



XVI Conferencia Sanitaria Panamericana

XIV Reunión del Comité Regional



Minneapolis, Minnesota, E.U.A.
Agosto-Septiembre 1962

Tema 2.5 del proyecto de programa

CSP16/14 (Esp.)
5 julio 1962
ORIGINAL: INGLES

INFORME SOBRE EL ESTADO DEL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LAS AMERICAS

La falta de información completa y fidedigna, en la mayoría de los países, impide llevar a cabo una determinación satisfactoria de la prevalencia e incidencia de la tuberculosis en las Américas.

Las estadísticas de mortalidad indican que esta enfermedad constituye una de las principales causas de defunción en varios países americanos. En el Cuadro I figuran los datos acerca de los casos de tuberculosis notificados anualmente, con tasas por 100.000 habitantes, durante el período 1955-1961, y en el Cuadro II los referentes al número de defunciones por 100.000 habitantes. Estos datos son incompletos porque en muchas zonas, que no cuentan con adecuados servicios médicos, los casos no se diagnostican ni notifican, así como, por lo incompleto de los certificados médicos, no se atribuyen a la tuberculosis todas las defunciones causadas por esta enfermedad. No obstante, a pesar de su deficiencia, estos datos son útiles como base de cálculos aproximados, con pleno reconocimiento de la necesidad de estudiar el problema de la tuberculosis en un país determinado, a fin de planear un programa que lleve a efecto una rápida reducción de la morbilidad y mortalidad.

El criterio de la Organización en materia de control de la tuberculosis, como en otros campos de la salud pública, ha evolucionado con los años. Se han llevado a cabo revisiones periódicas de este criterio a medida que se han ido introduciendo nuevas medidas de control, se han mejorado las ya establecidas y se ha adquirido una experiencia cada vez mayor en la aplicación de ellas.

Mientras no hubo medios de atacar directamente el agente etiológico, el control antituberculoso tuvo por principal objeto aumentar la resistencia del individuo susceptible. Por tanto, la vacunación con BCG constituyó una parte muy importante de las primeras actividades de control de la tuberculosis realizadas por la Organización, con la asistencia del UNICEF.

La introducción de poderosas drogas antituberculosas posibilitó el ataque directo al bacilo de Koch en los reservorios infecciosos humanos.

En la actualidad, la tuberculosis puede considerarse como una enfermedad transmisible cuyo control es posible mediante métodos basados en la práctica de la salud pública, aplicada a las colectividades. Es necesario descubrir y convertir en no infecciosas todas las fuentes de infección --casos de tuberculosis-- efectivas o en potencia, y los individuos susceptibles deben ser protegidos.

En la práctica, esto significa un programa de búsqueda y tratamiento de casos, así como de vacunación y quimioprofilaxis. El descubrimiento de casos debe basarse en los métodos de diagnóstico más sencillos existentes en la actualidad: películas de rayos X en miniatura, exámenes de laboratorio y pruebas de la tuberculina. El tratamiento, para que resulte económicamente factible, ha de ser ambulatorio en la mayoría de los casos. Debe subrayarse que sea cual fuere el tipo de caso de tuberculosis pulmonar diagnosticado, el tratamiento habrá de limitarse en la práctica a la quimioterapia y las drogas facilitadas se las administrará el propio paciente.

De este modo, los elementos del control antituberculoso son muy simples, pero su aplicación a circunstancias locales requerirá, en cada caso, un estudio experimental de la magnitud del problema y de los métodos, en relación con los objetivos cuantitativos y cualitativos a alcanzar, y con los recursos existentes y necesarios, en medios materiales y personal. Claro está que esto habrá de hacerse con la debida consideración a las prioridades establecidas por las autoridades de salud pública en sus planes generales. Hasta que no se complete dicha fase experimental no podrá desarrollarse un plan racional a largo plazo, para un programa nacional de control.

