

COMENTARIO ECONÓMICO DEL DÍA

Abril 13 de 2021

Página
1

No. 4

INFORME ANIF SARS-COV-2

Por una flexibilización oportuna de medidas y restricciones mejor soportadas

Desde ANIF continuamos con el ejercicio de seguimiento al desarrollo de la pandemia en Colombia. Así, en este *Comentario Económico del Día* nos enfocaremos en revisar algunas de las últimas circulares que desde el Gobierno Nacional se han expedido para coordinar las estrategias de mitigación que gobernadores y alcaldes pueden implementar. De igual forma, comentaremos la propuesta que busca la autorización de la venta de vacunas por parte del sector privado. Para abordar y contextualizar las temáticas, en la primera sección se presentarán los datos de la reciente situación epidemiológica, haciendo un enfoque en las zonas más activas. La segunda parte, entre tanto, explica la escalada progresiva de las restricciones y la razón por la cual estas no son pertinentes. Finalmente, en la última sección se presenta un análisis del estado actual del Plan Nacional de Vacunación.

Situación epidemiológica

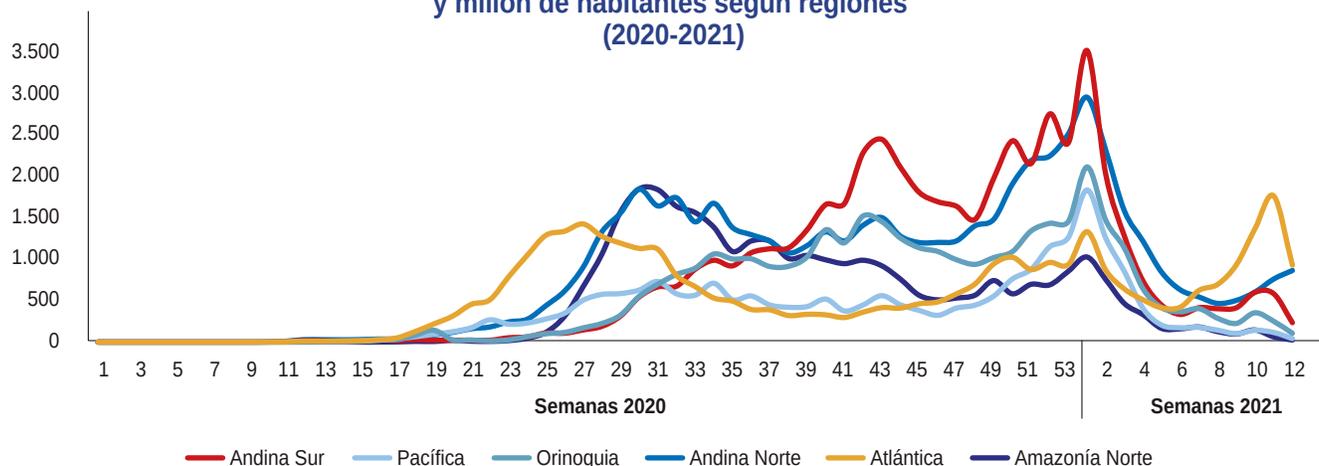
Empezamos revisando los casos por fecha de inicio de síntomas para cada una de las regiones. En el Gráfico 1, se observa que para 2021 el repunte de casos se ha dado principalmente en dos regiones.² En el primer caso, la región Caribe tuvo su pico en la semana 11¹. Mientras que la región Andina Norte muestra un ascenso progresivo de casos.

Los Gráficos 2 y 3 muestran el comportamiento de cada uno de los departamentos que componen esas dos regiones con el fin de ver en detalle cuáles son los más importantes a la hora de explicar el repunte de los casos. En la región Caribe, observamos que Magdalena y Atlántico habrían llegado a su pico en la semana 11, antes de que los gobiernos locales impusieran restricciones, como habíamos mencio-

¹ Para efectos del seguimiento epidemiológico actualmente estamos en la semana 14.

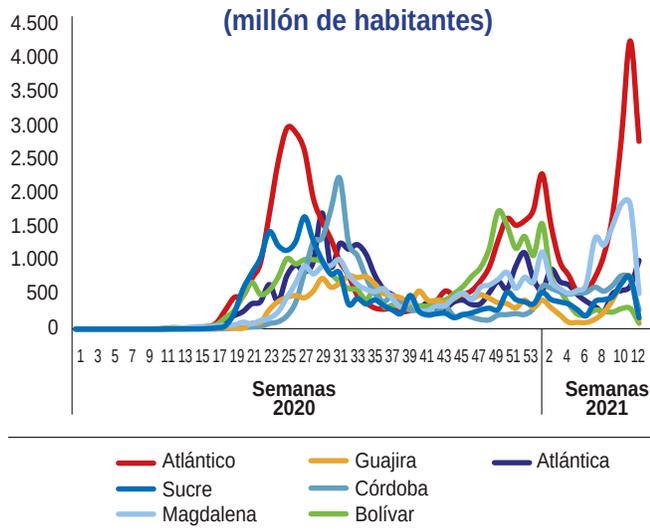
² Andina norte: Cundinamarca, Antioquia, Santander, Bogotá, Norte de Santander, Cesar, Meta y Valle Andina sur: Caldas, Quindío, Risaralda, Huila y Tolima Amazonía norte: Guaviare, Vaupés, Guainía, Putumayo y Caquetá Caribe: Atlántico, Córdoba, Magdalena, Bolívar, Sucre y Guajira Orinoquia: Casanare, Arauca, Vichada y Boyacá Pacífica: Cauca, Nariño y Chocó

Gráfico 1. Casos COVID semanales por fecha de inicio de síntomas y millón de habitantes según regiones (2020-2021)



