

Resumen ejecutivo

- Hasta el 17 de mayo 2021, fueron notificados 162,773,940 casos acumulados confirmados de COVID-19 a nivel global, incluyendo 3,375,573 defunciones, de los cuales 40% de los casos y 47% de las defunciones fueron aportadas por la región de las Américas.
- En abril 2021, la subregión de América del Sur contribuyó con el mayor número de casos y defunciones adicionales, aportando 809.233 casos y 45.410 defunciones, en comparación con marzo 2021.
- Hasta el 17 de mayo del 2021, Argentina, Aruba, Canadá, los Estados Unidos de América, México y Panamá han detectado las cuatro variantes de preocupación.
- Entre enero y abril de 2021, en comparación con lo notificado en 2020, se ha observado un incremento en el número de casos y de defunciones de embarazadas positivas a SARS-CoV-2 en al menos 12 países de las Américas. De continuar la tendencia, el número de casos y defunciones superará a lo observado el año anterior.
- Entre los pueblos indígenas de 18 países de las Américas, se notificaron 448.956 casos, incluyendo 7.884 defunciones.
- Un total de 22 países y territorios notificaron 5.555 casos confirmados acumulados de Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19, incluidas 123 defunciones.
- Con relación a los trabajadores de la salud, 23 países notificaron 1.827.427 casos, incluidas 9.161 defunciones.

Tabla de Contenido

Contexto	- 2 -
Resumen de la situación global.....	- 3 -
Resumen de la situación en la Región de las Américas	- 4 -
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.....	- 15 -
IV. COVID-19 en pueblos indígenas.....	- 17 -
V. COVID-19 en población menor de 20 años.....	- 19 -
Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19.....	- 22 -
VI. COVID-19 en trabajadores de la salud	- 25 -
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 OMS y el 31 de julio el Director General de la OMS declaró que el brote de COVID-19 sigue constituyendo una ESPII. Aceptó el asesoramiento del Comité a la OMS y lo presentó los Estados Parte como recomendaciones temporales en virtud del Reglamento Sanitario Internacional RSI (2005)¹. 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.

¹ Declaración sobre la cuarta reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con el brote de la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Disponible en: <https://bit.ly/3bVZYVZ>

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

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

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

Resumen de la situación global

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta el 17 de mayo de 2021, fueron notificados 162.773.940 casos acumulados confirmados de COVID-19, incluidas 3.375.573 defunciones en todo el mundo, lo que representa un total de 26.658.506 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 438.657 defunciones, desde la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 14 de abril de 2021³.

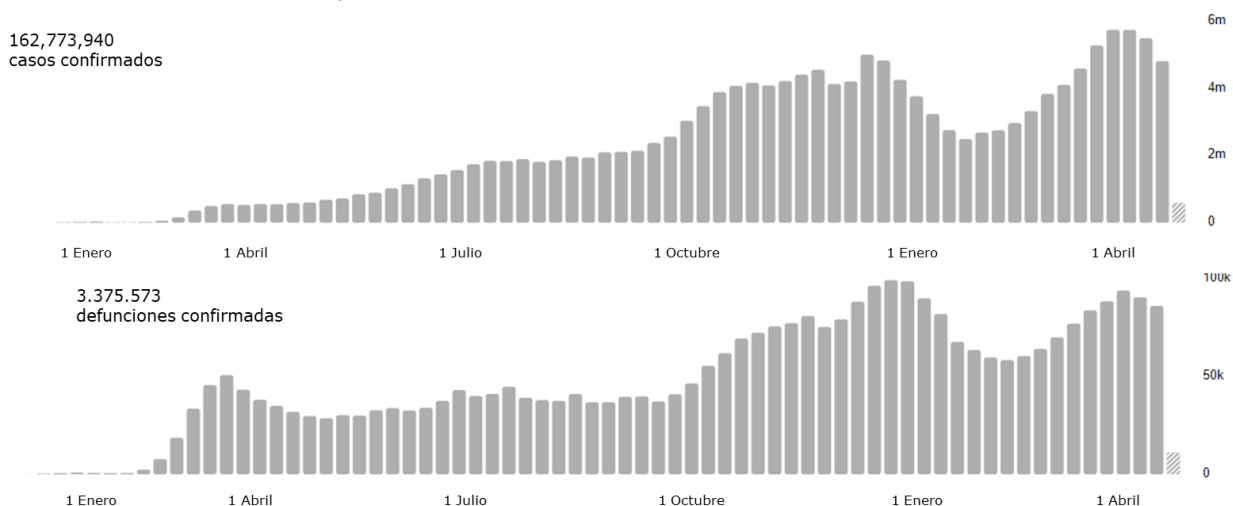
A nivel global, desde la notificación de los primeros casos confirmados de COVID-19, la semana que se inició el 19 de abril de 2021 presentó la cifra más alta con 5.743.532 casos notificados. Mientras que, con respecto a las defunciones, el número más alto se notificó en la semana que se inició el 18 de enero con 99.165 defunciones.

Al observar la curva epidémica de casos a nivel global, se advierte que con excepción del período comprendido entre el 18 de enero y el 29 de marzo de 2021, el número de casos notificado semanalmente en lo que va de 2021, supera a las cifras notificadas en 2020.

Con relación a las defunciones, durante la semana del 14 de diciembre de 2020, fue notificada la cifra más alta de todo el año, 80.836 defunciones. Desde entonces y con la excepción de 2 semanas hacia fines de diciembre de 2020, sólo durante el período comprendido entre el 15 de febrero y el 5 de abril de 2021 se observaron cifras inferiores al máximo de 2020 (**Figura 1**).

³ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 14 de abril de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3bjQWBD>

Figura 1. Distribución de casos y defunciones confirmadas de COVID-19 por semana, a nivel global. Enero 2020 - 17 mayo 2021.



Fuente: Tablero de datos de la OMS. COVID-19 al 17 de mayo de 2021. Disponible en: <https://covid19.who.int/>, accedido el 17 de mayo de 2021 a la 1:45 p.m.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

Hasta el 16 de mayo de 2021, los 56 países y territorios de la Región de las Américas⁴ han notificado 64.934.163 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 1.587.859 defunciones desde la detección de los primeros casos en la Región en enero del 2020.

Desde la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 14 de abril de 2021⁴ hasta el 16 de mayo de 2021, fueron notificados 6.363.082 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 168.689 defunciones en la región de las Américas, lo que representa un aumento de 10% y 11% de casos y de defunciones, respectivamente. Durante el mismo periodo, Anguila presentó un incremento de 73% en casos mientras que Trinidad y Tabago y Uruguay presentaron un incremento >35% en el número de casos y defunciones.

