

Resumen ejecutivo

- Hasta el final de la semana epidemiológica 37 (terminando en el día 18 de septiembre 2021), fueron notificados 228.068.334 casos acumulados confirmados de COVID-19 a nivel global, incluyendo 4.685.658 defunciones. El 38,6% de los casos y 46,4% de las defunciones globales fueron aportadas por la región de las Américas.
- La subregión de América del Norte presentó las mayores proporciones de casos mensuales (69%) y de defunciones (51%) en el mes de agosto para la Región de las Américas. Aunque se observa una tendencia a la disminución de las defunciones a nivel regional entre julio y agosto de 2021, las defunciones han aumentado en todas las subregiones, excepto en América del Sur, donde se observa una disminución del 53% de las defunciones. Las subregiones de América del Norte y el Caribe tuvieron los mayores aumentos porcentuales tanto de casos (172% y 54%, respectivamente) como de defunciones (205% y 61%, respectivamente) en comparación con los notificados en julio de 2021.
- Hasta el 20 de septiembre del 2021, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, los Estados Unidos de América, Guayana Francesa, Guadalupe, Guatemala, las Islas Caimán, Martinica, México, Panamá, Puerto Rico, Sint Maarten, Suriname, y Uruguay han detectado las cuatro variantes de preocupación.
- Entre los pueblos indígenas de 18 países de las Américas, se notificaron 633.888 casos, incluyendo 15.752 defunciones.
- Un total de 24 países y territorios notificaron 7.547 casos confirmados acumulados de Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19, incluidas 153 defunciones.
- Con relación a los trabajadores de la salud, 40 países y territorios notificaron 2.008.680 casos, incluidas 11.052 defunciones.

Tabla de Contenido

Contexto	- 3 -
Periodos de comparación	- 3 -
Resumen de la situación global	- 3 -
Resumen de la situación en la Región de las Américas	- 5 -
Aspectos destacados	- 8 -
I. Variantes de SARS-CoV-2.....	- 8 -
II. COVID-19 en adultos mayores (población de 60 años y más)	- 13 -
III. COVID-19 durante el embarazo.....	- 13 -
IV. COVID-19 en pueblos indígenas	- 16 -
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	- 19 -
VI. COVID-19 en trabajadores de la salud.....	- 23 -
Orientaciones para las autoridades nacionales.....	- 26 -
Referencias.....	- 27 -

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. 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 octava 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 miércoles 14 de julio de 2021. El Director General 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/3z1qUHF>.

Periodos de comparación

La actualización epidemiológica más reciente, publicada por la OPS/OMS el 21 de agosto de 2021, ³ incluye información sobre aproximadamente las semanas epidemiológicas (SE) 30 (del 25 al 31 de julio de 2021) a la SE-33 (del 15 al 21 de agosto de 2021); cubriendo el periodo del 25 de julio al 21 de agosto de 2021. El documento presente cubre la información entre las SE-34 (del 22 al 28 de agosto de 2021) y la SE-37 (del 12 al 18 de septiembre de 2021); cubriendo el periodo del 22 de agosto al 18 de septiembre de 2021 (aproximadamente un mes de información), a no ser que sea especificado de manera diferente.

Resumen de la situación global

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta la SE-37, se han notificado un total acumulado de 228.068.334 casos confirmados de COVID-19, incluidas 4.685.658 defunciones en todo el mundo, lo que representa un total de 16.697.309 casos confirmados y 262.104 defunciones adicionales desde la actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre COVID-19 publicada el 21 de agosto de 2021.³

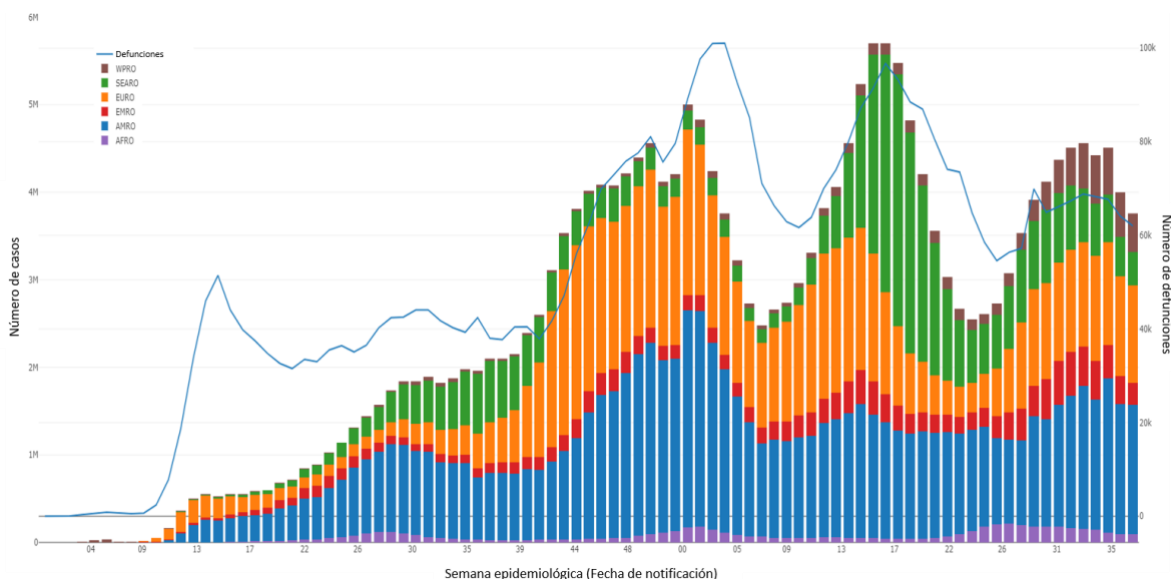
¹ Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/35y6oXB>

² Anuncio de la evaluación independiente de la respuesta mundial a COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3blj4qC>

³ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 21 de agosto de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3CHG9wp>

Cuando se compara las tendencias entre la última y la presente actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre COVID-19 (SE-30/33 Vs. SE-34/37), se observa un descenso general tanto en el número de casos nuevos (descenso del 4,9%, ó 854.268 personas) como en el de defunciones (descenso del 2%, ó 5.262 personas). Con respecto a las regiones de la OMS, las regiones de AFRO, SEARO y EMRO presentan un descenso marcado en cuanto al número de casos de COVID-19; mientras que las regiones de WPRO, AMRO, y EURO presentan un incremento variable en el número de casos. En cuanto a las defunciones, se observa tendencias heterogéneas a través de las regiones de la OMS: Siguiendo el mismo patrón de descenso del número de nuevos casos reportados, SEARO y AFRO presentan un descenso en el número de defunciones. Sin embargo, las regiones de la OMS restantes experimentan un aumento en el número de defunciones.