La Organización considera que la mejor forma de llevar a cabo un estudio semejante consiste en realizarlo en una zona nacional piloto, que permita: a) evaluar la magnitud del problema en una muestra representativa de la población; b) establecer cualitativa y cuantitativamente los objetivos del control y medir las realizaciones conseguidas durante un período de tiempo especificado, teniendo especialmente en cuenta la eficacia administrativa de los métodos empleados; c) efectuar una valoración de los recursos mínimos necesarios para alcanzar dichos objetivos sin olvidar que, en el mayor grado posible, el control antituberculoso debe realizarse como parte integrante del programa de salud pública y no como un servicio altamente especializado y costoso, y d) calcular el costo de la consecución de los fines propuestos.

Una vez concluida semejante fase piloto, será posible que las autoridades nacionales de salud elaboren un plan a largo plazo para el desarrollo de un programa nacional, por un período de tiempo especificado. La rapidez con que dicho programa pueda desarrollarse dependerá de: a) la prioridad concedida a la tuberculosis con relación a otros problemas de salud, considerando los medios de que la autoridad sanitaria pueda disponer, y b) la rapidez con que los recursos mínimos puedan conseguirse y el personal pueda adiestrarse para dicho programa.

Al planear la extensión del control antituberculoso más allá de la primera fase piloto, las autoridades nacionales de salud deberán tener en cuenta que: a) la administración del programa debe apoyarse en gran parte en los medios materiales y de personal de los servicios generales de salud pública, b) la fase de expansión del programa habrá de tener asimismo objetivos cuantitativos y cualitativos y deberá quedar sujeta a evaluaciones periódicas hechas por las autoridades encargadas de la zona piloto. La orientación y adiestramiento del personal preciso, puede también efectuarse en la zona piloto como proceso continuo durante las fases experimental y de ampliación.

El Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, en su 36a Reunión (Puerto Rico, 1958), consideró a la tuberculosis "como uno de los primeros problemas de salud a resolver en numerosos países del Continente", y encomendó al Director que informara a una próxima reunión del Consejo Directivo sobre las necesidades financieras para la formulación de un plan continental de lucha contra la tuberculosis.

El problema de la tuberculosis se discutió extensamente durante la XIII Reunión del Consejo Directivo (Washington, 1961). El Documento CD13/17, Rev.1, "Necesidades financieras para la formulación de un plan continental de lucha contra la tuberculosis", presentado por el Director, indicaba que las necesidades financieras adicionales para un programa ampliado antituberculoso se calculaban en unos \$63.000.000 anuales, por un período de diez años, con un total general para el decenio que ascendía a \$630.000.000 y comprendía los costos de diversas medidas de control: terapéuticas, preventivas y educativas. El debate que siguió a la presentación del documento indicó la necesidad de obtener información complementaria acerca de la naturaleza y alcance del problema en cada país, a fin de realizar un detenido estudio de la situación que sirva de base a la formulación de programas de control antituberculoso.

En su Resolución XXXVI el Consejo Directivo recomendó a los Gobiernos: a) que investiguen la magnitud del problema de la tuberculosis en sus respectivos territorios, con el fin de establecer un mejor conocimiento de la incidencia y prevalencia de la infección y de la enfermedad, así como que organicen la búsqueda intensiva de casos; b) que procuren determinar el costo de las medidas específicas de control de la tuberculosis, de tal manera que les permita preparar planes nacionales de lucha antituberculosa, respaldados por un adecuado financiamiento; c) que establezcan metas para ser cumplidas en los próximos diez años, con el fin de reducir los índices de mortalidad y morbilidad y de prevalencia de la infección y, d) que reorienten los programas de control de la tuberculosis con el objeto de lograr el mejor rendimiento posible de los recursos humanos y materiales disponibles.

