

RESOLUCIÓN 0039 DE 01 DE JUNIO DE 2020

“POR MEDIO DE LA CUAL SE IMPLEMENTA UN TABLERO DE CONTROL Y MONITOREO CONTINUO DE COVID – 19 EN EL DISTRITO DE SANTA MARTA”

El suscrito Secretario de Salud Distrital de Santa Marta, en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en la ley 1751 de 2015, ley 9 de 1979, Decreto Legislativo 538 de 2020, Decreto 780 de 2016 y demás normas que las desarrollan y complementan,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 209 de la Constitución Política de Colombia, establece que la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla, con fundamento en los principios de delegación y desconcentración de funciones, entre otros.

Que la Constitución Política en su artículo 49 dispone que: *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental, son servicios a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”*.

Que la ley 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud y dispone en el artículo 5° que el estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, como uno de los elementos fundamentales del estado social de derecho.

Que la ley 9° de 1979 dispone en su Título VII que corresponde al estado como regulador en materia de salud, expedir las disposiciones necesarias para asegurar una adeudada situación de higiene y seguridad en todas las actividades, así como vigilar su cumplimiento a través de las autoridades de salud.

Así mismo el artículo 591 ibídem, relaciona entre otras, las medidas preventivas sanitarias en el literal a) *“El aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades. Este aislamiento se hará con base en certificado médico expedido por la autoridad sanitaria y se prolongará sólo por el tiempo estrictamente necesario para que desaparezca el peligro de contagio;”*.

Que el Decreto 780 de 2016 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, dispone en su artículo 2.8.8.1.4.3. que *“... sin perjuicio de las medidas antes señaladas y en caso de epidemias o situaciones de emergencia sanitaria nacional o internacional, se podrán adoptar medidas de carácter urgente y otras precauciones basadas en principios científicos recomendadas por expertos con el objetivo de limitar la diseminación de una enfermedad o un riesgo que se haya extendido ampliamente dentro de un grupo o comunidad en una zona determinada”*.

Que en observancia de la declaratoria de Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional (ESPII), emanada de la organización mundial de la salud (OMS) el Ministerio de Salud y Protección Social mediante resolución No. 380 de marzo 10 de 2020 adoptó medidas preventivas sanitarias en el país, por causa del Coronavirus (COVID19). Adicionalmente expidió resolución No. 385 del 12 de marzo de 2020 por medio del cual se declaró la emergencia sanitaria con ocasión a la presencia del Coronavirus-(COVID-19) en nuestro País, siguiendo los lineamientos de la OMS, con el objeto de mitigar su transmisión en nuestro territorio.

17/06/20
f



Que el comité Asesor Científico Ad Honorem Pandemia Covid19 en su informe número: 006 de la pandemia por Covid-19 en el Distrito de Santa Marta (Documento que hace parte íntegra de la Resolución), estableció un Tablero de Control de Variables Críticas en manejo Covid19 como insumo para la toma de decisiones de la Secretaría de Salud del Distrito de Santa Marta.

Que se hace indispensable para la Secretaría de Salud del Distrito de Santa Marta, la implementación de un mecanismo de control que permita la toma de decisiones ante el inminente crecimiento de contagios del Covid-19 y poder activar los planes de contingencia del Distrito, de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) distritales, como medida especial que permita garantizar una respuesta inmediata, adecuada y oportuna, con el objeto de frenar la propagación del coronavirus (COVID-19) en la ciudad.

Que, una vez establecido los criterios y mecanismos para el manejo de la emergencia, y de ser necesario, el Distrito de Santa Marta implementará el Decreto 538 del 12 de abril de 2020, en su Artículo 4: "Gestión centralizada de las Unidades de Cuidado Intensivo y de las Unidades de Cuidado Intermedio. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, en caso de alta demanda, las entidades territoriales por medio de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE-, asumirán el control de la oferta y disponibilidad de camas de Unidades de Cuidados Intensivos y de Unidades de Cuidados Intermedios. El Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE- de cada departamento o distrito, coordinará el proceso de referencia y contrarreferencia, definiendo el prestador a donde deben remitirse los pacientes que requiera los servicios antes mencionados, mediante el Formato Estandarizado de Referencia de Pacientes.", Parágrafo Primero y parágrafo Segundo ibidem.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. Adoptar como mecanismo para el mejoramiento en la toma de decisiones, el informe número 006 del COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO AD HONOREM PANDEMIA COVID19, "ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN TABLERO DE CONTROL" en el Distrito de Santa Marta, el cual hace parte íntegra de esta Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su promulgación y estará vigente hasta tanto persistan las circunstancias que dieron su origen.

