

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19)

19 de junio de 2021

Resumen ejecutivo

- Hasta el 16 de junio 2021, fueron notificados 176.480.226 casos acumulados confirmados de COVID-19 a nivel global, incluyendo 3.825.240 defunciones, de los cuales 40% de los casos y 48% de las defunciones fueron aportadas por la región de las Américas.
- En mayo de 2021, la subregión de América del Sur continuó contribuyendo con el mayor número de casos y defunciones, aportando 3.930.933 casos y 118.593 defunciones. Estas cifras representan 73% y 79% de los casos y defunciones notificados, respectivamente, en la Región de las Américas durante este mes.
- Hasta el 17 de junio del 2021, Argentina, Aruba, Brasil, Canadá, los Estados Unidos de América, México, y Puerto Rico han detectado las cuatro variantes de preocupación.
- Entre los pueblos indígenas de 18 países de las Américas, se notificaron 552.328 casos, incluyendo 13.562 defunciones.
- Un total de 23 países y territorios notificaron 6.056 casos confirmados acumulados de Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19, incluidas 129 defunciones.
- Con relación a los trabajadores de la salud, 35 países y territorios notificaron 1.980.345 casos, incluidas 9.819 defunciones.

Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 19 de junio de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021

Organización Panamericana de la Salud • www.paho.org • © OPS/OMS, 2021

Tabla de Contenido

Contexto	- 2 -
Resumen de la situación global.....	- 3 -
Resumen de la situación en la Región de las Américas	- 4 -
Aspectos destacados	- 6 -
I. Variantes de SARS-CoV-2.....	- 6 -
II. COVID-19 en adultos mayores (población de 60 años y más)	- 11 -
III. COVID-19 durante el embarazo.....	- 12 -
IV. COVID-19 en pueblos indígenas.....	- 14 -
V. COVID-19 en población menor de 20 años.....	- 16 -
Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19.....	- 18 -
VI. COVID-19 en trabajadores de la salud	- 20 -
Orientaciones para las autoridades nacionales	- 22 -
Referencias	- 23 -

Contexto

El 31 de diciembre de 2019, la República Popular China notificó un grupo de casos de neumonía de etiología desconocida, identificados posteriormente el 9 de enero de 2020 como un nuevo coronavirus por el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades. El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el actual brote como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). El 11 de febrero, la OMS nombró a la enfermedad COVID-19, abreviatura de "enfermedad por coronavirus 2019" (COVID-19) y el Comité Internacional sobre la Taxonomía de los Virus (ICTV por sus siglas en inglés) anunció "coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2)" como el nombre del nuevo virus que causa COVID-19. El 11 de marzo de 2020, COVID-19 fue declarada una pandemia por el Director General de la OMS¹. Aceptó el asesoramiento del Comité a la OMS y lo presentó los Estados Parte como recomendaciones temporales en virtud del Reglamento Sanitario Internacional RSI (2005). El 9 de julio de 2020 el Director General de la OMS anunció la puesta en marcha del Grupo independiente de preparación y respuesta frente a las pandemias, que evaluará de manera independiente y exhaustiva las enseñanzas extraídas de la respuesta sanitaria internacional a la COVID-19².

La séptima reunión del Comité de Emergencias, convocada por el Director General de la OMS en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005) sobre la enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19), se celebró el jueves 15 de abril de 2021. El Director General

¹ Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/35y6oXB>

² Anuncio de la evaluación independiente de la respuesta mundial a COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3blj4gC>

determinó que la pandemia de COVID-19 seguía constituyendo una ESPiI, aceptó el asesoramiento del Comité a la OMS y lo remitió a los Estados parte como recomendaciones temporales en virtud del RSI, las cuales se encuentran disponibles en el siguiente enlace: <https://bit.ly/3eHi0ga>

Resumen de la situación global

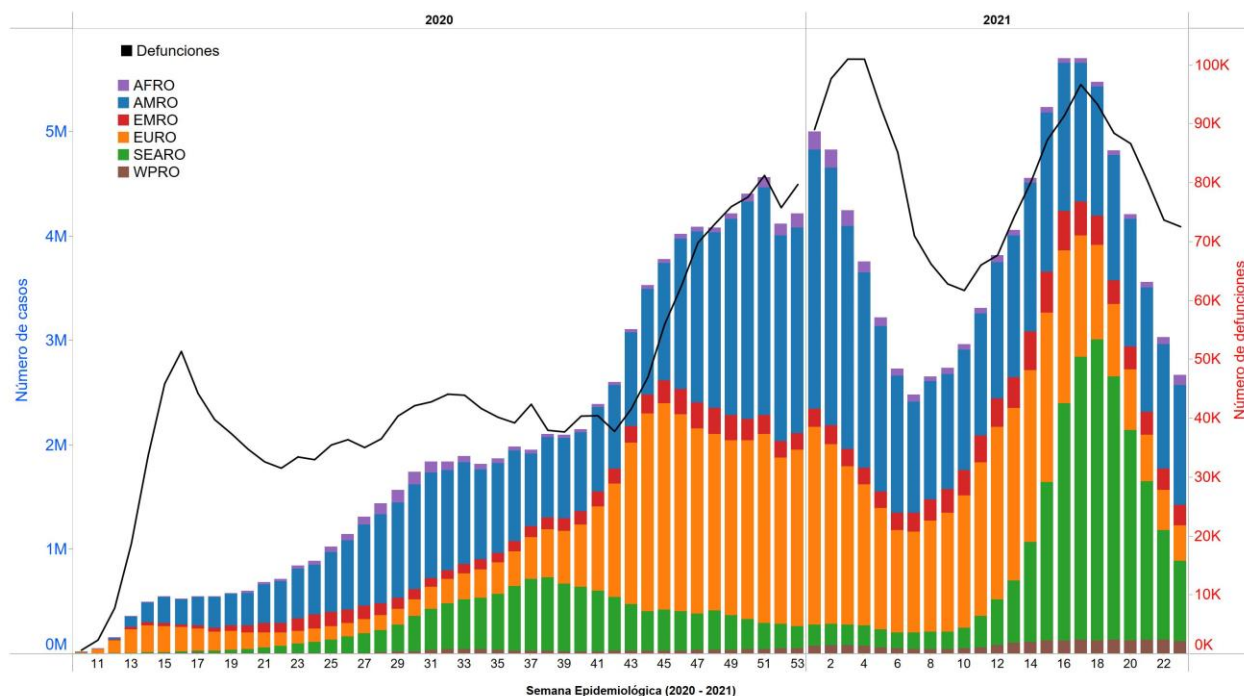
Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta el 16 de junio de 2021, fueron notificados 176.480.226 casos acumulados confirmados de COVID-19, incluidas 3.825.240 defunciones en todo el mundo, lo que representa un total de 13.706.286 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 449.667 defunciones, desde la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 18 de mayo de 2021³.

