

**Condiciones de vulnerabilidad, sociodemográficas y clínicas de la población con COVID-19
incluida en la estrategia de atención primaria en salud. Mosquera, 2020.**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO.
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD.**

**UNIVERSIDAD CES.
FACULTAD DE MEDICINA.**

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA.

BOGOTÁ, octubre 2021.

Condiciones de vulnerabilidad, sociodemográficas y clínicas de la población con COVID-19 incluida en la estrategia de atención primaria en salud. Mosquera, 2020.

**Trabajo de investigación para optar al título de
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA**

Presentado por

Yudy Carolina Lopez Guzman.

Yudy.lopez@urosario.edu.co

Sabrina María Barros Castillo.

sabrina.barros@urosario.edu.co

Mitchell Ignacio Leal Betancourt

Mitchell.leal@urosario.edu.co

Tutor metodológico

Héctor Fabio Restrepo Guerrero

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO.

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD.

UNIVERSIDAD CES.

FACULTAD DE MEDICINA.

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA.

BOGOTÁ, octubre 2021.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Tabla de Variables: Base de datos de familias caracterizadas año 2020

Tabla 2: Tabla de Variables: Base de datos de pacientes COVID-19 Positivos año 2020

Tabla 3. Características demográficas de la población

Tabla 4. Condiciones de vulnerabilidad social del hogar

Tabla 5 Condiciones de servicios públicos y domiciliarios

Tabla 6. Condiciones de vulnerabilidad por vivienda del hogar

Tabla 7. Características de población con diagnóstico positivo de COVID-19

Tabla 8 Comparación de medias Género-Contactos Estrechos.

Tabla 9 Comparación de medias Género-Síntomas.

Tabla 10: Comparación de medias en mortalidad, edad y género.

Tabla 11. Barrios de Mosquera con mayor número de casos de COVID 19.

Tabla 12. Barrios de Mosquera con mayor número de fallecidos por COVID 19.

Tabla 13. Condiciones de servicios públicos y domiciliarios en pacientes incluidos en la estrategia APS.

Tabla 14. Condiciones de vulnerabilidad por vivienda del hogar en pacientes incluidos en la estrategia APS.

LISTA DE GRÁFICAS

- Gráfico 1: Distribución por Zona Residencia.
- Gráfico 2: Distribución Ciclo Vital.
- Gráfico 3: Distribución de Género.
- Gráfico 4: Distribución por Vinculación SGSSS.
- Gráfico 5: Distribución por Tipo de Hogar.
- Gráfico 6: Distribución por Tipo de Vivienda.
- Gráfico 7: Distribución Enfermedades Crónicas.
- Gráfico 8: Distribución Enfermedades de Alto Costo.
- Gráfico 9: Distribución por Remisión a Servicios de PYD.
- Gráfico 10: Distribución por Riesgo Familiar.
- Gráfico 11: Distribución por Zona de Residencia- COVID-19.
- Gráfico 12: Distribución por Ciclo Vital-COVID-19.
- Gráfico 13: Distribución por Género- COVID-19.
- Gráfico 14: Distribución por Vinculación SGSSS- COVID-19.
- Gráfico 15: Distribución por Contacto Estrecho.
- Gráfico 16: Distribución por Nexo Epidemiológico.
- Gráfico 17: Distribución de la Residencia en Población Incluida en APS
- Gráfico 18: Distribución por Curso de Vida en Población Incluida en APS
- Gráfico 19: Distribución por Grupo de Género en Población Incluida en APS
- Gráfico 20: Distribución por Régimen de Afiliación en Población Incluida en APS
- Gráfico 21: Distribución por Enfermedades Crónicas en Población Incluida en APS
- Gráfico 22: Distribución por Remisión Servicios PYD de la Población Incluida en APS
- Gráfico 23: Estado de Salud en Población Incluida en APS
- Gráfico 24: Distribución Contactos Estrechos en Población Incluida en APS
- Gráfico 25: Distribución de Contagio por Nexos en Población Incluida en APS

SIGLAS

APS: Atención Primaria en Salud.

ASIS: Análisis de Situación de Salud.

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública.

PTS: Plan Territorial de Salud

SGSSS: Sistema General Seguridad Social en Salud.

LGBTI: Lesbianas, Gay, Bisexuales y Transgénero.

ERC: Enfermedad Renal Crónica.

EISP: Evento Interés en Salud Pública.

PYD: Promoción y Detención.

CYD: Crecimiento y Desarrollo.

HTA: Hipertensión Arterial.

DM: Diabetes Mellitus.

MME: Morbilidad Materna Extrema.

SG: Sífilis Gestacional.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

SC: Sífilis Congénita.

MP: Mortalidad Perinatal.

TB: Tuberculosis

COV: Coronavirus

RESUMEN:

Introducción: Para diciembre del 2019 la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan, reportó un conglomerado de 27 casos de neumonía de causa desconocida, con la llegada a Colombia, los municipios implementaron estrategias para minimizar el número de contagios como fue el caso del municipio de Mosquera, sin embargo, no es conocida la caracterización de la población afectada por COVID 19. **Objetivo:** Analizar las condiciones de vulnerabilidad, características sociodemográficas y clínicas de la población diagnosticada con COVID-19 incluida en la estrategia de atención primaria en salud de Mosquera. **Metodología.** Investigación de diseño cuantitativo, observacional de corte transversal retrospectivo, con análisis de las condiciones de vulnerabilidad, características sociodemográficas y clínicas de la población diagnosticada con COVID-19 que afectaron con mayor prevalencia a la población de Mosquera en la época de la pandemia durante el año 2020. **Resultados:** Se encontró que 4.610 personas en el periodo observado fueron positivas para COVID-19, de las cuales el 99% vivía en la zona urbana, el grupo de edad estuvo distribuido 5% entre 0 y 11 años, 4% entre 12 y 17 años, 21% entre 18 y 28 años, 59% entre 29 y 59 años y 12% entre 60 y más años. De los pacientes positivos para COVID-19 que fueron visitados e incluidos en la estrategia de APS, el 99% vive en zona urbana, la población mayor afectada estuvo en el ciclo vital de adultez con un 58%, afiliada al régimen contributivo representada en un 82%, mayor representación en mujeres con un 56%. Del total de la población el 48% era crónica con mayor incidencia de patología el EPOC seguida de la HTA. De los pacientes COVID-19 positivos el 73% fue sintomático, el 92% no requirió hospitalización, la mayoría de los pacientes positivos para COVID-19 tuvo entre 2 a 3 contactos estrechos (29%) de los cuales el 82% fue asintomático, por nexos epidemiológicos un paciente contagió en un 69% entre 0 a 1 persona.

Conclusiones: La pandemia de COVID-19 ha tenido impactos desproporcionadamente negativos en poblaciones socialmente desfavorecidas y desatendidas en todo el mundo. La desigualdad y los determinantes sociales relacionados que afectan a ciertos grupos, están directamente relacionados con los resultados de salud adversos de las poblaciones vulnerables durante la pandemia.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Para diciembre 31 del 2019 la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) reportó un conglomerado de 27 casos de neumonía de causa desconocida con inicio de síntomas el 8 de diciembre de 2019; los casos presentados informaron como antecedente haber asistido a un mercado de mariscos, pescados y animales vivos en la ciudad de Wuhan. Para el 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae, como agente causante del brote, el cual fue denominado “nuevo coronavirus” (1–3) y posteriormente SARS-CoV-2 (4,5). En Colombia el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) captó el primer caso el 6 de marzo de 2020 en Bogotá y con la confirmación de este caso, el Instituto Nacional de Salud activó el sistema de emergencias en salud pública en el país, para esto definieron intensificar la vigilancia epidemiológica, las acciones de salud pública y realizar mayor seguimiento a las poblaciones vulnerables como adultos mayores de 70 años, usuarios con comorbilidades cardiacas, pacientes diabéticos, pacientes con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ente otras, teniendo como referencia las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde describieron esta población como más susceptible de presentar enfermedad grave (6).

La Secretaría de Salud de Mosquera, desarrolló estrategias eficaces, eficientes, oportunas y seguras para articular el proceso de atención primaria en salud con la emergencia sanitaria por COVID-19; la Secretaria de Salud municipal inició medidas preventivas desde el mes de febrero del año 2020, y posterior a la declaración mundial de emergencia sanitaria en el mes de marzo, el municipio establece a través de los Decretos 180 del 13 de marzo y 187 del 16 de marzo alerta amarilla (las personas deben estar preparadas para actuar, del mismo modo, estar atentas a las instrucciones y recomendaciones de la autoridades) y adopta las medidas para la contención de la pandemia por la infección por el Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Para lograr identificar oportunamente los factores de riesgo en salud que pudieran afectar a la comunidad del territorio y conocer la

realidad de la situación en salud pública por COVID-19 que estuvieran afectando a la población de Mosquera, desde el enfoque de atención primaria en salud, se desarrollaron visitas de campo de manera permanente a las familias del municipio, logrando llegar a los hogares con información clara, real, precisa, en medidas de prevención, rutas de atención e identificación de factores de riesgo en los núcleos familiares, para los diferentes cursos de vidas y entornos.

Llevando a cabo la identificación de condiciones de vulnerabilidad del entorno en el que se rodea el individuo, la familia y la comunidad de Mosquera, permitió realizar un análisis de situación en salud pública de manera permanente, pudiendo evaluar los casos sospechosos y positivos con el fin de tomar decisiones frente a confinamientos y medidas extremas de prevención de la enfermedad; sumado a esto el fortalecimiento de las acciones en atención primaria en salud, fueron comprometiendo y empoderando a los profesionales de la salud para lograr un mayor acercamiento a las familias con la intención de identificar la afectación de condiciones de vulnerabilidad en salud en los entornos familiares, y así mismo brindar servicios a la comunidad de manera eficaz con la activación de rutas de atención en los diferentes sectores.

Durante la puesta en marcha de las caracterizaciones familiares en cada zona del municipio y trabajando en la determinación oportuna de condiciones de vulnerabilidad en salud, se logró identificar las necesidades o problemas de salud reales del territorio en los diferentes ciclos vitales teniendo en cuenta los determinantes en salud y su afectación en la calidad de vida. Estas acciones se desarrollaron bajo 5 procesos, **primero** realizaron el análisis de situación de salud de las familias de Mosquera con los hallazgos de las condiciones de vulnerabilidad en salud que se encontraban afectadas, **segundo** realizaron gestión permanente de manera intersectorial y transectorial teniendo en cuenta los factores de riesgo identificados y la situación epidemiológica generada por la pandemia por la infección por el Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19), **tercero** organizaron la respuesta y las acciones oportunas a las problemáticas en salud asumiendo la situación epidemiológica por la pandemia por (COVID-19), **cuarto** fortalecieron el talento humano tanto en capacitaciones como en conformación de equipos de respuesta inmediata a los eventos de interés en salud pública presentados, y **quinto** fomentaron la participación social, sensibilizando y comprometiendo a los diferentes entes territoriales y a la comunidad en acciones conjuntas para fortalecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; estos procesos favorecieron

a la secretaría de salud a la toma efectiva e inmediata de decisiones en pro del mejoramiento de los estilos de vida saludable de la población en minimización de factores de riesgo y en la promoción de factores protectores.

La gestión que realizó el municipio de Mosquera en las acciones de salud pública en épocas de pandemia se fueron desarrollando de manera inmediata, a medida que se identificaban los factores de riesgo que afectaban o pudieran afectar a la población; sin embargo, estas acciones que fueron tomando a lo largo el municipio, genera algunos vacíos de cómo fue el comportamiento de esta población afectada por la pandemia, enfocadas a sectores puntuales, logrando minimizar los gastos no prioritarios y focalizar los mínimos a zonas más vulnerables, razón por la cual surge la pregunta de ¿cuáles fueron las condiciones de vulnerabilidad, condiciones sociodemográficas y clínicas que se presentaron en la población diagnosticada con COVID-19 incluida en la estrategia de atención primaria en salud del municipio de Mosquera en el año 2020?, siendo conocedores que el comportamiento epidemiológico de los casos positivos fue dinámico y cambiante durante este periodo y el comportamiento en la aceptación de la pandemia en los grupos familiares fue asimilado de maneras diferentes desde febrero a diciembre del año 2020, pudiendo impactar de manera importante a los diferentes cursos de vida en sus diferentes entornos.

1.2. Justificación

Teniendo en cuenta el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 el cual pretende que las poblaciones cuenten con una salud integral y óptima que favorezca a mejorar las condiciones de vida de la población, **apuntando al gran reto de la Equidad en Salud**; también referenciando el Plan Territorial de Salud (PTS) “**Cundinamarca región que progresa en salud**”, que busca ejecutar acciones de salud pública en beneficio de cuidar la vida y la salud de manera individual y colectiva, y destacando el propósito de las rutas de mantenimiento y promoción de la salud que permiten desarrollar y generar acciones para la identificación inmediata de factores de riesgo para atender oportuna e integralmente a las personas que presentan un evento en salud, para el año 2020 en épocas de pandemia, la **secretaría de salud de Mosquera** bajo la estrategia de atención primaria en salud APS desarrolló un trabajo constante y sincronizado donde adaptaron las acciones e intervenciones con la situación epidemiológica generada por la pandemia debida a la infección por

el Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19); estas intervenciones dirigidas al individuo, familia y comunidad, primero que todo estuvieron encaminadas en la información, educación y comunicación a la población del municipio frente a la presencia de eventos de interés en salud pública que se pudieran presentar y afectar las condiciones y estilos de vida de las familias. En segunda instancia estas acciones se enfocaron en la identificación temprana de factores de riesgo de las familias Mosquerunas, para lograr dirigir estrategias en salud pública que favorecieran la atención en salud desde los diferentes entornos; y en tercera pretensión, se buscó con el seguimiento en salud pública, a través de la inspección, vigilancia y control con los diferentes grupos de riesgo, una gestión intersectorial que favoreciera la salud integral de la comunidad del municipio.

Considerando que la evidencia científica fue limitada sobre los patrones de conocimiento, percepción, actitud y comportamiento de la población frente al manejo de COVID 19 (7) y a su vez ha generado una crisis mundial en salud, donde ha modificado los aspectos demográficos y económicos de muchos territorios, afectando su desarrollo, estilos de vida y demás determinantes sociales. En concordancia con las acciones que se llevaron a cabo en el municipio de Mosquera se hace necesario caracterizar y analizar la afectación de las condiciones en salud de la población, con el fin de impactar en la salud pública de la comunidad del municipio se desarrolló esta investigación la cual permite identificar cuáles fueron las condiciones de vulnerabilidad, condiciones sociodemográficas y clínicas que se presentaron en la población diagnosticada con COVID-19 incluida en la estrategia de atención primaria en salud durante el año 2020, con el propósito de seguir diseñando estrategias que ayuden a la atención en salud, la beneficencia, la integralidad y la equidad en la calidad de vida en salud del individuo, familia y comunidad del municipio en sus diferentes entornos y cursos de vida.

1.3. Pregunta de investigación

¿Cuáles fueron las condiciones de vulnerabilidad, condiciones sociodemográficas y clínicas que se presentaron en la población diagnosticada con COVID-19 incluida en la estrategia de atención primaria en salud del municipio de Mosquera en el año 2020?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. La salud de acuerdo con los planes de desarrollo.

Destacando desde la Constitución Política Nacional de 1991 en los artículos 44, 49, 50, 78, 95 y 366 donde resaltan el “Derecho a la salud” y en especial algunos artículos como el artículo 49 el cual describe, que el Estado debe garantizar a la comunidad la atención en salud con acceso a servicios de promoción, protección y recuperación de esta, y corresponde al Estado planear, organizar, liderar, dirigir la prestación de los servicios bajo los principios de universalidad y solidaridad, igualmente considera que la población tiene el deber de su autocuidado y promoción del cuidado de la comunidad; en el artículo 366, el cual estipula que el Estado debe garantizar el bienestar de la población y el mejoramiento de la calidad de vida, además será una prioridad solucionar las necesidades insatisfechas en salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable (8).