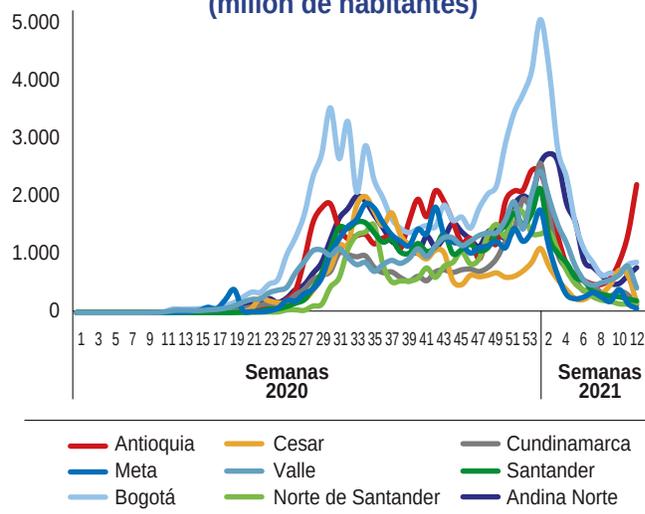
*Amazonas y San Andrés no están incluidos.
Fuente: Cálculos ANIF con datos de INS y DANE.

Gráfico 2. Zona Caribe: casos SARS-CoV-2 semanales y fecha de inicio de síntomas (millón de habitantes)



Nota: Los datos de todos los municipios, incluidos especiales y capitales, están dentro del dato departamental.
Fuente: cálculos ANIF con datos de INS y DANE.

Gráfico 3. Zona Andina Norte: casos SARS-CoV-2 semanales y fecha de inicio de síntomas (millón de habitantes)



Nota: Los datos de todos los municipios, incluidos especiales y capitales, están dentro del dato departamental.
Fuente: cálculos ANIF con datos de INS y DANE.

nado en el Informe SARS-CoV-2 No.3 (ver *Comentario Económico del Día* 29 de marzo de 2021). Por otro lado, la ocupación de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en ambos departamentos es alta, aunque se mantiene estable. Lo que da a entender que el descenso de casos y la estabilización de UCI no se debe a el efecto de algunas de las medidas decretadas en esos dos departamentos.

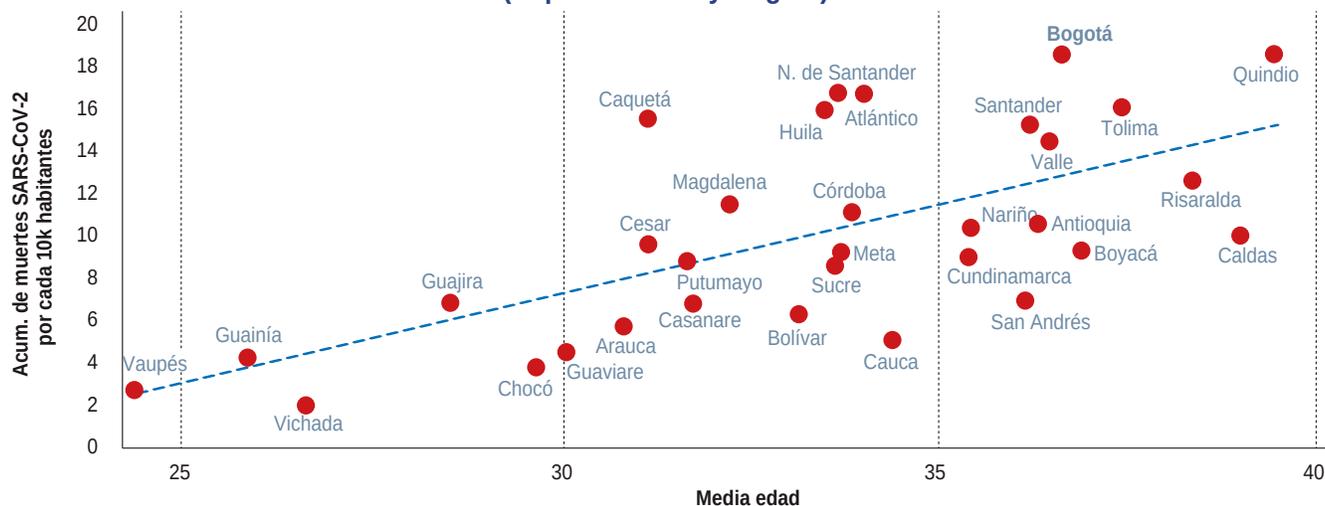
En cuanto a la región Andina Norte, la emergencia se sitúa específicamente en Antioquia, con un repunte bastante superior a los vividos en el departamento con anterioridad. Eso se ha visto reflejado en la rápida ocupación de las UCI que, a la fecha, se mantiene casi todas ocupadas. De hecho, hay una disponibilidad de sólo 5.87% en el departamento y apenas 4.33% en su capital, Medellín. Recordemos que, en el ejercicio de estimación de prevalencia de nuestro informe anterior Antioquia y Magdalena eran de los departamentos con más bajo nivel, lo que los hacía más susceptible a repuntes de esta magnitud. En cuanto a Atlántico, si bien contaba con un nivel más alto, este apenas estaría alcanzando lo requeri-

do para considerar que puede existir una inmunidad comunitaria establecida. La experiencia del departamento advierte que los repuntes estacionales deben tenerse en cuenta incluso para los departamentos con altas prevalencias.

Ahora, al analizar las muertes asociadas al SARS-CoV-2, se observa que los departamentos con población más vieja son los de mayor mortalidad (ver Gráfico 4). Por ello, insistimos en que la media de edad parece ser un factor importante en la determinación del nivel de vulnerabilidad de cada ente territorial o distrito. Razón por la cual, debería integrarse a los modelos que terminan por impulsar las estrategias y decisiones en los gobiernos locales.