El Consejo Directivo autorizó asimismo al Director para que procure obtener recursos económicos adicionales que permitan la ejecución de un programa continental de lucha contra la tuberculosis, incluyendo la investigación de todos aquellos problemas que guarden relación con la enfermedad y que puedan contribuir a su más rápida solución.

A fin de prestar asistencia a los Gobiernos en el control antituberculoso, la Organización está ampliando, dentro de sus posibilidades presupuestarias, sus actividades en esta materia mediante un programa regional (AMRO-110) y varios programas en los países. Esta asistencia consiste en: 1) adiestramiento de personal nacional en las nuevas técnicas y procedimientos de administración del problema de la tuberculosis; 2) encuesta relativa a la situación de la tuberculosis en los distintos países, inclusive el estudio de las tendencias actuales de morbilidad y mortalidad de la enfermedad, evaluación de los recursos existentes en medios materiales y personal adiestrado que puedan utilizarse en un programa eficaz, evaluación de las necesidades y medios posibles de satisfacerlas, etc., y 3) establecimiento de zonas nacionales piloto para los programas.

En el pasado, la colaboración de la Organización se ha dedicado exclusivamente a programas de vacunación colectiva con BCG. En 16 países y territorios (Belice, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guayana Británica, Guatemala, Honduras, Jamaica, Islas Leeward, México, Paraguay, República Dominicana, Surinam, Trinidad y Tabago e Islas Windward) se han llevado a cabo campañas al respecto. Además, se ha prestado asistencia a tres países en la organización de laboratorios productores de vacuna BCG.

Sin embargo, en los últimos cuatro años, el interés se ha orientado hacia una mejor organización de dispensarios, con especial atención a la quimioterapia y quimioprofilaxis, que ocupan actualmente un lugar preeminente entre las medidas antituberculosas de salud pública. El nombramiento, a mediados de 1960, de un Consultor Regional en Tuberculosis, ha estimulado la labor en este campo. No obstante, dificultades relativas a la contratación de consultores competentes en tuberculosis han demorado la asistencia prestada por la Organización.

Una vez terminada satisfactoriamente una campaña nacional de vacunación con BCG, en 1958, el Gobierno de Guatemala solicitó la colaboración de la Organización en la ejecución de un programa piloto de control, basado en la quimioterapia de pacientes y la quimioprofilaxis de contactos. El programa se inició en septiembre de 1958, en el Departamento de Escuintla, extendiéndose más adelante a los Departamentos de Santa Rosa y Sacatepéquez. En 1961, se hizo una evaluación del trabajo realizado en los dos primeros departamentos, con la reorganización del programa y la elaboración de normas y procedimientos.

En 1959, el Gobierno de México solicitó la colaboración de la OPS en una encuesta y programa de control relativos a la tuberculosis. Se ha completado ya el adiestramiento de personal para este programa (México-38), así como la preparación de las normas generales de control de la enfermedad en el país. Es de lamentar que dificultades halladas en cuanto a la contratación de un consultor internacional y a la provisión de unidades móviles de rayos X, retrasaran la iniciación de este programa. Ahora bien, el consultor fue nombrado a mediados de 1961 y el equipo llegó en enero de 1962. El programa empezó en Baja California, donde la encuesta preliminar de prevalencia se encuentra en marcha, con la observación ulterior de todos los casos

y contactos descubiertos. El Laboratorio de la Universidad Nacional Autónoma de México continuó recibiendo la colaboración y estímulo relativos a la investigación y estudio de microbacterias atípicas.

En Cuba, el Gobierno se ha mostrado muy interesado en la ejecución de un programa de control antituberculoso y ha solicitado la cooperación de la Organización. Hasta el momento, varios hospitales han sido ampliados aumentando considerablemente el número de camas destinadas a pacientes tuberculosos.

En la República Dominicana, la campaña de vacunación con BCG terminó en 1961. Con la colaboración de la Organización, ha sido preparado un plan de operaciones relativo a un proyecto piloto en San Cristóbal, que se iniciará en 1963, y en el que cooperará el UNICEF. Se espera que el adiestramiento del personal necesario termine en 1962.

