

Resumen ejecutivo

- Hasta el 13 de abril del 2021, fueron notificados 136.115.434 casos acumulados confirmados de COVID-19 a nivel global, incluyendo 2.936.916 defunciones, de los cuales 43% de los casos y 48% de las defunciones fueron aportadas por la región de las Américas.
- En el primer trimestre de 2021, las subregiones de América del Norte y América del Sur contribuyeron con la mayor proporción de casos y defunciones, aportando 59% y 60% y 39% y 38%, respectivamente.
- Hasta el 13 de abril del 2021, Aruba, Brasil, Canadá, Costa Rica, los Estados Unidos de América, Guyana Francesa, Panamá, San Martín y Suriname han detectado las tres variantes de preocupación.
- El número de gestantes y puérperas con COVID-19 continua en incremento con 10% y 8% de casos y de defunciones adicionales, en comparación con la publicación previa del 11 de marzo.
- Entre los pueblos indígenas de 15 países, se notificaron 423.423 casos, incluyendo 6.970 defunciones.
- Un total de 22 países y territorios notificaron 4.960 casos confirmados acumulados de Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19, incluidas 111 defunciones.
- Con relación a los trabajadores de la salud, 20 países notificaron 1.773.169 casos, incluidas 8.655 defunciones.
- En este documento, se incluye un análisis de la situación de la COVID-19 en Chile, destacándose las curvas epidémicas de incidencia y mortalidad a nivel nacional y entre adultos mayores y niños, niñas y adolescentes.
- Es importante considerar que, la vacunación contra la COVID-19 forma parte de las medidas de contención de la pandemia, pero que sin las medidas de salud pública y de distanciamiento social, no reduce por sí misma la transmisión del SARS-CoV-2.

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.....	- 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.....	- 18 -
V. COVID-19 durante la infancia.....	- 18 -
Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19	- 21 -
VI. COVID-19 en trabajadores de la salud.....	- 23 -
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 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/3bVZY7Z>

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

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 13 de abril de 2021, fueron notificados 136.115.434 casos acumulados confirmados de COVID-19, incluidas 2.936.916 defunciones en todo el mundo, lo que representa un total de 19.378.997 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 343.631 defunciones, desde la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 11 de marzo de 2021⁴.

Del total de casos confirmados acumulados a nivel global, el número más alto de casos fue notificado la semana que se inició el 4 de enero de 2021 con 5.044.021 casos, lo que representó un porcentaje semanal de cambio de 20.99%, con relación a la semana previa. Mientras que con respecto a las defunciones, el número más alto se observó en la semana que se inició el 11 de enero con 96.031 defunciones notificadas, representando un 10,21% de cambio con relación a la semana previa.

Después de la semana que se inició el 4 de enero de 2021, la curva epidémica de casos presentó un descenso sostenido que se mantuvo durante 6 semanas, para posteriormente volver a incrementar semana a semana desde inicios de marzo a la fecha (**Figura 1**).

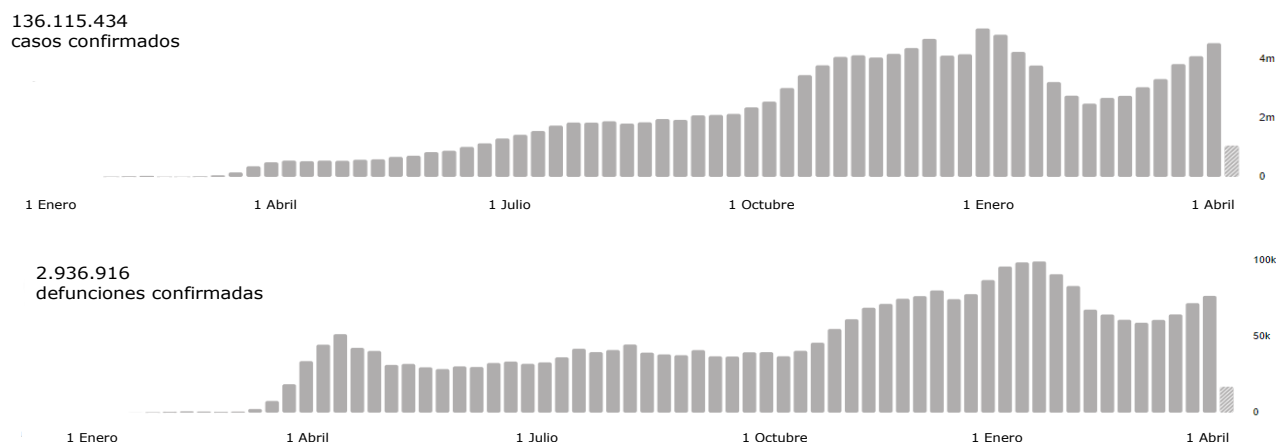
Se tendrá que observar con cautela la tendencia en los meses venideros, mientras se mantienen las medidas de distanciamiento social, de salud pública y las campañas de vacunación con diferentes características en cada país/territorio.

Respecto a las defunciones, la curva epidémica muestra una tendencia descendente durante el mes de febrero de 2021, para luego mantenerse estable por 3 semanas en marzo y comenzar un leve incremento semanal, mantenido hasta inicios de abril (**Figura 1**).

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/3aSizkf>

⁴ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 11 de marzo de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/2PKnl6T>

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



Fuente: Tablero de datos de la OMS. COVID-19 al 13 de abril de 2021. Disponible en: <https://covid19.who.int/>, accedido el 13 de abril de 2021 a las 11:12 a.m.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

Hasta el 13 de abril de 2021, los 56 países y territorios de la Región de las Américas⁵ han notificado 58.571.081 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 1.419.170 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 11 de marzo de 2021⁴ hasta el 13 de abril de 2021, fueron notificados 6.182.423 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 161.007 defunciones en la región de las Américas, lo que representa un aumento de 11% de casos y de defunciones. Durante el mismo periodo, Bermuda, Bonaire, Curazao y Uruguay presentaron un incremento >50% en el número de casos y defunciones.

Durante el primer trimestre de 2021, fueron notificados 20.343.021 casos, incluidas 488.429 defunciones en la Región de las Américas, de los cuales las subregiones de América del Norte⁶ y de América del Sur⁷, contribuyeron con la mayor proporción de casos (59% y 39%, respectivamente), mientras que las subregiones de América Central⁸ y El Caribe⁹, contribuyeron con 2% y 1% cada una. En tanto que durante el mismo periodo, la subregión de América del Norte aportó 60% del total de defunciones, seguida por América del Sur (38%) y luego América Central y las Islas del Caribe y del Océano Atlántico (1% cada una).

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.

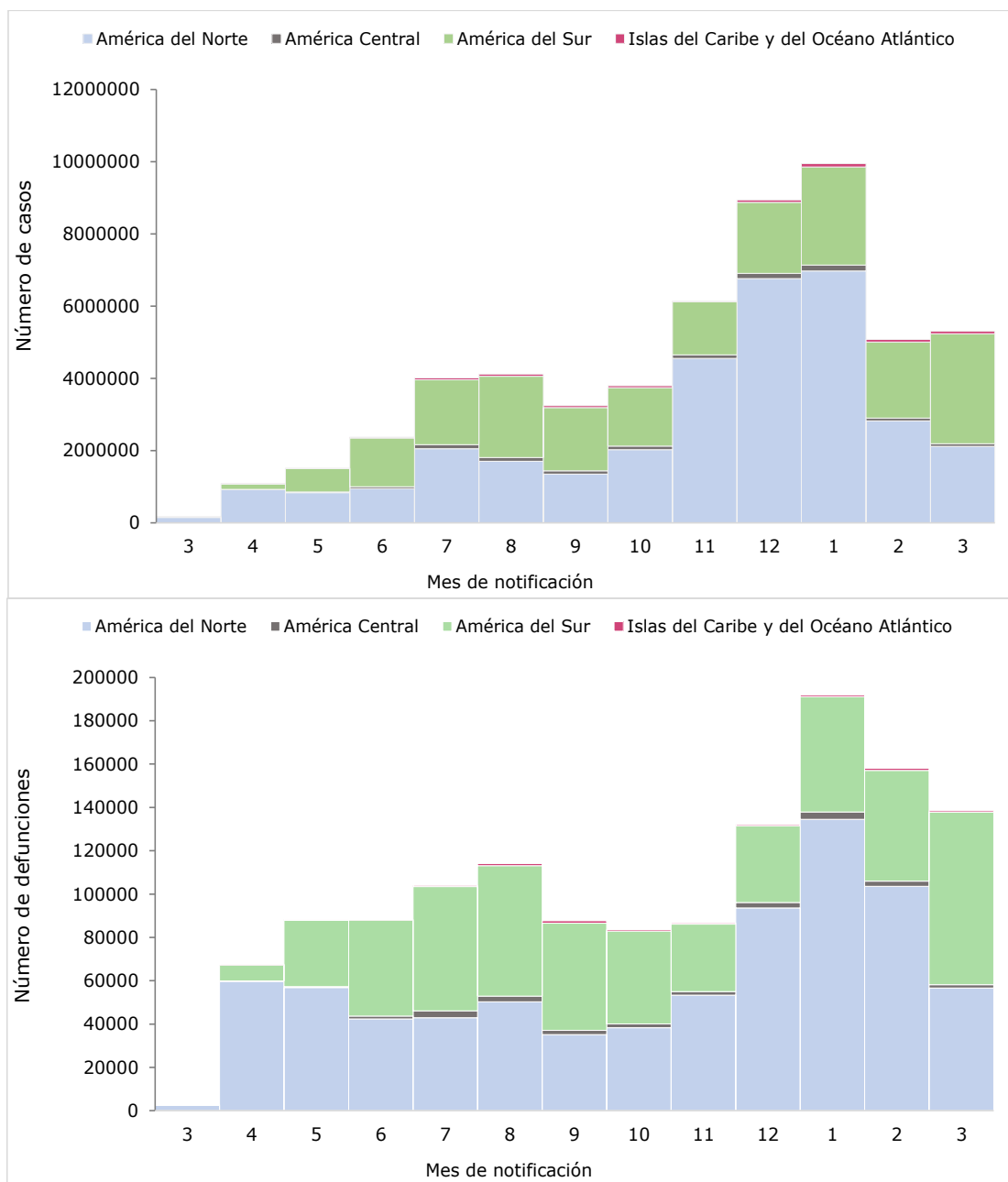
⁷ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

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.

En la Región de las Américas, el número más alto de casos y defunciones ocurrió en enero (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 marzo 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 **Chile**¹⁰. Adicionalmente en este documento, se incluirá un análisis específico de Chile, de acuerdo con la sección correspondiente.

El primer caso de COVID-19 en Chile fue confirmado el 3 marzo del 2020. Desde entonces hasta el 6 de abril de 2021, se han confirmado 1.037.780 casos, incluidas 23.734 defunciones. A la misma fecha, se habían vacunado 7.050.026 personas con la primera dosis de una vacuna contra la COVID-19 y 4.106.621 con la segunda dosis, cifras que representan una cobertura de 46% y 27%, con relación a la población meta a vacunar (15.280.840¹¹).

En este documento, para el análisis de casos y defunciones, se utilizaron los datos publicados por el Gobierno de Chile¹² y por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de Chile (DEIS).¹³

Los datos de población utilizados se obtuvieron de las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE)¹⁴.

Con el fin de identificar si los cambios observados en las tendencias temporales (por semana epidemiológica (SE)) tenían o no significación estadística, se analizaron las tasas de incidencia y de mortalidad por 100.000 hab., utilizando el software Joinpoint¹⁵ encontrando los siguientes resultados:

Al analizar la tasa de incidencia observada, se advierten tres oleadas: la primera entre las SE 12 y 29 de 2020, con un pico de casos por 100.000 habitantes en la SE 23; posteriormente, hubo un periodo de descenso, simulando una meseta entre la SE 24 y 50. Se presentó una segunda oleada, de menor magnitud y duración que la primera, entre la SE 51 de 2020 y la SE 7 de 2021. Desde la SE 8 de 2021 hasta el momento de este análisis, se observó un claro incremento correspondiendo a una tercera oleada.

Al modelar la curva de la tasa de incidencia semanal, se produce un suavizamiento de la curva, con una gran oleada entre las SE 12 y 30 de 2020; descendiendo en una meseta que se mantiene entre las SE 31 y 46 de 2020, para iniciar la segunda oleada a partir de la SE 47 de 2020 con una tendencia ascendente hasta la SE 13 de 2021.

Se identificaron 6 periodos de cambio en la curva modelada de la tasa de incidencia; 5 de los cuales resultaron estadísticamente significativos: el primero ocurrió entre la SE 12 y 14 de 2020 con un porcentaje semanal de cambio (PSC) de 116,79% (estadísticamente significativo); el segundo entre la SE 14 y la SE 17 de 2020 con un PSC de 9,9% (no

¹⁰ 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 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.

¹¹ Ministerio de Salud de Chile. Disponible en <https://bit.ly/3fXrLaW> y en <https://bit.ly/2PHtJm> Accedido el 7 de abril de 2021.

¹² Gobierno de Chile. Cifras oficiales de COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3fMQuPn> y accedidos el 6 y 7 de abril de 2021.

¹³ Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de Chile. Solo defunciones COVID confirmado UO7.1. Disponible en: <https://tabsoff.co/3a99Me6> y accedido el 6 y 7 de abril de 2021

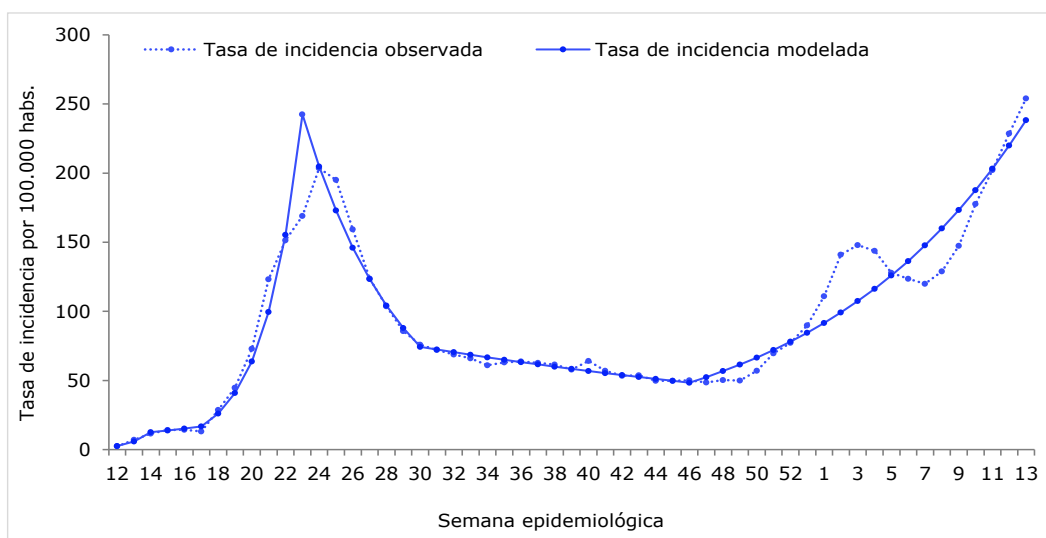
¹⁴ Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Disponible en: <https://bit.ly/2PC0mAW>

¹⁵ Programa Joinpoint. Disponible en: <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>

estadísticamente significativo), el tercero entre la SE 17 y la SE 23 de 2020 con un PSC de 56,03% (estadísticamente significativo), el cuarto, entre la SE 23 y 30 de 2020 con un PSC de 15,54% (estadísticamente significativo), el quinto entre la SE 30 y la SE 46 de 2020 con un PSC de -2,64,% (estadísticamente significativo) y finalmente el sexto entre la SE 46 de 2020 y la 13 de 2021 con un PSC de 8,29% (estadísticamente significativo).

En comparación con los cambios que reflejan un aumento del PSC, el que ocurrió entre la SE 51 de 2020 y la SE 7 de 2021 (segunda oleada en la curva modelada), es de menor magnitud que los aumentos previos; sin embargo, se debe considerar con cautela y monitorear en las semanas venideras para conocer si la tendencia se mantiene (**Figura 3**).

Figura 3. Tasa modelada y tasa observada de incidencia por COVID-19, según semana epidemiológica. Chile, SE 12 de 2020 a SE 13 de 2021.



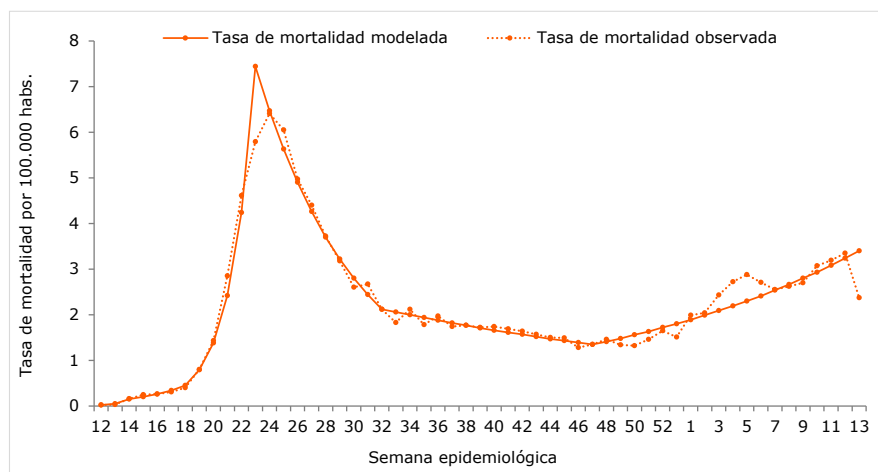
Fuente: Gobierno de Chile. Cifras oficiales de COVID-19^{12,13,14}. Datos analizados por la OPS/OMS.

Con relación a la tasa de mortalidad, se tiene que la curva observada presenta la primera oleada entre la SE 17 y la SE 30 de 2020, con un pico en la SE 24; posteriormente, la curva se presenta con tendencia al descenso y ocurrieron picos aislados, siendo lo más importantes los que ocurrieron entre la SE 2 y SE 7 de 2021 y entre la SE 8 y la SE 12 de 2021, sin que se logre alcanzar ni la magnitud ni la duración de la primera oleada. Se tiene un descenso entre la SE 12 y 13 de 2021, no obstante, podría deberse en el retardo en la notificación u otros factores.

La curva modelada de la tasa de mortalidad es similar a la curva observada, con un ligero desfase, mostrando una oleada entre la SE 14 y la SE 32 de 2020, con un descenso sostenido entre la SE 32 y la SE 47 de 2020, para iniciar un segundo ascenso sostenido a contar de la SE 48 de 2020.

El análisis con Joinpoint, indica que hubo 6 puntos de cambio, todos ellos estadísticamente significativos. El primero, entre la SE 12 y la SE 14 con un PSC de 207,05%; el segundo, entre la SE 14 y 18 con un PSC de 31,81%; el tercero entre la SE 18 la SE 23 con un PSC de 75,38%; el cuarto entre la SE 23 y la SE 32 con un PSC de 207,05%; el quinto entre la SE 32 y la SE 47 con un PSC de -2,99% y el último entre la SE 47 de 2020 y la SE 13 de 2021 con un PSC de 5,0 %. A diferencia de lo que ocurre con la curva observada, no se advierte el descenso entre la SE 12 y la SE 13 de 2021 (**Figura 4**).

Figura 4. Tasa modelada y tasa observada de mortalidad por COVID-19, según semana epidemiológica. Chile, SE 12 de 2020 a SE 13 de 2021.

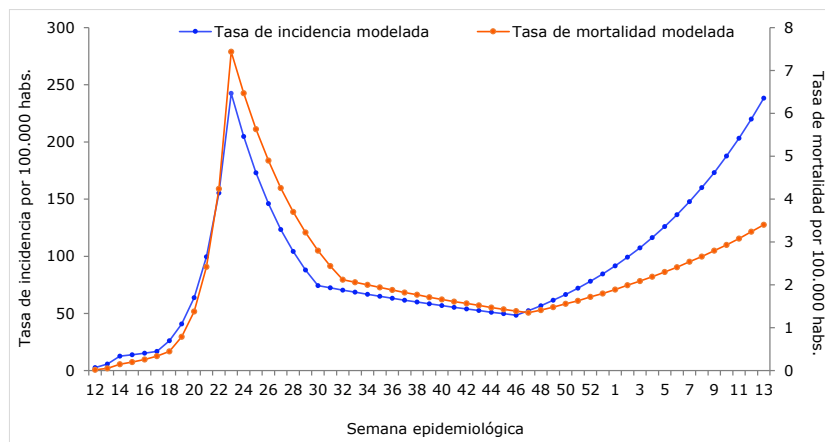


Fuente: Gobierno de Chile. Cifras oficiales de COVID-19^{12,13,14}. Datos analizados por la OPS/OMS.

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 implementadas que podrían haber tenido una influencia en esos cambios.

Por ejemplo, valdría la pena conocer cuáles fueron las estrategias o factores que permitieron un decrecimiento del riesgo de adquirir la COVID-19 entre la SE 30 y la SE 46 (entre fines de julio y principios de noviembre) en el cual se tuvo un PSC de -2,64% (estadísticamente significativo). Los cambios realizados durante ese periodo impactaron también en las tasas de mortalidad, puesto que entre la SE 32 y la SE 47 de 2020 hubo un PSC de -2,99% (estadísticamente significativo) (**Figura 5**).

Figura 5. Tasas modeladas de incidencia y de mortalidad por COVID-19, según semana epidemiológica. Chile, SE 12 de 2020 a SE 13 de 2021.



Fuente: Gobierno de Chile. Cifras oficiales de COVID-19^{12,13,14}. Datos analizados por la OPS/OMS.

Aspectos destacados

I. Variantes de SARS-CoV-2

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

Desde la identificación inicial del SARS-CoV-2, hasta el 13 de abril de 2021, se han compartido, a nivel mundial, más de 1.086.614 secuencias genómicas completas a través de bases de datos de acceso público.

Hasta el 13 de abril 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 abril 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>

El listado de las variantes de SARS-CoV-2, de acuerdo con la clasificación de la OMS al 13 de abril de 2021, se encuentra disponible en la **tabla 1**.

Tabla 1. Variantes de preocupación (VOC) y variantes de interés (VOI), según clasificación de la OMS al 13 de abril de 2021.

SARS-CoV-2 Variantes Clasificación OMS	Linaje Pango	Primero detectada por
Variante de preocupación	Variant B.1.1.7	Reino Unido
	Variant B.1.351	Sudáfrica
	Variant B.1.1.28.1	Brasil / Japón
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

Fuente: OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 13 de abril de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3v6e0Mi>

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**)

Tabla 2. Resumen de países/territorios que han notificado casos de las variantes de preocupación (VOC) al 14 de abril 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	132	82	52
Número de países/territorios en las Américas que han notificado casos	32	10	20

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 13 de abril de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3v6e0Mi>

Con relación a la situación en las Américas, hasta el 14 de abril de 2021, 36 países/ territorios han notificado la detección de casos de las VOC, lo que representa un incremento de 4 nuevos países y territorios en comparación con la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 24 de marzo de 2021¹⁶. Hasta el 14 de abril de 2021, se han detectado las

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Variantes de SARSCoV-2 en las Américas. 24 de marzo de 2021, Washington, D.C. OPS/OMS. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/2RBHjHD>

tres VOC en Aruba, Brasil, Canadá, Costa Rica, los Estados Unidos de América, Guyana Francesa, Panamá, San Martín y Suriname (**Tabla 3**).

Tabla 3. Países y territorios de las Américas que han notificado variantes de preocupación, al 14 de abril de 2021.

País/Territorio	Variante B.1.1.7	Variante B.1.351	Variante B.1.1.28.1
Argentina	Si	No	Si
Aruba	Si	Si	Si
Barbados	Si	No	No
Belice	Si	No	No
Brasil	Si	Si	Si
Bonaire	Si	No	No
Canadá	Si	Si	Si
Chile	Si	No	Si
Colombia	No	No	Si
Costa Rica	Si	Si	Si
Cuba	Si	Si	No
Curazao	Si	No	No
Ecuador	Si	No	Si
Estados Unidos de América	Si	Si	Si
Granada	Si	No	No
Guadalupe	Si	No	No
Guayana Francesa	Si	Si	Si
Guyana	No	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	Si	Si	Si
Paraguay	No	No	Si
Perú	Si	No	Si
Puerto Rico	Si	No	Si
República Dominicana	Si	No	No
San Bartolome	Si	No	No
San Martín	Si	Si	Si
Santa Lucía	Si	No	No
Sint Maarten	Si	No	No
Suriname	Si	Si	Si
Trinidad y Tabago	Si	No	No
Uruguay	Si	No	Si
Venezuela	No	No	Si

Nota:

Se realizaron ajustes a los datos previamente publicados correspondientes a Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica, según lo publicado en el tablero de datos de Salud pública Francia. Disponible en: <https://bit.ly/3mKf4Su>

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)

Mientras en la mayoría de los países y territorios de las Américas avanzan las campañas de vacunación contra la COVID-19, con diferentes grupos meta a vacunar, la mayoría ha considerado, después de los trabajadores de la salud a los adultos mayores.

Todavía es temprano para conocer el impacto de las vacunas en los adultos mayores y se espera conocer los resultados en los meses venideros.

Continuando con el análisis de la situación epidemiológica en **Chile**¹⁷, de acuerdo con las proyecciones de población¹⁸, el grupo de adultos mayores contribuye con 17% y 18% a la población total del país en los años 2020 y 2021, respectivamente; mientras que en el total de casos confirmados acumulados al 6 de abril de 2021¹⁹, este grupo aportó con 10% del total.

A nivel nacional, al comparar las tasas de incidencia y de mortalidad de los adultos mayores con el grupo de 59 y menos años, se observa un patrón similar en la tendencia de la incidencia, con un primer pico en junio de 2020 y un segundo en marzo de 2021, siendo el riesgo mayor en la población más joven.

Por al contrario, al considerar las tasas de mortalidad, existen grandes diferencias entre ambos grupos. Los adultos mayores tienen tasas de mortalidad en un rango entre 0.5 y 120,8 por 100.000 hab. y las personas de 59 años y menos presentan rangos entre 0,0 a 4,5 por 100.000 hab.

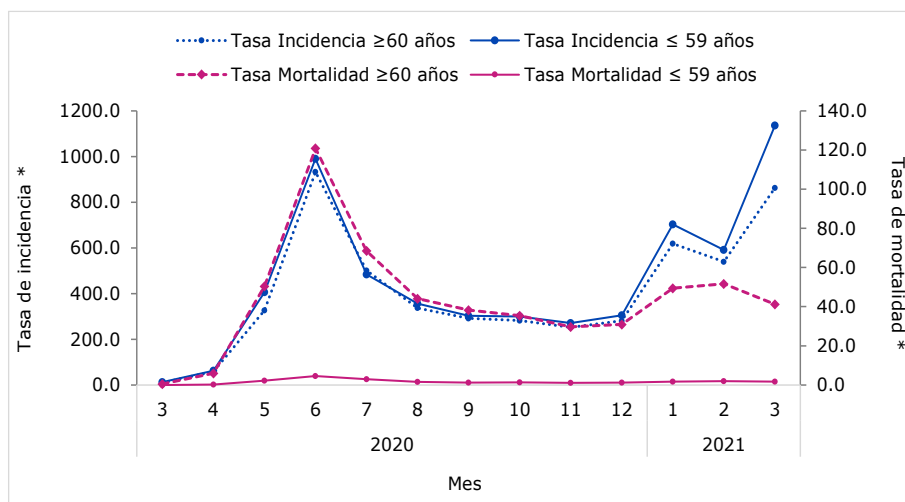
La curva epidémica de la tasa de mortalidad en los adultos mayores presenta una tendencia similar a la de la incidencia entre marzo y diciembre de 2020; para presentar una tendencia diferente a contar de enero de 2021, con un descenso en marzo (**Figura 6**); situación que se debe monitorear con cautela. El modelar esta curva con Joinpoint se observó un punto de cambio a contar de mayo, con un porcentaje mensual de cambio de -5,72% estadísticamente no significativo.

¹⁷ A las limitaciones relacionadas con los datos, previamente mencionadas (ver pie de página #10), es necesario considerar también las relacionadas con la disponibilidad de datos sobre sexo y edad de los casos y defunciones. Además, se debe tener en cuenta las diferentes formas en las cuales los adultos mayores se adhieren o no las medidas de salud pública y a las medidas de distanciamiento social, las cuales no fueron consideradas en este análisis crudo de los datos.

¹⁸ Proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas. Disponible en: <https://bit.ly/2PC0mAW>

¹⁹ Gobierno de Chile. Cifras oficiales de COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3fMQuPn>

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



Nota:

* Tasa por 100.000 hab.

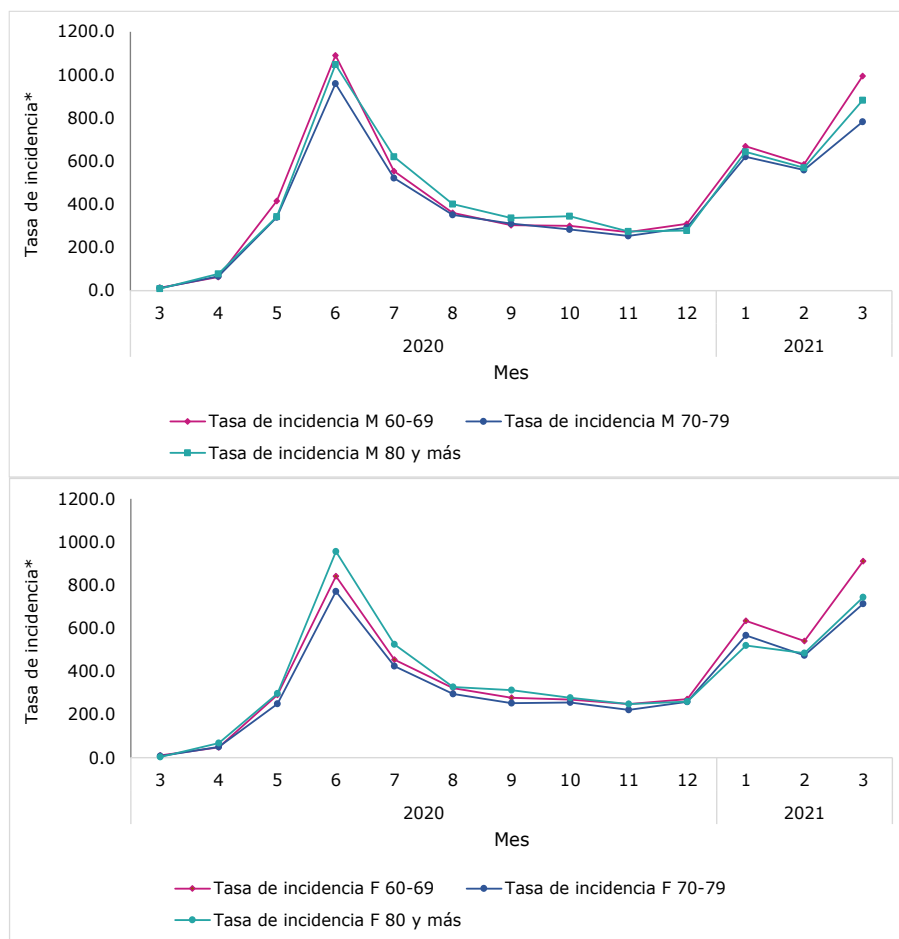
Fuente: Gobierno de Chile. Cifras oficiales de COVID-19^{12,13,14}. Datos analizados por la OPS/OMS.

Al desagregar las tasas de incidencia de los adultos mayores en tres subgrupos etarios y analizar su tendencia entre marzo de 2020 a marzo de 2021, se advierte que los hombres y mujeres entre 70 y 79 años tienen menor riesgo que los otros dos subgrupos (60 a 69 y 80 y más). Entre los subgrupos, tanto hombres como mujeres de 60 a 69 años han tenido los riesgos de enfermarse más altos en los últimos tres meses (**Figura 7**).

En este análisis preliminar, probablemente es prematuro concluir que existe una tendencia descendente en las tasas de incidencia entre las personas de 80 y más años, grupo priorizado para la vacunación, desde principios de febrero. No obstante, al revisar el riesgo de morir, hubo un cambio en la tendencia, observándose un descenso entre febrero y marzo de 2021, tanto en hombres como en mujeres en el grupo de personas de 80 y más años; situación que se debe revisar con cautela a la luz de otros factores que podrían haber incidido en la disminución del riesgo de morir.

Se destaca que durante todo el periodo analizado (marzo de 2020 a marzo de 2021) las tasas de mortalidad, en ambos sexos, incrementan con la edad (**Figura 8**).

Figura 7. Tasas específicas de incidencia por COVID-19 en adultos mayores, según sexo. Chile marzo de 2020 a marzo de 2021.



Nota:

M: Masculino; F: Femenino

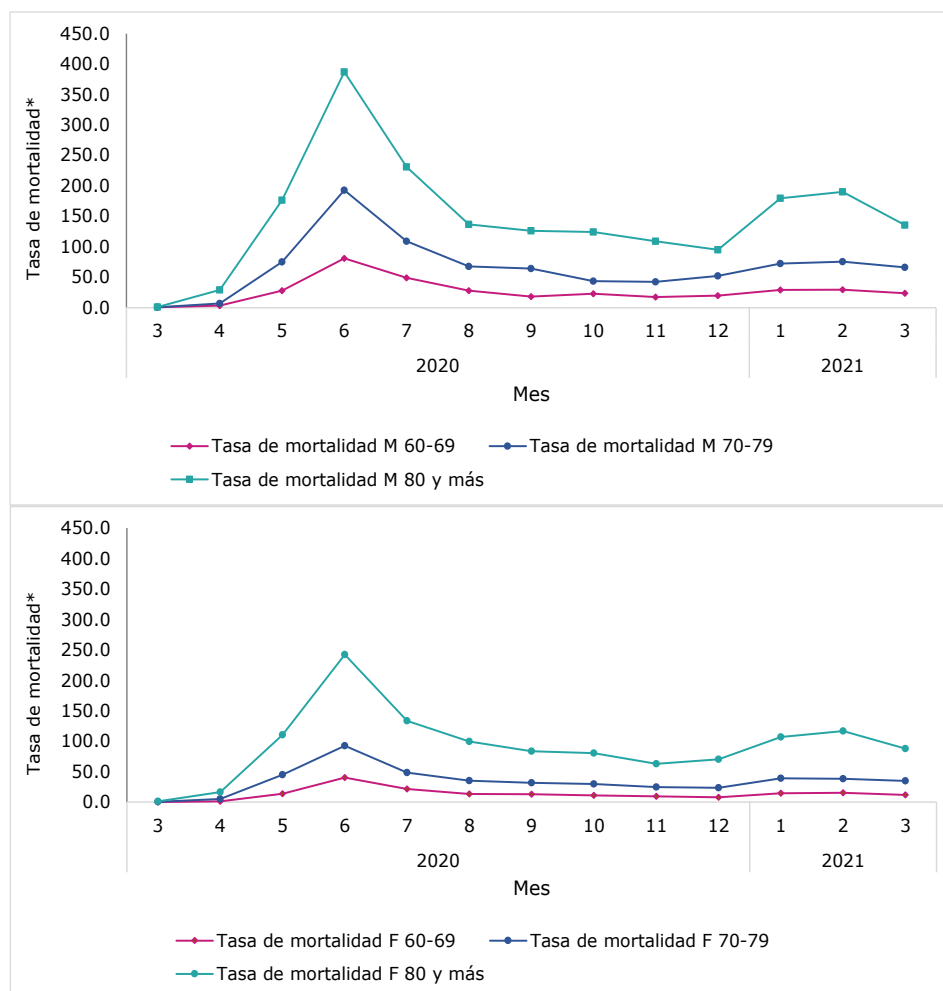
* Tasa por 100.000 hab.

Fuente: Gobierno de Chile. Cifras oficiales de COVID-19^{12,13,14}. Datos analizados por la OPS/OMS.

Las curvas de incidencia en Chile ayudan a comprender que, la vacunación por sí misma, no influye directamente en la reducción de la transmisión de la COVID-19, sino que es necesario que la población se mantenga adherida a las medidas de distanciamiento social y de salud pública²⁰.

²⁰ OMS. Conferencia de prensa sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) del 26 de marzo. Disponible en: <https://bit.ly/3s4V9hW>

Figura 8. Tasas específicas de mortalidad por COVID-19 en adultos mayores, según sexo. Chile marzo de 2020 a marzo de 2021.



Nota:

M: Masculino; F: Femenino

* Tasa por 100.000 hab.

Fuente: Gobierno de Chile. Cifras oficiales de COVID-19^{12,13,14}. Datos analizados por la OPS/OMS.

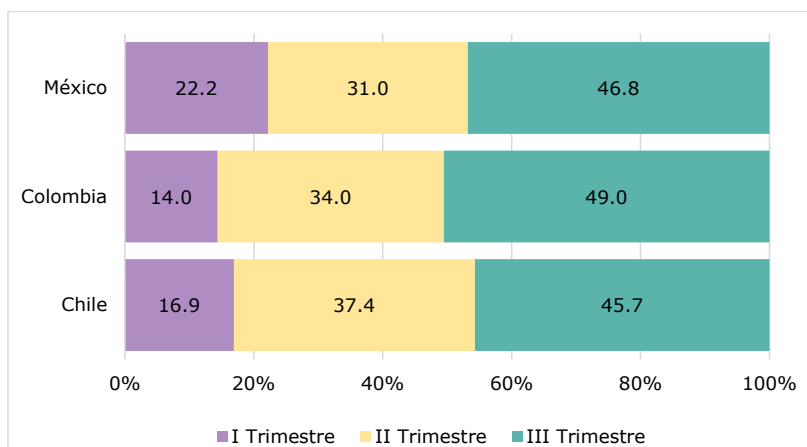
III. COVID-19 durante el embarazo

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.

Se destacan a continuación los datos aportados por tres países de las Américas: Chile, Colombia y México, con respecto al momento de la gestación cuando ocurrió la infección con SARS-CoV-2. En Colombia en la mitad de los casos ocurrió durante el tercer trimestre,

mientras que en Chile y México, la cifra es levemente inferior. En los tres países, el tercio, se infectó durante el segundo trimestre (**Figura 8**).

Figura 8. Proporción acumulada de gestantes positivas a SARS-CoV-2, según trimestre de embarazo. Chile²¹, Colombia²² y México²³, 2021.



Fuente: Datos publicados por el Ministerio de Salud de Chile, el Instituto Nacional de Salud de Colombia y la Secretaría de Salud de México y reproducidos por la OPS/OMS.

Aunque ha sido difundida la información sobre el riesgo que tienen las embarazadas de presentar una enfermedad más grave de la COVID-19, valdría la pena conocer los factores por los cuales, casi la mitad de ellas se infecta en el tercer trimestre.

Desde la notificación de los primeros casos de COVID-19 en las Américas hasta el 13 de abril de 2021, fueron notificadas 191.900 embarazadas positivas a SARS-CoV-2, incluyendo 1.102 defunciones (0,57%) en 23 países y territorios para los cuales se dispone de información (**Tabla 4**).