Figura 1. Distribución de casos y defunciones confirmadas de COVID-19 por semana epidemiológica (SE) de notificación, a nivel global, por Región de la OMS. Hasta la SE-37, 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 23 de septiembre 2021.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

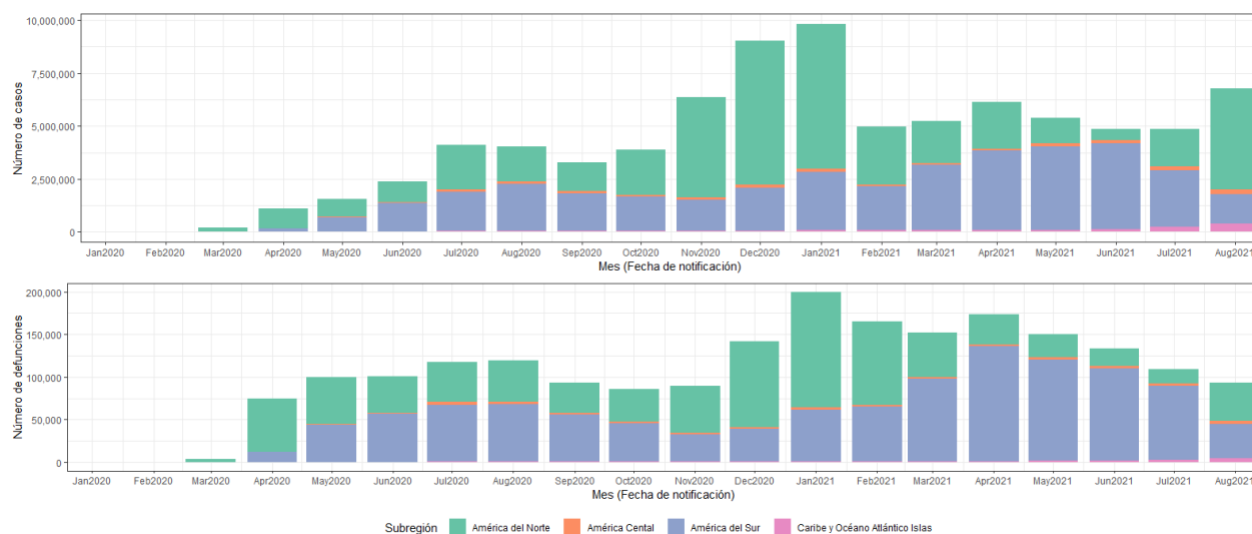
Entre enero de 2020, cuando se detectaron los primeros casos en la Región, hasta el fin de la SE-37, se ha notificado un total acumulado de 88.008.567 casos confirmados de COVID-19, incluidas 2 172 345 defunciones, en los 56 países y territorios de la Región de las Américas. Esto significa una contribución del 38,6% al número de casos reportados globalmente, y a un 46,6% de las defunciones.

Desde la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 21 de agosto de 2021³ (final de la SE-33) hasta el último día del presente documento (final de la SE-37), se ha notificado 6.212.703 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 100.010 defunciones en la región de las Américas, lo que representa un aumento del 7,6% de los casos y del 4,8% de las defunciones durante este periodo de tiempo. La subregión de América del Norte ha aportado la mayor contribución de número de nuevos casos en este periodo (4.856.881, ó 78,2% de los casos reportados en la región), seguida de América del Sur (811.520, ó 13,1%), del Caribe y las Islas del Océano Atlántico (328.508, ó 5,3%), y de América Central (215.794, ó 3,5%).

Con respecto a las tendencias mensuales en la Región de las Américas, entre enero y junio de 2021, mientras que los casos mensuales disminuyeron en la subregión de América del Norte (en un 95%), aumentaron en América del Sur (en un 50%), alcanzando un pico de más de 4 millones de casos en junio. Desde entonces, las tendencias se han invertido entre las dos subregiones, con un aumento de los casos en América del Norte —un 233% más en comparación con los casos notificados en junio— y un descenso de los casos por primera vez desde febrero en América del Sur durante el mes de julio. Mientras tanto, la subregión del Caribe ha superado a la subregión de América Central por 2 meses consecutivos en la proporción de casos mensuales notificados en la Región de las Américas (6% y 3% de los casos notificados en agosto de 2021, respectivamente) (**Figura 2a**).

En agosto de 2021, a nivel regional, se observó un aumento del 41% de los casos en comparación con el mes anterior. La subregión de América del Norte representó la mayor proporción de casos mensuales (69%) y de defunciones (51%) en la Región de las Américas, con un total de 4.749.278 casos y 51.102 defunciones notificadas. En lo que respecta a las defunciones, si bien se observa una disminución general, todas las subregiones notificaron aumentos de las defunciones, excepto la subregión de América del Sur; la tendencia general a la disminución está impulsada por el descenso observado en esta subregión. Las subregiones de América del Norte y el Caribe experimentaron los mayores aumentos porcentuales de defunciones —205% y 61%, respectivamente— en comparación con las defunciones notificadas en julio de 2021 (**Figura 2b**).

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 agosto 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.