En Honduras, un consultor de la Organización colaboró, en 1961, con el Gobierno en la preparación de los planes relativos a un proyecto piloto de control en la región meridional del país (Choluteca). Con relación a este proyecto, el Gobierno ha solicitado la cooperación del UNICEF.

En Panamá, se ha llevado a cabo durante los últimos meses un programa intensivo de descubrimiento de casos, como parte del programa de salud pública de la Zona Central. Para garantizar la máxima participación de una población predominantemente rural y la cooperación máxima por parte de los pacientes, así como de los sospechosos y contactos sometidos a tratamiento o supervisión, se está desarrollando una labor encaminada a despertar el interés de las personas prominentes de cada localidad. El éxito de este plan está sirviendo de estímulo al Gobierno para utilizar el mismo planteamiento en otros campos de la salud pública. El programa de control antituberculoso cuenta con la colaboración de la Organización y el UNICEF.

Desde 1961, un consultor de la OPS está colaborando con el Gobierno de Colombia en la reorganización de su servicio de control antituberculoso. Se han realizado particulares progresos en el mejoramiento del intercambio de información, establecimiento de normas uniformes y un sistema más eficaz de registro de datos. Se ha preparado un proyecto piloto para la zona de Santa Marta y sus alrededores, en el cual se estudiarán especialmente la metodología de la inducción de los pacientes tuberculosos ambulantes y sus contactos, para que continúen aceptando las drogas durante un período de tiempo lo bastante largo. El proyecto contará con la asistencia del UNICEF.

A fines de 1961, un consultor a corto plazo, de la OPS hizo un detallado análisis crítico de los aspectos técnicos y administrativos de las actividades de la "Liga Ecuatoriana Antituberculosa".

En el Perú, la tuberculosis constituye un grave problema de salud pública a pesar de los esfuerzos de los organismos oficiales y privados para controlar la enfermedad. Si bien la mortalidad debida a tuberculosis ha disminuído, no se ha podido conseguir una reducción semejante del número de

pacientes y, según las estadísticas oficiales, esta cifra se ha mantenido estacionada. Encuestas realizadas en colectividades urbanas revelaron una prevalencia de 2,34%. Un estudio similar terminado el año último en la zona de Puno indicó una prevalencia de enfermedad activa de 2,82 por ciento.

El Gobierno del Perú ha solicitado la colaboración de la Organización y el UNICEF para un proyecto piloto de control antituberculoso en la zona de Tacna. Este proyecto se encuentra en la actualidad a punto de iniciarse, a la espera únicamente de la llegada del equipo de rayos X que ha de suministrar el UNICEF y del consultor de la OPS que está a punto de ser contratado. Desde 1960, se encuentra en dicho sector del país una consultora de la OPS en enfermería antituberculosa, para prestar asistencia en las zonas de Puno y Tacna.

En Chile se ha propuesto un proyecto piloto, relativo a un grupo de población conveniente, situado al sur de Santiago (Comunas La Cisterna y la Graña). El proyecto prestará especial atención al tratamiento intensivo ambulatorio y domiciliario y tratará de encontrar los métodos más eficaces de observación ulterior que puedan aplicarse al resto del país.

Diversos estudios emprendidos en el Altiplano de Bolivia, en 1960, indicaron que la tuberculosis constituye un grave riesgo de salud pública en aquella zona. En 1961, el Gobierno solicitó la colaboración de la Organización y el UNICEF para establecer un proyecto piloto que estudiara la prevalencia de la tuberculosis y el control de la enfermedad, así como para adiestrar al personal nacional en los métodos de control antituberculoso. La Organización facilitará los servicios de un especialista en tuberculosis y de una enfermera, como consultores asignados a este proyecto, el cual se iniciará en 1963.