A nivel mundial, los casos y las defunciones alcanzaron un pico por segunda vez en esta pandemia durante la semana epidemiológica (SE) 17 de 2021 (25 de abril - 1 de mayo), cuando se notificaron más de 5,7 millones de casos nuevos, incluidas 96.718 defunciones (**Figura 1**). Mientras que los casos semanales fueron un 14% más altos durante el segundo pico que el primero (semana epidemiológica 1 de 2021), las defunciones semanales disminuyeron ligeramente (4,3%) durante el segundo pico en relación con el primero. La mayoría de los casos y defunciones durante el primer pico de 2021 fueron notificados por la Oficina Regional de la OMS para las Américas (49,6% de casos y 44,9% de defunciones) y la Oficina Regional de la OMS para Europa (37,8% de casos y 42,3% de defunciones). Durante el segundo pico (SE 17), la mayor proporción de casos y defunciones semanales fueron notificados por la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental - 47,6% de casos y 26,1% de defunciones - y la Oficina Regional de la OMS para las Américas (23,3% de casos y 40,9% de defunciones).

Desde el segundo pico durante la SE 17 de 2021, los casos y las defunciones han seguido una tendencia a la baja durante seis semanas consecutivas, con la Región de las Américas aportando una vez más la mayor proporción de casos semanales (43,1%) y de defunciones (43,9%), seguida por la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental que aporta el 28,6% de los casos y el 36,3% de las defunciones hasta la SE 23. El gran aumento de casos y defunciones en la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental durante este periodo fue impulsado principalmente por la India, que sigue notificando el mayor número de nuevos casos y defunciones en esta región de la OMS. Mientras que la Oficina Regional de la OMS para África sigue teniendo las proporciones más bajas de casos semanales (3,6%) y de defunciones (1,9%), durante la SE 23 de 2021, la Región tuvo grandes aumentos de casos (44%) y de defunciones (20%) en comparación con la semana anterior (**Figura 1**).

³ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 18 de mayo de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/2TU2I57>

Figura 1. Distribución de casos y defunciones confirmadas de COVID-19 por semana epidemiológica (SE) de notificación, a nivel global. Hasta la SE 23, 2021.



Nota:

AFRO: Oficina Regional de la OMS para África; AMRO: Oficina Regional de la OMS para las Américas; EMRO: Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; EURO: Oficina Regional de la OMS para Europa; SEARO: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; WPRO: Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental

Fuente: Datos Coronavirus (COVID-19) de la OMS reproducidos por OPS/OMS. Disponible en: <https://covid19.who.int/info/>. Accedido el 17 de junio 2021.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

Hasta el 16 de junio de 2021, los 56 países y territorios de la Región de las Américas⁴ han notificado 70.103.320 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 1.842.522 defunciones desde la detección de los primeros casos en la Región en enero del 2020.

Desde la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 18 de mayo de 2021³ hasta el 16 de junio de 2021, fueron notificados 5.169.157 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 254.663 defunciones en la región de las Américas, lo que representa un aumento de 8% de casos y 16% de defunciones.

Entre el 1 de enero y el 31 de mayo de 2021, se notificaron en las Américas un total de 31.568.105 casos confirmados, incluidas 840.670 defunciones, siendo las subregiones de

⁴ Información actualizada sobre COVID-19, incluidos los informes de situación, las reuniones informativas semanales para la prensa y el sistema de información sobre COVID-19 para la región de las Américas, se encuentra disponible en: <https://bit.ly/3ihSWM1>.

América del Norte⁵ y América del Sur⁶ las que representaron la mayor proporción de casos (49,3% y 47,5%, respectivamente), mientras que las subregiones de América Central⁷ y el Caribe⁸ y las Islas del Océano Atlántico representaron el 1,7% y el 1,4% de casos, respectivamente.

Durante el mismo periodo, América del Sur representó el 56,4% de las defunciones notificadas, seguida de América del Norte (41,4%), América Central (1,4%) y el Caribe y las Islas del Océano Atlántico (0,61%).

Desde marzo de 2021, Sudamérica ha superado a Norteamérica como la subregión que aporta las mayores proporciones de casos y defunciones por mes (**Figura 2**). Sin embargo, en América del Norte, mientras que los nuevos casos y defunciones disminuyeron en los Estados Unidos de América y México durante ese período, los casos se duplicaron en Canadá entre marzo y abril y las defunciones incrementaron de 39% entre marzo y mayo.

En mayo de 2021, la subregión de América del Sur continuó representando la mayor proporción de casos mensuales (73%) y de defunciones (79%) en la Región de las Américas, con 3.930.933 casos y 118.593 defunciones notificados (**Figura 2**). La mayoría de los casos fueron notificados por Brasil (1,9 millones de casos), Argentina (798,666 casos) y Colombia (541,345 casos); mientras que Brasil (60,745 defunciones), Perú (17,497 defunciones) y Colombia (15,052 defunciones) notificaron el mayor número de defunciones.