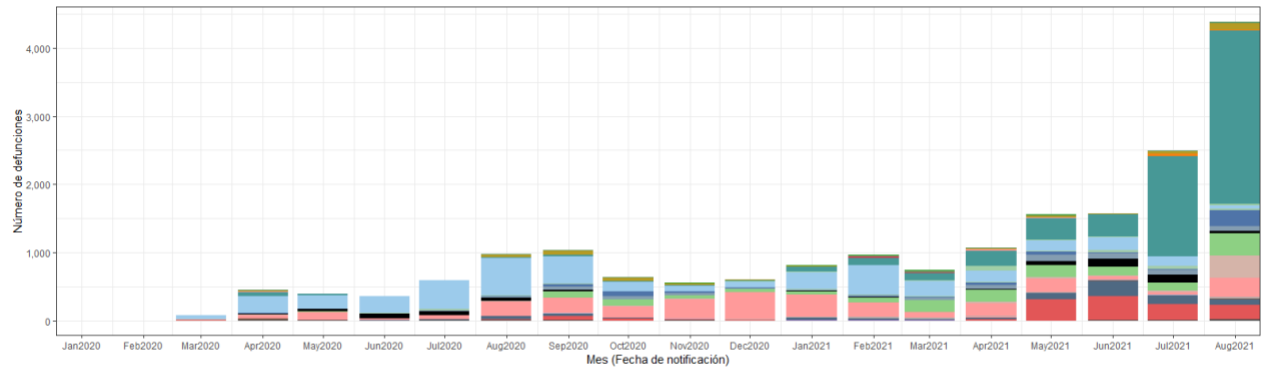
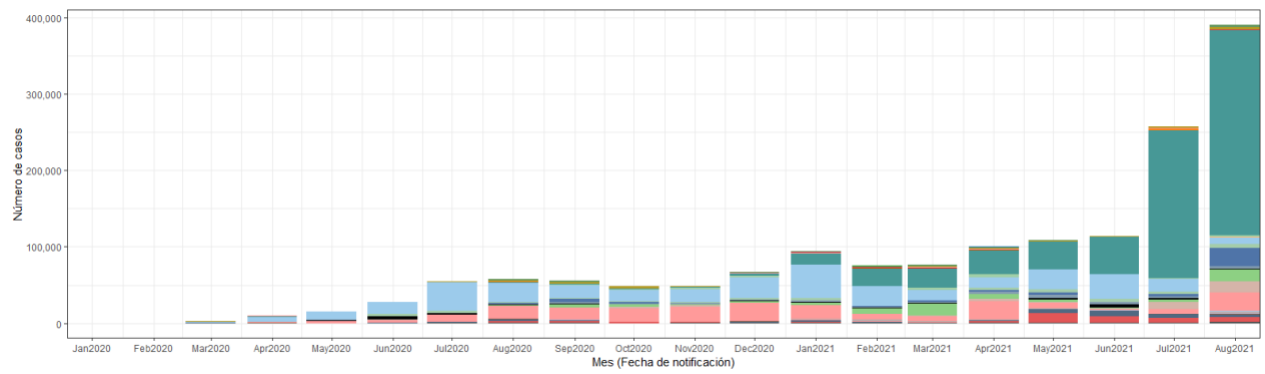
A continuación, se describen brevemente las tendencias del COVID-19 en cuanto a casos y defunciones observadas en la subregión del **Caribe**.

Después de haber mantenido un número de casos relativamente bajo desde el inicio de la pandemia, se observa una tendencia ascendente sostenida de casos en la subregión del Caribe desde abril de 2021. Se observa una marcada aceleración en julio de 2021, donde los casos aumentaron un 95% en comparación con el mes anterior, y de nuevo entre julio y agosto con un aumento del 54%, alcanzando un pico sin precedentes. Aunque esta aceleración está impulsada principalmente por los casos notificados en Cuba en los dos últimos meses, otras islas han alcanzado el mayor número de casos mensuales notificados desde el inicio de la pandemia. En el mes de agosto, Puerto Rico, Guadalupe, Martinica y Jamaica fueron los principales contribuyentes al número de casos en esta subregión (**Figura 3a**).

Además, en comparación con el mes anterior, se notificaron aumentos sustanciales de casos en las siguientes islas del Caribe y del Océano Atlántico con una población de entre 100 000 y 400.000 habitantes (Aruba, Bahamas, Barbados, Granada y Santa Lucía) y en las que tienen entre 10.000 y 100.000 habitantes (Anguila, Antigua y Barbuda, Bermudas, Dominica, Saint Kitts y Nevis, Sint Maarten, y San Martín). Entre las islas con <9.000 habitantes, se han notificado casos cada semana en el mes de agosto; cabe destacar que antes de esta notificación sostenida de casos, se notificaron casos esporádicos en estas islas durante la mayor parte de 2021. En el escudo Guayanés, se observó un aumento sostenido de casos, particularmente impulsado por Guayana Francesa, en todos los países en agosto, siguiendo la tendencia que se viene observando desde aproximadamente la SE-32 (del 8 al 14 de agosto de 2021).

En cuanto a las muertes, se observa que vienen aumentando desde hace varios meses con una particular aceleración en julio (en un 70%) y agosto (en un 62%) en comparación con el mes anterior. En cuanto a los casos, Cuba también es el principal contribuyente al número de muertes en julio y agosto de 2021 en esta subregión (**Figura 3b**).

Figura 3a-b. Distribución de los casos confirmados de COVID-19 y defunciones por país, por mes de notificación. Subregión del Caribe. Al 31 de agosto 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 21 de septiembre de 2021, se han compartido, a nivel mundial, más de 3.679.438 secuencias genómicas a través de bases de datos de acceso público.

Hasta el 21 de septiembre de 2021, 54 países y territorios de las Américas han publicado en la plataforma GISAID 1.202.368 genomas del SARS-CoV-2, recolectados entre febrero 2020 y septiembre 2021. Los países y territorios que han contribuido con información genómica están representados en las **Tabla 3a-d**.

El 25 de febrero de 2021, la OMS propuso definiciones operativas para las variantes de interés del SARS-CoV-2 (VOI, por sus siglas en inglés) y variantes de preocupación (VOC por sus siglas en inglés) 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. Información sobre variantes disponible en: <https://bit.ly/2XJkX9O>.

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.⁴ Las nuevas denominaciones se encuentran disponibles en: <https://bit.ly/39Ja6Q0>

El listado de las variantes de SARS-CoV-2, de acuerdo con la clasificación de la OMS al 21 de septiembre de 2021,⁵ se encuentra disponible en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Variantes de preocupación (VOC) y variantes de interés (VOI), según clasificación de la OMS al 21 de septiembre de 2021.

Clasificación OMS de las variantes de SARS-CoV-2	Denominación OMS	Linaje Pango*	Primera detección
Variante de preocupación (VOC)	Alfa	B.1.1.7 †	Reino Unido
	Beta	B.1.351	Sudáfrica
	Gamma	P.1	Brasil
	Delta	B.1.617.2 ‡	India

⁴ OMS. Anuncio disponible en inglés en <https://bit.ly/3xaARq5>

⁵ OMS. Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2. Disponible en: <https://bit.ly/36Oo3d7>

Variante de interés (VOI)	Lambda	C.37	Perú
	Mu	B.1.621	Colombia

Notas:

*Incluye todos los linajes descendientes. La lista completa de linajes de Pango se puede encontrar en <https://bit.ly/3lAhser>; para las preguntas frecuentes, visite: <https://bit.ly/2VQQYMJ>

≠ incluye todos los linajes Q.* (en el sistema de nomenclatura Pango, Q es un alias de B.1.1.7)

§ incluye todos los linajes AY.* (en el sistema de nomenclatura Pango, AY es un alias de B.1.617.2); para más información sobre los linajes AY.*, visite: <https://bit.ly/3lFf99V>

Fuente: OMS. Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2.⁵ Accedido el 21 de septiembre de 2021.

