

Alcaldes, responsables de hacer cumplir la medida del carné de vacunación

Si hay un establecimiento que no sigue las instrucciones entrará a regir el Código de Policía.

Esta semana el Ministerio de Salud y Protección Social anunció que, a partir del 16 de noviembre, todos los ciudadanos mayores de 18 años deberán presentar el carné de vacunación covid-19 para ingresar a cualquier evento de ocio que implique aglomeración.

De acuerdo a Gerson Bermont, director de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud, la medida será pedagógica desde hoy y tiene dos objetivos: garantizar que se cumplirá la meta de vacunar al 70% de los colombianos, pero también lograr una reactivación económica segura que evite la gravedad de un cuarto pico.

“Buscamos que todos los sitios con aglomeración sean más seguros para que si un colombiano, por ejemplo, va a un cine, pueda estar tranquilo con que todos lo que están al interior están vacunados y pueda quitarse el tapabocas”, explicó el director.

Respecto a las dudas sobre si el carné será un requisito en lugares como iglesias, el funcionario aclaró que las medidas del Decreto 1408 del 3 de noviembre de 2021, aplican para lugares y actividades de ocio. Esto quiere decir que “para ingresar a una iglesia, al culto que todos tienen derecho, no se necesita. Pero si se va a hacer un evento de la parroquia ahí si se tendrá que exigir”.

Respecto a los eventos en espacios abiertos, el Decreto establece que no será necesario en aquellos que permitan mantener un metro de distancia entre las personas. Solo aplicará para aquellos en los que no se pueda cumplir dicha distancia y las personas deba estar por largo tiempo interactuando con un grupo amplio de personas.

Bermont también fue enfático en que este es un Decreto presidencial de orden público al que todos los

alcaldes del país deben acogerse, por eso, en ellos recae la principal responsabilidad para el debido cumplimiento en todos los territorios.

“Los alcaldes serán los responsables de implementar el Decreto y quienes deben hacerlo cumplir son los dueños de cada establecimiento. Si hay un establecimiento que no cumple la medida entrará a regir el código de policía, que va desde llamado de atención hasta el cierre del lugar. Además, cualquier sanción al respecto será sobre el propietario y no el ciudadano. Los alcaldes darán las instrucciones necesarias a sus cuerpos de Policía sobre cómo actuar”, explicó el director.

Respecto a la validez del carné físico y digital, Bermont aclaró que por el momento el principal documento será el físico. “Como hay un retraso en el cargue de Paiweb con el proceso de vacunación el documento principal será en físico, pero en un futuro el código QR será el establecido oficialmente”, dijo.

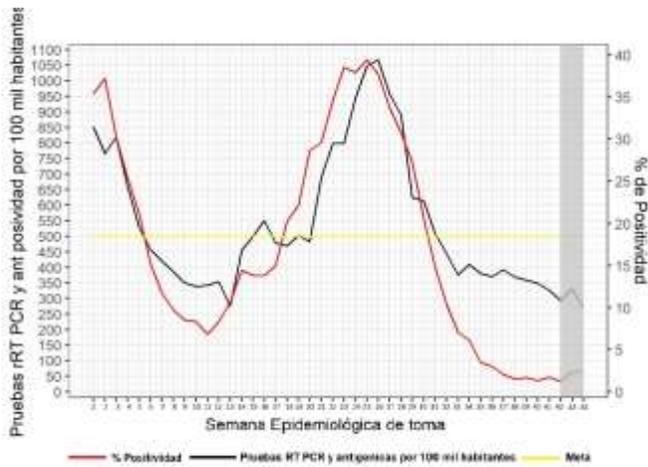
Asimismo aclaró que las personas que tienen un carné de vacunación del exterior podrán usalo, pero deben acercarse a las IPS para que les entreguen el nacional y obtener el código QR respectivo.

Finalmente, recordó que la medida, por ahora, está dada para todos los eventos masivos: conciertos, ferias y sitios como restaurantes, bares, gastrobares, bingos, casinos o estadios, pero constantemente se estará evaluando si es necesario ampliar la medida a otros espacios. “Hoy no está, por ejemplo, para montarse en un avión o ingresar a iglesias pero estaremos evaluando la medida permanentemente”, concluyó.