Dado en el Distrito de Santa Marta al primer día (01) del mes de junio de 2020.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE



HENRIQUE LUIS TOSCANO SALAS
Secretario de Salud Distrital de Santa Marta

Revisó	Gisselle Dávila Aarón - Jefe de la Oficina de Apoyo a la Gestión
--------	--



COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO AD HONOREM PANDEMIA COVID19**INFORME NÚMERO: 006****Informe de la pandemia por Covid-19 en el distrito de Santa Marta
ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN TABLERO DE CONTROL****1. Metodología.**

Se revisó la información suministrada por la Organización Mundial de la Salud (1), Instituto Nacional de Salud (2, 3,4), Observatorio de Salud de Bogotá (5) y la Secretaría de Salud Distrital de la ciudad de Santa Marta, en especial lo relacionado con la importancia del monitoreo continuo de la pandemia en cada territorio para generar respuestas ágiles, monitoreo que requiere la implementación de tableros de control. De esa revisión se definieron siete indicadores a ser incluidos en el tablero de control Covid19 para el distrito de Santa Marta, los cuales fueron ponderados en función de su relevancia para valorar la transmisión, la gravedad o la capacidad de respuesta del ente territorial a la pandemia. Al final, se da un menú de recomendaciones no exhaustivas de las actividades recomendadas a realizar acorde al nivel de alerta.

2. Indicadores a ser considerados en un tablero de control

Se ha establecido que en el seguimiento de la pandemia Covid19, existen tres grupos importantes de criterios, no necesariamente excluyentes, muchos de ellos con alto grado de interdependencia (1). Eso tres grupos de criterios son:

- **Criterios para valorar la transmisión:** Permiten analizar la posibilidad de propagación del virus, a este grupo de criterios pertenecen:
 - ✓ Rt
 - ✓ Número total de casos confirmados por PCR en la última semana desde la fecha del inicio de los síntomas
 - ✓ Incidencia acumulada en los últimos 7 días
 - ✓ Porcentaje de casos posibles o sospechosos con la prueba PCR realizada
 - ✓ Tasa de positividad de los casos sospechosos
- **Criterios para valorar la gravedad:** Permiten evaluar el grado de afectación de un territorio por la pandemia, a este grupo de criterios pertenecen:
 - ✓ Número de pacientes hospitalizados en sala general en los últimos 7 días y el porcentaje de ocupación de cama hospitalaria
 - ✓ Número de casos hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos en los últimos 7 días y el porcentaje de ocupación
 - ✓ Número de fallecidos en los últimos 7 días
 - ✓ Letalidad por Covid19 en los últimos 7 días
- **Criterios para valorar las capacidades de detección y respuesta:** Permiten analizar la posibilidad que tiene un territorio para detectar casos nuevos y su capacidad de respuesta para contener brotes, a este grupo de criterios pertenecen:
 - ✓ Número de camas de cuidados intensivos por cada 10.000 habitantes
 - ✓ Capacidad de atención primaria/atención domiciliaria para el diagnóstico precoz a todos los sospechosos
 - ✓ Disponibilidad protocolos y recursos para el seguimiento de contactos
 - ✓ Existencia de un sistema de vigilancia epidemiológica en el territorio y funcionalidad del mismo.

De este grupo de variables indicadoras, el ministerio de salud y protección social, seleccionó siete y adicionó otras dos que evalúan movilidad ciudadana y cumplimiento de la cuarentena para un total de nueve indicadores a los cuales recomendó realizar seguimiento frecuente para definir acciones tempranas (2).



De todos los indicadores anteriormente mencionados y considerando la importancia del número reproductivo efectivo (Rt) en la propagación de la pandemia y capacidad instalada de noventa y siete (97) camas de UCI en el distrito de Santa Marta que además es ciudad de referencia para pacientes de UCI de todo el departamento del Magdalena, el comité asesor científico seleccionó y asignó un factor de ponderación a los siguientes siete indicadores para conformar el tablero de control de la pandemia Covid19 en el distrito de Santa Marta

1. Rt
2. Tiempo necesario para la duplicación de contagios
3. Letalidad acumulada
4. Positividad
5. Número de pruebas diarias
6. Promedio de casos diarios en la última semana
7. Porcentaje de ocupación de UCI

3. Indicadores del tablero de control.

- **Rt (número reproductivo efectivo)**

Definición del número reproductivo efectivo (Rt)

Es un parámetro teórico que proporciona cierta información acerca de la velocidad con que una enfermedad puede propagarse en una población determinada. El número reproductivo efectivo, según lo plantea el Instituto Nacional de Salud colombiano, “es el número de casos en promedio que pueden ser causados por una persona infectada. Por tanto, es deseable que este indicador se ubique y se mantenga por debajo del 1,0. Su valor varía en el tiempo de acuerdo con el cumplimiento de las medidas no farmacológicas de prevención de contagio. Para la Estimación Nacional del (Rt) no se reportan intervalos de confianza” (3). Se debe recalcar que este es un parámetro teórico y que depende completamente de la capacidad de diagnóstico de la enfermedad en una población dada, por lo tanto, la precisión del mismo dependerá de la capacidad para detectar casos positivos.