A nivel global, se sigue observando un incremento en el número de países y territorios que han notificado variantes de preocupación y de interés (**Tabla 2**). 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. Resumen de países/territorios que han notificado casos de las variantes de preocupación (VOC) al 21 de septiembre de 2021.

	Denominación OMS			
	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Número de países/territorios a nivel global que han notificado casos*	193	142	96	185
Número de países/territorios en las Américas que han notificado casos**	49	25	40	52

Nota:

* Los datos globales, corresponden a la Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 21 de septiembre de 2021 por la OMS.⁶

** Actualizados al 20 de septiembre de 2021.

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

Fuentes: OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 21 de septiembre de 2021.⁵ 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.

Desde abril de 2021, se ha observado un aumento exponencial global de las muestras de la VOC Delta. En julio de 2021, se observó un predominio global de VOC Delta en casi el 90% de las muestras de todo el mundo, incluidos los Estados Miembros de las Américas.

El 8 de agosto de 2021, la OPS/OMS publicó una actualización epidemiológica relacionada con el aumento de la VOC Delta y su potencial impacto en la Región de las Américas.⁷ En las Américas, hasta el 20 de agosto de 2021, 55 países/ territorios han notificado la detección de casos de las VOC, incluyendo un país adicional (Saint Kitts y Nevis) en comparación con la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 21 de agosto de 2021 (**Tablas 3a-d**).³

Hasta el 21 de septiembre de 2021, se han detectado las cuatro VOC en Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Curazao, los Estados Unidos de América, Guatemala, Guayana Francesa, Guadalupe, las Islas Caimán, Martinica, México, Panamá, Puerto Rico, Sint Maarten, Suriname y Uruguay.

Tabla 3a. Países y territorios de la subregión de América del Norte que han notificado variantes de preocupación al 20 de septiembre de 2021.

País	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Canadá	√	√	√	√
Estados Unidos de América	√	√	√	√
México	√	√	√	√

⁶ OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3wyhibx>

⁷ Variantes de SARS-CoV-2 en las Américas. 8 de agosto de 2021, Washington, D.C. Disponible en: <https://bit.ly/37ZyVpZ>

Tabla 3b. Países de la subregión de América Central que han notificado variantes de preocupación al 20 de septiembre de 2021.

País	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Belice	√		√*	√*
Costa Rica	√	√	√	√
El Salvador	√		√*	√
Guatemala	√	√	√	√
Honduras	√		√	√
Panamá	√	√	√	√*

Tabla 3c. Países y territorios de la subregión de América del Sur que han notificado variantes de preocupación al 20 de septiembre de 2021.

País	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Argentina	√	√	√	√
Brasil	√	√	√	√
Bolivia	√		√	
Chile	√	√	√	√
Colombia	√		√	√
Ecuador	√		√	√
Paraguay	√		√	√
Perú	√		√	√
Uruguay	√	√*	√	√*
Venezuela	√		√	√

Tabla 3d. Países y territorios de la subregión del Caribe y las Islas del Océano Atlántico que han notificado variantes de preocupación al 20 de septiembre de 2021.

País/Territorio	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Anguila	√			√
Antigua y Barbuda	√	√	√	√
Aruba	√	√	√	√
Bahamas	√		√	√
Barbados	√		√	√
Bermuda	√	√		√
Bonaire	√		√	√
Cuba	√	√		√*
Curaçao	√	√*	√	√
Dominica	√			√*
Granada	√			√
Guadalupe	√	√	√	√
Guayana Francesa	√	√	√	√
Guyana			√	√*
Haiti	√		√	√
Islas Caimán	√	√	√	√
Islas Malvinas	√*	√*		
Islas Turcas y Caicos	√		√	√
Islas Vírgenes Británicas	√		√	√
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	√	√*		√
Jamaica	√			√
Martinica	√	√	√	√
Montserrat	√		√	√
Puerto Rico	√	√	√	√
República Dominicana	√		√	√
Saba				√
San Bartolomé	√			√
Saint Kitts y Nevis				√
San Martín	√	√		√*
San Pedro y Miquelón				√*
San Vicente y las Granadinas			√*	√
Santa Lucía	√			√
Sint Maarten	√	√	√	√
Suriname	√	√	√	√
Trinidad y Tabago	√		√	√

Nota:

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

* La secuencia aún no está disponible en un repositorio internacional.

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^{8,9,10} 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 (≥ 60 años de edad). 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.

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 desenlace 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 septiembre de 2021, fueron notificadas 310.922 embarazadas positivas a SARS-CoV-2, incluyendo 3.092 defunciones (con una tasa de letalidad de 0,97%) en 32 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 21 de agosto del 2021³ se tienen 39.692 casos adicionales y 403 defunciones adicionales. Usando el mismo periodo de comparación, el incremento relativo más alto en los casos confirmados acumulados ocurrió en Cuba por segundo mes consecutivo (38%, 1.872 casos) y en la República Dominicana (38%, 740 casos); en cuanto a las defunciones, el incremento relativo más alto se observó en Suriname (85%, 11 defunciones) y Cuba (55%, 39 defunciones) (**Tabla 4**).

⁸ 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>

⁹ 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>

¹⁰ Haas E, Angulo F, et al. Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalizations, 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)

Tabla 4. COVID-19 durante el embarazo, por país. Región de las Américas, enero de 2020 – 17 de septiembre* de 2021.