Fuente: Minsalud. Boletín No. 1.118 de 2021. 4 de noviembre de 2021

Gráfico 1 Positividad de las pruebas diagnósticas RT-PCR y antigénicas de para SARS-CoV-2 el Huila.





Fuente: SSDH

La línea horizontal amarilla representa la meta de 500 pruebas de RT PCR y antigénicas por semana por 100 mil habitantes, según la fecha de toma, el departamento del Huila superó esta meta hasta la semana 6 y luego a partir de la semana 20 hasta la semana 31 de 2021.

En la semana 44 se tomaron 3054 pruebas con una tasa de 269,8 por 100 mil habitantes, lo que representa un aumento del 16,7%, sin contar con el rezago por los reportes pendientes.

El porcentaje de positividad fue de 2,45, aumento una décima con respecto a la semana anterior, teniendo en cuenta que hay rezago de reportes pendientes.

Tabla 1. Conglomerados del COVID 19. Huila.

Tipo de Conglomerado	Número de Conglomerados	Casos Confirmados	Muestras tomadas	Muertos	Abierto	Cerrado	% Positividad
Instituciones de Salud	96	655	1822	19	0	96	35,9
Instituciones Educativas	4	25	232	0	0	4	10,8
Empresas	135	1066	2931	4	0	135	36,4
Policia	28	329	438	0	0	28	75,1
FFMM	18	123	180	1	0	18	68,3
Centros de protección	30	389	786	35	0	30	49,5
Población Carcelaria	13	1257	2785	6	0	13	45,1
Indígenas	5	26	138	2	0	5	18,8
Comunitario	12	136	936	3	0	12	14,5
Plaza de mercado	1	10	188	0	0	1	5,3
Migrantes	2	11	68	1	0	2	16,2
Total General	344	4027	10504	71	0	344	38,3

Fuente: SSDH

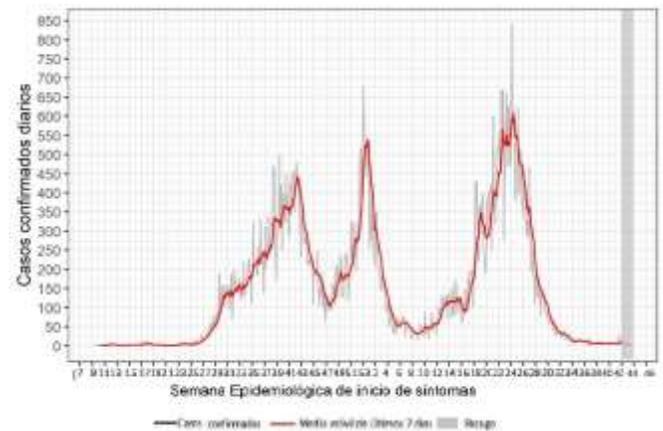
El 39,2% de los conglomerados lo generan las empresas, aumentando el riesgo de exposición a la infección en este entorno laboral con atención al público, seguido por las instituciones prestadoras de servicios de salud

con el 27,9%; sin embargo, la tasa más alta de positividad se registró en la PONAL con el 75,1%.

La relación del total de casos confirmados por conglomerados y sus contactos es de 2,6 casos, con una letalidad acumulada del 1,7%.

Durante la semana 43 no se presentaron conglomerados nuevos en el departamento del Huila.

Gráfico 2. Casos confirmados de COVID 19 (fecha de inicio de síntomas).



