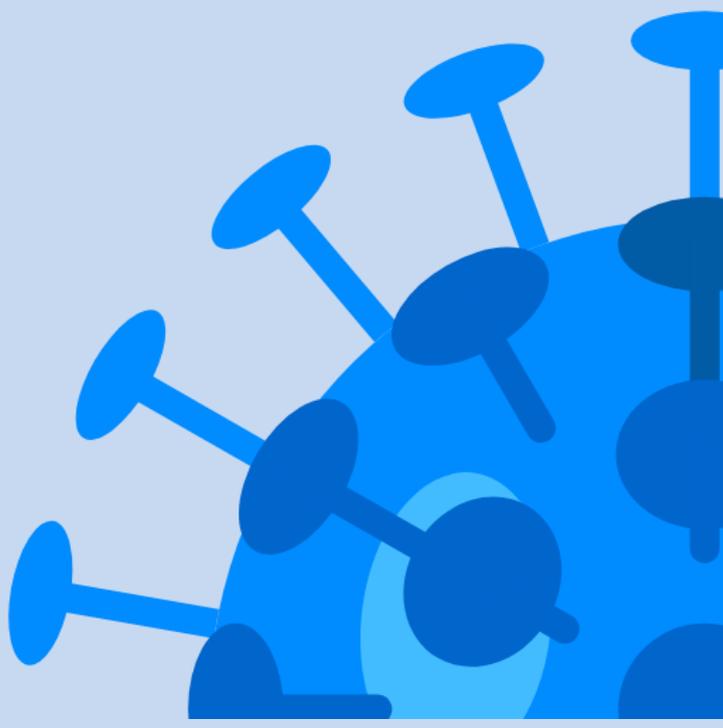




SARS CoV-2
INFORME DE PANDEMIA

SALA DE SITUACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN
EPIDEMIOLOGICA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
PROVINCIA DE SALTA

A los que sobrevivimos, y a los que no.



“...He dicho desde el primer momento que los países deben adoptar un enfoque basado en la participación de todo el gobierno y de toda la sociedad, en torno a una estrategia integral dirigida a prevenir las infecciones, salvar vidas y reducir al mínimo sus efectos.

Permitan que lo resuma en cuatro esferas clave.

Primero, prepararse y estar a punto.

Segundo, detectar, proteger y tratar.

Tercero, reducir la transmisión.

Cuarto, innovar y aprender...”¹

¹ Alocución de apertura del Director General de la OMS, doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020.

AUTORIDADES PROVINCIALES

GOBERNADOR

Dr. Gustavo Sáenz

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Juan José Esteban Quinteros

DIRECTORA GENERAL DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Dra. Analía Acevedo

LA DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

DIRECTORA GENERAL

Analía Acevedo

SALA DE SITUACIÓN

Miguel Astudillo

Carmen González

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Francisco García Campos

María Angélica Valdez

Rosana Romano

Luis Guaymás

REDES DE LABORATORIO

Noemí Filomarino

Sonia Guanca

IACS

Paula Herrera

VECTORES

José Serrat

Roque Vélez

Paulo Maldonado

INFORMÁTICOS

Luis Miño

Jairo Martínez

Facundo Risso

EDIS

Emilce Tapia

Clara López

ZONOSIS

Nicolás Ruiz Huidobro

BROMATOLOGÍA

Marta Chuchuy

SECRETARIAS

María Belén Montenegro

Lorena Isaac

RESIDENCIA PROVINCIAL DE EPIDEMIOLOGÍA

María de la Cruz Díaz Plaza

Rocío Corrales

Vanina Galván

Natalia Pastrana

Stella Pérez Arana

Paula Di Filippo

Cynthia Villagómez

LOGÍSTICA

Hugo Mendoza

Luis Morales

Agradecimientos especiales

Cuerpo de Vigilantes Epidemiológicos de la provincia de Salta

Griselda Rangeón

Adriana Jure

Daniel Romero

Josefina Medrano

Víctor Ola Castro

Fabián Torrenzo

Central de Operaciones, Control y seguimiento COVID-19 (COCS)

INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un agrupamiento de 27 casos de neumonía de etiología desconocida con inicio de síntomas el 8 de diciembre, incluyendo siete casos graves, con una exposición común a un mercado mayorista de mariscos, pescados y animales vivos en la ciudad de Wuhan, sin identificar la fuente del brote. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae, que fue denominado “nuevo coronavirus”, 2019-nCoV. Posteriormente el virus ha sido denominado como SARS-CoV-2 y la enfermedad se denomina COVID-19.

La epidemia de COVID-19 fue declarada por la OMS una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020. El Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció el 11 de marzo de 2020 que la nueva enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) podía caracterizarse como una pandemia^{2 3}

Aunque las pandemias son una realidad ineludible para el ser humano, el mundo se ha quedado atónito por el impacto y la devastación de la COVID-19⁴.

La pandemia de COVID-19 es un desastre en que se combinan una amenaza biológica con diversas vulnerabilidades, como la capacidad organizacional y de respuesta de los sistemas sanitarios, la sobrepoblación, la informalidad, las prácticas sociales de trabajo y el transporte público.

Las repercusiones humanas y económicas de la pandemia no tienen precedentes. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para noviembre de 2020 el COVID-19 había ocasionado un número de muertes superior al de todas las epidemias ocurridas en América Latina y el Caribe entre 1970 y 2019.

Por primera vez desde que se llevan registros, las economías de todos los países de la región han experimentado una contracción simultánea, destruyendo empleos y profundizando la pobreza y la desigualdad. La pandemia de COVID-19 ha sacado a luz las deficiencias y las limitaciones del patrón de desarrollo actual en todo el mundo, pero particularmente en América Latina y el Caribe⁵.

Durante la segunda semana de abril del 2022, se notificaron más de 490.527 casos de COVID-19 en la Región de las Américas, lo que representa una disminución de casi el 2,3% en comparación con la semana anterior. También se registró un total de 4.797 muertes, lo que representa una reducción del 15,2% con respecto a la semana previa.

En América del Norte, el número de casos aumentó un 11,2% y, en Canadá, el número de hospitalizaciones aumentó más de un 20%, ya que se incrementó la proporción de casos del sublinaje BA.2 de la variante ómicron en ese país.

² <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>

³ <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

⁴ <https://www.un.org/es/coronavirus>

⁵ <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46731-la-pandemia-enfermedad-coronavirus-covid-19-opportunidad-aplicar-un-enfoque>

A medida que se han vuelto a abrir las fronteras y ha aumentado el turismo, los casos también se han incrementado en algunos países y territorios del Caribe; entre ellos, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Barbados y San Martín registraron los mayores aumentos relativos. No obstante, en términos generales, el número de casos y muertes está disminuyendo en la Región.

La desvinculación de la tasa de mortalidad y el número de casos nuevos es prueba de que las vacunas funcionan para proteger a las personas de las hospitalizaciones y la muerte como consecuencia de la COVID-19⁶.

EL AGENTE

Los coronavirus son una familia de virus que pueden causar enfermedades en animales y en humanos. En los seres humanos pueden provocar infecciones respiratorias que van desde un resfrío común hasta enfermedades más graves, como el síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS)⁷.

El coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo, abreviado SARS-CoV-2 (del inglés severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) o SRAS-CoV-2, es un tipo de coronavirus causante de la enfermedad por coronavirus de 2019. Inicialmente fue llamado 2019-nCoV (en inglés, 2019-novel coronavirus). Se descubrió y se aisló por primera vez en Wuhan, China. Tiene un origen zoonótico, es decir, que se transmitió de un huésped animal a uno humano.

Es un clado (linaje) dentro de la familia de los Coronaviridae, género Betacoronavirus, subgénero Sarbecovirus, especie virus SARS1 (virus relacionado con el síndrome respiratorio agudo severo o grave).

El genoma del virus está formado por una sola cadena de ARN, y se clasifica como un virus ARN monocatenario positivo. Se detectó por primera vez el 12 de noviembre de 2019⁸.

Los virus, entre ellos el SARS-CoV-2, cambian continuamente a través de mutaciones⁹. Una variante tiene una o más mutaciones que la diferencian de otras variantes del virus en circulación. Estas mutaciones pueden presentarse en sitios determinantes para la infectividad y respuesta inmune de los hospedadores.

En este contexto surgen algunas variantes que son consideradas de interés, debido a la posibilidad de presentar diferencias en la transmisibilidad, prevalencia, severidad y el reconocimiento de anticuerpos.

Las mutaciones y variantes de SARS-CoV-2 se monitorean a nivel mundial y en nuestro país, a través de la secuenciación del genoma viral.

⁶ <https://www.paho.org/es/medios/rueda-prensa-semanal-sobre-situacion-covid-19-region-americas>

⁷ https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/preguntasfrecuentes?gclid=Cj0KCQjw06OTBhC_ARIsAAU1yOWMKygBbRSME5-DrSPCeWHomA6l2zvAoxfA6kYiJZyP0tnTk610ckQaAvV-EALw_wcB#que-es

⁸ Wu, F., Zhao, S., Yu, B. *et al.* A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature* 579, 265–269 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2008-3>

⁹ [argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/04/vigilancia_genomica-se14.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/04/vigilancia_genomica-se14.pdf)

El 9 de marzo de 2022, la OMS clasifica o subdivide las VOC/VOI/VUM (por sus siglas en inglés, variantes de preocupación, variantes de interés, variantes bajo monitoreo) en “variantes que circulan actualmente” y “variantes circulantes previamente”.

Se recomienda el uso de las siguientes categorías para hablar de variantes de SARS-CoV-2: Variante de interés ó Variant of Interest (VOI),

Variante prioritaria ó Variant of Concern (VOC) y

Variantes bajo Monitoreo.

Variantes de interés (VOI): fenotípicamente se comporta diferente a una referencia o su genoma presenta mutaciones que llevan a cambios de aminoácidos asociados a cambios fenotípicos establecidos.

Variante prioritaria (VOC): una variante de interés (VOI) es también una variante prioritaria si a través de diferentes estrategias de análisis se demuestra que:

- está asociada a con un aumento de transmisibilidad o empeoramiento de la situación epidemiológica en la región;
- está asociada a un aumento de virulencia o cambio en la presentación clínica;
- está asociada a una disminución en la efectividad de las medidas de control, los test diagnósticos, las vacunas o los tratamientos.

Variantes bajo Monitoreo: Es una variante con cambios genéticos que se sospecha que afectan las características del virus con algún indicio de que puede suponer un riesgo futuro, pero la evidencia del impacto fenotípico o epidemiológico no está clara actualmente, lo que requiere fortalecer el seguimiento y una reevaluación continua a la espera de nueva evidencia.

De acuerdo a esta nueva subdivisión en el momento actual se clasifican:

VOC en circulación actualmente: Delta y Ómicron

VOI en circulación actualmente: no se reconoce en el momento actual ninguna VOI en circulación.

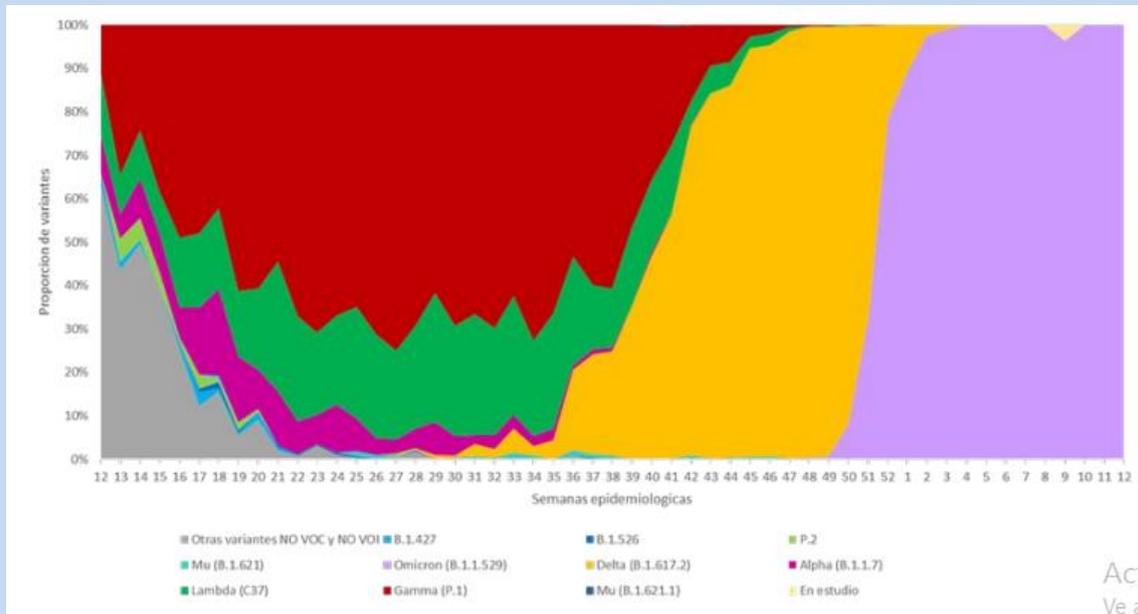
VUM en circulación actualmente: B.1.640 y BA.1 x AY.4 recombinante.

VOC circulantes anteriormente: Alpha, Beta y Gamma.

La situación de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza actualmente por una circulación exclusiva de la variante Ómicron. En las SE (Semana Epidemiológica) 10 de 2022 la proporción de variante Ómicron en casos sin antecedente de viaje internacional ni relacionados con la importación se sitúa en un 100% implicando que la proporción de variante Delta continuo en descenso llegando 0% para la SE10 según la información registrada a la fecha al SNVS.2.0 para el total país, entre las muestras analizadas por secuenciación genómica. En cuanto a los sublinajes de variante Ómicron se identifica fundamentalmente BA.1 y BA.1.1 mientras que BA.2 representa menos del 0.5% de las muestras secuenciadas¹⁰ (gráfico 1).

¹⁰ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/04/vigilancia_genomica-se14.pdf

Gráfico 1: Distribución porcentual de variantes identificadas en no viajeros según semana epidemiológica de toma de muestra. SE15/2021- SE12/2022. Total país.



EL HUESPED

Un estudio, publicado en *The Lancet*¹¹, analizó datos demográficos como país, sexo y edad de las personas y los cruzó con otros relativos a las condiciones subyacentes relevantes para COVID-19, utilizando la información contenida en el *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study* (GBD) del 2017.

De esta forma, los investigadores se percataron que 22% de la población mundial tiene, al menos, un factor de riesgo y eso los hace vulnerables a COVID-19. También, los científicos calcularon que 349 millones de personas (4% de la población mundial) poseen un alto riesgo de que su cuadro se agrave de llegar a padecer COVID-19 y, por tanto, necesitarían hospitalización si llegasen a infectarse.

“Aproximadamente una de cada cinco personas en todo el mundo podría correr un mayor riesgo de padecer gravemente COVID-19, en caso de que se infectara, debido a condiciones de salud subyacentes, pero este riesgo varía considerablemente según la edad”, se lee en el estudio.

Además, y según los hallazgos publicados en *The New England Journal of Medicine*¹², la presencia de otra enfermedad coexistente era más común entre los pacientes graves que entre los leves (38,7% frente a 21,0%).

En la provincia, los distintos análisis de mortalidad realizados durante el transcurso de la pandemia, mostraron que casi el 70% de los fallecimientos relacionados a COVID-19,

¹¹ Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. Andrew Clark, PhD. et al.

¹² Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. Wei-jie Guan, et.al. April 30, 2020. *N Engl J Med* 2020; 382:1708-1720

presentaban al menos una comorbilidad, siendo las más frecuentes, además de la edad mayor a 60 años, la obesidad, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus (tabla 12).

Menos del 5% de los fallecidos no presentaban comorbilidades, y solo el 0,92% de los fallecidos tenían menos de 20 años.

De estos mismos análisis surge que los varones representaron el 60% de las defunciones de manera reiterada a lo largo de la pandemia.

Por lo tanto: factores de riesgo pre existentes, edad y sexo, marcaron las condiciones de mala evolución para los enfermos por SARS CoV-2.

LA ENFERMEDAD

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2.

