de situación de salud con el modelo de os determinantes sociales de salud del Departamento de Quindío (ASIS). Armenia, Quindío; 2020. Disponible en:
https://www.quindio.gov.co/home/docs/items/item_196/ASIS_DEPARTAMENTO_DEL_QUINDIO_2020_FINAL_2.pdf
 72. Sigac. Colombiamania.com. [cited 2022 Mar 30]. Available from:
http://www.colombiamania.com/AA_IMAGENES/mapas/dptos/quindio/02_Quindio-politico-admin-zoom.jpg
 73. Wikipedia contributors. Armenia (Quindío) [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Disponible en:
[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Armenia_\(Quind%C3%ADo\)&oldid=141346344](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Armenia_(Quind%C3%ADo)&oldid=141346344)
 74. Secretaría de Salud, Epidemiología y Demografía. Análisis de Situación de Salud en el Modelo de Determinantes Sociales (DSS) ASIS – Armenia 2020. Disponible en:
[ASIS ARMENIA 2020 \(1\) \(1\).pdf](#)
 75. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE.Gov.co. [cited 2022 Mar 30]. Disponible en: <http://dane.gov.co>
 76. Pino Montoya J. Aspectos metodológicos para evaluar una política pública. Rev Humanismo Soc. 2017;5(1):1–7. Dsiponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7083580.pdf>
 77. Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet]. Situación COVID-19. 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/portada-covid-19.html>
 78. Alcaldía de Armenia. [Internet]. Informe situación COVID-19. 2022 disponible en:
<https://www.armenia.gov.co/>
 79. Instituto Nacional de Salud. [Internet]. Boletín epidemiológico semana 52. 2020. Disponible en: [2020 Boletin epidemiologico semana 52.pdf](#)

80. Otoya A, García M, Jaramillo C, Campos A, 2020. COVID-19: generalidades, comportamiento epidemiológico y medidas adoptadas en medio de la pandemia en Colombia. Disponible en: [519-Texto del artículo-1199-1-10-20200529.pdf](#)
81. Rearte A, Baldini A, Barcena P, Soledad C, Laurora M, Pesce M, Características Epidemiológicas de los primeros 116.974 casos de COVID-19 en Argentina. 2020. Disponible en: [SS-Reartee5.pdf](#)
82. Geens K. Mesures de protection du personnel pénitentiaire et des détenus, Vice-Premier ministre, ministre de la Justice et ministre des Affaires européennes [Internet]; 2020 [citado 25 de abril de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/33frCcK>
83. Ministère des solidarités et la sante. Etablissements pénitentiaires: organisation de la réponse sanitaire par les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire en collaboration avec les services pénitentiaires. [Internet]. Abril de 2020 [citado 26 de abril de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3gcotOx>.
84. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. COVID-19: Recommandations pour les populations en collectivites résidentielles. Prisons, centres d'accueils des demandeurs d'asile et sans-abris, ou équivalent. 2020 [cited 2020 Apr 24]. Available from: <https://bit.ly/32ohH4i>.
85. Enríquez A, Sáenz C. Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA [Internet]. Cepal.org. [citado el 4 de abril de 2022]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46802/1/S2100201_es.pdf
86. Diaz J, Deza M, Moreno K, Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Desafíos de desarrollo en tiempos de COVID 19. Perú. 2020. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/peru-desafios-del-desarrollo-en-el-post-covid-19>
87. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (s/f), Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo [en línea] <https://observatorioplanificacion.cepal.org/>. (2020), “América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19: efectos económicos y sociales”, Informe Especial, N° 1, 3 de abril [en línea]. [S2000264_es.pdf](#)

88. Fernández J, Jones C. Macroeconomic Outcomes and COVID-19: Progress Report. 2020. Disponible en: [ARTICULO 1 DIS.pdf](#)
89. Lin Z. Meissner C. Public Health The Policies and the Economy Dunning COVID-19. 2020. Disponible en: [w27099 \(2\).pdf](#)
90. Organización Panamericana en Salud. Organización Mundial en Salud. Reporte situación COVID-19 Colombia. 2020. Disponible en: [Sitrep 202 Covid19 OPS Col 291220 Sem .pdf](#)
91. Bacon SL, Silvana B, Barreira I, Caravello JC, Caruso JM, Filippa NL, et al. Representaciones de las medidas gubernamentales en el contexto del COVID-19. 2020. [citado el 31 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/13417>
92. World Health Organization WHO. Preparedness, prevention, and control of COVID-19 in prisons and other places of detention, Interim guidance. Geneva: WHO; 2020 [cited]. 2020 Apr 23]. Available from: <https://bit.ly/2CFPY12>.
93. Piñeros-Báez VH. Respuestas de salud pública para manejo de la COVID-19 en centros reclusión. Revisión de literatura. Rev Salud Publica (Bogotá) [Internet]. 2020;22(2):1–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v22n2.88704>

13 ANEXOS

Anexo 1. Marco legal a nivel Nacional

FECHA	DOCUMENTO	ASUNTO	ACTIVIDADES
DECRETOS			
17/03/2020	Decreto 417 de 2020 Presidencia de la República	“Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional”	Declárese el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional, por el término de treinta (30) días calendario, contados a partir de la vigencia de este decreto.
18/03/2020	Decreto 420 de 2020 Ministerio del Interior	“Por el cual se imparten instrucciones para expedir normas en materia de orden público en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia de COVID-19”	Instrucciones que deben ser tenidas en cuenta por los alcaldes y gobernadores en el ejercicio de sus funciones en materia de orden público en el marco de la emergencia sanitaria por causa

			del Coronavirus COVID-19, al decretar medidas sobre el particular.
22/03/2020	Decreto 457 de 2020 Ministerio del Interior	“Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público”.	Aislamiento preventivo obligatorio del 25 de marzo a 13 de abril de 2020
8/04/2020	Decreto 531 de 2020 Ministerio del Interior	“Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público”.	Aislamiento preventivo obligatorio del 13 de abril a 27 de abril de 2020
13/04/2020	Decreto 539 de 2020 Ministerio de Salud y Protección Social	“Por el cual se adoptan medidas de bioseguridad para mitigar, evitar la propagación y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19, en el marco del Estado de Emergencia	Expedir los protocolos que sobre bioseguridad se requieran para todas las actividades económicas, sociales y sectores de la administración

