
**RESUMEN DE LOS INFORMES
SOBRE LAS CONDICIONES
SANITARIAS EN LAS AMERICAS**

1950-1953

INDEXED



**Publicaciones Científicas
No. 24**

Junio, 1956

**OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud
Washington, D. C.**

**RESUMEN DE LOS INFORMES
SOBRE LAS CONDICIONES
SANTARIAS EN LAS AMERICAS
1950-1953**

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

**Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud
1501 New Hampshire Avenue, N.W.
Washington 6, D. C., E.U.A.**

La presente publicación es una revisión del documento CSP14/17, publicado el 10 de septiembre de 1954 y distribuido originalmente durante la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (Santiago, Chile, octubre de 1954).

RESUMEN DE LOS INFORMES SOBRE LAS CONDICIONES
SANITARIAS EN LAS AMERICAS 1950-1953

Indice

	<u>Página</u>
PREFACIO	5
I. POBLACION.....	7
Población según el último censo y población calculada para 1950 ..	7
Población por grupos de edad	7
Población de las zonas urbanas y rurales	8
II. ESTADISTICAS VITALES.....	16
Estadísticas de nacimientos	17
Estadísticas de defunciones fetales.....	17
Estadísticas de defunciones	20
Estadísticas de defunciones infantiles	20
Estadísticas de defunciones maternas	20
Principales causas de defunción	24
III. ESTADISTICAS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y PROGRAMAS DE CONTROL	29
Buba	35
Difteria	39
Disentería	45
Fiebre amarilla	47
Fiebre tifoidea	61
Infecciones meningocócicas	63
Lepra	65
Paludismo.....	74
Peste	83
Sarampión.....	88
Sífilis y otras enfermedades venéreas	90
Tifus	99
Tos ferina	104
Tuberculosis	110
Viruela	122
IV. PERSONAL EMPLEADO EN LOS SERVICIOS DE SALUBRIDAD	128
V. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUERIDAD.....	131
VI. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO	138

EXPLICACION DE SIMBOLOS

Datos no disponibles . . . . .	...
Categoría no aplicable . . . . .	.
Nada	-
Menos de la mitad de la unidad usada	0.0

P R E F A C I O

Para la planificación de los programas sanitarios de las Américas, es esencial el conocimiento y la medición de los problemas. Si se han de alcanzar progresos en las actividades sanitarias es preciso disponer de información fundamental en relación a las poblaciones servidas, a las condiciones sanitarias de los países y a las necesidades y recursos médicos de que se disponga.

Este principio ha sido reconocido en las disposiciones del Código Sanitario Panamericano y de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana que estipulan el intercambio de información relativa a la prevención de las enfermedades y a la preservación de la salud en el Hemisferio Occidental. El progreso futuro depende en gran parte de la justipreciación de los problemas, mediante la aportación de datos exactos que permitan la planificación coordinada en materia sanitaria.

De conformidad con la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana y la Resolución XXIII adoptada en la VII Reunión del Consejo Directivo, se había solicitado de cada Estado Miembro y Territorio que prepararan un informe cuadrienal, de preferencia de carácter estadístico, sobre sus condiciones sanitarias, para presentarlo a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Santiago de Chile, en octubre de 1954. Los informes recibidos de los países constan, por lo general, de dos partes: una comprende datos estadísticos correspondientes al período cuadrienal 1950-1953, y la otra contiene una descripción de las condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el respectivo país. Con el fin de facilitar su utilización, tanto en las discusiones de la Conferencia como en la planificación sanitaria coordinada, los datos estadísticos proporcionados por los países han sido recopilados en un informe conjunto que fué dado a la publicidad en octubre de 1954.

Además del material dado a la publicidad en el documento Resumen de los Informes de los Estados Miembros, 1950-1953 de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, se recibieron subsiguientemente datos del Canadá, Puerto Rico y de casi todas las demás otras entidades políticas, para su incorporación en esta publicación final. Algunos de los gobiernos enviaron también correcciones y adiciones pequeñas a fin de que esta publicación sea más completa. En consecuencia, este informe contiene toda la información disponible del Hemisferio Americano.

Aun cuando existen diferencias en los métodos de notificación, en el registro civil y en la tabulación de los datos, así como en la exactitud y fidelidad de estos últimos en las varias entidades políticas, esta información básica es de utilidad excepcional para el conocimiento de la salud americana así como para encontrar la solución de problemas específicos. En este informe se definen muchos de nuestros problemas sanitarios; se aprecian claramente los que requieren una inmediata acción coordinada. De un examen crítico de este material se deduce también la necesidad de perfeccionar esos datos básicos, a los fines de planificación de los programas sanitarios en escala local, nacional e internacional.

En este informe se presentan los datos que han sido suministrados por las correspondientes administraciones nacionales de sanidad. Los informes cuadrienes de los países no se ocupan de los detalles técnicos relativos a las definiciones de acontecimientos vitales y métodos de recopilación de datos. Para obtener información relativa a esas definiciones y procedimientos, deben consultarse los informes de estadísticas vitales publicados en las respectivas entidades políticas. También el Demographic Yearbook de las Naciones Unidas contiene explicaciones de los problemas técnicos que plantea la publicación de estadísticas vitales comparables.

Este informe incluye datos obtenidos del censo y de los servicios de estadísticas vitales y de notificación de casos, breves descripciones de los programas de control de las enfermedades transmisibles, información sobre el personal empleado en los servicios de salubridad, sobre la organización de los servicios nacionales de sanidad y sobre varios aspectos de los programas de saneamiento del medio. En vista del gran interés demostrado por cada uno de los distintos gobiernos en la preparación de los Informes Cuadrienesales, en este Resumen se han reproducido tanto los datos estadísticos como los programas que aparecen descritos en dichos informes. En pocos casos hubo que revisar las tasas e introducir pequeñas correcciones de carácter editorial, con el objeto de que la presentación del Resumen tuviera la debida continuidad y uniformidad. Asimismo, las excelentes descripciones de los programas presentadas por algunas entidades políticas, resultaron demasiado extensas para su reproducción íntegra en este informe, pero en los preparados por cada país, se pueden encontrar descripciones completas de los programas específicos. El alcance de la información solicitada se había limitado necesariamente a datos básicos seleccionados y no comprendía, por lo tanto, muchos aspectos de los programas sanitarios. Por ejemplo, toda la información complementaria relativa a los servicios médicos, personal, planes y medios de adiestramiento y otros servicios prestados, sería de gran utilidad para el estudio de estas importantes fases de los programas de salubridad.