La mayoría de las personas infectadas por el virus experimentarán una enfermedad respiratoria de leve a moderada y se recuperarán sin requerir un tratamiento especial. Sin embargo, algunas enfermarán gravemente y requerirán atención médica. Las personas mayores y las que padecen enfermedades subyacentes, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas o cáncer, tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave. Cualquier persona, de cualquier edad, puede contraer la COVID-19 y enfermar.

La COVID-19 afecta a diferentes personas de forma distinta. La mayoría de las personas infectadas desarrollarán una enfermedad de leve a moderada y se recuperarán sin necesidad de hospitalización¹³.

Síntomas más comunes:

- Fiebre
- tos
- cansancio
- pérdida del gusto o el olfato.

Síntomas menos comunes:

- dolor de garganta
- dolor de cabeza
- dolores y molestias
- diarrea
- erupción en la piel o decoloración de los dedos de las manos o pies
- ojos rojos o irritados.

Síntomas graves:

- dificultad para respirar o falta de aire
- pérdida del habla o la movilidad, o confusión
- dolor en el pecho.

¹³ https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

LA VACUNA

Se ha demostrado que las vacunas contra la COVID-19 son seguras y eficaces y que salvan vidas. Como las demás vacunas, no inmunizan por completo a todas las personas vacunadas y todavía no sabemos hasta qué punto pueden evitar la transmisión. Todas las vacunas contra la COVID-19 aprobadas por la OMS para su inclusión en la lista de uso en emergencias, han sido objeto de ensayos clínicos aleatorizados para confirmar su calidad, su seguridad y su eficacia teórica.

Las vacunas contra la COVID-19 son fundamentales para hacer frente a la pandemia y protegen contra la enfermedad grave y la muerte. Aunque proporcionan como mínimo cierta protección contra la infección y la transmisión, la protección que confieren contra la enfermedad grave y la muerte es mucho mayor.

Sin embargo, algunas variantes están afectando ligeramente a su capacidad para proteger contra la infección y los síntomas leves.

La OMS ha validado el uso de varias vacunas contra la COVID-19. El primer programa de vacunación masiva comenzó a principios de diciembre de 2020 y el número de dosis de vacunación administradas se actualiza diariamente en el Tablero COVID-19/OMS¹⁴.

De acuerdo con su normativa y legislación nacional, los países tienen autonomía para emitir autorizaciones de uso en emergencias para cualquier producto sanitario. Estas autorizaciones se emiten a discreción de los países y no están sujetas a la aprobación de la OMS.

Argentina inició la Campaña Nacional de Vacunación contra la COVID-19 en diciembre de 2020. Como parte del “Plan Estratégico para la Vacunación”, se definió la priorización y escalonamiento de la población objetivo a vacunar (POV) en función de realizar una “vacunación en etapas” en la que pudiera avanzarse de acuerdo con la condición de riesgo y/o exposición y acorde a la disponibilidad gradual de dosis de vacunas que existiera en nuestro país.

A la fecha, las vacunas contra la COVID-19 autorizadas para uso de emergencia en Argentina son¹⁵ (tablas 1 y 2):

1. Vacuna Comirnaty de Pfizer-Biontech por Disposición de ANMAT N° 9210/20 del 22 de diciembre de 2020.
2. Vacuna Sputnik V por Resolución Ministerial N° 2784/20 del 24 de diciembre de 2020.
3. Vacuna ChAdOx1-S de AstraZeneca por Disposición de ANMAT N° 9271/20 del 30 de diciembre de 2020.
4. Vacuna ChAdOx1-S de CoviShield por Resolución Ministerial 627/21 del 9 de febrero de 2021.
5. Vacuna Sinopharm por Resolución Ministerial 688/21 del 22 de febrero de 2021.
6. Vacuna Moderna por Resolución 2711/2021
7. Vacuna Cansino por Resolución Ministerial 1671/21 de 12 junio de 2021.
8. Ampliación del informe técnico complementario de perfil regulatorio de vacuna Sinopharm para menores NO-2021-93657144-APN-ANMAT#MS¹⁶.

¹⁴ <https://covid19.who.int/>

¹⁵ <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/equipos-salud/lineamientos-manual-vacunador>

¹⁶ file:///E:/Sal-Sit-1/Downloads/lineamientos-tecnicos_unificado-covid19-2022.pdf

Tabla 1: características de las vacunas disponibles en la Argentina¹⁷.

	SPUTNIK V	COVISHIELD/ AstraZeneca	SINOPHARM	MODERNA/ SPIKEVAX	CONVIDECIA	COMIRNATY de Pfizer Biontech
Plataforma	Vector viral no replicativo (Ad26-Ad5)	Vector viral no replicativo (chimpance)	Inactivada	ARNm	Vector viral no replicativo (Ad5)	ARNm
Presentación actual en Argentina	Frasco ampolla multidosis (5 dosis de vacuna en 3 mL) Ampollas monodosis (1 dosis de vacuna en 0,5 mL) Ampollas bidosis (2 dosis de vacuna en 1 mL)	Vial multidosis (10 dosis de vacuna en 5 mL)	Viales monodosis (1 dosis de vacuna en 0,5 mL) Viales bidosis (2 dosis de vacuna en 1 mL)	Vial multidosis (hasta un máximo de 15 dosis de vacuna de 0,5 mL cada una)	Viales monodosis (1 dosis de vacuna en 0,5 mL) Vial multidosis (3 dosis de vacuna en 1,5mL)	Vial multidosis (6 dosis de vacuna de 0,3mL c/u. El vial que contiene 6 dosis, una vez diluido tiene 2,25mL. El vial sin diluir tiene 0,45mL)
Número de dosis	2 (dos) de distintos componentes 1º dosis: rAd26-S 2º dosis: rAd5-S	2 (dos) <i>Se emplea el mismo producto para la 1º y 2º dosis</i>	2 (dos) <i>Se emplea el mismo producto para la 1º y 2º dosis</i>	2 (dos) <i>Se emplea el mismo producto para la 1º y 2º dosis</i>	1 (una)	2 (dos) <i>Se emplea el mismo producto para la 1º y 2º dosis</i>
Intervalo mínimo entre dosis	21 días (3 semanas)	28 días (4 semanas)	21 a 28 días (3 a 4 semanas)	28 días (4 semanas)	No aplica	21 a 28 días (3 a 4 semanas)
Autorización de uso (actualizado octubre 2021)	A partir de 18 años	A partir de 18 años	A partir de 3 años	A partir de 12 años	A partir de 18 años	A partir de 12 años

Tabla 2: Vacunas recomendadas según población objetivo¹⁸.

Población objetivo	Vacunas recomendadas esquema inicial	Vacunas recomendadas refuerzo
Niños y niñas de 3 a 11 años	Sinopharm	A definir
Adolescentes	Moderna o Pfizer	Moderna o Pfizer
Embarazadas	Pfizer, Moderna o Sinopharm	Pfizer, Moderna
Resto de la población	Sputnik V CI, Sputnik V CII, AstraZeneca, Cansino, Pfizer, Moderna o Sinopharm	Sputnik V CI, Sputnik V CII, AstraZeneca, Cansino, Pfizer o Moderna

SITUACIÓN INTERNACIONAL¹⁹

Desde el inicio de la pandemia en 2020 hasta la SE 15/2022:

- Se ha registrado un total acumulado de **más de 500 millones de casos de COVID19** y **6,2 millones de muertes** en las seis regiones de la OMS.
- **A nivel mundial**, se informaron aproximadamente 5,6 millones de nuevos casos de COVID-19 en la semana epidemiológica (SE) 15, lo que significó una **disminución del 24,3 %** en comparación con la SE 14.

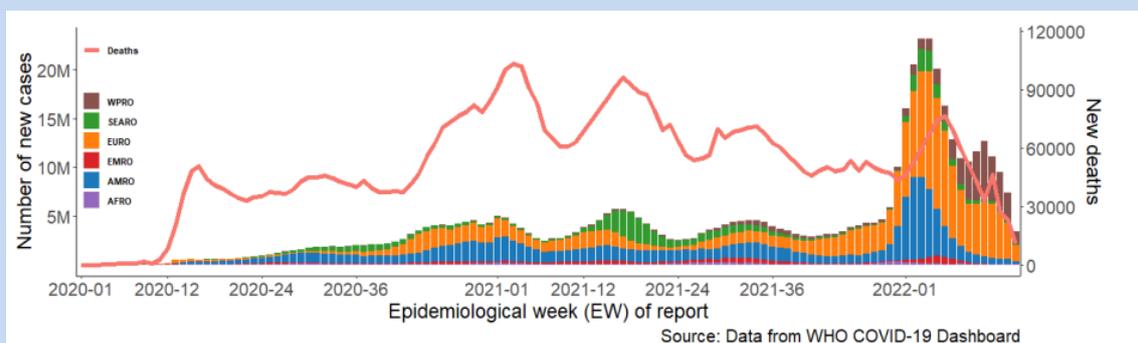
¹⁷ file:///E:/Sal-Sit-1/Downloads/lineamientos-tecnicos_unificado-covid19-2022.pdf

¹⁸ file:///E:/Sal-Sit-1/Downloads/lineamientos-tecnicos_unificado-covid19-2022.pdf

¹⁹ <https://www.paho.org/en/documents/paho-weekly-covid-19-epidemiological-update-19-april-2022>

- Durante la SE 15, los casos y las muertes disminuyeron **en todas las regiones de la OMS**, observándose una **disminución relativa de casos de 2,2%** en comparación con la semana anterior.
- **Durante el mismo período**, se informó en el mundo, una disminución relativa de muertes del **21,4% en comparación con la semana previa**.
- **En la región de las Américas** representa el **15,2% de disminución de muertes** respecto a la semana anterior.
- **A nivel subregional, hubo un aumento del 11,2% en los casos en América del Norte, principalmente en los Estados Unidos de América**, mientras que la tendencia disminuyó en las otras tres subregiones durante la SE 15.
- Para el mismo período, mientras que la **subregión del Caribe y las Islas del Océano Atlántico reportó un aumento del 38,9% en las muertes** semanales, principalmente en Jamaica y Trinidad y Tobago, las tendencias disminuyeron en las tres subregiones restantes.
- **La tasa general de notificación semanal de casos** para la región de las Américas **siguió disminuyendo** con 48 casos por semana /100.000 habitantes reportados durante la SE 15 (49,1 la semana anterior).
- **La tasa de mortalidad de COVID-19** de 14 días **también disminuyó en la región** con 10,2 muertes por 1 millón de habitantes reportadas durante la SE 14 y SE 15 (12,8 las dos anteriores semanas).

Gráfico 2: Casos y muertes por COVID-19 por semana epidemiológica (SE) del informe y región de la OMS. Hasta SE 15 de 2022.



WPRO: Región del Pacífico Occidental con 37 países y áreas de Asia Pacífico.
 SEARO: Región del sud este asiático
 EURO: Europa
 EMRO: Eastern Mediterranean: 21 países miembro.
 AMRO: Región de las Américas
 AFRO: África

Gráfico 3: Casos y muertes por COVID-19 por semana epidemiológica (SE) de notificación y país/territorio. Región de las Américas. Hasta SE 15 de 2022.

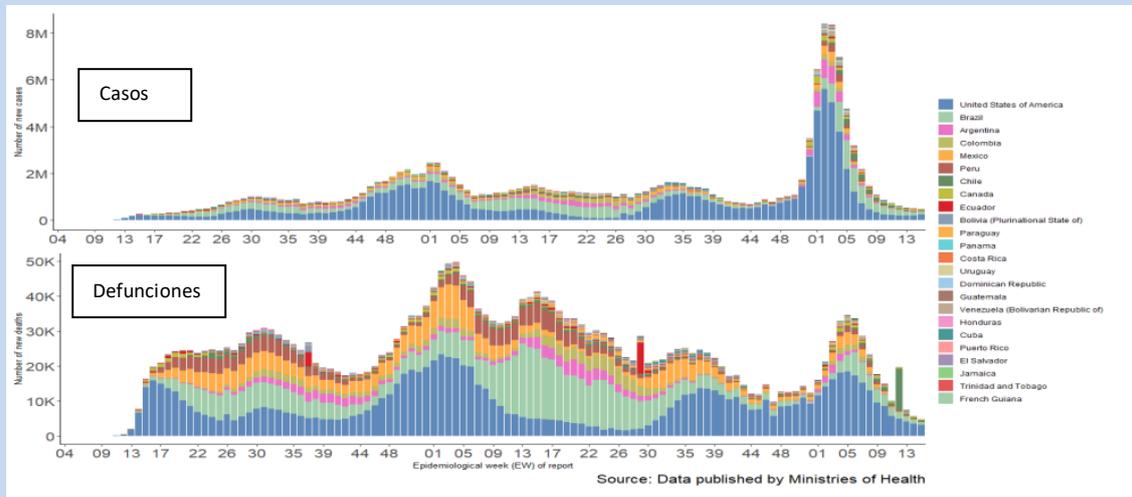


Tabla 3: variación porcentual de casos y muertes por COVID-19 entre semanas 14 y 15/2022.

Subregion	Total Cases	Total Deaths	Cases EW 14	Deaths EW 14	Cases EW 15	Deaths EW 15	% Change Cases	% Change Deaths
Caribbean and Atlantic Ocean Islands	3,367,385	32,592	21,160	54	20,267	75	-4.2%	38.9%
Central America	3,106,116	49,883	11,088	102	6,866	85	-38.1%	-16.7%
North America	89,223,700	1,345,999	270,890	3,758	301,186	3,335	11.2%	-11.3%
South America	56,335,648	1,288,968	198,717	1,745	162,208	1,302	-18.4%	-25.4%

Gráfico 4: Casos y muertes por COVID-19 por semana epidemiológica (SE). Sudamérica. Región de las Américas. SE 3, 2020 - SE 15, 2022.

