

Resumen ejecutivo

- Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta la semana epidemiológica (SE) 47 (terminando en el día 27 de noviembre de 2021), se notificaron 260.547.965 casos acumulados confirmados de COVID-19 a nivel global, incluyendo 5.195.833 defunciones. El 37,1% de los casos y 45,2% de las defunciones globales fueron notificadas por la Región de las Américas.
- La subregión de América del Norte continuó presentando las mayores proporciones de casos (77,8%) y de defunciones (72,0%) entre la SE 43 y la SE 47. En comparación con las 4 semanas previas (SE 38-SE 42), el número de casos notificados disminuyó en todas las subregiones. Comparando los mismos periodos, el número de defunciones notificadas disminuyó en todas las subregiones, mayormente en el Caribe y las Islas del Océano Atlántico (59,2%) y América Central (43,9%).
- La variante de preocupación (VOC por sus siglas en inglés) Delta sigue predominando en toda la región. La VOC Ómicron, recientemente reconocida, ya se ha detectado en la Región de las Américas.
- Hasta el 30 de noviembre de 2021, se han notificado un total de 342.513 infecciones por el SARS-CoV-2 entre mujeres embarazadas, incluidas 3.309 defunciones (tasa de letalidad del 1,0%), en 35 países/territorios de la Región.
- Entre los pueblos indígenas de 18 países de las Américas, se notificaron 710.027 casos acumulados, incluyendo 16.860 defunciones acumuladas.
- Un total de 27 países y territorios notificaron 8.686 casos confirmados acumulados de Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19, incluidas 165 defunciones.
- Con relación a los trabajadores de la salud, 41 países y territorios notificaron 2.379.335 casos, incluidas 12.898 defunciones.

Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 2 de diciembre de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021

Tabla de Contenido

Resumen de la situación global	- 3 -
Resumen de la situación en la Región de las Américas	- 4 -
Destacado de la Subregión de América Central	- 6 -
Aspectos destacados	- 7 -
Variantes de SARS-CoV-2	- 7 -
Vacunación, hospitalizaciones y tasa de mortalidad	- 9 -
COVID-19 durante el embarazo	- 12 -
COVID-19 en pueblos indígenas	- 17 -
COVID-19 en población menor de 20 años	- 18 -
Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19	- 18 -
COVID-19 en trabajadores de la salud	- 21 -
Orientaciones para las autoridades nacionales	- 23 -
Referencias	- 24 -

Resumen de la situación global

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta la SE 47, se han notificado un total acumulado de 260.547.965 casos confirmados de COVID-19, incluidas 5.195.833 defunciones en todo el mundo. En las últimas 5 semanas epidemiológicas (SE 43-47) se notificaron un total de 17.193.564 casos confirmados y 246.534 defunciones adicionales.

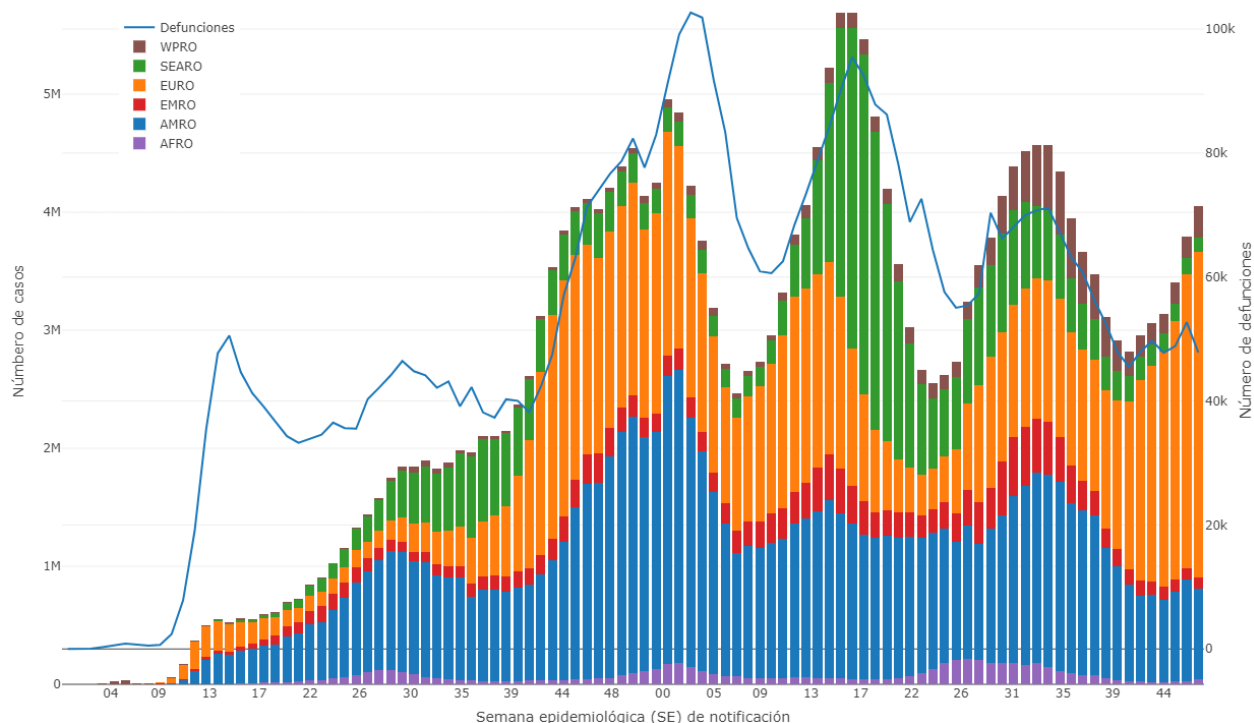
Cuando se compara las tendencias de las SE 38-42 vs. las SE 43-47¹, se observa un aumento en el número de casos nuevos del 12,5% y un descenso en el de defunciones del 1,3%. Al analizar la información de las Regiones específicas de la OMS², se observó un descenso en el número de nuevos casos de COVID-19 notificados en la Región de África (AFRO) (42,3%), la Región del Mediterráneo Oriental (EMRO) (34,5%), la Región de Asia Sudoriental (SEARO) (41,8%), la Región del Pacífico Occidental (WPRO) (32,7%) y Región de las Américas (AMRO) (25,0%). Sin embargo, EURO presentó un incremento (67,6%) en la proporción de los nuevos casos notificados. En cuanto a las defunciones, se ha observado una tendencia descendente en la mayoría de las Regiones de la OMS (AFRO, EMRO, SEARO, WPRO y AMRO). Siguiendo un patrón similar al del aumento de nuevos casos notificados, EURO ha presentado un aumento del número de defunciones del 57,1% durante el mismo periodo de comparación (**Figura 1**).