Durante el primer cuatrimestre de 2021, fueron notificados 26.684.044 casos, incluidas 657.055 defunciones en la Región de las Américas, de los cuales las subregiones de América del Norte⁵ y de América del Sur⁶, contribuyeron con la mayor proporción de casos (53% y 44%, respectivamente), mientras que las subregiones de América Central⁷ y El Caribe⁸,

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

⁵ Canadá, Estados Unidos de América y México.

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

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

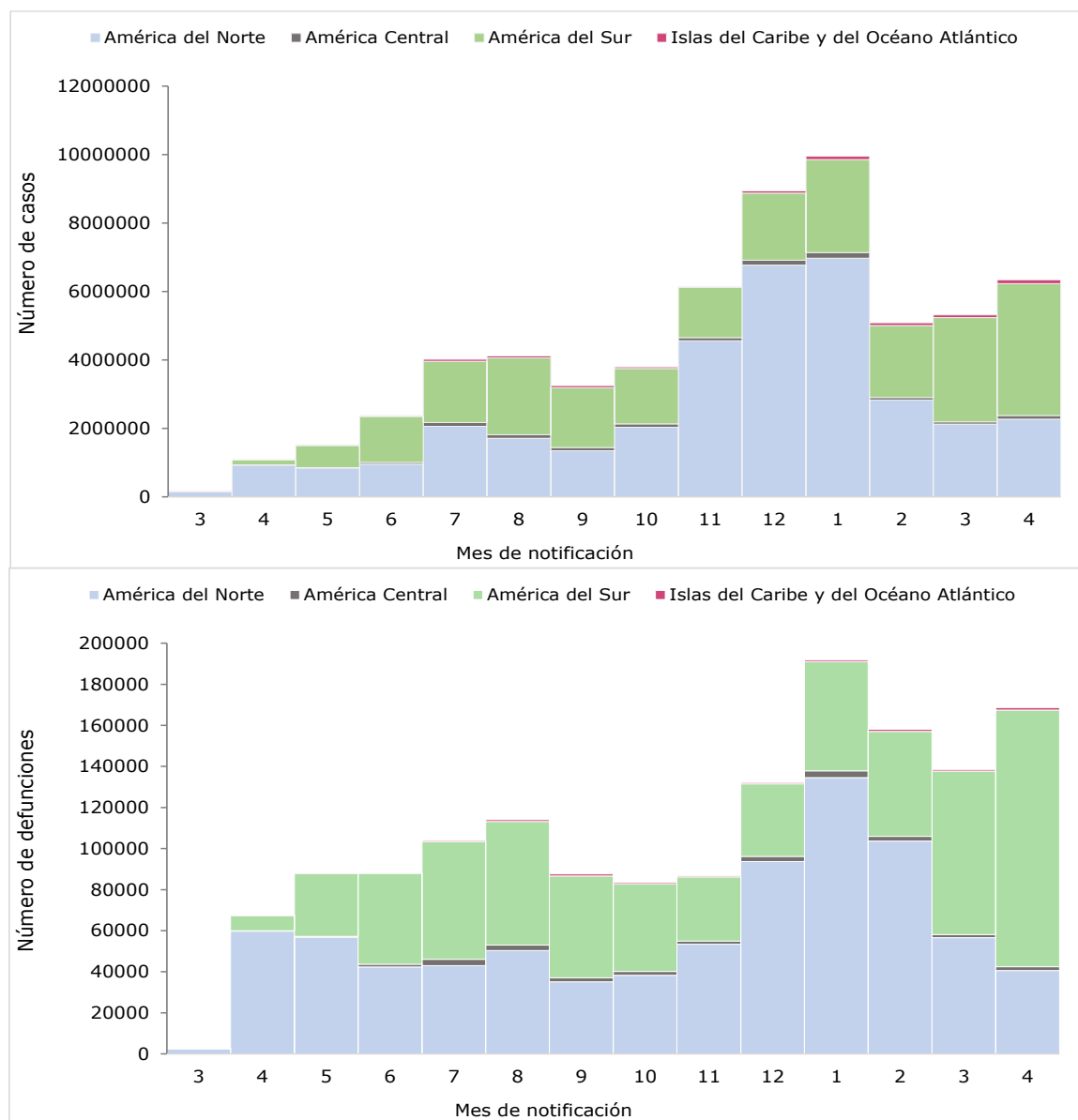
⁸ Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, las Bahamas, Barbados, Bermudas, Bonaire, las Islas Vírgenes Británicas, las Islas Caimán, Cuba, Curazao, Dominica, la República Dominicana, las Islas Malvinas, Granada, Guadalupe, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, Saba, San

contribuyeron con 2% y 1% cada una. En tanto que, durante el mismo periodo, la subregión de América del Norte aportó 51% del total de defunciones, seguida por América del Sur (47%) y luego América Central y las Islas del Caribe y del Océano Atlántico (1% cada una). En la Región de las Américas, el número más alto de casos y defunciones ocurrió en enero. **(Figura 2).**

En abril 2021, la subregión de América del Sur contribuyó con el mayor número de casos y defunciones adicionales, aportando 809.233 casos y 45.410 defunciones, en comparación con marzo 2021.

Bartolomé, San Cristóbal y Nieves, San Eustaquio, Santa Lucía, San Martín, San Pedro y Miquelón, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Turcas y Caicos y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

Figura 2. Distribución de casos y defunciones acumuladas de COVID-19, según subregión de las Américas. Marzo 2020 - abril 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 presenta un breve análisis sobre la situación epidemiológica de COVID-19 en **Cuba**⁹. Adicionalmente en este documento, se incluirá un análisis específico de Cuba, de acuerdo con la sección correspondiente.

⁹ Cabe destacar que el análisis se realiza con los datos disponibles, los cuales pudiesen tener limitaciones, tales como la latencia en la notificación o en la carga de los datos en los diferentes sistemas; las diferencias

Los primeros casos de COVID-19 en Cuba fueron confirmados el 11 marzo del 2020. Desde entonces hasta el 11 de mayo de 2021, se han confirmado 119.375 casos, incluidas 768 defunciones, con una tasa de incidencia acumulada de 135,6 por 100.000 habitantes y una tasa de letalidad de 0,64%.

En este documento, para el análisis de casos y defunciones, se utilizaron los datos publicados en el sitio web Covid19CubaData¹⁰ y los datos de población, se obtuvieron de las proyecciones de población publicadas por la División de Población de las Naciones Unidas¹¹.