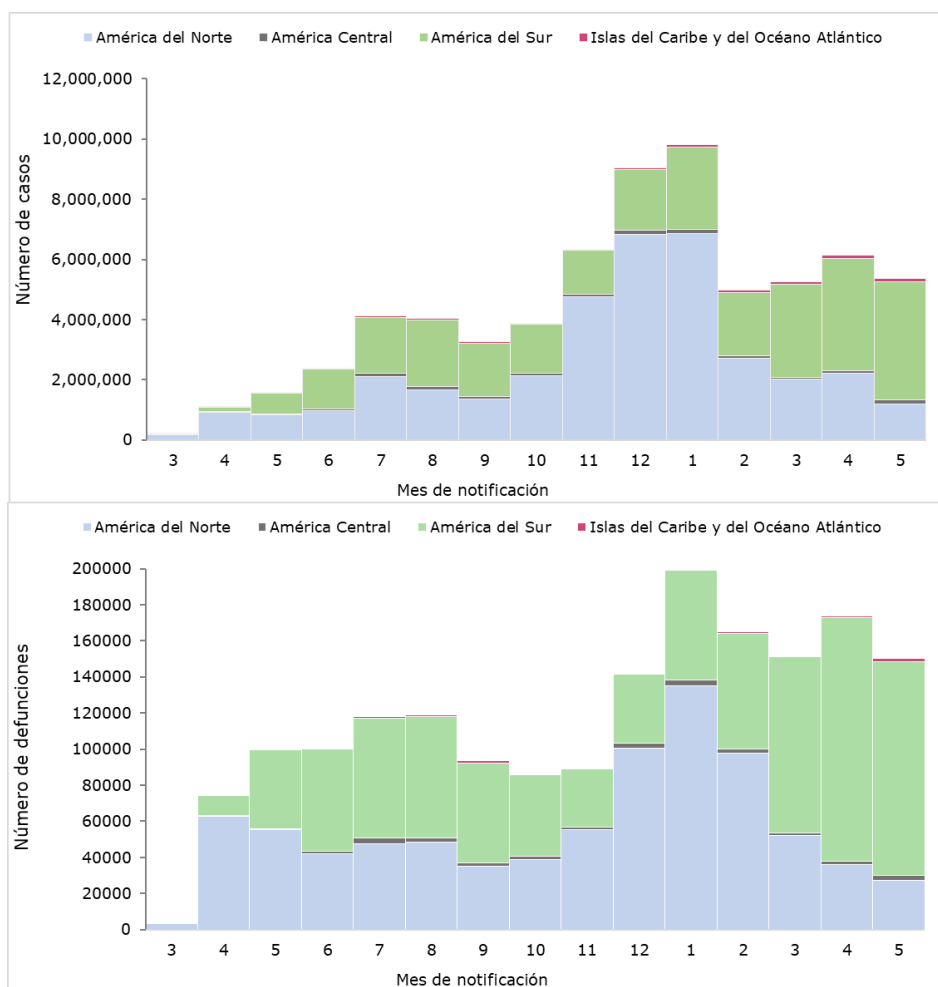
⁵ Canadá, Estados Unidos de América y México.

⁶ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

⁷ Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

⁸ Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, las Bahamas, Barbados, Bermudas, Bonaire, las Islas Vírgenes Británicas, las Islas Caimán, Cuba, Curazao, Dominica, la República Dominicana, las Islas Malvinas, Granada, Guadalupe, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, Saba, San Bartolomé, San Cristóbal y Nieves, San Eustaquio, Santa Lucía, San Martín, San Pedro y Miquelón, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago, Turcas y Caicos y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

Figura 2. Distribución de los casos confirmados de COVID-19 y defunciones, por subregión y mes de notificación. Región de las Américas, del 1 de marzo de 2020 al 31 de mayo de 2021.



Fuente: Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

Aspectos destacados

I. Variantes de SARS-CoV-2

La aparición de mutaciones es un evento natural y esperado dentro del proceso de evolución de los virus. Desde la caracterización genómica inicial del SARS-CoV-2, este virus se ha dividido en diferentes grupos genéticos o clados. De hecho, algunas mutaciones específicas definen los grupos genéticos virales (también denominados linajes) que circulan actualmente a nivel global. Por diversos procesos de microevolución y presiones de selección, pueden aparecer algunas mutaciones adicionales, generando diferencias al interior de cada grupo genético (denominadas variantes). Es importante mencionar, que las denominaciones de clado, linaje, variante, etc., son arbitrarias y no corresponden a una jerarquía taxonómica oficial.

Desde la identificación inicial del SARS-CoV-2, hasta el 16 de junio de 2021, se han compartido, a nivel mundial, más de 1.996.784 secuencias genómicas completas a través de bases de datos de acceso público.

Hasta el 16 de junio de 2021, 46 países y territorios de las Américas han publicado en la plataforma GISAID 664.159 genomas del SARS-CoV-2, recolectados entre febrero 2020 y junio 2021. Los países y territorios que han contribuido son: Anguilla, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Belice, Bahamas, Barbados, Bermuda, Bolivia, Bonaire, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Grenada, Guadalupe, Guatemala, Guyana Francesa, Haití, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Jamaica, Martinica, México, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, San Bartolomé, San Eustaquio, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

El 25 de febrero de 2021, la OMS propuso definiciones operativas para las variantes de interés del SARS-CoV-2 (VOI, del inglés, variant of interest) y variantes de preocupación (VOC del inglés, variant of concern) y las acciones asociadas que la OMS tomará para apoyar a los Estados Miembros, sus institutos nacionales de salud pública y laboratorios de referencia, junto con las acciones recomendadas que deben tomar los Estados miembros. En el documento, se incluye la orientación general y no exhaustiva sobre la priorización de variantes de mayor relevancia para la salud pública en el contexto de una transmisión más amplia del SARS-CoV-2, y de los mecanismos de respuesta y de salud pública y las medidas de distanciamiento social establecidas.

Las definiciones, serán revisadas periódicamente y actualizadas, según sea necesario. El documento completo (en inglés) se encuentra disponible en: <https://bit.ly/2O173vt>

El 31 de mayo de 2021, la OMS anunció nuevas denominaciones de las variantes de interés y variantes de preocupación que son fáciles de decir y de recordar que serán más fáciles de usar y más prácticas para los debates del público no científico.⁹ Las nuevas denominaciones se encuentran disponibles en: <https://bit.ly/2U0cwVS>

El listado de las variantes de SARS-CoV-2, de acuerdo con la clasificación de la OMS al 15 de junio de 2021¹⁰, se encuentra disponible en la **Tabla 1**.

⁹ OMS. Anuncio disponible en inglés en <https://bit.ly/3xaARqs>

¹⁰ OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3wyhibx>

Tabla 1. Variantes de preocupación (VOC) y variantes de interés (VOI), según clasificación de la OMS al 15 de junio de 2021.

Variantes de SARS-CoV-2 Clasificación OMS	Denominación OMS	Linaje Pango	Primera detección
Variante de preocupación	Alfa	B.1.1.7	Reino Unido
	Beta	B.1.351	Sudáfrica
	Gamma	P.1	Brasil
	Delta	B.1.617.2	India
Variante de interés	Épsilon	B.1.427/B.1.429	Estados Unidos de América
	Zeta	P.2	Brasil
	Eta	B.1.525	Múltiples países
	Theta	P.3	Filipinas
	Iota	B.1.526	Estados Unidos de América
	Kappa	B.1.617.1	India
	Lambda	C.37	Perú

Fuente: OMS. Actualización epidemiológica semanal de la COVID-19

A nivel global, se sigue observando un incremento en el número de países y territorios que han notificado variantes de preocupación y de interés. Sin embargo, al analizar, ese incremento se debe tener en cuenta las limitaciones de los sistemas o mecanismos de vigilancia, la capacidad de los países y territorios para secuenciar las muestras y las diferencias en la selección de las muestras a secuenciar (**Tabla 2**).

Tabla 2. Resumen de países/territorios que han notificado casos de las variantes de preocupación (VOC) al 17 de junio de 2021.