Pese a que, como vimos en las gráficas anteriores, la curva epidemiológica de cada departamento muestra gran variabilidad en tiempo, velocidad y magnitud, desde el Gobierno Nacional se han expedido recomendaciones homogéneas con base en un solo indicador, la ocupación de las UCI. A continuación, comentaremos el estado reciente de las restricciones.

Gráfico 4. Acumulados de muertes COVID por cada 10.000 habitantes vs media de edad (Departamentos y Bogotá)



Fuente: cálculos ANIF con datos de INS y DANE.

Nuevas restricciones y suspensión de escuelas

A través de la reciente Circular Conjunta fechada el 3 de abril³, los Ministerios del Interior y de Salud impartieron recomendaciones dirigidas a los gobiernos locales, similares a las que se habían visto en la circular anterior, dispuesta para el mismo propósito, con fecha del 23 de marzo⁴. En resumen, la propuesta del gobierno es aplicar pico y cédula, del 5 al 16 de abril, en toda locación con ocupación UCI mayor a 50%. A menos de que algunos gobiernos locales se nieguen, esto aplicaría a la totalidad del territorio nacional pues una ocupación por debajo de 50% es un hecho muy poco usual, incluso antes de la pandemia.

La otra medida recomendada por el Gobierno Nacional es el toque de queda nocturno que, en el rango 50-69% de ocupación UCI, inicia a las 12:00 am; en el de 70-79%, a las 10 pm; en el de 80-84%, a las 8pm y en superior a 85%, desde las 6pm. Independientemente de la ocupación, siempre termina a las 5am. Esa demarcación resulta ser más específica si se compra con la circular anterior, en la que la hora más temprana del inicio del toque de queda era a las 10pm.

Por otro lado, en la anterior circular, se les otorgaba a los gobiernos locales la potestad de regular el acceso a playas, malecones y plazoletas a partir de 80% de ocupación UCI. En la nueva circular, podrían hacerlo desde el 70% de ocupación. En ambas, se recomendaba limitar la regulación al sector en el que se estuvieron incumpliendo protocolos. Eso es un retroceso en cuanto a estrategias efectivas de mitigación y muestra una progresiva escalada en el rigor de las

medidas. Con la anterior circular, se vieron excesos como los de la Gobernación del Atlántico que impuso toques de queda desde las 4pm⁵, cierres totales de playas y ley seca. Con la actual, han sido anunciados toques de queda desde las 2pm⁶, excediendo claramente lo recomendado por los ministerios.

Volvemos a resaltar que los toques de queda nocturnos, la ley seca, pico y cédula y cierres de espacios al aire libre no cuentan con evidencia como estrategias de mitigación para virus respiratorios e incluso se han mostrado contraproducentes. De hecho, lo anterior recientemente fue notorio en Medellín, donde se generaron aglomeraciones masivas de personas intentando llegar a sus hogares antes de que iniciara el toque de queda. Igualmente, el cierre nocturno y la ley seca, redirecciona las actividades recreativas a la clandestinidad, mientras el mayor tiempo de permanencia en hogares puede aumentar los contagios pues son lugares cerrados⁷. Sin embargo, los cierres de espacios al aire libre son algo que no debería contemplarse, pues son los entornos de menor riesgo de contagio y cerrarlos podría implicar que las personas busquen entornos menos seguros para sus actividades.

Si bien esas circulares no mencionan cierres de escuelas, varios gobiernos locales suspendieron la alternancia escolar independientemente de sus situaciones epidemiológicas y el bajo riesgo que representan las actividades educativas infantiles. Pese a que en otra circular⁸, fechada en 31 de marzo, el Ministerio de Educación dictaba que todo cierre preventivo de una institución educativa debía ser sometido de manera previa a consideración del Ministerio de Salud presentando argumentos científicos, epi-

³ Ministerio del Interior y Ministerio de salud y protección social (2021). Circular conjunta externa. https://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/es_de_todos_0.pdf

⁴ Ministerio del Interior y Ministerio de salud y protección social (2021). Circular conjunta externa. <https://manizales.gov.co/wp-content/uploads/Circular-conjunta-externa-del-23-de-marzo-de-2021.pdf>

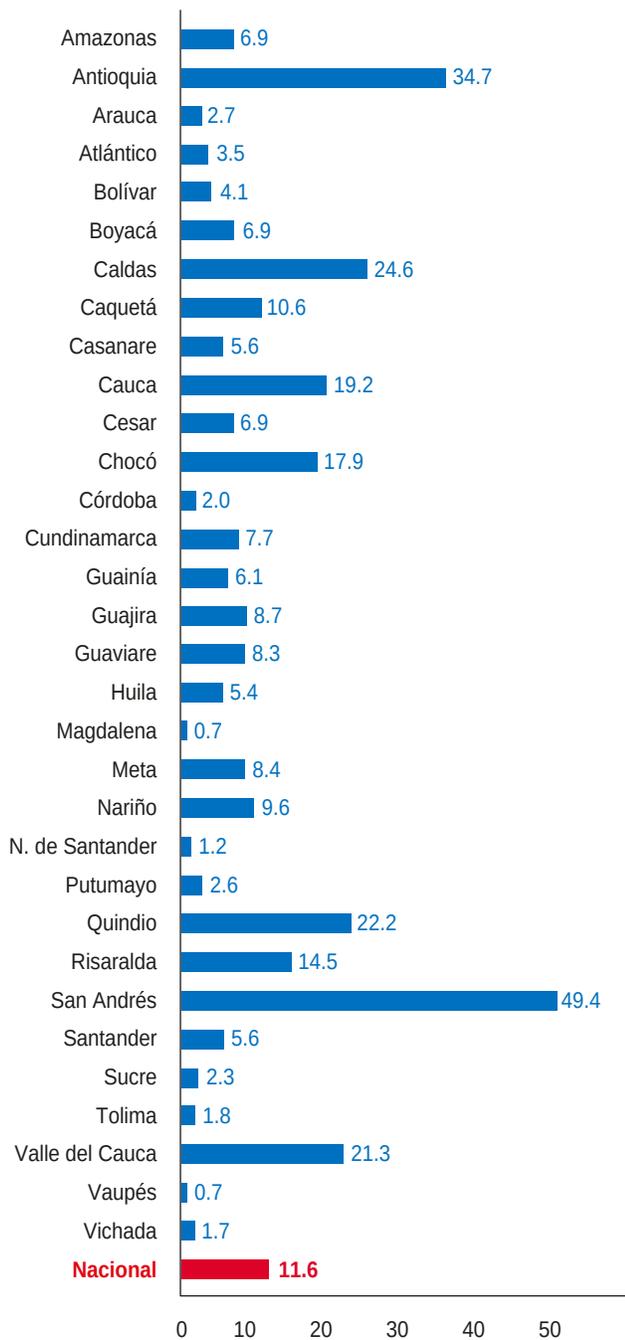
⁵ Gobernación del Atlántico (2021). Gaceta #8595. <https://www.atlantico.gov.co/images/stories/gacetas/2021/Gaceta-8595.pdf>