Se observa una tendencia global creciente de los casos y las defunciones desde la SE 42. En la SE 46 (14 al 20 de noviembre de 2021), se observa un incremento de los casos (11,3%) y las defunciones (8%) en comparación con la semana anterior. Aunque este incremento fue condicionado por EURO, las Regiones de AMRO y WPRO también presentaron aumentos en menor medida durante ese período. Si bien el número de casos a nivel global en la SE 47 (21 al 27 de noviembre de 2021) se mantuvo similar a la semana anterior (aumento del 0,3%), los casos se aceleraron en AFRO (93,2%) y continuaron aumentando en WPRO (24,4%).

¹ La Actualización Epidemiológica más reciente de la OPS / OMS sobre COVID-19, publicada el 30 de octubre de 2021, disponible en: <https://bit.ly/3pAM69B> incluyó datos de aproximadamente la SE 38 (19-25 de septiembre de 2021) y la SE 42 (17-23 de octubre de 2021); por lo tanto, cubrió el período del 19 de septiembre al 23 de octubre de 2021. El informe actual incluye datos desde la SE 43 (24-30 de octubre de 2021) a la SE 47 (21-27 de noviembre de 2021); por lo tanto, cubre el período comprendido entre el 24 de octubre y el 27 de noviembre de 2021 (aproximadamente un mes de datos), a menos que se indique lo contrario. Las siguientes tablas y figuras pueden incluir ajustes retrospectivos y los aumentos relativos pueden ser el resultado de una notificación retrasada.

² Los datos son comunicados por las respectivas Oficinas Regionales de la OMS: AFRO: Oficina Regional para África; AMRO: Oficina Regional para las Américas; EMRO: Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental; EURO: Oficina Regional para Europa; SEARO: Oficina Regional para Asia Sudoriental; WPRO: Oficina Regional de para el Pacífico Occidental.

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 47, 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 29 de noviembre 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 la SE 47 de 2021, se han notificado un total acumulado de 96.674.045 casos confirmados de COVID-19, incluidas 2.346.096 defunciones, en los 56 países y territorios de la Región de las Américas. Del total de casos y defunciones notificados a nivel global, la Región contribuyó con el 37,1% de los casos y un 45,2% de las defunciones.

Desde la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 30 de octubre de 2021³ (final de la SE 42) hasta la SE 47, se han notificado 3.717.640 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 61.566 defunciones en la Región de las Américas.

En comparación con el periodo anterior de 5 semanas (EW 38-EW 42), el número de casos notificados disminuyó en todas las subregiones. La mayor reducción de casos se ha reportado

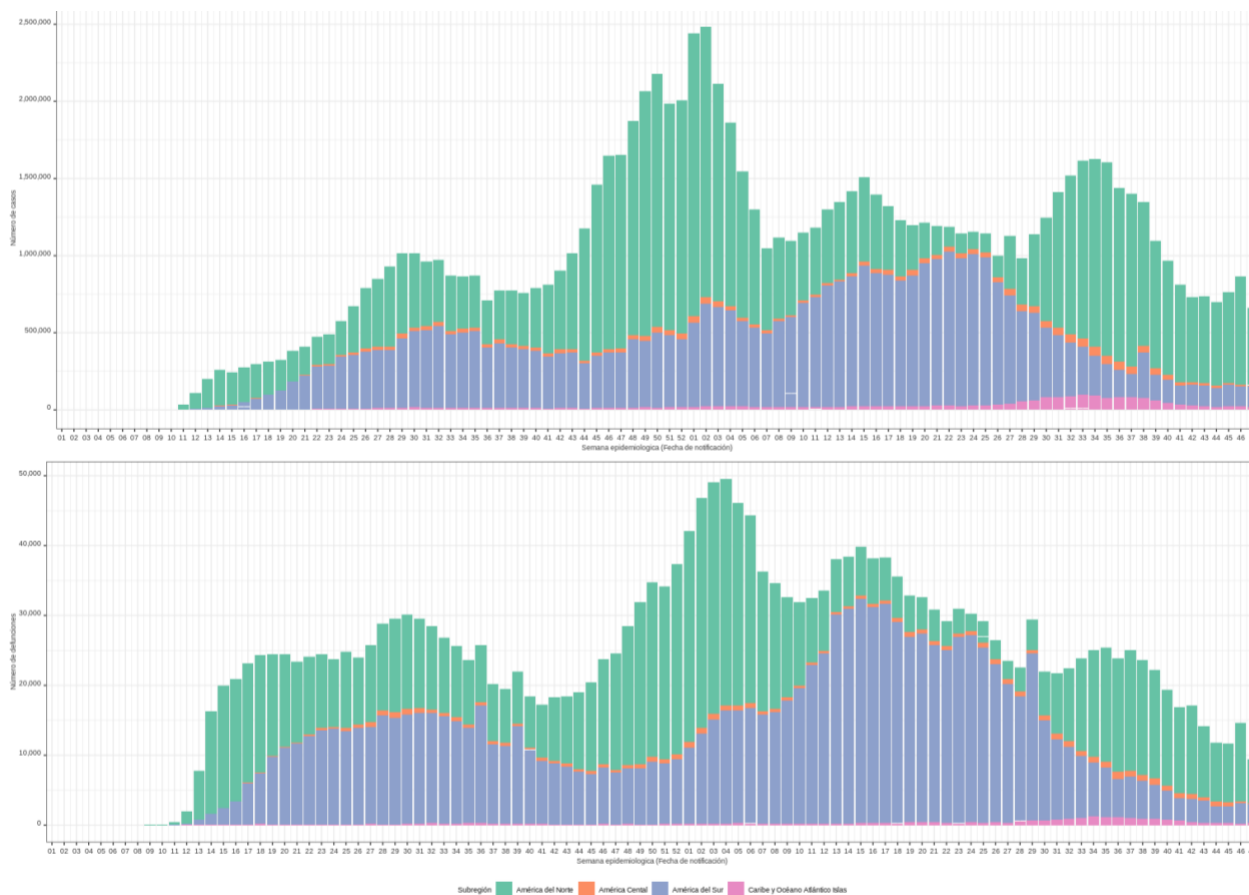
³ OPS/OMS. Actualización Epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19) - 30 de octubre de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3pAM69B>

en América Central⁴ (65,5%) y la mayor disminución de defunciones se registró en Caribe y las Islas del Océano Atlántico⁵ (59,1%).

La subregión de América del Norte⁶ siguió notificando el mayor número de casos nuevos en este periodo (2.895.530, o, el 77,8% de los casos notificados en la Región), seguida de América del Sur⁷ (665.416, o, el 17,9%), el Caribe y las Islas del Océano Atlántico (103.014, o, el 2,8%) y América Central (55.461, o, el 1,5%) (**Figura 2a**).