Resumen	Denominación OMS			
	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Número de países/territorios a nivel global que han notificado casos*	164	115	68	80
Número de países/territorios en las Américas que han notificado casos	40	18	28	10

Nota:

* Los datos globales, corresponden a la Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 15 de junio de 2021 por la OMS¹⁰.

Algunos de los países/territorios han notificado más de una variante (VOC).

Fuentes: OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 15 de junio de 2021¹⁰. Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

Con relación a la situación en las Américas, hasta el 17 de junio de 2021, 43 países/ territorios han notificado la detección de casos de las VOC, incluyendo dos nuevos territorios (Bermuda y Montserrat) en comparación con la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 18 de mayo de 2021. Hasta el 17 de junio de 2021, se han detectado las cuatro VOC en Argentina, Aruba, Brasil, Canadá, los Estados Unidos de América, México, y Puerto Rico (**Tabla 3**).

Tabla 3. Países y territorios de las Américas que han notificado variantes de preocupación al 17 de junio de 2021.

País/Territorio	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Argentina	Si	Si	Si	Si
Aruba	Si	Si	Si	Si
Barbados	Si	No	No	No
Belice	Si	No	No	No
Bermuda	Si	Si	No	No
Brasil	Si	Si	Si	Si
Bolivia	Si	No	Si	No
Bonaire	Si	No	No	No
Canadá	Si	Si	Si	Si
Chile	Si	Si	Si	No
Colombia	Si	No	Si	No
Costa Rica	Si	Si	Si	No
Cuba	Si	Si	No	No
Curazao	Si	No	Si	No
Ecuador	Si	No	Si	No
Estados Unidos de América	Si	Si	Si	Si
Dominica	Si	No	No	No
Granada	Si	No	No	No
Guadalupe	Si	Si	Si	No
Guayana Francesa	Si	Si	Si	No
Guyana	No	No	Si	No
Haiti	Si	No	Si	No
Islas Caimanes	Si	No	No	No
Islas Turcas y Caicos	Si	No	Si	No
Islas Vírgenes Británicas	Si	No	Si	No
Jamaica	Si	No	No	No
Martinica	Si	Si	Si	No
México	Si	Si	Si	Si
Montserrat	Si	No	No	No
Panamá	Si	Si	Si	No
Paraguay	No	No	Si	No
Perú	Si	No	Si	Si
Puerto Rico	Si	Si	Si	Si
República Dominicana	Si	No	Si	No
Saba	No	No	No	Si
San Bartolome	Si	No	No	No
San Martin	Si	Si	No	No
Santa Lucia	Si	No	No	No
Sint Maarten	Si	Si	No	Si
Suriname	Si	Si	Si	No
Trinidad y Tabago	Si	No	Si	No
Uruguay	Si	No	Si	No
Venezuela	Si	No	Si	No

Nota:

Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países y territorios hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

Fuente: Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

II. COVID-19 en adultos mayores (población de 60 años y más)

Algunos de los artículos publicados^{11,12,13} o pre publicados sobre el impacto de las campañas de vacunación contra la COVID-19, traen esperanza en alcanzar una disminución de las tasas de mortalidad y de hospitalización en Unidades de Tratamiento Intensivo (UTI) de la población de adultos mayores. No obstante, es importante considerar que las campañas de vacunación contra la COVID-19 no son suficientes por sí mismas para prevenir la transmisión del SARS-CoV-2, por lo cual se deben mantener las medidas de salud pública y de distanciamiento social acordes con la situación epidemiológica de cada país y territorio.

La tendencia que se ha observado desde el inicio de la pandemia, con relación a las tasas de mortalidad en adultos mayores, también se advierte en los **Estados Unidos de América**. Por esta razón, este grupo etario es considerado población vulnerable y fue priorizado durante las campañas de vacunación que comenzaron en diciembre de 2020.

En un estudio realizado en los Estados Unidos de América¹⁴, se compararon las razones de tasas de incidencia para 4 indicadores seleccionados en dos periodos: antes de la introducción de la vacuna contra la COVID-19 (entre el 29 de noviembre y el 12 de diciembre de 2020) y después de introducida la vacunación (entre el 18 de abril y el 1 de mayo del 2021). Al comparar las tasas de incidencia, los ingresos hospitalarios, las visitas al servicio de urgencias y las defunciones notificadas en adultos de 65 años o más y en adultos entre 50 y 64 años con el grupo etario de referencia 18 a 49 años, se observó una disminución estadísticamente significativa en la razón de la tasa de incidencia en todos los indicadores en ambos grupos. Esta disminución fue particularmente marcada al comparar el grupo de adultos de 65 años o más con el grupo etario de 18 a 49 años, donde se observó una disminución de 40%, 59%, 65% y 66%, respectivamente en los indicadores (**Tabla 4**). Esta disminución coincide con una cobertura vacunal de 82% (al menos una dosis) en este grupo etario.

Hasta el 1 de mayo de 2021, 82% de las personas de 65 años o más, 63% del grupo de edad entre 50-64 años y 42% de del grupo de edad entre de 18-49 años recibieron al menos una dosis de la vacuna contra la COVID-19.

¹¹ Cook TM, Roberts JV. Impact of vaccination by priority group on UK deaths, hospital admissions and intensive care admissions from COVID-19. <https://doi.org/10.1111/anae.15442>

¹² Leshem E, Wilder-Smith A. COVID-19 vaccine impact in Israel and a way out of the pandemic. *Lancet*. 2021 May 5 doi: 10.1016/S0140-6736(21)01018-7 <https://bit.ly/3hk18xC>

¹³ Haas E, Angulo F, et al. Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalisations, and deaths following a nationwide vaccination campaign in Israel: an observational study using national surveillance data. *The Lancet*, 2021, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00947-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00947-8)

¹⁴ Christie A, Henley SJ, Mattocks L, et al. Decreases in COVID-19 Cases, Emergency Department Visits, Hospital Admissions, and Deaths Among Older Adults Following the Introduction of COVID-19 Vaccine — United States, September 6, 2020–May 1, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:858–864. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7023e2>

Tabla 4. Razón de tasas de incidencia de casos de COVID-19, por indicadores seleccionados, según grupo de edad. Estados Unidos de América, 29 de noviembre a 12 de diciembre de 2020 y 18 de abril a 1 de mayo de 2021.