Fuente: SSDH

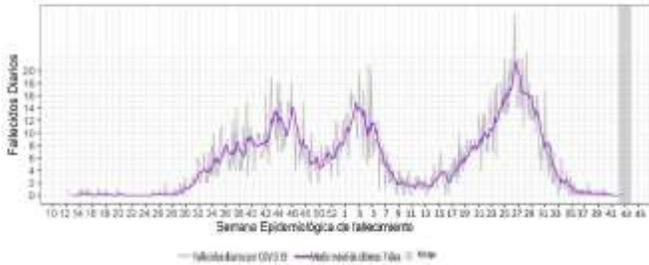
Durante la semana 44 del 2020 se evidenció el mayor número de casos confirmados y posteriormente una tendencia al descenso. Desde la semana 49 del mismo año, la notificación de casos confirmados se incrementó nuevamente y durante la semana 1 y 2 del año 2021, se evidenció un nuevo pico con 450 casos confirmados diarios en promedio.

Según la fecha de inicio de síntomas, en el tercer pico se evidencia una meseta entre las semanas 22 y 24 con un aumento importante de casos en la semana 25, donde se registró más de 600 casos en promedio, superior en de toda la pandemia.

El número de casos de la semana 44 de 2021 por fecha de inicio de síntomas es de 16, (4 casos más que en la semana anterior), con un promedio de 2,85 diarios.



Gráfico 3. Incidencia de casos fatales por COVID 19 en el Huila- promedio móvil de 7 días.



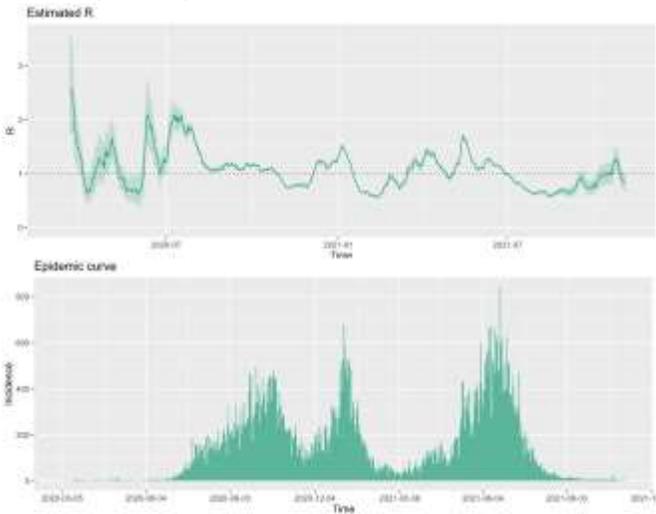
Fuente: SSDH

El día con mayor número de defunciones desde el inicio de la pandemia había sido el 4 de febrero del 2021 con 21 casos por fecha de defunción. En la semana 17, inicia de nuevo el aumento de fallecidos, el cual se prolonga hasta la semana 27.

El 8 de julio, fallecieron 26 personas por COVID 19, y el 6 de julio 22, siendo así la semana 27 con mayor fallecidos de toda la pandemia.

En la semana 44 se presentaron 2 muertes por covid 19 según fecha de defunción, con un promedio de 0,28 diarios, teniendo en cuenta el rezago de la información.

Gráfico 4. Número reproductivo efectivo promedio de 15 días (IC 95%)



Fuente: SSDH

El día con mayor notificación de casos en el tercer pico fue de 904 y por fecha de inicio de síntomas fue de 600 casos.

La velocidad de transmisión expresada en el número reproductivo efectivo (Rt) en periodos de 15 días, fue de 0,99. El valor del Rt aumento un 4,2% respecto a la semana pasada, (sin contar con la semana de rezago); lo que nos indica que la velocidad de transmisión podría aumentar en las próximas semanas.

Gráfico 5. Comportamiento de la Hospitalización, Huila.



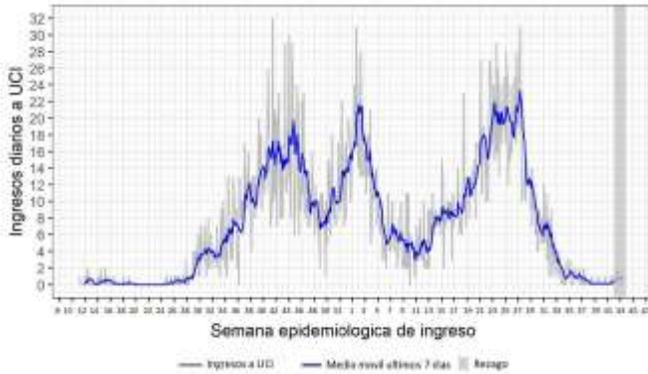
Fuente: SSDH

Durante la semana 44 ingresaron dos (2) personas a Hospitalización por COVID 19, con un promedio diario de 0,3 ingresos diarios, es decir, que se mantiene el ingreso con respecto a la semana inmediatamente anterior.