Por otro lado, referenciándonos en el Plan Decenal de Salud Pública-PDSP 2012-2021 se propone el garantizar una salud integral y óptima para la población que favorezca a mejorar las condiciones de vida, apuntando **equidad en salud**. Trabajo bajo tres enfoques como son: el **enfoque de derechos**, donde busca brindar atenciones en salud de manera universal a la comunidad igualitaria, irrevocable e irrenunciable, entendida como el “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”; el **enfoque diferencial** que apunta a la equidad e inclusión de la población, teniendo en cuenta sus diversidades, cursos de vida, grupos étnicos, y demás condiciones vulnerables, y desde el **enfoque poblacional** propone brindar atenciones integrales de salud teniendo en cuenta los diferentes entornos donde se desenvuelve el individuo, la familia y la comunidad. El PDSP 2012-2021 adoptó el modelo de determinantes sociales en salud entendiéndolas como las situaciones de bienestar, calidad de vida, desarrollo humano, que influencia la salud de las poblaciones. El PDSP se fortalece con la ejecución de dos dimensiones, primero las **dimensiones importantes** que son prioritarias para establecer los aspectos en atención en salud con altos estándares de calidad y el bienestar del individuo potenciando factores protectores y minimizando factores de riesgo, segundo la **dimensión transversal**: que son aquellas

intervenciones que se ejecutan a cargo de las entidades nacionales y territoriales del sector salud e incluye dos sub dimensiones que son la **gestión diferencial de poblaciones vulnerables y el fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud**. Por otro lado, el PDSP tiene 3 líneas operativas fundamentales en las que se desarrollan las dimensiones anteriormente mencionadas, estas líneas son: **promoción de la salud, gestión del riesgo en salud, gestión de la salud pública.**(9)

Teniendo en cuenta los planes territoriales de los tres últimos periodos gubernamentales en Cundinamarca, destacamos el **Plan Territorial de Salud 2012-2015 “Cundinamarca saludable”** este plan territorial unió esfuerzos y trabajó bajo un modelo de gestión en salud con base a la estrategia de APS bajo el marco explicativo de determinantes sociales desde una línea que permita favorecer al individuo, familia y comunidad, en sus diferentes cursos de vida por medio de acciones intersectoriales y transectoriales, los ejes que fueron implementados en este modelo fueron: atención primaria resolutive, gestión transectorial; participación social y empoderamiento comunitario, análisis de situación de salud con participación comunitaria; telemedicina; implementación del sistema de información unificado en salud; fortalecimiento de la red pública hospitalaria (9); por su parte el **Plan Territorial de Salud 2016-2020 “Unidos podemos más por la salud y la felicidad”** buscó mejorar las condiciones en salud de la población y garantizar el derecho a la salud a través de la autonomía de los individuos y desde el área colectiva; en este plan se implementó el modelo de atención primaria en salud resolutive- APS que favorece a la cultura del autocuidado y cuidado de los demás, sumado a esto permitió fortalecer en las comunidades hábitos de estilos de vida saludable, entre otros aspectos en los diferentes entornos (10). El **Plan Territorial de salud 2020-2023 “Cundinamarca región que progresa en salud”**, es un instrumento estratégico que describe los programas y proyectos que se desarrollarán de manera secuencial e integral en los diferentes territorios para lograr las metas del plan decenal de salud pública, es de resaltar que este plan propone la estrategia de atención primaria en salud integrada, que apunta a acciones de salud pública que permitan cuidar la vida, la salud de manera individual y colectiva, fortaleciendo las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación con el propósito de garantizar un mayor nivel de bienestar en la comunidad, esta estrategia refiere tres componentes de cumplimiento para las acciones, que son: la acción intersectorial/transectorial por la salud; la participación social,

comunitaria y la ciudadana, con los servicios de salud. La estrategia de Atención Primaria en Salud: Cundinamarca región que progresa, tiene una meta la cual es, diseñar lo que realmente importa y tiene trascendencia o significado en beneficio de cuidar de la vida y la salud de las personas de forma sostenible, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La normatividad de esta estrategia está vigente, en el camino de salud a bienestar. Pertenece a la línea estratégica: “Más Bienestar”, dentro del Programa: “Buen Vivir”, al subprograma: Familia que Progresa, meta resolutive: “reducir el índice de necesidades básicas insatisfechas”, meta de producto: “implementar el 100% de regiones con la estrategia de APS”, la cual es transversal a todas las instrucciones de salud de Cundinamarca. (11)

A través de la ley 1753 de 2015, se establece el Plan Nacional de Desarrollo 2015 – 2018, “**todos por un nuevo país**”, el cual postuló la política integral en salud con diferentes enfoques: primero APS, segundo salud familiar y comunitaria, tercera articulación de las actividades individuales y colectivas y cuarto enfoque poblacional y diferencial. (12)

En el Plan de Desarrollo 2020-2024 “**Cundinamarca ¡región que progresa!**” apunta un objetivo claro enfocado en mejorar las condiciones de vida de la población en sus diferentes territorios, generando grandes niveles de sostenibilidad y desarrollo a nivel ambiental, económico y social, por medio de los siguientes enfoques: enfoque en derechos, enfoque poblacional, enfoque diferencial, enfoque de género y enfoque territorial. Por otro lado dada la situación en salud pública generada por el COVID-19 en el año 2020, Cundinamarca planeó desde el Plan de Desarrollo “**Cundinamarca ¡región que progresa!**” enfrentar la situación epidemiológica generando estrategias oportunas que permitieran reducir el impacto de esta situación epidemiológica en sus diferentes sectores, por lo cual adaptan en el Plan de Desarrollo con medidas seguras, inmediatas y efectivas para atender la pandemia y la post pandemia de COVID-19 teniendo en cuenta las 4 fases orientadas por el Ministerio de Salud, esta adopción fortaleció en el PTS las acciones dirigidas en temas de conectividad, apoyo a los empresarios, promocionar el emprendimiento y una gestión intensificada en la salud pública. (10)

Sumado a esta conferencia se define a **APS** como: "La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al

alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad". (13)

Con base a lo anterior resaltamos conceptos importantes que se deben articular para garantizar la atención en salud para el individuo, la familia y la comunidad; la salud es una responsabilidad de todos e inicia con el autocuidado, con una cultura social y con un compromiso de la sociedad para potencializar factores protectores y disminuir o controlar los factores de riesgo. Con el fin de garantizar el completo bienestar físico y social del individuo, es fundamental identificar las necesidades de la comunidad teniendo en cuenta su curso de vida, sus diferentes entornos, y sus determinantes sociales y a través del trabajo sincronizado con los sectores en salud fortalecer las acciones en gestión pública que favorezcan el derecho integral a la salud, por otro lado tenemos en el marco de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en su **Artículo 2** la cual describe que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo, así mismo estipula que se deben ofrecer servicios de salud oportunos, eficaces y de alta calidad que permitan el mejoramiento y la promoción de la salud. **En el Artículo 5** establece las obligaciones del Estado donde éste, es el responsable de proteger y garantizar la salud a la población, en el numeral c establece que el Estado debe formular y adoptar políticas que lo lleven a brindar atención de igualdad de trato, oportunidad en las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para toda la población, garantizando las intervenciones a nivel individual y colectivo.

Con lo anterior, en el Plan Nacional de Desarrollo 2015- 2018 – Ley 1753 del 2015, en el artículo 65 define la “política de atención integral en salud” siendo de obligatorio cumplimiento para los participantes del SGSSS y sectores que desarrollen acciones en el ámbito de la salud; específica a su vez que las acciones deben llevarse a cabo bajo en enfoque de Gestión Integral de Riesgo en donde se puedan ajustar las necesidades territoriales teniendo en cuenta los determinantes sociales de la comunidad. (12)

2.2. Efecto de la pandemia en el componente sanitario

Definimos algunos conceptos importantes de la enfermedad por COVID-19; el COVID-19 es una enfermedad ocasionada por el nuevo virus SARS-CoV-2, donde se puede identificar personas con signos y síntomas como: fiebre, tos, dificultad para respirar, fatiga, secreción nasal, malestar general, pérdida ocasional del gusto y el olfato, entre otros y personas asintomáticas, que no presentan síntomas, pero cualquiera de los dos grupos puede transmitir el virus. El período de incubación se define como el tiempo que transcurre desde el momento que una persona se infecta hasta el momento en que uno o varios de los síntomas aparecen, este período de incubación es de 4-5 días en promedio, pero puede llegar a durar hasta 14 días, el virus se puede transmitir al hablar, estornudar o toser, también puede transmitirse por contacto con las gotas que generan las personas infectadas o al tocar superficies infectadas y luego llevar el virus a boca, nariz u ojos. El tamizaje se define como las pruebas realizadas de forma estandarizada a los individuos de un determinado grupo poblacional con el fin de conocer el estado de salud en que se encuentran, la búsqueda activa se define como las actividades de vigilancia en Salud Pública adelantadas por parte de los entes intersectoriales con el fin de identificar conglomerados, contactos estrechos y nexos epidemiológicos de posibles casos probables o confirmados de COVID-19. Definimos a su vez contacto estrecho como la interacción entre personas en un espacio de 2 metros o menos de distancia con un caso sospechoso, probable o confirmado durante un tiempo mayor a 15 minutos; existen los siguientes tipos de casos, **caso confirmado** es aquel usuario que cuenta con una prueba de laboratorio positiva; independientemente de los signos y síntomas clínicos, **caso sospechoso** es aquel usuario con síntomas leves o graves y que haya estado en contacto con un caso confirmado o probable, y el caso probable es aquel usuario sospechoso por cuadro clínico o nexo epidemiológico (contacto con un caso positivo) a pesar de no haberse realizado prueba o de contar con un resultado indeterminado. Definimos aislamiento estricto a las medidas de aislamiento obligatorio que deben tener las personas diagnosticadas con COVID -19 o sospechosas de padecerlo, durante el periodo infeccioso de cada persona.

Esta enfermedad infecciosa que se fue propagando a gran velocidad por el mundo llevó a todos los países a tomar decisiones inmediatas, seguras y oportunas frente a esta nueva situación en salud pública que enfrentaba la sociedad. Colombia reportó su primer caso en Bogotá el 6 de marzo, y

para el 11 de marzo la OMS declaró al COVID-19 una pandemia. En Cundinamarca se reportó el primer caso de COVID-19 el 15 de marzo de 2020, y el primer muerto por el virus el 1 de abril del mismo año. Para el municipio de Mosquera el primer caso presentado positivo para COVID-19 fue el 24 de marzo de 2020 y desde allí se presentó un aumento exponencial de los casos dejándolo al inicio de la pandemia como el segundo municipio de Cundinamarca con mayor número de casos positivos para COVID-19.

Entre las disposiciones de prevención adoptadas por el país se encuentra el decreto 1168 de agosto de 2020 donde el Ministerio del Interior regula la fase de aislamiento selectivo en municipios de alta afectación por COVID-19 y el distanciamiento individual responsable, en el que se insta a que todas las personas que permanezcan en el territorio nacional deberán cumplir con los protocolos de bioseguridad de comportamiento en espacio público y propender por el autoaislamiento. (14)

Por otro lado, mediante el decreto 1408 del 30 octubre de 2020 se ampliaron las medidas de aislamiento y acciones preventivas de contagio, hasta el 1 de Diciembre de 2020, para el 25 de noviembre la Presidencia de la República de Colombia amplió el período de emergencia sanitaria hasta el 28 de Febrero del año 2021 COVID-19.

También se contó con los lineamientos para el uso de pruebas moleculares rt-pcr, pruebas de antígeno y pruebas serológicas para sars-cov-2 (COVID-19) en Colombia, quien buscó orientar a las entidades que integran el SGSSS, a las entidades con regímenes especiales y de excepción y demás personas naturales o jurídicas, que se relacionan con la atención en salud, encargadas de realizar el diagnóstico de la población afectada por el SARS-CoV-2, con relación al uso de pruebas diagnósticas moleculares y pruebas de antígeno y serológicas durante la emergencia sanitaria, definiendo los siguientes tipos de pruebas: Basadas en Antígeno, Ácidos Nucleicos y en Anticuerpos.

Posteriormente se tuvo el Decreto 1374 del 2020, el cual dio a conocer el programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible, bajo la estrategia PRASS; continuando con esta estrategia en enero del año 2021 el Ministerio de Salud dio a conocer el Manual de implementación PRASS para ser ejecutado por los diferentes sectores involucrados, el programa PRASS: Pruebas,

Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible, se diseñó con el objetivo de disminuir la velocidad de transmisión del COVID-19, en un contexto de apertura gradual de la economía; este manual está dirigido a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB las cuales son actores importantes en la toma y procesamiento de muestras, en el acompañamiento de los casos y seguimiento al Aislamiento Selectivo Sostenible.

Para enero de 2021, el Ministerio da a conocer los lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra COVID-19 contemplado en el marco del Plan Nacional de Vacunación contra COVID-19 adoptado bajo el Decreto 109 del 29 de enero de 2021, el cual tiene como objetivos para la primera fase: reducir la mortalidad por COVID-19; reducir la incidencia de caso graves por COVID-19 y proteger al talento humano y en la segunda fase: reducir el contagio iniciando con la protección de quienes realizan ocupaciones que incrementan el riesgo de transmisión y la prevención de brotes en contexto de hacinamiento con el propósito de reducir la incidencia general de casos.

En la revisión bibliográfica encontramos estudios que registraron patrones espaciales de aparición de COVID-19 en determinadas áreas, analizando la localización de mayor cantidad de casos, llegando a la conclusión de que, en las áreas geográficas montañosas, y donde se encontraba mayor densidad de la población se aumentaba el reporte de casos; en cuanto a determinantes sociales se concluyó que las personas con bajos ingresos, negros e hispanos, se ven afectadas de manera desproporcionada. (22) El estudio de determinantes sociales asociadas al comportamiento del COVID- 19, fue replicado en múltiples estados de Estados Unidos, lo que permitió resaltar la importancia de las condiciones sociodemográficas y educativas de la población a la hora de enfrentar una pandemia.

Otros estudios que se suman a la literatura existente sobre comunidades urbanas vulnerables afectadas de alguna forma por COVID-19, permitiendo identificar los perfiles de los sujetos y características haciendo visible las determinantes sociales y condiciones que llevaron a una progresión de la enfermedad grave o la muerte entre personas infectadas con coronavirus. En la literatura también encontramos estudios que analizaron variables raciales, llegando a concluir que el alto porcentaje de latinos y negros afectados gravemente por COVID-19, es sinónimo de altos

porcentajes de casos, como lo es también las enfermedades crónicas, baja educación y hacinamiento, identificando grupos afros como un factor de riesgo para enfermedad grave o muerte por COVID-19, así mismo la ubicación de casos por barrios les permitió observar el comportamiento de la enfermedad en ciertos vecindarios relacionando niveles desproporcionadamente más altos de infecciones y muerte en algunos de ellos (19).

Habría entonces algunos factores sociodemográficos, laborales, educativos y económicos, relacionados con el uso de implementos de bioseguridad, y el comportamiento de algunas comunidades en cuanto al distanciamiento social que pueden hacer de estas comunidades más vulnerables. La caracterización de la población es un estudio que ha sido replicado en múltiples lugares a lo largo del mundo y que ha permitido reafirmar lo que actualmente se conoce sobre el comportamiento del COVID-19 dentro de las comunidades de bajos recursos, se identifican necesidades de alimentos medicamentos protección personal e implementos y suministros que les permita llevar a cabo un distanciamiento social durante la pandemia. Por otra parte, en Latinoamérica, la informalidad laboral, la necesidad de sustento diario, el nivel educativo, y otras características están asociadas con vulnerabilidad para infección por COVID-19, mientras que en muchos otros estudios se identifica las condiciones socioeconómicas bajas como factor de riesgo para enfermedad grave y muerte con COVID-19. He ahí la importancia de la caracterización de la población debido a que permite identificar sus necesidades y conocer el comportamiento de la enfermedad y de este modo poder generar estrategias que permitan mitigar el impacto de ésta dentro de una comunidad.

2.3. La sociedad frente a la pandemia

En cuanto a la pandemia declarada por COVID-19, recordamos que, para el 31 de diciembre de 2019, China notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un número de casos por neumonía en Wuhan de causa desconocida, con inicio de síntomas en el mes de diciembre, los casos reportaban como antecedente haber asistido a un mercado de mariscos, pescados y animales. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae, como agente causante del brote, que fue denominado “nuevo coronavirus” (1,2) y

posteriormente SARS-CoV-2 (4). En este aspecto Cieza Zevallos y colaboradores encontraron una fuerte correlación entre la mortalidad y letalidad ($r=0,70$). El día en que se inició la enfermedad en un país y su crecimiento de infectados mostraron diferencias entre países: aquellos con mejores indicadores económicos e índice de desarrollo humano, tuvieron menos letalidad al inicio de la enfermedad. Al aumentar la incidencia, estas diferencias desaparecieron en cada comunidad (15).

El Coronavirus (COV) es un virus que causa infección respiratoria aguda (IRA) generando síntomas leves, moderados y graves. La vía de transmisión del SARS-CoV-2 es principalmente por las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones que contienen el virus (16), su presentación clínica ha sido variante a medida del desarrollo de la enfermedad, se presentan asintomáticos como personas sintomáticas con síntomas de leves, moderados y graves; entre los principales síntomas fiebre mayor a ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), tos, dificultad para respirar, pérdida de olfato, pérdida del gusto, dolor de cabeza persistente, dolor en las articulaciones, diarrea y síntomas graves que pueden llevar a la muerte (16). Los períodos de incubación del virus oscilan entre 5 a 14 días. La OMS estableció desde un inicio que las personas más vulnerables de las que requieren seguimiento constante y tienen mayor riesgo de infección son los que padecen de enfermedades crónicas como Hipertensión, Diabetes, EPOC entre otras (15). McCarthy y colaboradores encontraron que los pacientes hospitalizados con COVID-19 suelen tener un nivel socioeconómico vulnerable y, a menudo, requieren cuidados intensivos. Y que aquellos pacientes que sobreviven a la hospitalización por COVID-19 tienen una necesidad sustancial de servicios post-agudos (17); por otra parte se considera, de acuerdo a lo expuesto por Mendiola y colaboradores que la migración ocurrida por la pandemia a nivel mundial responde de manera significativa a la información sobre la propagación de la pandemia (18).

Otros estudios mostraron como más del 30% de casos de COVID-19 se han reportado en comunidades y que estos casos incluyen un gran componente social en los enfermos siendo entre otros el hacinamiento severo, el nivel educativo bajo, menor acceso a la atención médica y la presencia de enfermedades crónicas los que más preponderancia tienen en el momento de la recuperación de los individuos afectados. (19) Este comportamiento frente a los cambios socioculturales en una población se ven representados no solo en la actual pandemia, ya que en un estudio llevado a cabo por Muscillo y colaboradores, estos encontraron, como la adaptación

endógena de una sociedad está influida por la presentación de enfermedad bien sea en una pandemia o en un brote. (17,20,21) Por otro lado, como lo afirman algunos autores, la expansión acelerada del COVID-19 llevó a los gobiernos a desarrollar estrategias para la minimización de los contagios, llevando a modelos de manejo de la enfermedad variados dando como resultados una variedad de modelos que controlan los efectos fijos, los casos acumulativos, las tendencias temporales y las interacciones políticas y religiosas, en las distintas etapas de la pandemia. (5,18,22)

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Analizar las condiciones de vulnerabilidad, características sociodemográficas y clínicas de la población diagnosticada con COVID-19 incluida en la estrategia de atención primaria en salud del municipio de Mosquera en el año 2020.

3.2. Objetivos específicos

- Describir las condiciones de vulnerabilidad sociodemográficas, del hogar, familiar y de salud de la población caracterizada bajo la estrategia de atención primaria en salud.
- Identificar las características relacionadas con la investigación epidemiológica de campo de la población COVID-19.
- Realizar georreferenciación de los barrios mayormente afectados en positividad de COVID-19 y mortalidad.
- Evaluar las condiciones de vulnerabilidad, sociodemográficas y clínicas de la población positiva para COVID-19 quien fue caracterizada en la estrategia de atención primaria en salud.

4. METODOLOGÍA

4.1. Enfoque metodológico de la investigación

El enfoque de esta investigación se centró en el diseño cuantitativo, con un estudio observacional de corte transversal retrospectivo, donde se desarrolló el análisis de las condiciones de vulnerabilidad, características sociodemográficas y clínicas de la población diagnosticada con COVID-19 que afectaron con mayor prevalencia a la población de Mosquera en la época de pandemia por COVID-19 durante el año 2020.