A través de los Informes Cuadrienesales preparados para las Conferencias, puede apreciarse, a intervalos regulares, el progreso alcanzado en las actividades sanitarias en las Américas. El presente informe constituye un importante avance en el suministro de datos que permitan la planificación coordinada en las Américas. Es indudable que, mediante un programa coordinado para el mejoramiento de los datos básicos y con la adopción de definiciones y procedimientos uniformes para el desarrollo de estadísticas comparables, se podrá preparar un documento más completo y exacto para la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1958. Tanto para la evaluación de los progresos alcanzados como para la orientación de los programas, es preciso disponer de datos estadísticos cabales y fidedignos.

CAPITULO I

POBLACION

La mayor parte de las entidades políticas de las Américas levantaron un censo en 1950 o alrededor de esa fecha. Los resultados de esos censos se han usado para señalar las poblaciones en las Américas, así como para su distribución por grupos de edad y por zonas urbanas y rurales. La distribución de la población tiene importancia para el estudio de las condiciones sanitarias y preparación de programas sanitarios en las Américas.

Población Según el Último Censo y Población Calculada para 1950

A fin de presentar un cuadro completo de las poblaciones en las Américas, se han utilizado datos de los Informes Cuadriales (a) y del Demographic Yearbook de las Naciones Unidas. En el Cuadro 1, se dan los datos sobre la población, según los últimos censos disponibles, de todas las entidades políticas de las Américas (b) más Hawaii, que está incluido en esta región. En todos los países se levantaron censos en 1950 o alrededor de esa fecha, excepto en Perú y Uruguay, en donde hay proyectos en curso para realizar sus censos en una fecha próxima.

Se presenta la población calculada a mediados del año 1950, tomada de los Informes Cuadriales o de las publicaciones de las Naciones Unidas, con el fin de dar la cifra total de población correspondiente a una fecha determinada. La cifra calculada para el Hemisferio Occidental en 1950 fué de 326.415.000 habitantes. De esta población 216.443.000 correspondían a la América del Norte y 109.972.000 a la América del Sur. La primera se ha subdividido en América Septentrional (Alaska, Canadá, Groenlandia, San Pedro y Miquelón y los Estados Unidos), con 165.110.000 habitantes, y América Central (el resto de la América del Norte, incluido el Caribe) con 51.333.000 habitantes.

La población de las Américas aumenta rápidamente. Diez años atrás, el 1º de julio de 1940, se calculaba la población en 274.158.000 habitantes. El aumento durante esos 10 años fué de 19,0 por ciento. Con el fin de mostrar la tasa de incremento (c), en el Cuadro 1 se da el promedio de tasa anual correspondiente a cada entidad política, tomado del Demographic Yearbook de las Naciones Unidas. Para las Américas en conjunto, el promedio de la tasa anual de incremento de 1940 a 1950 fué de 1,8. La tasa anual de incremento fué más alta en la América del Sur (2,1 por ciento) y América Central (2,2 por ciento) que en América Septentrional (1,4 por ciento).

Población por Grupos de Edad

La población por grupos de edad de las entidades políticas que han presentado esos datos según el último censo, puede verse en el Cuadro 2 y distribuciones porcentuales, en el Cuadro 3. De esta información resulta evidente que existen grandes variaciones en la composición de edades de las poblaciones de los países. En 13 de los 19 que suministraron datos, del 3,2 al 3,9 por ciento de la población era menor de un año y del 11,8 al 13,9 por ciento era de 1 a 4 años de edad. En efecto, en 13 países el 15,3 por ciento

(a) Los informes recibidos de los Estados Miembros para la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana se denominan en este Resumen "Informes Cuadriales."

(b) Aunque se incluye Groenlandia en las Américas, la Organización Mundial de la Salud la asigna a la región de Europa, de acuerdo a Resolución WHA6.46 de mayo de 1953.

(c) La tasa de incremento medio anual por ciento se calculó con la fórmula del interés compuesto, usando la población de los dos últimos censos.

o más de la población era menor de 5 años. En los otros seis países este porcentaje acusó una variación de 10,7 a 14,6; igualmente, en muchos países una alta proporción de la población estaba integrada por niños de 5 a 9 y de 10 a 14 años de edad y, la proporción de la población en los grupos de mayor edad era pequeña. En las 17 otras entidades políticas que suministraron información detallada por edades, los porcentajes de la población menor de 5 años de edad fueron más bajos y en solamente dos de las 17 fué el indicado porcentaje mayor de 15.

A fin de estudiar las variaciones en la composición de edades, se combinaron los datos en cuatro grupos de edad, que se presentan en el Cuadro 4. En 13 de los 19 países y en 4 de las 18 otras entidades políticas que disponen de datos por edades, más del 40 por ciento de la población era menor de 15 años. Estas grandes poblaciones de niños necesitan imprescindiblemente programas sanitarios. La población correspondiente al grupo de 15 a 34 años incluye un segmento activo de la población y representa, aproximadamente, una tercera parte de ella. En 9 de estos países y en 2 de las otras entidades políticas, las tres cuartas partes o más de la población era menor de 35 años, y una cuarta parte, o menos, era de 35 años o más. En efecto, en sólo dos países y 6 otras entidades políticas los porcentajes fueron inferiores a 70,0. Así, pues, casi todos los países y varias de las otras entidades políticas de las Américas tienen una población muy joven y los programas sanitarios deben ir dirigidos principalmente a los problemas de la infancia, la niñez y los adultos jóvenes.