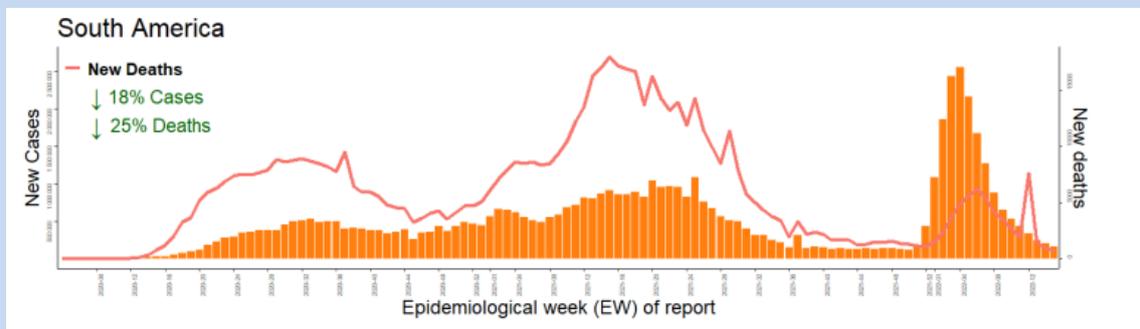
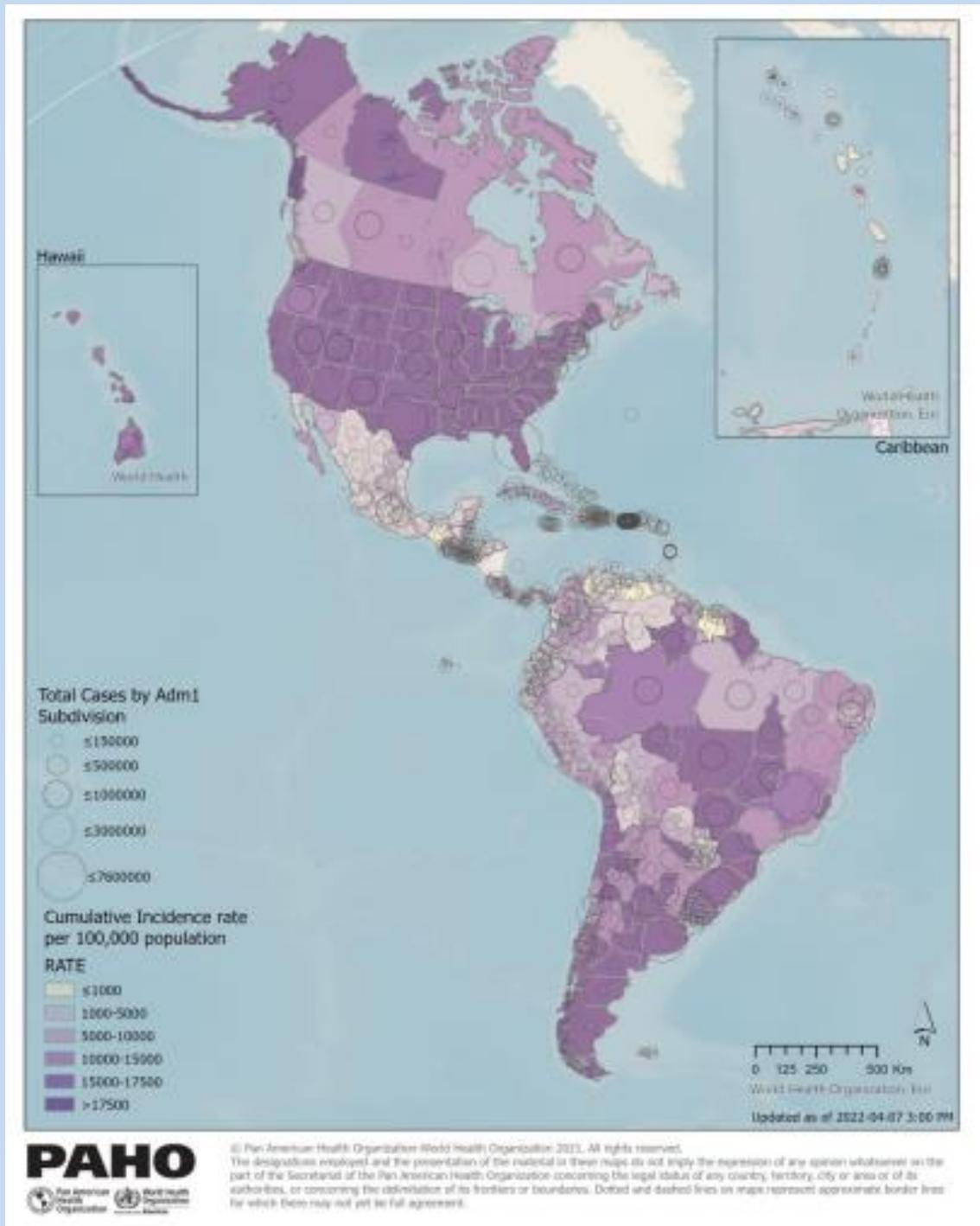


Figura 1: Número notificado de casos acumulados de COVID-19 en la Región de las Américas y tasa de incidencia correspondiente (por 100.000 habitantes) por país o territorio al 2 de abril del 2022.



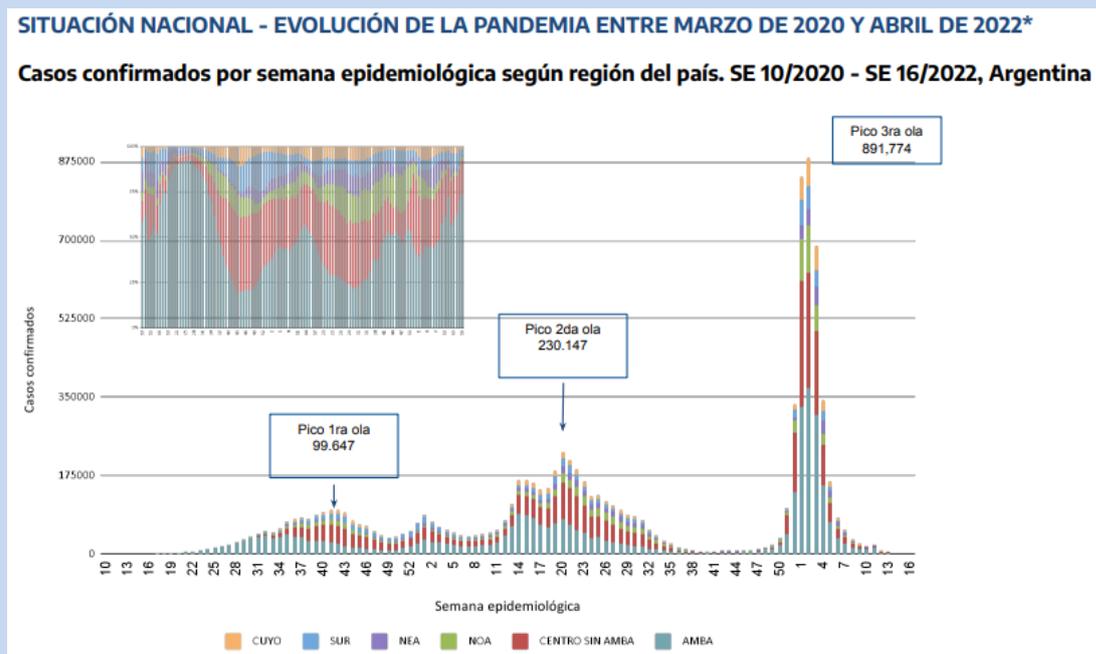
A NIVEL NACIONAL

El país, al igual que la provincia, está atravesando un momento de defervescencia en la presentación de casos y fallecimientos relacionados al SARS CoV-2.

Los siguientes gráficos han sido extraídos de la página pública de la Sala de Situación del Ministerio de Salud de la Nación.

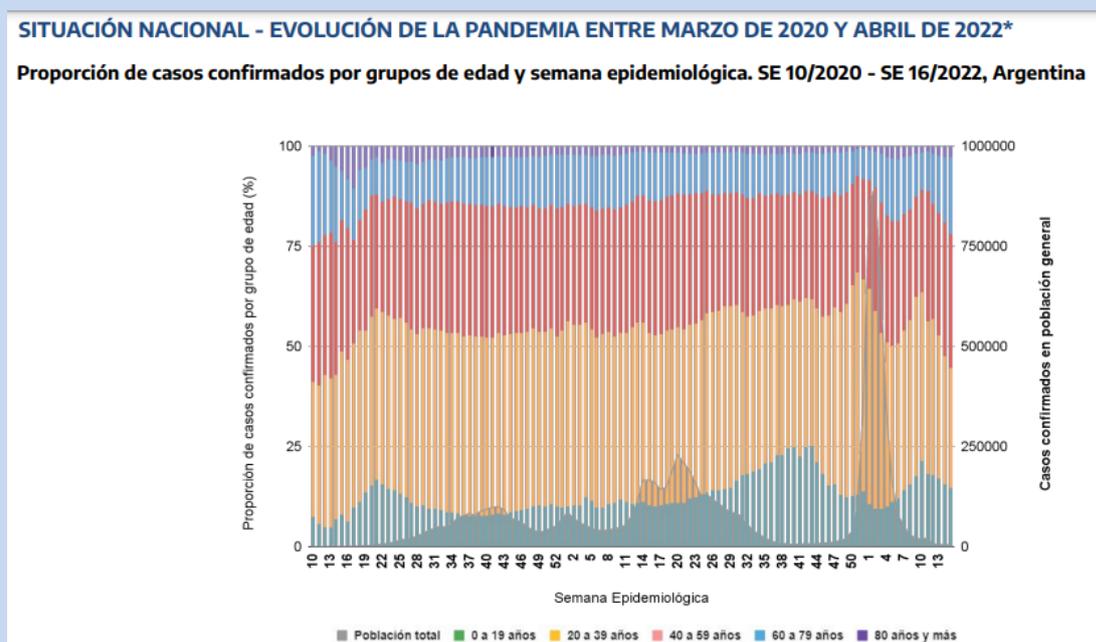
La curva de casos confirmados de la provincia, guarda similitud a lo que ha ocurrido a nivel nacional, con tres picos de incidencia.

Figura 2



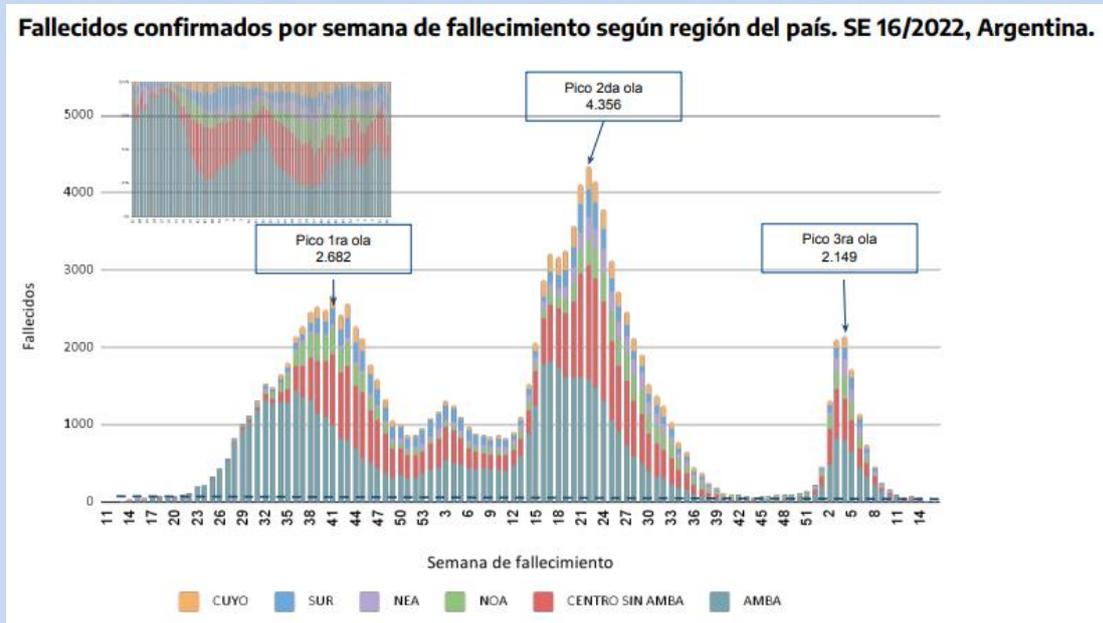
Los grupos de edades entre 20 y 50 años, resultaron ser los más afectados.

Figura 3



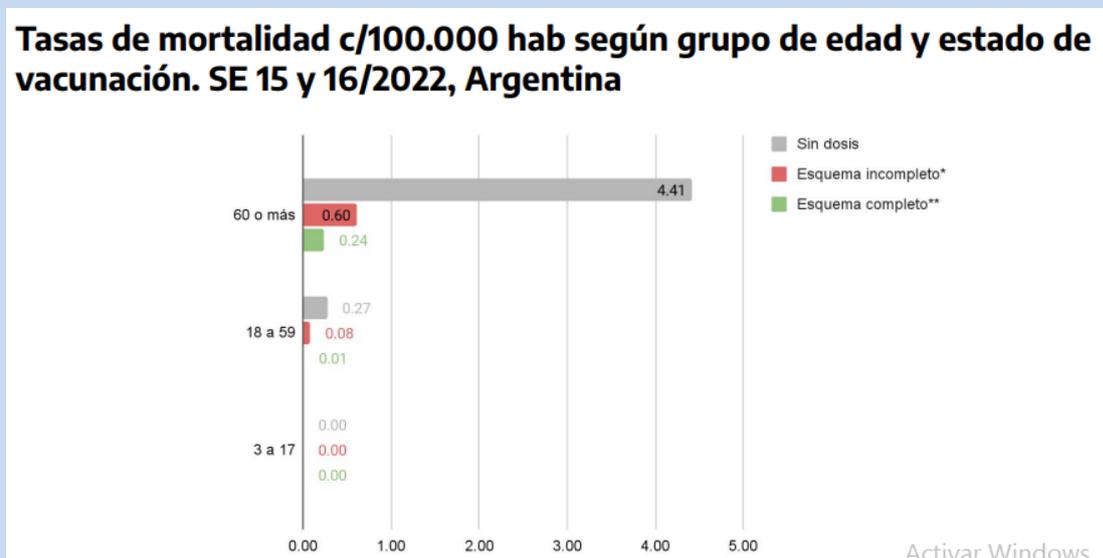
Al igual que la curva de incidencia, la de mortalidad también presentó tres picos, coincidentes con el aumento de casos.

Figura 4



El grupo de mayores de 60 años sin vacunación completa fue el más afectado por las formas mortales de la enfermedad.

Figura 5



CARACTERÍSTICAS DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA HISTÓRICA EN LA PROVINCIA DE SALTA

Al momento de la redacción del presente documento, la situación epidemiológica en la provincia se caracteriza por:

- Baja circulación de virus SARS Co-V 2,
- Índice de positividad de test diagnósticos para SARS CoV-2 menor al 1 %,
- Co-circulación con virus de Influenza (también en descenso),
- Alto porcentaje de inmunización con primera dosis, intermedia con la segunda y tercera dosis, dependiendo del estrato de riesgo,
- Reducción de la letalidad global y la específica en mayores de 60 años,
- Crecimiento técnico y profesional en los equipos de salud y los relacionados (adquisición de conocimientos y saberes).

Desde el 12 de marzo del 2020, fecha en que se realizó el primer diagnóstico de COVID-19 en un paciente proveniente de Europa, la provincia ha sufrido tres embates de la pandemia, los que han sumado 154.235 casos notificados al SNVS 2.0 hasta el momento del corte para el presente análisis (24 de abril de 2022): **el primero**, entre las semanas 32 y 48 del año 2020, **el segundo**, más extenso y sostenido, entre las SE 3 y 39, con su pico máximo entre semanas 19 y 27 del año 2021, y **el tercero**, de máxima intensidad, desde la SE 52 del 2021 a la SE 4 del año 2022.

Gráfico 5: Casos confirmados de Covid-19 por SE en la provincia de Salta entre los años 2020 (SE 10) y 2022 (SE 15).