	29 noviembre al 12 de diciembre, 2020			18 abril al 1 mayo, 2021		
	≥65 (IC±)	50-64 (IC±)	18-49	≥65 (IC±)	50-64 (IC±)	18-49
Casos	0.68 (0.67-0.68)	0.85 (0.85-0.85)	1	0.4 (0.40-0.41)	0.71 (0.70-0.71)	1
Visitas al servicio de urgencias	1.99 (1.96-2.01)	1.66 (1.64-1.68)	1	0.82 (0.80-0.84)	1.35 (1.33-1.37)	1
Ingresos hospitalarios*	9.6 (9.45-9.76)	3.5 (3.45-3.56)	1	3.33 (3.26-3.41)	2.27 (2.22-2.32)	1
Defunciones	66.93 (62.11-72.29)	8.6 (7.92-9.38)	1	22.43 (20.17-25.18)	6.89 (6.12-7.82)	1

Nota:

IC: Intervalo de confianza

±IC 95%

*Corresponde a ≥70 años

Fuente: Datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos¹⁴ reproducidos por OPS/OMS.

III. COVID-19 durante el embarazo

Si bien es cierto grupos de investigadores continúan avanzando en el proceso de generar conocimiento, que ayude a cerrar las brechas que existen relacionadas con el impacto de la infección por SARS-CoV-2 en el resultado final del embarazo, es necesario seguir registrando la información necesaria para contribuir a ese conocimiento.

Se espera que las campañas de vacunación contra la COVID-19, dirigidas a este grupo de la población, junto con las medidas de distanciamiento social, higiene de manos y el uso adecuado de mascarillas faciales contribuyan a mitigar la severidad y la mortalidad hasta ahora observada.

Desde la notificación de los primeros casos de COVID-19 en las Américas hasta el 17 de junio de 2021, fueron notificadas 231.537 embarazadas positivas a SARS-CoV-2, incluyendo 1.453 defunciones (con una tasa de letalidad de 0,63%) en 29 países y territorios para los cuales se dispone de información.

Al comparar estos datos con los publicados en la Actualización epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19), publicada por la OPS/OMS el 18 de mayo del 2021³ se tienen 29.436 casos nuevos y 182 nuevas defunciones. Estos datos incluyen cinco países o territorios adicionales que han notificado datos en embarazadas (Antigua y Barbuda, Bermuda, Canadá, las Islas Caymán y las Islas Vírgenes Británicas). Usando el mismo periodo de comparación, el incremento relativo más alto en los casos confirmados acumulados ocurrió en la Surinam y en las defunciones se observó en Uruguay (**Tabla 5**).

Tabla 5. COVID-19 durante el embarazo, por país. Región de las Américas, enero de 2020 - 17 de junio* de 2021.

País	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Tasa de letalidad (%)
Antigua y Barbuda	1	0	0,00
Argentina	16.332	102	0,62
Bahamas	43	1	2,33
Belize	247	2	0,81
Bermuda	11	0	0,00
Bolivia	2.416	31	1,28
Brazil	5.931	428	7,22
Canadá	6.069	1	0,02
Chile	14.142	12	0,08
Colombia	11.017	84	0,76
Costa Rica	656	3	0,46
Cuba	968	3	0,31
Ecuador	2.512	45	1,79
El Salvador**	272	9	3,31
Estados Unidos	94.519	103	0,11
Guatemala	1.033	10	0,97
Haití	79	4	5,06
Honduras**	36	N/D	N/D
Islas Caymán	7	0	0,00
Islas Vírgenes Británicas	3	0	0,00
México&	16.788	344	2,05
Panamá&**	2.413	12	0,50
Paraguay&	1.621	44	2,71
Perú&	51.302	153	0,30
República Dominicana	1.025	43	4,20
Santa Lucía	23	0	0,00
Surinam	424	2	0,47
Uruguay	1.209	8	0,66
Venezuela	434	9	2,07
Total	231.537	1.453	0,63

Nota:

N/D: Datos no disponibles

& Corresponde a mujeres embarazadas y puérperas.

* El 17 de junio corresponde a la fecha del informe más reciente recibido por la OPS/OMS. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

** Sin actualización de la información desde la publicación de la OPS/OMS del 18 de mayo de 2021³.

Fuentes: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR). Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

IV. COVID-19 en pueblos indígenas

Desde enero de 2020 hasta el 17 de junio de 2021, se notificaron 552.328 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 13.562 defunciones, en pueblos o comunidades indígenas de 18 países en las Américas para los cuales se dispone de información (**Tabla 6**), lo que representa 103.372 casos confirmados adicionales, incluidas 5.764 defunciones con relación a la Actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 18 de mayo de 2021³. Este incremento se explica, en parte, porque algunos países han compartido sus datos y pueden incluir ajustes retrospectivos. En este mismo periodo el mayor incremento relativo de casos se observó en Costa Rica y Surinam mientras que el mayor incremento en defunciones se observó en Perú.

Tabla 6. Número de casos y defunciones confirmadas acumulados por COVID-19 en pueblos indígenas de las Américas. Enero 2020 al 17 de junio 2021.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Argentina	1.951	52
Belice	1.707	42
Bolivia	18.700	334
Brasil	49.301	699
Canadá	30.406	346
Chile	40.745	703
Colombia	53.379	1.594
Costa Rica	540	33
Ecuador	5.832	216
Estados Unidos	259.884	4.860
Guatemala	16.034	538
Guyana**	95	6
México	19.768	3.073
Panamá**	5.807	102
Paraguay	426	47
Perú	44.439	860
Surinam	2.177	36
Venezuela	1.137	21
Total	552.328	13.562

Nota:

N/D: datos no disponibles

* El 17 de junio corresponde a la fecha del informe más reciente recibido por la OPS/OMS. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

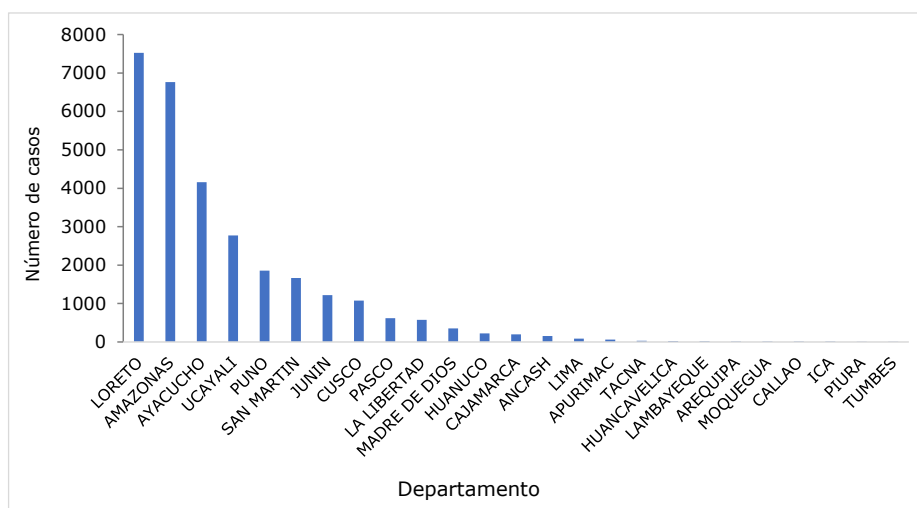
** Sin actualización de la información desde la publicación de la OPS/OMS del 18 de mayo de 2021³.