Importancia del Número reproductivo efectivo (Rt):

La estimación del (Rt) es útil para entender la transmisión de una enfermedad en una población, permite conocer un mejor brote epidémico y preparar la respectiva respuesta enmarcadas en políticas públicas en salud (2). Este parámetro es muy importante al momento de determinar si una epidemia es susceptible de control (6).

Puntos de corte del número reproductivo efectivo (Rt)

Para considerar los puntos de corte se realizó previamente una búsqueda en PubMed con las palabras claves “decision making, basic reproductive number, Rt, R0, cut-off points, assess covid 19 risk, número reproductivo básico, Rt, R0, toma de decisiones, puntos de cortes, evaluación de riesgo por Covid-19” y no se encontraron artículos que pudiesen determinar los puntos de cortes y su relación con el riesgo de padecer la enfermedad. No existen experiencias hasta la fecha que consideren aproximaciones exactas en la toma de decisiones y este parámetro. Se debe considerar que el riesgo de infección por Covid-19 es directamente proporcional al Rt.

A continuación, se expresan los puntos de corte del número reproductivo efectivo:

Rt	Ponderación	Alerta verde	Alerta amarilla	Alerta naranja	Alerta roja
	30%	<1	1 a 1,2	1,21 a 1,5	>1,5

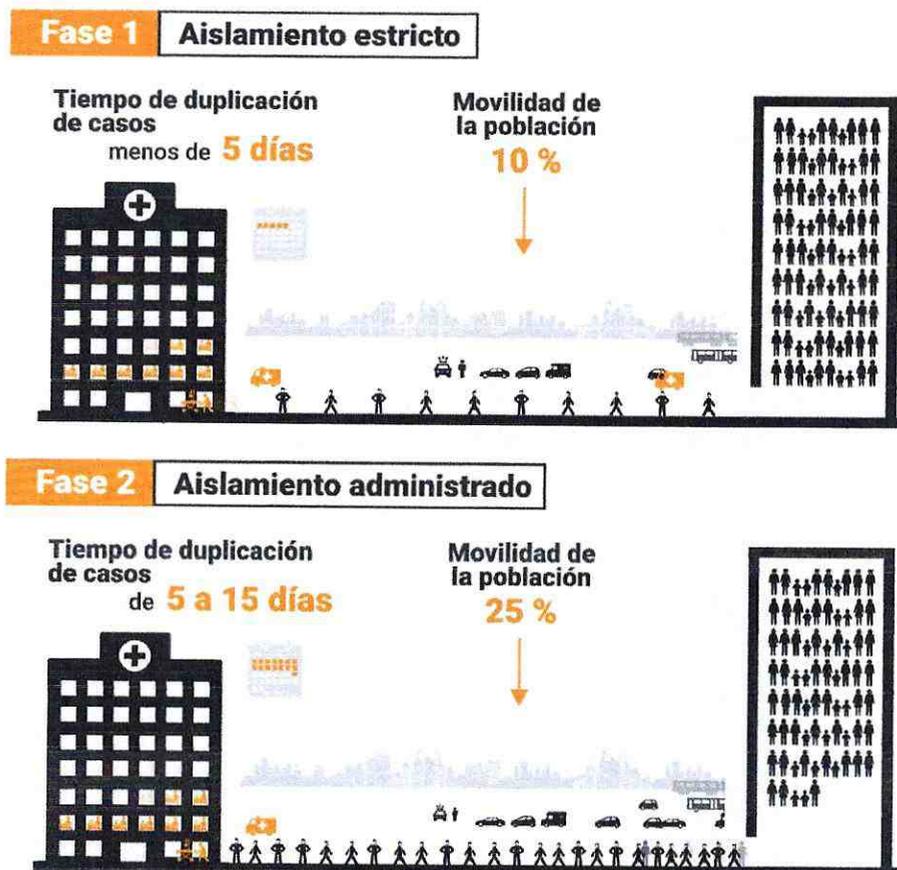
• **Tiempo necesario para la duplicación de contagios**

Es un indicador relevante que depende del incremento en la progresión de la enfermedad, es un dato estimado desde el número de contagios diarios y su acumulado; lo cual, permite evidenciar la aceleración o desaceleración de la epidemia al estimar los días necesarios para la duplicación de los casos acumulados registrados en un momento del tiempo (7,8).