Con el fin de identificar si los cambios observados en las tendencias temporales (por semana epidemiológica (SE)) tenían o no significación estadística, se analizó la tasa de incidencia por 100.000 habs., utilizando el software Joinpoint¹²

Al modelar la tasa de incidencia semanal, fueron identificados 6 cambios en la tendencia, de los cuales, 4 fueron estadísticamente significativos: el primero, entre la SE 12 y la SE 16 de 2020, con un cambio porcentual semanal (CPS) de 30,59%; el segundo, entre la SE 16 y la SE 30 de 2020 con un CPS de -7,77%; el tercero, entre la SE 30 y la SE 34 de 2020 con un CPS de 43,82% y el cuarto entre la SE40 de 2020 y la SE 5 de 2021 con un CPS de 33,63%. Los otros dos cambios, que no fueron estadísticamente significativos, ocurrieron entre la SE 34 y la SE 48 de 2020 con un CPS de -1,97% y entre la SE 5 y SE 18 de 2021, con un CPS de 3,07% (**Tabla 1**).

Tabla 1. Cambio porcentual semanal de tasa modelada de incidencia de COVID-19. Cuba, SE 12 de 2020 a SE 18 de 2021.

SE	CPS
12 - 16, 2020	30,59*
16 - 30,2020	-7,77*
30 - 34,2020	43,82*
34 - 38, 2020	-1,97
48, 2020 - 5,2021	33,63*
5 - 18,2021	3,07

Fuente: Datos publicados en Covid19CubaData y analizados por la OPS/OMS.

*estadísticamente significativo.

de días entre que el caso inicia síntomas, consulta y se le solicita el examen lo que influye en la tendencia de las curvas epidémicas; en los casos asintomáticos, la diferencia de tiempo entre la toma de la muestra y el resultado del examen es entregado y la información cargada en el sistema de registros. Las diferentes metodologías a nivel local para la trazabilidad de contactos, lo que influye en la capacidad para captar nuevos casos, entre otros factores.

¹⁰ Covid19CubaData. Disponible en: <http://www.cusobu.nat.cu/covid/#cuba>

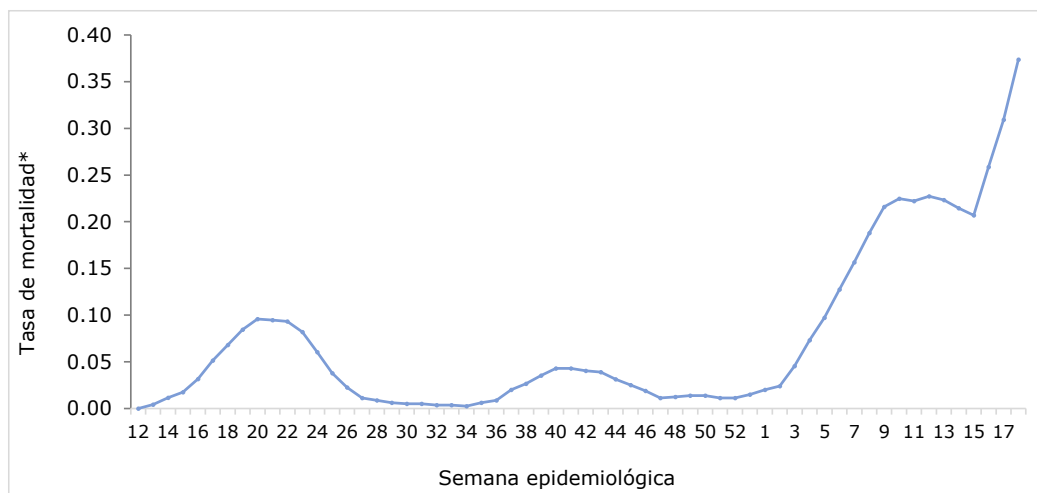
¹¹ Para los datos de población, se usaron las proyecciones publicadas por la División de Población de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Disponible en <https://bit.ly/3n6jFP4>

¹² Programa Joinpoint. Disponible en: <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>

Para el análisis de la tasa de mortalidad, se utilizó el software R¹³.

El análisis permite observar tres picos en las tasas de mortalidad, dos de los cuales ocurrieron en 2020 y el tercero, de mayor magnitud que los anteriores y actualmente en curso, se inició en la SE 1 de 2021, con un incremento semanal, estadísticamente significativo, de 11% (IC95%: 7,5% - 15,3%) entre la SE 2 y la SE 18 de 2021 (**Figura 3**).

Figura 3. Tasa modelada de mortalidad por COVID-19, según semana epidemiológica. Cuba, SE 12 de 2020 a SE 18 de 2021.



Fuente: Datos publicados en Covid19CubaData y analizados por la OPS/OMS.

La importancia de utilizar programas como Joinpoint o similares para modelar las curvas de tendencias, radica en la posibilidad de tener conciencia de cuándo los cambios ocurren u ocurrieron y tener en consideración las medidas de control y mitigación de la pandemia que han sido implementadas y que podrían haber impactado en esos cambios. El análisis de esos factores corresponde a las autoridades nacionales.

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.

¹³ Software R. Disponible en: <https://www.r-project.org/>

Desde la identificación inicial del SARS-CoV-2, hasta el 17 de mayo de 2021, se han compartido, a nivel mundial, más de 1.578.988 secuencias genómicas completas a través de bases de datos de acceso público.

Hasta el 17 de mayo de 2021, 43 países y territorios de las Américas han publicado en la plataforma GISAID 505.008 genomas del SARS-CoV-2, recolectados entre febrero 2020 y mayo 2021. Los países y territorios que han contribuido son: Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Belice, Bahamas, Barbados, Bermuda, Bolivia, Bonaire, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guadalupe, Guatemala, Guyana Francesa, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Jamaica, Martinica, México, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, San Bartolomé, San Eustaquio, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

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

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

El 11 de mayo, la OMS clasificó al linaje B.1.617, detectada por primera vez en la India, como VOC¹⁴, aumentando de esa manera a 4 el número de VOC y se mantienen las 6 VOI previamente informadas.

El listado de las variantes de SARS-CoV-2, de acuerdo con la clasificación de la OMS al 11 de mayo de 2021, se encuentra disponible en la **tabla 2**.

¹⁴ OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 11 de mayo de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3v6e0Mi>

Tabla 2. Variantes de preocupación (VOC) y variantes de interés (VOI), según clasificación de la OMS al 11 de mayo de 2021.