La subregión de América del Norte también representó la mayor proporción de defunciones notificadas (72,0%) durante la SE 43 - SE 47, con un total de 44.377 defunciones notificadas, lo que representa un aumento del 21,5% en comparación con el periodo anterior (**Figura 2b**).

Figura 2a-b. Distribución de los casos confirmados de COVID-19 y defunciones, por subregión y semana epidemiológica (SE) de notificación. Región de las Américas, hasta la SE 47 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.

⁴ Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

⁵ Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bermuda, Bonaire, Cuba, Curazao, Dominica, Granada, Guadalupe, Guyana, Guayana Francesa, Haití, 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, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Bartolomé, San Eustaquio, San Martín, San Pedro y Miquelón, San Vicente y las Granadinas, Sint Maarten, Surinam y Trinidad y Tobago.

⁶ Canadá, Estados Unidos de Norte América y México.

⁷ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, y Venezuela.

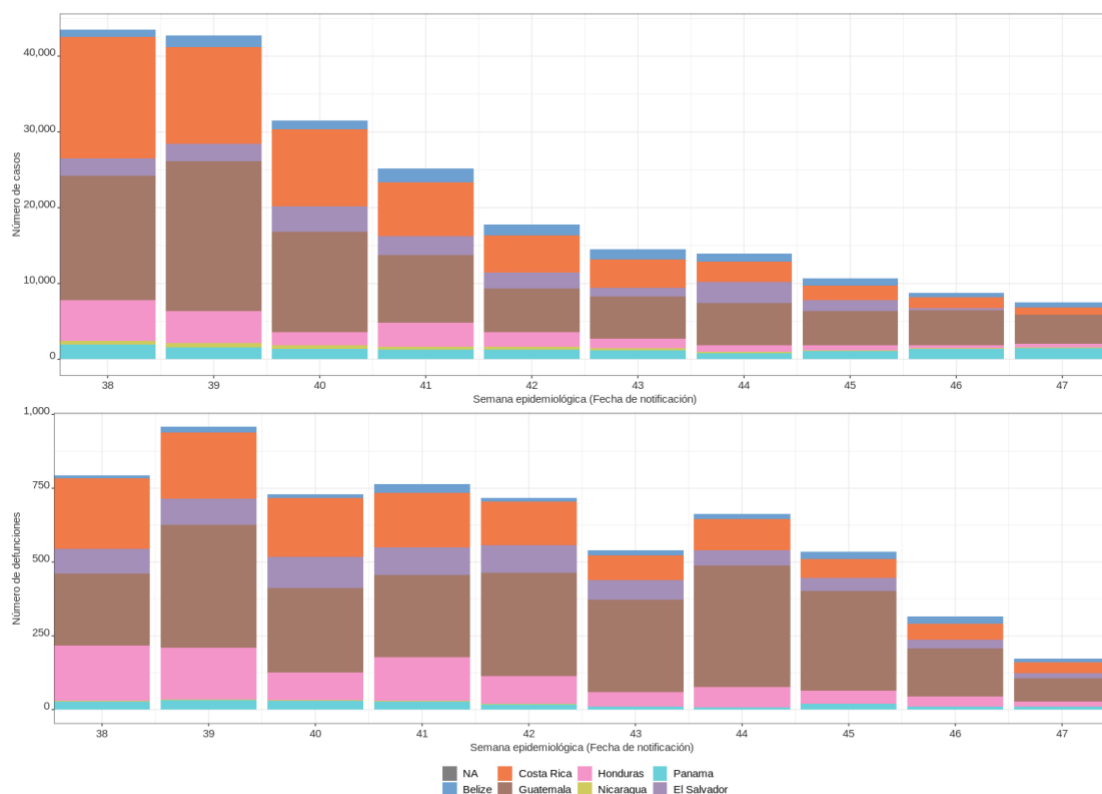
Destacado de la Subregión de América Central

A continuación, se describen brevemente las tendencias del COVID-19 en la subregión de **América Central**.

En América Central, se observó la mayor reducción del número de casos de todas las subregiones de AMRO, observándose una tendencia descendente en el número de casos notificados (que oscilan entre el 21,8% y el 79,2%) en todos los países de la subregión durante el período SE 43 – SE 47 en comparación con el período SE 38 – SE 42 de 2021. En cuanto a las defunciones, si bien casi todos los países de esta subregión informaron una disminución del número de defunciones notificadas, Belice experimentó un incremento del 15,5% en comparación con el periodo anterior.

Durante este periodo (SE 43-SE 47 de 2021), Guatemala (24.036 casos o el 43,3% de los casos notificados en la subregión), seguido de Costa Rica (10.590 casos o el 19,1%) y Panamá (5.843 casos o el 10,5%) fueron los principales contribuyentes al número de casos en esta subregión (**Figura 3a**). Guatemala (1.302 defunciones o 58,5% de las defunciones notificadas en la Región) fue también el principal contribuyente al número de defunciones en esta subregión durante este periodo, seguido de Costa Rica (341 defunciones o 9,7%) y El Salvador (215 defunciones o 9,7 %) (**Figura 3b**).

Figura 3a-b. Distribución de los casos confirmados de COVID-19 y defunciones por país y por semana epidemiológica de notificación. Subregión de América Central. SE 38 – SE 47 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 29 de noviembre de 2021, se han compartido, a nivel mundial, más de 5.563.687 secuencias genómicas a través de bases de datos de acceso público.

Hasta el 29 de noviembre de 2021, 55 países y territorios de las Américas han publicado en la plataforma GISAID 2.140.700 secuencias del SARS-CoV-2, recolectados entre febrero de 2020 y noviembre de 2021. Un total de 55 países y territorios han notificado variantes de preocupación (VOC por sus siglas en inglés)⁸ y contribuyeron con información genómica en la plataforma de GISAID. Cabe destacar que las Islas Malvinas han notificado VOC, pero no han aportado datos del genoma a GISAID, mientras que San Eustaquio ha contribuido a GISAID pero no ha detectado una VOC en el territorio.

El listado de las variantes de SARS-CoV-2, de acuerdo con la clasificación de la OMS al 29 de noviembre de 2021,⁹ se encuentra disponible en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Variantes de preocupación (VOC) y variantes de interés (VOI), según clasificación de la OMS al 29 de noviembre de 2021.