El estudio se centró en la recolección de la información de la población que fue atendida por la Secretaria de Salud durante el año 2020, luego, por medio de la utilización de las bases de datos suministradas por la entidad del Municipio, donde consignan las atenciones a la población afectada por COVID-19 y caracterizaciones familiares bajo la estrategia de atención primaria en salud, se procedió a organizar la información y recategorizar las variables con la herramienta Microsoft Excel implementando fórmulas de la misma herramienta y se continuó con la generación de datos con el programa estadístico SPSS. Para la realización del análisis de los datos obtenidos se desarrolló el proceso en tres pasos, primero se analizaron los resultados de la información de APS, segundo se analizaron los resultados de los datos del total de pacientes positivos para COVID-19, y tercero se analizaron los resultados de los pacientes positivos para COVID-19 incluidos en la estrategia de APS.

4.2. Población

La población del estudio fue constituida primero por las familias caracterizadas bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud, segundo por los pacientes diagnosticados COVID-19 positivos durante el año 2020 y tercero por los pacientes positivos para COVID-19 incluidos en la estrategia de APS.

El análisis, por tanto se desarrolló en los siguientes pasos, primero se analizó la base de datos de caracterizaciones familiares que se llevaron a cabo bajo la estrategia de APS durante el año 2020, con un total de 25.657 personas, las cuales integraban un total de 9.678 familias, segundo se analizó la base de datos de pacientes positivos para COVID-19 caracterizados con la investigación epidemiológica de campo durante el año 2020, con un total de 4.610 usuarios y por último se realiza un cruce de las dos bases de datos obteniendo la muestra de 496 usuarios que fueron frecuentes en los dos grupos poblacionales, el cual fue denominado “usuarios positivos para COVID incluidos en la estrategia de APS”; toda la población analizada fue residente del municipio de Mosquera que hacen parte de la base de datos suministrada por la Secretaria de Salud del Municipio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes positivos para COVID-19, residentes en el municipio de Mosquera reportados en la base de datos COVID-19 de la Secretaria de Salud y familias caracterizadas bajo la estrategia de atención primaria en salud reportadas en la base de datos de APS de la Secretaria de Salud.

Criterios de exclusión:

- Población que no se encuentre incluida en las bases de datos entregadas por la Secretaría de Salud.
- Pacientes que no residan en el municipio de Mosquera.
- Pacientes que no fueron caracterizados en la estrategia de atención primaria en salud.

4.3. Descripción de las variables

De las bases de datos suministradas por Secretaría de Salud se definen variables de naturaleza cualitativa, de escala nominal. (Tabla No 1, 2)

De la base de datos de APS tenemos seleccionadas las siguientes variables: zona de residencia; clasificación de la población; vulnerabilidad social del hogar; vulnerabilidad por vivienda del

hogar; suministro de agua; eliminación excretas; basuras; tipo de energía; tipo de combustible; dormitorios en la vivienda; exposición de riesgos en la vivienda; vulnerabilidad por los hábitos y costumbres; condiciones de vulnerabilidad en salud; condiciones de vulnerabilidad en salud mental; condiciones de vulnerabilidad en servicios de PYD; riesgo familiar.

De la base de datos de COVID-19 se definen las siguientes variables: zona de residencia; clasificación de la población; sintomatología; requirió hospitalización; número de contactos estrechos; ocupación.

Tabla 1: Tabla de Variables: Base de datos de familias caracterizadas

Nombre	Variable	Unidad de Medición	Escala	Naturaleza
Identificación de los miembros del hogar	Zona de Residencia	1: Urbano.	Nominal	Cualitativa
		2: Rural.		
	Edad Ciclo Vital	Infancia (0 a 11 años).	Ordinal	Cualitativa
		Adolescencia (12 a 17 años).		
		Juventud (18 a 28 años).		
		Adulthood (29 a 59 años).		
		Vejez (60 años y más)		
Género	Hombre.	Nominal	Cualitativa	
	Mujer.			
Características socioeconómicas del hogar	Escolaridad	1- No sabe leer ni escribir.	Nominal	Cualitativa
		2- Nunca fue a la escuela, pero sabe leer y escribir.		
		3-Preescolar.		
		4-Primaria completa.		
		5-Primaria incompleta.		
		6-Secundaria completa.		
		7-Secundaria incompleta		
		8- Técnico o tecnólogo.		
		9- Universitario.		
	Ocupación	1-Agricultura.	Nominal	Cualitativa
		2-Minería.		
		3-Ganadería.		
		4-Pesca.		
		5-Oficio del hogar.		
		6-Estudiando.		
7-Jubilado/Pensionado.				
8- Empleado sector público.				

Nombre	Variable	Unidad de Medición	Escala	Naturaleza
Características socioeconómicas del hogar	Ocupación	9-Empleado sector privado.	Nominal	Cualitativa
		10-Prestador servicios técnicos, tecnológicos o presionales.		
		11- No aplica por condiciones físicas o mentales.		
		12- No aplica por edad.		
		13- Sin ocupación.		
	14- Otro.			
	Vinculación al SGSSS	1- Contributivo.		
		2- Subsidiado.		
		3-Poblacion pobre no asegurada (Vinculado).		
4- Régimen especial.				
Condiciones de vulnerabilidad social del hogar	Grupo étnico	1- Indígena.	Nominal	Cualitativa
		2- Afrodescendiente.		
		9-Ninguna.		
	Composición familiar	1-Nuclear.	Nominal	Cualitativa
		2-Extenso.		
		3-Monoparental.		
		4-Unipersonal.		
	Tipo de discapacidad	1-Motora.	Nominal	Cualitativa
		2-Auditiva.		
		3-Visual.		
		4-Cognitiva.		
		5-Otros.		
	Tipo de Violencia	1-Victima de desplazamiento forzado.	Nominal	Cualitativa
		3-Victima de Familiares asesinados y/o desaparecidos.		
		5-Victima amenazado(a).		
		6-Desmovilizado(a).		
		9-Ninguno.		
	Población LGBTI	1-Lesbiana.	Nominal	Cualitativa
		2-Gay.		
		3-Bisexual.		
		4-Transexual.		
5-Intersexual.				
Menores en deserción escolar	1-Si.	Nominal	Cualitativa	
	9-No.			
Trabajador sexual	1-Si.	Nominal	Cualitativa	
	9-No.			

Nombre	Variable	Unidad de Medición	Escala	Naturaleza
Condiciones de vulnerabilidad por vivienda del hogar	Tipo de Vivienda	1-Casa.	Nominal	Cualitativa
		2-Apartamento.		
		3-Habitación única dentro de una casa o apartamento.		
		4-Otro.		
	Ubicación de la Vivienda	1-En zona habitable predefinida por ordenamiento territorial.	Nominal	Cualitativa
		2-En zona habitable del sector rural.		
		3-En zona no determinada como habitable.		
		4-Zona inundable.		
	Abastecimiento de agua	1-Acueducto.	Nominal	Cualitativa
		2-Pila.		
		3-Pozo.		
		4-Rio.		
		5-Lluvia.		
		6-Otro		
	Disposición de excretas	1-Unidad sanitaria.	Nominal	Cualitativa
		2-Letrina.		
		3-Campo abierto.		
		4-Otro.		
	Recolección de basuras	1-Recolectada en caneca dentro del hogar.	Nominal	Cualitativa
		2-Recolectada en caneca fuera del hogar.		
		3-Recolectada en abasto comunitario.		
		4-No se recolecta.		
		5-Otro.		
	Disposición de basuras	1-Recolectada por servicio de aseo.	Nominal	Cualitativa
2-Enterrada.				
3-Quemada.				
4-Campo abierto.				
5-Otro.				
Tipo de servicio eléctrico	1-Eléctrica.	Nominal	Cualitativa	
	2-Vela de cera.			
	3-Lámpara de petróleo.			
	4-Otro.			
Combustible para cocinar	1-Gas natural.	Nominal	Cualitativa	
	2-Gasolina.			
	3-Leña.			

Nombre	Variable	Unidad de Medición	Escala	Naturaleza		
	Combustible para cocinar	4-Electricidad.	Ordinal	Cualitativa		
		5-Gas propano.				
	Número de dormitorios en la vivienda	1.				
		2.				
		3.				
		4.				
		5.				
		6-Más de cinco.				
	Número de personas que duermen por dormitorios	1.			Ordinal	Cualitativa
		2.				
		3.				
		4.				
5.						
6-Más de cinco						
Riesgos de la vivienda	Físicos	1-Por ubicación en zona de riesgo.	Nominal	Cualitativa		
		2-Por debilidad de la estructura general de la vivienda.				
		3-Por deterioro y antigüedad de la estructura.				
		4-Por ruidos dentro y fuera de la vivienda.				
		5-Por iluminación inadecuada.				
		5-Por ventilación inadecuada.				
		7-Varias de las anteriores condiciones.				
		8-Otro.				
		9-Ninguno.				
	Químicos	1-Almacenamiento de químicos utilizados en agricultura.	Nominal	Cualitativa		
		2-Almacenamiento de pólvora.				
		3-Combustible de cocina de alta combustión.				
		4-Almacenamiento de otro tipo de químicos.				
		5-Varias de las condiciones anteriores.				
		6-Otro.				
	Biológicos	1-Alimentos sin refrigeración.	Nominal	Cualitativa		
		2-Manipulación de alimentos al aire libre.				
		9-Ninguno.				

Nombre	Variable	Unidad de Medición	Escala	Naturaleza			
Riesgos de la vivienda	Biológicos	3-Presencia de roedores y otros insectos.	Nominal	Cualitativa			
		4-Dormitorios compartidos con animales.					
		5-Varias de las condiciones anteriores.					
		6-Otro.					
		9-Ninguno.					
	Sociales	1-Cercanía o amenaza de presencia de grupos armados ilegales.					
		2-Personas que realizan actividades ilícitas en cercanía a la vivienda.					
		3-Prácticas inadecuadas de los miembros del hogar que alteran la estructura de la vivienda.					
		4-Varias de las condiciones anteriores.					
		5-Otro.					
		6-Ninguno.					
	Condiciones de vulnerabilidad por los hábitos y costumbres de los miembros del hogar	Consumo de alcohol			1-Menos de una vez al mes.	Ordinal	Cualitativa
					2-Entre una y dos veces al mes.		
					3-Más de dos veces al mes.		
4-No consume alcohol.							
5-No aplica por edad.							
Consumo de cigarrillo		1-Menos de 1 cigarrillo a la semana.	Ordinal	Cualitativa			
		2-Más de un cigarrillo a la semana.					
		3-Entre 1 y más cigarrillos al día.					
		4-No consume cigarrillo.					
		5-No aplica por edad.					
Consumo de psicoactivos		1-Menos de una vez a la semana.	Ordinal	Cualitativa			
		2-Más de una vez a la semana.					
		3-Entre 1 y más veces al día.					
		4-No consume psicoactivos.					
		5-No aplica por edad.					
Higiene corporal		1-No se realiza el baño diario.	Ordinal	Cualitativa			
		2-Se realiza el baño semanal.					
		3-Se realiza el baño al mes.					

Nombre	Variable	Unidad de Medición	Escala	Naturaleza
Condiciones de vulnerabilidad por los hábitos y costumbres de los miembros del hogar	Higiene corporal	4-Se realizan el baño diario de su cuerpo.		
	Higiene Bucal	1-No se realiza higiene bucal diaria.	Ordinal	Cualitativa
		2-Al menos dos veces al día.		
		3-Al menos una vez al día.		
		4-Se lava la boca tres veces.		
	Higiene de la Vivienda	1-Higiene todos los días.	Ordinal	Cualitativa
		2-Higiene algunos días de la semana.		
		3-Higiene una vez por semana.		
		4-Higiene una vez al mes.		
		5- Higiene se realiza más de un mes.		
	Actividad Física	1-Realiza actividad física diariamente.	Ordinal	Cualitativa
		2-Realiza actividad física varios días a la semana.		
		3-Realiza actividad física mensualmente.		
		4-Realiza actividad física semanalmente.		
		5-No realiza actividad física.		
	Tenencia de animales	1-En el hogar tienen caninos vacunados.	Nominal	Cualitativa
		2-En el hogar tienen felinos vacunados.		
		3-En el hogar tienen caninos no vacunados.		
		4-En el hogar tienen felinos no vacunados.		
6-En el hogar tienen otro tipo de animales.				
7-En el hogar no tienen animales.				
Condiciones de vulnerabilidad por las acciones de salud pública.		Esquema de vacunación < 5 años		
	Incompleto.			
	Clasificación de Gestantes	Alto Riesgo.	Nominal	Cualitativa
		Bajo Riesgo.		
	Clasificación de enfermedades Crónicas	HTA.	Nominal	Cualitativa
		DM.		
		EPOC.		
		ERC.		

Nombre	Variable	Unidad de Medición	Escala	Naturaleza
Condiciones de vulnerabilidad por las acciones de salud pública.		Artritis Reumatoidea.		
	Clasificación Eventos de Interés en Salud Pública	MME.	Nominal	Cualitativa
		SG.		
		VIH.		
		SC.		
		MP.		
		Cáncer.		
		TB.		
	Riesgo salud mental	1-Se presentan malos tratos verbales.	Nominal	Cualitativa
		2-Se presentan malos tratos físicos.		
		3-Las dos anteriores se presentan con alguna frecuencia en el hogar.		
		4-No se presenta malos tratos ni físicos ni verbales.		
	Remisión a servicios de PYD	Crecimiento y desarrollo.	Nominal	Cualitativa
		Planificación familiar.		
		Control del joven.		
		Control de salud sexual y reproductiva.		
		Mamografía.		
		Citología.		
Riesgo Familiar.	Alto.	Nominal	Cualitativa	
	Medio.			
	Bajo.			

Tabla 2: Tabla de Variables: Base de datos de pacientes COVID-19 Positivos

Variable	Nombre	Unidad de Medición	Escala	Naturaleza
Ubicación del hogar	Zona de Residencia	Urbano.	Nominal	Cualitativa
		Rural.		
Clasificación del caso	Edad Ciclo Vital	Infancia (0 a 11 años).	Ordinal	Cualitativa
		Adolescencia (12 a 17 años).		
		Juventud (18 a 28 años).		
		Adulthood (29 a 59 años).		
		Vejez (60 años y más).		
	Género	Hombre.	Nominal	Cualitativa

Variable	Nombre	Unidad de Medición	Escala	Naturaleza
Clasificación del caso	Género	Mujer.	Nominal	Cualitativa
	Vinculación al SGSSS	Contributivo.	Nominal	Cualitativa
		Subsidiado.		
		Población pobre no asegurada (Vinculado).		
		Régimen especial.		
	Gestante	Si.	Nominal	Cualitativa
		No.		
	Estado salud final	Vivo recuperado.	Nominal	Cualitativa
		Fallecido.		
	Síntomas	Asintomático.	Nominal	Cualitativa
		Sintomático.		
		No hay dato.		
Requirió Hospitalización	Si.	Nominal	Cualitativa	
	No.			
Trabajadores en el área de la salud.	Si.	Nominal	Cualitativa	
	No.			
Clasificación del Contacto estrecho	Numero de Contactos estrechos por paciente	0 a 1.	Ordinal	Cualitativa
		2 a 3.		
		4 a 5.		
		6 a 7.		
		Mayor de 7.		
	Síntomas de contacto estrecho	Asintomático.	Nominal	Cualitativa
		Sintomático.		
	Nexo epidemiológico	0 a 1.	Ordinal	Cualitativa
		2 a 3.		
		4 a 5.		
6 a 7.				
Mayor de 7.				

4.4. Técnicas de recolección de información

El tipo de fuente de información utilizada fue primaria, suministrada por la Secretaría de Salud de Mosquera, base de datos de pacientes COVID-19 positivos durante el año 2020 residentes en el

municipio y la base de datos de las caracterizaciones familiares durante el año 2020 bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud.

4.5. Consideraciones éticas

El estudio se centró en las consideraciones del artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Categorizando el estudio como sin riesgo ya que se tomó la información de bases de datos existentes anónimos sin tener que intervenir a la población y sin llevar a cabo ningún contacto.

Se cuenta con autorización de la investigación por parte de la Secretaria de Salud de Mosquera (Anexo1), garantizando la protección de los datos de los individuos participantes de acuerdo a la ley estatutaria 1581 de 2012 dando cumplimiento a sus lineamientos; por lo anterior no se llevaría ningún contacto a los sujetos y no se tomarían datos sensibles o de contacto; no se consideró la elaboración de consentimiento informado.

La información se guardará de acuerdo a los criterios establecidos en la guía de armonización de estudios por un tiempo de seis años el cual estará a cargo de los investigadores del estudio posteriormente se procederá a su eliminación igualmente teniendo en cuenta la ley 1581 de protección de datos se estable el no suministro de información para procesos diferentes a esta investigación. El tiempo establecido por dicha resolución en la que la historia clínica debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, es por un periodo mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de la última atención, esto quiere decir que los primeros cinco (5) años se harán en el archivo de gestión y los siguientes diez (10) años en el archivo central. Como no es historia clínica por eso se contempla solo seis años

5. RESULTADOS:

Para realizar el análisis de los resultados obtenidos por las tres bases de datos, se inicia primero con el análisis de la población caracterizada bajo la estrategia de APS de acuerdo con las variables establecidas.

5.1. Características demográficas de la población.

Durante el período comprendido en el año 2020 se caracterizaron en el municipio de Mosquera un total de 25.657 personas correspondientes a 9.678 familias bajo la estrategia Atención Primaria en Salud; del total de familias se encontró el 96% reside en zona urbana correspondiente a 9.339; se evalúa la clasificación de la población con un total de 25.657 usuarios miembros de los grupos familiares caracterizados, distribuyéndose por grupo vital en adultez (29 a 59 años) 38%; juventud (18 a 28 años) 22%, infancia (0 a 11 años) 21% y adolescencia (12 a 17 años) 9%. La distribución de género estuvo representada por un 53% de mujeres frente a un 47% hombres; el nivel de escolaridad se distribuyó de la siguiente manera: secundaria completa 39%, secundaria incompleta 16%, primaria incompleta 13%, no sabe leer ni escribir 11% y en menor medida primaria completa y técnico o tecnólogo 7%, universitario 4% preescolar 2%. En cuanto al comportamiento de la ocupación en la población el 24% trabajaba como empleado en el sector privado, el 19% se encontraba estudiando, el 16% realizaba oficios en el hogar, 14% realizaba varias actividades en el día para garantizar su sustento económico, 4% se encontraban jubilado / pensionado, el 3% se desempeñaba como empleado sector público, el 3% era prestador servicios técnicos, tecnológicos o profesionales, otro 3% se encontraba sin ocupación, un 1% desarrollaba actividades de agricultura; con una participación pequeña encontramos población que desarrollaba actividades en el área de la minería, ganadería, y pesca, un 12% de la población no especifica ocupación por el ciclo vital en el que se encuentran, por último un 1%, 146 usuarios, no respondieron esta variable. En relación con el grupo étnico de la población caracterizada el 99,95% no pertenece algún grupo étnico y el 0,05% pertenece a grupos indígena y afrodescendiente, de acuerdo con el SGSSS el 67% de la población se encontraba afiliada al régimen contributivo, un 19% se encuentra afiliado al régimen subsidiado, un 12% se encuentra no asegurado y un 2% se encuentra afiliado al régimen especial (Tabla No 3).