		Económica, Social y Ecológica”	pública, para mitigar, controlar, evitar la propagación y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19.
24/04/2020	Decreto 593 de 2020 Ministerio del Interior	“Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público”	Aislamiento obligatorio del 27 de abril al 11 de mayo de 2020
6/05/2020	Decreto 636 de 2020 Ministerio del Interior	“Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público”	Aislamiento obligatorio del 11 de mayo a 25 de mayo de 2020.
	Decreto 749 de 2020	"Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-	Aislamiento. Ordenar el aislamiento preventivo obligatorio de todas

28/05/2020	Ministerio del Interior	19, y el mantenimiento del orden público"	las personas habitantes de la República de Colombia, del día 1 de junio de 2020, hasta el día 1 de julio de 2020 con excepciones.
14/06/2020	Decreto 847 de 2020 Ministerio del Interior	"Por el cual se modifica el Decreto 749 del 28 de mayo de 2020 "Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del, Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público"	Municipios sin afectación del Coronavirus COVID-19: Se permitirá de acuerdo con los planes piloto Municipios con afectación del Coronavirus COVID-19: servicios religiosos se permiten previo acuerdo con el ministerio del interior y

			cumplimiento de protocolos.
25/06/2020	Decreto 878 de 2020 Ministerio del Interior	“Por el cual se modifica y prorroga la vigencia del Decreto 749 del 28 de mayo de 2020 "Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público", modificado por el Decreto 847 del 14 de junio de 2020”	Mantenimiento del orden público", modificado por el Decreto 847 del 14 de junio de 2020, hasta el 15 de julio de 2020, y en tal medida extender las medidas allí establecidas hasta las doce de la noche (12:00 pm) del día 15 de julio de 2020.
9/07/2020	Decreto 990 de 2020 Ministerio del Interior	“Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus CQVID-19, y el mantenimiento del orden público”	Aislamiento. Ordenar el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas habitantes de la República de Colombia, del día 16 de julio de 2020, hasta 1 de agosto de 2020.

28/07/2020	Decreto 1076 de 2020 Ministerio del Interior	“Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público”.	Aislamiento. Ordenar el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas habitantes de la República de Colombia, a partir de del día 1 de agosto de 2020, hasta el 1 de septiembre de 2020, en el marco de la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19.
10/08/2020	Decreto 1109 de 2020 Ministerio de Salud y Protección Social	“Por el cual se crea. en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible - PRASS para el seguimiento de casos y contactos del nuevo Coronavirus - COVID-19 y	Programa de pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible – PRASS para el seguimiento de casos y contactos de COVID-19.

		se dictan otras disposiciones”	
25/08/2020	Decreto 1168 de 2020 Ministerio del Interior	“Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVIO - 19, y el mantenimiento del orden público y se decreta el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable”	El presente Decreto tiene por objeto regular la fase de Aislamiento Selectivo y Distanciamiento Individual responsable que regirá en la República de Colombia, en el marco de la emergencia sanitaria por causa del nuevo Coronavirus COVID 19.
29/09/2020	Decreto 1297 de 2020 Ministerio del Interior	“Por el cual se prorroga la vigencia del Decreto 1168 de 25 de agosto de 2020 "Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID - 19, y el mantenimiento del	Prorrogar la vigencia del Decreto 1168 del 25 de agosto de 2020 "Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia

		orden público y se decreta el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable"	sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID - 19, y el mantenimiento del orden público y se decreta el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable", hasta las cero horas (00:00 a.m.) del día 1 de noviembre de 2020.
19/10/2020	Decreto 1374 de 2020 Ministerio de Salud y Protección Social	“Por el cual se optimiza el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible - PRASS, para el monitoreo y seguimiento de casos y contactos de COVID - 19 en Colombia”.	Estructura del programa de PRASS. - Rol de los líderes PRASS - Rol de los equipos de rastreo

			Implementación del PRASS
FECHA	DOCUMENTO	ASUNTO	ACTIVIDADES
RESOLUCIONES			
10/03/2020	Resolución 380 de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social	“Por la cual se adoptan medidas preventivas sanitarias en el país, por causa del coronavirus COVID2019 y se dictan otras disposiciones”.	Aislamiento y cuarentena de viajeros, China, Italia, España, Francia.
12/03/2020	Resolución 385 de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social	“Por la cual se declara emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus”.	Declaración Emergencia Sanitaria. - Medidas sanitarias: suspensión de eventos de más de 500 personas, ordenar que los alcaldes y gobernadores evaluar riesgos para la trasmisión del covid-19 en

			<p>actividades o eventos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan de contingencia - Medidas preventivas de aislamiento y cuarentena
16/03/2020	<p>Resolución 444 de 2020.</p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>“Por el cual se declara la urgencia manifiesta para celebrar la contratación de bienes y servicios necesarios para atender la emergencia sanitaria causada por el coronavirus COVID-19”.</p>	<p>Urgencia Manifiesta</p>
18/03/2020	<p>Resolución 453 de 2020.</p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>“Por la cual se adoptan medidas sanitarias de control en algunos establecimientos por causa del COVID-19 y se dictan otras disposiciones”.</p>	<p>Clausura temporal de establecimientos y locales comerciales de esparcimiento y diversión.</p>