Respecto a los pacientes que requirieron hospitalización general, el promedio de estancia fue de $8 \sigma \pm 8,7$ días; la edad promedio es de $54,9 \sigma \pm 18,9$ años, siendo la edad mínima de 0 días de vida y la máxima es de 100 años, el 75% de los ingresos corresponden a edades de 69 años o menos de edad (p75); por cada mujer que ingresa a Hospitalización, ingresan 1,6 hombres. La probabilidad de fallecer estando en hospitalización durante la pandemia es del 6,1%.

Gráfico 6. Comportamiento del ingreso a UCI.



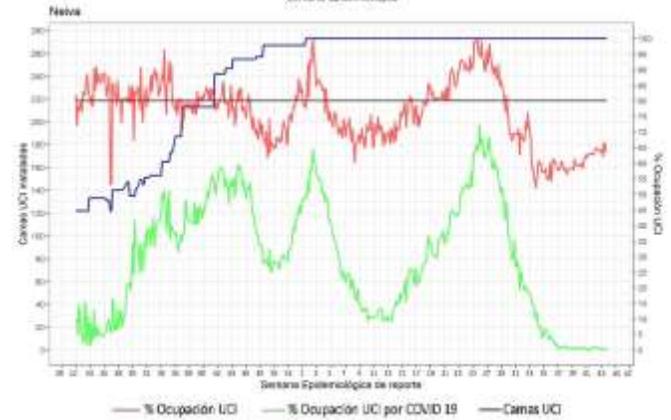
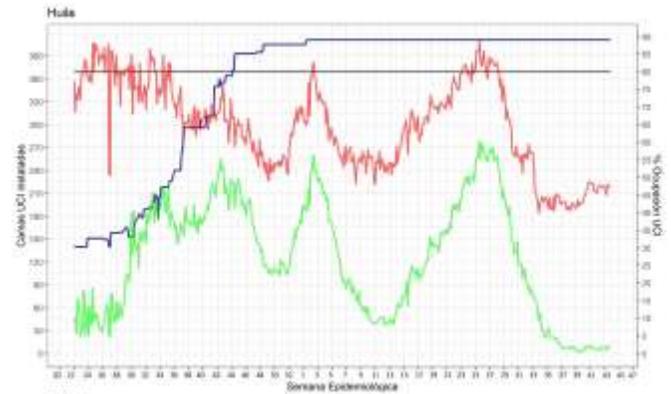


Fuente: SSDH

Durante la semana 44 se presentó dos (2) y cuatro (4) rezagos de la semana anterior, de ingresos por COVID 19 a Unidad de Cuidado Intensivo, lo que significa un aumento en el número de pacientes manteniendo un promedio diario de ingreso de 0.3.

Respecto a los pacientes que requirieron una Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), el promedio de estancia fue de $12 \sigma \pm 9,4$ días; la edad promedio es de $58,7 \sigma \pm 17,2$ años, siendo la edad mínima 11 días de vida y la máxima de 101 años, el 75% de los ingresos corresponden a edades de 71 años o menos de edad (p75). La razón entre hombres y mujeres de ingreso a UCI es de 1:1,7, es decir, por cada mujer que ingresa a UCI, ingresan 1,7 hombres. La probabilidad de fallecer estando en una Unidad de Cuidado Intensivo –UCI durante la pandemia es del 42,3%.