Fuentes: Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional o publicados por los Ministerios de Salud, Institutos de Salud, Agencias de Salud, Organizaciones indígenas o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

A continuación, se destaca la situación epidemiológica de COVID-19 en pueblos indígenas en Perú.

En **Perú**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19¹⁵ hasta el 8 de junio de 2021, fueron notificados 29.416 casos confirmados de COVID-19 en pueblos indígenas, incluidas 619 defunciones. Aproximadamente dos tercios del total de casos en las poblaciones indígenas se han registrado en los departamentos de la Amazonía, especialmente en Loreto y Amazonas (25,6% y 23% del total de casos, respectivamente) (**Figura 3**). Si se observa la distribución de los casos por grupos de edad, el 51% de los casos se han notificado en individuos de entre 30 y 59 años, seguidos por individuos de entre 18 y 29 años (20%).

Figura 3. Distribución de casos confirmados de COVID-19 en poblaciones indígenas, según departamento Perú. Marzo 2020 al 8 de junio de 2021.



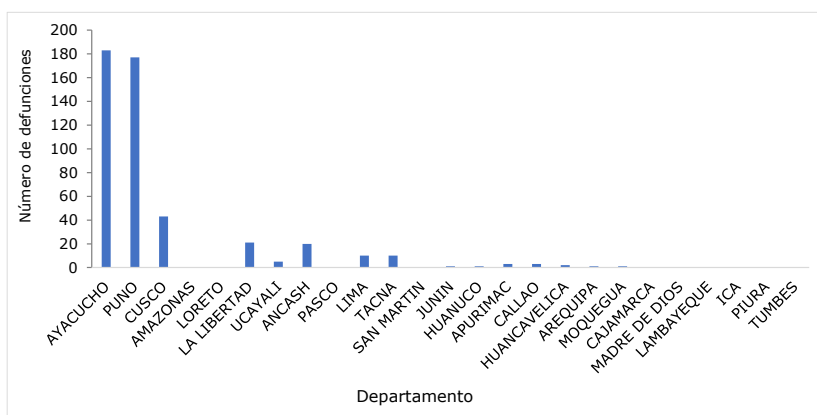
Fuente: Ministerio de Salud del Perú¹⁶. Datos reproducidos por OPS/OMS.

Aunque la mayoría de los casos se reportaron en la región amazónica, la mayoría de las defunciones se reportaron en los departamentos compuestos principalmente por poblaciones indígenas andinas; los departamentos de Ayacucho y Puno representan el 29,6% y el 28,6% del total de defunciones, respectivamente (**Figura 4**). El análisis de los datos por etnia, indica que el 74% del total de casos fueron notificados entre poblaciones indígenas amazónicas, mientras que el 78% del total de las defunciones fueron notificadas entre poblaciones indígenas andinas.

¹⁵ 6 de marzo 2020

¹⁶ Ministerio de Salud del Perú. Sala de población indígena con COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/357ipCZ>

Figura 4. Distribución de defunciones confirmadas de COVID-19 en poblaciones indígenas, según departamento. Perú. Marzo 2020 al 8 de junio de 2021.



Fuente: Ministerio de Salud del Perú¹⁷. Datos reproducidos por OPS/OMS.

V. COVID-19 en población menor de 20 años

Desde el inicio de la pandemia se conoce que los niños, niñas y adolescentes tienen un menor riesgo de enfermarse y de morir por COVID-19 que otros grupos etarios. También se reconoce que los niños y adolescentes están siendo afectados principalmente por las medidas tomadas para controlar la transmisión del virus de la COVID 19. Estos efectos indirectos se refieren a las consecuencias negativas del cierre de las escuelas, las restricciones al movimiento de las personas que limita las oportunidades para el juego y las relaciones con familiares y amigos, la pérdida de trabajo e ingresos que además afectan la salud mental de los cuidadores y sus consiguientes efectos en las relaciones entre niños y sus cuidadores, y la alteración en el funcionamiento de los servicios de salud y los de protección social, entre otros¹⁷.

La evidencia disponible hasta el momento sugiere que los niños y adolescentes serían menos susceptibles a la infección por SARS-CoV-2 y además transmiten con menos frecuencia el virus que los adultos. Cuando adquieren la infección, son por lo general asintomáticos y cuando enferman, suelen tener enfermedad leve con síntomas semejantes a las enfermedades frecuentes en estas edades. Dentro del grupo de 0-19 años, los estudios sugieren que la susceptibilidad y transmisión son menores en los niños menores de 5 años que en los niños de mayor edad y adolescentes^{18,19,20,21,22}

¹⁷ Grupo de las Naciones Unidas para el desarrollo sostenible. Resumen de políticas: El impacto de COVID-19 en los niños. Abril 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2MYdL4O>

¹⁸ Gaythorpe, K. A., Bhatia, S., Mangal, T., et al. Children's role in the COVID-19 pandemic: a systematic review of early surveillance data on susceptibility, severity, and transmissibility. Imperial College London. 3–26. <https://doi.org/10.25561/84220>

¹⁹ Viner, R. M., Mytton, O. T., Bonell, C., et al. Susceptibility to SARS-CoV-2 Infection among Children and Adolescents Compared with Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(2), 143–156. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.4573>

²⁰ Viner, R. M., Russell, S., Saullé, R., et al. Impacts of school closures on physical and mental health of children and young people: a systematic review. *MedRxiv*, 2021.02.10.21251526. <https://doi.org/10.1101/2021.02.10.21251526>

²¹ Davies, N.G., Klepac, P., Liu, Y., et al. Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. *Nat Med* 26, 1205–1211 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0962-9>

²² Leidman E, Duca LM, Omura JD, Proia K, Stephens JW, Sauber-Schatz EK. COVID-19 Trends Among Persons Aged 0–24 Years — United States, March 1–December 12, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021; 70:88–94. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7003e1>