País/Territorio	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Tasa de letalidad (%)
Anguila	2	N/D	N/D
Antigua y Barbuda	4	0	0,00
Argentina	21.871	203	0,93
Bahamas	101	1	0,99
Bolivia	3.405	51	1,50
Belice	315	2	0,63
Bermuda	11	0	0,00
Brasil †	14.632	1.260	8,61
Canadá	7.244	3	0,04
Chile	15.830	16	0,10
Colombia	17.139	179	1,04
Costa Rica	1.131	9	0,80
Cuba	4.939	71	1,44
Ecuador**	10.207	48	0,47
El Salvador**	564	15	2,66
Estados Unidos de América**	120.459	155	0,13
Guatemala**	1.556	10	0,64
Guyana	13	N/D	N/D
Haití**	79	4	5,06
Honduras**	818	56	6,85
Islas Vírgenes Británicas	3	N/D	N/D
Islas Caimán	9	0	0,00
México &	27.264	538	1,97
Panamá &**	2.406	14	0,58
Paraguay &	2.109	85	4,03
Peru &	54.175	181	0,33
República Dominicana	1.935	81	4,19
Saint Kitts y Nevis	15	0	0,00
Santa Lucía	29	0	0,00
Suriname	520	13	2,50
Uruguay	1.460	12	0,82
Venezuela	677	15	2,22
Total	310.922	3.022	0,97

Nota:

N/D: Datos no disponibles

& Corresponde a mujeres embarazadas y puérperas.

† La información presentada para Brasil corresponde a datos extraídos del Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica de la Gripe (SIVEP-Gripe).

* El 17 de septiembre 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 21 de agosto de 2021.³

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.

Según los datos obtenidos de 24 países, en comparación con los datos notificados en 2020, se ha registrado un aumento tanto del número de casos como de defunciones entre las mujeres embarazadas positivas al SARS-CoV-2 (**Tabla 5**). Se ha observado un aumento desde enero hasta septiembre de 2021 y, en la mayoría de los países, el número de casos y defunciones notificados este año ha superado las cifras notificadas para todo el año 2020. Adicionalmente, la razón de mortalidad materna (RMM) en lo que va del año.

Tabla 5. Indicadores seleccionados de COVID-19 durante el embarazo en países de las Américas. Año 2020 y enero a septiembre 2021.

País	Año 2020			Enero - Septiembre 2021		
	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	RMM*	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	RMM*
Argentina ^{&}	8.984	41	5,5	12.887	162	21,6
Belice	181	2	24,8	131	0	0,0
Bolivia	963	31	12,5	2.300	N/D	N/D
Brasil	5.462	256	9,0	9.170	1.004	35,6
Canadá	2.917	1	0,3	4.327	2	0,5
Chile	6.610	2	1,0	9.220	14	12,1
Colombia	7.974	56	7,6	9.165	123	25,2
Costa Rica	335	3	4,4	796	6	N/D
Cuba	180	0	0,0	4.759	71	101,4
Ecuador	6.116	25	7,4	4.091	23	6,8
El Salvador	272	10	9,0	292	5	4,5
Estados Unidos	68.459	80	2,0	52.000	75	1,9
Guatemala	652	8	1,9	904	2	0,5
Haití	76	4	1,5	3	0	0,0
Honduras	508	15	7,2	310	41	19,6
México ^{&}	10.568	205	9,4	16.696	333	15,3
Panamá ^{&}	1.852	4	5,0	561	3	3,8
Paraguay ^{&}	599	1	0,7	1.289	55	38,4
Perú	40.818	81	14,3	13.357	100	17,6
República Dominicana	707	36	22,1	1.228	45	42,5
Santa Lucía	5	0	0,00	24	0	0,0
Suriname ^{&}	184	2	18,9	336	11	104,4
Uruguay	106	0	0,0	1.232	9	51,3
Venezuela	338	9	1,5	339	6	1,0

Nota:

N/D: Datos no disponibles

[&] Corresponde a mujeres embarazadas y puérperas

*RMM Razón de Mortalidad Materna, calculada sobre las defunciones de embarazadas (y en algunos casos se incluye puérperas) positivas a SARS-CoV-2

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 septiembre de 2021, se notificaron 633.888 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 15.752 defunciones, en pueblos o comunidades indígenas de 18 países en las Américas para los cuales se dispone de información (**Tabla 7**), lo que representa 29.624 casos adicionales y 725 defunciones adicionales con relación a la Actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 21 de agosto de 2021.³ En este mismo periodo el mayor incremento relativo¹¹ de casos se observó en Guatemala, con 33% (9.365 casos adicionales) y México (29%, 8.694 casos adicionales) mientras que los incrementos más elevados fueron observados en Paraguay (23%, 17 defunciones adicionales) y Suriname (18%, 11 defunciones adicionales).

Tabla 7. Número de casos y defunciones confirmadas acumulados por COVID-19 en pueblos indígenas de las Américas. Enero 2020 al 17 de septiembre 2021*.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Argentina	3.127	111
Belice	2.093	45
Bolivia	30.603	575
Brasil	53.188	807
Canadá	38.263	408
Chile	67.678	1.258
Colombia	70.069	2.035
Costa Rica	2.460	35
Ecuador**	5.832	216
Estados Unidos de América**	259.884	4.860
Guatemala**	28.289	676
Guyana**	95	6
México	29.740	3.715
Panamá**	6.918	123
Paraguay	583	73
Perú	30.805	682
Suriname	2.731	60
Venezuela	1.530	67
Total	633.888	15.752

Nota:

* El 17 de septiembre 2021 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.

** Sin actualización de la información desde la publicación de la OPS/OMS del 21 de agosto de 2021³.

Fuente: 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.

V. COVID-19 en población menor de 20 años

¹¹ Los incrementos relativos pueden ser debidos a un retraso en la notificación.

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 otros¹².

La evidencia disponible hasta el momento sugiere que los niños y adolescentes serían menos susceptibles a la infección por SARS-CoV-2 y 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^{13,14,15,16,17}

Aunque se necesitan más estudios, algunos sugieren que los niños, como en el caso de los adultos, pueden presentar síntomas de larga duración relacionados con la infección por el SARS-CoV-2.^{18,19} Los resultados de un estudio de cohorte prospectivo en el que participaron niños entre 5 y 17 años de edad en el Reino Unido mostraron que, aunque la enfermedad suele ser breve y con poca carga en los niños, una pequeña proporción (<2%) presentó una enfermedad de larga duración tras la infección por el SARS-CoV-2.²⁰

A continuación, se presenta un breve análisis sobre la **evolución de los casos y defunciones por COVID-19 en menores de edad en la Región de las Américas** desde el inicio de la pandemia, según los datos disponibles.

Como se observa en el siguiente gráfico, la evolución de los casos de COVID-19 se ha desagregado por tramos de edad (**Figura 4**). El nivel de transmisión de casos y muertes entre niños <5 años y 5-14 años se ha mantenido en las tasas más bajas en comparación con otros grupos de edad en todas las subregiones de la Región de las Américas.