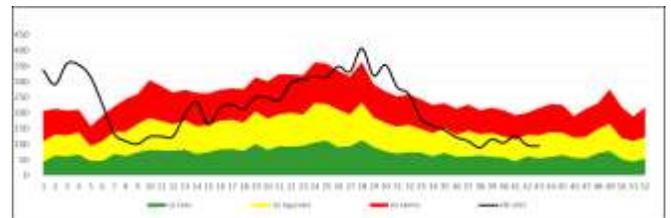
Grafico 7. Capacidad instalada y ocupación de UCI



Fuente: SSDH

Desde la semana 52 del año 2020 la ocupación UCI por pacientes con COVID se incrementó rápidamente hasta la semana 3 del año 2021, después de la cual observamos un decrecimiento de los casos; volviendo a incrementar su ocupación desde la semana 14 del 2021. En el departamento, al cierre de la semana 44, las UCI han estado ocupadas en un 47% y en Neiva 64%.

Grafico 8. Canal endémico de la Infecciones Respiratorias Agudas, Huila



Fuente: SIVIGILA



El comportamiento del canal endémico en la ocupación de los servicios de hospitalización y UCI por IRA de los últimos seis años, nos muestra que hasta la sexta semana del año 2021 el departamento del Huila se encontraba en brote, situación que paso a zona de seguridad hasta la semana 13, después de esta semana se presenta en zona de alarma, para la semana 26 a 32 nos encontramos en brote, en la semana 44 ingresamos nuevamente a zona de seguridad. Es importante aclarar que producto de los ajustes notificados al SIVIGILA por las UPGD se podrían presentar cambios en el comportamiento.

Tabla 2. Tasa de incidencia, mortalidad, letalidad, y positividad por municipios.

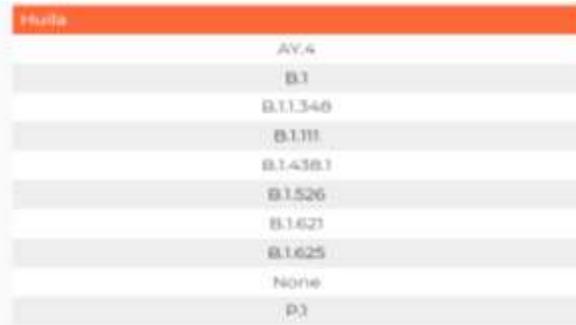
Municipio	Incidencia			Tasa de mortalidad			Letalidad			Tasa de muestras			% positividad		
	Incidencia PE anterior	Incidencia	Tendencia	Tasa de mortalidad PE anterior	Tasa de mortalidad	Tendencia	Letalidad PE anterior	Letalidad	Tendencia	Tasa de muestras PE anterior	Tasa de muestras	Tendencia	% PE anterior	% positividad	Tendencia
Neiva	29,1	14,7	↓	0,5	0,0	↓	2,8	2,0	↓	2986,1	2268,1	↓	1,0	1,2	↓
Acevedo	7,9	4,0	↓	3,9	0,0	↓	25,0	0,0	↓	360,6	270,5	↓	1,1	2,9	↓
Agrado	11,5	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	2708,1	899,0	↓	0,4	1,2	↓
Aipe	18,8	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	443,5	335,6	↓	6,8	0,0	↓
Algeciras	4,6	0,0	↓	0,0	0,0	↓	25,0	0,0	↓	544,8	268,0	↓	3,2	0,0	↓
Altamira	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	363,3	181,7	↓	0,0	0,0	↓
Beraya	12,3	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	119,9	179,5	↓	0,0	6,7	↓
Campoalegre	10,1	0,0	↓	3,2	0,0	↓	20,0	0,0	↓	559,9	376,4	↓	2,3	0,0	↓
Colombia	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	337,0	393,1	↓	4,2	10,7	↓
Elias	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	438,2	392,1	↓	0,0	0,0	↓
Garzón	27,1	35,6	↑	0,0	1,3	↑	0,0	6,3	↑	1312,2	1088,8	↓	2,7	3,2	↓
Gigante	12,6	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	505,4	381,1	↓	6,3	0,0	↓
Guadalupe	27,9	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	650,2	357,6	↓	4,2	1,5	↓
Hobo	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	416,2	188,0	↓	0,0	0,0	↓
Iguira	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	254,7	307,9	↓	0,0	0,0	↓
Isnos	4,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	374,0	358,6	↓	1,0	0,0	↓
La Argentina	46,3	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	361,7	640,4	↓	16,7	0,0	↓
La Plata	8,2	3,3	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	1211,4	1340,1	↓	0,7	0,8	↓
Nátaga	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	120,7	452,7	↓	0,0	0,0	↓
Oporopa	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	316,1	158,1	↓	0,0	0,0	↓
Paicol	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	396,3	265,6	↓	0,0	0,0	↓
Palermo	7,8	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	531,2	273,0	↓	3,5	0,0	↓
Palestina	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	191,5	130,5	↓	0,0	0,0	↓
Pital	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	121,1	242,1	↓	0,0	11,7	↓
Pitalito	33,3	4,1	↓	1,5	1,5	↓	7,0	0,0	↓	1174,9	1045,4	↓	3,7	5,7	↓
Rivera	75,3	16,7	↓	0,0	0,0	↓	5,3	0,0	↓	793,1	520,9	↓	8,0	3,8	↓
Saladoblanco	19,2	9,6	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	337,9	272,2	↓	5,6	6,9	↓
San Agustín	9,2	0,0	↓	5,9	0,0	↓	20,0	100,0	↓	655,7	411,6	↓	0,4	0,0	↓
Santa María	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	227,5	246,5	↓	0,0	0,0	↓
Suaza	0,0	13,3	↑	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	327,2	213,8	↓	1,3	4,1	↓
Tarqui	23,3	17,5	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	425,2	229,4	↓	3,9	9,8	↓
Tesalia	19,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	208,8	453,9	↓	4,3	2,0	↓
Tello	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	159,7	361,4	↓	0,0	0,0	↓
Teruel	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	943,6	343,1	↓	1,3	0,0	↓
Timaná	9,3	4,6	↓	4,5	0,0	↓	33,3	0,0	↓	337,1	260,7	↓	4,0	1,7	↓
Villa Vieja	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	465,8	137,0	↓	2,9	0,0	↓
Yaguará	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	0,0	0,0	↓	494,4	671,9	↓	0,0	1,9	↓