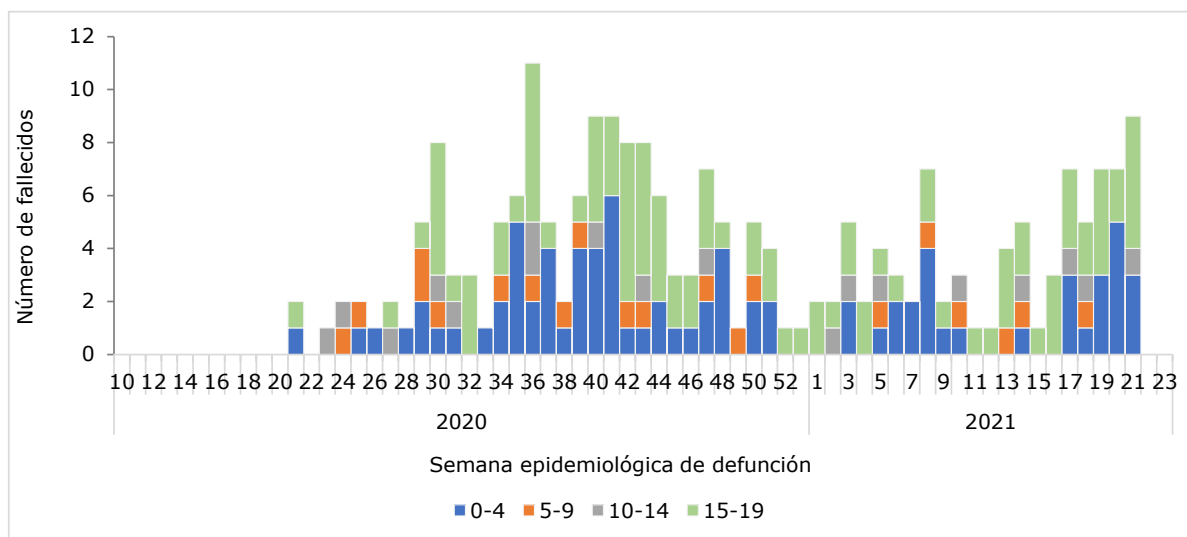
A continuación, se presenta una breve descripción de la situación epidemiológica en menores de 20 años en **Argentina**.

Desde la semana epidemiológica (SE) 10 de 2020 hasta la SE 21 de 2021, fueron notificados 375.293 casos confirmados de COVID-19 en menores de 20 años. De estos, 341.364 (91%) se han recuperado y 220 han fallecido (0,05%). Hasta la SE 21 de 2021, 9.9% del total de casos de COVID-19 registrados en el país corresponde a menores de 20 años. La mediana de edad de estos es de 15 años.

Desde la SE 13 a la SE 20 de 2021, los casos semanales han superado de manera sostenida el pico observado en 2020, cuando se notificaron 8.000 casos semanales durante la SE 42. El pico de casos en 2021 se observó durante la SE 20, con aproximadamente 23.000 casos notificados. Cabe señalar que, a medida que aumentan los casos en la población general, es probable que los menores de 20 años tengan una mayor exposición al SARS-CoV-2.

En relación con las defunciones, la mediana de edad es de 12 años. Mientras que los casos entre los menores de 1 año representaron el 2,7% del número total de casos entre los individuos menores de 20 años, este grupo de edad contribuyó al 25% del total de defunciones. Al analizar las defunciones por grupos etarios (0-4 años, 5-9 años, 10-14 años, 15-19 años), se observa que la mayoría de estas han ocurrido en niños de 0 a 4 años y adolescentes de 15 a 19 años, contribuyendo con 38% y 45% de las defunciones, respectivamente. En los 5 primeros meses del año 2021, se ha reportado 60% del total de defunciones notificadas en todo el año 2020 (**Figura 5**).

Figura 5. Fallecidos de COVID-19 por grupos de edad, según semana epidemiológica de defunción. Argentina. SE 10 de 2020 a SE 21 de 2021.



Fuente: Datos publicados por el Ministerio de Salud de Argentina²³ y reproducidos por OPS/OMS.

²³ Ministerio de Salud de Argentina. Sala de situación COVID-19: Niñez/adolescencia y COVID-19 al 01/06/2021. Disponible en: <https://bit.ly/3pJpYfi>

Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19

Diversos reportes y publicaciones científicas, provenientes de diferentes lugares a nivel global, se ha descrito grupos de niños y adolescentes que requieren ingreso en unidades de cuidados intensivos con una afección inflamatoria multisistémica con algunas características similares a las de la enfermedad de Kawasaki y el síndrome de choque tóxico. A partir de la evidencia disponible, la Organización Mundial de la Salud ha brindado la definición de caso de esta entidad denominado síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19, disponible en: <https://bit.ly/35DFNcX>

Si bien es cierto el SIM-P es una entidad de baja frecuencia, estos casos presentan importantes desafíos para los sistemas de salud.

En la región de las Américas, desde junio del 2020, la OPS/OMS inició la vigilancia activa de casos SIM, invitando a los Estados Miembros a compartir variables mínimas de vigilancia epidemiológica que permitan caracterizar el SIM-P en la región.

Desde mediados de mayo de 2020 al 17 de junio de 2021, 23 países y territorios de la región de las Américas han notificado 6.056 casos confirmados acumulados de SIM-P, incluidas 129 defunciones (**Tabla 7**). Durante este mismo periodo, 22 países y territorios han comunicado oficialmente a la OPS/OMS que no han detectado casos de SIM-P.

Desde la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 18 de mayo de 2021³, al 16 de junio de 2021, un territorio más ha notificado casos confirmados de SIM-P (Puerto Rico). Durante el mismo periodo, hubo 501 casos y 6 defunciones adicionales.

En la medida que aumentan los casos de SIM-P, es importante que cada país/territorio caracterice los casos²⁴, con el fin de contribuir a cerrar las brechas en la información, favoreciendo la actualización de las medidas de manejo clínico y respuesta.

²⁴ Formulario para la notificación de casos, disponible en: <https://bit.ly/3jlbGvw>

Tabla 7. Casos acumulados confirmados y defunciones de síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19 en las Américas. Mayo 2020 a 17 de junio 2021.

País/Territorio	Número de casos confirmados	Número de defunciones confirmadas
Argentina	161	1
Barbados	2	1
Brasil	1.019	65
Bolivia	1	1
Canadá	110	0
Chile	314	5
Costa Rica	34	0
Colombia	8	4
Cuba	4	0
Ecuador	11	0
El Salvador	19	0
Estados Unidos de América	4.018	36
Guadalupe	5	0
Guatemala	2	0
Guayana Francesa	2	0
Honduras	3	0
Panamá	81	2
Paraguay	95	8
Perú	3	0
República Dominicana	133	6
San Martín	2	0
Trinidad y Tabago	29	0
Total	6.056	129

Nota:

* El 17 de junio corresponde a la fecha del informe más reciente recibido por la OPS/OMS. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisionales y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

Fuente: Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional o publicados por los Ministerios de Salud, Institutos de Salud o agencias de salud similares y reproducidos por la OPS/OMS.