Al comparar estos datos con los publicados en la Actualización epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19), publicada por la OPS/OMS el 11 de marzo del 2021⁴, se tienen 19.348 casos nuevos y 85 nuevas defunciones. Usando el mismo periodo de comparación, el incremento relativo más alto en los casos confirmados acumulados ocurrió en Cuba, Ecuador y Paraguay y en las defunciones se observó en México. Destaca la alta tasa de letalidad (10,28%) observada en la República Dominicana.

²¹ Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Epidemiología. Descripción epidemiológica de COVID-19 en gestantes. Chile, SE 10 de 2020 a SE 5 de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/31Vaedz>

²² Instituto Nacional de Salud de Colombia. Disponible en: <https://bit.ly/3d1ZmPg>

²³ Secretaría de Salud de México. Informe epidemiológico semanal de embarazadas y puérperas estudiadas, ante sospecha de COVID-19. SE 13 de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3s1qklb>

Tabla 4. COVID-19 durante el embarazo, por país. Región de las Américas, enero de 2020 al 13 de abril* 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	10.467	46	0,44
Bahamas**	30	1	3,33
Bolivia	1764	31	1,76
Belice**	103	2	1,94
Brasil**	5.381	289	5,37
Chile	9.764	5	0,05
Colombia	8.327	63	0,76
Costa Rica**	393	3	0,76
Cuba&	648	0	0,00
Ecuador	2.145	29	1,35
El Salvador**	272	9	3,31
Estados Unidos de América	84.629	95	0,11
Guatemala**	1.834	22	1,20
Haití	79	4	5,06
Honduras	28	N/D	N/D
México&	15.329	331	2,16
Panamá&**	2.264	12	0,53
Paraguay	996	2	0,2
Perú&	46.524	114	0,25
República Dominicana	360	37	10,28
Suriname	50	0	0,00
Uruguay**	124	0	0,00
Venezuela	389	7	1,80
Total	191.900	1.102	0,57

Nota:

N/D: datos no disponibles

* El 13 de abril 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 11 de marzo 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

Desde enero de 2020 hasta el 13 de abril de 2021, se notificaron 423.423 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 6.970 defunciones, en pueblos o comunidades indígenas de 15 países en las Américas para los cuales se dispone de información (**Tabla 5**), lo que representa 30.777 casos confirmados adicionales, incluidas 1.365 defunciones con relación a la Actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 11 de marzo de 2021⁴.

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

Tabla 5. Número de casos y defunciones confirmadas acumulados por COVID-19 en pueblos indígenas de las Américas. Enero 2020 al 13 de abril* 2021.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Bolivia	11.668	270
Brasil	46.374	637
Canadá	25.688	298
Chile	40.745	703
Colombia	40.059	1.269
Ecuador	5.153	206
Estados Unidos de América	191.229	N/D
Guatemala**	11.710	454
Guyana**	95	6
México	16.682	2.427
Panamá**	5.807	102
Paraguay	286	27
Perú	26.509	514
Suriname	557	29
Venezuela**	861	28
Total	423.423	6.970

Nota:

N/D: datos no disponibles

* El 13 de abril 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 11 de marzo 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 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 q 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 adolescentes²⁴.

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^{25,26,27,28,29}

Retomando el análisis de **Chile**³⁰, se calcularon las tasas de incidencia y de mortalidad para niños, niñas y adolescentes entre 0 y 19 años.

Al analizar los riesgos de enfermar de niños, niñas y adolescentes entre marzo de 2020 y marzo de 2021, se observa que en ambos sexos, el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años, presentaron los riesgos más altos durante todo el periodo. Destaca que en todos los subgrupos y en ambos sexos, hay una tendencia al incremento en los últimos tres meses (**Figura 10**), con riesgos más altos que los observados en los meses previos. Será importante continuar con el monitoreo de las tendencias en estos subgrupos etarios, considerando que no son elegibles para la vacunación.

Se sugiere considerar con especial atención la ocurrencia de cambios en los patrones clínicos: desde una enfermedad leve y asintomática hacia presentaciones de mayor gravedad o severidad. Como por ejemplo, el aumento observado de los casos del síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P³¹) que coincide cronológicamente con la COVID-19. Entre la SE 1 a la SE 13 de 2021, fueron notificados 50 casos, incluidas 2 defunciones de SIM-P. Esta cifra, corresponde a un tercio del total de casos de SIM-P notificados entre la SE 10 a la SE 53 de 2020 (152 casos, incluidas 2 defunciones).

²⁴ 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>

²⁵ 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>

²⁶ 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>

²⁷ 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>

²⁸ 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>

²⁹ 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>

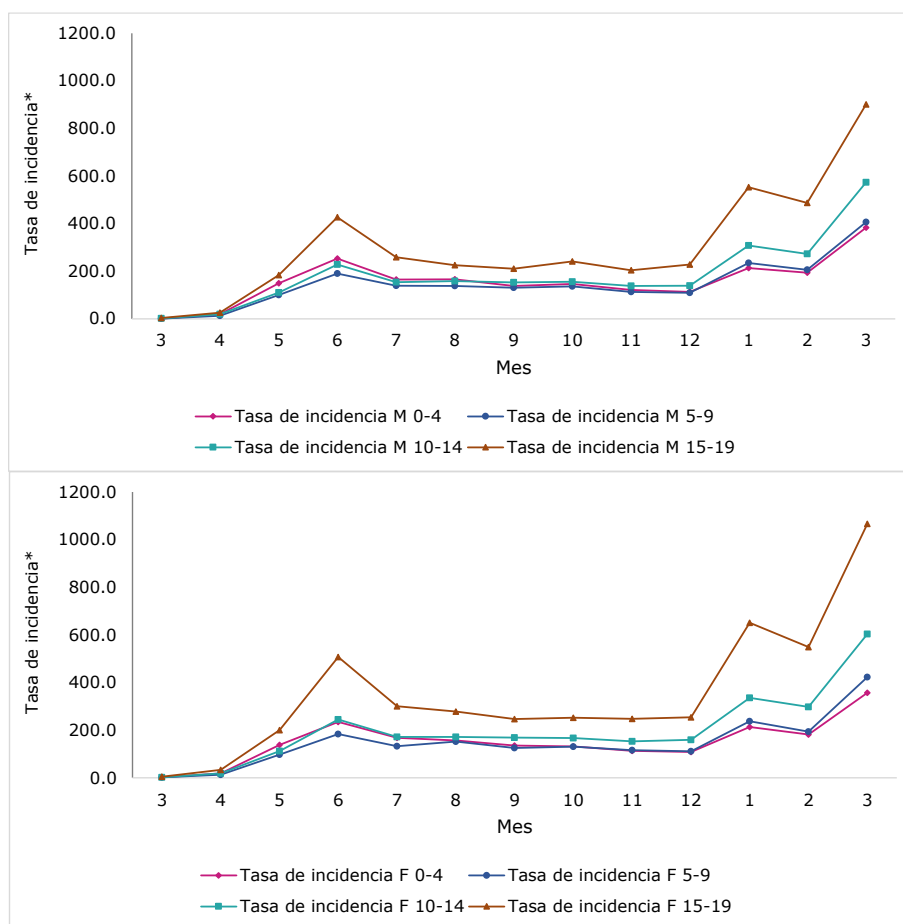
³⁰ A las limitaciones relacionadas con los datos, previamente mencionadas (ver pie de página #10), se le agregan las relacionadas con la disponibilidad de datos sobre sexo y edad de los casos y defunciones. Adicionalmente, se debe considerar factores relacionados con cierre de escuelas y la capacidad de niños y adolescentes para adherirse o no las medidas de salud pública y a las medidas de distanciamiento social, las cuales no fueron consideradas en este análisis crudo de los datos.