Población de las Zonas Urbanas y Rurales

La composición rural y urbana de la población de las Américas varía considerablemente. En el Cuadro 5, se dan las definiciones de zona urbana. En la mayoría de ellos la zona se compone principalmente de centros administrativos. Para considerar una zona como urbana en 7 países se señala el límite mínimo de población de esos centros, en la forma siguiente: en tres países, 1.000; en uno, 1.500; en otro 2.000; y en dos países y 4 otras entidades políticas, 2.500 habitantes. En el Cuadro 5, se dan también el número y porcentaje de la población de las zonas urbanas y rurales. Las Américas son esencialmente rurales ya que en todas las entidades políticas, salvo 5 países y 3 otras entidades, más de la mitad de la población habitaba en zonas rurales. Los programas sanitarios han de prepararse para grandes poblaciones rurales, así como para centros urbanos.

POBLACION
CUADRO 1

9

FECHA Y POBLACION SEGUN EL ULTIMO CENSO, TASA DE INCREMENTO
Y POBLACION CALCULADA AL 1 DE JULIO DE 1950, EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Día, mes, y año del censo	Población	Tasa de incremento (a, b)	Población calculada a mediados de 1950
Total General . . . . .	.	.	.	326 415 483
PAISES				
Total . . . . .	.	.	.	319 254 457
Argentina	10. 5. 1947	15 893 827	2,15	17 196 809
Bolivia	5. 9. 1950	c) 3 019 031	1,16	3 019 031
Brasil	1. 7. 1950	51 944 397	2,38	51 944 397
Canadá.	1. 6. 1951	14 009 429	1,97	13 712 000
Colombia.	9. 5. 1951	11 545 372	2,03	11 333 380
Costa Rica.	22. 5. 1950	800 875	2,32	808 000
Cuba	28. 1. 1953	b) 5 807 057	2,07	5 256 437
Chile	24. 4. 1952	5 930 809	1,46	5 786 283
Ecuador	29.11. 1950	3 202 757	...	b) 3 157 000
El Salvador	13. 6. 1950	1 855 917	1,30	1 857 023
Estados Unidos	1. 4. 1950	150 697 361	1,36	151 234 000
Guatemala	18. 4. 1950	c) 2 788 122	1,15	2 802 729
Haití	7. 8. 1950	3 097 252	...	d) 3 080 000
Honduras	18. 6. 1950	1 368 605	2,66	1 428 089
México.	6. 6. 1950	25 791 017	2,68	25 825 836
Nicaragua	31. 5. 1950	1 057 023	2,38	1 059 533
Panamá (e)	10.12. 1950	756 631	2,86	748 269
Paraguay.	28.10. 1950	1 405 627	...	1 396 842
Perú	9. 6. 1940	6 207 967	1,31	8 103 519
República Dominicana	6. 8. 1950	2 135 872	2,45	2 130 943
Uruguay	12.10. 1908	1 042 668	1,53	2 397 844
Venezuela	26.11. 1950	5 034 838	3,03	4 981 493
OTRAS ENTIDADES				
Total . . . . .	.	.	.	7 161 026
Alaska (E. U. A.)	1. 4. 1950	128 643	5,61	137 000
Antillas Neerlandesas	31.12. 1930	71 769	...	161 000
Barbada (Br.)	9. 4. 1946	192 800	0,83	209 000
Belice (Br.)	9. 4. 1946	59 220	0,96	67 430
Bermuda (Br.)	10. 1950	37 403	0,79	38 005
Groenlandia (Dinam.) (f)	31.12. 1951	24 015	1,93	d) 23 000
Guadalupe (Fr.)	25. 4. 1946	278 864	- 0,90	g) 302 000
Guayana Británica (h)	9. 4. 1946	359 379	1,17	406 000
Guayana Francesa	25. 5. 1946	28 547	- 0,80	g) 28 595
Hawaii (E.U.A.)	1. 4. 1950	499 794	1,69	491 000
Islas Bahama (Br.)	25. 4. 1943	68 846	1,18	79 000
Islas Leeward (Br.): . . . . .	.	.	0,99	.
Antigua	9. 4. 1946	40 778	...	45 072
Islas Vírgenes	9. 4. 1946	6 505	...	g) 6 925
Montserrat	9. 4. 1946	14 333	...	13 535
San Cristóbal y Nieves	9. 4. 1946	48 243	...	47 615
Islas Malvinas (Br.)	31. 3. 1946	2 439	- 0,44	d) 2 000
Islas Vírgenes (E.U.A.)	1. 4. 1950	26 665	0,69	27 000
Islas Windward (Br.): . . . . .	.	.	.	.
Dominica	9. 4. 1946	47 624	1,01	b) 54 000
Granada	9. 4. 1946	72 387	0,89	b) 77 000
Santa Lucía	9. 4. 1946	70 113	1,24	79 495
San Vicente	9. 4. 1946	61 647	1,69	67 044
Jamaica (Br.)	4. 1. 1943	1 237 063	1,70	1 402 900
Martinica (Fr.)	16. 5. 1946	261 595	0,61	g) 279 960
Puerto Rico (E.U.A.)	1. 4. 1950	2 210 703	1,69	2 208 000
San Pedro y Miquelón (Fr.)	14. 5. 1951	4 606	0,94	d) 4 000
Surinam (Países Bajos)	31.12. 1921	107 723	...	219 000
Trinidad y Tabago (Br.)	9. 4. 1946	557 870	2,04	632 450
Zona del Canal	1. 4. 1950	52 822	0,19	53 000

- (a) La tasa es el porcentaje de incremento medio anual desde la fecha del censo anterior.
(b) Datos del Demographic Yearbook de las Naciones Unidas, 1953, y del Monthly Bulletin of Statistics de las Naciones Unidas de junio de 1954.
(c) Provisional.
(d) Calculado por la O.S.P.
(e) Exclusive 48,654 indios en tribus.
(f) Groenlandia ha sido asignada a la región europea mediante resolución WHA6.46 de la Sexta Asamblea Mundial de la Salud.
(g) Población dada de fin de año, interpolada linealmente por la O.S.P.
(h) Exclusive los amerindios, calculados en el censo de 1946 en 16.322.