A continuación, se presenta una breve descripción de la situación epidemiológica de SIM-P en las Américas.

Del total de casos notificados, para los cuales se cuenta con datos sobre la edad y sexo (n=5.443), 30% tenían entre 0 a 4 años, 34% de 5 a 9 años, 26% de 10 a 14 años y 11% entre 15 y 19 años (los Estados Unidos de América incluye en este grupo etario las personas de 20 años). Con relación a la distribución por sexo, 59% de los casos son hombres.

Respecto de los casos con desenlace fatal, de los 122 casos para los cuales se cuenta con datos sobre la edad y sexo se distribuyeron de la siguiente manera: 41% en el grupo etario de 0 a 4 años, 19% de 5 a 9 años, 15% de 10 a 14 años y 25% entre 15 y 19 años y 48% fueron de sexo masculino.

VI. COVID-19 en trabajadores de la salud

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 en las Américas hasta el 17 de junio, se han notificado al menos 1.980.345 casos, incluidas 9.819 defunciones, de acuerdo con la información disponible de 30 países y territorios de las Américas (**Tabla 9**). Estos datos incluyen doce países o territorios adicionales que han notificado datos entre los trabajadores de salud (Antigua y Barbuda, Aruba, Bermuda, Bonaire, Canadá, Curazao, Dominica, Granada, Honduras y las Islas Caymán, San Eustaquio y Sint Maarten), desde la actualización epidemiológica del 18 de mayo de 2021³. El total representa 13% del personal de salud total, estimado en 15 millones²⁵.

²⁵ OPS/OMS Rueda de prensa semanal sobre la COVID-19. Palabras de apertura de la directora, 12 de mayo de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3uEhbKC>

Tabla 9. Casos y defunciones confirmados acumulados de COVID-19 en trabajadores de la salud de las Américas. Enero 2020 al 17 de junio de 2021.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Antigua y Barbuda	2	2
Argentina	91.224	532
Aruba	244	0
Bahamas**	505	13
Belice	317	2
Bermuda	49	0
Bolivia	24.223	433
Bonaire	106	0
Brazil**	753.089	656
Canadá	97.971	59
Chile	66.606	102
Colombia	59.302	285
Costa Rica	7.962	47
Curazao	439	0
Dominica	1	0
Ecuador	12.262	121
El Salvador**	6.609	72
Estados Unidos	507.491	1.646
Granada	1	0
Guatemala	6.763	64
Haití	808	1
Honduras	107	ND
Islas Caymán	24	0
Jamaica**	861	4
México£	237.685	3.940
Panamá	8.663	112
Paraguay	14.027	153
Perú	68.752	1.345
República Dominicana	1.164	22
San Eustaquio	8	0
Santa Lucía	143	0
Sint Maarten	54	0
Surinam	1.634	1
Uruguay	8.197	28
Venezuela	3.032	179
Total	1.980.345	9.819

Nota:

ND: Datos no disponibles

* El 17 de junio corresponde a la fecha del informe más reciente recibido por la OPS/OMS. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

** Sin actualización de la información desde la publicación de la OPS/OMS del 18 de mayo de 2021³.

£ La información que México presenta corresponde a la variable ocupación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral (SISVER). El análisis refleja los casos que refirieron desempeñar una ocupación relacionada a la salud. Es importante aclarar que la información recabada en SISVER no permite identificar si el contagio sucedió en el lugar de trabajo, en el hogar o la comunidad; tampoco establece si el personal de salud se encuentra laborando actualmente en una unidad de atención médica.

Fuente: Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional o publicados por los Ministerios de Salud, Institutos de Salud o agencias de salud similares y reproducidos por la OPS/OMS.

Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 19 de junio de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021

Organización Panamericana de la Salud • www.paho.org • © OPS/OMS, 2021

Orientaciones para las autoridades nacionales

La OPS/OMS sigue reiterando y actualizando las recomendaciones para apoyar a todos los Estados Miembros en las medidas de gestión y protección contra COVID-19 y reitera las recomendaciones contenidas en las Alerta y Actualizaciones epidemiológicas de la COVID-19 disponibles en: <https://bit.ly/3jFrDgf>

A continuación, se lista una serie de enlaces a guías, informes científicos y otros recursos publicados por la OPS/OMS y la OMS.

<p>Vigilancia, equipos de respuesta rápida e investigación de casos</p> 	<p>Manejo Clínico</p> 
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/30zjmCi</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/33AsZCL</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3li6wQB</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i8IJIR</p>
<p>Laboratorio</p> 	<p>Prevención y control de infecciones</p> 
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d3TJ1g</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/2LgILNX</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d2ckuV</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3oARxDH</p>
<p>Preparación crítica y respuesta</p> 	<p>Viajes, puntos de entrada y salud de fronteras</p> 
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3ljWHBT</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i5rNN6</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3ivDivW</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i5rNN6</p>
<p>Escuelas, lugares de trabajo y otras instituciones</p> 	<p>Otros recursos</p>
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d66iJO</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i5rNN6</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/33zXgRQ</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i5rNN6</p>

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 18 de mayo de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/33P4DV9>
2. OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 15 de junio de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3v6e0Mi>
3. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Antigua y Barbuda**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
4. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Argentina**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
5. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Belice**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
6. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Bolivia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
7. Ministerio de Salud de **Brasil**. Disponible en: <https://bit.ly/3vb3JP2> y <https://bit.ly/2OnJAVg>
8. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Canadá**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
9. Gobierno de **Canadá**. Coronavirus (COVID-19) y comunidades indígenas. Disponible en: <https://bit.ly/2lhCEWg>
10. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Chile**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
11. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Colombia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
12. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Costa Rica**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
13. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Ecuador**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
14. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Estados Unidos**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
15. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los **Estados Unidos** (U.S. CDC por sus siglas en inglés). COVID-19 durante el embarazo, disponible en: <https://bit.ly/2SWWyYT> y Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes disponible en <https://www.cdc.gov/mis-c/>
16. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Granada**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.

17. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Guatemala**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
18. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **México**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
19. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Panamá**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
20. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Paraguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
21. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de los **Países Bajos**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
22. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Perú**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
23. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **República Dominicana**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
24. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del **Reino Unido**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
25. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Santa Lucía**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
26. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Surinam**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
27. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Uruguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
28. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Venezuela**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.