La Organización ha cooperado asimismo con el Gobierno de Brasil en la preparación de un plan relativo a un proyecto piloto sobre control antituberculoso, a realizar en el Estado de Rio Grande del Norte, con la colaboración del UNICEF. Se tenía el propósito de iniciar este programa en 1961, pero las dificultades de obtención de las unidades móviles de rayos X han retrasado su comienzo. Se espera que el programa pueda comenzar a principios de de 1963.

En la segunda mitad de 1960, se inició en diversas provincias de Argentina una encuesta encaminada a determinar la prevalencia de tuberculosis, labor en la que cooperó la Organización facilitando los servicios de tres consultores. El UNICEF también prestó asistencia a esta encuesta. La encuesta realizada en la Provincia de El Chaco terminó satisfactoriamente en 1961 y está siendo extendida a la Provincia de Neuquen, esta vez a cargo únicamente de personal nacional.

La organización del Centro Nacional Antituberculoso de Santa Fé, realizada con la colaboración de la OPS y el UNICEF, quedó terminada en 1961. Los fines de este centro comprenden el desarrollo de un programa de demostración de control antituberculoso, en zonas rurales y urbanas de la Provincia

de Santa Fé; el adiestramiento de médicos y otros técnicos; el estímulo de estudios en el campo del control antituberculoso y la educación en salud pública; consultas con las provincias en cuanto a sus planes de control antituberculoso, y, finalmente, el estímulo y la coordinación de estas actividades con las desarrolladas por otros organismos. En la realización del proyecto se han logrado considerables progresos. El centro de salud de Recreo (Santa Fe), que comprende un sanatorio, un gran dispensario piloto y una escuela de control antituberculoso ha emprendido reformas en sus edificios, ha recibido equipo y ha contratado personal. En la zona del proyecto han comenzado actividades de control y tuvo especial interés la inauguración del primer curso, en mayo de 1962. En esta ocasión, únicamente, el curso estuvo limitado a médicos argentinos. Dos consultores a corto plazo, de la OPS, están prestando servicios en el profesorado, así como una especialista en personal, de la Oficina de la Zona 4.

El centro de Recreo será un manantial de actividades técnicas y de investigación, del programa de control antituberculoso en Argentina, así como centro de adiestramiento interamericano, en sus aspectos docentes.

Bajo el estímulo de la Oficina de Campo de la OPS en El Paso, las actividades del comité antituberculoso de El Paso-Juarez están extendiéndose a otras colectividades gemelas fronterizas.

En el Centro Panamericano de Zoonosis, se ha propuesto la ampliación de las instalaciones de laboratorio al objeto de permitir la tipificación de microbacterias, en gran escala. De conseguirse apoyo financiero para este proyecto, será posible estudiar la extensión de las repercusiones de la infección bovina en la tuberculosis humana, en varios países de Latinoamérica.

Se encuentran adelantados los planes para celebrar, en 1963, un seminario en Argentina, a fin de analizar las formas y medios de utilización de los nuevos progresos técnicos, relativos a la prevención de la tuberculosis, así como de estimular las actividades en los programas de los países. A este seminario asistirán expertos en el control antituberculoso, epidemiólogos y administradores de salud pública de los países de América del Sur. Se proyecta la celebración de otro seminario, en 1964, para los países y territorios de Mesoamérica y el Caribe.

En resumen, es alentador observar el creciente interés en el control antituberculoso, en todo el Continente. Si bien, hace cuatro años no se encontraba en funcionamiento más que un solo proyecto piloto, en la actualidad son diez los que se encuentran en actividad o iniciarán muy pronto sus operaciones. Así, pues, diez países están cumpliendo la primera recomendación de la Resolución XXXVI de la XIII Reunión del Consejo Directivo.