RESUMEN DE LOS INFORMES

CUADRO 2

POBLACION POR GRUPOS DE EDAD SEGUN EL ULTIMO CENSO EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Día, mes, año del censo	Total	Grupos de edad en años										75 o más	Desco- nocido.
			Menos de 1	1-4	5-9	10-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74		
Países														
Argentina	10.5.1947	15 893 827	397 184	1 384 225	1 577 679	1 525 834	3 058 781	2 513 491	2 185 444	1 568 989	996 498	446 866	173 410	64 946
Brasil	1.7.1950	51 944 397	1 915 760	6 455 120	7 015 527	6 303 667	10 498 454	7 377 317	5 429 572	3 661 387	2 001 812	875 686	393 493	116 732
Canadá (a)	1.6.1951	14 009 429	b) 3 538 875	1 397 825	1 130 783	2 146 613	2 173 949	1 867 700	1 407 335	1 076 942	748 568	337 704		
Colombia (c)	9.5.1951	11 545 372	380 897	1 385 445	1 650 988	1 420 081	2 274 438	1 627 897	1 235 355	773 540	450 270	207 817	126 999	11 545
Costa Rica	22.5.1950	800 875	30 263	102 372	112 156	98 289	161 301	106 894	83 222	52 272	30 631	15 694	7 407	574
Ecuador	29.11.1950	3 202 757	117 798	415 440	455 019	371 433	606 206	434 260	326 809	223 914	137 495	69 848	43 688	847
El Salvador	13.6.1950	1 865 917	69 134	219 920	250 178	224 169	375 981	252 752	201 459	132 429	73 820	34 905	19 964	1 206
Estados Unidos	1.4.1950	150 697 361	3 146 948	13 016 623	13 199 685	11 119 268	22 098 428	23 759 267	21 450 358	17 342 653	13 294 595	8 414 885	3 854 652	
Guatemala	7.4.1940	3 283 209	105 076	408 852	486 179	430 907	619 392	452 046	345 856	212 414	133 764	55 097	30 306	3 190
Haití	7.8.1950	3 097 252	73 597	301 275	400 518	387 709	575 440	486 318	387 350	232 849	127 766	79 954	43 275	11 181
Honduras	18.6.1950	1 368 605	50 698	184 964	177 786	162 136	282 991	184 435	142 122	101 304	67 799	33 484	20 896	
México	6.6.1950	25 791 017	814 314	3 155 677	3 674 533	3 109 884	4 931 525	3 451 773	2 756 438	1 901 675	1 082 184	574 985	290 629	47 340
Nicaragua	31.5.1950	1 057 023	40 674	128 236	154 529	134 039	209 866	143 595	108 868	69 860	39 156	18 471	11 729	
Panamá	10.12.1950	756 631	25 742	96 732	106 692	85 216	139 172	111 695	80 683	51 454	33 747	16 657	7 891	950
Paraguay (b)	28.10.1950	1 405 627	46 386	186 527	222 792	185 824	257 230	180 904	119 338	85 400	49 156	37 109	15 321	
Perú	9.6.1940	6 207 967	219 483	741 498	923 111	728 075	1 120 065	866 523	650 435	421 500	263 466	151 254	114 587	1 970
Rep. Dominicana	6.8.1950	2 135 872	78 564	237 277	297 765	276 840	440 139	276 445	206 422	126 792	74 419	35 994	25 126	89
Venezuela	26.11.1950	5 034 838	180 751	636 907	634 990	524 127	990 856	785 938	579 510	354 452	199 883	88 613	47 327	12 084
Otras Entidades														
Alaska	1.4.1950	128 643	15 579		10 844	7 858	27 986	26 447	18 517	10 856	6 214	3 414	1 328	
Barbada	9.4.1946	192 800	22 877		21 638	19 504	33 608	28 675	26 670	17 315	10 417		12 089	
Belize	9.4.1946	59 220		22 730			26 383							7
Bermuda	10.1.1950	37 403	950	3 913	3 988	3 343	6 338	5 771	4 924	3 632	2 267	1 383	795	107
Guadalupe	25.4.1946	278 864	32 980		62 627		29 103		e) 142 072				12 082	100
Guayana Bril.	9.4.1946	359 379	11 468	38 869	45 064	39 478	66 704	51 267	42 241	29 829	19 616	10 847	3 680	317
Guayana Fr.	25.5.1946	28 547	2 130		3 984		1 726		e) 12 792			1 428	6 020	6 497
Hawái	1.4.1950	489 794	12 611	51 380	51 794	40 352	94 264	92 574	66 273	44 049	26 078	14 399		
Islas Leeward:														
Montserrat	9.4.1946	14 333	1 913	1 917	1 917	1 913	2 741	1 690	1 557	991	758	498	355	1
S. Crist. Nieves	9.4.1946	46 243	1 434	4 746	5 525	5 119	8 282	7 019	5 797	3 510	2 407	1 495	909	
Is. Virgenes(EUA)	1.4.1950	26 665	763	3 103	3 685	2 877	3 941	3 507	2 748	2 202	1 830	1 378	633	
Islas Windward:														
Dominica	9.4.1946	47 624	6 575	6 212	5 650	8 781	6 467	6 467	5 057	3 911	2 707	1 490	762	12
Santa Lucía	9.4.1946	70 113	2 162	9 244	8 423	13 460	9 971	6 968	5 330	3 054	2 054	1 822	1 316	169
San Vicente	9.4.1946	61 647	2 328	9 538	8 317	11 421	7 504	5 870	3 963	2 733	1 751	1 125	7	
Jamaica	4.1.1943	1 237 063	30 977	125 388	156 079	139 842	231 564	200 850	149 614	92 037	58 610	32 637	19 124	341
Martínica	16.5.1946	261 595	34 289	52 925					e) 131 205			9 924		
Puerto Rico	1.4.1950	2 210 703	71 032	295 390	318 127	270 727	413 161	289 727	224 346	146 982	95 631	54 587	30 991	2
Trinidad, Tabago	9.4.1946	557 970	18 541	64 351	68 115	54 008	100 405	88 004	68 421	43 807	26 763	18 174	7 381	

(a) Inclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.