⁶ Gobernación del Atlántico (2021). Gobernación del Atlántico extiende toque de queda, ley seca y otras medidas en el departamento hasta el 19 de abril. <https://www.atlantico.gov.co/index.php/noticias/gobernadora/16444-gobernacion-del-atlantico-extiende>

⁷ Hernández, L (2021). Las cuarentenas, un fracaso de la salud pública. Nuevo Siglo. <https://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/04-04-2021-las-cuarentenas-un-fracaso-de-la-salud-publica>

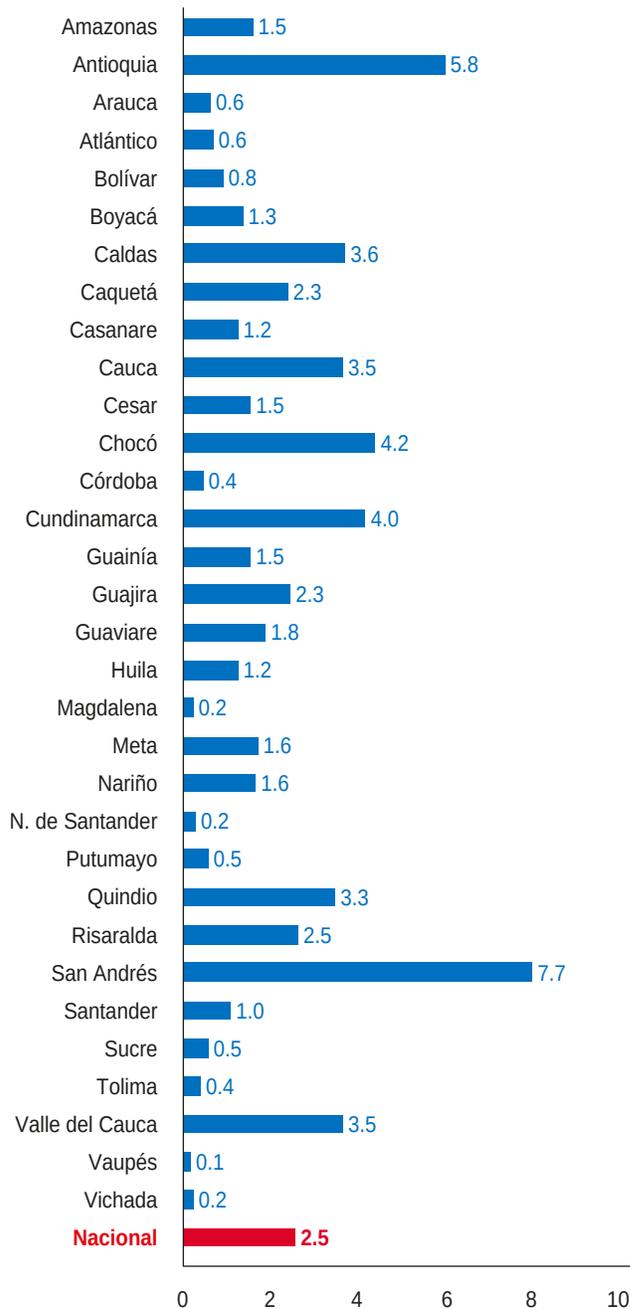
⁸ https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-404438_documento_pdf.pdf

Gráfico 5. Porcentaje de estudiantes matriculados en alternancia (Departamentos)



Fuente: Cálculos ANIF con base en datos de MEN.

Gráfico 6. Porcentaje de estudiantes en alternancia dentro de la población total (Departamentos)



Fuente: Cálculos ANIF con base en datos de MEN.