¹² 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/2MYdL4Q>

¹³ 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>

¹⁴ 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>

¹⁵ Viner, R. M., Russell, S., Saulle, 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>

¹⁶ 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>

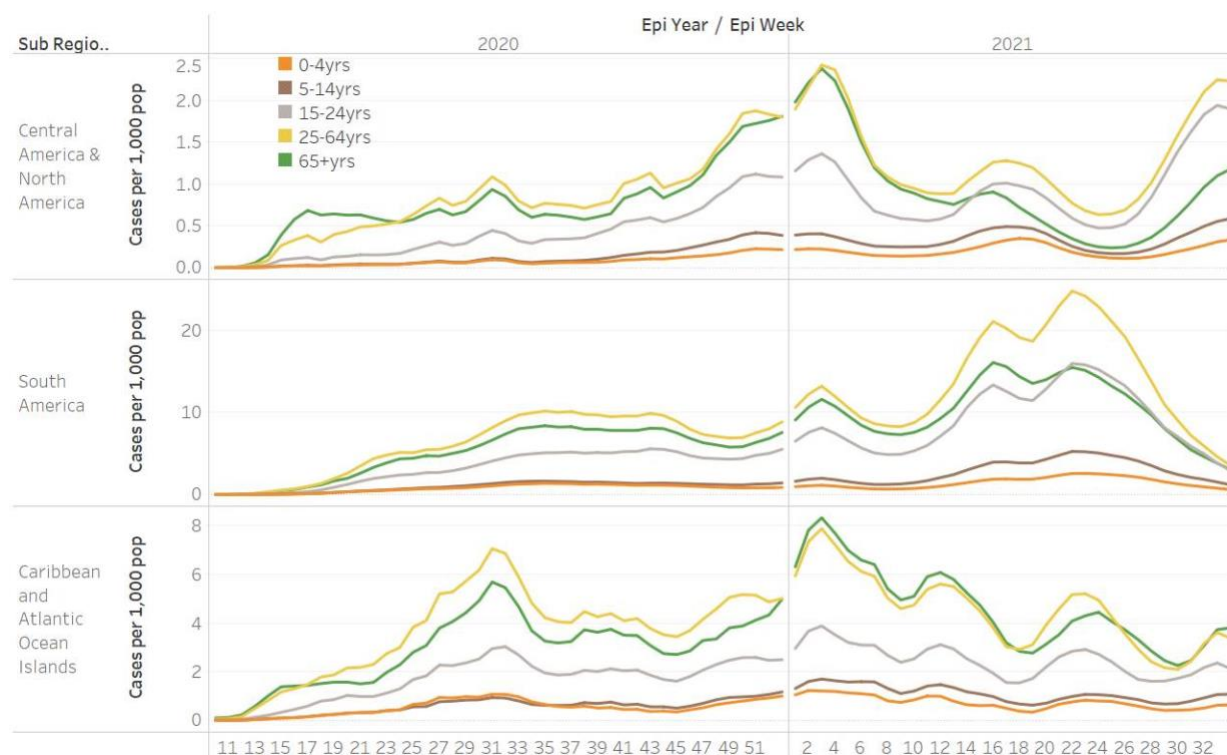
¹⁷ Leidman E, Duca LM, Omura JD, Proia K, Stephens JW, Sauber-Schatz EK. COVID-19 Trends Among Persons Aged 0–24 Years — United States, March 1–December 12, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021; 70:88–94. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7003e1>

¹⁸ Buonsenso D, Munblit D, De Rose C, et al. Preliminary evidence on long COVID in children. *Acta Paediatr*. 2021;110(7):2208–2211. DOI: <https://doi.org/10.1111/apa.15870>

¹⁹ Brackel, L.H., Lap, C.R., Buddingh, E.P. et al. Pediatric long-COVID: An overlooked phenomenon? *Pediatric Pulmonology*, 2021(56); 2495–2502. DOI: <https://doi.org/10.1111/apa.15870>

²⁰ Molteni, E., Sudre, C.H., Canas, L.S., et al. Illness duration and symptom profile in symptomatic UK school-aged children tested for SARS-CoV-2. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00198-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00198-X).

Figura 4. Tasa de incidencia de COVID-19 (por 1.000 habitantes) por grupo de edad, por subregión en la Región de las Américas. 2020-2021.



Fuente: Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional y reproducidos por la OPS/OMS.

En el siguiente cuadro se presentan los casos y las muertes por grupo de edad para la Región de las Américas (**Tabla 8**).

Tabla 8. Casos acumulados y porcentaje de casos y defunciones por COVID-19 por grupo de edad en la Región de las Américas. 2020 (mayo a diciembre) y 2021 (enero a agosto).

	Caso	Caso	% de Caso	% de Caso	Defunciones	Defunciones	% de Defunciones	% de Defunciones
Grupo Etario	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
0-4 años	196.352	213.635	1,5%	1,32%	951	468	0,20%	0,13%
5-9 años	204.251	266.724	1,5%	1,65%	217	133	0,05%	0,04%
10-14 años	262.634	430.673	2,0%	2,66%	301	174	0,06%	0,05%
15-19 años	495.322	848.271	3,7%	5,25%	737	509	0,16%	0,15%
Adultos	12.198.380	14.404.398	91,3%	89,12%	467.069	345.803	99,53%	99,63%

Fuente: Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional y reproducidos por la OPS/OMS.

En cuanto al porcentaje de defunciones, las tasas se han mantenido más bajas para todos los rangos de edad en 2021 en comparación con 2020. En cuanto al porcentaje de casos, excepto en el rango de edad de 0 a 4 años, los demás rangos presentan un ligero aumento en el porcentaje. Sin embargo, la interpretación de los datos debe hacerse con cuidado dado que los meses incluidos en 2020 y en 2021 difiere en este análisis, y que 1) la disponibilidad y el acceso a las pruebas en 2020 fue significativamente menor que en 2021, 2) ha habido un estricto cierre de escuelas implementado en toda la Región durante la mayor parte de 2020 y la mitad de 2021, reduciendo así la exposición de los niños, 3) las tasas de vacunación entre los adultos ha aumentado con el tiempo aunque con notables diferencias entre los países, 4) en el hemisferio norte desde junio hasta finales de agosto fue la temporada de vacaciones de verano que generalmente se asocia con los movimientos de vacaciones de las familias y los campamentos de verano de los niños, y 5) desde septiembre de 2021 la escolarización presencial se ha restablecido en algunos países del hemisferio norte.