Tabla No 3. Características demográficas de la población

	Frec	Porcentaje
CICLO VITAL		
Infancia	5.260	21,0%
Adolescencia	2.354	9,0%
Juventud	5.559	22,0%

	Frec	Porcentaje
Adultez	9.843	38,0%
Vejez	2.641	10,0%
RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL		
Contributivo	17.209	67,0%
Subsidiado	4.984	19,0%
Población pobre no asegurada (Vinculado)	3.043	12,0%
Régimen especial	421	2,0%
ETNIA		
Indígena	9	0,04%
	Frec	Porcentaje
Afrodescendiente	5	0,02%
Ninguna	25.643	99,94%
NIVEL EDUCATIVO		
No sabe leer ni escribir	2.756	11,0%
Nunca fue a la escuela, pero sabe leer y escribir	104	0,0%
Preescolar	543	2,0%
Primaria completa	1.838	7,0%
Primaria incompleta	3.413	13,0%
Secundaria completa	10.036	39,0%
Secundaria incompleta	4.187	17,0%
Técnico o Tecnológico	1.685	7,0%
Universitario	1.095	4,0%
OCUPACIÓN		
Agricultura	144	1,0%
Oficios del hogar	4.168	16,0%
Estudiando	4.968	19,0%
Jubilado / Pensionado	938	4,0%
Empleado sector público	862	3,0%
Empleado sector privado	6.236	24,0%
Prestador servicios técnicos, tecnológicos o profesionales	647	3,0%
No aplica por edad	3.143	12,0%
Sin ocupación	884	4,0%
Otro	3.521	14,0%

En el gráfico número 2 observamos del total de la población el 38% se encuentra en las edades de (29 a 59 años) ciclo de vida adultez, seguido en un 22% en la edad de (18 a 28 años) ciclo de vida juventud, un 21% en las edades de (0 a 11 años) ciclo de vida infancia, un 10% en las edades de (60 años y más) ciclo de vida vejez, por último, un 9% para las edades de (12 a 17 años) ciclo de vida adolescencia.

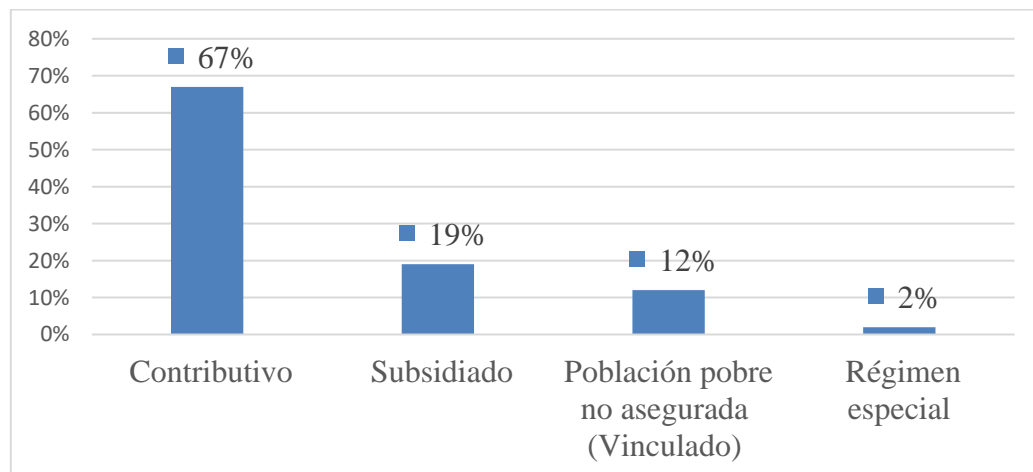
Gráfico 3: Distribución de Género.
Total, de Población:25.657.



Fuente: Base de datos APS 2020.

En el gráfico número 3 observamos del total de la población el 53% son mujeres y un 47% son hombres.

Gráfico 4: Distribución por Vinculación SGSSS.
Total, de Población:25.657.



Fuente: Base de datos APS 2020.

En el gráfico número 4 observamos del total de la población el 67% se encontraba afiliado al régimen contributivo, un 19% al régimen subsidiado, un 12% no asegurado y 2% afiliado al régimen especial.

5.2. Condiciones de vulnerabilidad social del hogar

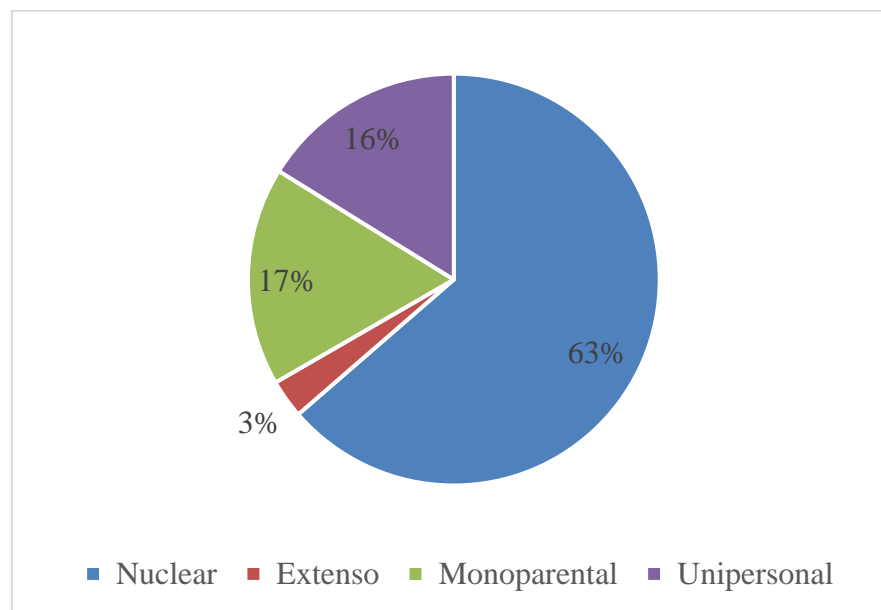
Al analizar las condiciones de vulnerabilidad de la población, la primera consistió con el tipo de hogar, se explica la composición familiar de la población caracterizada, donde un 63% tiene una composición familiar nuclear: (compuesto por padre, madre e hijos), seguida de un 17% monoparental: (Solo está presente uno de los padres y los hijos), un 16% unipersonal: (hogar compuesto por una sola persona) y un 3% con una composición extenso: (compuesto por padre madres, hijos y otros familiares). El 1% de la población tiene alguna condición de discapacidad pudiendo ser motora, auditiva, visual o cognitiva. El comportamiento referente a las víctimas del conflicto presentó que el 99,5% no son víctimas de conflicto armado y el 0,05% pertenece algún grupo como víctima de desplazamiento forzado, víctima de familiares asesinados y/o desaparecidos, víctimas amenazado(a), o desmovilizado(a). Un 99,94% no es población LGBTI el 0.006% pertenece a población lesbiana o gay. El 99,91% de la población caracterizada no reporta menores en deserción escolar y el 0,09% reporta deserción escolar por varios motivos, como deserción escolar por iniciar a trabajar, deserción escolar por desmotivación personal, o deserción escolar por violencia escolar, no se identificó población trabajadora sexual. Otros datos relacionados con las condiciones de vulnerabilidad social están reflejados en la Tabla 4.

Tabla 4. Condiciones de vulnerabilidad social del hogar

	Frec	Porcentaje
COMPOSICIÓN FAMILIAR		
Nuclear: compuesto por padre, madre e hijos	6.132	64,00%
Extenso: compuesto por padre madres, hijos y otros familiares	304	3,00%
	Frec	Porcentaje

Monoparental: Solo está presente uno de los padres y los hijos	1.673	17,00%
Unipersonal: hogar compuesto por una sola persona	1.569	16,00%
TIPO DE DISCAPACIDAD		
Motora	50	0,19%
Auditiva	22	0,09%
Visual	21	0,08%
Cognitiva o mental	86	0,34%
Otros	5	0,02%
Ninguna	25.473	99,28%
TIPO DE VIOLENCIA		
Víctima de desplazamiento forzado	108	0,42%
Víctima de familiares asesinados y/o desaparecidos	4	0,02%
Víctimas amenazado(a)	1	0,00%
Desmovilizado(a)	2	0,01%
Ninguno	25.542	99,55%

Gráfico 5: Distribución por Tipo de Hogar.
Total, de Población:25.657.



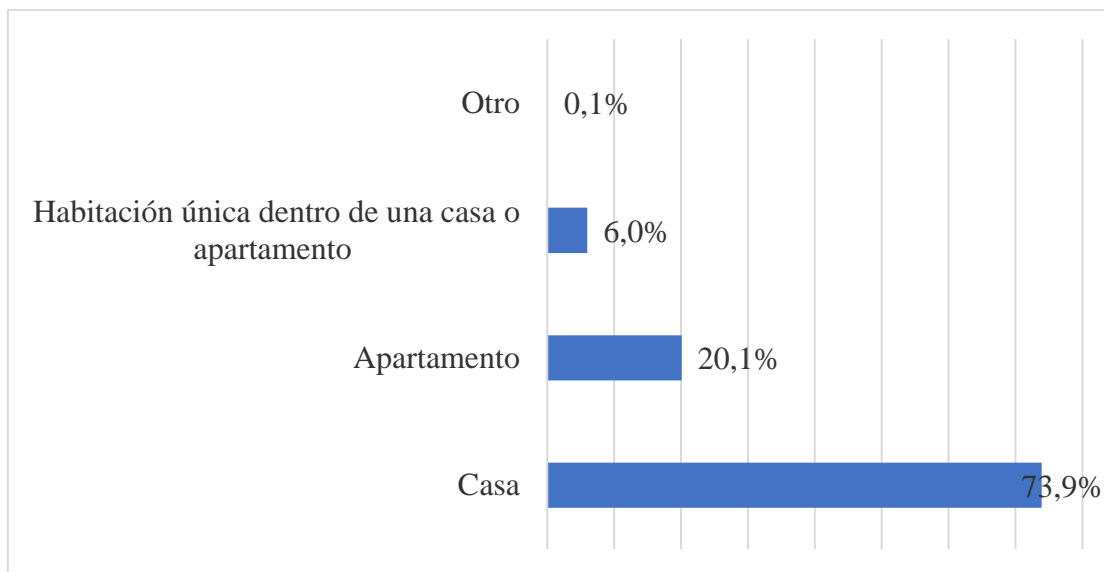
Fuente: Base de datos APS 2020.

En el gráfico número 5 observamos del total de la población, un 6% tenía un tipo de familia nuclear, el 17% tipo de familia monoparental, un 16% un tipo de familia unipersonal y un 3% tipo de familia monoparental.

5.3. Condiciones de servicios públicos y domiciliarios

Estas variables se analizaron teniendo en cuenta el número de familias caracterizadas por APS (9.678). Se identifica que el 73,9% vive en casa, el 20,1% vive en apartamento, un 6,0% vive en habitación única dentro de una casa o apartamento y un 0,10% vive en otro tipo de vivienda. Se cuantifica que un 86,3% de las familias vive en zona habitable predefinida por Plan de Ordenamiento Territorial, un 12,6% vive en zona habitable del sector rural, un 1,0% vive en una zona no determinada como habitable y un 0,1% vive en una zona inundable.

Gráfico 6: Distribución por tipo de Vivienda.
Total, de Población: 9.978 Familias.



Fuente: Base de datos APS 2020.

En el gráfico número 6 observamos del total de la población, el 73,9% vive en casa, un 20,1% vive en apartamento y el 6% vive en habitación.

Frente al abastecimiento de agua, se analiza que el 95,1% de las familias cuenta con acueducto, el 1,4% cuenta con el suministro de agua por recolecta de agua lluvia, un 1,3% cuentan con pozo, un 0,5% cuenta con pila de almacenamiento de agua o suministro de agua es del rio. Con la variable disposición de excretas se tiene un resultado donde el 97,17% cuenta con unidad sanitaria, un 2,80% tiene letrina, un 0,01% su eliminación de excretas es a campo abierto. En relación con la variable recolección de basuras por parte de las familias los datos mostraron que el 75,3% recolecta la basura en caneca dentro del hogar, un 16,0% recolecta en abasto comunitario, un 8,7% recolecta la basura en caneca fuera del hogar. Para la variable disposición de basuras el 98,3% de la población utiliza el servicio de aseo, un 1,5% la disposición de la basura se realiza en campo abierto, un 0,1% la disposición de basuras es quemada, y 4 familias la disposición de las basuras es enterrada. Con la variable tipo de servicio eléctrico, se observó en la población que el 99,86% cuenta con servicio eléctrico, el 0,11% utilizan medios diferentes para el suministro de luz. Analizando la variable de tipo de combustible para cocinar identificamos que el 94,0% de las familias utiliza gas natural para cocinar, un 4,6% emplea gas propano, el 1,3% utiliza gasolina, un 0,1% cocina con leña. Tabla 5

Tabla 5 Condiciones de servicios públicos y domiciliarios

	Frec	Porcentaje
TIPO DE VIVIENDA		
Casa	7.151	73,90%
Apartamento	1.942	20,10%
Habitación única dentro de una casa o apartamento	580	6,00%
Otro	5	0,10%
ZONA DE VIVIENDA		
En zona habitable predefinida por ordenamiento territorial	8.354	86,30%
En zona habitable del sector rural	1.224	12,60%
En zona no determinada como habitable	93	1,00%
Zona inundable	7	0,10%
FUENTE DE AGUA		
Acueducto	9.204	95,10%
Pila	44	0,50%
Pozo	124	1,30%
Rio	40	0,30%
Lluvia	134	1,40%

	Frec	Porcentaje
Otro	132	1,40%
DISPOSICIÓN DE RESIDUOS BIOLÓGICOS		
Unidad sanitaria	9.404	97,17%
Letrina	271	2,80%
Campo abierto	1	0,01%
Otro	2	0,02%
DISPOSICIÓN DE BASURAS		
Recolectada por servicio de aseo	9.515	98,40%
Enterrada	4	0,00%
Quemada	9	0,10%
Campo Abierto	148	1,50%
Otro	2	0,00%
TIPO DE SERVICIO ELÉCTRICO		
Eléctrica	9.664	99,86%
Vela de cera	3	0,03%
Otro	11	0,11%
	Frec	Porcentaje
MODO DE COCINA		
Gas natural	9.102	94,00%
Gasolina	121	1,30%
Leña	11	0,10%
Gas propano	444	4,60%

5.4. Condiciones de vulnerabilidad por vivienda del hogar

En relación con las condiciones de vivienda de las familias se encontró que el 35,42% contaba con 2 dormitorios, el 30,41% contaba con 1 dormitorio, un 27,27% contaba con 3 dormitorios, el resto de la población contaba con 4 a 5 dormitorios. Al cuantificar los resultados de la variable de cuantas personas duermen por cada dormitorio, observamos en un 56,0% dormían 2 personas en la habitación, un 33,6% dormía 1 persona en la habitación, un 6,3% dormían 3 personas en la habitación, el resto de la población dormía con 4 a 5 personas en la habitación. Frente a los resultados de la variable riesgos de la vivienda, para riesgos físicos tenemos el 12,64% tenía exposición a riesgo por iluminación inadecuada, un 9,18% tenía exposición a riesgo físico por ubicación en zona de riesgo, las demás familias tenían riesgo de exposición física por otros factores

asociados; con relación a la exposición a riesgos químicos analizamos que el 1,56% presentaba exposición por almacenamiento de químicos utilizados en agricultura, un 0,41% presentaba exposición con combustible de cocina de alta combustión, el 14,93% presentaba exposición a riesgos químicos de diferentes formas a las tabuladas, las demás familias no tenían exposición a riesgos químicos. Para la exposición a riesgos biológicos se tienen unos resultados, donde el 8% se encontraba expuesto a riesgo biológico por la presencia de roedores y otros insectos, las demás familias no tenían exposición a algún riesgo biológico. Con la exposición de riesgos sociales, observamos en los resultados que un 59,83% de la población no estuvo expuesta a riesgo, el 27,39% estuvo expuesto a riesgos sociales por actividades ilícitas cerca de la vivienda, un 0,42% estuvo en riesgo por presencia de grupos armados ilegales, un 0,08% está expuesto al riesgo por prácticas inadecuadas de miembros del hogar que alteran la estructura de la vivienda. Tabla 6.