18/03/2020	Resolución 464 de 2020. Ministerio de Salud y protección Social	“Por la cual se adopta la medida sanitaria obligatoria de aislamiento preventivo, para proteger a los adultos mayores de 70 años”.	Aislamiento obligatorio personas mayores de 70 años, con algunas excepciones para salir de su residencia.
31/03/2020	Resolución 536 de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social	“Por la cual se adopta el Plan de acción para la prestación de servicio de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-Cov-2 (COVID19)”.	Dirigido a Secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, Entidades promotoras del régimen subsidiado y contributivo. ARL, de régimen especial y de excepción. - Adoptar el plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y

			mitigación de la pandemia.
24/04/2020	Resolución 676 de 2020 Ministerio de Salud y Protección Social	“Por el cual se establece el sistema de información para el reporte y seguimiento en la salud a las personas afectadas por COVID-19”.	- Información a reportar y entidades obligadas. - Plazos para reporte de información - Solicitud y disposición y uso de la información - Inspección, vigilancia y control
24/04/2020	Resolución 666 de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social	“Por medio de la cual se adopta el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19”.	Adoptar el protocolo general de bioseguridad para todas las actividades económicas, sociales y sectores de la

			administración pública
8/05/2020	Resolución 734 de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social	“Por la cual se define el criterio para determinar cuándo un municipio tiene la condición de estar sin afectación del Coronavirus COVID-19 y se adopta el protocolo de bioseguridad para la prevención de la transmisión del virus en esos municipios”.	- Municipios sin afectación del Coronavirus COVID-19 -Municipios con afectación del Coronavirus COVID-19
26/05/2020	Resolución 844 de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social	“Por la cual la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la COVID-19, se modifica la Resolución 385 de 12 de marzo de 2020, modificada por las resoluciones 407 y 450 de 2020 y se dictan otras disposiciones”.	Prorróguese la emergencia sanitaria hasta el 31 de agosto de 2020
25/08/2020	Resolución 1462 de 2020. Ministerio de Salud y	“Por el cual se prorroga la emergencia sanitaria por el Nuevo Coronavirus que causa la Covid-19, se	Prorróguese la emergencia sanitaria hasta el 30 de noviembre de 2020

	Protección Social	modifican las resoluciones 385 y 844 de 2020”.	
FECHA	DOCUMENTO	ASUNTO	ACTIVIDADES
CIRCULAR			
11/02/2020	Circular 5 de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social	Directrices para la detección temprana, el control y la atención ante la posible introducción del nuevo coronavirus (2019-nCoV) y la implementación de los planes de preparación y respuesta ante este riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones vigilancia en salud pública. - Acciones de laboratorio para la conformación de los casos - Acciones para la prevención y control - Acciones para atención y prestación de servicios de salud - Acciones Relacionadas con la exposición por riesgo laboral

			<ul style="list-style-type: none"> - Acciones en los puntos de entrada y pasos fronterizos - Acciones para la articulación intersectorial y gestión del riesgo
09/03/2020	<p>Circular 11 de 2020.</p> <p>Ministerio de Educación Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>Recomendaciones para prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda por el nuevo coronavirus en el entorno educativo</p>	<p>Recomendaciones para evitar el contagio de IRA</p> <p>Acciones para identificación de casos en el entorno educativo.</p>
10/03/2020	<p>Circular 11 de 2020.</p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de</p>	<p>Recomendaciones para la contención de la epidemia por el nuevo Coronavirus (COVID -19) en los sitios y eventos de alta influencia de personas.</p>	<p>Hacer mención de las medidas de prevención en los medios de difusión del evento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - mensaje promoviendo la

	Comercio, industria y Turismo		<p>aplicación de CoronAPP.</p> <p>- Insumos para las medidas de protección.</p> <p>- Medidas de higiene en centros comerciales y salas de internet y comunicaciones.</p>
12/03/2020	<p>Circular 12 de 2020.</p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>Directrices para la contención de la infección respiratoria aguda por el nuevo coronavirus (COVID-19) el entorno Hotelero.</p>	<p>- Capacitación del personal</p> <p>-Control diario de trabajadores</p> <p>- Dotación de elementos de protección a trabajadores.</p> <p>-Señalización en zonas comunes.</p> <p>- Activar e implementar los</p>

			planes de contingencia
25/03/2020	<p>Circular 19 de 2020.</p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>Detención Temprana SARS CoV-2 COVID -19</p>	<p>Recomendaciones unificadas.</p> <p>Detección: en caso de sospecha de exposición con síntomas, exposición clara</p>
16/04/2020	<p>Circular 24 de 2020</p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>Lineamientos para garantizar el proceso de referencia y contra referencia de pacientes en el marco de la emergencia por coronavirus COVID-19</p>	<p>Orientaciones para los actores del Sistema de General de Seguridad Social.</p> <p>- A los gobernadores, alcaldes, secretarios departamentales, distritales y municipales de salud.</p>

			<p>- A las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud – EAPB.</p> <p>- A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS.</p>
16/04/2020	<p>Circular 25 de 2020.</p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>Instrucciones para formular acciones colectivas y procesos de gestión de la salud pública, en el marco de la emergencia sanitaria por causa del coronavirus (COVID-19).</p>	<p>Encaminada a que las entidades territoriales para que implementen acciones en salud pública que requiera el territorio respecto a PIC y ejecución de procesos de gestión en salud pública.</p>
22/04/2020	<p>Circular 26 de 2020.</p> <p>Ministerio de Salud y</p>	<p>Instrucciones para la Promoción de la convivencia y cuidado de la salud mental durante la emergencia sanitaria por el Covid-19</p>	<p>Acciones específicas en salud mental por parte de:</p>