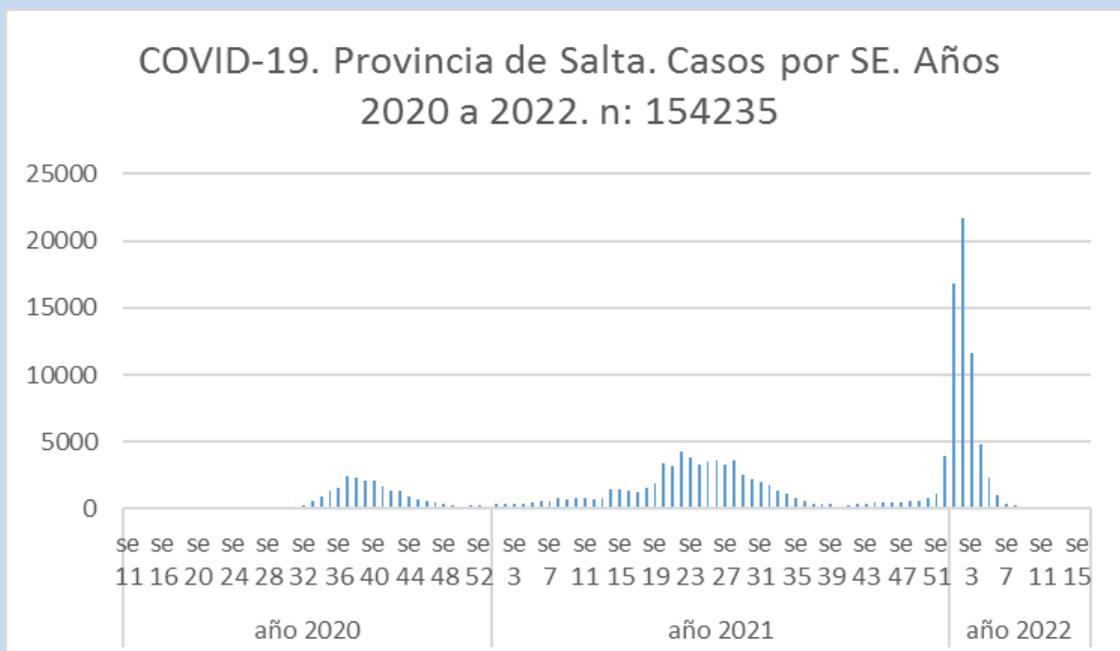
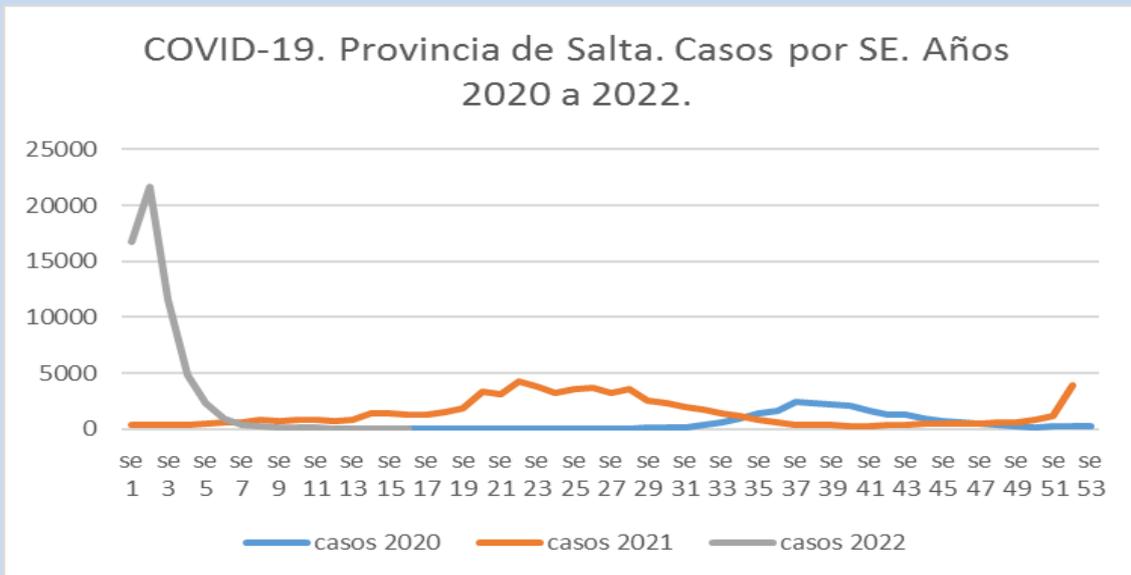


Gráfico 6: Casos confirmados de Covid-19 por SE en la provincia de Salta según año de diagnóstico.



El impacto de la pandemia, se ha hecho sentir por igual tanto en el interior de la provincia como en la capital de la misma. El total de notificaciones en el interior de la provincia, desde el año 2020 a la actualidad, fue de 74.825 casos, y en la capital, 79.401 casos.

El detalle de la distribución de estos casos se muestra en los siguientes gráficos:

Gráfico 7: casos de COVID-19 notificados en la provincia de Salta, por año y lugar de ocurrencia (interior y capital)

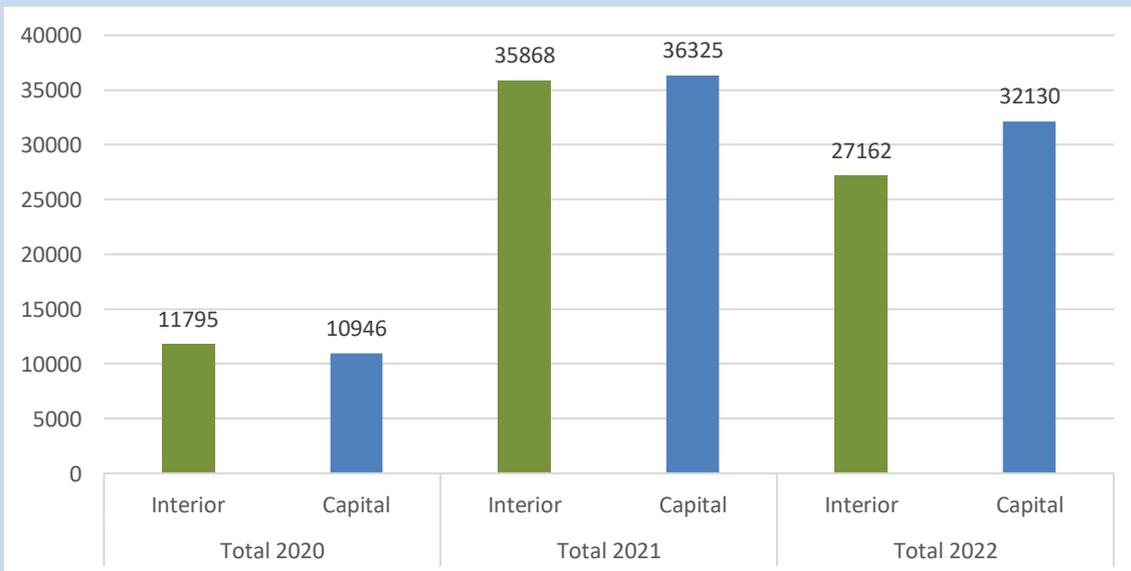
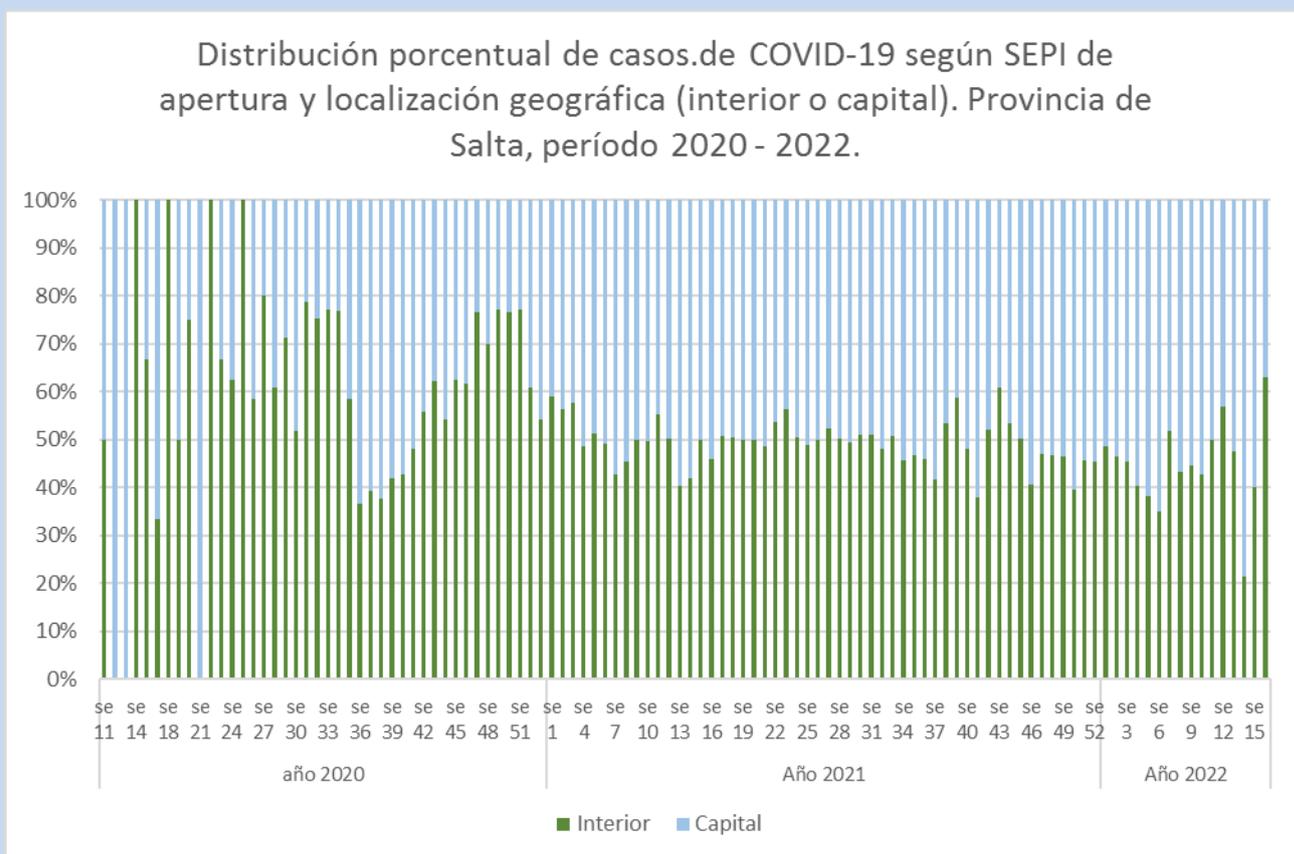


Gráfico 8:



La tabla 4, muestra la frecuencia de casos y la tasa de incidencia por cien habitantes en todos los departamentos de la provincia durante los años 2020 a SE 15/2022.

Tabla 4: distribución de frecuencias absolutas de casos y tasas de incidencia por cien mil habitantes, en los departamentos de la provincia de Salta para los años vigilados (SE 10/2020 a SE 15/2022).

Departamentos	Población	Año 2020		Año 2021		Año 2022		Totales	
		casos	incidencia	casos	incidencia	casos	incidencia	casos	incidencia
Anta	68925	709	1028,65	3882	5632,21	2086	3026,48	6678	9688,79
Cachi	7672	87	1133,99	760	9906,15	571	7442,65	1418	18482,79
Cafayate	19162	594	3099,89	1507	7864,52	798	4164,49	2900	15134,12
Capital	631058	10946	1734,55	36325	5756,21	32130	5091,45	79401	12582,2
Cerrillos	48658	992	2038,72	2320	4767,97	2105	4326,11	5425	11149,25
Chicoana	24541	340	1385,44	1492	6079,62	1153	4698,26	2985	12163,32
General Güemes	55211	1204	2180,72	1723	3120,75	2118	3836,19	5046	9139,48
Grl. José de San Martín	184877	2144	1159,69	4870	2634,18	3753	2030	10778	5829,82
Guachipas	3288	44	1338,2	249	7572,99	184	5596,11	477	14507,3
Iruya	5786	121	2091,25	465	8036,64	201	3473,9	787	13601,8
La Caldera	10551	248	2350,49	1152	10918,4	956	9060,75	2366	22424,41
La Candelaria	6452	29	449,47	546	8462,49	436	6757,59	1011	15669,56
La Poma	1773	36	2030,46	71	4004,51	91	5132,54	198	11167,51

La Viña	8088	223	2757,17	815	10076,66	506	6256,18	1544	19090,01
Los Andes	6821	235	3445,24	376	5512,39	531	7784,78	1142	16742,41
Metán	43714	541	1237,59	3497	7999,73	1845	4220,62	5886	13464,79
Molinos	5958	68	1141,32	593	9953	348	5840,89	1009	16935,21
Orán	162562	2569	1580,32	4200	2583,63	4798	2951,49	11585	7126,51
Rivadavia	35109	247	703,52	1346	3833,77	858	2443,82	2465	7020,99
Rosario de la Frontera	31393	225	716,72	2212	7046,16	1076	3427,52	3513	11190,39
Rosario de Lerma	45862	910	1984,21	2350	5124,07	2001	4363,09	5266	11482,27
San Carlos	7087	161	2271,77	613	8649,64	271	3823,9	1045	14745,31
Santa Victoria	9849	50	507,67	752	7635,29	418	4244,09	1220	12387,04

El descenso en el reporte de casos al que estamos asistiendo, se correlaciona con la caída en el índice de positividad de los test diagnósticos, no superando en la actualidad el 10 %.

Grafico 9: SARS CoV2. Determinaciones totales/positivas e índice de positividad por semana epidemiológica. Provincia de Salta (SE 1/2021 a SE 15/2022)

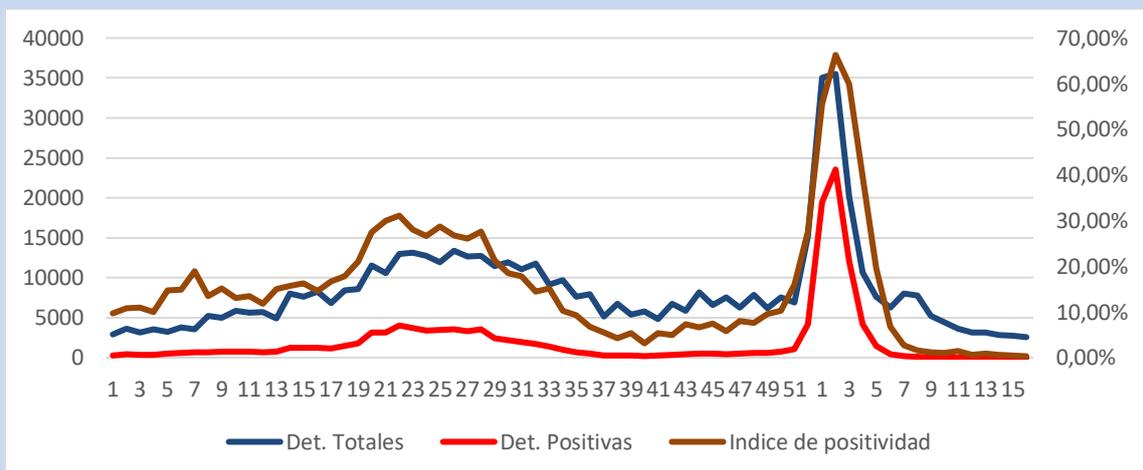


Gráfico 10: SARS CoV2. Proporción de positivos/determinaciones totales por semana epidemiológica. Provincia de Salta (SE 1/2021 a SE 15/2022)