Clasificación OMS de las variantes de SARS-CoV-2	Denominación OMS	Linaje Pango*
Variantes de preocupación (VOC)	Alfa	B.1.1.7 †
	Beta	B.1.351
	Gamma	P.1
	Delta	B.1.617.2 §
	Ómicron ‡	B.1.1.529
Variantes de interés (VOI)	Lambda	C.37
	Mu	B.1.621

Notas:

*Incluye todos los linajes descendientes. La lista completa de linajes de Pango se puede encontrar en <https://bit.ly/3IAhser>; 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/3IFf99V>

‡ ver la declaración sobre la clasificación de la variante de preocupación Ómicron (disponible solamente en inglés), visite: <https://bit.ly/313npg6>

Fuente: OMS. Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2.⁵ Accedido el 29 de noviembre de 2021.

⁸ OPS/OMS. PAHO Daily COVID-19 Update: 29 November 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3xzsvtG>

⁹ OMS. Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2. Disponible en: <https://bit.ly/3rga9dG>

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**). El 28 de noviembre de 2021, tras la clasificación de Ómicron como una VOC, la OMS publicó un informe técnico con acciones prioritarias para los Estados Miembros¹⁰. Ya se han identificado casos de Ómicron en varios países, con una alta probabilidad de una mayor propagación. Al 29 de noviembre de 2021, se informó la detección de las cinco VOC en la Región de las Américas.

Tabla 2. Resumen de países/territorios que han notificado casos de las variantes de preocupación (VOC) al 01 de diciembre de 2021.

	Denominación de la OMS				
	Alfa	Beta	Gamma	Delta	Ómicron
Número de países/territorios a nivel global que han notificado casos*	197	147	104	201	25
Número de países/territorios en las Américas que han notificado casos*	50	26	43	54	3

Nota:

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

Fuentes: OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 30 de noviembre de 2021.³ 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.

¹⁰ WHO. Enhancing Readiness for Omicron (B.1.1.529): Technical Brief and Priority Actions for Member States. Disponible en: <https://bit.ly/3lo0Yqy>

II. Vacunación, hospitalizaciones y tasa de mortalidad

Algunos de los artículos publicados ^{11,12,13,14} 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), especialmente en 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 y controlar la transmisión del SARS-CoV-2, por lo cual se deben mantener las medidas de salud pública y de distanciamiento social de acuerdo con la situación epidemiológica de cada país y territorio.

A la SE 8 (hasta el 27 de febrero de 2021), numerosos países presentaban bajas coberturas de vacunación, observándose la cobertura más alta en Estados Unidos con el 15-25% de su población completamente vacunada. Con la expansión en la oferta de dosis de vacunas, para la SE 26 (3 de julio de 2021) la mayoría de los países en la Región de las Américas tenían coberturas de entre un 10 y un 25%. A fines de la SE 47 (27 de noviembre de 2021), la mayoría de los países presentan tasas altas de población completamente vacunada, por ejemplo, Canadá, Chile, Cuba y Uruguay, como puede observarse en la **Figura 4**.

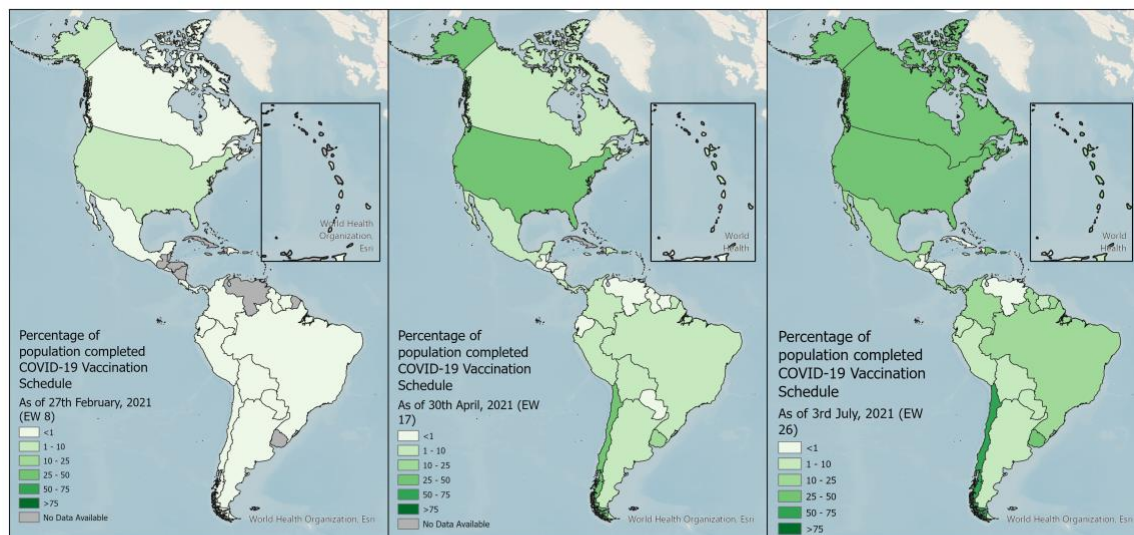
¹¹ Cook TM, Roberts JV. Impact of vaccination by priority group on UK deaths, hospital admissions and intensive care admissions from COVID-19. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/anae.15442>

¹² Leshem E, Wilder-Smith A. COVID-19 vaccine impact in Israel and a way out of the pandemic. *The Lancet* 2021 May 5 doi: 10.1016/S0140-6736(21)01018-7. Disponible en: <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, hospitalizations, and deaths following a nationwide vaccination campaign in Israel: an observational study using national surveillance data. *The Lancet* 2021, ISSN 0140-6736. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00947-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00947-8)

¹⁴ Moghadas, SM, Vilches, TN, Zhang, et al. The impact of vaccination on COVID-19 outbreaks in the United States. *Clin Infect Dis* 2021. Disponible en: <http://doi.org/10.1093/cid/ciab079>