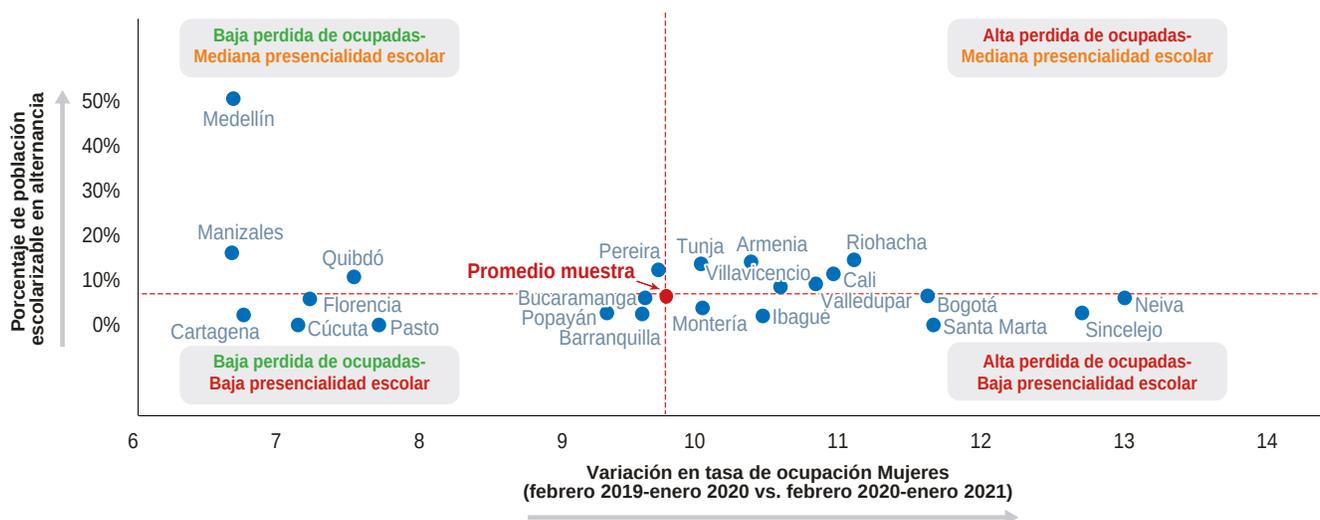
demiológicos y bioéticos. De hecho, en el informe SARS-CoV-2 No. 2 (ver *Comentario Económico del Día* 19 de marzo de 2021), habíamos resaltado que los procesos de reapertura de escuelas no parecían responder a las situaciones epidemiológicas locales. Ahora, pese a que el Ministerio de Educación exige argumentos para la suspensión de actividades, esos cierres se están dando sin soporte e incluso sin autorización de los ministerios.

Es inexplicable que, tras tantas dificultades en el avance de las reaperturas, muchas escuelas vuelvan a cerrarse tan fácilmente incluso después de que OCDE señalara a Colombia como uno de los países con más días de cierre en las escuelas y menos casos COVID por millón de habitantes en una muestra de más de 20 naciones⁹. Las razones para suspender las actividades escolares deben ser minuciosamente evaluadas y siempre contempladas privilegiando la defensa a la niñez y su bienestar.

En el Gráfico 5, podemos ver que la cantidad de estudiantes matriculados que está disfrutando parcialmente de educación presencial es muy bajo en la gran mayoría de departamentos. Si se compara el porcentaje de estudiantes en alternancia frente al total de la población en edad estudiantil se observa que son una parte tan pequeña de la población que debería cuestionarse fuertemente por qué su actividad representa un riesgo tan alto para el resto, hasta el punto de que debe de ser suspendida, ver Gráfico 6.

Como hemos comentado en informes anteriores, ese cierre impacta profundamente a las madres y mujeres colombianas. Varias de las ciudades con mayor avance en reapertura escolar tuvieron poco impacto en la pérdida de ocupación femenina. Sin embargo, las entidades territoriales con mayor porcentaje de presencialidad se encuentran aún muy lejos del 100% de población en edad escolar con educación presencial. Es muy necesario acelerar la reapertura de escuelas,

Gráfico 7. Porcentaje de población escolarizable en alternancia vs. pérdida de ocupación femenina



Cálculos ANIF con base en datos MEN y DANE.

⁹ OECD (2021). The state of school education: one year in to the COVID pandemic. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/201dde84-en.pdf?expires=1617758428&id=id&acname=guest&checksum=DEAA7F5E01421A7EBB0F479D3A2A4FE8>

dar un cronograma que dé seguridad y confianza a las familias y no volver a incurrir en suspensiones injustificadas del sector educativo, sobre el que beneficia a niñas y niños de las familias más pobres.

Estado de la vacunación

Mientras que los gobiernos locales siguen implementando restricciones, el Plan Nacional de Vacunación continúa avanzando. De acuerdo a las cifras con corte 11 de abril, se han aplicado 3.090.671 vacunas, de las cuales 828.815 corresponden a segundas dosis. Esto significa que 4,43% de la población ha recibido al menos una dosis, mientras que 1,62% se encuentra totalmente inmunizada.

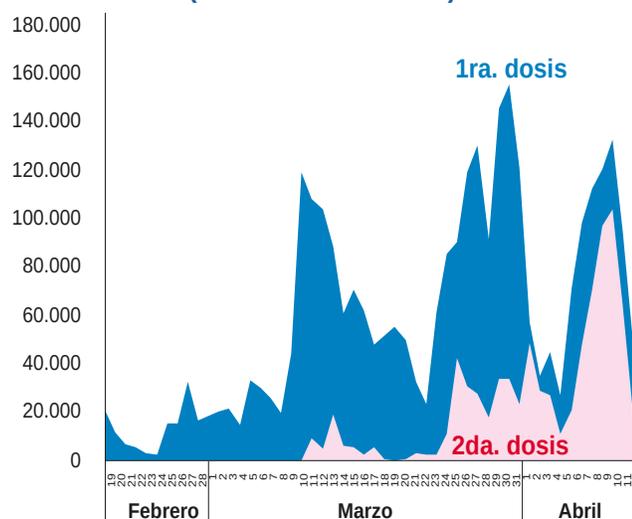
En el Gráfico 8 se ve el número de dosis diarias aplicadas en el país. Los tres primeros días de Semana Santa se aplicaron, en promedio, 141.510 vacunas con un máximo de 156.476 dosis el martes 30 de marzo. A pesar de los buenos resultados presentados al inicio de la semana, el ritmo de vacunación disminuyó considerablemente durante los días feria-

dos que le siguieron, donde apenas se aplicaron, en promedio, 41.173 vacunas diarias. Además, la gran mayoría de las dosis aplicadas estos días corresponden a segundas dosis. Un poco menos del 30% de las vacunas se utilizó para inmunizar a nuevas personas. Cabe resaltar que esta desaceleración en la vacunación no se ve en los datos a nivel global. Resulta paradójico entonces que se haya frenado la vacunación luego de los picos de contagio en la región Caribe y en vísperas de una tercera ola en la región Andina Norte.