Variantes de SARS-CoV-2 Clasificación OMS	Linaje	Primera detección
Variante de preocupación	B.1.1.7	Reino Unido
	B.1.351	Sudáfrica
	P.1	Brasil / Japón
	B.1.617	India
Variante de interés	B.1.525	Reino Unido / Nigeria
	B.1.427/B.1.429	Estados Unidos de América
	B.1.1.28.2, alias P.2	Brasil
	B.1.1.28.3, alias P.3	Filipinas / Japón
	B.1.526 with E484K or S477N	Estados Unidos de América
	B.1.616	Francia

Nota:

El linaje B.1.617 se divide en tres sublinajes (B.1.617.1, B.1.617.2 y B.1.617.3), que se diferencian en mutaciones y características fenotípicas. Los datos disponibles actualmente son muy limitados para hacer distinciones claras entre sublinajes en este momento.

Fuente: OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 11 de mayo 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. 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 3**)

Tabla 3. Resumen de países/territorios que han notificado casos de las variantes de preocupación (VOC) al 17 de mayo de 2021.

Resumen	Nombre de la variante*			
	B.1.1.7	B.1.351	P.1	B. 1.617
Número de países/territorios a nivel global que han notificado casos*	142	97	56	44
Número de países/territorios en las Américas que han notificado casos	36	17	21	8

Nota:

* Los datos globales, corresponden a la Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 11 de mayo de 2021 por la OMS.

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

Fuentes: OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 11 de mayo de 2021. Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

Con relación a la situación en las Américas, hasta el 17 de mayo de 2021, 39 países/ territorios han notificado la detección de casos de las VOC, lo que representa un incremento de 3 nuevos países (Bolivia, Haití y Dominica) en comparación con la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 14 de abril de 2021. Hasta el 17 de mayo de 2021, se han detectado las cuatro VOC en Argentina, Aruba, Canadá, los Estados Unidos de América, México y Panamá. Adicionalmente, en Brasil, Chile, Costa Rica, Guyana Francesa, Puerto Rico y Suriname han sido detectadas tres de las VOC (**Tabla 4**).

Tabla 4. Países y territorios de las Américas que han notificado variantes de preocupación, al 17 de mayo de 2021.

País/Territorio	B.1.1.7	B.1.351	P.1	B. 1.617
Argentina	Si	Si	Si	Si
Aruba	Si	Si	Si	Si
Barbados	Si	No	No	No
Belice	Si	No	No	No
Brasil	Si	Si	Si	No
Bolivia	Si	No	No	No
Bonaire	Si	No	No	No
Canadá	Si	Si	Si	Si
Chile	Si	Si	Si	No
Colombia	Si	No	Si	No
Costa Rica	Si	Si	Si	No
Cuba	Si	Si	No	No
Curazao	Si	No	No	No
Ecuador	Si	No	Si	No
Estados Unidos de América	Si	Si	Si	Si
Dominica	Si	No	No	No
Granada	Si	No	No	No
Guadalupe	Si	Si	No	Si
Guayana Francesa	Si	Si	Si	No
Guyana	No	No	Si	No
Haiti	Si	No	Si	No
Islas Caimanes	Si	No	No	No
Islas Turcas y Caicos	Si	No	No	No
Jamaica	Si	No	No	No
Martinica	Si	Si	No	No
México	Si	Si	Si	Si
Panamá	Si	Si	Si	Si
Paraguay	No	No	Si	No
Perú	Si	No	Si	No
Puerto Rico	Si	Si	Si	No
República Dominicana	Si	No	No	No
San Bartolome	Si	No	No	No
San Martin	Si	Si	No	No
Santa Lucia	Si	No	No	No
Sint Maarten	Si	Si	No	Si
Suriname	Si	Si	Si	No
Trinidad y Tabago	Si	No	Si	No
Uruguay	Si	No	Si	No
Venezuela	No	No	Si	No

Nota:

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

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

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

Algunos de los artículos publicados^{15,16,17} o pre publicados sobre el impacto de las campañas de vacunación contra la COVID-19, traen esperanza en alcanzar una disminución de las tasas de mortalidad y de hospitalización en Unidades de Tratamiento Intensivo (UTI) de la población de adultos mayores. No obstante, es importante considerar que las campañas de vacunación contra la COVID-19 no son suficientes por sí mismas para prevenir la transmisión del SARS-CoV-2, por lo cual se deben mantener las medidas de salud pública y de distanciamiento social acordes con la situación epidemiológica de cada país y territorio.

La tendencia que se ha observado desde el inicio de la pandemia, con relación a las tasas de mortalidad en adultos mayores, también se advierte en **Cuba**. A nivel nacional, este grupo de la población tuvo tasas de mortalidad en un rango entre 0,12 (junio 2020) y 6,63 (abril 2021) por 100.000 habitantes en comparación con el grupo de personas de 59 y menos años, quienes presentaron tasas entre 0,00 (junio y julio 2020) y 0,74 (abril 2021) por 100.000 habitantes (**Figura 4**). Los adultos mayores concentran el 80% de todas las defunciones.

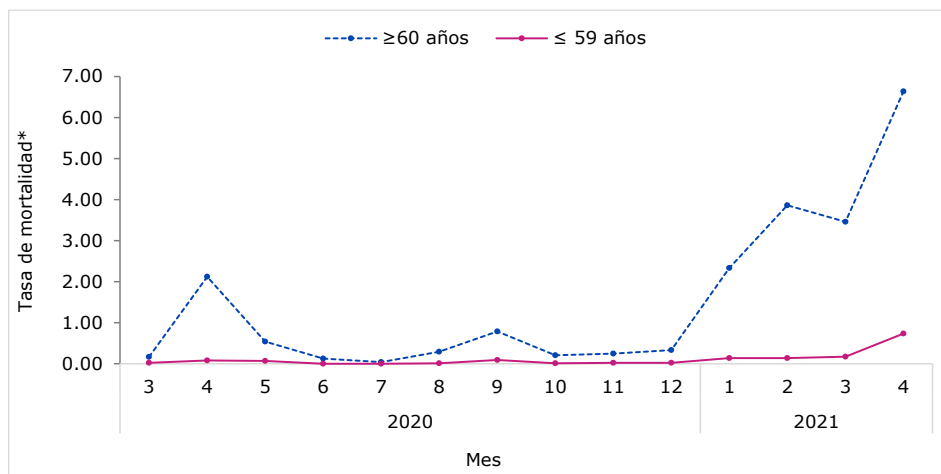
Cabe destacar que, al igual que lo observado en otros países de las Américas, se advierte un cambio importante en las tasas de mortalidad en las personas de 59 y menos años. Es así como al comparar las tasas específica de mortalidad por edad de diciembre 2020 con las de abril 2021, este grupo aumentó de 0,02 a 0,74 por 100.000 habitantes, mientras que los adultos mayores aumentaron de 0,33 a 6,63 defunciones por 100.000 habitantes.