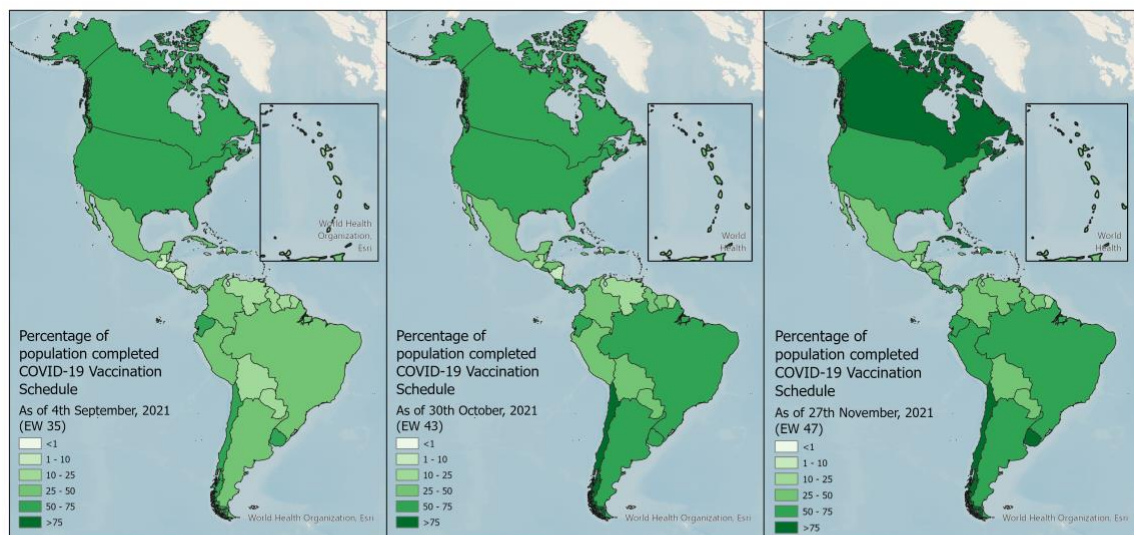
Figura 4. Porcentaje de la población con el esquema completo de la vacuna COVID-19 en la Región de las Américas. SE 8 a SE 47 de 2021.



© Pan American Health Organization-World Health Organization 2021. All rights reserved. The designations employed and the presentation of the material in these maps do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the Secretariat of the Pan American Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.



0 1,000 2,000 4,000 km



© Pan American Health Organization-World Health Organization 2021. All rights reserved. The designations employed and the presentation of the material in these maps do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the Secretariat of the Pan American Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.



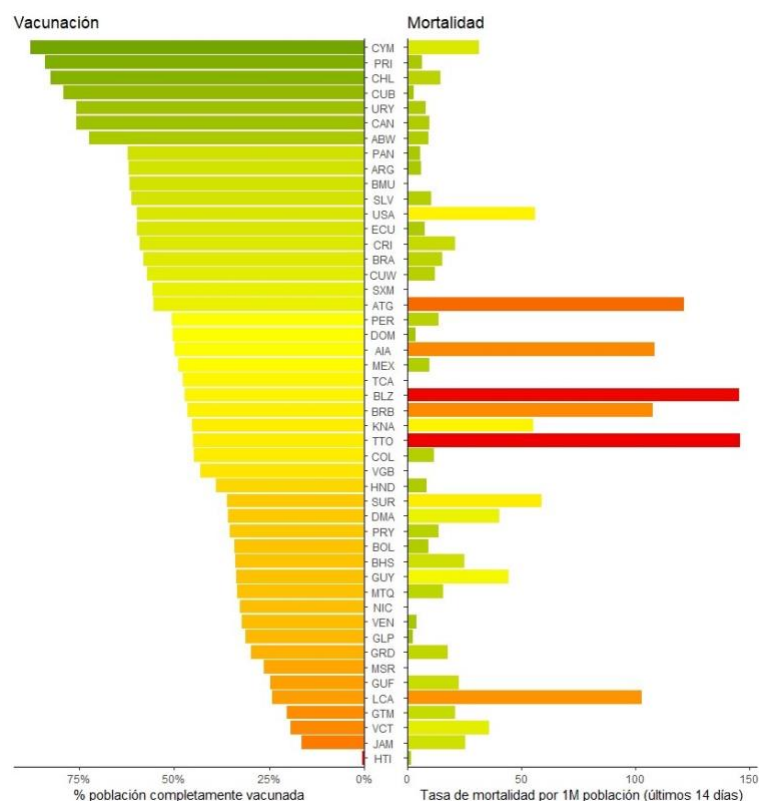
0 1,000 2,000 4,000 km

Fuente: Covid-19 vacunación en las Américas and tasa de mortalidad por COVID-19 en: https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp y <https://covid19.who.int/>

Del total de países/territorios de la Región de las Américas, 7 países/territorios presentan una cobertura de vacunación de más del 70% (esquema completo de la vacuna de COVID-19) (**Figura 5**). Sin embargo, se observa una mayor tasa de mortalidad en los países/territorios con una cobertura de vacunación inferior al 50%.

Figura 5. Porcentaje de la población que ha completado el esquema de vacunación contra el COVID-19 al final de la semana epidemiológica (SE) 47 de 2021 (izquierda) frente a la tasa

de mortalidad de COVID-19 por cada 1.000.000 de habitantes (*derecha*). Región de las Américas.



Fuente: Vacunación contra la COVID-19 en la Región de las Américas y tasa de mortalidad de COVID-19. Disponibles en: <https://bit.ly/3EdTePf> y <https://covid19.who.int/>

Las actividades de vacunación de COVID-19 se están produciendo con diferente velocidad en cada subregión en las Américas, lo que indica que la disponibilidad de vacunas no es el único factor determinante de la tasa de vacunación. Inicialmente, América del Norte¹⁵ tuvo la tasa más alta de vacunación entre las SE 7 y 17 de 2021, seguida de la subregión del Cono Sur¹⁶. Después de la SE 17, la subregión de América del Norte mantuvo una tasa constante de vacunación y, por el contrario, Cono Sur, la Región Andina y Brasil¹⁷ y América Central¹⁸ intensificaron la tasa de vacunación por COVID-19, especialmente entre las SE 29 a 31 de 2021, manteniendo hasta el momento tasas altas de vacunación (**Figura 6**, izquierda). Sin embargo, en las últimas 8 semanas, la tasa de aumento de la vacunación fue muy baja, con un aumento menor al 0,25% (**Figura 6**, derecha). Las vacunas COVID-19 continúan siendo la mejor herramienta de control para esta pandemia.