	Protección Social		- Las secretarías de salud - Las EAPBS
24/04/2020	Circular 27 de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social	Recomendaciones para la prevención, contención y manejo del coronavirus Covid -19 en Grupos Étnicos (Pueblos Indígenas, las comunidades NARP - Negras. Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras y el Pueblo RPOM	Medidas de prevención Para la atención en salud. Se establecen lineamientos para la atención de pacientes pertenecientes a un grupo étnico
17/12/2020	Circular 51 de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social	Orientaciones para las familias y comunidades en el marco de las festividades navideñas y fin de año	Medidas dirigidas para el cuidado, protección, afecto a personas adultas mayores y a la familia. Medidas en:

			<ul style="list-style-type: none"> - Propiedad horizontal - Empresas - Autoridades locales.
30/12/2020	<p>Circular 52 de 2020.</p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>Directrices para garantizar la continuidad de los servicios de salud, la continua y segura atención de las personas y la seguridad del talento humano, en el marco de la emergencia sanitaria por la COVID-19.</p>	<p>Desarrolladas por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secretarías de salud -EPS -IPS

Anexo 2. Marco legal a nivel Municipal

FASE	FECHA	DOCUMENTO	ASUNTO	
CONTENCIÓN	DECRETOS			
	16/03/2020	Decreto 132 de 2020	“Por medio de cual se adoptan medidas de prevención y control del virus COVID-19 en municipio de Armenia”	<p>Medidas extraordinarias en la Administración Municipal.</p> <p>- Personal en condiciones que ameriten especial protección: 60 años o más, personas con enfermedades tales como: HTA, anemia, afección en vías respiratorias, problemas cardiacos, enfermedades crónicas, mujeres en estado de embarazo.</p> <p>Jornada laboral en dos grupos</p> <p>A. 7:00 am a 1:00 pm</p> <p>B.1:00pm a 7:00 pm</p>

				<p>Atención al público de 9:00 a 3:00 pm</p> <p>Se prohíbe la realización y participación en eventos masivos, para servidores públicos y personal contratista en la administración municipal central.</p>
	16/03/2020	Decreto 133 de 2020	“Por medio del cual se decretan medidas de orden público de orden público de carácter temporal en la ciudad de Armenia Quindío”	<p>Emergencia sanitaria en toda la jurisdicción del municipio de Armenia hasta el 30 de mayo de 2020.</p> <p>Adoptar medida de toque de queda (10:00 pm a 4:00 am), prohíbese la libre circulación de las personas en este horario.</p> <p>Excepciones a que haya lugar: Fuerza</p>

				pública, cruz roja, defensa civil, personal médico sanitario, servidores públicos, taxistas, ambulancias entre otros.
	19/03/2020	Decreto 140 de 2020	“Por medio del cual se adoptan acciones sanitarias y medidas adicionales y complementarias en el municipio de Armenia con ocasión de la declaratoria de un estado de emergencia económica social y ecológica en todo el territorio Nacional”	<p>Toque de queda para niños, niñas y adolescentes desde las 6:00 pm del 20 de marzo al 20 de abril.</p> <p>Medida sanitaria obligatoria de aislamiento preventivo, para las personas mayores de 70 años del 20 de marzo al 30 de mayo. Solo podrán salir del lugar de residencia en ciertas situaciones que están en el decreto.</p> <p>Clausura temporal de establecimientos y locales comerciales de esparcimiento y diversión.</p>

				<p>Establecimientos cuyo objeto social sea venta de comidas y bebidas alcohólicas podrán prestar su servicio a puerta cerrada, pero a domicilio.</p> <p>Suspensión de clases</p>
	20/03/2020	Decreto 141 de 2020	“Por medio del cual se declara el estado de calamidad pública en el municipio de Armenia, Quindío”	<p>Diseñara y ejecutara el plan de acción específico que incluya actividades para prevenir, contención y superación de la emergencia a más tardar el 24 de marzo.</p> <p>Una vez aprobada el plan de acción estará a cargo del departamento administrativo de Planeación Municipal y la secretaria de Salud y en coordinación de Gestión del Riesgo</p>

				<p>realizaran el control y seguimiento.</p> <p>El Gobierno Municipal de requerirse realizará los traslados y adiciones presupuestales necesarios para atender la emergencia.</p>
	20/03/2020	Decreto 142 de 2020	<p>“Por medio del cual se dispone el aislamiento preventivo temporal para el personal que labora en la administración municipal de Armenia se adoptan otras medidas para evitar el contagio con el virus COVID-19”</p>	<p>Aislamiento preventivo para todo el personal de planta y contratistas de la Administración Municipal, del 24 de marzo al 30 de abril, se aclara que se procede solo para el personal que por su naturaleza de las funciones las pueden realizar en casa.</p> <p>Revisión y en caso de modificar cada uno de los compromisos laborales de los servidores públicos, tanto de planta como las obligaciones</p>

				<p>contractuales de los contratistas.</p> <p>Suspender las intervenciones particulares y de los servidores ante la administración, para la contestación de documentos, actuaciones de carácter disciplinario, policivos, visitas técnicas o cualquier otro tramite</p>
	20/03/2020	Decreto 143 de 2020	<p>“Por medio del cual se decreta el aislamiento preventivo temporal y medidas adicionales del orden público en el Municipio de Armenia para prevención de la propagación de la</p>	<p>Aislamiento preventivo temporal a los habitantes del municipio de Armenia durante el periodo comprendido del 21 de marzo de 2:00 pm al 24 de marzo a las 4:00 am. Limitación de libre circulación de vehículos y personas del municipio a excepción de las actividades o labores</p>