Fuente: INS

Con los datos de las últimas 4 semanas se calculó la tasa de Incidencia, mortalidad, letalidad y muestras por 100 mil habitantes y porcentaje de positividad, así como su variación con respecto a la semana anterior.

De acuerdo a esto, el INS priorizo al municipio de Suaza por aumento en la incidencia, tasa de muestreo en descenso y aumento en la positividad.

Tabla 3. Distribución de linajes en el Huila, 2021



Fuente: <http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-genoma.aspx>

Los linajes de interés en estos momentos son el B.1.1.7 reportado en Reino Unido (mayor transmisibilidad), B.1.351 reportado en Suráfrica, B.1.128.1 homólogo de P.1 (dependiendo de las mutaciones del genoma) identificado en Brasil, B.1.427 y B.1.429 identificado en California USA, linaje B.1.526 y B.1.525 identificado en Nueva York USA¹ y la B.1.617 y B.1.618 “cepa de Bengala”, que se constituye en los dos linajes autóctonos de la India, que presenta dos nuevas mutaciones en la proteína de la espiga, facilitando la invasión al sistema inmunológico. Para el departamento del Huila se confirma circulación del P1 Gamma y variante delta identificado recientemente.

Metodología: Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 37 del 2021, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar, con distribuciones de frecuencias en figuras y tablas.

El software utilizado es R, su interface R Studio de distribución libre, incluyendo las librerías de incidence, epiestim y s; software STATA 15.1 para análisis univariado.

La información reportada en este boletín está sujeta a los ajustes luego de la Investigación epidemiológica de campo y las unidades de análisis

Elaboró: Equipo SAR Huila –EEVV-SIVIGILA

Revisó: CESAR ALBERTO POLANIA SILVA – Secretario de Salud Departamental