¹⁵ 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>

¹⁶ 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>

¹⁷ Haas E, Angulo F, et al. Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalisations, and deaths following a nationwide vaccination campaign in Israel: an observational study using national surveillance data. The Lancet, 2021, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00947-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00947-8)

Figura 4. Tasas específicas de mortalidad por edad por COVID-19 en adultos mayores y personas de 59 años y menos. Cuba marzo 2020 - abril 2021.



Nota:

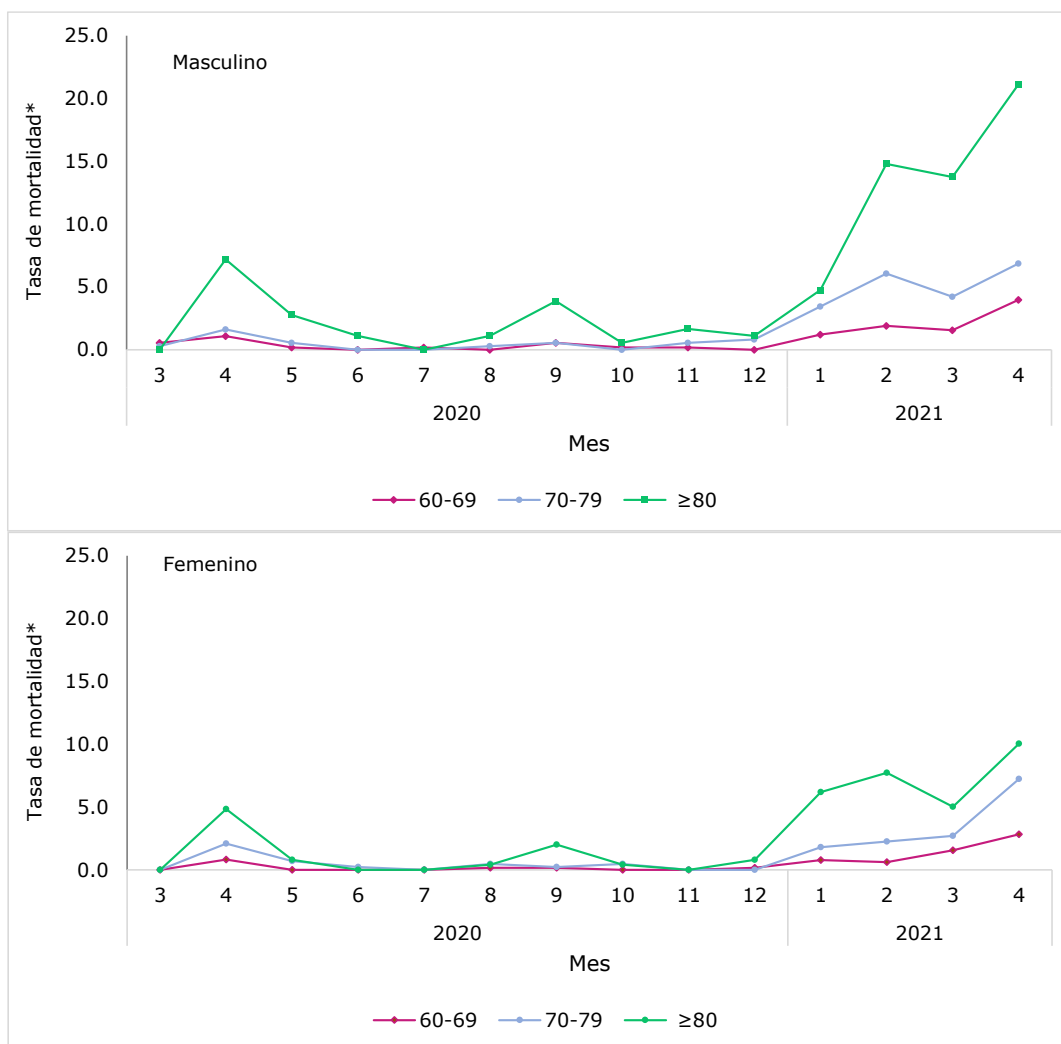
* Tasa por 100.000 hab.

Fuente: Datos publicados en Covid19CubaData y analizados por la OPS/OMS.

Al desagregar las tasas de mortalidad de los adultos mayores en tres subgrupos etarios y analizar su tendencia entre marzo de 2020 y abril de 2021, se advierte que, a mayor edad, mayor tasa de mortalidad en ambos sexos.

En los tres subgrupos etarios, se advirtió un incremento de las tasas a contar de enero 2021, de hecho, en el periodo enero-abril 2021, se observaron las tasas más altas, desde la notificación de los primeros casos confirmados en marzo de 2020 (**Figura 5**).

Figura 5. Tasas específicas de mortalidad por COVID-19 en adultos mayores, según sexo. Cuba marzo 2020 - abril 2021.



Nota:

* Tasa por 100.000 personas de 60 y más años.

Fuente: Datos publicados en Covid19CubaData y analizados por la OPS/OMS.

III. COVID-19 durante el embarazo

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

Entre enero y abril de 2021, en comparación con lo notificado en 2020, se ha observado un incremento tanto en el número de casos, como en el de defunciones de embarazadas

positivas a SARS-CoV-2 en al menos 12 países de las Américas¹⁸. De continuar la tendencia, el número de casos y defunciones superará a lo observado el año anterior (**Tabla 5**).

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.

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

País	Año 2020			1 Enero - 30 Abril 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	8.592	40	5.3	3.511	16	2.1
Chile	8.976	5	2.2	5.779	0	0.0
Colombia	7.626	56	8.0	2.369	13	1.5
Costa Rica	335	3	5.1	210	0	0.0
Cuba	95	0	0.0	619	1	0.9
Guatemala	653	8	1.9	294	1	0.2
México&	10.530	205	10.1	5.438	133	20.9
Panamá&	1.852	4	5.0	561	3	3.8
Paraguay	599	1	0.7	631	14	9.8
Santa Lucía	2	0	0	13	0	0.0
Suriname	41	0	0.0	36	0	0.0
Uruguay	82	0	0.0	742	1	2.1

Nota:

& 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.

Desde la notificación de los primeros casos de COVID-19 en las Américas hasta el 17 de mayo de 2021, fueron notificadas 202.101 embarazadas positivas a SARS-CoV-2, incluyendo 1.271 defunciones (0,63%) en 24 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 14 de abril del 2021³ se tienen 10.201 casos nuevos y 169 nuevas defunciones. Usando el mismo periodo de comparación, el incremento relativo más alto en los casos confirmados acumulados ocurrió en la República Dominicana y Uruguay y en las defunciones se observó en Paraguay (**Tabla 6**).