Tabla 6. Condiciones de vulnerabilidad por vivienda del hogar

	Frec	Porcentaje
RIESGOS DE LA VIVIENDA		
Por ubicación en zona de riesgo	888	9,18%
Por debilidad de la estructura general de la vivienda	52	0,54%
Por deterioro y antigüedad de la estructura	20	0,21%
Por ruidos dentro y fuera de la vivienda	5	0,05%
Por iluminación inadecuada	1.223	12,64%
Por ventilación inadecuada	134	1,38%
Varias de las anteriores condiciones	83	0,86%
Otro	863	8,92%
Ninguno	6.410	66,23%
TIPO DE RIESGOS BIOLÓGICO		
Almacenamiento de químicos utilizados en agricultura	151	1,56%
Almacenamiento de pólvora	1	0,01%
Combustible de cocina de alta combustión	40	0,41%
Almacenamiento de otro tipo de químicos	6	0,06%
Otro	1.445	14,93%
Ninguno	8.035	83,02%

5.5. Condiciones de vulnerabilidad por los hábitos y costumbres de los miembros del hogar

En cuanto al consumo de alcohol en la población se encontró que en el 67% de las familias ninguno de los miembros consumía alcohol, el 3% consumía al menos una vez al mes igual proporción que los que consumen entre una y dos veces al mes, el resto de la población no aplica la evaluación de la variable por la edad. El 86% no consumían cigarrillo, un 1% consumían cigarrillo y el resto de la población no aplica la evaluación de la variable por la edad, el 89.38% responden que ninguno de los miembros del hogar consumía sustancias psicoactivas, el 0,31% consumía alguna sustancia psicoactiva y el resto de la población no aplica la evaluación de la variable por la edad. Para la unidad de medición de higiene corporal el 75,5% de los miembros del hogar se realizaban el baño diario de su cuerpo, el otro grupo poblacional se realizaba el baño cada dos días, de manera semanal o mensual. Al hábito de higiene bucal el 44% se lavaba la boca tres veces al día, el 37% se lavaba la boca por lo menos dos veces al día, el 19 % se lavaba la boca al menos una vez al día, frente a la higiene de la vivienda, el 53% realizaba aseo algunos días de la semana, el 42% realizaba aseo a la vivienda todos los días, el 5% realizaba aseo algunas veces, en el tema de actividad física se reporta que el 98.4% realizaba al menos una vez a la semana actividad física. La distribución por tenencia de animales se distribuye en 25.2% tenían caninos vacunados, el 9,2% tenía felinos vacunados, el 4.8% tenían caninos o felinos no vacunados y el 60.8% reportan no tener animales en sus hogares.

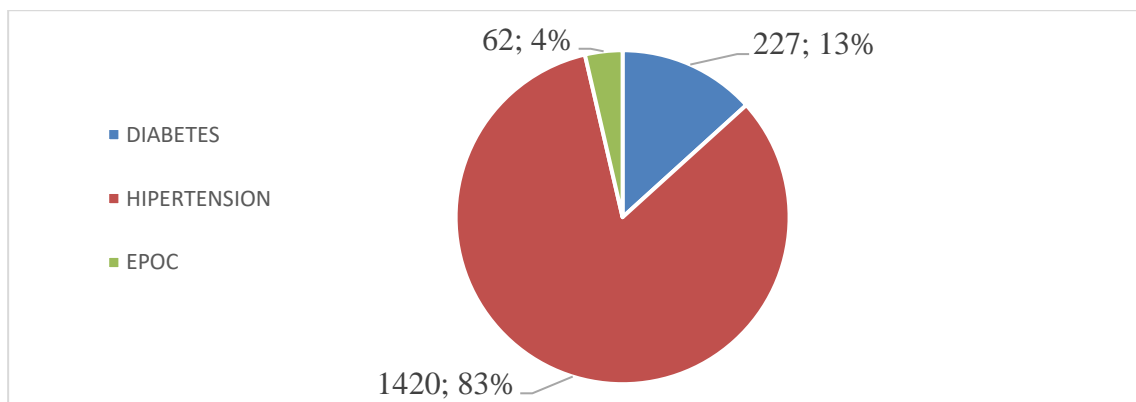
5.6. Condiciones de vulnerabilidad por situación de salud de los miembros del hogar

El 9% de los menores de cinco años tenía un esquema de vacunación incompleto, se identificó un total de 487 gestantes, de las cuales el 88% eran de alto riesgo y de 244 puérperas el 68% eran de alto riesgo. Se reportó que el 12% presentaron morbilidad materna extrema, el 4% sífilis gestacional, el 2% de recién nacidos presentaron sífilis congénita, 3% mortalidad perinatal y se identificó 1 caso de gestante con VIH.

En relación con las enfermedades de alto costo se encontró que hipertensión se presentó en un total de 1.420 personas de los cuales las mujeres representaron el 62%, en diabetes 227 personas de los cuales las mujeres mostraron un 57%, con diagnóstico de EPOC se reportaron un total de 62

personas siendo igual porcentaje, 50% hombres y 50% mujeres, en enfermedades de alto costo, ERC se identificaron 9 casos donde el 67% fueron hombres, para artritis reumatoidea se canalizaron 63 casos donde el 86% fueron mujeres y en cáncer se reportaron 63 personas de las cuales el 68% corresponde al género femenino, para VIH reportó 13 personas siendo 69% en hombres. En la identificación de casos por eventos de interés en salud pública se identificó del 11% en riesgo nutricionales corresponden a recién nacidos con bajo peso al nacer con 82 casos, 25 menores con bajo peso, 138 adultos con bajo peso, 909 adultos con obesidad y 20 gestantes con obesidad, frente a otros EISP se identificaron 13 pacientes con tuberculosis y 2.039 sintomáticos respiratorios. Para la unidad de medición de condiciones de vulnerabilidad de salud mental el 98,5% de la población manifestó no se encontrarse en riesgo. Frente a la canalización y remisión de la población a los servicios de PYD el 66,8% se remitió a CYD, el 8,7% se remitió a planificación familiar, un 14,17% se remitió a control del joven, 12,79% se remitió a control se salud sexual y reproductiva, 4,3% se remitió a toma de mamografía, un 16,31% se remitió a toma de citología, un 4% se remitió para toma de antígeno prostático, un 1,89% de las gestantes se remitieron a control prenatal, un 0,19% se remitió a actividades de salud mental, un 4,26% se remitió a consulta nutricional, un 23,85% a consulta de medicina general y un 38,40% se remitió a consulta de odontología. Con la unidad de medición de clasificación de riesgo familiar el 40% de las familias está en bajo riesgo, un 38% en alto riesgo y un 22% en riesgo medio.

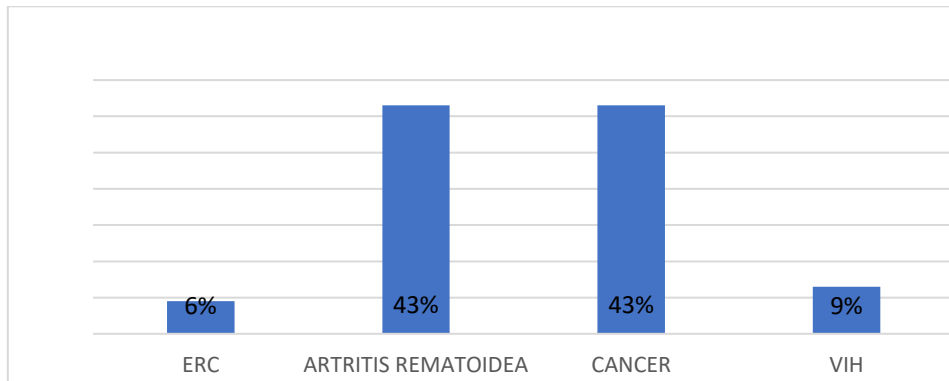
Gráfico 7: Distribución por Enfermedades crónicas.
Total, de Población:1.709.



Fuente: Base de datos APS 2020.

Del total de la población canalizada bajo la estrategia de APS el 7% tiene enfermedades crónicas. En el gráfico número 7 observamos del total de la población un 83% esta diagnosticado con HTA, un 13% con DM, un 4% con EPOC.

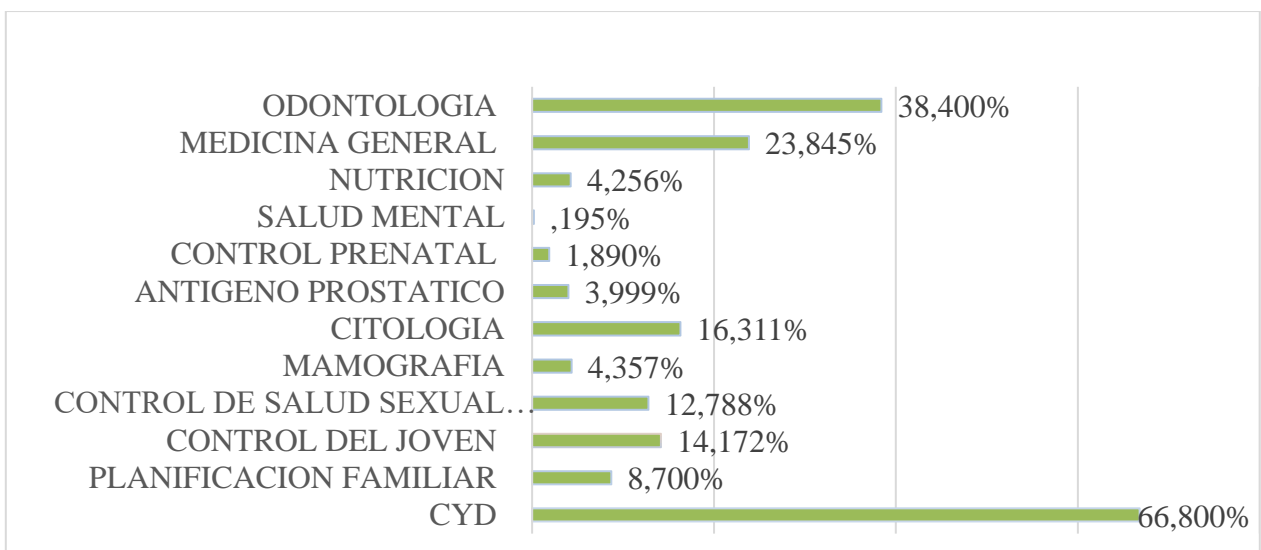
Gráfico 8: Distribución por Enfermedades de alto costo. Total, de Población:148.



Fuente: Base de datos APS 2020.

Del total de la población canalizada bajo la estrategia de APS el 1% tiene enfermedades de alto costo. En el gráfico número 8 observamos del total de la población un 43% esta diagnosticada con cáncer, un 43% esta diagnosticada con artritis reumatoidea, un 9% con VIH y el 6% con ERC.

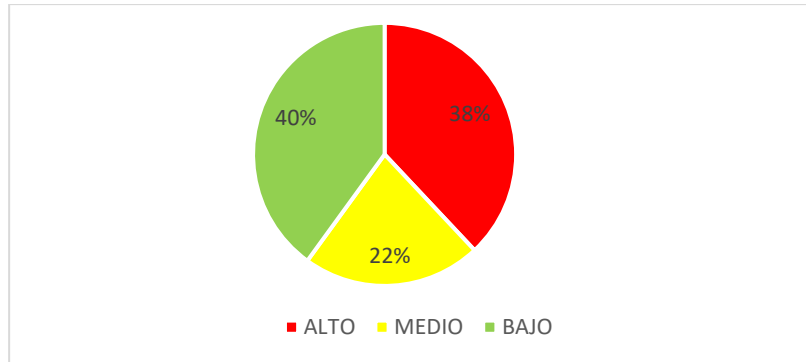
Gráfico 9: Remisión a servicios de PYD. Total, de Población:25.657.



Fuente: Base de datos APS 2020.

En el gráfico número 9 observamos del total de la población caracterizada por APS fue remitida a servicios de PYD con mayor porcentaje los controles de CYD con un 66,8%, seguido de un 38,4% a controles de odontología y un 23,8% controles de medicina general.

**Gráfico 10: Distribución por Riesgo Familiar.
Total, de Población:25.657.**



Fuente: Base de datos APS 2020.

Bajo la estrategia familia saludable y feliz y atención primaria en salud, permite realizar la clasificación de riesgo a los grupos familiares por presencia de enfermedades crónicas, servicios de PYD, condiciones de vulnerabilidad entre otras variables y define el tiempo de seguimiento a esta población; en el gráfico número 10 observamos del total de la población, el 40% fue clasificada con riesgo bajo, un 38% con riesgo alto y un 22% con riesgo medio.

5.7. Características de población con diagnóstico positivo de COVID-19

Continuando con los análisis pasamos a la segunda parte donde se evalúa la población notificada positiva para COVID-19 de acuerdo con las variables establecidas.

Del total de población se encontró que 4.610 personas en el período observado fueron positivas a COVID-19, de los cuales el 99% viven en la zona urbana, el grupo de edad estuvo distribuido 4% entre 0 y 11 años, 4% entre 12 y 17 años, 21% entre 18 y 28 años, 59% entre 29 y 59 años y 12% entre 60 y más años. La distribución por género estuvo representada en un 47% por hombres y 53% mujeres. De los 4.610 positivos el 92% pertenecen al régimen contributivo, 5% al subsidiado, 2%

al régimen especial y 1% población pobre no asegurada. Del total de mujeres positivas para COVID-19 el 1% fueron gestantes. Frente al estado de salud final de los pacientes el 2% de los casos positivos de COVID-19 murieron a raíz de la enfermedad, los demás estuvieron favorablemente recuperados. Del total de población con diagnóstico positivo de COVID-19 el 68% fueron sintomáticos y el 12% no lo fueron, el resto de la población no respondió a esta pregunta, de todos los casos el 6% requirió hospitalización, en relación con el número de contactos estrechos que se presentaron por los casos positivos el 55% estuvo entre 0 a 1 contacto, un 32% estuvo entre 2 a 3 contactos estrechos, un 11% estuvo tuvo entre 4 a 5 contactos estrechos, 2% estuvo entre 6 a 7 contactos estrechos y un 1% estuvo con más de 7 contactos, del 100% de los contactos estrechos el 82% fue sintomático y el 18% fue asintomático, en relación a los nexos epidemiológicos en los casos positivos para COVID-19 un 5% contagió entre 0 a 1 persona, un 11% contagió entre 2 a 3 personas, un 3% contagió entre 4 a 5 personas, un 1% contagió entre 6 a 7 personas, un 2% contagió a más de 7 personas, del total de casos reportados positivos el 3% correspondió a trabajadores del área de la salud.

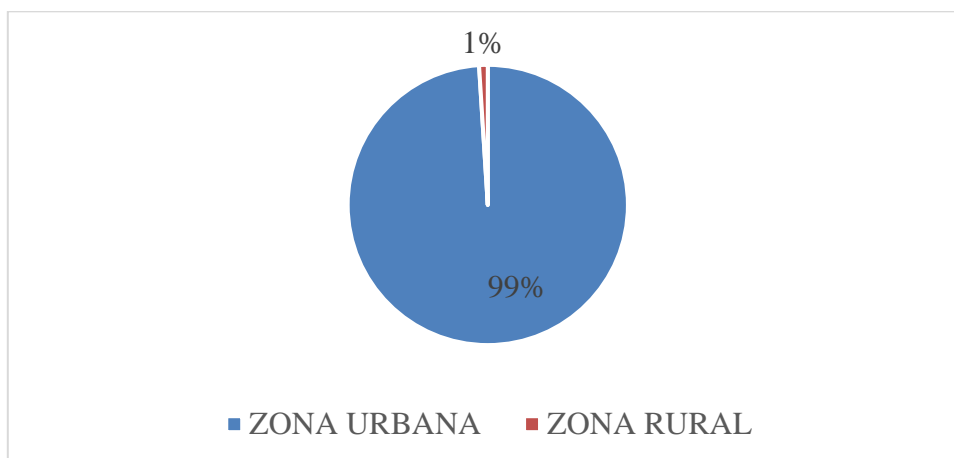
En total murieron 2,38% de total de pacientes con COVID-19 positivos, de estos el 63,8% correspondió a género masculino. De los recuperados el 52,5% fueron de género femenino en comparación con el 47,5% de hombres que se recuperaron. Tabla 7.

Tabla 7. Características de población con diagnóstico positivo de COVID-19

	Frec	Porcentaje
CICLO VITAL		
Infancia	249	5,00%
Adolescencia	173	4,00%
Juventud	947	21,00%
Adultez	2.708	59,00%
Vejez	533	12,00%
RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL		
Contributivo	4.243	92,00%
Subsidiado	229	5,00%
Población pobre no asegurada	55	1,00%
Régimen especial	83	2,00%
TIPO DE SINTOMATOLOGÍA		
Sintomático	3.123	68,00%
Asintomático	564	12,00%

	Frec	Porcentaje
NECESIDAD DE HOSPITALIZACIÓN		
Requirió Hospitalización	293	6,00%
No Requirió Hospitalización	4.317	94,00%

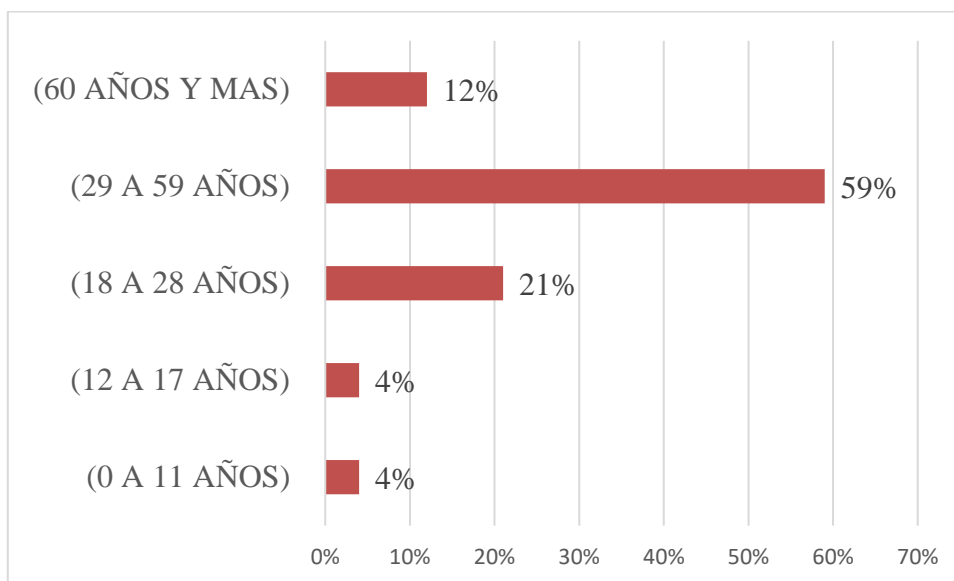
Gráfico 11: Zona de Residencia- COVID-19.
Total, de Población: 4.610



Fuente: Base de datos COVID-19 2020.

En el gráfico número 11 observamos del total de la población el 99% vive en zona urbana y el 1% vive en zona rural.