(b) Calculado.

(c) Los porcentajes correspondientes a los grupos de edad del censo de 1938 se han aplicado a la población total del censo de 1951.

(d) Grupos de edad de 15-19 años. (e) Grupos de edad de 20-64 años.

CUADRO 3

PORCENTAJE DE POBLACION, POR GRUPOS DE EDAD,
SEGUN EL ULTIMO CENSO DE LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Grupos de edad en años												Des- cono- cido
	Total	- 1	1-4	5-9	10-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 o más	
Países													
Argentina . . .	100,0	2,5	8,7	9,9	9,6	19,2	15,8	13,7	9,9	6,4	2,8	1,1	0,4
Brasil	100,0	3,7	12,4	13,5	12,1	20,2	14,2	10,4	6,9	3,9	1,7	0,8	0,2
Canadá	100,0	2,5	9,8	10,0	8,1	15,3	15,5	13,3	10,0	7,7	5,3	2,4	-
Colombia	100,0	3,3	12,0	14,3	12,3	19,7	14,1	10,7	6,7	3,9	1,8	1,1	0,1
Costa Rica . . .	100,0	3,8	12,8	14,0	12,3	20,1	13,3	10,4	6,5	3,8	2,0	0,9	0,1
Chile (a)	100,0	2,8	10,4	13,2	10,9	19,3	13,7	11,8	8,4	5,1	2,8	1,3	0,3
Ecuador	100,0	3,7	13,0	14,2	11,6	18,9	13,5	10,2	7,0	4,3	2,2	1,4	0,0
El Salvador . . .	100,0	3,7	11,8	13,5	12,1	20,3	13,6	10,8	7,1	4,0	1,9	1,1	0,1
Estados Unidos	100,0	2,1	8,6	8,8	7,4	14,7	15,8	14,2	11,5	8,8	5,6	2,5	-
Guatemala . . .	100,0	3,2	12,4	14,8	13,1	18,9	13,8	10,5	6,5	4,1	1,7	0,9	0,1
Haití	100,0	2,4	9,7	12,9	12,8	18,6	15,1	12,5	7,5	4,1	2,6	1,4	0,4
Honduras	100,0	3,7	12,1	13,0	11,8	19,2	13,5	10,4	7,4	5,0	2,4	1,5	-
México	100,0	3,2	12,2	14,2	12,1	19,1	13,4	10,7	7,4	4,2	2,2	1,1	0,2
Nicaragua	100,0	3,9	12,1	14,6	12,7	19,8	13,6	10,1	6,6	3,7	1,8	1,1	-
Panamá	100,0	3,4	12,8	14,1	11,3	18,4	14,7	10,7	6,8	4,5	2,2	1,0	0,1
Paraguay (b) . .	100,0	3,3	13,3	15,9	13,2	18,3	12,9	8,5	6,0	4,9	2,6	1,1	-
Perú	100,0	3,5	11,9	14,9	11,7	18,0	14,0	10,5	6,8	4,3	2,4	1,9	0,0
R. Dominicana . .	100,0	3,7	13,9	13,9	13,0	20,6	12,9	9,7	5,9	3,5	1,7	1,2	0,0
Venezuela	100,0	3,6	12,7	12,6	10,4	19,7	15,6	11,5	7,0	4,0	1,8	0,9	0,2
Otras Entidades													
Alaska	100,0	—12,1—		8,3	6,1	21,8	20,6	14,4	8,3	4,8	2,6	1,0	-
Barbada	100,0	—11,9—		11,2	10,1	17,4	14,9	13,8	9,0	5,4	—6,3—		-
Belice	100,0	—38,4—			—44,5—				—16,9—			0,2	
Bermuda	100,0	2,5	10,5	10,7	8,9	16,9	15,4	13,2	9,7	6,1	3,7	2,1	0,3
Guadalupe	100,0	—11,8—		—22,5—		10,4	d) 51,0			—4,3—			-
Guayana Br. . . .	100,0	3,2	10,8	12,5	11,0	18,6	14,3	11,7	8,3	5,5	3,0	1,0	0,1
Guayana Fr. . . .	100,0	—7,5—		—13,9—		6,0	d) 44,8			—5,0—			22,8
Hawaii	100,0	2,5	10,3	10,4	8,1	18,9	18,5	13,2	8,8	5,2	2,9	1,2	-
Islas Leeward:													
Montserrat . . .	100,0	—13,3—		13,4	13,3	19,1	11,8	10,9	6,9	5,3	3,5	2,5	0,0
San Cristóbal y Nieves	100,0	3,1	10,3	11,9	11,1	17,9	15,2	12,5	7,6	5,2	3,2	2,0	-
Islas Vírgenes . .	100,0	2,9	11,6	13,8	10,8	14,8	13,1	10,3	8,2	6,9	5,2	2,4	-
Islas Windward:													
Dominica	100,0	—13,8—		13,1	11,9	18,4	13,6	10,6	8,2	5,7	3,1	1,6	0,0
Santa Lucía . . .	100,0	3,1	11,7	13,2	12,0	19,2	14,2	9,9	7,6	4,4	2,6	1,9	0,2
San Vicente . . .	100,0	3,8	11,5	15,5	13,5	18,5	12,2	9,5	6,4	4,4	2,9	1,8	0,0
Jamaica	100,0	2,5	10,1	12,6	11,3	18,7	16,2	12,1	7,5	4,8	2,6	1,6	0,0
Martinica	100,0	—13,1—		—20,2—		12,7	d) 50,2			—3,8—			-
Puerto Rico . . .	100,0	3,2	13,4	14,4	12,2	18,7	13,1	10,1	6,7	4,3	2,5	1,4	0,0
Trinidad y Tabago	100,0	3,3	11,5	12,2	9,7	18,0	15,8	12,3	7,8	4,8	3,3	1,3	-

a) Distribución en una muestra del 2 por ciento.

b) Calculado.

c) Grupos de edad de 15-19 años.

d) Grupos de edad de 20-64 años.