			<p>pandemia COVID-19”</p>	<p>que se requieren para atender la emergencia.</p> <p>El terminal de transportes seguirá funcionando exclusivamente para servicio de carretera intermunicipal.</p>
	20/03/2020	Decreto 144 de 2020	<p>“Por medio del cual se declara la urgencia manifiesta como justificación de la modalidad de selección de contratación directa en el municipio de Armenia, Quindío para la atención de la pandemia Coronavirus (COVID-19)”</p>	<p>Contratación directa mediante la causal de urgencia de manifiesta de los bienes, suministros y servicios necesarios para ejecutar las acciones para prevenir identificar en forma temprana diagnosticar y atender la pandemia mundial por covid-19.</p>

	20/03/2020	Decreto 145 de 2020	“Por medio del cual se adoptan medidas adicionales al aislamiento temporal en el municipio de Armenia para la prevención de la propagación de la pandemia COVID-19”	Medidas adicionales al establecimiento temporal preventivo
	24/03/2020	Decreto 148 de 2020	“Por medio del cual se adopta el decreto presidencial N° 457 del 22 de marzo de 2020” Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia	Ordenar el aislamiento preventivo obligatorio de las personas del municipio de Armenia, a partir del 25 de marzo al 13 de abril. Solo se permite el derecho a la libre circulación de las 37 excepciones del decreto presidencial. <ul style="list-style-type: none"> - Obras civiles. - Alimentos - virtual

			del coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público” y se decretan medidas de orden público de carácter temporal en la ciudad de Armenia”.	<ul style="list-style-type: none"> - Personal necesario para la emergencia, servidores, contratistas entre otros. - Entidades bancarias
	31/03/2020	Decreto 152 de 2020	“Por medio del cual se modifica el parágrafo segundo del artículo primero del decreto 148 de 2020”	<p>Circulación de una sola persona por núcleo familiar</p> <p>Pico y cedula</p>
	11/04/2020	Decreto 156 de 2020	Decreto 156 de 11 de abril “Por medio del cual se adopta el decreto nacional N°531 del 8	Ordenar el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas del municipio partir de las 00:00 am del 13 de abril al 27 de abril.

MITIGACIÓN			de abril” Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria por la pandemia del coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público”	Limitación totalmente de la circulación de personas y vehículos en el territorio del municipio, excepto en las actividades o casos q permitan: 40 excepciones y los personas que desarrollen las actividades deberán cumplir con los protocolos de bioseguridad. Pico y cedula.
	13/04/2020	Decreto 159 de 2020	“Por medio del cual se modifican los artículos primero y segundo del artículo 156 del 11 de abril, de acuerdo al decreto 536 y se dictan otras disposiciones ”	41 excepciones y aislamiento preventivo hasta 00:00 am del 27 de abril. Garantizar el servicio público de transporte terrestre de pasajeros, servicios postales, distribución de paquetería, transporte de carga, el almacenamiento y logística para la carga de importaciones y

MITIGACIÓN				<p>exportaciones y que sean estrictamente necesarios</p> <p>La prestación de los servicios de la terminal de trasportes únicamente para el despacho y venta de tiquetes aquellas personas que se encuentren en el municipio de armenia, adelantando cualquier actividad exceptuada en el decreto y que acrediten que su lugar de domicilio se encuentra en otro municipio.</p>
	16/04/2020	Decreto 161 de 2020	“Por medio del cual se suspenden los términos de las actuaciones administrativas de los procedimientos del sector central de	Suspendidos los procedimientos sancionatorios contractuales y de simple incumplimiento contractual para hacer efectiva la garantía única de cumplimiento a favor de entidades estatales

			<p>Armenia como consecuencia de la declaratoria de emergencia sanitaria”</p>	<p>Los términos se reanudarán a partir del día hábil siguiente a la superación de la emergencia sanitaria, declara por el Ministerio de Salud.</p> <p>Durante la suspensión y hasta el momento de reanudar no correrán los tiempos de caducidad, prescripción o firmeza.</p> <p>Exceptuadas las actuaciones administrativas de procedimientos generales y especiales tales como:</p> <p>Actuaciones administrativas relativas a la efectividad de los derechos fundamentales</p> <p>Actuaciones para enfrentar la emergencia sanitaria</p>
--	--	--	--	--

				Actuaciones administrativas precontractuales Ejecución de contratos estatales.
	26/04/2020	Decreto 166 de 2020	“Por medio del cual se decreta aislamiento preventivo obligatorio y medidas adicionales de orden público en el municipio de Armenia para la prevención de la propagación de la pandemia COVID-19”.	Aislamiento preventivo obligatorio del 27 de abril al 11 de mayo. 47 excepciones Sábados y domingos restricción general Medidas para constructores, deberán solicitar inscripción y radicar protocolos a través de la página, deberá esperar los documentos q le envié la entidad, enviar documentos de protocolo a Ministerio de Vivienda. Una vez se verifique la documentación se aprueba y comenzaran

				<p>a laborar y luego visita de secretaria de salud.</p> <p>Proveedores el procedimiento es similar.</p> <p>Sector de manufactura igual al de construcción sin enviar al Ministerio Todos los protocolos deberán cumplir con los lineamientos del Ministerio – Resolución 666 del MSPS, PARA DOMICILIO la Circular 015 del Ministerio, Resolución 593 de 202, sector de manufactura.</p>
	08/05/2020	Decreto 174 de 2020	“Por medio del cual se decreta aislamiento preventivo obligatorio y medidas adicionales de orden público en el municipio de	<p>Aislamiento preventivo obligatorio del 11 de mayo hasta el 25 de mayo 00:00 am.</p> <p>53 excepciones con sus respectivos lineamientos</p>