¹⁸ Países para los cuales se dispone de información.

Tabla 6. COVID-19 durante el embarazo, por país. Región de las Américas, enero de 2020 - 17 de mayo* de 2021.

País	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Tasa de letalidad (%)
Argentina	12.103	56	0,46
Bahamas	42	1	2,38
Belize	228	2	0,88
Bolivia	1.858	31	1,76
Brazil	5.931	428	7,22
Chile	9.764	5	0,05
Colombia	9.995	69	0,69
Costa Rica	545	3	0,55
Cuba	714	1	0,14
Ecuador	2.145	29	1,35
El Salvador**	272	9	3,31
Estados Unidos	88.880	99	0,11
Guatemala	968	9	0,93
Haití	82	4	4,87
Honduras	36	N/A	N/A
México&	16.132	334	2,07
Panamá&	2.413	12	0,50
Paraguay	1.230	15	1,22
Perú&**	46.524	114	0,25
República Dominicana	955	42	7,11
Santa Lucía	15	0	0,00
Suriname	77	0	0,00
Uruguay	824	1	0,12
Venezuela**	389	7	1,80
Total	202.101	1.271	0,63

Nota:

& Corresponde a mujeres embarazadas y puérperas.

* * El 17 de mayo 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 14 de abril de 2021³.

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

IV. COVID-19 en pueblos indígenas

Desde enero de 2020 hasta el 17 de mayo de 2021, se notificaron 448.956 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 7.884 defunciones, en pueblos o comunidades indígenas de 18 países en las Américas para los cuales se dispone de información (**Tabla 7**), lo que representa 25.533 casos confirmados adicionales, incluidas 914 defunciones con relación a la Actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 14 de abril de 2021³.

En comparación con actualizaciones epidemiológicas previas, el mayor incremento relativo de casos y defunciones se observó en Paraguay.

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

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Argentina	1.504	45
Belice	1.668	41
Bolivia	13.118	295
Brasil	48.036	672
Canadá	28.118	326
Chile**	40.745	703
Colombia	46.772	1.425
Costa Rica	158	33
Ecuador**	5.153	206
Estados Unidos	195.379	N/D
Guatemala	13.575	488
Guyana**	95	6
México	19.149	2.904
Panamá**	5.807	102
Paraguay	376	38
Perú	27.838	540
Suriname	604	32
Venezuela**	861	28
Total	448.956	7.884

Nota:

N/D: datos no disponibles

* El 17 de mayo 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 14 de abril de 2021³.

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

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

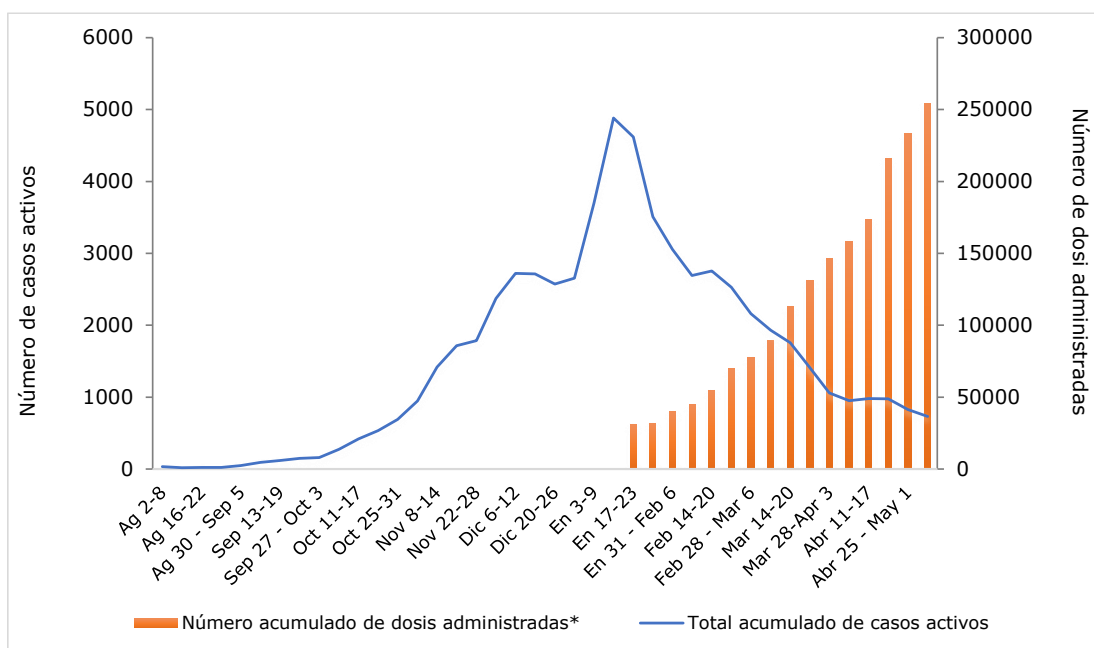
En **Canadá**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19 hasta el 11 de mayo de 2021, fueron notificados 28.118 casos confirmados de COVID-19 en pueblos indígenas, incluidas 326 defunciones. Del total de casos confirmados, 26.972 se han recuperado (96%). Las provincias de Alberta (8.103 casos), Manitoba (7.518 casos) y Saskatchewan (6.742 casos), contribuyen con 80% del total de casos confirmados.

En Canadá, los pueblos indígenas son parte de los grupos prioritarios para la vacunación contra la COVID-19. La campaña de vacunación masiva en las comunidades indígenas

comenzó la semana del 17 de enero 2021, fecha que coincide con el inicio del descenso de casos activos notificados. Al observar la **Figura 6**, se advierte una relación inversa entre el número de casos activos acumulados y el número de dosis de vacuna administradas.

Al 12 de mayo 2021, un total de 416.106 dosis han sido administradas, de las cuales 134.740 fueron segundas dosis en este grupo de la población.

Figura 6. Número de casos activos de COVID-19 en las comunidades de las Primeras Naciones por semana de informe y número de dosis de vacuna contra la COVID-19 administradas, Canadá. Al 11 de mayo 2021.



Nota:

* Número acumulado de dosis de vacunas contra la COVID-19 administradas, incluyendo primera y segunda dosis.

Fuente: Gobierno de Canadá. Cifras oficiales de COVID-19 en pueblos indígenas¹⁹. Datos reproducidos por OPS/OMS.