CUADRO 4

PORCENTAJE DE POBLACION EN GRUPOS DE EDAD SELECCIONADOS,
SEGUN EL ULTIMO CENSO DE LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Total (a)	Menos de 15	15-34	35-54	55 o más	Menos de 35	35 o más
Países							
Argentina	100,0	30,9	35,2	23,7	10,2	66,1	33,9
Brasil	100,0	41,9	34,5	17,3	6,3	76,4	23,6
Canadá	100,0	30,4	30,8	23,3	15,4	61,2	38,7
Colombia	100,0	42,0	33,8	17,4	6,8	75,8	24,2
Costa Rica	100,0	42,9	33,5	16,9	6,7	76,4	23,6
Chile (b)	100,0	37,3	33,0	20,2	9,5	70,3	29,7
Ecuador	100,0	42,5	32,5	17,2	7,8	75,0	25,0
El Salvador	100,0	41,2	33,9	18,0	6,9	75,1	24,9
Estados Unidos	100,0	26,9	30,4	25,7	17,0	57,3	42,7
Guatemala	100,0	43,6	32,7	17,0	6,7	76,3	23,7
Haití	100,0	38,0	33,8	20,1	8,1	71,8	28,2
Honduras	100,0	40,6	32,7	17,8	8,9	73,3	26,7
México	100,0	41,8	32,5	18,1	7,6	74,3	25,7
Nicaragua	100,0	43,3	33,4	16,7	6,6	76,7	23,3
Panamá	100,0	41,6	33,2	17,5	7,7	74,8	25,2
Paraguay	100,0	45,6	31,2	14,5	8,7	76,8	23,2
Perú	100,0	42,1	32,0	17,3	8,6	74,1	25,9
República Dominicana	100,0	44,5	33,6	15,6	6,3	78,1	21,9
Venezuela	100,0	39,3	35,4	18,6	6,7	74,7	25,3
Otras Entidades							
Alaska	100,0	26,5	42,4	22,7	8,4	68,9	31,1
Barbada	100,0	33,2	32,3	22,8	11,7	65,5	34,5
Belice	100,0	38,5	c) 44,6	d) 16,9		...	...
Bermuda	100,0	32,7	32,5	22,9	11,9	65,2	34,8
Guadalupe	100,0	34,3		35,7		...	...
Guayana Británica	100,0	37,6	32,8	20,1	9,5	70,4	29,6
Guayana Francesa (e)	100,0	27,7		72,3		...	...
Hawaii	100,0	31,3	37,4	22,0	9,3	68,7	31,3
Islas Leeward:							
Montserrat	100,0	40,0	30,9	17,8	11,3	70,9	29,1
San Cristóbal y Nieves	100,0	36,4	33,1	20,1	10,4	69,5	30,5
Islas Vírgenes (E.U.A.)	100,0	39,1	27,9	18,5	14,5	67,0	33,0
Islas Windward:							
Dominica	100,0	38,8	32,0	18,8	10,4	70,8	29,2
Santa Lucía	100,0	40,1	33,5	17,6	8,8	73,6	26,4
San Vicente	100,0	44,3	30,7	15,9	9,1	75,0	25,0
Jamaica	100,0	36,6	35,0	19,5	8,9	71,6	28,4
Martinica	100,0	33,3		66,7		...	...
Puerto Rico	100,0	43,2	31,8	16,8	8,2	75,0	25,0
Trinidad y Tabago	100,0	36,7	33,8	20,1	9,4	70,5	29,5

a) Población de edades conocidas.

b) Distribución en una muestra del 2 por ciento.

c) Grupo de edad 15-44 años.

d) Grupo de edad 45-64 años.

e) Población de edad desconocida que alcanza a un 22,8 por ciento del total.

CUADRO 5

NUMERO Y PORCENTAJE DE POBLACION EN ZONAS URBANAS Y RURALES Y
DEFINICION DE LAS ZONAS URBANAS, EN LAS AMERICAS SEGUN
EL ULTIMO CENSO

Entidades Políticas	Año del censo	Población		Por ciento		Definición de zonas urbanas
		Urbana	Rural	Ur- bana	Ru- ral	
<u>Países</u>						
Argentina	1947	9 932 133	5 961 694	62,5	37,5	Ciudades y pueblos de 2.000 habitantes o más.
Bolivia	1950	1 013 350	2 005 681	33,6	66,4	Centros administrativos de los departamentos, provincias y cantones (a).
Brasil	1950	18 782 891	33 161 506	36,2	63,8	Area que contiene cierto número de viviendas, con un mínimo de 30 para una aldea y de 200 para una ciudad.
Canadá	1951	8 628 253	5 381 176	61,6	38,4	Ciudades o pueblos de 1.000 habitantes o más, estén incorporados o no, como también cualquier parte de una zona metropolitana censal.
Colombia	1951	4 186 885	7 358 487	36,3	63,7	...
Costa Rica	1950	268 286	532 589	33,5	66,5	Se demarcaron a base de los distritos primeros de los cantones.
Cuba	1943	2 607 490	2 171 093	54,6	45,4	Población de las ciudades y pueblos.
Chile	1952	3 536 878	2 393 931	59,8	40,4	Todo conglomerado regular de más de 1.000 habitantes.
Ecuador	1950	913 932	2 288 825	28,5	71,5	Las parroquias urbanas.
El Salvador	1950	675 619	1 180 298	36,4	63,6	Las cabeceras de los municipios.
Estados Unidos	1950	88 927 464	61 769 897	59,0	41,0	Lugares incorporados de 2.500 habitantes o más y lugares especialmente definidos.
Guatemala	1950	861 283	1 926 839	30,9	69,1	La población de las cabeceras municipales.
Haití	1950	393 123	2 704 129	12,7	87,3	Las cabeceras de comunes (a).
Honduras	1950	424 453	944 152	31,0	69,0	Centros en los cuales tiene sede un consejo de distrito o una municipalidad.
México	1950	10 983 483	14 807 534	42,6	57,4	Centros poblados por más de 2.500 habitantes (definición, censo de 1940). (a)