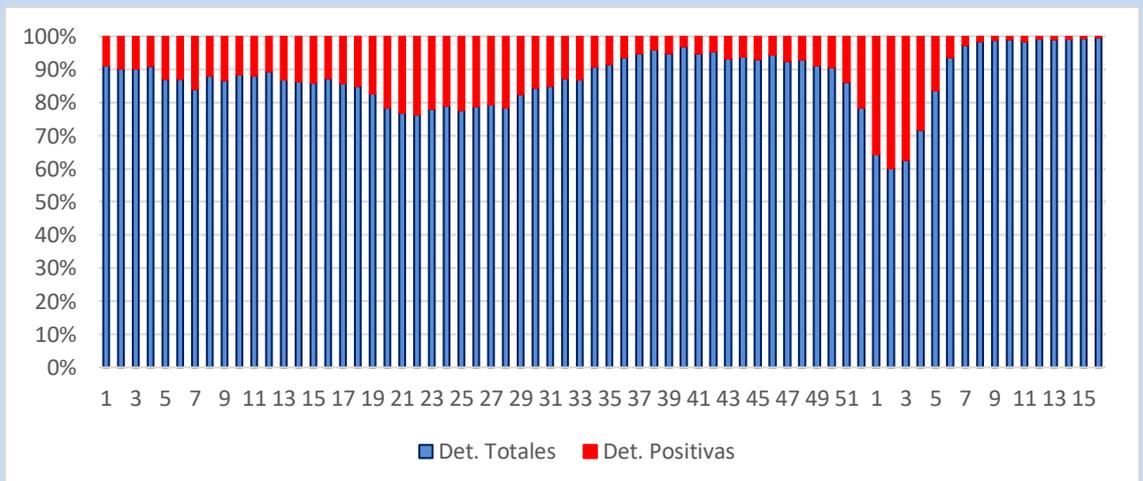
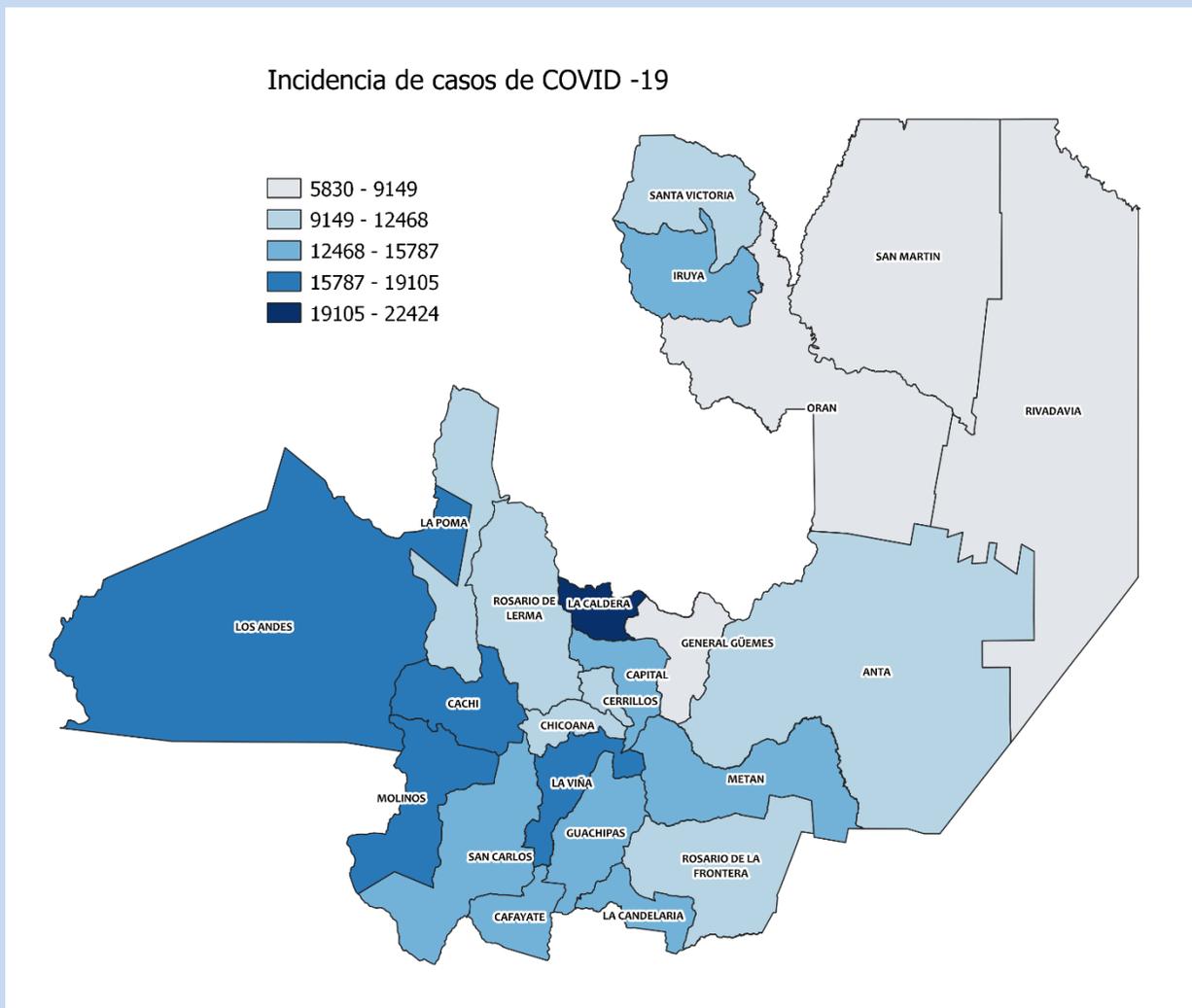


Figura 6: Tasa de incidencia de COVID-19 por 100.000 habitantes por departamento. Provincia de Salta entre SE 10/2020 y SE 15/2022.



Departamento	Tasa de incidencia
Anta	9688,79
Cachi	18482,79
Cafayate	15134,12
Capital	12582,20
Cerrillos	11149,25
Chicoana	12163,32
General Güemes	9139,48
Grl. José de San Martín	5829,82
Guachipas	14507,30
Iruya	13601,80
La Caldera	22424,41
La Candelaria	15669,56
La Poma	11167,51
La Viña	19090,01
Los Andes	16742,41
Metán	13464,79
Molinos	16935,21
Orán	7126,51
Rivadavia	7020,99
Rosario de la Frontera	11190,39
Rosario de Lerma	11482,27
San Carlos	14745,31
Santa Victoria	12387,04

CIRCULACION DE VARIANTES

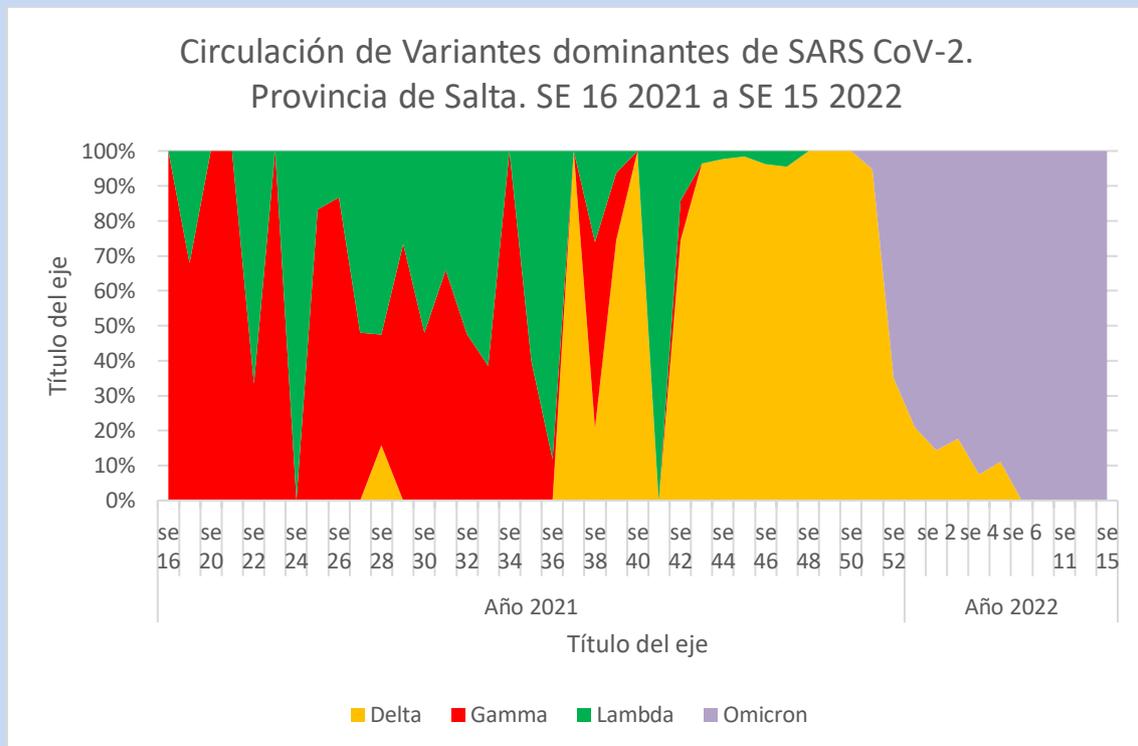
En la provincia, circularon desde el año 2021, variantes prioritarias o de preocupación.

La cronología fue la siguiente:

Tabla 5: VOC circulantes en la provincia de Salta. Entre SE 16/2021 a SE 15/2022

VOC	SEPI de inicio	SEPI de finalización	N de casos diagnosticados
Gamma	16/2021	37/2021	295
Lambda	16/2021	47/2021	262
Delta	30/2021	6/2022	2234
Omicron	49/2021	actualmente	382

Gráfico 11: VOC circulantes en la provincia de Salta. Entre SE 16/2021 a SE 15/2022



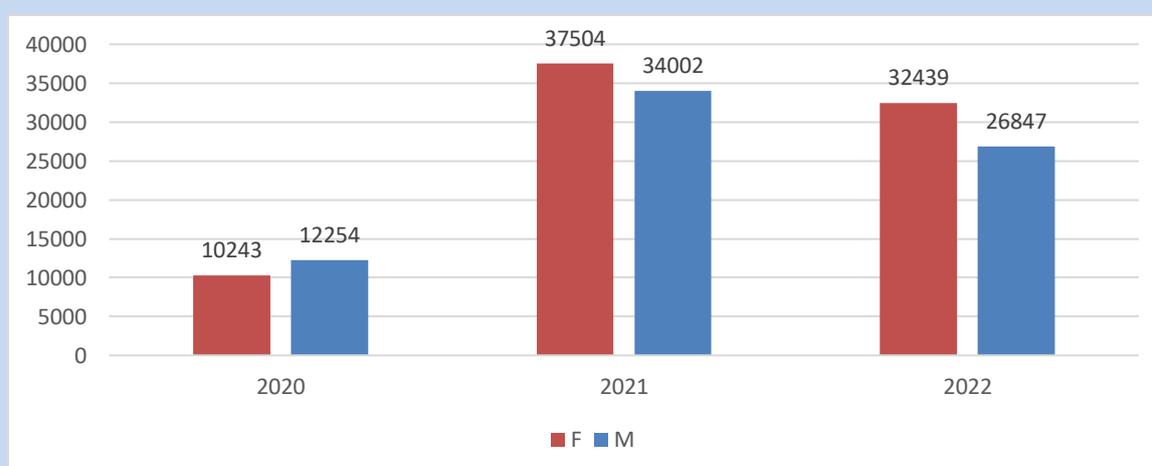
También se detectaron otras variantes con escasa circulación: Alpha (46 casos), Épsilon (1 caso), Mu (28 casos) y Zeta (6 casos).

A excepción del año 2020, lo observado con respecto a la afectación por sexos, es el predominio de mujeres sobre los varones afectados.

Tabla 6: casos de COVID 19 según sexo y año de ocurrencia para la provincia de Salta. Años 2020 a SE 15/2022.

Año	Casos de Covid-19 según sexo y año de ocurrencia. Provincia de Salta. 2020 - 2022		
	Mujeres	Varones	Total general
2020	10243	12254	22497
2021	37504	34002	71506
2022	32439	26847	59286

Gráfico 12: casos de COVID 19 según sexo y año de ocurrencia para la provincia de Salta. Años 2020 a SE 15/2022.



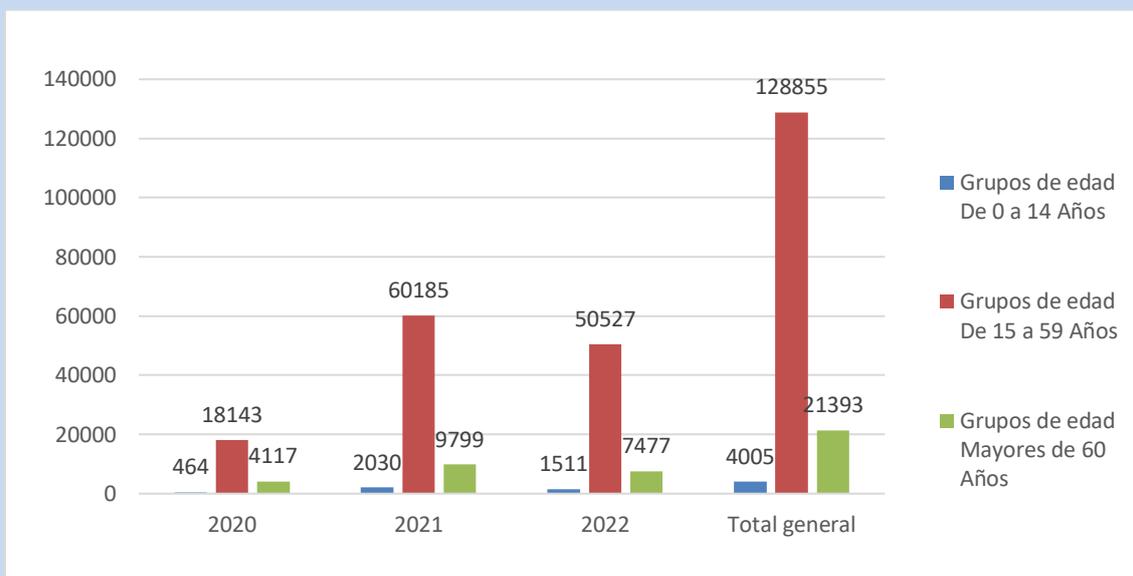
El grupo de edad mayormente afectado en todos los años de la pandemia, ha sido el de 15 a 59 años. En la tabla siguiente se muestra el valor absoluto y la tasa de incidencia por cien, según los grupos de edad seleccionados.

Tabla 7: frecuencia absoluta y tasa de incidencia para COVID-19, según año de ocurrencia y grupo de edad. Provincia de Salta, años 2020 a SE 15/2022.

Año	Casos y tasa de incidencia % de Covid-19 según Grupos de edad. Provincia de Salta, 2020 - 2022						
	De 0 a 14 Años	población ²⁰	incidencia %	De 15 a 59 Años	incidencia %	Mayores de 60 Años	incidencia %
2020	464	378596	0,12	18143	2,54	4117	3,35
2021	2030	378596	0,54	60185	8,44	9799	7,98
2022	1511	378596	0,40	50527	7,09	7477	6,09
Total general	4005	378596	1,06	128855	18,07	21393	17,43

²⁰ Población Censo nacional 2010

Gráfico 13: frecuencia absoluta para COVID-19, según año de ocurrencia, grupo de edad y total general. Provincia de Salta, años 2020 a 2022.

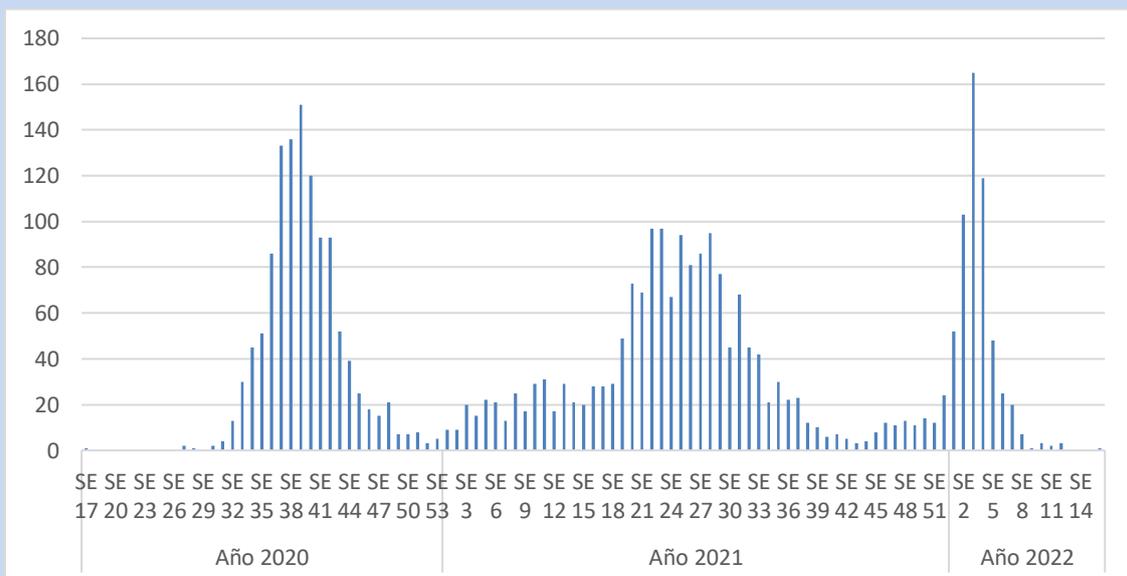


El grupo de 0 a 14 años ha sido el menos afectado, presentándose en una posición intermedia, el grupo de mayores de 60 años, grupo que, como veremos más adelante, fue el más gravemente afectado y el que más aportó a la mortalidad específica por la enfermedad.