			Armenia para la prevención de la propagación de la pandemia COVID-19.”	Ley seca del 09 de mayo al 11 de mayo
	10/05/2020	Decreto 176 de 2020	“Por medio del cual se adiciona el decreto municipal N° 174 del 8 de mayo y se dictan otras disposiciones ”	<p>Teniendo en cuenta el Decreto Nacional N°636 de 2020 las actividades al por menos de materiales de construcciones se han habilitado como nuevo sector de la economía. Y por tanto podrán abrir sus puertas</p> <p>Obligación de los protocolos de bioseguridad</p> <p>El municipio contará a partir del 11 de mayo con un aplicativo que permitirá hacer la radicación y validación del cumplimiento de los protocolos de las</p>

				<p>empresas. Protocolocovid.armeni a.gov.co.</p> <p>Circular expedida por la secretaria de Salud de Armenia.</p> <p>El registro es obligatorio en las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construcción de obra de infraestructura pública o privada - Comercio al por mayor y al por menor de materiales de construcción - Actividades de industria hotelera para atender emergencia - Cadena de producción de las manufacturas de productos textiles - Cadena de producción de las manufacturas de
--	--	--	--	--

				<p>vehículos automotores y motocicletas, muebles y colchones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fabricación, mantenimiento y reparación de computadores - Comercio al por menor de combustible, lubricantes, aditivos y productos de limpieza para automotores - Comercio al por mayor de muebles y enseres domésticos - Comercio a por mayor y menor de vehículos automotores y motocicletas, incluidos partes piezas y accesorios.
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> - Cadena de reparación, mantenimiento, transporte y distribución de las manufacturas vehículos y motocicletas - El servicio de lavandería. <p>Las autoridades y Policía Nacional tendrán acceso a la plataforma a fin de verificar el estado de aprobación o rechazo de los productos de los empresarios, podrán exigir tanto a empresarios como domiciliarios, así como el certificado arrojado en el aplicativo y código o circular aprobada de protocolos.</p> <p>Movilización de motocicletas con una</p>
--	--	--	--	--

				sola persona y en carros dos.
	24/05/2020	Decreto 185 de 2020	“Por medio del cual se prorroga la vigencia del decreto 174 de 08 de mayo 2020”.	Aislamiento preventivo hasta el 31 de mayo de 2020.
	28/05/2020	Decreto 191 de 2020	“Por medio del cual se adoptan y adaptan para los centros de empleo del nivel central de la Alcaldía de Armenia las medidas de bioseguridad para controlar y mitigar la pandemia coronavirus, de conformidad con la Resolución N° 666 de 24	Adopta, adapta e implementar al interior del municipio de Armenia, las medidas en el protocolo general de bioseguridad, el protocolo aplica para los servidores públicos y contratistas, pasantes, usuarios, proveedores y en general visitantes de la Alcaldía de Armenia.

			de abril de 2020”	
	29/05/2020	Decreto 199 de 2020	“Por medio del cual se decreta aislamiento preventivo obligatorio y medidas adicionales de orden público en el municipio de Armenia para la prevención de la propagación de la COVID-19”	<p>Aislamiento preventivo obligatorio del día 01 de junio hasta las 12:00 am del 01 de julio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Locales comerciales. - Comercio al por mayor y menor, incluido el funcionamiento de centros comerciales y actividades inmobiliarias. - Funcionamiento de comisarias e inspecciones de Policía. - Parqueaderos públicos para vehículos - Museos y bibliotecas

				<ul style="list-style-type: none"> - Laboratorios proactivos y de investigación - Servicios de peluquería. <p>Establecimiento de comercio un aforo del 30% de la capacidad habitual de cada uno.</p>
	30/06/2020	Decreto 221 de 2020	<p>“Por medio del cual se prorroga una medida de orden público-adoptada mediante decreto 199 de 29 de mayo, modificado por los decretos N° 204,207 y 211 y se dictan otras disposiciones para la atención de la</p>	<p>Aislamiento preventivo obligatorio hasta el 15 de julio.</p> <p>Circular Conjunta CIR2020-67-DMI-1000 de 30 de mayo y Resolución 991 del 17 de junio (Protocolo de bioseguridad para actividades con entrenamiento de deportistas de alto rendimiento)</p>

			<p>pandemia de COVID-19”.</p>	
	14/07/2020	<p>Decreto 237 de 2020</p>	<p>“Por medio del cual se implementa el plan piloto para la apertura de los establecimientos y locales comerciales que ejerzan actividades gastronómicas, brindando atención al público en el sitio de manera presencial o en la mesa, en el municipio de Armenia”.</p>	<p>Cumplir con la Resolución 666 de 24 de abril y la Resolución 1050 del 26 de junio de 2020. Obligatorio el protocolo de bioseguridad, implementados, radicados y validados.</p> <p>Registro en el aplicativo antes de iniciar actividades. Y contar con el certificado que arroje el mismo.</p> <p>La policía tendrá acceso a la información a fin de verificar la aprobación o rechazo de los protocolos</p>