Debe destacarse que el número de duplicación son una estimación dependiente del número de muestras procesadas, por lo cual, es necesario contar con el talento humano, infraestructura y reactivos suficientes para garantizar que el análisis de la situación pueda ser un acercamiento a la realidad al garantizar el procesamiento rápido de las muestras y mantener el seguimiento a los casos, además de fortalecer las decisiones del trabajo de campo en la búsqueda activa de contagiados. El número de días de duplicación en un dato utilizado como referencia para la reapertura progresiva de las actividades económicas de una población (ver imagen 1); sin embargo, están condicionados por la densidad poblacional pero también la capacidad hospitalaria de la ciudad por lo que no se recomienda su análisis de manera aislada para la toma de decisiones en salud pública. A pesar de su interdependencia es un indicador de referencia para la toma de decisiones en salud pública (9).

Días duplicación (INS)	Ponderación	Alerta verde	Alerta amarilla	Alerta naranja	Alerta roja
	10%	>30 días	Entre 20-29 Días	Entre 10 y 19 Días	Menor de 10 días

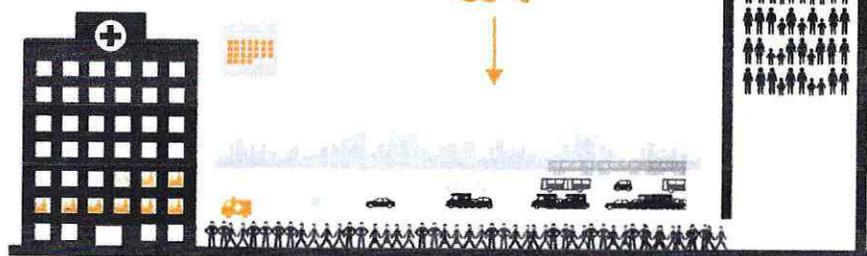
Imagen 1. **FASES DEL AISLAMIENTO**



Fase 3 Segmentación geográfica

Tiempo de duplicación
de casos
de **15 a 25 días**

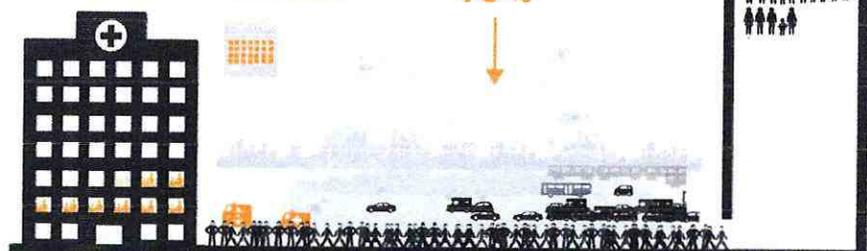
Movilidad de
la población
50 %



Fase 4 Reapertura progresiva

Tiempo de duplicación
de casos
más de **25 días**

Movilidad de
la población
75 %



Fase 5 Nueva normalidad

Movilidad de
la población

100 %
Con hábitos de higiene
y cuidados sostenidos



Fuente: <https://www.infobe.com/coronavirus/2020/05/17/coronavirus> (10)

• **Letalidad acumulada**

Definición: es la proporción de personas que mueren por una enfermedad, en este caso COVID-19, entre aquellos pacientes que tienen la infección en un periodo y área determinada (11). Se calcula teniendo como numerador las muertes debidas a COVID-19 y como denominador los casos conformados con COVID-19 multiplicado por un factor 10n, en el distrito de Santa Marta durante los periodos epidemiológicos transcurridos.

Importancia de Letalidad como indicador: indica la virulencia del SARS-CoV2 y/o la gravedad de la enfermedad de las personas infectadas en el distrito de Santa Marta.

Puntos de corte del indicador: para la enfermedad COVID-19 se ha definido cuatro categorías de severidad según la tasa de letalidad estas son menor del 1% (alerta verde), entre el 1% y 3% (alerta amarilla), entre el 3% y 7% (alerta naranja) y mayor del 7% (alerta roja) (12).

Letalidad acumulada casos confirmados.	Ponderación	Alerta verde	Alerta amarilla	Alerta naranja	Alerta roja
	10%	Menor de 1%	Entre 1-3%	Entre 3 y 7%	Mayor 7%

- **Positividad**

Definición: Hace referencia al porcentaje de muestras positivas con respecto al total de muestras procesadas (2).