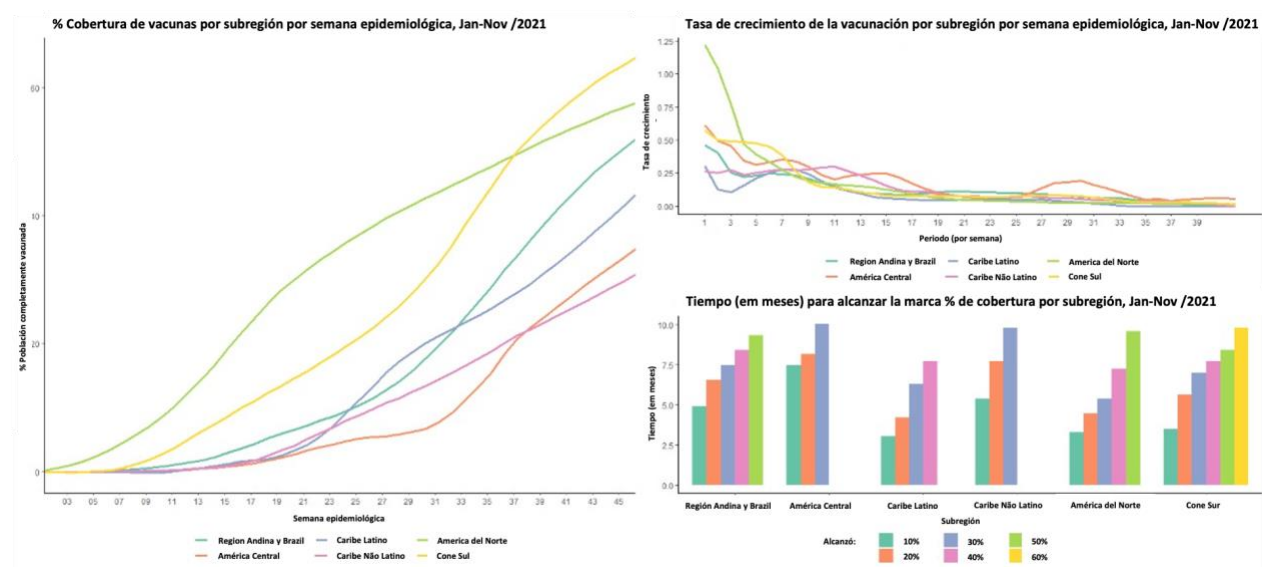
¹⁵ La subregión comprende Canadá, México y Estados Unidos de América

¹⁶ La subregión comprende Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay

¹⁷ La subregión comprende Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela

¹⁸ La subregión del Caribe no latino comprende Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Bonaire, Islas Caimán, Curazao, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Montserrat, Saba, San Eustaquio Sint Maarten, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Islas Turcas y Caicos y las Islas Vírgenes Británicas.

Figura 6. Evolución de la cobertura de vacunación COVID-19 por subregión en la Región de las Américas^{15,16,17,18,19,20}. Enero a noviembre de 2021.



Fuente: Vacunación contra la COVID-19 en la Región de las Américas. Disponible en: <https://bit.ly/3EdTePf>

Nota: Datos al 19 de noviembre de 2021.

III. COVID-19 durante el embarazo

Se está generando nueva evidencia sobre la importancia de COVID-19 durante el embarazo. 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.

Un estudio²¹ realizado por el CDC de Estados Unidos identificó que en 1.249.634 hospitalizaciones por parto durante el período marzo de 2020 a septiembre de 2021, las mujeres con COVID-19 tenían un mayor riesgo de muerte fetal en comparación con las mujeres sin COVID-19 (riesgo relativo ajustado [RRA] = 1,90; IC 95 % = 1,69-2,15). La magnitud de la asociación fue mayor durante el período de predominio de la variante B.1.617.2 (Delta) SARS-CoV-2 que durante el período pre-Delta. La implementación de estrategias de prevención del COVID-19 basadas en la evidencia, incluida la vacunación antes o durante el embarazo, es fundamental para reducir el impacto del COVID-19 en las muertes fetales. Sin embargo, se deben proponer otros estudios para comprender los factores de riesgo relacionados con COVID-19 durante el embarazo.

¹⁹ La subregión del Caribe Latino comprende Cuba, República Dominicana, Guayana Francesa, Guadeloupe, Haití, Martinica y Puerto Rico

²⁰ La subregión del Caribe no Latino comprende Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Bonaire, Islas Cayman, Curazao, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Montserrat, Saba, San Eustaquio Sint Maarten, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Islas Turcas y Caicos y las Islas Vírgenes Británicas.

²¹ De Sisto, C., Wallace, B., Simeone, R., et. al. Risk for Stillbirth Among Women With and Without COVID-19 at Delivery Hospitalization – United States, March 2020 – September 2021. US CDC. Morbidity and Mortality Weekly Report. November 26, 2021, Vol. 70, No. 4. Disponible en: <https://bit.ly/31fhK3V>

Desde la notificación de los primeros casos de COVID-19 en las Américas hasta el 26 de noviembre de 2021, fueron notificadas 342.513 infecciones por SARS-CoV-2 en embarazadas, incluyendo 3.309 defunciones (con una tasa de letalidad de 1.0%) en 35 países y territorios para los cuales se dispone de información; este informe incluye datos de dos territorios adicionales (Aruba y Sint Maarten) en comparación con el informe anterior.

Al comparar estos datos con los publicados en la Actualización epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19), publicada por la OPS/OMS el 30 de octubre del 2021³ se tienen 17.286 casos adicionales y 72 defunciones adicionales. Usando el mismo periodo de comparación, el incremento relativo más alto en los casos confirmados acumulados ocurrió en Belice (50%, 311 casos adicionales) y en Bermuda (45%, 9 casos adicionales); en cuanto a las defunciones, el incremento relativo más alto se observó en Belice (80%, 8 defunciones adicionales) y Costa Rica (17%, 2 defunciones adicionales) (**Tabla 3**).

Tabla 3. Infección por SARS-CoV y defunciones durante el embarazo, por país/territorio. Región de las Américas, enero de 2020 – 26 de noviembre 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	8	0	0,00
Antigua y Barbuda**	4	0	0,00
Argentina	22.484	215	0,96
Aruba	38	0	0,00
Bahamas**	101	1	0,99
Belice	626	10	1,60
Bermuda	20	0	0,00
Bolivia**	3.405	51	1,50
Brasil	15.360	1.302	8,48
Canadá**	8.552	3	0,04
Chile**	16.093	16	0,10
Colombia	18.759	193	1,03
Costa Rica	1.383	12	0,80
Cuba	5.949	95	1,60
Ecuador	2.844	57	2,00
El Salvador**	564	15	2,66
Estados Unidos de América	147.516	240	0,16
Guatemala**	1.958	15	0,77
Guyana**	13	0	0,00
Haití**	106	4	3,77
Honduras**	818	56	6,85
Islas Caimán	11	0	0,00
Islas Turcas y Caicos	29	0	0,00
Islas Vírgenes Británicas**	3	0	0,00
México	30.858	636	2,06
Panamá	2.619	14	0,53
Paraguay	2.162	89	4,10
Perú	55.440	190	0,34
República Dominicana	1.586	45	2,84
Saint Kitts y Nevis**	15	0	0,00
Santa Lucía	46	0	0,00
Sint Maarten	21	0	0,00
Suriname	580	22	3,79
Uruguay**	1.765	12	0,68
Venezuela**	777	16	2,06
Total	342.513	3.309	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 30 de noviembre 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 30 de octubre de 2021.

Fuentes: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR). 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.