	15/07/2020	Decreto 238 de 2020	“Por medio del cual se decreta aislamiento preventivo obligatorio y medidas adicionales de orden público en el municipio de Armenia para la prevención de la propagación de COVID-19”	Aislamiento obligatorio del 16 de julio al 01 de agosto. - Actividades no autorizadas.
	31/07/2020	Decreto 254 de 2020	“Por medio del cual se decreta aislamiento preventivo obligatorio y medidas adicionales de orden público en el municipio de Armenia para prevención de la propagación	Aislamiento preventivo obligatorio del 01 de agosto al 01 de septiembre. La alcaldesa (e) del municipio de Armenia en compañía de los secretarios de Gobierno y convivencia, Salud y Desarrollo Económico presidio la mesa de trabajo

			de la pandemia COVID-19”	<p>interinstitucional con la finalidad de fijar nuevas medidas para la prevención de la propagación del virus el 30 de julio.</p> <p>El 31 de julio se realizó una mesa con la fuerza pública y la asociación colombiana de restaurantes ACODRES, en el cual fijaron nuevas medidas de orden público como: toque de queda, ley seca entre otras.</p>
	20/08/2020	Decreto 275 de 2020	“Por medio del cual se implementa el plan piloto para la apertura de templos de las entidades religiosas del	<p>Obligatoriedad de los protocolos de bioseguridad</p> <p>Validación del protocolo ante el municipio</p>

			municipio de Armenia”.	
	26/08/2020	Decreto 281 de 2020	“Por medio del cual se implementa el plan piloto para la apertura de centros de entrenamiento o y acondicionamiento físico en el municipio de Armenia”.	Obligatoriedad de los protocolos de bioseguridad Validación del protocolo ante el municipio
	31/08/2020	Decreto 286 de 2020	“Por medio del cual se acoge el decreto nacional N° 1168 del 25 de agosto de 2020 y se dictan otras disposiciones en el municipio de armenia con ocasión de la	Distanciamiento individual responsable. Instar a la comunidad en cumplimiento de los protocolos de bioseguridad en desarrollo de las actividades. Sectores de la economía que puedan abrir locales

			pandemia covid-19"	comerciales o establecimientos de comercio.
	18/09/2020	Decreto 304 de 2020	"Por medio del cual se implementa el plan piloto para el consumo de bebidas alcohólicas en establecimientos o locales comerciales que presenten servicio de restaurante o bares en el municipio de Armenia Quindío".	Obligatoriedad de los protocolos de bioseguridad Validación del protocolo ante el municipio.
	30/09/2020	Decreto 316 de 2020	"Por medio del cual se prorroga la vigencia del decreto 286 del 31 de agosto de 2020 por medio del	Prorroga el Decreto 286 del 31 de agosto hasta el 01 de noviembre de 2020.

			cual se acoge el decreto nacional 1168 del 25 de agosto de 2020 y se dictan otras disposiciones en el municipio de armenia"	
	30/10/2020	Decreto 344 de 2020	"Por medio del cual se proroga la vigencia del decreto N°. 286 del 31 de agosto de 2020 -por medio del cual se acoge el decreto nacional nro. 1186 del 25 de agosto del 2020 y se dictan otras disposiciones en el municipio de armenia con ocasión de la	Por medio del cual se proroga la vigencia del decreto N° 286 del 31 de agosto por medio del cual se acoge el decreto nacional 1168 de 25 de agosto y se dictan otras disposiciones en el municipio de Armenia con ocasión de la pandemia COVID-19 Prorrogado por el decreto municipal 316 del 30 de septiembre hasta el 01 de diciembre de 2020

			<p>pandemia Covid 19 - prorrogado por el decreto municipal 316 del 30 de septiembre de 2020</p>	
	13/11/2020	Decreto 356 de 2020	<p>“Por medio del cual se adopta el programa, de pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible PRASS para el municipio de Armenia”.</p>	Implementación de la estrategia PRASS en el municipio de Armenia

Anexo 3. Instrumento de indicadores epidemiológicos

COMPORTAMIENTO GENERAL DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR COVID 19							
PERIODO EPIDEMIOLOGICO	TOTAL DE CASOS	TOTAL MUERTES	TOTAL RECUPERADOS	POBLACIÓN	LETALIDAD	PROPORCIÓN DE MORTALIDAD	TASA DE MORTALIDAD
1	0	0	0	304.764	0,00	0,0	0
2	0	0	0		0,00	0,0	0
3	3	0	3		0,00	0,0	0
4	34	1	33		2,94	0,0	0,33
5	17	0	17		0,00	0,00	0,00
6	26	0	26		0,00	0,0	0,00
7	49	0	49		0,00	0,0	0,00
8	211	12	199		5,69	0,4	3,94
9	775	25	750		3,23	0,9	8,20
10	1812	50	1762		2,76	1,7	16,41
11	4381	115	4266		2,62	3,9	37,73
12	4834	145	4689		3,00	5,0	47,58
13	5328	125	5203		2,35	4,3	41,02
Total	17470	473	16997		2,71	16,2	155,2
LETALIDAD	(Número de muertes por COVID/Número de enfermos por COVID) *100						
PROPORCIÓN DE MORTALIDAD	(Número de muertes por COVID /Número de muertos por todas las causas) *100						
TASA DE MORTALIDAD	(Número de muertes por COVID/ Total de habitantes por ciudad capital) * 100.000 hbtes						

COMPORTAMIENTO DE LA COVID 19 SEGÚN SEXO								
PERIODO EPIDEMIOLOGICO	HOMBRES		143.543		MUJERES		161.221	
	TOTAL DE CASOS	TOTAL MUERTES	LETALIDAD	TASA DE MORTALIDAD	TOTAL DE CASOS	TOTAL MUERTES	LETALIDAD	TASA DE MORTALIDAD
1	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
2	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
3	1	0	0,00	0,00	2	0	0,00	0,00
4	16	1	6,25	0,70	18	0	0,00	0,00
5	9	0	0,00	0,00	8	0	0,00	0,00
6	11	0	0,00	0,00	15	0	0,00	0,00
7	17	0	0,00	0,00	32	0	0,00	0,00
8	105	10	9,5	6,97	106	2	1,89	1,24
9	375	16	4,3	11,15	400	9	2,25	5,58
10	873	34	3,9	23,7	939	16	1,70	9,92
11	2034	67	3,3	46,68	2347	48	2,05	29,77
12	2256	100	4,4	69,67	2578	45	1,75	27,91
13	2535	86	3,4	59,91	2793	39	1,40	24,19
Total	8232	314	3,8	218,75	9238	159	1,72	98,62
LETALIDAD	(Número de muertes por COVID en hombres/Número de hombres con diagnóstico de COVID) *100							
	(Número de muertes por COVID en mujeres/Número de mujeres con diagnóstico de COVID) *100							
TASA DE MORTALIDAD ESP	(Número de muertes por COVID por cada sexo/ Total de habitantes por cada sexo) * 100.000 hbtes							