Importancia del porcentaje de positividad en el seguimiento de la pandemia: El porcentaje de positividad indica que tan bien estamos haciendo la búsqueda de las personas infectadas y es una forma de evaluar nuestra definición de caso sospechoso y si el rastreo de los contactos estrechos está siendo suficiente. La Organización Mundial de la Salud recomienda mantener este indicador por debajo de 10% (1).

Puntos de corte del indicador: Aunque la recomendación actual de la OMS es mantener este indicador por debajo del 10%, se decidió ser más restrictivo en los puntos de corte del tablero de control por considerar el porcentaje de positividad como un indicador valioso de la efectividad con que se está haciendo la identificación de contactos estrechos y el cordón epidemiológico.

Pruebas diarias obtenidas de promedio semanal.	Ponderación	Alerta verde	Alerta amarilla	Alerta naranja	Alerta roja
	10%	Menor de 1%	Entre 1-3%	Entre 3 y 7%	Mayor 7%

- **Número de pruebas diarias**

Definición: El número de pruebas diarias no se refiere al mismo ítem en cada país, una diferencia es que algunos reportan el número de personas a las que se les realiza la toma de muestra, mientras que otros reportan el número de pruebas, lo cual puede incrementarse si la misma persona es testeada más de una vez. Otros países reportan los datos de las pruebas en formas que no dejan claridad sobre a qué tipo de conteo se refiere exactamente. Dado que el número es volátil y puede variar significativamente de un día para otro, se sugiere presentar los datos con una temporalidad de siete días entre cada reporte (13). En el caso de Colombia el conteo se realiza por el número total de muestras tomadas.

Este indicador está condicionado por las actividades de seguimiento a los casos positivos y la búsqueda activa a través de sus contactos; en otras palabras, por la cantidad de personal que esté realizando estas actividades o haciendo control a las entidades designadas para el seguimiento y toma de muestras, pero no se puede subestimar la cantidad de reactivos, infraestructura y equipos que garanticen el procesamiento de las pruebas tomadas, además de otros posibles factores contextuales.

Importancia del número de pruebas diarias en el seguimiento: Este indicador, es una muestra del trabajo de campo y su efectividad en la detección de posibles casos.

Puntos de corte del indicador: Aunque este indicador es un reflejo de la rigurosidad del trabajo de campo, hasta el momento no se ha determinado una cantidad de referencia para su semaforización dado que depende de la densidad poblacional y por lo tanto puede variar entre poblaciones, además de depender de la capacidad de los laboratorios locales. Para el caso del distrito de Santa Marta con 538.000 habitantes, se consideraron de manera inicial los siguientes puntos de corte los cuales podría variar en función de la dinámica de la pandemia.

Pruebas diarias obtenidas de promedio semanal.	Ponderación	Alerta verde	Alerta amarilla	Alerta naranja	Alerta roja
	5%	700 a 1000 diarias	500 a 699 diarias	100 a 499 diarias	Menos de 100 diarias