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

A nivel global, diversos reportes y publicaciones científicas han descrito grupos de niños y adolescentes que requieren ingreso en unidades de cuidados intensivos debido a 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 este evento 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 un evento raro, estos casos presentan importantes desafíos para los sistemas de salud y puede dar lugar a presentaciones clínicas graves y llegar a ser fatal.

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 septiembre de 2021, 24 países y territorios de la región de las Américas han notificado 7.547 casos confirmados acumulados de SIM-P, incluidas 153 defunciones (tasa de letalidad 2,03%) (**Tabla 8**). Durante este mismo periodo, 21 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 21 de agosto de 2021³, al 17 de septiembre de 2021, se registraron 517 casos y 15 defunciones adicionales.

En la medida que aumentan los casos de SIM-P, es importante que cada país/territorio caracterice los casos²¹ para comprender mejor la presentación clínica, la gravedad, el tratamiento y los resultados clínicos.

²¹ Formulario para la notificación de casos, disponible en: <https://bit.ly/3jlbGvw>

Tabla 9. 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 septiembre 2021.

País/Territorio	Número de Casos Confirmados	Número de Defunciones
Argentina	211	1
Barbados	2	1
Bolivia	1	1
Brasil	1.269	80
Canadá	136	0
Chile	382	5
Colombia	10	5
Costa Rica	42	0
Cuba	3	0
Ecuador	27	0
El Salvador	30	0
Estados Unidos de América	4.808	44
Guadeloupe	6	0
Guatemala	2	0
Guyana Francesa	1	0
Honduras	3	0
Martinica	3	0
Panamá	81	2
Paraguay	133	8
Perú	16	0
Puerto Rico	*	*
República Dominicana	137	6
San Martín	2	0
Trinidad y Tobago	29	0
Uruguay	18	0
Venezuela	195	0
Total	7.547	153

Nota:

* El 17 de septiembre 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.

Según el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, los datos correspondientes a este país incluyen 52 jurisdicciones estadounidenses (incluidos 49 estados, la ciudad de Nueva York, Puerto Rico y Washington, DC). Disponible en: <https://bit.ly/2SrKBOj>

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.

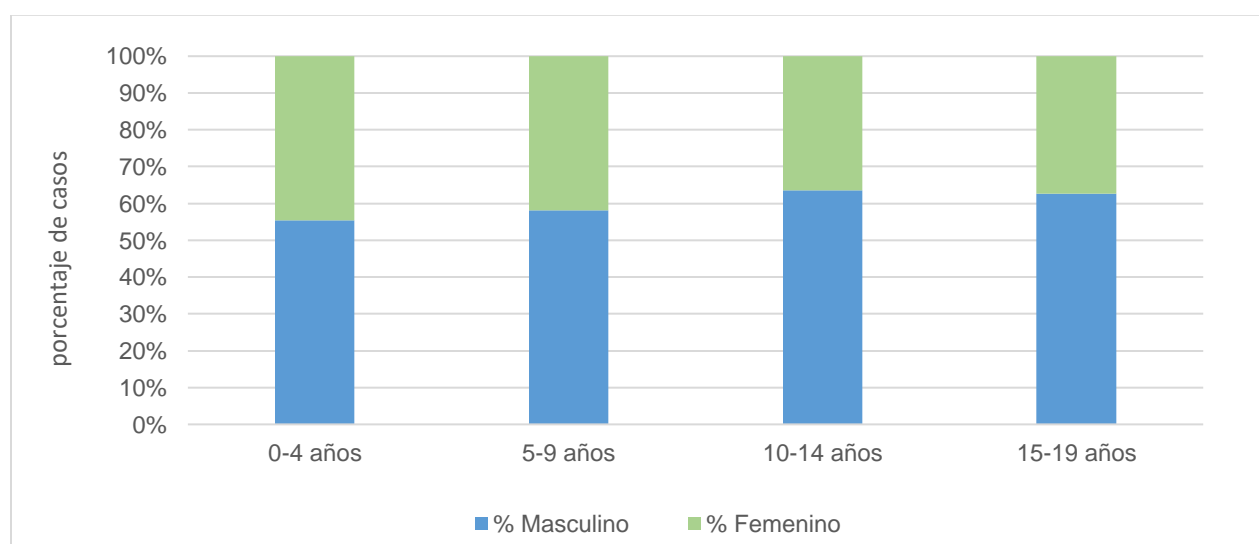
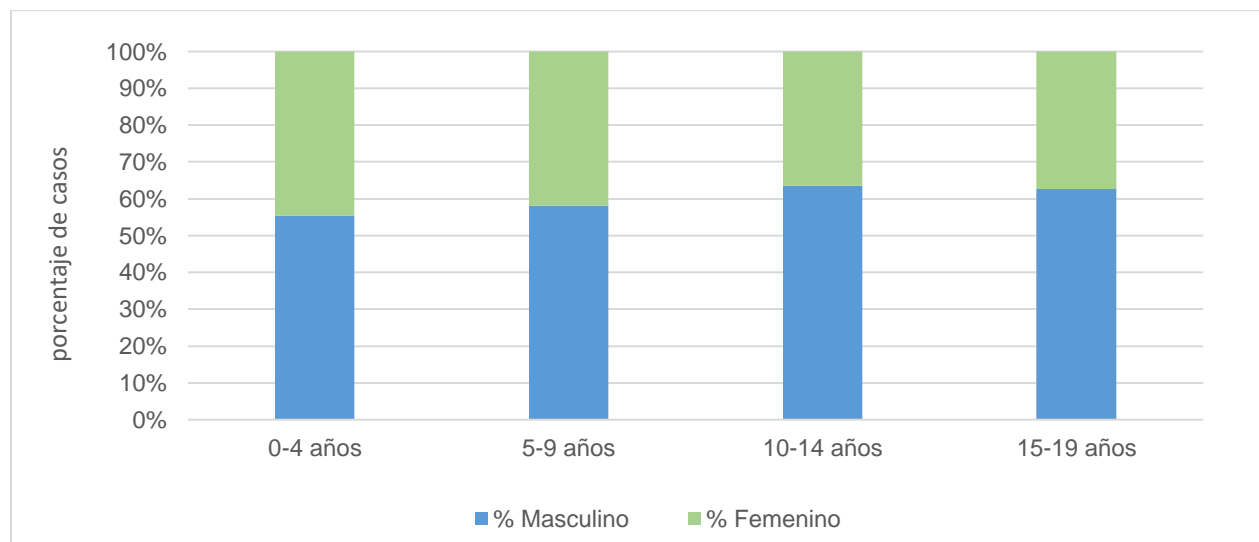
Del total de casos notificados, para los cuales se cuenta con datos sobre la edad y sexo (n=7.078), 33% de 5 a 9 años, 30,4% tenían entre 0 a 4 años, 25,9% de 10 a 14 años y 10,7% entre 15 a 19 años (los Estados Unidos de América incluye en este grupo etario las personas de 20 años). Con relación a la distribución por sexo, 59,2% de los casos son hombres.