Teniendo en cuenta la situación epidemiológica en las regiones, haremos un análisis más específico para Antioquia, Atlántico y Magdalena, ya que, como vimos en la sección anterior estos son los departamentos que han mostrado un mayor aumento de casos en las últimas semanas. Los avances en la aplicación de vacunas para esos departamentos se ven en el Gráfico 9, junto con el total nacional. Antioquia exhibe una trayectoria muy similar a la nacional. Magdalena y Santa Marta muestran un retraso importante en el proceso de vacunación. De acuerdo a las cifras con corte 11 de abril, apenas se habían aplicado 52.231 dosis, de las cuales 22.145 corresponden a la capital. A pesar de que a nivel nacional se han aplicado 6.054 dosis por cada 100.000 habitantes, Magdalena y Santa Marta apenas alcanzan las 3.335 y 4.049 dosis, respectivamente. Barranquilla es la ciudad que más rápido avanza en la vacunación de sus habitantes, ubicándose solamente por detrás de Amazonas, Guainía y Vaupés¹⁰, ya que se han aplicado 8.630 dosis por cada 100.000 habitantes. El departamento del Atlántico no corre la misma suerte, al contar con un retraso similar al de Magdalena.

Es importante mencionar que Magdalena ha sido uno de los departamentos que menos dosis ha recibido por parte del gobierno. Excluyendo a Amazonas, Guainía y Vaupés, a los entes territoriales se les ha entregado, en promedio, 6.190 dosis por cada

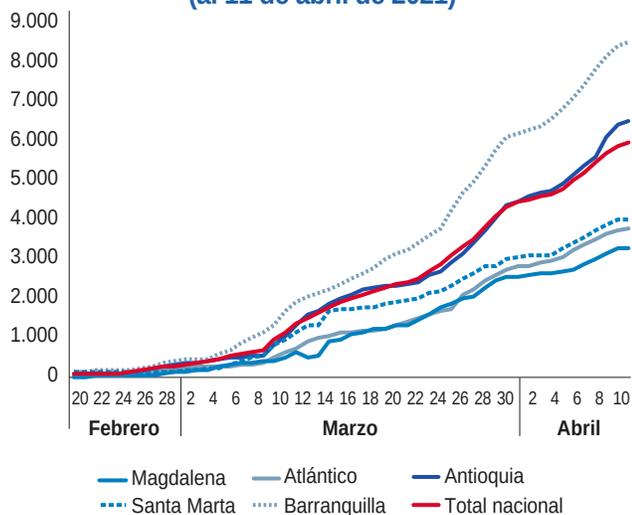
Gráfico 8. Dosis aplicadas diarias (al 11 de abril de 2021)



Fuente: cálculos ANIF con base en reportes del MinSalud.

¹⁰ Departamentos fronterizos con Brasil donde el gobierno unificó las fases y etapas del PNV a partir de la Resolución 194 debido a la detección de la variante del virus SARS-CoV-2 P.1 linaje B.1.1.28.

Gráfico 9. Dosis acumuladas por cada 100 mil habitantes (al 11 de abril de 2021)

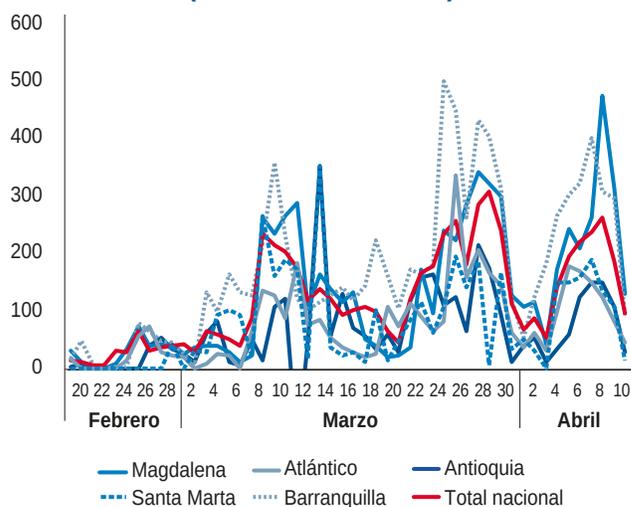


Fuente: cálculos ANIF con base en reportes del INS y MinSalud.

100.000 habitantes, mientras que Magdalena apenas ha recibido 3.618 vacunas. Llama la atención esa distribución de vacunas por parte del Gobierno Nacional, ya que Magdalena se ha mantenido como uno de los departamentos más eficientes aplicando vacunas, utilizando el 92.18% de las dosis que ha recibido. Por otro lado, el distrito de Santa Marta es de los entes territoriales con peor desempeño. Debido a su designación de distrito, la asignación de vacunas es independiente de la Secretaría de desarrollo de la salud del Magdalena y las dosis son entregadas directamente a la Secretaría de salud distrital de Santa Marta. Es precisamente en la capital del departamento de dónde vienen los problemas, ya que cuenta con el segundo peor desempeño de todos los entes territoriales del país al haber aplicado tan solo 63,95% de las dosis recibidas. La ineficiencia se ve reflejada en el Gráfico 10, donde se ve la aplicación diaria de vacunas controlando por la población. Magdalena y Santa Marta se ubican constantemente por debajo del promedio nacional.