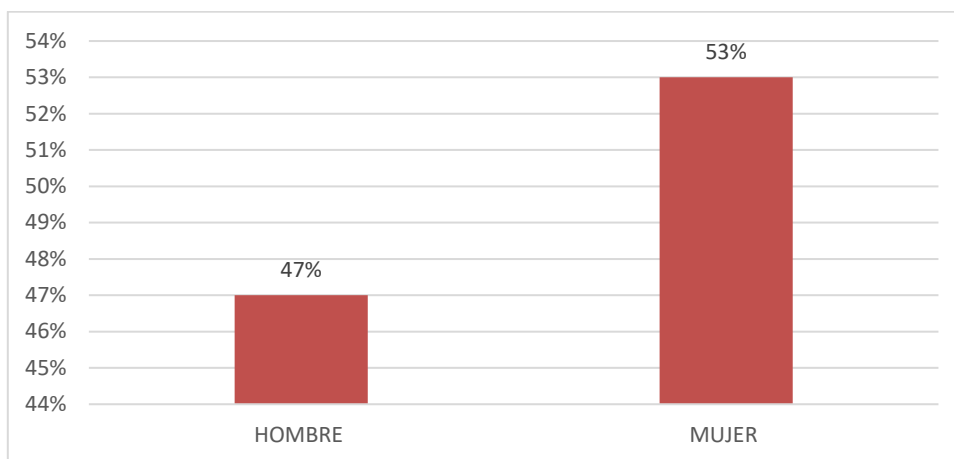
Gráfico 12: Ciclo vital COVID-19.
Total, de Población: 4.610



Fuente: Base de datos COVID-19 2020.

En el gráfico número 12 observamos del total de la población el 59% corresponde al grupo de (29-59 años), el 21% a corresponde al grupo de (18-28 años), un 12% a la edad de (60 años o más), en categorías iguales para un 4% se encuentra en las edades de 12 a 17 años y de 0 a 11 años.

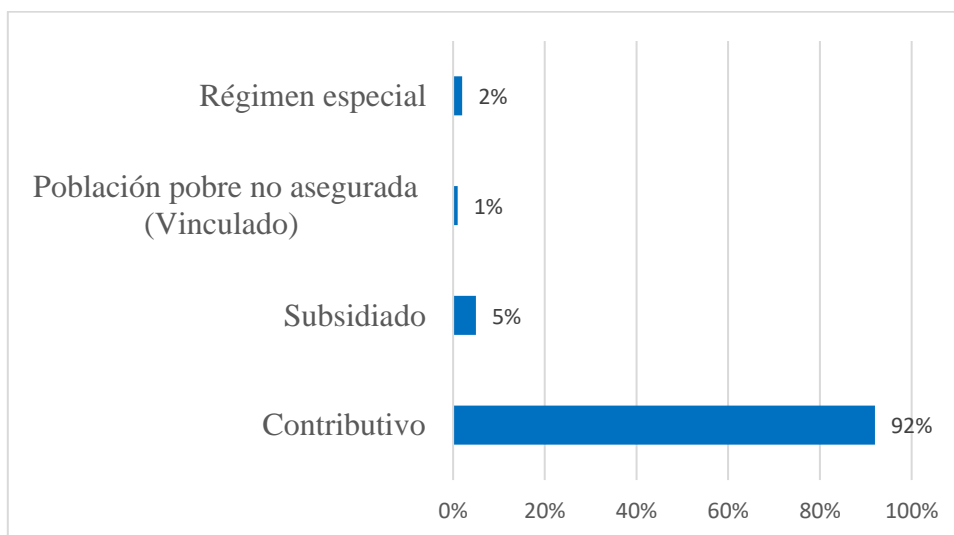
Gráfico 13: Distribución por Genero- COVID-19.
Total, de Población: 4.610



Fuente: Base de datos COVID-19 2020.

En el gráfico número 13 observamos del total de la población el 53% son mujeres y un 47% son hombres.

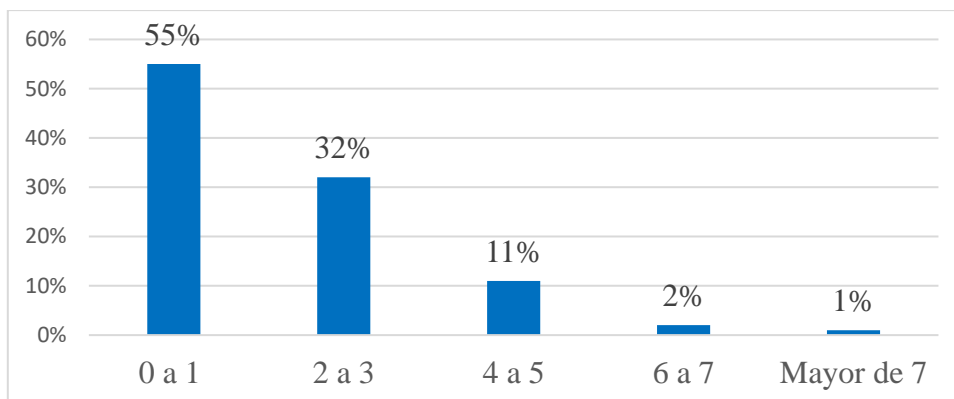
Gráfico 14: Vinculación SGSSS- COVID-19.
Total, de Población: 4.610



Fuente: Base de datos COVID-19 2020.

En el gráfico número 14 observamos del total de la población el 92% está afiliada al régimen contributivo, el 5% al régimen subsidiado, el 2% al régimen especial y 1% no cuenta con aseguramiento.

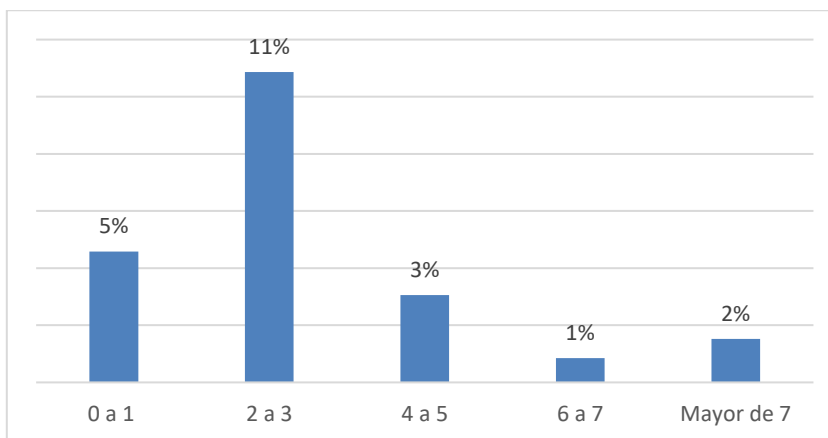
**Gráfico 15: Distribución según contacto estrecho.
Total, de Población: 4.610**



Fuente: Base de datos COVID-19 2020.

En el gráfico número 15 observamos del total de la población positiva para COVID-19, tuvo entre 0 a 1 contactos estrechos (55%) seguido de un 32% entre 2 a 3 contactos estrechos, continuando con un 11% de 4 a 5 contactos estrechos, un 2% de 6 a 7 contactos estrechos y un 1% que tuvo más de 7 contactos estrechos.

**Gráfico 16: Distribución por nexa epidemiológico.
Total, de Población: 4.610**



Fuente: Base de datos COVID-19 2020.

En el gráfico número 16 observamos del total de la población, un 11% contagió entre 2 a 3 personas, el 5% contagió entre 0 a 1 personas, un 3% entre 4 a 5 personas, un 2% contagió a más de 7 personas y un 1% contagió entre 6 a 7 personas.

Tabla 8 Comparación de medias género-contactos estrechos.

		Prueba de muestras independientes									
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias							
		F	Sig.	t	gl	Significación		Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
						P de un factor	P de dos factores			Inferior	Superior
Categorización de Contactos	Se asumen varianzas iguales	1,269	0,26	0,855	4608	0,196	0,393	0,02	0,024	-0,026	0,066
	No se asumen varianzas iguales			0,857	4572,89	0,196	0,391	0,02	0,023	-0,026	0,066

Realizando pruebas de hipótesis se aplica una comparación de medias como con las variables edad y numero de contactos estrechos, en la tabla # 8 se analiza que no se encuentran diferencias de significancia de estos dos grupos.

Tabla 9 Comparación de medias Genero-Síntomas.

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias							
		F	Sig.	t	gl	Significación		Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
						P de un factor	P de dos factores			Inferior	Superior
Síntomas	Se asumen varianzas iguales	2,397	0,12	-0,742	4608	0,229	0,458	-0,018	0,024	-0,064	0,029
	No se asumen varianzas iguales			-0,742	4516,4	0,229	0,458	-0,018	0,024	-0,064	0,029

Realizando pruebas de hipótesis se genera una comparación de medias como con las variables edad y presencia de síntomas, en la tabla # 9 se analiza que no se encuentra diferencias de significancia de estos dos grupos.

Tabla 10: Comparación de medias en mortalidad, edad y género.

Descriptivos

Edad

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% de intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
1	33	67,82	13,106	2,282	63,17	72,47	37	91
2	53	66,89	15,823	2,173	62,53	71,25	31	90
Total	86	67,24	14,766	1,592	64,08	70,41	31	91

ANOVA

Edad

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	17,642	1	17,642	,080	,778
Dentro de grupos	18516,230	84	220,431		
Total	18533,872	85			

En la tabla # 10 se analiza de la población fallecida por COVID-19 para el género femenino se encontró una media de 67,82 con un mínimo de edad de 37 y un máximo de edad de 91, para el género masculino 66,89 con un mínimo de edad de 31 y un máximo de edad de 90.

Con analisis estadístico de ANOVA que no se encuentra diferencias de significancia de estos dos grupos.

5.8. Georreferenciación de casos positivos para COVID-19.

El municipio de Mosquera cuenta en la actualidad con 149 barrios, por lo que decidimos realizar la identificación de los 10 barrios con mayor prevalencia de casos de COVID -19 y referenciarlos en el mapa del Municipio, con el fin de tener una descripción geográfica y espacial que nos permitiera una visión macro de la distribución de los casos. Tabla 8. Encontramos en mayor número de casos en los barrios Centro con 317 casos correspondientes a un 7%, seguido de Ciudad Sabana con 217 caos un 5%, el Trébol con 217 casos representados en un 5%, Santana 176 casos con un 4% y Porvenir Rio 156 casos con un 3%, Ciudad del Sol 131 con un 3%, Villa Marcela con 131 casos y el 3%, Ciudad de los Puertos 126 casos y el 3%, Planadas 120 casos y el 3%, Alejandría 111 casos y el 2%.

Tabla 11. Barrios de Mosquera con mayor número de casos de COVID 19.

	No de Casos	Porcentaje
BARRIOS MUNICIPIO DE MOSQUERA		
Centro	317	7,00%
Ciudad Sabana	217	5,00%
El Trébol	217	5,00%
Santana	176	4,00%
Porvenir Rio	156	3,00%
Ciudad del Sol	131	3,00%
Villa marcela	131	3,00%
Ciudad de los puertos	126	3,00%
Planadas	120	3,00%
Alejandría	111	2,00%

Mapa 1: Georreferenciación de los 10 barrios con mayor prevalencia de casos positivos para COVID-19.



5.9. Georreferenciación de los 10 barrios con mayor Fallecidos de casos positivos para COVID 19.

En la siguiente tabla se relacionan el número de casos con mortalidad con los barrios de residencia de los individuos en el Municipio de Mosquera, relacionados en la base de datos, que permitió identificar los barrios de mayor ocurrencia de este fenómeno, seleccionando los 10 barrios con mayor número de fallecidos por COVID-19. Tabla 9.

En este caso podemos observar una leve variación en el patrón espacial de ocurrencia del evento encontrándose una mayor prevalencia al noreste del municipio mientras que en la gráfica anterior podemos observar mayor número del caso positivo de COVID-19 al este del municipio de Mosquera; este ejercicio nos permitió realizar la georreferenciación de este fenómeno, generando una representación que deja ver de una forma más explícita el comportamiento geográfico de este fenómeno.

Tabla 12. Barrios de Mosquera con mayor número de fallecidos por COVID 19.

	No de personas fallecidas	Porcentaje
BARRIOS MUNICIPIO DE MOSQUERA		
Porvenir Rio	7	8,14%
El Trébol	5	5,81%
Alejandría	4	4,65%
Villa Marcela	4	4,65%
Centro	4	4,65%
Ciudad Sabana	4	4,65%
Ciudad del Sol	4	4,65%
Remanso	3	3,49%
Santana	3	3,49%
Villa Nueva	3	3,49%

Mapa 2: Georreferenciación de los 10 barrios con mayor prevalencia de fallecidos por COVID 19.



5.10. Características de población con diagnóstico positivo de COVID-19 incluidos en la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Continuando con los análisis pasamos a la tercera y última parte donde se evalúa la población notificada positiva para COVID-19 incluida en la estrategia de APS, se evalúan los resultados de acuerdo con las variables establecidas.

Del total de la población o familias canalizadas bajo la estrategia de APS y el total de pacientes COVID-19 positivos, se realiza cruce de base de datos identificando 496 pacientes positivos para COVID-19 que fueron incluidos bajo la estrategia de atención primaria en Salud, obteniendo los siguientes resultados:

Condiciones de servicios públicos y domiciliario en la población incluida en la estrategia de APS

Estas variables se analizaron teniendo en cuenta el número de pacientes positivos para COVID-19 incluidos en la estrategia de APS (496). Se identifica que un 99% de la población vive en zona

urbana, el curso de vida con mayor prevalencia estuvo en la adultez con un 58%, seguido de la juventud con un 19%, un 12% en vejez, un 7% en infancia y un 4% en adolescencia. En relación con el género en mayor promoción se encontró las mujeres con un 56%, la mayor población cursó hasta la secundaria completa con un 47%, en ocupación la mayoría de la población es empleado del sector privado con un 38%, seguido de un 19% dedicado a oficios del hogar, frente a vinculación del SGSSS el 82% se encuentra afiliado al régimen contributivo, continuando con el régimen subsidiado un 13%, un 3% de no asegurados y un 2% régimen especial. Ningún usuario pertenece a grupos étnicos. En tipo de hogar encontramos la población el 72% tenía una familia nuclear, el 14% tenía una familia monoparental, un 10% tenía una familia unipersonal y un 4% un tipo de familia extensa. Se identificó que el 99,4% de la población no tenía alguna condición de discapacidad el resto de la población tenía una discapacidad motora o visual, el 99,6% no es víctima de conflicto armado; no se identificó población LGBTI, no se encontraron menores en deserción escolar y no se identificaron trabajadores sexuales. Con relación al tipo de vivienda el 38,1% vive en casa, el 59,3% vive en apartamento, un 2,6% vive en habitación única dentro de una casa o apartamento. Se cuantifica que un 93,3% de las familias caracterizada vive en zona habitable predefinida por Plan de Ordenamiento Territorial, un 6,5% vive en zona habitable del sector rural, un 0,2% vive en una zona no determinada como habitable. Tabla 9.

Tabla 13 Condiciones de servicios públicos y domiciliarios en pacientes incluidos en la estrategia APS

	Frec	Porcentaje
TIPO DE VIVIENDA		
Casa	189	38,10%
Apartamento	294	59,30%
Habitación única dentro de una casa o apartamento	13	2,60%
ZONA DE VIVIENDA		
En zona habitable predefinida por ordenamiento territorial	463	93,30%
En zona habitable del sector rural	32	6,50%
En zona no determinada como habitable	1	0,20%
FUENTE DE AGUA		
Acueducto	483	97,10%
Pila	1	0,20%
Pozo	5	1,00%

	Frec	Porcentaje
Lluvia	3	0,60%
Otro	4	0,80%

DISPOSICIÓN DE RESIDUOS BIOLÓGICOS

Unidad sanitaria	488	98,40%
Letrina	8	1,60%

DISPOSICIÓN DE BASURAS

Recolectada por servicio de aseo	493	99,40%
Campo Abierto	3	0,60%

TIPO DE SERVICIO ELÉCTRICO

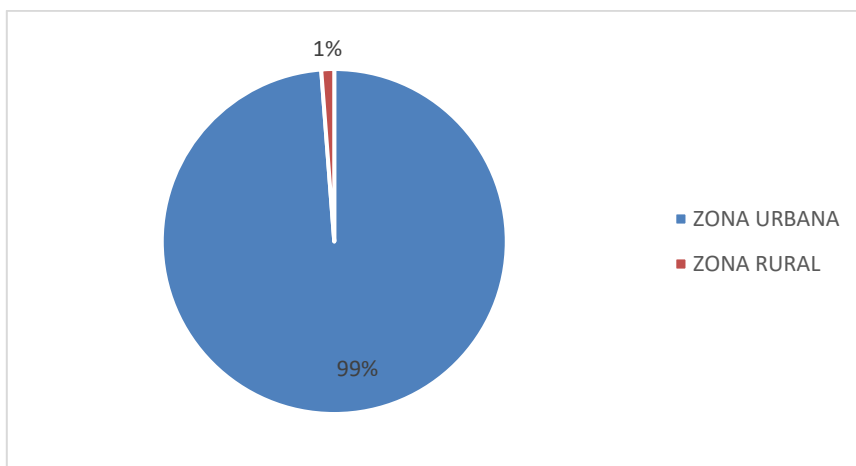
Eléctrica	496	100,00%
-----------	-----	---------

MODO DE COCINA

Gas natural	481	97,00%
Gasolina	3	0,60%
Gas propano	12	2,40%

Variables APS

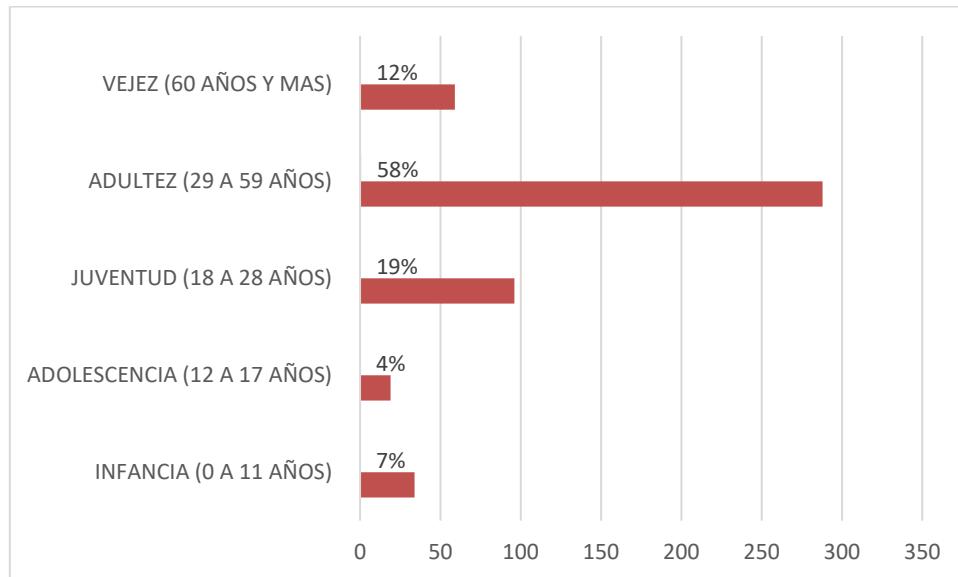
Gráfico 17: Distribución de la residencia en población incluida en APS
Total, de Población: 496.