Respecto de los casos con desenlace fatal, de los 149 casos para los cuales se cuenta con datos sobre la edad y sexo se distribuyeron de la siguiente manera: 33,6% en el grupo etario de 0 a 4 años, 20,8% de 5 a 9 años, 20,8% de 10 a 14 años y 24,8% entre 15 a 19 años; el 52% de los casos fueron de sexo masculino.

Entre los casos por grupo de edad, la distribución por sexo generalmente se alinea con la distribución general por sexo para los niños de 0 a 4 años (55% hombres, 45% mujeres) y de 5 a 9 años (58% hombres, 42% mujeres). Sin embargo, la brecha por sexo es marcadamente pronunciada entre los jóvenes de 10 a 14 años (63% hombres, 37% mujeres) y de 15 a 19 años (63% hombres, 37% mujeres), con aproximadamente dos tercios de los casos que ocurren entre hombres (**Figura 9a**).

Con respecto a las defunciones por grupo de edad, la distribución por sexo solo se alinea con la distribución general por sexo para los jóvenes de 15 a 19 años (49% hombres, 51% mujeres). Entre los niños de 0 a 4 años (60% de hombres, 40% de mujeres) y los de 5 a 9 años (61% de hombres, 39% de mujeres) la proporción de hombres es mayor mientras que la proporción de mujeres es mayor que la de hombres entre los niños de 10 a 14 años (35% de hombres, 65% de mujeres) (**Figura 9b**). Los factores potenciales que contribuyen a estas diferencias merecen una mayor investigación y deben continuar siendo monitoreados.

Figura 9a-b. Porcentaje de casos confirmados y defunciones por síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (MIS-C) relacionados temporalmente con COVID-19 en la Región de las Américas, por grupo de edad y sexo. Mayo de 2020 al 17 de septiembre de 2021*.



Nota:

* El 17 de septiembre 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.

Según el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, los datos correspondientes a este país incluyen 52 jurisdicciones estadounidenses (incluidos 49 estados, la ciudad de Nueva York, Puerto Rico y Washington, DC). Disponible en: <https://bit.ly/2SrKBOj>

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.

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 septiembre, se han notificado al menos 2.008.680, incluidas 11.502 defunciones, de acuerdo con la información disponible de 40 países y territorios de las Américas (**Tabla 10**). Estos datos incluyen 216.468 casos y 750 defunciones adicionales desde la actualización epidemiológica del 21 de agosto de 2021.³ El total representa 13,4% del personal de salud total, estimado en 15 millones.²²

²² 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 10. Casos y defunciones confirmados acumulados de COVID-19 en trabajadores de la salud de las Américas. Enero 2020 al 17 de septiembre de 2021*.

País/Territorio	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Anguila	10	0
Antigua y Barbuda	44	2
Argentina	98.685	613
Aruba	290	0
Bahamas**	955	13
Belice	340	2
Bermuda**	49	0
Bolivia	28.418	456
Bonaire**	102	1
Brasil	642.783	872
Canadá	106.425	62
Chile	64.681	134
Colombia	66.561	327
Costa Rica	8.558	48
Curaçao**	122	0
Dominica	1	0
Ecuador	12.262	121
El Salvador**	7.643	79
Estados Unidos de América	553.103	1.759
Granada	14	0
Guatemala**	7.920	65
Haiti**	808	1
Honduras**	13.668	115
Islas Vírgenes Británicas	141	0
Islas Caimán**	24	0
Jamaica**	861	4
México£	274.493	4.392
Panamá**	8.657	112
Paraguay	17.448	182
Perú	75.039	1.424
República Dominicana	2.097	39
Santa Lucía	160	0
Saint Kitts y Nevis	34	0
San Vicente y las Granadinas**	31	0
San Eustaquio**	8	0
Sint Maarten**	61	0
Suriname	1.722	3
Islas Turcas y Caicos	97	0
Uruguay	9.174	28
Venezuela	5.191	198
Total	2.008.680	11.052

Nota: * El 17 de septiembre 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.

** Sin actualización de la información desde la publicación de la OPS/OMS del 21 de agosto de 2021.³

£ 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.

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/30zjmCj</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/3i8IJR</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. OPS/OMS. Actualización epidemiológica: enfermedad por coronavirus (COVID-19). 21 de agosto de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3zoTM1g>
2. OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicado el 21 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3v6e0Mi>
3. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Argentina**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
4. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Bolivia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
5. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Brazil**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
6. Ministerio de Salud de Brasil. Disponible en: <https://bit.ly/3vb3JP2> y <https://bit.ly/2OnJAVg>
7. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Canadá**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
8. Gobierno de **Canadá**. Coronavirus (COVID-19) y comunidades indígenas. Disponible en: <https://bit.ly/2lhCEWq>
9. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Chile**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
10. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Colombia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
11. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Costa Rica**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
12. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **República Dominicana**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
13. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Ecuador**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
14. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **El Salvador**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
15. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Guatemala**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
16. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **México**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
17. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Países Bajos**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico

18. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Panamá**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
19. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Paraguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
20. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Perú**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
21. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Saint Kitts y Nevis**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
22. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Suriname**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
23. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Reino Unido**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
24. **Estados Unidos** de América. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Datos sobre COVID-19 durante el embarazo. Disponible en: <https://bit.ly/2SWWyYT>. Síndrome inflamatorio multisistémico en niños (MIS-C), disponible en: <https://www.cdc.gov/mis-c/>. Datos sobre COVID-19 entre el personal sanitario. Disponible en: <https://bit.ly/3j3YGvW>.
25. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Uruguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
26. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Venezuela**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico