



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19)

11 de marzo de 2021

Resumen ejecutivo

- Hasta el 9 de marzo del 2021, fueron notificados 116.736.437 casos acumulados confirmados de COVID-19 a nivel global, incluyendo 2.593.285 defunciones, de los cuales 45% de los casos y 48% de las defunciones fueron aportadas por la región de las Américas.
- En las Américas, entre diciembre del 2020 y febrero del 2021 las subregiones de América del Norte (68.9%) y América del Sur (28.5%) contribuyeron con la mayor proporción de casos.
- En las Américas, entre diciembre del 2020 y febrero del 2021, por primera vez desde la notificación de los primeros casos, América del Sur contribuyó con una mayor proporción de defunciones (85%) del total, superando a América del Norte (14,5%), a expensas de las defunciones ocurridas en Brasil.
- Hasta el 10 de marzo del 2021, 31 países y territorios en las Américas han notificado la presencia de variantes de preocupación. Sólo los Estados Unidos de América y Canadá han notificado las tres.
- En algunos países/territorios se ha observado un aumento en el número de gestantes y puerperas con COVID-19. Fueron notificadas 172.552 embarazadas positivas a SARS-CoV-2, incluidas 1.017 defunciones en el periodo entre los primeros casos de COVID-19 en las Américas al 10 de marzo 2021.
- La pandemia de COVID-19 sigue impactando negativamente a los pueblos indígenas con 392.646 casos acumulados notificados, incluidas 5.605 defunciones al 10 de marzo 2021.
- Se integra, en la sección sobre adultos mayores un análisis especial sobre la situación epidemiológica en Costa Rica y en Guatemala, observándose que en Costa Rica tanto mujeres como hombres ≥ 80 años tienen los riesgos más altos de enfermar y de morir por COVID-19. En Guatemala en cambio, los riesgos más altos de enfermar los presentaron hombres y mujeres de 60 a 69 años y los riesgos más altos de morir las mujeres ≥ 80 años y los hombres de 70 a 79 años.
- En el análisis de niños, niñas y adolescentes, en Costa Rica, el sexo femenino desde los 5 años tiene riesgos más altos de enfermar que el sexo masculino.
En Guatemala, a edades más tempranas (< 15 años), los riesgos de enfermar son similares en ambos sexos, pero el riesgo es mayor para los varones del grupo entre 15 y 19 años.
- Desde mayo del 2020 al 10 de marzo del 2021, fueron notificados 3.526 casos confirmados acumulados de Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19, incluidas 95 defunciones.
- Si bien el año 2021 ha sido, merecidamente, designado como el Año Internacional de los Trabajadores Sanitarios y Asistenciales para reconocer y agradecer la inquebrantable dedicación de estos trabajadores a la lucha contra la pandemia de COVID-19, desafortunadamente, el número de casos y defunciones en este grupo continúa aumentando, habiéndose notificado 1.369.969 casos confirmados acumulados, incluidas 7.389 defunciones al 10 de marzo de 2021.

Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 11 de marzo de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021

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

Tabla de Contenido

Contexto.....	- 2 -
Resumen de la situación global.....	- 3 -
Resumen de la situación en la Región de las Américas.....	- 4 -
Aspectos destacados.....	- 9 -
I. Variantes de SARS-CoV-2.....	- 9 -
II. COVID-19 en adultos mayores (población de 60 años y más).....	- 12 -
III. COVID-19 durante el embarazo.....	- 15 -
IV. COVID-19 en pueblos indígenas.....	- 17 -
V. COVID-19 durante la infancia.....	- 18 -
Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19.....	- 20 -
VI. COVID-19 en trabajadores de la salud.....	- 22 -
Orientaciones para las autoridades nacionales.....	- 24 -
Referencias.....	- 25 -

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

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>

independiente y exhaustiva las enseñanzas extraídas de la respuesta sanitaria internacional a la COVID-19².

La sexta reunión del Comité de Emergencias, convocada por el Director General de la OMS en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI) sobre la enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19), se celebró el jueves 14 de enero de 2021³.

Resumen de la situación global

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta el 9 de marzo de 2021, fueron notificados 116.736.437 casos acumulados confirmados de COVID-19, incluidas 2.593.285 defunciones en todo el mundo, lo que representa un total de 11.077.961 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 283.915 defunciones, desde la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 9 de febrero de 2021⁴.

Del total de casos confirmados acumulados a nivel global, 31% fueron notificados entre el 29 de diciembre (Semana epidemiológica (SE) 53) del 2020 y el 9 de marzo (SE 10) del 2021, la misma proporción de defunciones fueron notificadas en el mismo periodo (**Figura 1**).

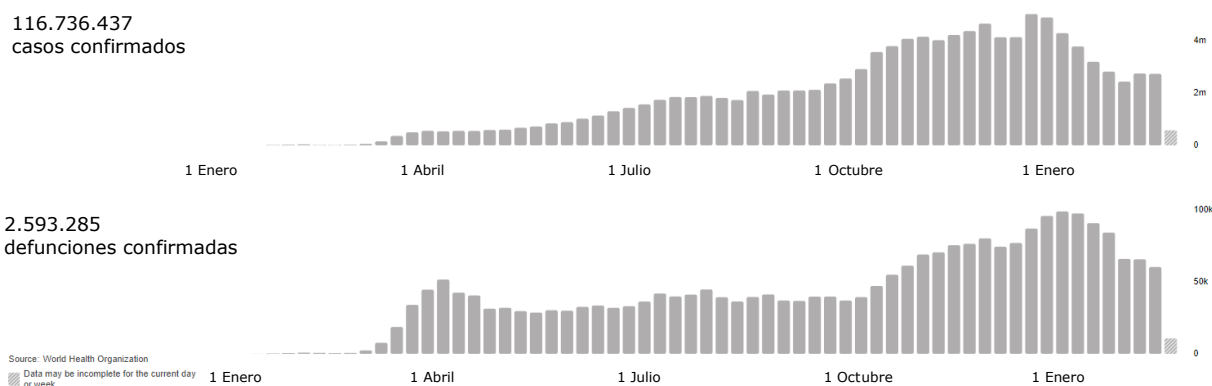
A nivel global, después de observarse un descenso en el número de casos notificados desde mediados de enero del 2021, el número de casos ha vuelto a incrementar desde mediados de febrero. Se tendrá que observar con cautela la tendencia en los meses venideros, mientras se mantienen las medidas de distanciamiento social, de salud pública y las campañas de vacunación se siguen implementando con diferentes características en cada país/territorio.

² Anuncio de la evaluación independiente de la respuesta mundial a COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3bli4gC>

³ Declaración acerca de la sexta reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la pandemia de enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19). Disponible en: <https://bit.ly/3a5zxf>

⁴ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 9 de febrero de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3kDwe33>

Figura 1. Distribución semanal de casos y defunciones confirmadas acumuladas de COVID-19, a nivel global. Enero del 2020 a marzo del 2021.



Fuente: Tablero de datos de la OMS. COVID-19 al 9 de marzo de 2021. Disponible en: <https://covid19.who.int/>, accedido el 9 de marzo de 2021 a las 10:41 a.m.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

Hasta el 9 de marzo del 2021, los 56 países y territorios de la Región de las Américas⁵ han notificado 52.038.090 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 1.247.994 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 9 de febrero del 2021 hasta el 9 de marzo del 2021, fueron notificados 4.617.288 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 142.033 defunciones en la región de las Américas, lo que representa un aumento de 13% de casos y de 11% de defunciones, cifras inferiores a las observadas en el periodo comprendido entre el 8 de diciembre del 2020 y el 8 de enero del 2021, donde se tuvo un incremento de 25% en la proporción de casos y de 16% en la proporción de defunciones.

Entre diciembre del 2020 y febrero del 2021, las subregiones de América del Norte⁶ y de América del Sur⁷, contribuyeron con la mayor proporción de casos (68,9% y 28,5%, respectivamente), mientras que las subregiones de América Central⁸ y El Caribe⁹,

⁵ 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>.

⁶ Canadá, Estados Unidos de América y México.

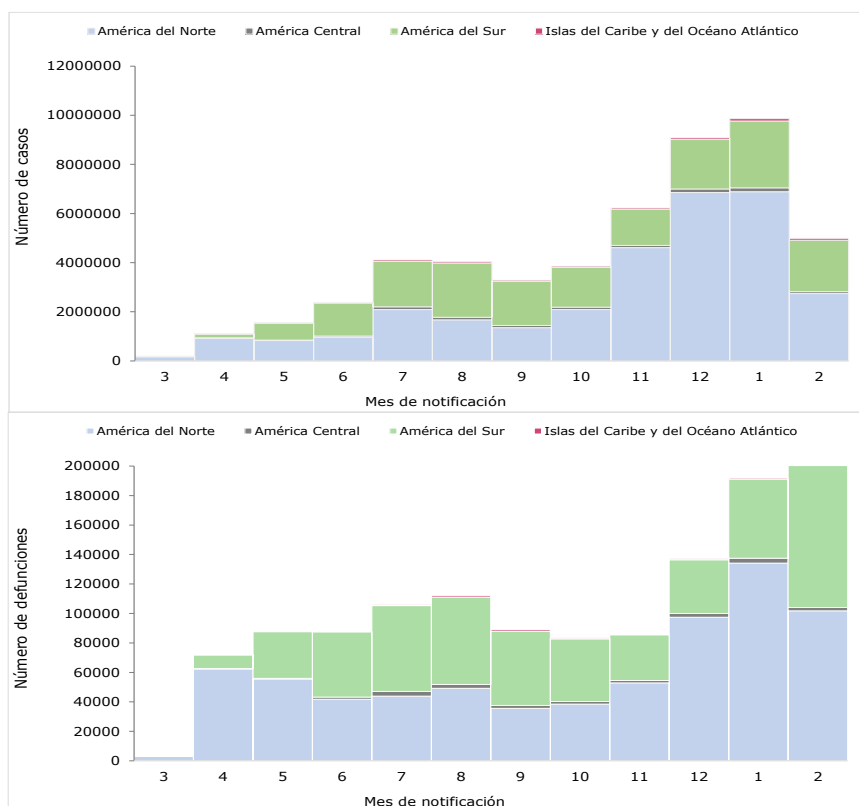
⁷ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

⁸ Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

⁹ Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, las Bahamas, Barbados, Bermudas, Bonaire, las Islas Vírgenes Británicas, las Islas Caimán, Cuba, Curazao, Dominica, la República Dominicana, las Islas Malvinas, Granada, Guadalupe, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, Saba, San Bartolomé, San Cristóbal y Nieves, San Eustaquio, Santa Lucía, San Martín, San Pedro y Miquelón, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Turcas y Caicos y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

contribuyeron con 1,6% y 1% cada una. En tanto que durante el mismo periodo, la subregión de América del Sur aportó 85,0% del total de defunciones, seguida por América del Norte (14,5%), América Central (0,4%) y de las Islas del Caribe y del Océano Atlántico (0,1%) (**Figura 2**).

Figura 2. Distribución de casos y defunciones confirmadas acumuladas de COVID-19, según subregión y mes de notificación. Región de las Américas, marzo 2020 a febrero 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.

El analizar la tendencia de casos y defunciones durante los últimos 7 días en la subregión de América Central, sólo El Salvador y Guatemala presentan un incremento en el número de casos, al mismo tiempo que en esta subregión no hubo aumento de las defunciones, situación que habrá que observar con cautela (**Tabla 1**).

Tabla 1. Tendencia observada de casos y defunciones acumuladas por COVID-19 en países de América Central en los últimos 7 días, hasta el 9 de marzo de 2021.

País	Casos			Defunciones			Tipo de transmisión
	Tendencia del promedio móvil de 7 días	# Casos acumulados	% de cambio en 7 días	Tendencia del promedio móvil de 7 días	#Defunciones acumuladas	% de cambio en 7 días	
Belice		12,335	-14%		315	0%	Comunitaria
Costa Rica		206,640	-29%		2,833	-7%	Comunitaria
El Salvador		60,800	48%		1,915	0%	Comunitaria
Guatemala		178,770	22%		6,479	-20%	Comunitaria
Honduras		173,729	-34%		4,260	-30%	Comunitaria
Nicaragua		5,176	-6%		174	0%	Comunitaria
Panamá		344,834	-11%		5,923	-24%	Comunitaria
Subtotal		982,284			21,899		

Leyenda

>50% incremento
10% to 50% incremento
10 to -10% cambio
10% to 50% descenso
>50% descenso

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 dos países seleccionados de América Central: **Costa Rica y Guatemala**¹⁰.

En algunos de las secciones de este documento, se incluirá un análisis más específico de la situación epidemiológica de ambos países.

Los primeros casos de COVID-19 en Costa Rica y Guatemala fueron confirmados en marzo del 2020, el 6 y el 13, respectivamente. Desde entonces hasta el 28 de febrero de 2021, cada uno había acumulado más de 100.000 casos: Costa Rica 204.906, incluidas 2.803 defunciones y Guatemala 174. 620 casos, incluidas 6.464 defunciones. Ambos países presentan transmisión de tipo comunitaria y en ambos se observa una tendencia al descenso en los casos y defunciones los últimos meses, situación que se debe observar con cautela.

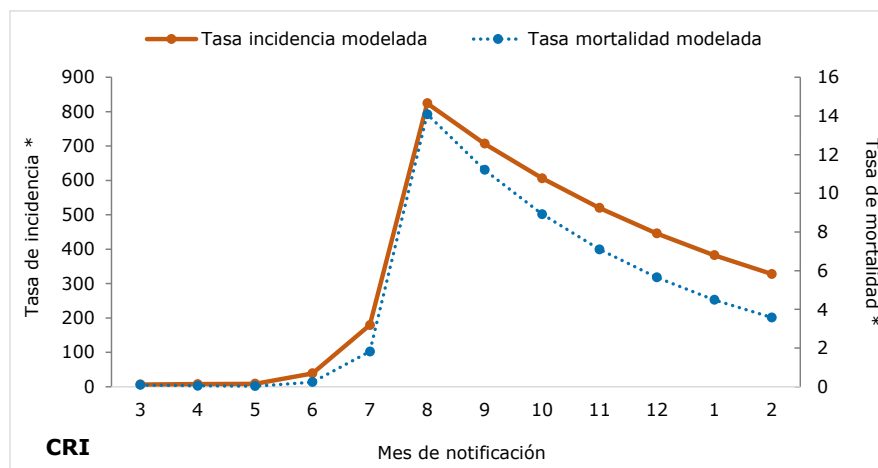
Con el fin de identificar si los cambios observados en las tendencias temporales tenían o no significación estadística, se analizaron las tasas mensuales de incidencia y de mortalidad por 100.000 hab. utilizando el software [Joinpoint](#).

En **Costa Rica**, al modelar la curva de las tasas de incidencia mensual, se observaron tres cambios en la tendencia; el primero, entre marzo y mayo del 2020 mostrando una tendencia casi estable, con un porcentaje mensual de cambio (PMC) de 12,34% (sin significación estadística); el segundo cambio ocurrió entre mayo y agosto del 2020, con un PMC de 359,52% (estadísticamente significativo) y el tercero entre agosto del 2020 y febrero del 2021 con una tendencia al descenso y un PMC de - 14, 24% (sin significación estadística). Con

¹⁰ Se excluyeron los otros países de Centro América porque los datos necesarios para incluirlos en este análisis, no se encuentran publicados o el listado individual de casos de COVID-19 no ha sido compartido con la OPS/OMS.

relación a la tendencia de las tasas mensuales de mortalidad, se identificaron 3 cambios: el primero entre marzo y mayo del 2020 con un PMC de -40,25% (sin significación estadística); el segundo entre mayo y agosto del 2020 observándose un fuerte incremento, con un PMC de 674,03% (estadísticamente significativo) y el tercero, entre agosto de 2020 y febrero de 2021 con un PMC de -20,42% (estadísticamente no significativo).

Figura 3. Tasas modeladas de incidencia y de mortalidad por COVID-19. Costa Rica, marzo 2020 a febrero 2021.



Nota:

* Tasas por 100.000 hab., modeladas con el [software Joinpoint](#)

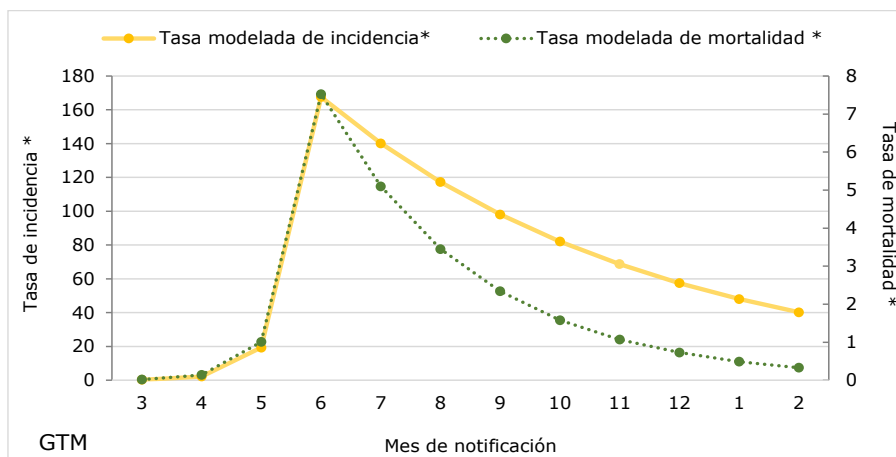
CRI: Costa Rica

Los datos de población utilizados se obtuvieron de las proyecciones de población de las Naciones Unidas para el año 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3c9GL2a>

Fuente: Datos compartidos por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Costa Rica y analizados por la OPS/OMS.

En **Guatemala**, se observaron dos cambios en las tasas mensuales de incidencia. El primero, ocurrió entre marzo y junio del 2020, con un PMC de 767,08% (estadísticamente significativo) y el segundo, entre junio del 2020 y febrero del 2021, hubo una tendencia al descenso, con un PMC también estadísticamente significativo de -16,34% (**Figura 4**). En relación con las tasas de mortalidad, se observaron también dos cambios. El primero, entre marzo y junio del 2020, con un incremento, reflejado en un PCM de 646,13% y el segundo entre junio del 2020 y febrero del 2021, con un PMC de -32,28%; ambos cambios estadísticamente significativos (**Figura 4**).

Figura 4. Tasas modeladas de incidencia y de mortalidad por COVID-19. Guatemala, marzo 2020 a febrero 2021.



Nota:

*Tasas por 100.000 hab., modeladas con el [software Joinpoint](#)

GTM: Guatemala

Los datos de población utilizados se obtuvieron de las proyecciones de población de las Naciones Unidas para el año 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3c9GL2a>

Fuente: Datos compartidos por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Guatemala y analizados por la OPS/OMS.

Cabe destacar que, aunque algunos de los cambios indicados en las curvas epidémicas tanto de Costa Rica como de Guatemala sean estadísticamente significativos (es necesario evaluar, a nivel nacional, las hipótesis sobre las causas de esos cambios), se deben tener en cuenta al menos los siguientes factores:

- Debido a la completitud de los datos, las tasas fueron construidas con base a la fecha de notificación y no a la fecha de inicio de síntomas, por lo cual, los tiempos de retraso en la notificación influyen en la curva, la cual, podría ser muy diferente si se construyera con base a la fecha de inicio de síntomas.
- Los datos representados, no corresponden al total de casos.
- Se parte del supuesto que la población indicada en el denominador se mantiene estable en cada mes.

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 8 de marzo de 2021, se han compartido, a nivel mundial, más de 714.514 secuencias genómicas completas a través de bases de datos de acceso público.

Hasta el 8 de marzo de 2021, 38 países y territorios de las Américas han publicado en la plataforma GISAID 187.705 genomas del SARS-CoV-2, recolectados entre febrero 2020 y marzo 2021. Los países y territorios que han contribuido son: Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Belice, Bermuda, Bolivia, 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, México, Panamá, 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>

A nivel global, se ha observado un incremento en el número de variantes de preocupación y de interés notificadas; no obstante, ese incremento se debe tener en cuenta considerando las limitaciones de los sistemas o mecanismos de vigilancia, la capacidad de los países y territorios para secuenciar las muestras y las diferencias en la selección de las muestras a secuenciar.

Tabla 2. Resumen de países/territorios que han notificado casos de las variantes de preocupación (VOC) al 9 de marzo de 2021.

Resumen	Nombre de la variante*		
	Variante B.1.1.7	Variante B.1.351	Variante B.1.1.28.1
Número de países/territorios a nivel global que han notificado casos	111	58	32
Número de países/territorios en las Américas que han notificado casos	27	5	10

Nota:

* Nombre del linaje PANGO

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

Fuente: OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 9 de marzo de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3v6e0Mi>

Con relación a la situación en las Américas, hasta el 9 de marzo de 2021, 31 países/ territorios han notificado la detección de casos de las VOC, lo que representa un incremento de 11 nuevos países y territorios en comparación con la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 9 de febrero de 2021⁴, habiéndose detectado las tres VOC en los Estados Unidos de América y Canadá. (**Tabla 3**).

Tabla 3. Países y territorios de las Américas que han notificado variantes de preocupación, al 9 de marzo de 2021.

País	Variante B.1.1.7	Variante B.1.351	Variante B.1.1.28.1
Argentina	Si	No	Si
Aruba	Si	No	No
Barbados	Si	No	No
Belice	Si	No	No
Brasil	Si	No	Si
Bonaire	Si	No	No
Canadá	Si	Si	Si
Chile	Si	No	Si
Colombia	No	No	Si
Costa Rica	Si	Si	No
Cuba	No	Si	No
Curazao	Si	No	No
Ecuador	Si	No	No
Estados Unidos de América	Si	Si	Si
Guadalupe	Si	No	No
Guayana francesa	Si	No	Si
Islas Caimanes	Si	No	No
Islas Turcas y Caicos	Si	No	No
Jamaica	Si	No	No
Martinica	Si	No	No
México	Si	No	Si
Panamá	No	Si	No
Puerto Rico	Si	No	No
Perú	Si	No	Si
República Dominicana	Si	No	No
San Bartolome	Si	No	No
San Martin	Si	No	No
Santa Lucia	Si	No	No
Trinidad y Tabago	Si	No	No
Uruguay	Si	No	No
Venezuela	No	No	Si

Nota:

En la Actualización epidemiológica del 9 de febrero, se omitió que en Chile también se había detectado la variante B.1.1.28.1.

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)

Como se ha presentado en actualizaciones epidemiológicas previas sobre la COVID-19, publicadas por la OPS/OMS, una de las formas de medir el impacto de la pandemia de COVID-19 en las personas de 60 y más años (adultos mayores), es a través de las tasas de mortalidad específica; sin embargo, también es importante analizar cuán prematuras son las defunciones.

En un análisis¹¹ sobre los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) en una muestra de 81 países¹², se encontró que en total, se han perdido 20.507.518 años de vida por COVID-19, debido a 1.279.866 muertes por la enfermedad. El promedio de AVP por muerte es de 16 años. Debido a las diferencias entre los países en la etapa de la pandemia en curso, los resultados representan el momento en que se hizo el análisis.

La muestra de este estudio presenta una edad promedio al momento de la muerte de 72,9 años, siendo el grupo de edad de 55 a 75 años los que aportan 44,9% del AVP total.

Se observaron diferencias entre los países de acuerdo con sus ingresos, con una mayor proporción de AVP que corresponden a las personas de mayor edad en los de ingresos más altos y el patrón opuesto aparece en los países de ingresos bajos y medios, con menor AVP entre los adultos mayores.

Continuando con el análisis de **Costa Rica** y de **Guatemala**, se observa que para el periodo estudiado,¹³ en ambos países los adultos mayores concentran solo el 12% del total de casos confirmados para los cuales se dispone del dato de edad (204.563 casos y 142.534 casos, respectivamente).

En Costa Rica el riesgo de enfermarse de los adultos mayores es menor, en comparación con el riesgo de las personas de 59 años y menos. En cambio, el panorama es totalmente distinto si se consideran las tasas de mortalidad¹⁴, desde junio del 2020 en adelante, comprobándose riesgos de morir muy por encima del de las personas de 59 años y menos (**Figura 5**).

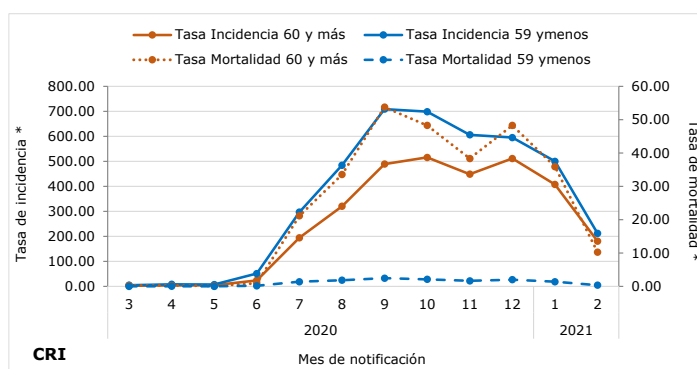
¹¹ Pifarré i Arolas H, Acosta E, López-Casasnovas G, et al. Years of life lost to COVID-19 in 81 countries. Disponible en: <https://go.nature.com/2Oj9ixU>

¹² De la Región de las Américas, los países participantes son: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Haití, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Suriname y Uruguay.

¹³ Marzo del 2020 a febrero del 2021.

¹⁴ Para el cálculo de las tasas de mortalidad, se consideraron 2.818 defunciones para Costa Rica y 4.055 defunciones para Guatemala, para los cuales se contaba con el dato de edad y sexo.

Figura 5. Tasas mensuales específicas de incidencia y de mortalidad por COVID-19 en adultos mayores y personas de 59 años y menos. Costa Rica marzo 2020 a febrero 2021.



Nota:

*Tasas por 100.000 hab.

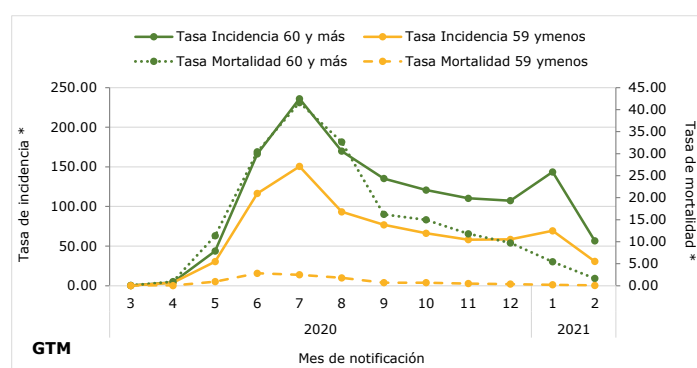
CRI: Costa Rica

Los datos de población utilizados se obtuvieron de las proyecciones de población de las Naciones Unidas para el año 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3c9GL2a>

Fuente: Datos compartidos por el Centro Nacional de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Costa Rica y analizados por la OPS/OMS.

En Guatemala, en marzo y abril del 2020, los adultos mayores presentan un riesgo de enfermarse similar al de las personas de 59 años y menos, pero desde junio en adelante los adultos mayores presentan un riesgo más alto que las personas de 59 años y menos. Mientras que las grandes diferencias en el riesgo de morir, entre ambos grupos etarios, se registra desde mayo en adelante (**Figura 6**)

Figura 6. Tasas mensuales específicas de incidencia y de mortalidad por COVID-19 en adultos mayores y personas de 59 años y menos. Guatemala marzo 2020 a febrero 2021.



Nota:

*Tasas por 100.000 hab.

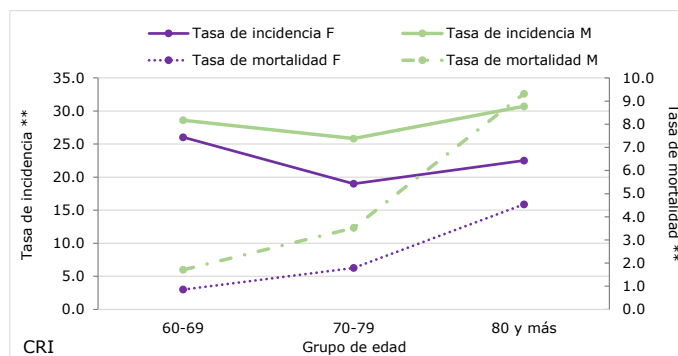
GTM: Guatemala

Los datos de población utilizados se obtuvieron de las proyecciones de población de las Naciones Unidas para el año 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3c9GL2a>

Fuente: Datos compartidos por el Centro Nacional de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Guatemala y analizados por la OPS/OMS.

Al analizar los datos correspondientes a los adultos mayores, desagregándolos en tres grupos etarios (60 a 69, 70 a 79 y 80 y más) y por sexo, se observa que en Costa Rica, en los tres estratos, los hombres tienen tasas de incidencia y de mortalidad más altas que las de las mujeres. En ambos sexos, las personas de 80 y más tienen los riesgos más altos de enfermarse y de morir por COVID-19 (**Figura 7**).

Figura 7. Tasas específicas de incidencia y de mortalidad por COVID-19 en adultos mayores, por sexo. Costa Rica, marzo a diciembre de 2020.



Nota:

** Tasa por 1.000 adultos mayores.

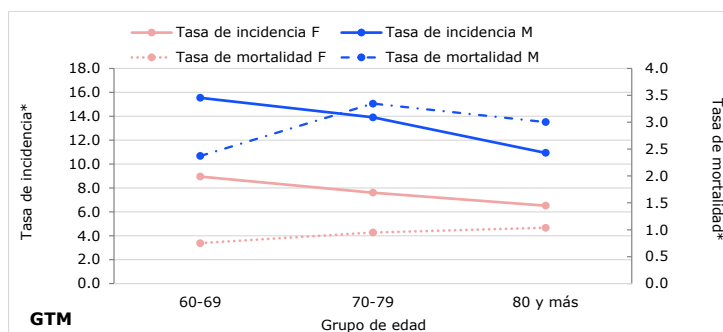
CRI: Costa Rica

Los datos de población utilizados se obtuvieron de las proyecciones de población de las Naciones Unidas para el año 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3c9GL2a>

Fuente: Datos compartidos por el Centro Nacional de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Costa Rica y analizados por la OPS/OMS.

A diferencia de Costa Rica, en Guatemala, los riesgos más altos de enfermarse se observan en las personas de 60 a 69 años en ambos sexos, mientras que los riesgos más altos de morir corresponden al grupo de mujeres de 80 y más años y a los hombres de 70 y 79 años.

Figura 8. Tasas específicas de incidencia y de mortalidad por COVID-19 en adultos mayores, por sexo. Guatemala, marzo a diciembre de 2020.



Nota:

*Tasas por 1.000 adultos mayores.

GTM: Guatemala

Los datos de población utilizados se obtuvieron de las proyecciones de población de las Naciones Unidas para el año 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3c9GL2a>

Fuente: Datos compartidos por el Centro Nacional de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Guatemala y analizados por la OPS/OMS.

III. COVID-19 durante el embarazo

Recientemente, los medios de difusión masiva cubrieron ampliamente una noticia sobre una mujer, cursando COVID-19, con 25 semanas de gestación que consultó en un centro de atención médica debido a la ausencia de movimiento fetal, en la cual se constató la muerte intrauterina y posteriormente, la infección por SARS-CoV-2 en el feto¹⁵. Esta noticia, vuelve a destacar la necesidad de seguir investigando sobre la infección transplacentaria por SARS-CoV-2 y su rol en el desenlace del embarazo.

Entre las investigaciones realizadas hasta la fecha, se encuentra una realizado en Brasil, en la que se encontró que en cinco casos de muerte fetal en mujeres con COVID-19 confirmada, sin ningún otro trastorno clínico u obstétrico significativo, la intensa reacción inflamatoria placentaria plantea la posibilidad de un efecto directo del SARS-CoV-2 sobre la placenta, sugiriendo que la muerte fetal podría ser un resultado de la infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo¹⁶.

Mientras que en algunos países de la región continúa el monitoreo de las embarazadas y puérperas positivas a SARS-CoV-2, todavía falta disponer de información que dé cuenta de las tasas de aborto y de mortinatos y la relación entre éstas y la infección por el virus.

Desde la notificación de los primeros casos de COVID-19 en las Américas hasta el 10 de marzo de 2021, fueron notificadas 172.552 embarazadas positivas a SARS-CoV-2, incluyendo 1.017 defunciones (1%) en 21 países para los cuales se dispone de información (**Tabla 4**), cifra que representa un incremento de 15.564 casos nuevos y 77 nuevas defunciones al comparar estos datos con los publicados en la Actualización epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19), publicada por la OPS/OMS el 9 de febrero del 2021⁴. Usando el mismo periodo de comparación, el incremento relativo más alto en los casos confirmados acumulados ocurrió en Cuba y Panamá y en las defunciones se observó en Chile.

¹⁵ The Times of Israel. Disponible en <https://bit.ly/2OwgHWE>, accedido el 7 de marzo de 2021.

¹⁶ Richtmann R, Tortoni M, Oyamada Otani A et al. Fetal deaths in pregnancies with SARS-CoV-2 infection in Brazil: A case series. doi: 10.1016/j.crw.2020.e00243. Disponible en: <https://bit.ly/3bmYAvf>

Tabla 4. COVID-19 durante el embarazo, por país. Región de las Américas, enero de 2020 al 10 de marzo* 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	9.352	44	0,47
Bahamas	30	1	3,33
Bolivia**	1.946	31	1,59
Belice**	103	2	1,94
Brasil**	5.381	289	5,37
Chile	8.091	5	0,06
Colombia	7.929	60	0,75
Costa Rica	393	3	0,76
Cuba	401	0	0,00
Ecuador	1.738	25	1,44
El Salvador	272	9	3,31
Estados Unidos de América	75.279	82	0,11
Guatemala	1.834	22	1,20
Haití**	76	4	5,26
México ^{&}	14.399	307	2,13
Panamá ^{&}	2.264	12	0,53
Paraguay	797	1	0,12
Perú ^{&***}	41.403	76	0,18
República Dominicana	351	37	10,54
Uruguay	124	0	0,00
Venezuela	389	7	1,80
Total	172.552	1.017	0,59

Nota:

* El 10 de marzo 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 desde la publicación de la Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus COVID-19, publicada por la OPS/OMS el 9 de febrero de 2021⁴.

[&] Corresponde a mujeres embarazadas y puérperas.

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

Más de 476 millones de pueblos indígenas habitan territorios que abarcan todas las regiones del mundo, que asciende a más del 6,2 por ciento de la población humana del mundo y representa 5.000 culturas diferentes. Algo más del 70 por ciento de todos los pueblos indígenas viven en Asia y el Pacífico, el 16% en África, seguido del 11,5% en América Latina y el Caribe y el resto en Europa y América del Norte¹⁷.

El impacto de la pandemia COVID-19 en los pueblos indígenas ha expuesto, aún más, las conocidas desigualdades preexistentes entre los pueblos indígenas y los no indígenas. Entre los factores que han contribuido a ese impacto, se puede considerar la pobreza extrema y la exclusión, ya que los pueblos Indígenas representan casi 19% de los pobres extremos, independientemente de la región o ubicación donde puedan vivir y tienen casi tres veces más probabilidades de estar en la pobreza extrema en comparación con sus contrapartes no indígenas.

Durante la actual pandemia, los líderes y organizaciones indígenas han señalado la ausencia generalizada de estrategias de mitigación y políticas de protección social diseñadas para atender sus necesidades y situaciones específicas. Asimismo, también han cuestionado la ausencia de mecanismos efectivos que promuevan la participación de sus legítimos representantes en los procesos de toma de decisiones relevantes durante la crisis, y el acceso insuficiente a campañas de información culturalmente apropiadas sobre la pandemia en lenguas indígenas. Es más, estas deficiencias también han suscitado muchas preocupaciones sobre la falta de datos públicos cualitativos y cuantitativos sobre los impactos sanitarios y socioeconómicos de la pandemia sobre los pueblos indígenas¹⁷.

Desde enero de 2020 hasta el 10 de marzo de 2021, se notificaron 392.646 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 5.605 defunciones, en pueblos o comunidades indígenas de 15 países en las Américas para los cuales se dispone de información (**Tabla 5**), lo que representa 53.509 casos confirmados adicionales, incluidas 862 defunciones con relación a la Actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 15 de enero de 2021⁴.

¹⁷ Organización de las Naciones Unidas. Nota conceptual para la Reunión virtual de expertos sobre "Pueblos indígenas y pandemias", 7-11 diciembre 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3rpcT8d>

Tabla 5. Número de casos y defunciones confirmadas acumulados por COVID-19 en pueblos indígenas de las Américas. Enero 2020 a 10 de marzo* 2021.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Bolivia**	3.485	151
Brasil	44.174	592
Canadá	22.451	248
Chile	27.445	N/D
Colombia	37.254	1.179
Ecuador**	4.937	194
Estados Unidos de América	187.291	N/D
Guatemala	11.710	454
Guyana**	95	6
México	16.682	2.427
Panamá	5807	102
Paraguay	268	26
Perú	29.635	170
Suriname	551	28
Venezuela	861	28
Total	392.646	5.605

Nota:

N/D: datos no disponibles

* El 10 de marzo 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 9 de febrero de 2021⁴.

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.

V. COVID-19 durante la infancia

Desde el inicio de la pandemia se conoce que los niños, niñas y adolescentes tienen un riesgo de enfermarse y de morir por COVID-19 menor que otros grupos etarios; Sin embargo, 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 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 adolescentes¹⁸.

Si bien, niños, niñas y adolescentes presentan menor riesgo de enfermarse y morir por COVID 19 que otros grupos poblacionales, se ha reportado que la presentación clínica en que en aquellos que han sido afectados por el SARS-CoV-2, ha variado entre no presentar síntoma

¹⁸ Grupo de las Naciones Unidas para el desarrollo sostenible. Resumen de políticas: El impacto de COVID-19 en los niños. Abril 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2MYdL4Q>

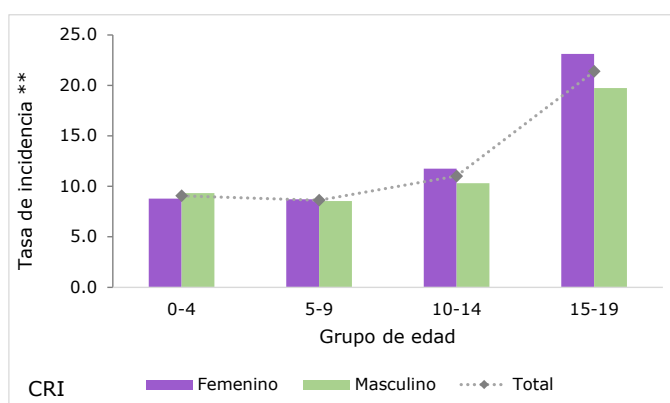
alguno hasta necesitar hospitalización, cuidados intensivos y con menor frecuencia, la muerte.

Cabe destacar que este grupo de la población, aun siendo asintomáticos presentan algunas secuelas y complicaciones, tales como las descritas en estudios realizados con casos de diferentes países de América Latina¹⁹, de Brasil^{20,21} y de Cuba²².

Retomando el análisis de Costa Rica y Guatemala, se calcularon las tasas de incidencia y de mortalidad para niños, niñas y adolescentes entre 0 y 19 años.

En Costa Rica, del total de casos niños, niñas y adolescentes para los cuales se contaba con el dato de edad y sexo²³, 51% corresponde al sexo femenino. Ellas presentan los riesgos más altos de enfermar, desde los 5 años en adelante, incluso con tasas de incidencia mayores que la tasa para ambos sexos en los estratos entre 10 a 14 y 15 a 19 años (**Figura 9**). Se registraron 9 defunciones en 2020, correspondiendo 3 al sexo femenino y 6 al masculino.

Figura 9. Tasas específicas de incidencia por COVID-19 en niños, niñas y adolescentes entre 0 y 19 años. Costa Rica, marzo a diciembre de 2020.



Nota:

** Tasa por 1.000 niños niñas y adolescentes.

CRI: Costa Rica

Los datos de población utilizados se obtuvieron de las proyecciones de población de las Naciones Unidas para el año 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3c9GL2a>

Fuente: Datos compartidos por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Costa Rica y analizados por la OPS/OMS.

En Guatemala, del total de casos para los cuales se contaba con el dato de edad y sexo en este grupo de la población²⁴, 53% corresponde al sexo masculino. A diferencia de lo

¹⁹ Antúñez-Montes OY, Escamilla MI, Figueroa-Uribe AF, et. al. COVID-19 and Multisystem Inflammatory Syndrome in Latin American Children: A Multinational Study. Enero 2021. Disponible en: <https://bit.ly/38nxCSy>

²⁰ Yamamoto L, Santos EHD, Pinto LS, Rocha MC, Kanunfre KA, Vallada MG, Okay TS. SARS-CoV-2 infections with emphasis on pediatric patients: a narrative review. Septiembre 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3t4j962>

²¹ Prata-Barbosa A, Lima-Setta F, Santos GRD, et.al. Pediatric patients with COVID-19 admitted to intensive care units in Brazil: a prospective multicenter study. Sept.-Oct. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3cke9Pw>

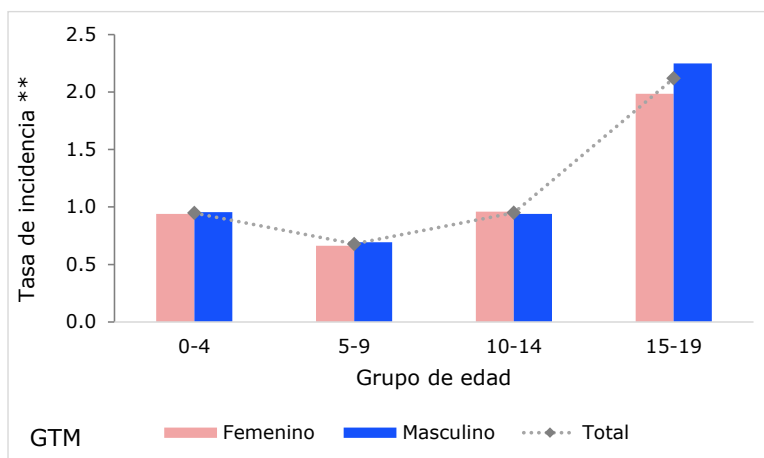
²² Vega L, Perez F, López L, et. al. Aspectos clínicos, epidemiológicos y cardiovasculares en niños convalecientes por COVID 19 en Villa Clara, Cuba. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2O9C7t0>

²³ 17.927 casos.

²⁴ 9.256 casos.

observado en Costa Rica, los riesgos de enfermarse en los 4 estratos etarios analizados son similares para ambos sexos, con excepción del grupo de 15 a 19, donde los varones superan levemente a las mujeres, con una tasa de incidencia mayor que la tasa de ambos sexos (Figura 10). Se registraron 55 defunciones en 2020, correspondiendo 31 al sexo femenino y 24 al masculino. La mayoría de las defunciones (75%) fueron aportadas por el grupo de 0 a 4 años (45%) y el grupo de 15 a 19 (29%) (Figura 10).

Figura 10. Tasas específicas de incidencia por COVID-19 en niños, niñas y adolescentes entre 0 y 19 años. Guatemala, marzo a diciembre de 2020.



Nota:

** Tasa por 1.000 niños niñas y adolescentes.

GTM: Guatemala

Los datos de población utilizados se obtuvieron de las proyecciones de población de las Naciones Unidas para el año 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3c9GL2a>

Fuente: Datos compartidos por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Guatemala y analizados por la OPS/OMS.

Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes 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 denominada síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19, disponible en: <https://bit.ly/35DFNcX>

Si bien es cierto el SIM 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 en la región.

Desde mediados de mayo de 2020 al 10 de marzo del 2021, 20 países y territorios de la región de las Américas han notificado 3.526 casos confirmados acumulados de SIM que coinciden cronológicamente con la COVID-19, incluidas 95 defunciones (**Tabla 6**).

Desde la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 9 de febrero de 2021⁴, se han agregado tres países que han notificado casos confirmados de SIM (Barbados, Bolivia y Perú). Respecto del número de casos notificados, hubo 511 adicionales, incluidas 11 defunciones. Por otra parte, durante el mismo periodo, 24 países / territorios han informado oficialmente a la OPS/OMS que no han detectado casos de SIM.

En la medida que aumentan los casos de SIM, es importante que cada país/territorio caracterice los casos²⁵, con el fin de contribuir a cerrar las brechas en la información, favoreciendo la actualización de las medidas de manejo clínico y respuesta.

Tabla 6. Casos acumulados confirmados y defunciones de síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19 en las Américas. Mayo de 2020 al 10 de marzo* de 2021.

País/Territorio	Número de casos confirmados	Número de defunciones confirmadas
Argentina	125	1
Barbados	1	1
Brasil	769	47
Bolivia	1	1
Canadá	55	0
Chile	157	2
Costa Rica	30	0
Colombia	4	1
Cuba	3	0
Ecuador	8	0
El Salvador	19	0
Estados Unidos de América	2.071	30
Guadalupe	4	0
Guatemala	2	0
Guayana Francesa	1	0
Honduras	2	0
Panamá	81	2
Paraguay	63	5
Peru	1	0
República Dominicana	129	5
Total	3.526	95

Nota:

* El 10 de marzo corresponde a la fecha del informe más reciente recibido por la OPS/OMS. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisionales y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

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

²⁵ Formulario para la notificación de casos, disponible en: <https://bit.ly/3jlbGvw>

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

Del total de casos notificados, para los cuales se cuenta con datos sobre la edad y sexo (n=3.322), 32% tenían entre 0 a 4 años, 33% de 5 a 9 años, 25% de 10 a 14 años y 10% 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, 58% de los casos son hombres.

Respecto de los casos con desenlace fatal, de los 90 casos para los cuales se cuenta con datos sobre la edad, se distribuyeron de la siguiente manera: 40% en el grupo etario de 0 a 4 años, 17% de 5 a 9 años, 17% de 10 a 14 años y 27% entre 15 y 19 años.

VI. COVID-19 en trabajadores de la salud

Si bien el año 2021 ha sido, merecidamente, designado como el Año Internacional de los Trabajadores Sanitarios y Asistenciales para reconocer y agradecer la inquebrantable dedicación de estos trabajadores a la lucha contra la pandemia de COVID-19²⁶, el número de casos y defunciones en este grupo de la población continúa aumentando desafortunadamente.

Desde enero de 2020 hasta el 10 de marzo de 2021, 30 países y territorios han seguido notificando casos y defunciones confirmadas en trabajadores de salud.

De acuerdo con la información disponible sobre datos revisados sobre casos confirmados y defunciones, la información provista por 18 países de las Américas, indica que se han notificado 1.369.969 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 7.389 defunciones en trabajadores de la salud desde enero de 2020 al 10 de marzo de 2021 (**Tabla 7**).

²⁶ OMS. 2021: Año Internacional de los Trabajadores Sanitarios y Asistenciales. Disponible en: <https://bit.ly/3cflEfp>

Tabla 7. Casos y defunciones confirmados acumulados de COVID-19 en trabajadores de la salud de las Américas. Enero de 2020 al 10 de marzo* de 2021.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Argentina	77.698	456
Bahamas	336	3
Brasil	457.686	480
Chile**	52.241	102
Colombia	43.399	216
Costa Rica	7.974	25
Ecuador	11.038	114
El Salvador	6.609	72
Estados Unidos de América	420.075	1.387
Guatemala	9.141	84
Jamaica	678	3
México	229.458	3.534
Panamá	7.925	123
Paraguay	8.858	54
Perú**	30.675	589
República Dominicana	770	19
Suriname	385	0
Uruguay	3.345	7
Venezuela	1.678	121
Total	1.369.969	7.389

Nota:

* El 10 de marzo 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 9 de febrero de 2021⁴.

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/3iFrDqf>

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/30zimCi</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/2LgllNX</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/3liWHBT</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). 9 de febrero de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3kDwe33>
2. OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 9 de marzo 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 **Bahamas**, 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/2lhCEWg>
7. Ministerio de Salud de Chile. Disponible en: <https://bit.ly/3qDT1No>
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. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Ecuador**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
11. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **El Salvador**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
12. 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 en <https://www.cdc.gov/mis-c/>
13. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Guatemala**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
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 **Suriname**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
17. Ministerio de Salud Pública de **Uruguay**. Disponible en: <https://bit.ly/3p7z8xy>
18. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Venezuela**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.