³¹ Se especifica en el acrónimo que se refiere a casos de Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes, por lo cual se agrega la P, por pediátrico, para diferenciarlo de los casos de Síndrome inflamatorio multisistémico en adultos.

Del total de casos acumulados de SIM-P notificados en Chile (203 casos, incluidas 4 defunciones), 58% son hombres y según edad, 41% corresponde al grupo etario de 0-4 años, 33% al de 5-9 años, 23% al de 10-14 años y 2% al de 15-19 años.

Respecto a la mortalidad por COVID-19 de niños, niñas y adolescentes en Chile, entre marzo 2020 y el 6 de abril 2021, se han registrado 67 defunciones, de las cuales 39 ocurrieron en el sexo femenino y 28 en el masculino. No se observa una clara tendencia en las tasas de mortalidad hasta la fecha.

Figura 10. Tasas específicas de incidencia por COVID-19 en niños, niñas y adolescentes entre 0 y 19 años. Chile, marzo 2020 a marzo 2021.



Nota:

M: Masculino; F: Femenino

*Tasa por 100.000 hab.

Fuente: Gobierno de Chile. Cifras oficiales de COVID-19^{12,13,14}. Datos analizados 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 14 de abril de 2021, 22 países y territorios de la región de las Américas han notificado 4.960 casos confirmados acumulados de SIM-P, incluidas 111 defunciones (**Tabla 6**).

Desde la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 11 de marzo de 2021⁴, al 13 de abril de 2021, se ha agregado 1 territorio que ha notificado dos casos confirmados de SIM-P (San Martín). En ese mismo periodo, hubo 855 casos adicionales, incluidas 13 defunciones. Durante el mismo 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 casos³², con el fin de contribuir a cerrar las brechas en la información, favoreciendo la actualización de las medidas de manejo clínico y respuesta.

³² Formulario para la notificación de casos, disponible en: <https://bit.ly/3jlbGvw>

Tabla 6. Casos acumulados confirmados y defunciones de síndrome inflamatorio multifistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19 en las Américas. Mayo 2020 a 14 de abril* 2021.

País/Territorio	Número de casos confirmados	Número de defunciones confirmadas
Argentina	127	1
Barbados	2	1
Brasil	846	54
Bolivia	1	1
Canadá	76	0
Chile	203	4
Costa Rica	30	0
Colombia	5	2
Cuba	4	0
Ecuador	10	0
El Salvador	19	0
Estados Unidos de América	3.313	36
Guadalupe	4	0
Guatemala	2	0
Guayana Francesa	1	0
Honduras	2	0
Panamá	81	2
Paraguay	68	5
Perú	1	0
República Dominicana	134	5
San Martín	2	0
Trinidad y Tabago	29	0
Total	4.960	111

Nota:

* El 14 de abril 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.

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

Del total de casos notificados, para los cuales se cuenta con datos sobre la edad y sexo ($n=4.662$), 29% 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 109 casos para los cuales se cuenta con datos sobre la edad y sexo se distribuyeron de la siguiente manera: 39% en el grupo etario de 0 a 4 años, 20% de 5 a 9 años, 15% de 10 a 14 años y 27% entre 15 y 19 años y 51% fueron de sexo masculino.

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-19³³, el número de casos y defunciones en este grupo de la población continúa aumentando desafortunadamente. No obstante, un estudio preliminar sobre vacunas del tipo ARNm contra la COVID-19 aplicadas a este grupo de la población, ha mostrado una alta eficacia para prevenir la infección por SARS-CoV-2, independientemente del estado de los síntomas³⁴.

De acuerdo con la información disponible, provista por 21 países de las Américas, se han notificado 1.773.169 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 8.655 defunciones en trabajadores de la salud desde enero de 2020 al 13 de abril de 2021 (**Tabla 7**).

Tabla 7. Casos y defunciones confirmados acumulados de COVID-19 en trabajadores de la salud de las Américas. Enero 2020 al 13 de abril* de 2021.

Pais	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Argentina	78.806	472
Bahamas	336	3
Bolivia	21.410	421
Brasil	753.089	656
Chile	52.241	102
Colombia	53.788	251
Costa Rica**	7.974	25
Ecuador	11.696	118
El Salvador**	6.609	72
Estados Unidos de América	462.905	1.538
Guatemala**	9.141	84
Haiti	808	1
Jamaica	678	3
México	229.458	3.534
Panamá**	7.925	123
Paraguay	10.148	104
Perú	57.901	1.001
República Dominicana	751	19
Suriname	396	0
Uruguay	5.431	7
Venezuela**	1.678	121
Total	1.773.169	8.655

Nota:

* El 13 de abril 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 11 de marzo 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.

³³ OMS. 2021: Año Internacional de los Trabajadores Sanitarios y Asistenciales. Disponible en: <https://bit.ly/3cflEfp>

³⁴ Thompson MG, Burgess JL, Naleway AL, et al. Interim Estimates of Vaccine Effectiveness of BNT162b2 and mRNA-1273 COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Health Care Personnel, First Responders, and Other Essential and Frontline Workers — Eight U.S. Locations, December 2020–March 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:495–500. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7013e3> Disponible en: <https://bit.ly/2PUAL6r>

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/3d3TJ1q</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/2LqllNX</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/3lijWHBT</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). 11 de marzo de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/2PKnl6T>
2. OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 13 de abril 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. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Brasil**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
7. Gobierno de **Canadá**. Coronavirus (COVID-19) y comunidades indígenas. Disponible en: <https://bit.ly/2lhCEWg>
8. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Chile**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
9. Gobierno de **Chile**. Cifras oficiales de COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3mQQXS3>
10. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Colombia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
11. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Ecuador**, 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 Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes disponible en <https://www.cdc.gov/mis-c/>
13. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **México**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
14. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Paraguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
15. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Suriname**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
16. Ministerio de Salud Pública de **Uruguay**. Disponible en: <https://bit.ly/3p7z8xy>