Fuente: Base datos cruzada APS-Pacientes Positivos para COVID-19.

En el gráfico número 17 observamos del total de la población el 99% vive en zona urbana y el 1% vive en zona rural.

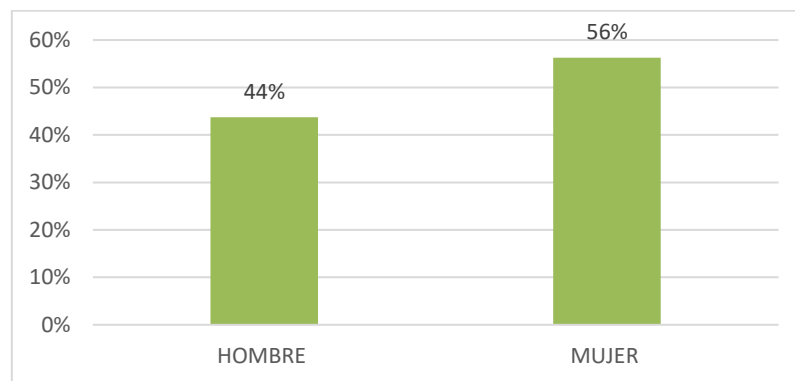
**Gráfico 18: Distribución del Curso de vida en población incluida en APS
Total, de Población: 496.**



Fuente: Base datos cruzada APS-Pacientes Positivos para COVID-19.

En el gráfico número 18 observamos del total de la población el 58% corresponde al curso de vida de adultez, el 19% a juventud, un 12% a vejez, el 7% a infancia y por último un 4% a adolescencia.

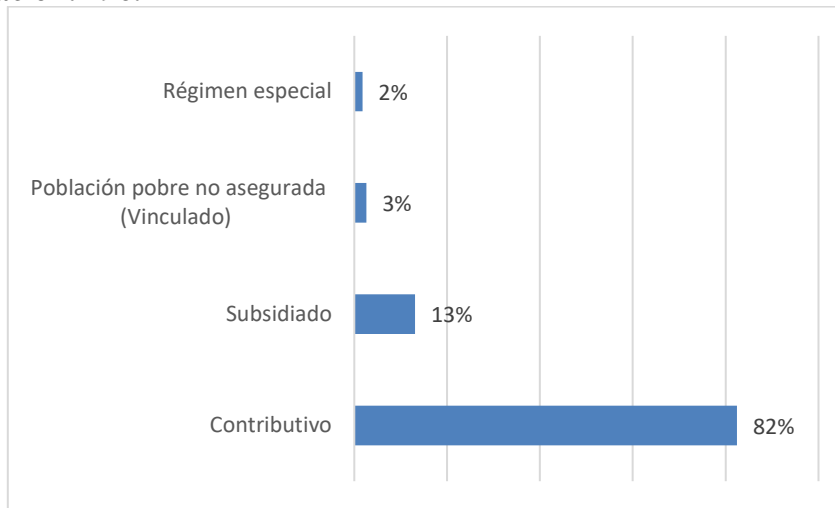
**Gráfico 19: Distribución por género de la población incluida en APS
Total, de Población: 496.**



Fuente: Base datos cruzada APS-Pacientes Positivos para COVID-19.

En el gráfico número 19 observamos del total de la población el 56% son mujeres y un 44% son hombres.

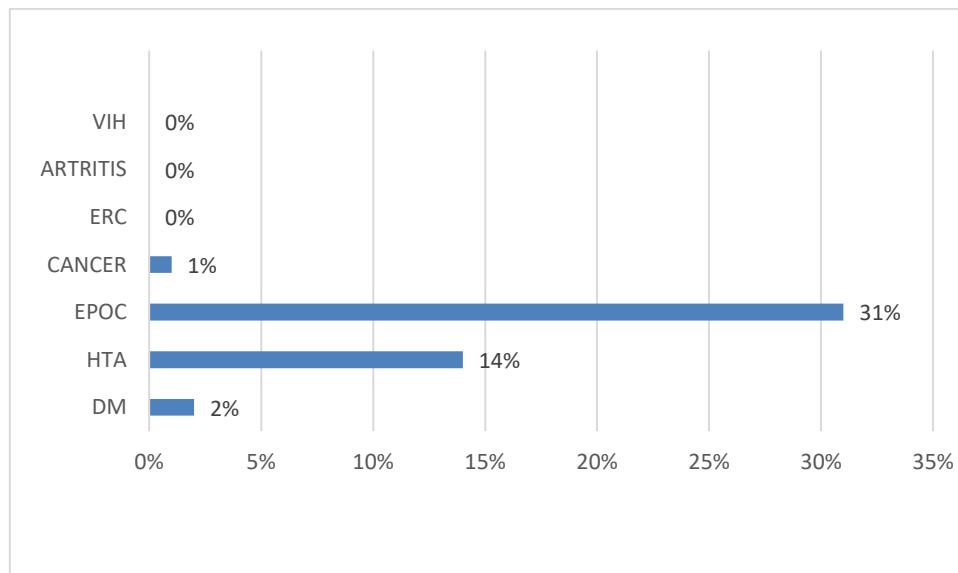
Gráfico 20: Régimen de afiliación de la población incluida en APS
Total, de Población: 496.



Fuente: Base datos cruzada APS-Pacientes Positivos para COVID-19.

En el gráfico número 20 observamos del total de la población un 82% se encuentra afiliado a régimen contributivo, un 13% afiliado a régimen subsidiado un 3% sin aseguramiento y un 2% afiliación a régimen especial.

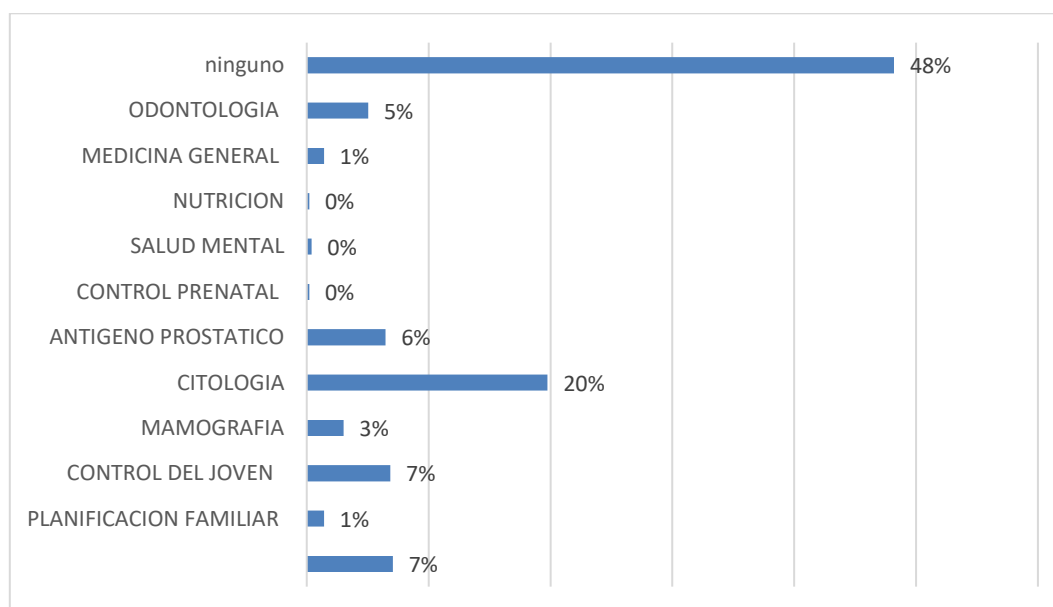
Gráfico 21: Enfermedades crónicas de la población incluida en APS
Total, de Población: 236



Fuente: Base datos cruzada APS-Pacientes Positivos para COVID-19.

Del total de la población positiva para COVID-19 canalizada bajo la estrategia de APS el 48% tiene enfermedades crónicas. En el gráfico número 21 observamos del total de la población un 31% esta diagnosticado con EPOC, un 14% con HTA, un 2% con DM, un 1% con cáncer.

**Gráfico 22: Remisión a servicios de PYD de la población incluida en APS
 Total, de Población: 496**



Fuente: Base datos cruzada APS-Pacientes Positivos para COVID-19.

En el gráfico número 22 observamos del total de la población un 48% no requiere ser remitido a servicios de PYD, un 20% necesita control de citología, un 7% requiere control del joven, el 7% requiere control de CYD, un 6% requiere toma de antígeno prostático, un 5% requiere control por odontología, el 3% necesita toma de mamografía, un 1% requiere control por medicina general.

Condiciones de vulnerabilidad por vivienda del hogar en pacientes incluidos en la estrategia APS

De la población analizada (496), el 93,3% su ubicación de la vivienda se encuentra en zona habitable predefinida por ordenamiento territorial y un 6,5% en zona habitable del sector rural y un 0,2% en zona no determinada como habitable; en abastecimiento de agua el 97,4% es por

acueducto, un 1% por pozo y el 0,2% por pila. La disposición de excretas el 98,39% es en unidad sanitaria, un 1,61% en letrina. La recolección de las basuras el 54% de la población la recolecta en caneca fuera del hogar, un 36,9% la recolecta a dentro del hogar, un 9,1% la recolecta en abasto comunitario, la disposición final de las basuras el 99,4% la realiza por servicio de aseo. EL 100% de la población cuenta con servicio de energía, un 97% cuenta con gas natural, un 2,4% gas propano. En estructura de la vivienda encontramos el 42,94% cuenta con dos dormitorios, un 30% cuenta con 1 dormitorio y un 22% cuenta con 3 dormitorios, en los dormitorios se identificó en un 77,4% duermen 2 personas, en un 15,3% duerme 1 persona, en un 4,4% duermen más de 5 personas y en un 2,6% duermen 3 personas. Frente a los riesgos de la vivienda, en físicos identificamos el 4,6% presentaban riesgo por ubicación en zona de riesgo, mientras que el 7,9% presentaban riesgo en la vivienda por inadecuada iluminación. La presencia de roedores y otros insectos está presente en el 4,8% de la población estudiada y el principal riesgo que se presento es la cercanía de las personas que llevan a cabo situaciones ilícitas cerca de la vivienda con un 12,1%. En la evaluación de condiciones de vulnerabilidad por hábitos y costumbres el 94% no consume alcohol, un 89% no consume cigarrillo, un 90,3% no consume sustancias psicoactivas; la higiene corporal de la población se cuantifica que el 88,10% se realiza baño diario de su cuerpo, en higiene bucal e 73% se lava la boca tres veces al día. En la higiene de la vivienda el 69% realiza aseo todos los días. La población identificada en un 55,2% no realiza actividad física y el 18,8% realiza actividad física mensualmente y un 11,5% realiza actividad física semanalmente. Dentro de los hogares un 76,8% no tienen animales domésticos. Evaluando las condiciones de vulnerabilidad en salud el 100% de los menores tiene esquema de vacunación completo para la edad, se caracterizaron 3 gestantes y 3 púerperas clasificadas juntas en alto riesgo. Del total de la población crónica el 31% estaba diagnosticada con EPOC, un 14% estaba diagnosticada con HTA, un 2% con DM, un 1% con cáncer, no se identificaron riesgo en salud mental. Del total de la población un 48% no requirió ser remitido a servicios de PYD, un 20% se remitió a toma de citología, un /% a CYD, un 7% a control del joven, un 6% a toma de antígeno prostático, un 5% a odontología, un 1% a consulta de planificación familiar y 1% a consulta de medicina general. En la población canalizada se clasifica un 72% en riesgo bajo un 15% en riesgo alto y un 14% en riesgo medio.

Tabla 14. Condiciones de vulnerabilidad por vivienda del hogar en pacientes incluidos en la estrategia APS

	Frec	Porcentaje
RIESGOS DE LA VIVIENDA		
Por ubicación en zona de riesgo	23	4,60%
Por debilidad de la estructura general de la vivienda	1	0,20%
Por deterioro y antigüedad de la estructura	1	0,20%
Por iluminación inadecuada	39	7,90%
Por ventilación inadecuada	3	0,60%
Varias de las anteriores condiciones	1	0,20%
Otro	22	4,40%
Ninguno	406	81,90%
TIPO DE RIESGOS BIOLÓGICO		
Alimentos sin refrigeración	1	0,20%
Presencia de roedores y otros insectos	24	4,80%
Varias de las condiciones anteriores	1	0,20%
Otro	39	7,90%
Ninguno	431	86,90%
RIESGO DE LA VIVIENDA CONDICIONES SOCIALES		
Cercanía o amenaza de presencia de grupos armados ilegales	1	0,20%
Personas que realizan actividades ilícitas en cercanía a la vivienda	60	12,10%
otro	26	5,20%
Ninguno	409	82,50%

5.11. Características de población con diagnóstico positivo de COVID-19 incluidas en la estrategia de APS.

De acuerdo con la población caracterizada con COVID-19 Positivo e incluida en la estrategia de APS (496), se analiza el siguiente comportamiento según variables establecidas. El 97% de la población vive en zona urbana el 3% vive en zona rural, el ciclo vital con mayor número de casos estuvo en la adultez con un 57%, seguido de la juventud con un 21%, vejez con un 12%, el 6% corresponde a infancia y un 3% a adolescencia, la mayor población fue de género femenino con un 56%, los usuarios se encontraron con mayor afiliación al régimen contributivo con un 89%, subsidiado con un 8% régimen especial un 2% y 1% población no asegurada. Del total de mujeres el 3% era gestantes (7 pacientes). De la población el estado final de salud el 99% se recuperó y un 1% falleció, de los pacientes positivos el 73% presentó síntomas, el 92% de los casos no requirió hospitalización. En relación con contactos estrechos el 49% estuvo en contacto entre 0 a 1 personas, el 32% estuvo en contacto entre 2 a 3 personas, un 16% estuvo en contacto entre 4 a 5 personas, un 2% estuvo en contacto entre 6 a 7 personas y el 1% estuvo en contacto con más de 7 personas, del total de contactos estrechos un 15% tuvo resultado de prueba positiva. Del total de la población el 69% contagió entre 0 a 1 personas, un 27% contagió entre 2 a 3 personas y un 3% a más de 7 personas, en 3% de los casos eran trabajadores de la salud.

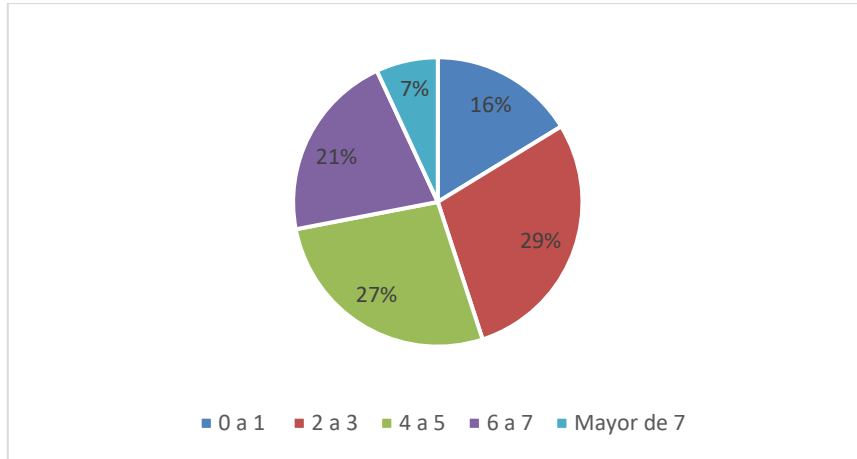
Gráfico 23: Estado de salud de la población incluida en APS
Total, de Población: 496



Fuente: Base datos cruzada APS-Pacientes Positivos para COVID-19.

En el gráfico número 23 observamos del total de la población su estado final de salud se identifica, un 99% está vivo o recuperado y un 1% falleció.

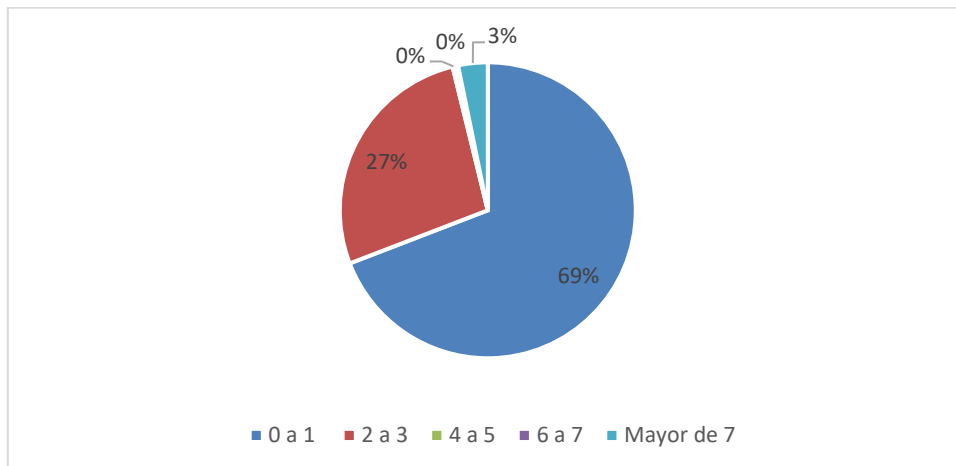
Gráfico 24: distribución por contactos estrechos de la población incluida en APS
Total, de Población: 496



Fuente: Base datos cruzada APS-Pacientes Positivos para COVID-19.