(a) Definición citada del Demographic Yearbook de las Naciones Unidas, 1952. (Continúa)

CUADRO 5

NUMERO Y PORCENTAJE DE POBLACION EN ZONAS URBANAS Y RURALES Y
DEFINICION DE LAS ZONAS URBANAS, EN LAS AMERICAS SEGUN
EL ULTIMO CENSO (Continuación)

Entidades Políticas	Año del censo	Población		Por ciento		Definición de zonas urbanas
		Urbana	Rural	Ur- bana	Ru- ral	
<u>Países, cont.</u>						
Nicaragua . . .	1950	369 249	687 774	34,9	65,1	Sedes de los municipios y Registradores del Estado Civil.
Panamá	1950	289 680	466 951	38,3	61,7	Centros poblados por 1.500 habitantes o más, que tengan características esencialmente urbanas (a).
Paraguay	1950	487 830	917 797	34,7	65,3	. . .
Perú	1940	2 240 348	3 967 619	36,1	63,9	Las capitales de circunscripción territorial y los centros poblados de carácter urbano con población superior al promedio de población de las capitales.
Rep. Dominicana	1950	508 408	1 627 464	23,8	76,2	Las cabeceras de comunes y de distritos municipales.
Venezuela . . .	1950	2 484 891	2 549 947	49,4	50,6	Población de las cabeceras o capitales de los municipios descontando aquéllos que tienen menos de 1.000 habitantes
<u>Otras Entidades</u>						
Alaska	1950	34 262	94 381	26,6	73,4	Lugares de 2.500 habitantes o más.
Barbada	1946	76 437	116 363	39,6	60,4	Ciudades de Bridgetown y St. Michael.
Belice	1946	33 072	26 148	55,8	44,2	Lugares establecidos legalmente como ciudades o pueblos.
Guadalupe . . .	1946	67 829	211 035	24,3	75,7	. . .
Guayana Br. . .	1946	103 397	255 982	28,8	71,2	Ciudades de Georgetown y New-Amsterdam. Se excluyeron 205 amerindios en zonas urbanas y 16.117 en zonas rurales.
Guayana Fr. . .	1946	10 961	17 586	38,4	61,6	. . .
Hawaii	1950	344 869	154 925	69,0	31,0	Lugares de 2.500 habitantes o más.
Islas Leeward:						
Antigua	1946	10 965	29 813	26,9	73,1	Ciudad de St. John.
Montserrat . .	1946	2 103	12 230	14,7	85,3	Ciudad de Plymouth.
Islas Vírgenes . (E.U.A.)	1950	15 581	11 084	58,4	41,6	Lugares de 2.500 habitantes o más.

(a) Definición citada del Demographic Yearbook de las Naciones Unidas, 1952. (Continúa)

CUADRO 5

NUMERO Y PORCENTAJE DE POBLACION EN ZONAS URBANAS Y RURALES Y DEFINICION DE LAS ZONAS URBANAS, EN LAS AMERICAS SEGUN EL ULTIMO CENSO (Continuación)

Entidades Políticas	Año del censo	Población		Por ciento		Definición de zonas urbanas
		Urbana	Rural	Ur- bana	Ru- ral	
Otras Entidades (cont.)						
Islas Windward: Santa Lucía . .	1946	12 852	57 261	18,3	81,7	Ciudades de Castries, Soufriere y Vieux-Fort.
San Vicente . .	1946	14 766	46 881	24,0	76,0	Ciudad de Kingstown y suburbios.
Jamaica	1943	225 467	1 011 596	18,2	81,8	Ciudades de Kingston, St. Andrew Suburbano, Monte- go Bay y Spanish Town.
Martinica	1946	88 607	172 988	33,9	66,1	Centros administrativos de comunes.
Puerto Rico . .	1950	894 813	1 315 890	40,5	59,5	Ciudades y pueblos de 2.500 habitantes o más.
Trinidad y Ta- bago	1946	129 704	428 266	23,2	76,8	Municipio de Port of Spain y distritos de San Fernan- do y Arima.

CAPITULO II

ESTADISTICAS VITALES

Los datos fundamentales de que se hace uso para definir los problemas sanitarios provienen, en general, de las estadísticas vitales. Los certificados de nacimiento y de defunción tienen un valor no solamente jurídico sino también estadístico, y en todos los países de las Américas se han establecido sistemas de registro. Sin embargo, las definiciones de nacidos vivos, defunciones y defunciones fetales, usadas en esos sistemas no son iguales en todos los países. Además, en algunos países, los datos de un año incluyen todos los casos inscritos durante un año; mientras que en otros, los datos de un año incluyen solamente los casos ocurridos en el año y asimismo fueron registrados dentro de un limitado período de tiempo. Puesto que las definiciones y procedimientos varían, se está procurando dar uniformidad a los sistemas de estadísticas vitales.

La Reglamentación número 1 de la Organización Mundial de la Salud (a), que recomienda la adopción de un modelo uniforme de certificado médico, tomó medidas sobre el uso de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción (b) y la compilación y publicación de estadísticas. El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias (c) hizo también importantes recomendaciones para el mejoramiento de las estadísticas vitales. Las Naciones Unidas (d) publicaron recomendaciones para el mejoramiento y uniformidad de las estadísticas vitales en la publicación Principios para un Sistema de Estadísticas Vitales.