LAS MUERTES

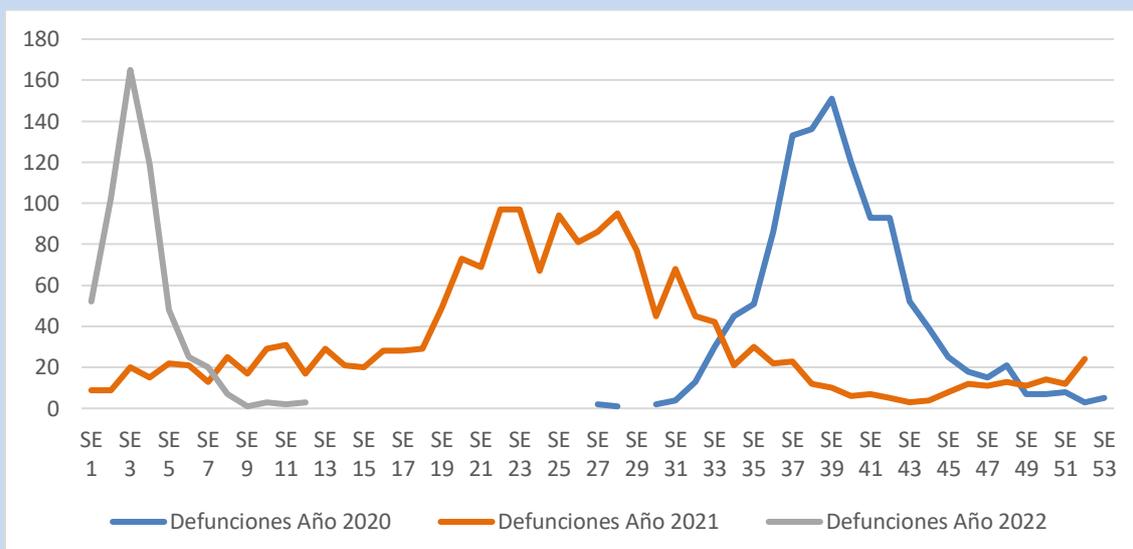
Con respecto a las defunciones, desde el inicio de la pandemia, y hasta la fecha de corte del análisis, se han registrado en la Provincia de Salta, 3.421 defunciones vinculadas a la infección²¹.

Gráfico 14: defunciones relacionadas al COVID-19 según año y SEPI de ocurrencia en la provincia de Salta. Años 2020 a 2022.



²¹ Los datos finales que dispone la provincia, pueden diferenciarse de algunas cifras oficiales nacionales, debido a la depuración y consolidación de bases analizadas.

Gráfico 15: Defunciones por Covid-19, según año y SEPI de apertura del evento. Provincia de Salta. Años 2020 a SE 15/2022



La distribución geográfica de defunciones por departamentos de la provincia, se muestra en la tabla 9.

Como puede observarse en la tabla 8 y en el gráfico 16, el impacto de la mortalidad fue ligeramente superior en el interior de la provincia. Tal tendencia se ha presentado durante toda la evolución de la pandemia (gráficos 17 y 18).

Las tasas específicas de mortalidad y letalidad por COVID-19 según los departamentos de la provincia, pueden consultarse en la tabla 9 y en el gráfico 19.

Tabla 8: Frecuencia y porcentual de defunciones relacionadas al COVID-19, según localización del evento. Provincia de Salta, años 2020 a SE 15 2022.

Localización	Interior	Capital	Total
Defunciones	1885	1536	3421
Proporción (%)	55	45	100

Gráfico 16: proporción de defunciones por COVID-19 según su localización geográfica. Provincia de Salta, años 2020 a SE 15 2022.

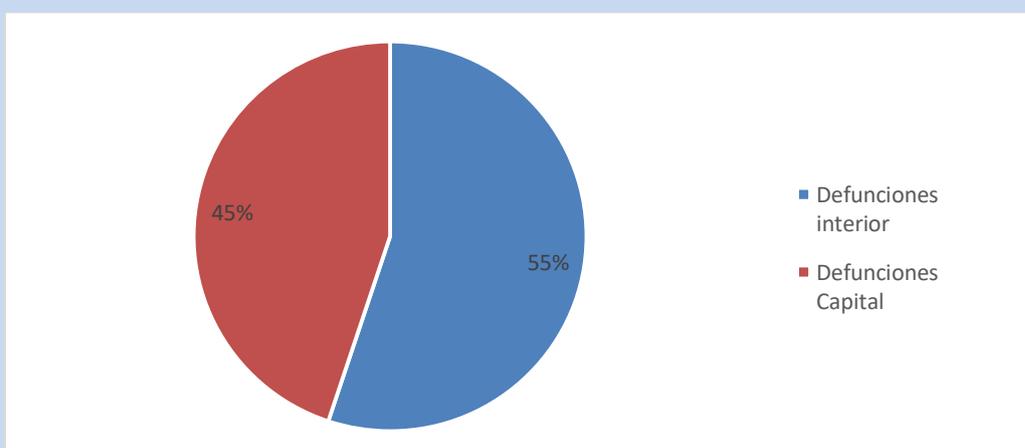


Gráfico 17: Defunciones por Covid-19 por SEPI de apertura del evento según lugar de ocurrencia (Interior o Capital). Provincia de Salta. Años 2020 a SE 15/2022.

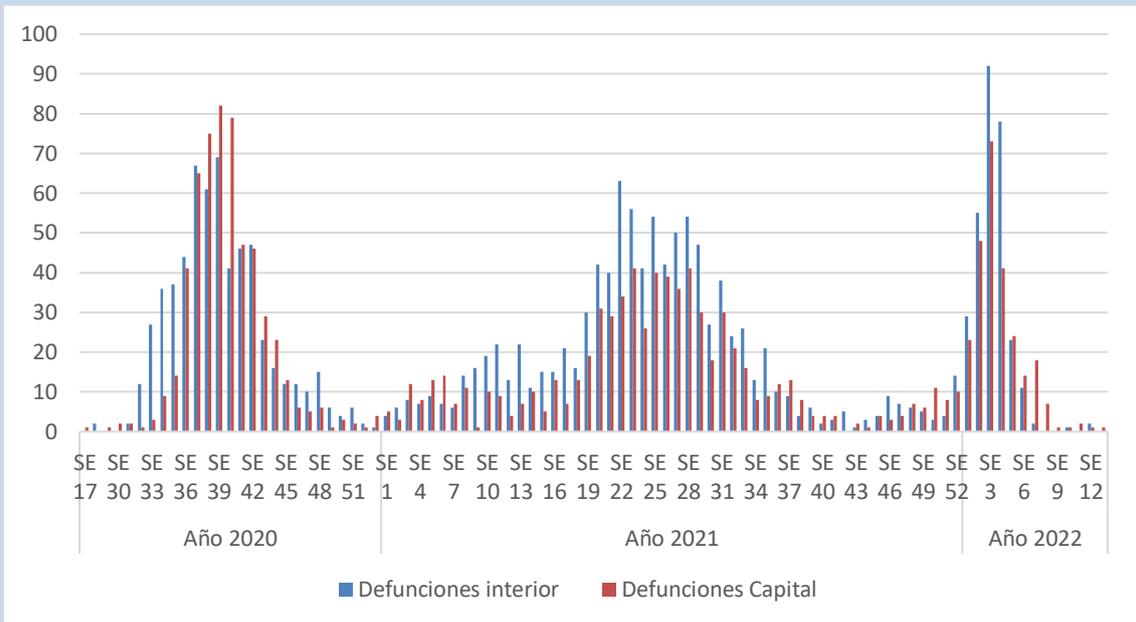


Gráfico 18: Proporción porcentual de defunciones por Covid-19 por SEPI de apertura del evento según lugar de ocurrencia (Interior o Capital). Provincia de Salta. Años 2020 a SE 15/2022

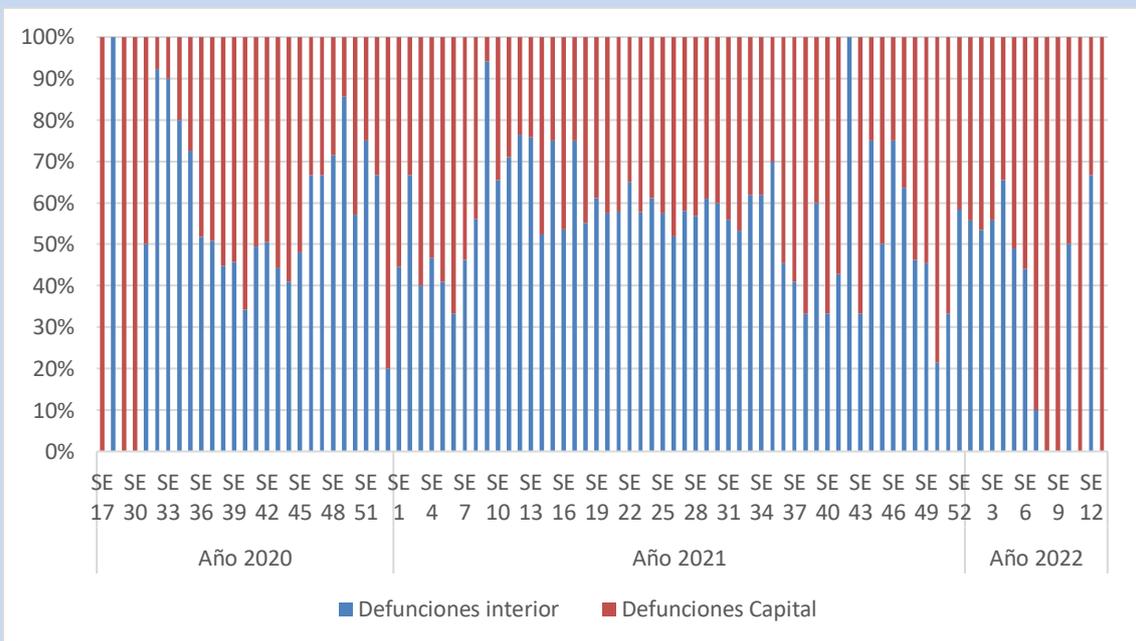


Gráfico 19: tasas específicas de mortalidad por millón y letalidad por 100 para COVID-19 según departamentos (consultar valores en tabla 9). Provincia de Salta. SE 10/2020 a SE 15/2022.

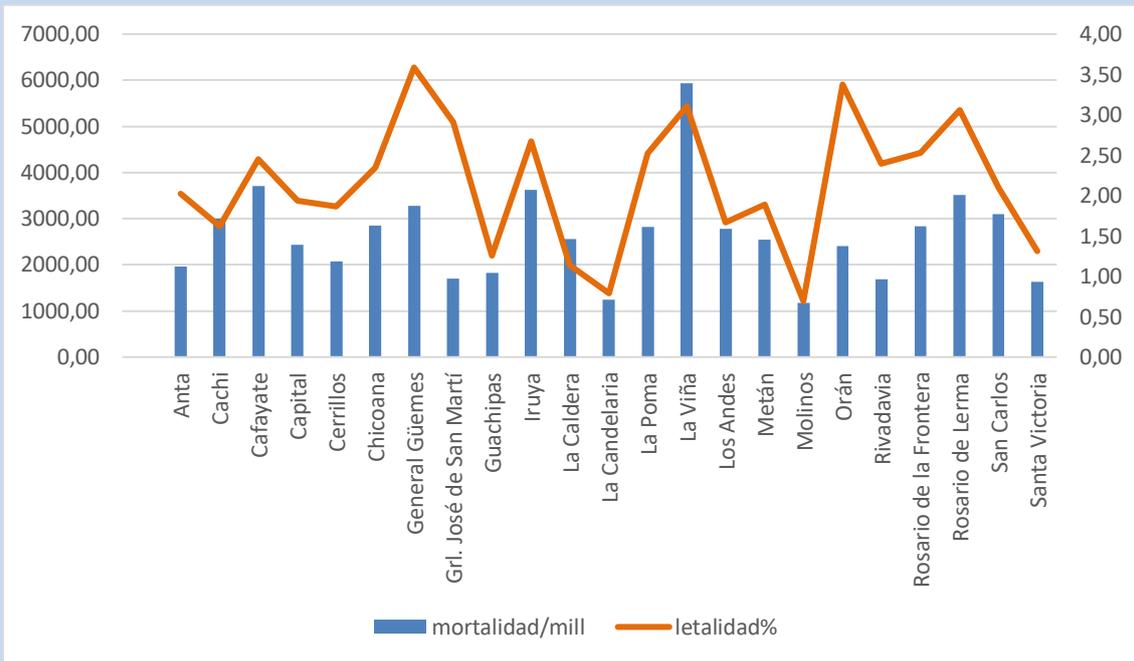


Tabla 9: defunciones, tasa de mortalidad y letalidad por departamento. Provincia de Salta. Años 2020 a SE 15/2022.

departamento	Población ^[1]	Año 2020				Año 2021				Año 2022				Total general			
		defunciones	casos	mortalidad/mill	letalidad%	defunciones	casos	mortalidad/mill	letalidad%	defunciones	casos	mortalidad/mill	letalidad%	defunciones	casos	mortalidad/mill	letalidad%
Anta	68.925	23	709	333,7	3,24	93	3882	1349,29	2,4	19	2086	275,66	0,91	135	6678	1958,65	2,02
Cachi	7.672	4	87	521,38	4,6	16	760	2085,51	2,11	3	571	391,03	0,53	23	1418	2997,91	1,62
Cafayate	19.162	20	594	1043,73	3,37	45	1507	2348,4	2,99	6	798	313,12	0,75	71	2900	3705,25	2,45
Capital	631.058	561	10946	888,98	5,13	720	36325	1140,94	1,98	255	32130	404,08	0,79	1536	79401	2434,01	1,93
Cerrillos	48.658	34	992	698,75	3,43	51	2320	1048,13	2,2	16	2105	328,83	0,76	101	5425	2075,71	1,86
Chicoana	24.541	21	340	855,71	6,18	35	1492	1426,18	2,35	14	1153	570,47	1,21	70	2985	2852,37	2,35
General Güemes	55.211	91	1204	1648,22	7,56	62	1723	1122,96	3,6	28	2118	507,15	1,32	181	5046	3278,33	3,59
Grl. José de San Martín	184.877	96	2144	519,26	4,48	152	4870	822,17	3,12	66	3753	356,99	1,76	314	10778	1698,43	2,91
Guachipas	3.288		44	0	0	5	249	1520,68	2,01	1	184	304,14	0,54	6	477	1824,82	1,26
Iruya	5.786	2	121	345,66	1,65	17	465	2938,13	3,66	2	201	345,66	1	21	787	3629,45	2,67
La Caldera	10.551	7	248	663,44	2,82	14	1152	1326,89	1,22	6	956	568,67	0,63	27	2366	2559	1,14
La Candelaria	6.452		29	0	0	6	546	929,94	1,1	2	436	309,98	0,46	8	1011	1239,93	0,79
La Poma	1.773	2	36	1128,03	5,56	2	71	1128,03	2,82	1	91	564,02	1,1	5	198	2820,08	2,53
La Viña	8.088	13	223	1607,32	5,83	31	815	3832,84	3,8	4	506	494,56	0,79	48	1544	5934,72	3,11
Los Andes	6.821	7	235	1026,24	2,98	11	376	1612,67	2,93	1	531	146,61	0,19	19	1142	2785,52	1,66
Metán	43.714	10	541	228,76	1,85	90	3497	2058,84	2,57	11	1845	251,64	0,6	111	5886	2539,23	1,89
Molinos	5.958	2	68	335,68	2,94	5	593	839,21	0,84		348	0	0	7	1009	1174,89	0,69
Orán	162.562	190	2569	1168,78	7,4	136	4200	836,6	3,24	65	4798	399,85	1,35	391	11585	2405,24	3,38
Rivadavia	35.109	11	247	313,31	4,45	38	1346	1082,34	2,82	10	858	284,83	1,17	59	2465	1680,48	2,39
Rosario de la Frontera	31.393	4	225	127,42	1,78	72	2212	2293,5	3,25	13	1076	414,11	1,21	89	3513	2835,03	2,53

Rosario de Lerma	45.862	55	910	1199,25	6,04	83	2350	1809,78	3,53	23	2001	501,5	1,15	161	5266	3510,53	3,06
San Carlos	7.087	3	161	423,31	1,86	18	613	2539,86	2,94	1	271	141,1	0,37	22	1045	3104,28	2,11
Santa Victoria	9.849	3	50	304,6	6	11	752	1116,86	1,46	2	418	203,07	0,48	16	1220	1624,53	1,31
Total general	1.424.397	1159	22723	813,68	5,1	1713	72116	1202,61	2,38	549	59234	385,43	0,93	3421	154145	2401,72	2,22