En el gráfico número 24 observamos del total de la población, un 29% tuvo entre 2 a 3 contactos estrechos, el 27% tuvo entre 4 a 5 contactos estrechos, un 21% tuvo entre 6 a 7 contactos estrechos, el 16% tuvo entre 0 a 1 contactos estrechos y un 7% estuvo con más de 7 contactos estrechos.

Gráfico 25: Distribución Contagio por nexos de la población incluida en APS
Total, de Población: 496



Fuente: Base datos cruzada APS-Pacientes Positivos para COVID-19.

En el gráfico número 25 observamos del total de la población, un 69% contagió entre 0 a 1 persona, el 27% contagió entre 2 a 3 personas, un 3% contagió a más de 7 personas.

6. DISCUSIÓN

La letalidad y la mortalidad de COVID-19 en 60 países afectados y su impacto en los aspectos demográficos, económicos y de salud (15), son demostrados por la literatura, en nuestro caso la distribución del evento COVID-19 tiene un comportamiento similar al reportado en esta, donde se contempla la desigualdad enorme en relación al acceso a los servicios de salud, ya que muchos de los sistemas de salud ya se encontraban sobrecargados antes de la epidemia, con pacientes con comorbilidades importantes y cuya salud se ha visto comprometida de sobremanera en esta situación. (15)

Por otro lado, sistemas de salud como el de Estados Unidos de América, no brindan un seguro subsidiado por el Estado, existe una inequidad notoria para poder acceder a un servicio de salud. En Europa, existe un mayor gasto en salud que en otros continentes, esto relacionado a su mayor producto interno bruto PBI. En África y Oceanía, no se logra cubrir la demanda en salud; según la OMS, África posee el 25% de la carga de morbilidad mundial, pero su parte del gasto mundial en salud es inferior al 1%. Finalmente, en Asia, a pesar de ser el destino de inversión sanitaria con más rápido crecimiento en el mundo, existen expectativas cambiantes de los consumidores que conducirían inevitablemente a cambios demográficos e implicarían una inequidad en salud para la población (15,23), en nuestro caso se pudo apreciar como aún se presentan personas sin un sistema de salud adecuado en 1% de la población positiva a COVID-19, algunas razones evidenciadas de esta problemática primero está relacionada con población migrante que se encuentra ilegal en nuestro país y no cuenta con un servicio de salud, segundo encontramos las dificultades de movilidad entre regímenes de contributivo a subsidiado, en tercera instancia encontramos las moras en pagos de seguridad social por parte de los usuarios a las EPS contributivas bloqueando los servicios de salud, cuarto observamos un mayor número de población flotante entre municipios o departamentos sin trámites oportunos de portabilidad los lugares de residencia y quinto la falta de talento humano en algunas EPS o IPS afectando la oportunidad de la atención a los usuarios. Por

otro lado, referenciamos que al igual que lo reportado en la literatura encontramos como las prácticas de higiene personal y doméstica tienen una mayor importancia que el distanciamiento social. (5,7,24), esto dado a la conciencia de autocuidado y evitar propagaciones del virus haciendo mayor importancia en el correcto lavado de manos y limpieza de entornos. Las comunidades con más pobreza, menores ingresos, menor cobertura de seguro, más desempleo y un mayor porcentaje de la fuerza laboral empleada en servicios esenciales, incluida la salud, tenían tasas más altas de COVID-19 como fue reportado por Hawkin (25). En nuestro estudio encontramos la población más afectada vivía en zona urbana, pertenecía al curso de vida de adultez (29 a 59 años), contaba con una EPS contributiva, contaba con secundaria completa, en mayor porcentaje su ocupación era empleados del sector privado, no se cuenta con población pertenecientes a grupos étnicos, la mayoría de la población pertenecía a un tipo de familia nuclear; es mínima la población con discapacidad o víctimas de conflicto armado, la mayoría de la población vive en apartamento y cuenta con todos los servicios, mantienen buenas prácticas de higiene personal y en el entorno hogar. Frente a nexos epidemiológicos se observó 1 paciente en mayor porcentaje contagió entre 0 a 1 persona. Los barrios mayormente afectados con casos positivos para COVID-19 se encuentra en estrato II y III y los barrios más afectados con mortalidad por COVID-19 son de estrato I y con muchas condiciones de vulnerabilidad.

Los determinantes sociales y de salud asociados con mayores muertes relacionadas con COVID-19 fueron la densidad de población y el asma, indicativos de áreas urbanas, y la pobreza y desempleo, indicativos de áreas rurales. Además, una superposición espacial de altas tasas de enfermedades crónicas con altas tasas de COVID-19 puede sugerir una carga de salud endémica más amplia, donde las comorbilidades se cruzan con la desigualdad de los determinantes sociales de la salud (22,26), algo similar reportado en un estudio de Brouard donde algunas características sociodemográficas básicas, así como los rasgos de personalidad, son predictores relevantes del cumplimiento de estas medidas en Francia frente al COVID-19 (27), concordante con lo reportado en nuestro estudio donde se aprecia altos porcentajes de enfermedades crónicas con una distribución homogénea entre hombres y mujeres, lo cual contribuye a que las mismas sean indicadores de la necesidad de incrementar medidas de control y prevención tal como lo reportado por Hassan y colaboradores que encontraron que los países de ingresos bajos y medianos bajos deberían invertir más en servicios de salud e implementar medidas preventivas adecuadas de

COVID-19 para reducir la carga del riesgo (28), algo que también fue reportado por Becerra-García donde demostraron que durante la cuarentena se pueden identificar grupos con mayor vulnerabilidad psicológica en función de factores sociodemográficos y ocupacionales-contextuales (29,30), logrando también encontrar en nuestro estudio como la alta prevalencia de inseguridad alimentaria puede ser un factor preponderante en la recuperación o no de una población que sufra de una pandemia en este caso COVID-19, en concordancia con lo reportado por Owens y colaboradores quienes en un estudio con estudiantes durante la pandemia de COVID-19, y los estudiantes que experimentaron inseguridad en la vivienda y / o pérdida de ingresos debido a la pandemia fueron los más afectados. (30,31)

La pandemia de COVID-19 ha tenido impactos desproporcionadamente negativos en poblaciones socialmente desfavorecidas y desatendidas en todo el mundo. La desigualdad y los determinantes sociales relacionados que afectan a ciertos grupos están directamente relacionados con los resultados de salud adversos de las poblaciones vulnerables durante la pandemia, esto generado al difícil acceso a sistemas de información, transportes, salud, escolaridad, red de apoyo y situaciones sociales del entorno donde viven. Las personas en comunidades desfavorecidas son generalmente más propensas a la exposición ocupacional al virus y tienden a tener un acceso limitado a la atención médica y mayores tasas de comorbilidades. Los resultados relacionados con el cierre generalizado de escuelas también son motivo de especial preocupación para las comunidades desatendidas. Además, estas poblaciones son más susceptibles a los resultados económicos negativos de la pandemia. Existe una necesidad urgente de investigación y soluciones políticas con respecto al impacto del COVID-19, con especial atención a las necesidades de las poblaciones desfavorecidas y vulnerables, una base para la cual se ofrece en esta discusión. (32)

7. CONCLUSIONES

La pandemia de COVID-19 ha tenido impactos desproporcionadamente negativos en poblaciones socialmente desfavorecidas y desatendidas en todo el mundo. La desigualdad y los determinantes sociales que afectan a ciertos grupos están directamente relacionados con los resultados adversos en salud de las poblaciones vulnerables durante la pandemia. Las personas en comunidades desfavorecidas son generalmente más propensas a la exposición al virus y tienden a tener un acceso limitado a la atención médica y mayores tasas de comorbilidades. Los resultados relacionados con el cierre generalizado de escuelas también son motivo de especial preocupación para las comunidades desatendidas. Además, estas poblaciones son más susceptibles a los resultados económicos negativos de la pandemia. Existe una necesidad urgente de investigación y generación de conocimiento en torno al comportamiento y las características de las poblaciones afectadas por el COVID-19, en este estudio buscamos crear información que pueda ser usada para generar soluciones en salud con respecto al impacto del COVID-19, con especial atención a las necesidades de las poblaciones desfavorecidas y vulnerables, una base para la cual se ofrece en esta discusión.

(32)

Las estrategias implementadas permitieron llegar a las familias del Municipio con medidas de prevención en los diferentes cursos de vida lo que permitió la realización de un análisis de la situación en salud pública y vigilancia epidemiológica con relación al incremento de los casos que permitiera la toma de decisiones en pro de la seguridad del individuo, familia y comunidad en los diferentes entornos, realizando la caracterización de las familias, buscando hacer visibles estas problemáticas y características con el fin de que inspire políticas públicas dirigidas al mejoramiento de estas.

De la población caracterizada con diagnóstico de COVID 19, el 99% vive en la zona urbana, con un aumento en la distribución en el curso de vida juventud con una representación del 59%, con mayor incidencia en mujeres con el 53%. La mayor población se encuentra afiliada al régimen contributivo; esto permite identificar la necesidad de fomentar acciones en promoción de estilos de vida saludable y acciones de promoción de la salud por parte de las EPS haciendo evaluación y

seguimiento a los pacientes que presenten comorbilidades y realizando tamizaje de las mismas así como programas de promoción y prevención dirigidos a la identificación de pacientes con factores de riesgo asociados a enfermedad grave y mortalidad por COVID-19; así mismo se mostró que el género femenino presenta una mejoría mayor luego de infectarse de COVID-19 en relación con el género masculino, de igual forma la mortalidad es mayor en el género masculino.

Los resultados del presente estudio permitieron realizar una descripción exhaustiva de las condiciones de vulnerabilidad sociodemográfica de la población que se encontró bajo la estrategia de atención primaria en salud, alcanzando los objetivos planteados, logrando identificar los puntos geográficos de mayor afectación localizando los barrios con mayor número de casos positivos y número de muertos por COVID-19, lo que permitió evidenciar el comportamiento de la infección, abriendo puertas a futuros estudios de campo, que puedan ayudar a los tomadores de decisiones a orientar los esfuerzos que se realizan en cuanto a la contención de futuros picos por COVID-19.

En los resultados de condiciones de vulnerabilidad social en el hogar, el tipo de hogar de mayor representación en las familias con un 63% es nuclear: (compuesto por padre, madre e hijos), no hay mayor significancia en temas de discapacidad, víctimas de conflicto armado; por lo anterior es importante que las acciones de educación y fomento de estilos de vida saludable se orienten de manera colectiva en los entornos familiares. Con la realización de este estudio descriptivo queremos generar la necesidad de realizar próximas investigaciones en el tema relacionando determinantes sociales con COVID-19, que permitan disminuir vacíos de conocimiento que ha generado esta pandemia.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Novel Coronavirus situation report 7 (2019-nCoV). WHO Bull. 2020;(JANUARY):1–7.
2. Zhu Z, Xu S, Wang H, Liu Z, Wu J, Li G, et al. COVID-19 in Wuhan: Sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *EClinicalMedicine*. 2020;24.
3. Arora P, Mittal H, Gupta N, Jimmy JK, Jain K, Sharma A. Sociodemographic Factors and Clinical Profile of COVID-19 Patients Admitted in a Tertiary Care Centre of Central Rajasthan, India. *J Evid Based Med Healthc*. 2021;8(13):773–7.
4. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud. Actualización Epidemiológica. *Organ Mund la Salud* [Internet]. 2020;2019(Cdc):1–10. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-02/2020-feb-28-phe-actualizacion-epi-covid19.pdf>
5. Kahlout AM, ALhubidi K, AlMesaifri MA, AL Mansour T, Khudadad H. The prevalence of COVID 19 among PHCC workers and its relation to place of works and medical comorbidities. *World Fam Med*. 2021;19(4):84–104.
6. Ministerio de la proteccion social. El Coronavirus en Colombia [Internet]. [cited 2021 Sep 16]. Disponible en: <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/index.html>
7. Chan EYY, Huang Z, Lo ESK, Hung KKC, Wong ELY, Wong SYS. Sociodemographic predictors of health risk perception, attitude and behavior practices associated with health-emergency disaster risk management for biological hazards: The case of COVID-19 pandemic in Hong Kong, SAR China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):1–18.
8. Congreso de la republica. *Constitucion politica de Colombia*. 1991.
9. Ministerio de saludy proteccion social. *Plan Decenal de Salud Pública-PDSP 2012-2021*. Vol. 148.
10. Cundinamarca G de. *Plan Territorial de Salud 2016-2020*. 2016; Disponible en: <http://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/05f0e3ba-d5fc-47d9-a589-7818bc13190b/1PTS+con+PASE+CUNDINAMARCA+v14.pdf?MOD=AJPERES&CVID=llgaL7u>
11. Secretaría de Salud de Cundinamarca. *Plan Territorial de Salud 2020-2023*. 2021;56.
12. Departamento nacional de planeación. *Plan Nacional de Desarrollo 2015 – 2018*. Vol. 148.

148–162 p.

13. The Pan American Health Organization. Declaracion De Alma-Ata. Conf Int sobre Atención Primaria Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978 [Internet]. 2012;8–10. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
14. Presidencia de la republica. Decreto 1168 de 2020. 2021 p. 1–16.
15. Cieza Zevallos J, Uriol Lescano C. Letalidad y la mortalidad de Covid 19 en 60 países afectados y su impacto en los aspectos demográficos, económicos y de salud. *Rev Medica Hered.* 2021;31(4):214–21.
16. Backer JA, Klinkenberg D, Wallinga J. The incubation period of 2019-nCoV infections among travellers from Wuhan, China. *medRxiv.* 2020;32:1–13.
17. McCarthy CP, Murphy S, Jones-O'Connor M, Olshan DS, Khambhati JR, Rehman S, et al. Early clinical and sociodemographic experience with patients hospitalized with COVID-19 at a large American healthcare system. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2020;26:100504. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100504>
18. Mendolia S, Stavrunova O, Yerokhin O. Determinants of the community mobility during the COVID-19 epidemic: The role of government regulations and information. *J Econ Behav Organ* [Internet]. 2021;184:199–231. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2021.01.023>
19. Harlem G. Descriptive analysis of social determinant factors in urban communities affected by COVID-19. *J Public Heal (United Kingdom).* 2020;42(3):466–9.
20. Muscillo A, Pin P, Razzolini T. Spreading of an infectious disease between different locations. *J Econ Behav Organ* [Internet]. 2021;183:508–32. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2021.01.004>
21. Witteveen D. Sociodemographic inequality in exposure to COVID-19-induced economic hardship in the United Kingdom. *Res Soc Stratif Mobil* [Internet]. 2020;69(September):100551. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rssm.2020.100551>
22. Ramírez IJ, Lee J. COVID-19 emergence and social and health determinants in Colorado: A rapid spatial analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11):1–15.
23. Li L, Hang D, Dong H, Yuan-Yuan C, Bo-Heng L, Ze-Lin Y, et al. Temporal dynamic in the impact of COVID– 19 outbreak on cause-specific mortality in Guangzhou, China. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1–11.
24. Benatar S. The most powerful healt-promoting forces in COVID-19 are social. *S Afr J Sci.*

2020;116(7/8):148–62.

25. Hawkins D. Social determinants of COVID-19 in massachusetts, United States: An ecological study. *J Prev Med Public Heal*. 2020;53(4):220–7.
26. Al-Rasheed M. Protective Behavior against COVID-19 among the Public in Kuwait: An Examination of the Protection Motivation Theory, Trust in Government, and Sociodemographic Factors. *Soc Work Public Health* [Internet]. 2020;35(7):546–56. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/19371918.2020.1806171>
27. Brouard S, Vasilopoulos P, Becher M. Sociodemographic and psychological correlates of compliance with the COVID-19 public health measures in France. *Can J Polit Sci*. 2020;53(2):253–8.
28. Hassan MM, Kalam MA, Shano S, Nayem MRK, Rahman MK, Khan SA, et al. Assessment of Epidemiological Determinants of COVID-19 Pandemic Related to Social and Economic Factors Globally. *J Risk Financ Manag*. 2020;13(9):194.
29. Becerra-García JA, Giménez Ballesta G, Sánchez-Gutiérrez T, Barbeito Resa S, Calvo Calvo A. [Psychopathological symptoms during COVID-19 quarantine in spanish general population: a preliminary analysis based on sociodemographic and occupational-contextual factors.]. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2020;94. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL_94/O_BREVES/RS94C_202006059.pdf
30. Valero-ubierna C, R-delamo JL, Id MR, Martí S, Bele A, Cabrero-rodri C, et al. factors on admission associated with COVID- 19 mortality in hospitalized patients : A retrospective observational study. *PLoS One*. 2020;15(6):1–13.
31. Owens MR, Brito-silva F, Kirkland T, Moore CE, Davis KE, Patterson MA, et al. Prevalence and Social Determinants of Food Insecurity among College Students during the COVID-19 Pandemic. *Nutrients*. 2020;12(9):1–18.
32. McNeely CL, Schintler LA, Stabile B. Social Determinants and COVID-19 Disparities: Differential Pandemic Effects and Dynamics. *World Med Heal Policy*. 2020;12(3):206–17.

9. ANEXOS

 **ALCALDÍA DE
MOSQUERA**  **GIANGEROMETTA**
ALCALDE - ALTERNATIVO - URBANO - RURAL

OFICIO
1060.48.162.395

Mosquera, abril 27 de 2021

Señores
Postgrados Epidemiología
Convenio Universidad CES – Universidad del Rosario

Reciban un cordial saludo, deseándoles éxitos en sus labores diarias.

Dando respuesta a su requerimiento, nos permitimos dar autorización para realizar la investigación mencionada en su solicitud, con la información de las siguientes bases de datos de la Secretaría de Salud de Mosquera: base de COVID municipal y base de Atención primaria en Salud, las cuales serán entregadas en medio magnético. De acuerdo a lo anterior, y según la Ley 1581 Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, es imperativo el cumplimiento normativo para llevar a cabo la continuidad del proceso.

Por parte de la Secretaría de Salud, se autoriza el uso debido de nuestro nombre, como fuente de información en la publicación de la investigación a realizar.

Cordialmente,


MARTHA PATRICIA TELLEZ ROMERO
Secretaría de Salud

Elaboró: Laura Marcela Pulido Vargas 

SEC. SALUD

Carrera 2 No. 2 - 68 Parque Principal, Mosquera-Cundinamarca // PBX: 8276023 - 366 - 478 Ext: 124
Código Postal: Zona Urbana-250040 // Zona Rural-250047