Según los datos obtenidos de 24 países en 2021, 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 4**). Aunque la mayoría de los países han notificado una razón de mortalidad materna (RMM) más alta en el año en curso, este aumento ha sido especialmente elevado en algunos países como Paraguay, Suriname y Chile, donde se observa un aumento del 8785,7%, 1004,5%, y el 697,7% en la RMM al comparar los datos de 2021 con los de 2020, respectivamente. Varios factores pueden explicar las variaciones que se muestran a continuación, entre ellos las diferencias en los sistemas de vigilancia, las estrategias de vigilancia a medida que evoluciona la pandemia, las estrategias de inmunización y la disponibilidad de vacunas para las mujeres embarazadas en los distintos países.

Tabla 4. Indicadores seleccionados de COVID-19 durante el embarazo en países de las Américas. Año 2020 y enero a noviembre 2021.

País	Año 2020			Enero - noviembre 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 ^{&}	9001	41	5,5	13483	174	23,2
Belice	181	2	28,4	445	8	150,6
Bolivia	963	31	12,5	2442	20	8,1
Brasil	5489	256	9,0	9871	1046	37,0
Canadá	2925	1	0,3	5627	2	0,5
Chile	6610	2	0,9	9220	14	6,2
Colombia	7994	56	7,7	10765	137	22,4
Costa Rica	335	3	0,4	1048	9	0,1
Cuba	180	0	0,0	5769	95	87,3
Ecuador	1589	29	8,6	1255	28	8,3
El Salvador	272	10	9,0	292	5	4,5
Estados Unidos de América	68459	80	2,0	79057	160	4,0
Guatemala	652	8	1,9	1306	7	1,6
Haití	79	4	5,1	27	0	0,0
Honduras	508	15	7,2	310	41	19,6
México ^{&}	10568	205	9,4	20293	431	25,5
Panamá ^{&}	1697	9	11,3	922	5	6,3
Paraguay ^{&}	599	1	0,7	1563	88	61,5
Perú	40818	81	14,3	14622	109	19,2
República Dominicana	707	36	21,7	879	9	6,3
Santa Lucía	5	0	0,0	41	0	0,0
Suriname ^{&}	184	2	18,9	396	20	189,8
Uruguay	106	0	0,0	1659	12	25,5
Venezuela	338	9	1,5	439	7	1,1

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 26 de noviembre de 2021, se notificaron 710.027 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 16.860 defunciones, en pueblos o comunidades indígenas de 18 países en las Américas para los cuales se dispone de información (**Tabla 5**), lo que representa 45.021 casos y 430 defunciones adicionales con relación a la Actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 30 de octubre de 2021³. En este mismo periodo, el mayor incremento relativo de casos se observó en Perú (33%, 14.903 casos adicionales) y Canadá (8%, 4.010 casos adicionales), mientras que el mayor incremento en defunciones se observó en Canadá (12%, 63 defunciones adicionales) y Surinam (9%, 7 defunciones adicionales).

Tabla 5. Número de casos y defunciones confirmadas acumulados por COVID-19 en pueblos indígenas de las Américas. Enero 2020 al 26 de noviembre 2021*.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Argentina	3.191	115
Belice	4.375	65
Bolivia**	30.603	575
Brasil	55.671	838
Canadá	49.612	532
Chile**	68.425	1.275
Colombia	71.665	2.088
Costa Rica	2.824	37
Ecuador	6.560	226
Estados Unidos de América	287.099	4.860
Guatemala**	36.776	749
Guyana**	95	6
México	35.108	4.410
Panamá	6.972	125
Paraguay	596	77
Perú	45.850	734
Suriname	2.916	79
Venezuela**	1.689	69
Total	710.027	16.860

Nota:

* El 26 de noviembre 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 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 30 de noviembre de 2021³.

‡ Actualización no disponible sobre las defunciones en poblaciones indígenas.

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

Desde el inicio de la pandemia se conoce que los niños, niñas y adolescentes tienen un menor riesgo de enfermarse y de fallecer 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 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 otros²². Con el fin de apoyar a los Estados Miembros y a los responsables de la toma de decisiones, la OPS/OMS ha publicado consideraciones sobre las medidas de salud pública relacionadas con la escuela para las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19. El informe completo está disponible en: <https://bit.ly/3br5cYM>.

El último informe científico de la OMS sobre el COVID-19 en niños y adolescentes resume los conocimientos actuales sobre la adquisición y transmisión del SARS-CoV-2 en esta población. El informe completo está disponible en: <https://bit.ly/3pOg4Zm>.

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 clínicas 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 poco frecuente, estos casos tienen una presentación clínica grave y pueden tener un desenlace fatal, lo que representa 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-P, 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 29 de noviembre de 2021, 27 países y territorios de la región de las Américas han notificado 8.686 casos confirmados acumulados de SIM-P, incluidas 165 defunciones (tasa de letalidad 1,9%) (**Tabla 6**). Durante este mismo periodo, 22 países y territorios han comunicado oficialmente a la OPS/OMS que no han detectado casos de SIM-P. Belice no notificó oficialmente ningún caso de MIS-C en el país por primera vez.

Desde la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 30 de octubre de 2021, al 29 de noviembre de 2021, se registraron 464 casos y 5 defunciones adicionales.

²² 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>

²¹ Formulario de informe de casos para casos sospechosos de síndrome inflamatorio multisistémico (MIS) en niños y adolescentes temporalmente relacionados con COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3cTmrUF>

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.

Tabla 6. 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 29 de noviembre de 2021.

País/Territorio	Número de casos confirmados	Número de defunciones confirmadas
Argentina	217	1
Barbados	2	1
Bolivia	1	1
Brasil	1.377	84
Canadá	145	0
Chile	404	5
Colombia	17	6
Costa Rica	57	1
Cuba	3	0
Ecuador	28	0
El Salvador	30	0
Estados Unidos de América	5.711	49
Guadalupe	15	0
Guatemala	2	0
Guayana Francesa	3	0
Honduras	3	0
Martinica	13	0
Panamá	92	2
Paraguay	150	9
Perú	21	0
Puerto Rico	*	*
República Dominicana	144	6
Santa Lucía	1	0
San Martín	**	**
Trinidad y Tobago	29	0
Uruguay	22	0
Venezuela	195	0
Total	8.686	165

Nota: El 29 de noviembre de 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.

*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>.

**Anteriormente se notificaron dos casos de SIM-P para San Martín, pero desde entonces se han reclasificado en Guadalupe.

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=8.209), 30% de 0 a 4 años, 33% tenían entre 5 a 9 años, 26% de 10 a 14 años y 11% entre 15 a 19 años (los Estados Unidos de América incluye en este grupo etario a las personas de 20 años). Con relación a la distribución por sexo, 59% de los casos son hombres.