Figura 7: Tasa específica de mortalidad por COVID-19. Distribución por Departamentos. Provincia de Salta. Desde SE 10/2020 a SE 15/2022

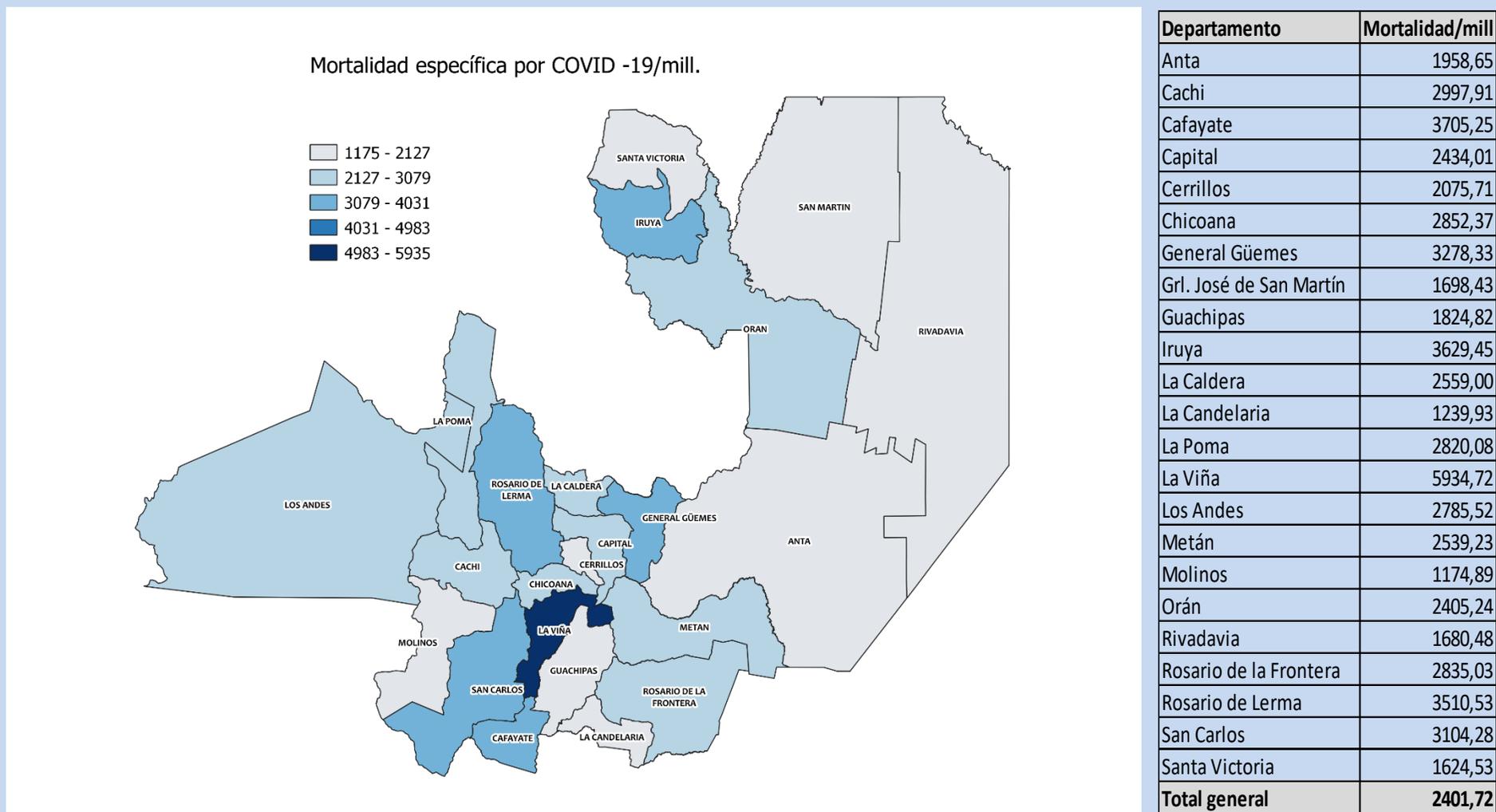
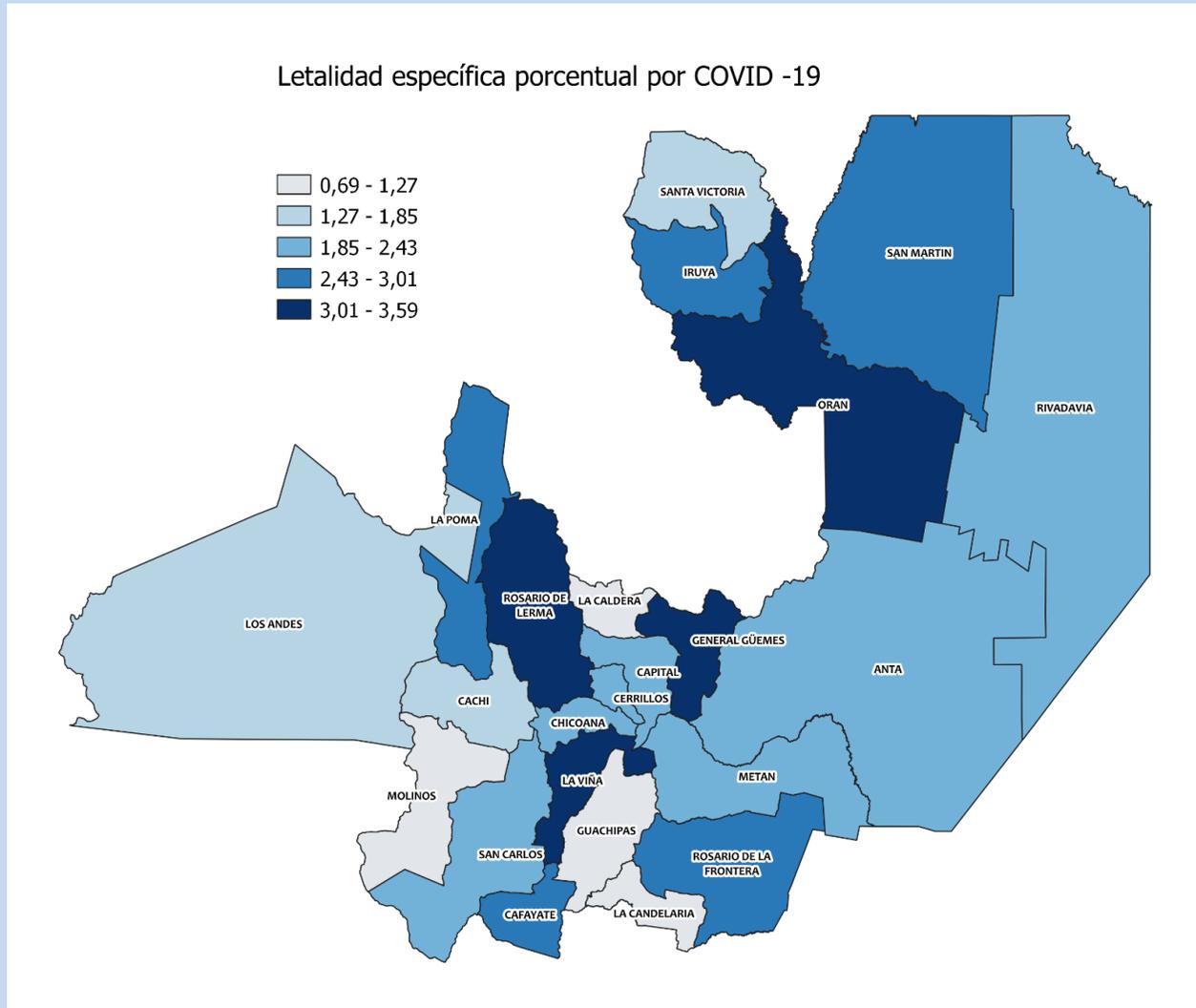


Figura 8: Tasa de letalidad específicas por COVID por departamento por cien. Provincia de Salta. Desde SE 10/2020 a SE 15/2022



Departamento	Letalidad %
Anta	2,02
Cachi	1,62
Cafayate	2,45
Capital	1,93
Cerrillos	1,86
Chicoana	2,35
General Güemes	3,59
Grl. José de San Martín	2,91
Guachipas	1,26
Iruya	2,67
La Caldera	1,14
La Candelaria	0,79
La Poma	2,53
La Viña	3,11
Los Andes	1,66
Metán	1,89
Molinos	0,69
Orán	3,38
Rivadavia	2,39
Rosario de la Frontera	2,53
Rosario de Lerma	3,06
San Carlos	2,11
Santa Victoria	1,31

Analizando algunas variables en relación a las defunciones asociadas al COVID-19, debe destacarse que:

Las defunciones, la tasa específica de mortalidad por millón de habitantes y la proporción porcentual de defunciones por COVID, fueron mayores en varones (tabla 10, gráficos 20, 21 y 22)

Las tasas de mortalidad específicas según sexo, se incrementan de manera directamente proporcional a la edad para todos los grupos y años (tabla 10). También se ha notado que dichas tasas, han disminuido a lo largo de la pandemia, especialmente en los grupos de edad más vulnerables, relacionado, probablemente, al estado inmunitario otorgado por el inicio de la vacunación (tabla 11).

Este descenso no se ha observado en el grupo de mujeres de 0 a 20 años.

Tabla 10: mortalidad específica por sexo y grupo de edad. Provincia de Salta. SE 10/2020 a SE 15/2022

Sexo	Grupo de edad	Mortalidad por millón		
		Año 2020	Año 2021	Año 2022
Femenino	0 a 20 años	11,98	15,98	35,95
	20 a 39 años	86,05	177,47	53,78
	40 a 59 años	542,56	1277,64	288,78
	60+	4570,93	8092,80	2892,43
Masculino	0 a 20 años	15,55	31,10	7,78
	20 a 39 años	164,54	175,89	34,04
	40 a 59 años	1355,59	2181,95	278,55
	60+	10394,34	12466,07	4732,82

Como se ha mencionado, la presencia de comorbilidades es destacable para una mala evolución de la enfermedad. De las defunciones ocurridas en la provincia, el 65.27 % tenía registrado datos sobre comorbilidades. De ellos, el 60.97 %, presentó al menos una comorbilidad, mientras que el 4,29 % no presentaban comorbilidades. En casi un 35 % de defunciones, la base de datos no tenía registrada información relacionada.

Los procesos mórbidos más frecuentes fueron Obesidad, Hipertensión arterial y Diabetes mellitus (ver tabla 12).

Gráfico 20: Defunciones por Covid-19 según sexo. Provincia de Salta. Años 2020 a SE 15 2022

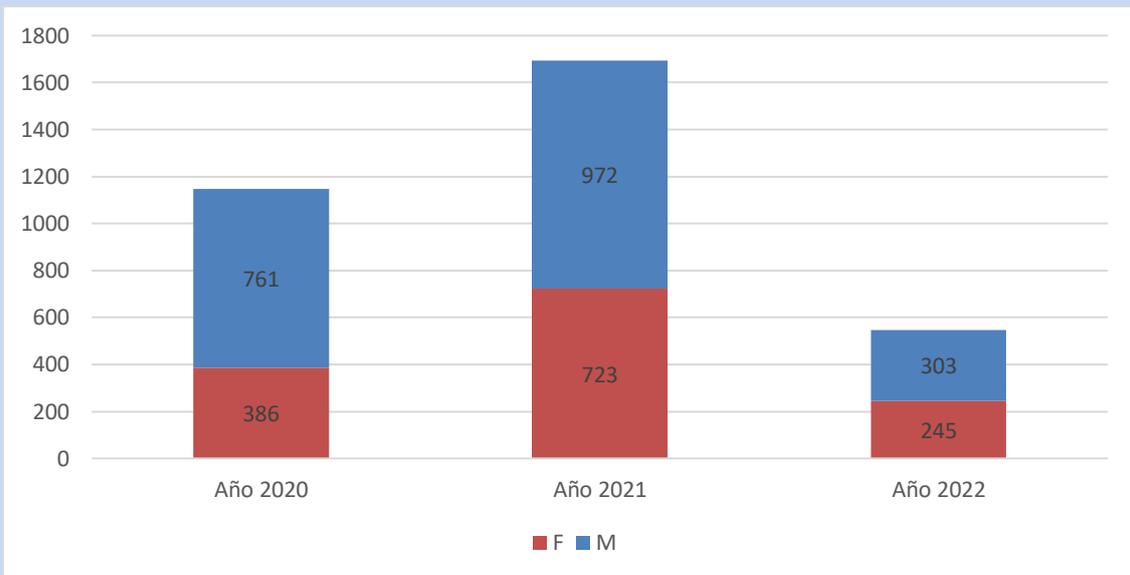


Gráfico 21: proporción porcentual de muertes por COVID-19 según sexo. Provincia de Salta. Años 2020 a SE 15 2022

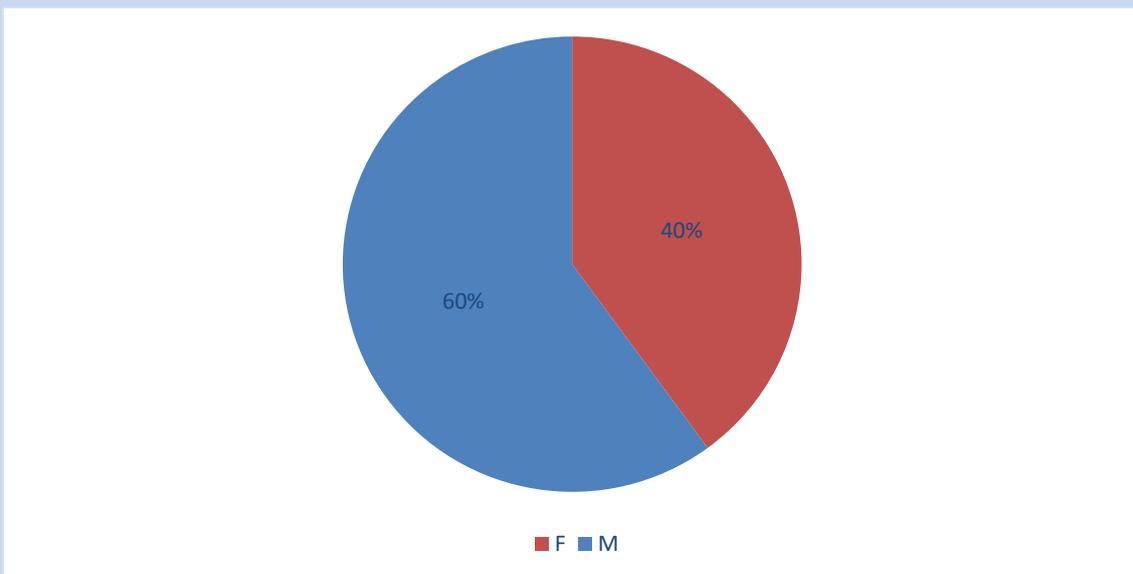


Gráfico 22: tasa de mortalidad específica por COVID por millón de habitantes según sexo

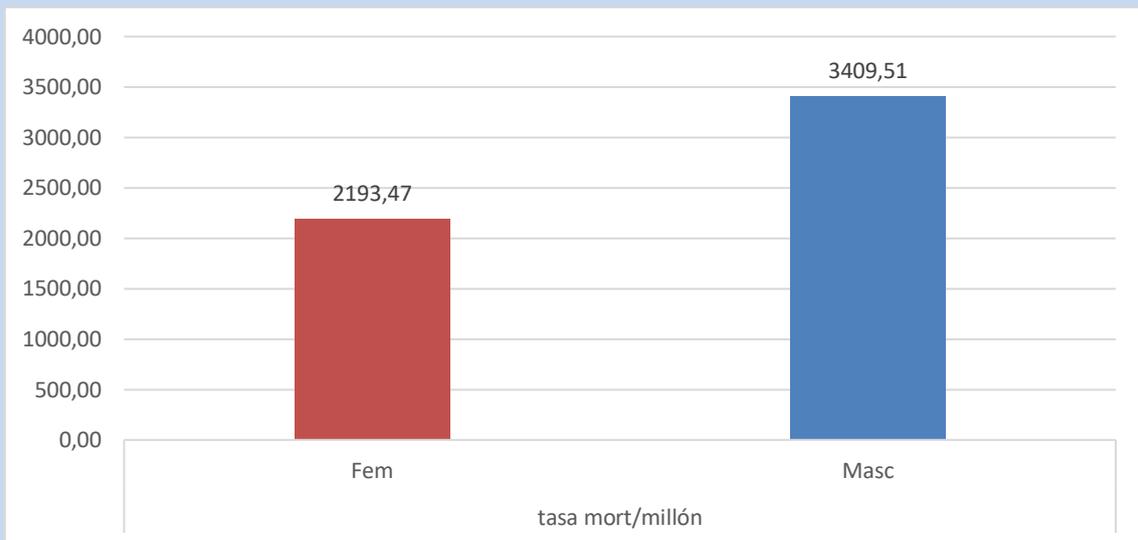


Tabla 11: defunciones y tasa específica de mortalidad por millón según grupo de edad y sexo. Provincia de Salta. Años 2020 a SE 15/2022.