El caso del Atlántico es similar al de Magdalena. A pesar de contar con una efectividad de 86.34%, apenas se la han entregado 4.427 dosis por cada

Gráfico 10. Dosis diarias por cada 100.000 habitantes (al 11 de abril de 2021)



Fuente: cálculos ANIF con base en reportes del INS y MinSalud.

100.000 habitantes. Es posible que la baja asignación al departamento se deba a que el gobierno haya concentrado sus esfuerzos en la vacunación de Barranquilla. Excluyendo a los departamentos amazónicos, Barranquilla es el ente territorial que más dosis ha recibido para su población, ya que cuenta con 11.068 dosis por cada cien mil habitantes. Esto, combinado con una eficiencia del 77,98%, explica su elevada trayectoria en el gráfico 9.

Nuevos retos: retrasos y rechazos

Ante la escasez de vacunas al nivel mundial, el gobierno, en días recientes se enfrentó a un primer contratiempo importante desde que empezó la vacunación en el país. Si bien ya se solucionó el inconveniente, un lote de aproximadamente 500.000 vacunas de la farmacéutica china Sinovac presento retrasos, lo que obligó al gobierno a ajustar la distribución de dosis y destinar 244.800 vacunas de la farmacéutica Astra-Zeneca. Esas vacunas estaban originalmente destinadas para los trabajadores de salud que no habían sido priorizados y tuvieron que redirigirse a los adultos mayores de 70 años.

Los esfuerzos del gobierno por seguir con el cronograma de vacunación a pesar de los retrasos no han sido exitosos. Debido a la proliferación de noticias y estudios sobre los efectos adversos de la vacuna británica, miles de colombianos se niegan a recibirla. La vacuna de Astra-Zeneca ha sido relacionada con coágulos en la sangre que han causado trombosis de senos venosos cerebrales, lo que ha llevado a algunos países a restringir el uso de la misma. En Alemania sólo se permite el uso de esta vacuna para los mayores de 60 años, ya que son quienes se encuentran más vulnerables a complicaciones a raíz del virus. En Francia y Canadá la restricción aplica hasta los 55 años. Es importante aclarar que el riesgo de trombosis postvacunación es un evento muy poco frecuente que no incidiría en la relación costo/beneficio de la vacunación de adultos mayores: el riesgo de muerte para esta población es mayor sin la vacuna.

Mientras que el gobierno colombiano continúa manifestando que esta vacuna es segura, los colombianos se niegan a recibirla. Una comunicación del Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS) de Cartagena, dirigida al Ministerio de salud, manifestó la preocupación del ente territorial ante la posible pérdida de las mismas. La ciudad recibió 7.120 vacunas de esta farmacéutica a partir de la Resolución 400 del 25 de marzo. Según datos del DADIS, con corte 6 de abril, tan solo se han aplicado 704 dosis del lote. Es necesario que el gobierno tome las medidas pertinentes para evitar la pérdida de vacunas garantizando la seguridad y confianza de quienes la utilicen.

Llegó la hora de los privados

Teniendo en cuenta el ritmo de avance en el Plan Nacional de Vacunación y reconociendo la importancia de inmunizar a la mayor cantidad de colombianos en el menor tiempo posible, el Ministerio de salud y protección social respondió a la solicitud del sector privado. En un borrador, el Ministerio publicó los que serían los lineamientos para la adquisición

e importación de vacunas por parte de los privados. La aplicación de estas debe ser gratuita y se debe realizar en centros de atención diferentes a los que integran el Plan.

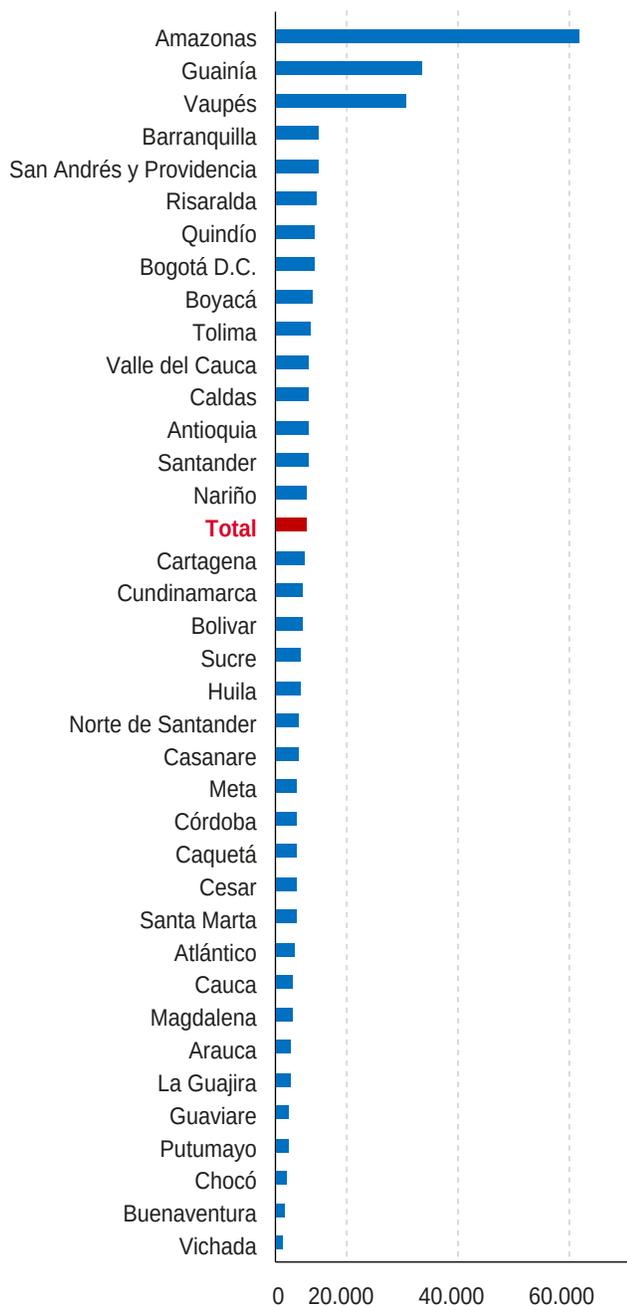
A pesar de la iniciativa del sector privado y el respaldo tentativo del gobierno, no es claro como los empresarios van a conseguir vacunas para sus empleados en medio de la escasez mundial de las mismas. Las farmacéuticas se enfrentan a interrupciones en sus cadenas productivas, tanto por la falta de insumos y tecnología para su transformación, como por el incremento de las medidas nacionalistas que prohíben la exportación de vacunas. Además, la mayoría de gobiernos cuentan con dosis limitadas para su población. Pareciera que no hay vacunas suficientes para los privados, que se deberán enfrentar a gobiernos con mayores posibilidades financieras y capacidad de negociación.