Estos diez centros de investigación, adiestramiento y funcionamiento modelo ejercerán una positiva influencia en los países en que han sido creados. Los proyectos prestarán atención, por encima de todo, a los aspectos del control antituberculoso que, indudablemente, predominarán en esta especialidad durante muchos años, a saber: el tratamiento ambulatorio-domiciliario

de casos y la protección de contactos por medio de vacunas y drogas. Los medios técnicos ya existen, y los nuevos centros estudiarán la metodología relativa a su aplicación a cuantos los necesiten, a la vez que explorarán la forma de inducir a las poblaciones a que cooperen mediante el uso constante de las drogas durante largo tiempo. Esto representa un punto crucial en la historia del movimiento mundial antituberculoso. El tratamiento hospitalario y la vacunación, hasta hoy tan predominantes, empiezan a desempeñar papeles secundarios y la administración de drogas a pacientes ambulatorios está adquiriendo primordial importancia.

Anexos: Cuadros I y II

CUADRO I

Casos de tuberculosis notificados, todas las formas (001-019), con tasas por 100.000 habitantes, en países de las Américas, 1955-61

País	N U M E R O						T A S A							
	1955	1956	1957	1958	1959	1960	a) 1961	1955	1956	1957	1958	1959	1960	a) 1961
Argentina	16,577	18,307	19,647	16,508	17,387	18,865	...	86.7	93.9	98.9	81.5	84.3	90.0	...
Bolivia	859	745	596	522	1,779	1,136	1,207	26.6	22.8	18.0	15.5	52.2	32.9	34.5
Brazil (b)	10,883	11,556	13,735	7,986	14,079	9,943	...	120.8	171.7	204.2	115.7	138.2	100.8	...
Canada (c,d)	9,184	8,405	7,979	7,502	6,579	6,345	6,488	58.6	52.3	48.2	44.1	37.7	35.6	35.6
Chile	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Colombia (e)	12,273	11,048	13,787	14,579	13,858	14,392	15,436	110.8	93.0	114.6	119.3	110.1	106.5	111.3
Costa Rica	681	700	605	560	649	624	...	71.6	70.9	58.6	52.0	57.6	53.3	...
Cuba	1,749	1,951	1,838	1,177	1,849	1,856	2,624	28.5	31.2	28.8	18.0	27.8	27.3	37.8
Dominican Republic	1,799	2,149	2,184	2,199	2,189	2,122	...	71.2	82.2	80.8	78.6	75.6	70.9	...
Ecuador	4,542	4,466	4,699	5,463	4,692	5,223	...	123.1	117.5	119.6	134.9	112.0	121.0	...
El Salvador (e)	2,518	2,615	3,011	2,918	3,872	5,251	5,388	243.5	239.0	262.7	231.2	294.0	358.2	355.9
Guatemala	2,721	2,157	1,942	1,153	3,649	3,802	3,362	83.5	64.4	56.3	32.5	99.9	101.0	86.9
Haiti	799	779	1,188	2,218	3,067	2,860	3,332	24.2	23.3	35.1	66.5	88.5	81.6	94.0
Honduras	...	...	...	1,439	1,609	4,566	1,985	...	...	...	...	85.3	233.8	98.3
Mexico	8,257	9,421	10,392	11,157	11,348	12,417	11,803	27.8	30.9	33.1	34.5	34.1	35.6	32.7
Nicaragua	964	1,051	1,014	1,330	744	581	707	77.4	81.6	76.1	96.5	52.2	39.3	46.2
Panama	826	1,323	1,878	1,385	1,673	1,487	1,104	89.5	139.6	193.0	138.5	162.9	140.9	101.8
Paraguay (e)	640	1,158	1,381	1,206	1,126	1,113	...	89.4	124.1	135.3	107.6	65.2	63.0	...
Peru (e)	19,408	19,818	22,552	19,336	22,796	19,485	22,053	472.9	450.3	472.8	397.5	425.3	348.4	382.7
United States (d,f)	77,368	69,895	67,171	63,537	57,535	55,494	53,623	46.9	41.6	39.3	36.5	32.5	30.8	29.3
Uruguay	3,705	653	3,164	3,134	2,134	1,928	1,613	141.6	24.4	116.2	113.6	76.4	68.2	56.4
Venezuela (e)	8,699	8,062	7,211	7,494	7,887	8,722	8,658	260.4	232.7	200.3	201.2	204.3	217.7	208.2

... No hay datos disponibles. * Enfermedad no notificable.

(a) Datos provisionales. (b) Distrito Federal y capitales de Estado, excepto: São Paulo, 1956-1958; Niteroi, 1955, 1957 y 1958. Los datos de 1960 están incompletos.

(c) Excluyendo los Territorios del Noroeste, 1955-1958. (d) Casos activos de notificación reciente. (e) Areas de notificación.

(f) Incluyendo Alaska y Hawaii.

CUADRO II

Número de defunciones por tuberculosis, todas las formas (001-019), con tasas por 100,000 habitantes, en países de las Américas, 1955-1960

País	N U M E R O						T A S A					
	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1955	1956	1957	1958	1959	1960
Argentina	4,786	3,844	...	...	...	...	25.0	19.7	...	...	...	...
Bolivia	1,184	...	...	...	...	...	37.2	...	...	...	...	...
Brazil (b)	...	4,026	8,522	7,973	8,434	...	...	67.1	87.4	79.7	84.2	...
Canada	1,382	1,256	1,183	1,027	959	823	8.8	7.8	7.1	6.0	5.5	4.6
Chile	4,530	4,129	4,110	3,776	4,073	4,032	67.0	59.5	57.7	51.7	54.6	52.9
Colombia	3,570	3,487	3,614	3,662	3,841	4,074	28.2	26.9	27.3	27.1	27.8	28.8
Costa Rica	220	198	217	165	163	151	23.1	20.0	21.0	15.3	14.5	12.9
Cuba	...	...	1,175	1,076	1,146	...	...	...	18.4	16.5	17.2	...
Dominican Republic	768	767	614	476	512	...	30.4	29.4	22.7	17.0	17.7	...
Ecuador	1,213	1,313	1,420	1,454	...	...	32.9	34.6	36.1	35.9	...	...
El Salvador	456	363	406	432	384	408	20.8	16.0	17.3	17.7	15.2	15.6
Guatemala	1,311	1,439	1,272	1,306	1,207	1,266	40.2	43.0	36.9	36.8	33.1	33.6
Haiti	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	266	278	286	244	297	265	...	16.2	16.2	13.3	15.7	13.6
Mexico	7,708	8,434	9,494	9,399	9,168	9,719	26.0	27.6	30.2	29.1	27.5	27.8
Nicaragua	82	88	72	97	113	123	6.6	6.8	5.4	7.0	7.9	8.3
Panama	203	292	267	261	238	288	22.0	30.8	27.4	26.6	23.2	27.3
Paraguay (c)	242	243	219	220	244	292	...	...	28.6	27.7	28.7	32.4
Peru (d)	2,460	2,582	3,224	2,627	3,182	...	98.3	100.1	118.5	83.6	89.4	...
United States (e)	15,016	14,137	13,390	12,417	11,474	...	9.1	8.4	7.8	7.1	6.5	...
Uruguay	635	...	599	519	507	...	24.3	...	22.0	18.8	18.2	...
Venezuela	1,932	1,723	1,731	1,547	1,466	1,411	32.4	27.8	26.9	23.2	21.2	19.6

(a) 1954. (b) Para 1956, Estado de Guanabara (luego Distrito Federal) y siete capitales de Estados; para 1957-1959, Estado de Guanabara y capitales de otros Estados y Territorios, con excepciones.
(c) Las tasas de 1957-1960 se basan en la población de la zona de información. (d) Ciudades principales.
(e) Incluyendo Alaska y Hawaii.