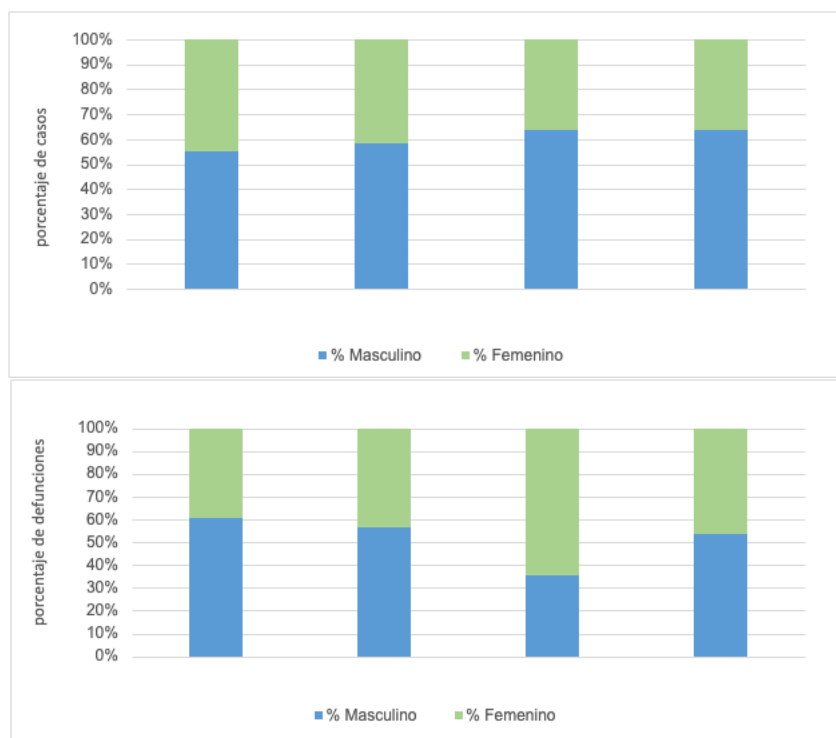
Respecto de los casos con desenlace fatal, de los 160 casos para los cuales se cuenta con datos sobre la edad y sexo se distribuyeron de la siguiente manera: 32% en el grupo etario de 0 a 4 años, 23% de 5 a 9 años, 19% de 10 a 14 años y 26% entre 15 a 19 años; el 53% de los casos fueron de sexo masculino.

Entre los casos por grupo de edad y sexo, la distribución de hombres frente a mujeres entre los niños de 0 a 4 años (55% hombres, 45% mujeres) es menor que la distribución general de los casos de MIS-C por sexo (59% hombres, 41% mujeres), mientras que la distribución entre 10 a 14 años y 15 a 19 años (64% hombres, 36% mujeres, respectivamente) es más alto, con aproximadamente dos tercios de los casos de MIS-C que ocurren entre hombres para cada uno de estos dos grupos de edad. La distribución de hombres frente a mujeres entre el grupo de edad de 5 a 9 años (58% hombres, 42% mujeres) es aproximadamente la misma que la distribución general de casos de MIS-C por sexo. **(Figura 7a)**

Entre las muertes por grupo de edad y sexo, la distribución de hombres frente a mujeres entre los niños de 0 a 4 años (61% hombres, 39% mujeres) y de 5 a 9 años (57% hombres, 43% mujeres) es mayor. que la distribución general de casos mortales de MIS-C por sexo (53% hombres, 47% mujeres) mientras que la distribución entre los jóvenes de 15 a 19 años (54% hombres, 46% mujeres) generalmente se alinea con la distribución general observada en MIS -C casos. Por el contrario, entre los jóvenes de 10 a 14 años, la proporción entre mujeres es mayor que entre hombres (35% hombres, 65% mujeres). **(Figura 7b)** Los factores potenciales que contribuyen a estas diferencias merecen una mayor investigación y deben continuar siendo monitoreados.

Figura 7a-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 29 de noviembre de 2021*.



Nota: *29 de noviembre 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.

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 29 de noviembre de 2021, se han notificado al menos 2.379.335 casos en trabajadores de la salud, incluidas 12.898 defunciones, de acuerdo con la información disponible de 41 países y territorios de las Américas (**Tabla 7**). Estos datos incluyen 202.822 casos y 1.058 defunciones adicionales desde la actualización epidemiológica del 30 de octubre de 2021.³ El total de casos representa 16% del total del personal de salud, 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 7. Casos y defunciones confirmados acumulados de COVID-19 en trabajadores de la salud de las Américas. Enero 2020 al 30 de noviembre de 2021*.

País/Territorio	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Anguila	13	0
Antigua y Barbuda**	44	2
Argentina	240.261	1.273
Aruba	301	0
Bahamas**	955	14
Belice	542	4
Bermuda	59	0
Bolivia**	28.418	456
Bonaire	123	1
Brasil	655.105	903
Canadá**	113.105	64
Chile**	64.681	134
Colombia	68.230	337
Costa Rica	8.969	57
Curazao	138	0
Dominica**	1	0
Ecuador	13.332	156
El Salvador**	7.643	79
Estados Unidos de América	761.378	2.810
Granada**	14	0
Guatemala**	8.642	65
Haití**	781	3
Honduras**	13.668	115
Islas Caimán	36	0
Islas Malvinas**	12	0
Islas Turcas y Caicos	110	0
Islas Vírgenes Británicas**	141	0
Jamaica**	861	4
México	286.285	4.572
Panamá	9.078	115
Paraguay	17839	183
Perú	76.099	1.475
República Dominicana	1.645	23
Saint Kitts y Nevis**	34	0
San Eustaquio	8	0
San Vicente y las Granadinas**	31	0
Santa Lucía	246	0
Sint Maarten	73	0
Suriname	1.722	3
Uruguay**	9.745	28
Venezuela**	6.806	205
Total	2.379.335	12.898

Nota: * El 30 de noviembre de 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 30 de octubre 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). 30 de octubre de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3rnDsxk>
2. OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicado el 30 de noviembre de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3v6eOMi>
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 **Belice**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
5. Ministerio de Salud de **Brasil**. Disponible en: <https://bit.ly/3vb3JP2> y <https://bit.ly/2OnJAVg>
6. Gobierno de **Canadá**. Coronavirus (COVID-19) y comunidades indígenas. Disponible en: <https://bit.ly/2lhCEWq>
7. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Colombia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
8. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Costa Rica**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
9. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **República Dominicana**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
10. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Ecuador**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
11. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **México**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
12. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Países Bajos**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
13. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Panamá**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
14. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Paraguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
15. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Perú**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
16. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Santa Lucía** recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
17. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Suriname**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
18. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Reino Unido**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
19. **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>.