Consideraciones finales

Desde ANIF hemos insistido siempre en que el uso de estrategias restrictivas debe ser muy medido, dada la incertidumbre de su beneficio y la certeza de sus altos costos. Por ello, si su hipotético beneficio está limitado a la reducción de casos, lo ideal es que las restricciones sean levantadas progresiva y rápidamente, dado que desde hace algunos días se ha visto la reducción de casos previo a la implementación de las medidas. La flexibilización inmediata de las medidas en las locaciones que ya han superado picos de casos y el ritmo reproductivo básico (Rt) y que se encuentran con estabilidad en sus UCI, como son Magdalena y Atlántico, es prioritaria. Recomendamos que el levantamiento oportuno de medidas sea contemplado en las circulares que se imparten desde el Gobierno Nacional y la implementación de las medidas sea regida por más indicadores, no sólo el de ocupación UCI.

En consonancia con lo anterior, reclamamos mayor rigor y protección hacia la ciudadanía por parte del Gobierno Nacional, empezando por impedir los exce-

Gráfico 11. Dosis aplicadas por cada 100 mil habitantes (al 11 de abril de 2021)



Fuente: cálculos ANIF con base en reportes del INS y MinSalud.

Los gobiernos locales. Además, es necesario brindar información precisa sobre como minimizar el riesgo de contagio en las actividades productivas en el día a día (todavía hay mucha desinformación al respecto) y herramientas asequibles y oportunas de defensa de derechos para los ciudadanos.

Por otro lado, reiteramos la recomendación de reevaluar intervenciones que no cuentan con evidencia cierta para contrarrestar los contagios y mortalidad, como son los toques de queda nocturnos y la denominada “ley seca”. Aunque se han justificado en que podrían ayudar a reducir ocupación hospitalaria por otras causas, afectan constantemente los sectores económicos que desarrollan sus actividades en horarios nocturnos. Adicionalmente, esa medida no representa reducción de movilidad significativa pues la noche ya es una de las franjas horarias que naturalmente tiene menor movilidad.

Por último, presentamos nuevamente la propuesta de acelerar y enfocar el plan de vacunación guiados por un índice que sintetice prevalencia, capacidad hospitalaria, media de edad e índice de pobreza multidimensional. Tenemos en nuestras manos una estrategia con un potencial muy alto de efectividad para la reducción de mortalidad y hospitalización. Con ella, el enfoque no debería verse primado por estrategias restrictivas de eficacia cuestionable.

**Tabla de desempeño por ente territorial
(al 11 de abril)**

Ente territorial	Dosis entregadas	Dosis aplicadas	% de avance
Cundinamarca	187.019	185.699	99.29
Bolivar	62.728	60.592	96.59
Boyacá	99.696	92.520	92.80
Magdalena	32.640	30.086	92.18
Quindío	50.007	44.382	88.75
Tolima	105.634	93.565	88.57
Córdoba	87318	76.895	88.06
Chocó	14.166	12.343	87.13
Antioquia	516.856	448.272	86.73
Risaralda	91.578	79.085	86.36
Atlántico	65.258	56.343	86.34
Huila	66.135	55.609	84.08
Sucre	57.920	48.294	83.38
Nariño	124.316	102.365	82.34
Amazonas	59.678	48.794	81.76
Norte de Santander	92.105	75.296	81.75
Casanare	24.202	19.661	81.24
Bogotá D.C.	745.862	605.884	81.23
Vaupés	15.057	12.198	81.01
Santander	183.678	148.800	81.01
Arauca	11.096	8.978	80.91
Cauca	65.380	51.513	78.79
Meta	58.922	46.320	78.61
San Andrés y Providencia	6927	5.431	78.40
Putumayo	12.153	9.515	78.29
Barranquilla	143.561	111.946	77.98
Guaviare	3.100	2.402	77.48
Cesar	69.532	53.657	77.17
Caquetá	22.343	17.043	76.28
Vichada	1.980	1.498	75.66
Caldas	90.036	67.922	75.44
Cartagena	81.573	61.032	74.82
Valle del Cauca	386.080	284.234	73.62
Buenaventura	7.974	5.826	73.06
La Guajira	40.457	29.369	72.59
Santa Marta	34.627	22.145	63.95
Guainía	24.994	15.157	60.64
Total	3.742.588	3.090.671	82.58



Fuente: cálculos ANIF con base en reportes del MinSalud.

Equipo de Investigaciones de ANIF

Presidente de ANIF
Mauricio Santa María S.

Vicepresidente de ANIF
Carlos Felipe Prada L.

Investigador Jefe de ANIF
Anwar Rodríguez C.

Investigadores

Juan Sebastián Burgos V.
Camila Ciurlo A.
Daniela Escobar L.
José Antonio Hernández R.
Laura Llano C.
Norberto Rojas D.
Erika Schutt P.
Martha Lucía Silva B.
Camilo Solano C.

Pasante de Investigación

Samuel Malkun M.