- Promedio de casos diarios en la última semana

Número de casos por día

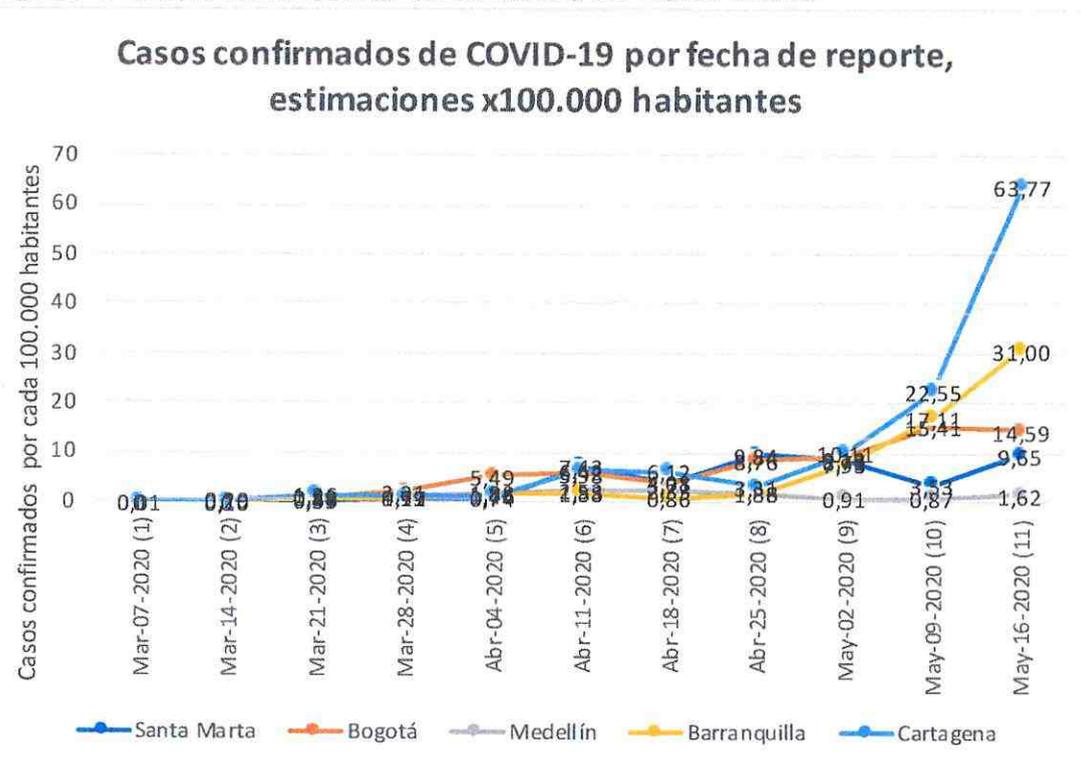
Corresponde al número de casos reportados por día, aunque esto no necesariamente muestra el número de casos nuevos por día; esto debido al retraso en la entrega en los reportes de los análisis, lo que indica que es un indicador dependiente de la capacidad y velocidad de procesamiento de las muestras tomadas. En perspectiva, el número de casos puede ser mucho mayor al número de casos confirmados, aún más en casos de contagiados asintomáticos. Es un indicador útil para comprender la propagación de la enfermedad (13). El conteo de casos es valioso para la planeación en salud, tanto para el control de una enfermedad como para la distribución de las dosis de tratamiento u otros entre dichos casos; por supuesto, el simple conteo no provee toda la información para los tomadores de decisiones, por eso es necesario poner el conteo en un contexto en función de la población de la que surgieron. Para esta finalidad, se utiliza la medida de tasa, que puede relacionar el número de casos ocurridos durante un periodo de tiempo determinado con el tamaño de la población que la que ocurre el evento de interés, que para este caso es particular es el COVID-19. Las tasas son útiles para comparar la frecuencia de ocurrencia de una enfermedad en diferentes lugares donde su población varía de tamaño (14); de esta manera, apoya la toma de decisiones al identificar quienes tienen mayor riesgo de desarrollar una enfermedad.

Los identificados como grupos de mayor riesgo, pueden estudiarse para detectar los factores de riesgo que causan que tengan una mayor tasa de morbilidad e incluso letalidad; esto es relevante dado que algunos factores de riesgo pueden ser modificables y guiar las decisiones sobre los comportamientos que influyen en la dinámica salud enfermedad (15-18). Por lo tanto, el valor de número de casos por día como indicador debe considerar el tamaño poblacional y el comportamiento de la enfermedad en el entorno local comparado con otras poblaciones regionales, nacionales o mundiales. De esta manera, se puede considerar contrastar la efectividad de las medidas de intervención para el control y la prevención de la enfermedad entre las distintas poblaciones; en consecuencia, permite evaluar la continuidad o modificación de dichas medidas. Como ejemplo, a continuación, se presenta la tasa de morbilidad por COVID-19 en la ciudad de Santa Marta (ver gráfico 1), junto con otras ciudades colombianas con corte al 16 de mayo (semana epidemiológica 11 nacional para COVID-19).



Casos por día obtenido por promedio semanal.	Ponderación	Alerta verde	Alerta amarilla	Alerta naranja	Alerta roja
	5%	10-20	21-30	31-50	>50

Gráfico 1. Casos confirmados en la ciudad de Santa Marta.



Fuente: INS, DANE.

Diseño: Comité Asesor Científico de la Secretaría de Salud Distrital.

• **Porcentaje de ocupación de UCI**

Definición: se define como la proporción de ocupación o estancia por paciente de unidad de cuidados intensivos (adultos, pediátricas, neonatales) sobre el total de camas habilitada en el servicio (19)

Importancia del porcentaje de ocupación de UCI: indica la capacidad de atención de pacientes en condición clínica grave o crítica, que generalmente requiere soporte ventilatorio, cardiovascular y neurológico, por periodos.

Puntos de corte del indicador: se definieron cuatro categorías, ocupación de camas menor de 35% (alerta verde); entre 36-50% (alerta amarilla); entre 51 y 74% (alerta naranja) y mayor al 75% (alerta roja) (19,20).