COMPORTAMIENTO DE LA COVID SEGÚN REGIMEN DE AFILIACIÓN								
PERIODO EPIDEMIOLOGICO	SUBSIDIADO - CONTRIBUTIVO		328.665		REG ESPECIAL		7.755	
	TOTAL DE CASOS	TOTAL MUERTES	LETALIDAD	TASA DE MORTALIDAD	TOTAL DE CASOS	TOTAL MUERTES	LETALIDAD	TASA DE MORTALIDAD
1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	0	0	0	0	0	0	0
3	16	0	0	0	0	0	0	0
4	14	1	7,14	0,30	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0
6	1	0	0	0	0	0	0	0
7	7	1	14,3	0,30	0	0	0	0
8	154	11	7,14	3,35	12	1	0	0
9	689	27	3,92	8,22	50	3	6,00	38,68
10	1767	43	2,43	13,08	83	1	1,20	12,89
11	3999	115	2,88	34,99	173	1	0,58	12,89
12	3858	116	3,01	35,29	230	2	0,87	25,79
13	4426	87	1,97	26,47	242	4	1,65	51,58
Total	14932	401	2,69	122,01	790	12	1,52	154,74
LETALIDAD	(Número de muertes por COVID según regimen de afiliación /Número de casos de COVID según regimen de afiliación) *100							
TASA DE MORTALIDAD ESP	(Número de muertes por COVID por cada regimen/ Total de habitantes por cada regimen) * 100.000 hbtes							

COMPORTAMIENTO DE LA COVID 19 SEGÚN EDAD														
EDAD	PERIODOS EPIDEMIOLOGICOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
0 A 4	TOTAL DE CASOS	0	0	0	0	0	1	0	2	11	14	40	37	40
	TOTAL MUERTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	LETALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17.400	TASA DE MORTALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 A 9	TOTAL DE CASOS	0	0	0	0	0	2	0	2	11	23	54	58	62
	TOTAL MUERTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	LETALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17.159	TASA DE MORTALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 A 14	TOTAL DE CASOS	0	0	0	0	0	1	2	2	22	35	68	92	114
	TOTAL MUERTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	LETALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18.017	TASA DE MORTALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 A 19	TOTAL DE CASOS	0	0	1	1	0	1	1	6	29	67	194	205	235
	TOTAL MUERTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	LETALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21.260	TASA DE MORTALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 A 24	TOTAL DE CASOS	0	0	1	2	1	0	2	25	53	171	368	424	491
	TOTAL MUERTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1
	LETALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,54	0,24	0,20
24.146	TASA DE MORTALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,28	4,14	4,14
25 A 29	TOTAL DE CASOS	0	0	0	4	4	4	2	33	103	224	534	567	607
	TOTAL MUERTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1
	LETALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,88	0,16
24.363	TASA DE MORTALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20,5	4,10
30 A 34	TOTAL DE CASOS	0	0	0	3	0	2	3	21	101	183	501	545	574
	TOTAL MUERTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	LETALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22.325	TASA DE MORTALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35 A 39	TOTAL DE CASOS	0	0	0	5	2	6	2	15	91	207	507	469	537
	TOTAL MUERTES	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
	LETALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	1,10	0	0,20	0	0
21.869	TASA DE MORTALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	4,57	0	4,57	0	0
40 A 44	TOTAL DE CASOS	0	0	0	4	0	1	2	25	76	166	394	384	460
	TOTAL MUERTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	3
	LETALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,02	0	0,65
19.989	TASA DE MORTALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20,01	0	15,0	
45 A 49	TOTAL DE CASOS	0	0	1	1	2	1	2	11	54	127	328	373	349
	TOTAL MUERTES	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	5	3	4
	LETALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	9,09	3,70	2,36	1,52	0,80	1,15
18.664	TASA DE MORTALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	5,36	10,7	16,1	26,8	16,07	21,4
50 A 54	TOTAL DE CASOS	0	0	0	1	1	2	2	13	49	142	322	360	436
	TOTAL MUERTES	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	8
	LETALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	7,69	2,04	0,70	0,62	0,56	1,83
20.003	TASA DE MORTALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	5,00	5,00	5,00	10,0	10,0	39,99
55 A 59	TOTAL DE CASOS	0	0	0	5	2	0	7	18	57	145	296	329	391
	TOTAL MUERTES	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	8	5	8
	LETALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	5,56	1,75	2,76	2,703	1,52	2,05
19.955	TASA DE MORTALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	5,01	5,01	20,0	40,1	25,1	40,09
60 Y MAS	TOTAL DE CASOS	0	0	0	8	5	5	24	38	118	308	775	991	1032
	TOTAL MUERTES	0	0	0	1	0	0	0	9	20	42	93	129	100
	LETALIDAD	0	0	0	12,5	0	0	0	23,7	16,95	13,64	12,0	13,02	9,69
59.614	TASA DE MORTALIDAD	0	0	0	1,7	0	0	0	15,1	33,5	70,45	156,0	216,4	167,7
LETALIDAD		(Número de muertes por COVID según grupo de edad /Número de casos de COVID en cada grupo de edad) *1												
TASA DE MORTALIDAD ESP		(Número de muertes por COVID según grupo de edad /Número de personas en cada grupo de edad) *100.000												