V. COVID-19 en población menor de 20 años

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

¹⁹ Gobierno de Canadá. Resumen epidemiológico de casos de COVID-19 en comunidades de las Primeras Naciones. Disponible en: <https://bit.ly/2S3dcJi>

otros. El número de estudios está creciendo, documentando la magnitud de estos efectos sobre la salud, el desarrollo y el aprendizaje de los niños y adolescentes²⁰.

La evidencia disponible hasta el momento sugiere que los niños y adolescentes serían menos susceptibles a la infección por SARS-CoV-2 y además transmiten con menos frecuencia el virus que los adultos. Cuando adquieren la infección, son por lo general asintomáticos y cuando enferman, suelen tener enfermedad leve con síntomas semejantes a las enfermedades frecuentes en estas edades. Dentro del grupo de 0-19 años, los estudios sugieren que la susceptibilidad y transmisión son menores en los niños menores de 5 años que en los niños de mayor edad y adolescentes^{21,22,23,24,25}

Se analizaron las tasas de incidencia específicas de niños, niñas y adolescentes en **Cuba**, entre marzo y diciembre de 2020, de acuerdo con la información disponible.

En la **Figura 7** se observa que, tanto para el sexo femenino como para el sexo masculino, el grupo etario de 15 a 19 años tuvieron riesgos más altos de enfermar y presentaron dos incrementos importantes: el primero en abril para ambos y el segundo en octubre para los varones y para las mujeres, en agosto -septiembre.

²⁰ 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 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>

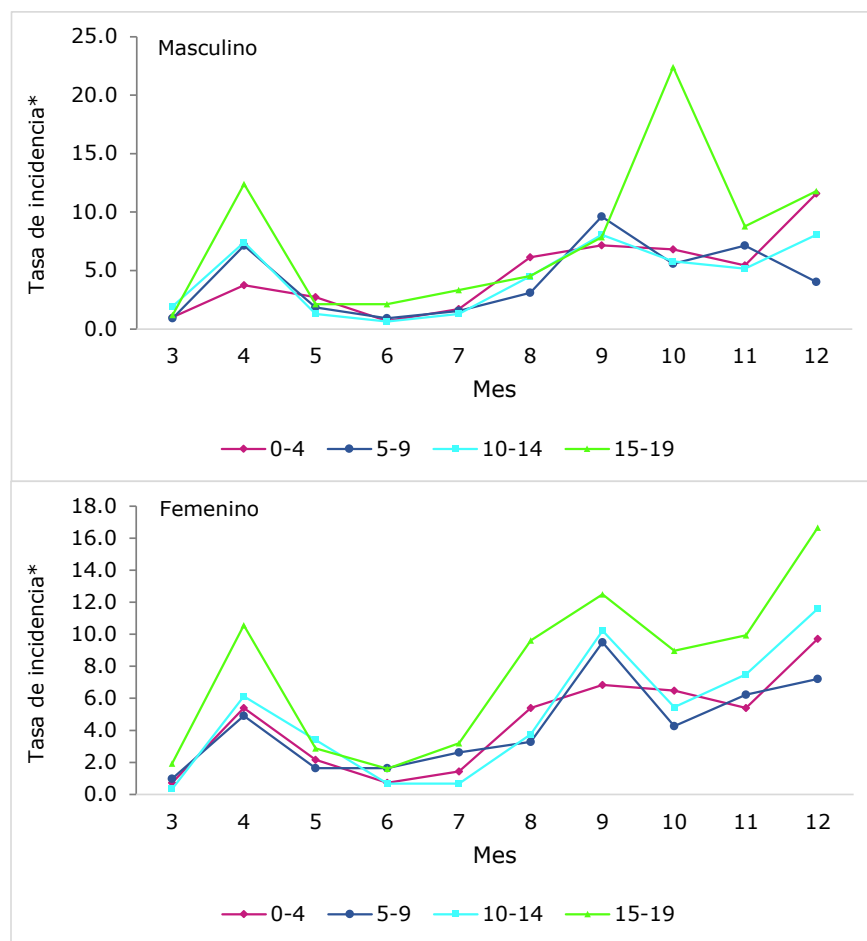
²² Viner, R. M., Mytton, O. T., Bonell, C., et al. Susceptibility to SARS-CoV-2 Infection among Children and Adolescents Compared with Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(2), 143–156. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.4573>

²³ Viner, R. M., Russell, S., Saullé, R., et al. Impacts of school closures on physical and mental health of children and young people: a systematic review. *MedRxiv*, 2021.02.10.21251526. <https://doi.org/10.1101/2021.02.10.21251526>

²⁴ 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>

²⁵ 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>

Figura 7. Tasas específicas de incidencia por COVID-19 en niños, niñas y adolescentes, según sexo. Cuba marzo a diciembre 2020.



Nota:

* Tasa por 100.000 personas menores de 20 años.

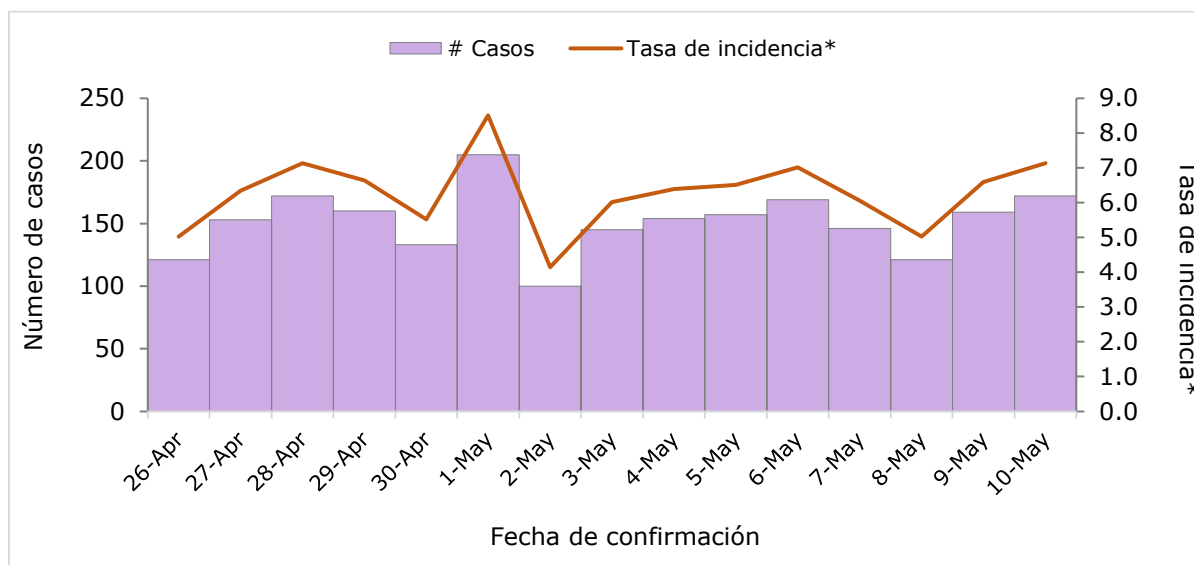
Fuente: Datos publicados en Covid19CubaData y analizados por la OPS/OMS.