Casos por día	Ponderación	Alerta verde	Alerta amarilla	Alerta naranja	Alerta roja
---------------	-------------	--------------	-----------------	----------------	-------------



obtenido por promedio semanal.	30%	Menor de 35%	Entre 36-50%	51-74%	Mayor de 75%
--------------------------------	-----	--------------	--------------	--------	--------------

Tablero de Control de Variables Críticas en manejo Covid19 como insumo para toma de decisiones de la Alcaldía del Distrito TCH de Santa Marta, V26.05.2020

Indicador		Valor Actual	Alerta Verde 1	Alerta Amari Ila 2	Alerta Naranja 3	Alerta Roja 4
Rt	30%		< de 1	1 a 1,2	1,21 a1,5	>1,51
Días duplicación (INS)	10%		>30 días	Entre 20-29 Días	Entre 10 y 19 Días	Menor de 10 días
Letalidad acumulada casos confirmados.	10%		Menor de 1%	Entre 1-3%	Entre 3 y 7 %	Mayor 7%
Positividad	10%		Menor de 1%	Entre 1-3%	Entre 3 y 7%	Mayor 7%
Pruebas diarias obtenidas de promedio semanal.	5 %		700 a 1000 diarias	500 a 699 diarias	100 a 499 diarias	Menos de 100 diarias
Casos por día obtenido por promedio semanal.	5%		10-20	21-30	31-50	>50
Ocupación UCI Total Ciudad promedio última semana.	30%		Menor de 35%	Entre 36-50%	51-74%	Mayor de 75%
Total	100%					

Verde: 1 punto, Amarillo 2 puntos, naranja 3 puntos, Rojo 4 puntos, multiplicados por el factor de ponderación de cada indicador.

	Medidas clave
Verde : 10-12	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la educación en salud • Promover las garantías laborales y de bioseguridad para todo el personal de salud, así como el fortalecimiento de sus capacidades técnico-científicas. • Garantizar la capacidad de toma, procesamiento y reporte de muestras de PCR • Aumentar la capacidad hospitalaria general y especializada con énfasis en las UCI para la ciudad. • Distanciamiento Social • Aislamiento de sintomáticos y mayores de 60 años. • Reapertura regulada, progresiva y con protocolos verificados antes de operación y garantía de supervisión. • Atención Primaria Universal entre SSD y EAPB. • Uso transporte público menos de 35%. • Mantener cierre de fronteras departamentales • Mantener medidas de protección social a población priorizada (Agua, techo, alimentos, ingresos) • Garantizar condiciones de aislamiento a sintomáticos de población con vulneración de derechos. • Monitoreo y coordinación estricta bajo rectoría de la secretaría de salud distrital de los servicios de UCI y Hospitalización en la ciudad.
Amarilla: 13-20	<p>Medidas adicionales o ajustes en las mismas con respecto a las anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reapertura regulada, progresiva y con protocolos verificados antes de operación y garantía de supervisión, priorizar sectores estratégicos. • Atención Primaria Universal entre SSD y EAPB. • Toques de queda selectivos • Cierre de playas. • Política social extendida (alimentos, techo, agua, ingresos) • Cierres por polígonos priorizados para cordón epidemiológico. Pendiente definir criterios por incidencia y prevalencia puede ser a nivel de grupos de barrios o comunas y/o por sectores.
Naranja: 21-30	<p>Medidas adicionales o ajustes en las mismas con respecto a las anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Política social extendida (alimentos, techo, agua, ingresos) • Cuarentena con excepciones de marzo 25 Marzo/Suspensión de Apertura de manera diferencial por sectores y territorios de mayor vulnerabilidad y riesgo, valorando cuáles deben ser más estrictas en el Departamento y/o el Distrito según las dinámicas por municipio y el origen predominante de la demanda de las camas de UCI. • Control unificado de toda la disponibilidad pública y privada de servicios de hospitalización y de cuidado intermedio e intensivo por parte de la Secretaría Distrital de Salud en coordinación con la Secretaría de Salud Departamental.
Roja: >31	<p>Medidas adicionales o ajustes en las mismas con respecto a las anteriores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuarentena total con menos excepciones que marzo 25/suspensión total por sectores y territorios.

12. Recomendaciones.



Se recomienda continuar con el monitoreo continuo de la pandemia Covid19 en el Distrito de Santa Marta y el seguimiento diario de los indicadores registrados en el Tablero de Control de Variables Críticas en el manejo Covid19 del Distrito TCH de Santa Marta, V26.05.2020 como insumo para toma de decisiones de la Alcaldía, considerando el menú no exhaustivo de medidas claves acorde al nivel de alerta que se detecte.