Sexo	Grupo de edad	Año 2020			Año 2021		Año 2022		Total general	
		Def	Población	Mortalidad/mill	Def	Mortalidad/mill	Def	Mortalidad/mill	Def	Mortalidad/mill
Fem	0 a 20 Años	3	250344	11,98	4	15,98	9	35,95	16	63,91
	20 a 39 Años	16	185945	86,05	33	177,47	10	53,78	59	317,30
	40 a 59 Años	62	114273	542,56	146	1277,64	33	288,78	241	2108,98
	60+	305	66726	4570,93	540	8092,80	193	2892,43	1038	15556,16
	total F	386	617288	625,32	723	1171,25	245	396,90	1354	2193,47
Masc	0 a 20 Años	4	257209	15,55	8	31,10	2	7,78	14	54,43
	20 a 39 Años	29	176250	164,54	31	175,89	6	34,04	66	374,47
	40 a 59 Años	146	107702	1355,59	235	2181,95	30	278,55	411	3816,09
	60+	582	55992	10394,34	698	12466,07	265	4732,82	1545	27593,23
	Total M	761	597153	1274,38	972	1627,72	303	507,41	2036	3409,51
Total general	1147	1214441	944,47	1695	1395,70	548	451,24	3390	2791,41	

Tasa mort esp/millón	
Fem	Masc
2193,47	3409,51

Tabla 12: frecuencia absoluta y proporcional de la presencia de comorbilidades en los fallecidos por COVID-19. Provincia de Salta. Años 2020 a SE 15/2022

COMORB	FREC	%
HTA	722	21,07
DBT	459	13,40
OBESIDAD	240	7,01
INSF CARDIACA	116	3,39
ENF NEURO PREVIA	98	2,86
INSF RENAL	77	2,25
EPOC	68	1,98
ASMA	53	1,55
ENF ONCO PREVIA	49	1,43
NAC PREVIA	45	1,31
EX FUMADOR	39	1,14
FUMADOR	36	1,05
DIALISIS CRONICA	22	0,64
HEPATO CRONICA	19	0,55
TBC	15	0,44
DIALISIS AGUDA	12	0,35
EMBARAZO	9	0,26
PREMATURO	6	0,18
BRONQUIO PREVIA	3	0,09
BAJO PESO	1	0,03
DEF CON COMORBILIDAD	2089	60,97
SIN COMORB	147	4,29
FALLECIDOS CON REGISTRO DE COMORB.	2236	65,27
FALLECIDOS SIN REGISTRO DE COMORB.	1190	34,73
FALLECIDOS TOTALES	3426	100

LA VIGILANCIA DE AGUAS RESIDUALES

El 11 de junio de 2021, entre la Secretaría General de la Gobernación, el Ministerio de Salud Pública, el Comité Operativo de Emergencia, la Compañía Salteña de Aguas y Saneamiento y la Universidad Nacional de Salta a través del Instituto de Investigaciones para la Industria Química (INIQUI), se llevó a cabo la firma de un convenio con el objetivo de implementar una herramienta de vigilancia masiva de SARS CoV-2 en aguas residuales de la provincia, como una estrategia complementaria para investigar la circulación de virus en la población ubicada en regiones geográficas definidas²²

Los resultados han sido informados sistemáticamente a todos los interesados. Desde el punto de vista epidemiológico, existió una correlación significativa entre tales mediciones y los picos y valles de incidencia. La gama de colores va del verde al morado, indicando las menores y las máximas concentraciones de partículas virales encontradas. En la figura puede verse claramente

²² <http://bo.unsa.edu.ar/dr/R2021/R-DR-2021-0661.pdf>

la correlación entre las concentraciones virales en aguas y el aumento o descenso de casos diagnosticados (ver figura 9).

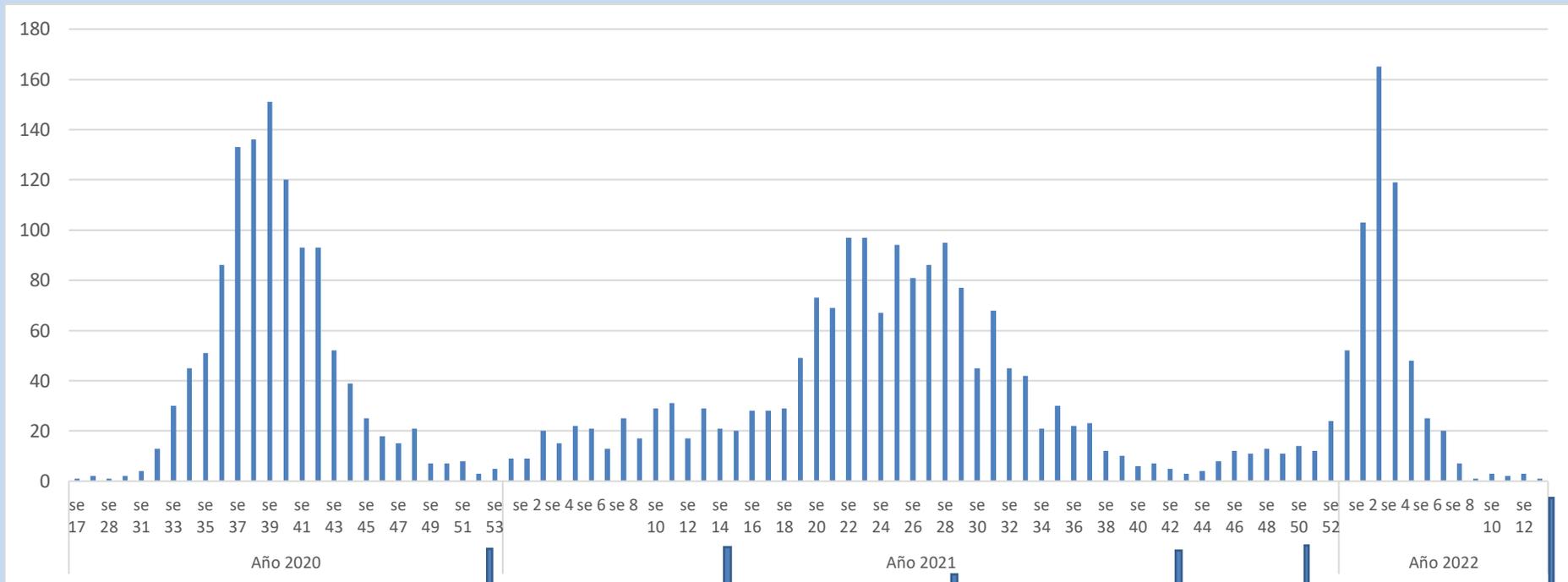


Figura 9: Relación entre resultados de vigilancia de aguas residuales y casos diagnosticados de COVID-19 en SE seleccionadas. Provincia de Salta, años 2021 y 2022

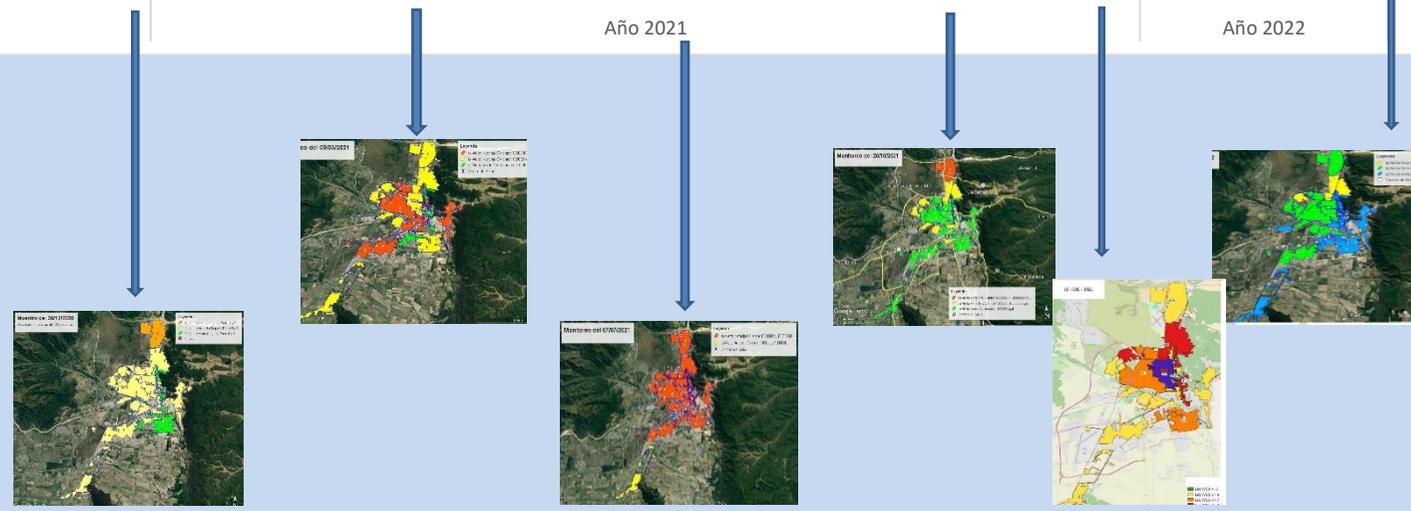


Tabla 13: Covid-19- Indicadores de morbi - mortalidad seleccionados por Departamentos de la Provincia de Salta. Totales finales 2020 a SE 15/2022.

Departamento	Defunciones	Casos	Población	Mortalidad/mill	Letalidad%	Incidencia 100000
Anta	135	6678	68925	1958,65	2,02	9688,79
Cachi	23	1418	7672	2997,91	1,62	18482,79
Cafayate	71	2900	19162	3705,25	2,45	15134,12
Capital	1536	79401	631058	2434,01	1,93	12582,20
Cerrillos	101	5425	48658	2075,71	1,86	11149,25
Chicoana	70	2985	24541	2852,37	2,35	12163,32
General Güemes	181	5046	55211	3278,33	3,59	9139,48
Grl. José de San Martín	314	10778	184877	1698,43	2,91	5829,82
Guachipas	6	477	3288	1824,82	1,26	14507,30
Iruya	21	787	5786	3629,45	2,67	13601,80
La Caldera	27	2366	10551	2559,00	1,14	22424,41
La Candelaria	8	1011	6452	1239,93	0,79	15669,56
La Poma	5	198	1773	2820,08	2,53	11167,51
La Viña	48	1544	8088	5934,72	3,11	19090,01
Los Andes	19	1142	6821	2785,52	1,66	16742,41
Metán	111	5886	43714	2539,23	1,89	13464,79
Molinos	7	1009	5958	1174,89	0,69	16935,21
Orán	391	11585	162562	2405,24	3,38	7126,51
Rivadavia	59	2465	35109	1680,48	2,39	7020,99
Rosario de la Frontera	89	3513	31393	2835,03	2,53	11190,39
Rosario de Lerma	161	5266	45862	3510,53	3,06	11482,27
San Carlos	22	1045	7087	3104,28	2,11	14745,31
Santa Victoria	16	1220	9849	1624,53	1,31	12387,04

VACUNACIÓN EN LA PROVINCIA

Los siguientes datos han sido suministrados por el programa de Inmunizaciones de la provincia.

El inicio de la estrategia escalonada dio inicio simultáneamente con todo el país en el mes de diciembre de 2020

Hasta el último informe emitido por el programa, se han recibido 2.788.375 dosis de vacunas.

Tabla 14: dosis de vacuna recibidas en la provincia de Salta, según marca.

Marca	Dosis recibidas
SPUTNIK PRIMER COMP	341.875
SPUTNIK SEGUNDO COMP	240.350
COVISHIELD	16.500
SINOPHARM	868.398
ASTRAZENECA	599.540
MODERNA	190.400
PFIZER	492.570
CANSINO	15.042

La distribución en la población fue la que se muestra en la tabla 15.

Tabla 15: distribución de dosis de vacunas en la población objetivo a SE 15/2022.

Población objetivo	% Primera dosis	% Segunda dosis	% Tercera dosis
Personal de salud	100	100	68
Mayores de 60 años	92	91	64
Mayores de 18 años	92	88	33
12 a 17 años	81	62	7
3 a 11 años	68	46	0
Población general	82	70	29

A MODO DE RESUMEN

Primer aislamiento del virus: 12/11/2019

Primera comunicación de enfermedad: 31/12/2019

Declaración de la pandemia: 11/03/2020

Primer caso en salta: 12/03/2020

Inicio de la vacunación: 12/2020

Dosis de vacunas recibidas hasta SE 15/2022: 2.788.375

Variantes que circularon por orden de aparición: Gamma y Lambda (SE 12/2021), Delta (SE 30/2021) y Omicron (SE 49/2021). Además, se detectaron: Alpha, Épsilon, Mu y Zeta.

Casos diagnosticados hasta SE 15/2022: 154.235

Tasa de incidencia global: 10.636,90 casos por 100.000 habitantes para una población de 1.450.000 habitantes aproximadamente.

Defunciones por COVID-19 a SE 15/2022: 3.421

Tasa de mortalidad global provincial: 2401,72 por millón de habitantes.

Tasa de letalidad global provincial: 2,22 %

Departamento con mayor tasa de mortalidad por millón de habitantes: La Viña (5.934 por millón de habitantes).

Departamento con mayor tasa de letalidad por 100 habitantes: Departamento General Güemes (3,59%)

Grupo de edad y sexo con mayor número de defunciones: varones mayores de 60 años.

Presencia de factores de riesgo entre fallecidos: 61%.

Comorbilidades más frecuentes: Obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus.

A MODO DE CIERRE... PROVISORIO

Se ha volcado en este documento, lo que, a nuestro entender, ilustra someramente el paso de la pandemia de SARS CoV-2 por la provincia de Salta.

Como protagonistas en primera persona, es inevitable sentir que lo volcado aquí, es insuficiente para reflejar toda la incertidumbre, la angustia y el desasosiego que experimentó cada uno de quienes estuvieron involucrados directa, o indirectamente, en esta historia casi apocalíptica.

Aún hoy, a casi 3 años de evolución de la pandemia, no creemos tener, como se dice habitualmente, el diario del lunes.

Fuimos testigos de hitos históricos en el ámbito de la investigación científica, de las comunicaciones, del comportamiento humano, de la solidaridad y del egoísmo extremos.

Hemos perdido a muchos en este camino. Las vacunas han frenado parcialmente la tendencia inicial de la letalidad de esta enfermedad, sobre todo en los más vulnerables.

La aparición de las variantes, puso en jaque, una y otra vez, a los equipos de trabajo.

Sabemos un poco más que hace casi 3 años. Solo un poco más. Aprendimos algunas lecciones, pero nos quedan materias pendientes.

Estamos ante la presencia de un organismo con hambre de supervivencia.

El SARS CoV-2 aún tiene sorpresas bajo el brazo.

Provincia de Salta

2 de mayo de 2022