Con relación a la situación observada entre enero y mayo de 2021, por primera vez, desde la notificación de los primeros casos en el país, se ha observado un aumento no sólo en las tasas de incidencia, sino también se han notificado los primeros casos en estado grave y en estado crítico en población menor de 20 años.

Entre marzo 2020 y el 11 de mayo de 2021 el 17,5% del total de casos corresponde al grupo menores de 20 años (20.891), de los cuales 15.246 son menores de 18 años y entre éstos, 812 son menores de 1 año. El 97% del total de casos de menores de 20 años ha sido notificado en 2021.

Al considerar la situación epidemiológica en el periodo 26 de abril – 10 de mayo 2021, se tiene que fue notificado un promedio de 152 casos por día en menores de 18 años. En este mismo periodo, las tasas de incidencia específicas por edad estuvieron en un rango entre 4,1 y 8,5 por 100.000 menores de 20 años (**Figura 8**).

Figura 8. Número de casos y tasas específicas por edad de incidencia de COVID-19 en menores de 20 años, según fecha de confirmación. Cuba 23 de abril a 10 de mayo 2021.



Fuente: Datos publicados por el Ministerio de Salud Pública de Cuba²⁶ y reproducidos por la OPS/OMS.

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

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

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

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

Desde mediados de mayo de 2020 al 17 de mayo de 2021, 22 países y territorios de la región de las Américas han notificado 5.555 casos confirmados acumulados de SIM-P, incluidas 123 defunciones (**Tabla 8**).

Desde la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 14 de abril de 2021⁴, al 17 de mayo de 2021, hubo 595 casos adicionales, incluidas 12 defunciones. Durante el mismo

²⁶ Conferencia de Prensa MINSAP CUBA Dr. Francisco Durán (11-mayo-2021). Disponible en: <https://bit.ly/3fhK4WD>. Accedido el 12 de mayo de 2021.

periodo, 23 países / territorios han informado oficialmente a la OPS/OMS que no han detectado casos de SIM-P.

En la medida que aumentan los casos de SIM-P, es importante que cada país/territorio caracterice los casos²⁷, con el fin de contribuir a cerrar las brechas en la información, favoreciendo la actualización de las medidas de manejo clínico y respuesta.

Tabla 8. 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 mayo 2021.

País/Territorio	Número de casos confirmados	Número de defunciones confirmadas
Argentina	128	1
Barbados	2	1
Brasil	952	63
Bolivia	1	1
Canadá	94	0
Chile	286	5
Costa Rica	33	0
Colombia	6	3
Cuba	4	0
Ecuador	10	0
El Salvador	19	0
Estados Unidos de América	3.685	35
Guadalupe	4	0
Guatemala	2	0
Guayana Francesa	1	0
Honduras	3	0
Panamá	81	2
Paraguay	79	6
Perú	1	0
República Dominicana	132	6
San Martín	3	0
Trinidad y Tabago	29	0
Total	5.555	123

Nota:

* El 17 de mayo 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.

Hasta el 17 de mayo de 2021, Cuba ha notificado 4 casos de SIM-P y cero defunciones.

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

²⁷ Formulario para la notificación de casos, disponible en: <https://bit.ly/3jlbGvw>

Del total de casos notificados, para los cuales se cuenta con datos sobre la edad y sexo (n=4.851), 30% tenían entre 0 a 4 años, 34% de 5 a 9 años, 26% de 10 a 14 años y 11% entre 15 y 19 años (los Estados Unidos de América incluye en este grupo etario las personas de 20 años). Con relación a la distribución por sexo, 59% de los casos son hombres.

Respecto de los casos con desenlace fatal, de los 120 casos para los cuales se cuenta con datos sobre la edad y sexo se distribuyeron de la siguiente manera: 40% en el grupo etario de 0 a 4 años, 20% de 5 a 9 años, 15% de 10 a 14 años y 25% entre 15 y 19 años y 51% fueron de sexo masculino.

VI. COVID-19 en trabajadores de la salud

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 en las Américas hasta el 17 de mayo, se han notificado al menos 1.827.427 casos, incluidas 9.161 defunciones, de acuerdo con la información disponible de 23 países de las Américas (**Tabla 9**). Esta cifra representa 12% del personal de salud total, estimado en 15 millones²⁸.

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

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Argentina	84.493	496
Bahamas	505	13
Belice	315	2
Bolivia	21.659	430
Brazil	753.089	656
Chile	66.606	102
Colombia	57.321	274
Costa Rica	7.717	33
Ecuador	12.306	118
El Salvador**	6.609	72
Estados Unidos	482.432	1.579
Guatemala	6.438	60
Haití**	808	1
Jamaica	861	4
México£	235.961	3.861
Panamá**	7.925	123
Paraguay	12.857	132
Perú	57.901	1.001
República Dominicana	972	21
Santa Lucía	133	0
Suriname	450	0
Uruguay	7.043	18
Venezuela	3.026	165
Total	1.827.427	9.161

Nota:

* El 17 de mayo 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 14 de abril de 2021³.

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

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

²⁸ 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>

Orientaciones para las autoridades nacionales

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

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

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

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 14 de abril de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/33P4DV9>
2. OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 11 de mayo de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3v6e0Mi>
3. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Argentina**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
4. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Bolivia**, 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 Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Chile**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
8. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Colombia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
9. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Costa Rica**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
10. Ministerio de Salud Pública de **Cuba**. Disponible en: <https://bit.ly/3fhK4WD>
11. Covid19CubaData. Disponible en: <http://www.cusobu.nat.cu/covid/#cuba>
12. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Ecuador**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
13. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los **Estados Unidos** (U.S. CDC por sus siglas en inglés). COVID-19 durante el embarazo, disponible en: <https://bit.ly/2SWWyYT> y Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes disponible en <https://www.cdc.gov/mis-c/>
14. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **México**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
15. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Paraguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
16. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **República Dominicana**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.

17. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Santa Lucía**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
18. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Suriname**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
19. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Uruguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.