13. Referencias.

1. WHO. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Disponible en: https://covid19.who.int/?gclid=CjwKCAjwZf3BRABEiwA8Q0qg8G5HTzal9tL6RVVY3xNyt66n0uruYGhQMijAwtxEYTQ-9yo-OJa1xoC1_MQAvD_BwE. Fecha de consulta 25 de mayo de 2020.
2. INS. Coronavirus (COVID - 2019) en Colombia. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>. Fecha de consulta 26 de mayo de 2020
3. INS. Número reproductivo efectivo (Rt) nacional. Rt a 26 de mayo. Fuente: ONS-INS. Fecha de medición: 25 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/modelos-de-estimacion>. Fecha de consulta 26 de mayo de 2020.
4. INS. Sismuestras. Disponible en: <https://apps.ins.gov.co/SisMuestras/CONSULista/InformacionResultados>. Fecha de consulta 26 de mayo de 2020
5. SaludData. Observatorio de salud de Bogotá. Disponible en: <http://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/covid19/>. Fecha de consulta 25 de mayo de 2020.
6. Ridenhour B, Kowalik JM, Shay DK. El número reproductivo básico (R0): consideraciones para su aplicación en la salud pública. *Am J Public Health*. 2018;108(Suppl 6):S455-S465. doi:10.2105/AJPH.2013.301704s.
7. Muniz-Rodriguez K, Chowell G, Cheung C-H, Jia D, Lai P-Y, Lee Y, et al. Doubling time of the COVID-19 epidemic by province, China. *Emerg Infect Dis*. 2020 August.
8. Muniz-Rodriguez K, Fung ICH, Ferdosi SR, Ofori SK, Lee Y, Tariq A, et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus transmission potential, Iran, 2020. *Emerg Infect Dis*. 2020 Aug.
9. Tuite AR, Bogoch II, Sherbo R, Watts A, Fisman D, Khan K. Estimation of coronavirus disease 2019 (COVID-19) burden and potential for international dissemination of infection from Iran. *Ann Intern Med*. 2020.
10. Coronavirus en Argentina. Infobae. Tomado de internet el 16 de mayo del 2020 del sitio: <https://www.infobae.com/coronavirus/2020/05/17/coronavirus-en-argentina/>
11. Dicker, R. C. (2006). Principles of Epidemiology in Public Health Practice. CDC.
12. Khafaie, M. A., & Rahim, F. (2020). Cross-country comparison of case fatality rates of Covid-19/SARS-CoV-2. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 11(2), 74–80. <https://doi.org/10.24171/j.phrp.2020.11.2.03>
13. Coronavirus (COVID-19) Cases. Statistics and Research. Tomado de internet el 9 de mayo del 2020, del sitio: <https://ourworldindata.org/covid-cases#what-is-the-total-number-of-confirmed-cases>
14. Centro for Disease Control and Prevention. Introduction to epidemiology. Tomado de internet el 9 de mayo del 2020, del sitio: <https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section5.html>
15. Centers for Disease Control and Prevention. Case definitions for infectious conditions under public health surveillance. *MMWR Recomm Rep* 1997;46(RR-10):1–55.
16. Centers for Disease Control and Prevention. Revised U.S. surveillance case definition for severe acute respiratory syndrome (SARS) and update on SARS cases—United States and worldwide, December 2003. *MMWR* 2003;52:1202–6.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Indicators for chronic disease surveillance. *MMWR Recomm Rep* 2004;53(RR-11):1–6.



18. Centers for Disease Control and Prevention. Summary of notifiable diseases–United States, 2001. MMWR 2001;50(53).
19. Marinelli, N. P. N. P., Albuquerque, L. P. de A. P. de A., Sousa, I. D. B. de, Batista, F. M. de A. A., Mascarenhas, M. D. M. M. D. M., & Rodrigues, M. T. P. (2020). Evolution of indicators and service capacity at the beginning of the COVID-19 epidemic in Northeast Brazil, 2020. Epidemiologia e Servicos de Saude : Revista Do Sistema Unico de Saude Do Brasil, 29(3), e2020226. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300008>
20. Kandel, N., Chungong, S., Omaar, A., & Xing, J. (2020). Health security capacities in the context of COVID-19 outbreak: an analysis of International Health Regulations annual report data from 182 countries. Lancet (London, England), (PG-). [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30553-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30553-5)



DR JAIME URREGO R.



DRA. RENATA DE LA
HOZ



DR. HUGO SÁNCHEZ G



DR. JAVIER
HERNÁNDEZ B.



DR. JORGE EGURROLA



DR. CHRISTIAN
MOGOLLÓN CH.