Debido a las diferencias que existen tanto en las definiciones como en los procedimientos, los datos estadísticos vitales correspondientes a las Américas en los años 1950-1953, presentados en este informe, no son estrictamente comparables. Sin embargo, interpretando los datos cuidadosamente y tomando en cuenta esas diferencias, los datos sirven para definir en general algunos de los problemas sanitarios y para demostrar la utilidad de las estadísticas obtenidas de los certificados de nacimiento y de defunción. Algunas de las dificultades técnicas que se presentan al comparar los datos, se explican en el Demographic Yearbook de las Naciones Unidas. La necesidad de mejorar los sistemas de estadísticas vitales aparece a medida que se usan los datos.

(a) Reglamentación No. 1 relativa a la Nomenclatura (Incluyendo la Compilación y Publicación de Estadísticas) de Enfermedades y Causas de Defunción, Documentos Oficiales de la Organización Mundial de la Salud No. 13, 1948.

(b) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1948.

(c) Expert Committee on Health Statistics, First Report, WHO Technical Report Series No. 5, marzo 1950. Second Report, WHO Technical Report Series No. 25, octubre 1950. Serie de Informes Técnicos de la OMS No. 53, Tercer Informe, noviembre 1953.

(d) Principios para un Sistema de Estadísticas Vitales, Informes Estadísticos, Serie M, No. 19, Naciones Unidas, N. Y., 1953.

Estadísticas de Nacimientos

En el Cuadro 6 puede verse el número de nacidos vivos con tasas por 1.000 habitantes, en 21 países y 23 otras entidades políticas durante 1950-1953. Se sabe que la integralidad del registro varía; en algunas de las entidades políticas la tasa sería más elevada si el registro fuera completo. Además, la no inscripción en los registros de nacimientos de las criaturas que mueren dentro de las 24 horas y las variaciones en las definiciones y procedimientos afectan la comparabilidad de los datos. Sin embargo, los datos indican que muchos de los países americanos y otras entidades políticas tienen tasas altas de natalidad. En 1952, la tasa de natalidad de 10 países y 5 otras entidades políticas fué superior al 40,0 por 1.000 habitantes.

La definición de nacimiento vivo recomendada por el Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias (Segundo Informe) (a), es como sigue:

“Nacimiento vivo es la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de esta separación, respira o manifiesta cualquier otro signo de vida, tal como palpitación del corazón, pulsación del cordón umbilical o contracción efectiva de algún músculo sometido a la acción de la voluntad, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical, y esté o no adherida la placenta; todo producto de tal nacimiento es considerado como un nacido vivo.”

De acuerdo con esta definición deben registrarse todos los nacimientos viables. Si la muerte sigue al nacimiento deben registrarse los dos hechos y contarse como un nacimiento y una defunción.

Estadísticas de Defunciones Fetales

El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias ha definido el término “defunción fetal” más bien que el término “nacido muerto”. La definición de la defunción fetal es el reverso de la definición de nacido vivo, es decir:

“Defunción fetal es la muerte de un producto de la concepción, acaecida antes de su expulsión o de su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; la defunción está indicada por el hecho de que después de esa separación, el feto no respira ni manifiesta ningún otro signo de vida, tal como palpitación del corazón, pulsación del cordón umbilical o contracción efectiva de algún músculo sometido a la acción de la voluntad.”

En la actualidad, se registran las defunciones fetales de 20 ó 28 o más semanas de gestación. Existen considerables variaciones en las Américas; sin embargo, en doce países y cuatro otras entidades el período mínimo de gestación es de 28 semanas.(b)

Los datos sobre defunciones fetales presentados en el Cuadro 7 indican que las estadísticas sobre defunciones fetales no son completas ni comparables. Este es un campo en el que es necesario avanzar hacia una mayor uniformidad de las definiciones y procedimientos para que se pueda contar con datos estadísticos adecuados para los programas sanitarios.

(a) Expert Committee on Health Statistics, Second Report, WHO Technical Report Series No. 25, octubre 1950.

(b) Demographic Yearbook, 1953, Naciones Unidas, Nueva York.

CUADRO 6

NUMERO DE NACIDOS VIVOS Y TASAS POR 1.000 HABITANTES
EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	438 395	25,5	437 985	24,8	443 636	24,6	453 621	24,7
Bolivia	118 610	39,3	121 540	39,8	130 100	42,1	119 200	38,1
Brasil (a)	158 225	27,6	166 050	28,2	164 315	27,1	...	...
Canadá (b)	371 071	27,1	380 101	27,1	402 527	27,9	416 825	28,2
Colombia	413 721	36,5	419 384	36,2	436 406	36,8	471 019	38,9
Costa Rica	37 248	46,5	39 239	47,6	46 605	54,6	47 487	53,9
Chile (c)	208 092	36,0	209 509	35,7	d) 217 069	36,5	d) 209 955	34,8
Ecuador	149 153	47,2	152 999	47,0	155 641	46,5	...	...
El Salvador	90 557	48,8	93 634	49,8	96 802	50,8	d) 98 184	50,9
Estados Unidos	3 554 149	23,5	e) 3750 850	24,5	e) 3846 986	24,7	g) 3909 000	24,7
Guatemala	141 673	50,5	151 416	52,5	151 865	51,0	...	...
Haití	9 552	3,1	10 095	3,2	10 514	3,3	...	...
Honduras	57 636	40,4	60 691	41,3	60 646	40,1	...	...
México	1 174 947	45,5	1 183 788	44,6	d) 1 181 834	43,3	...	...
Nicaragua	43 618	41,2	44 989	41,2	48 337	42,8	49 367	42,4
Panamá	24 858	33,2	24 818	32,4	29 013	36,9	30 098	37,4
Paraguay (h)	21 007	18,2	24 627	20,8	...	...	...	...
Perú	250 823	31,0	258 556	31,3	264 788	31,4	f) 279 471	32,5
Rep. Dominicana	109 655	51,5	89 993	41,2	94 322	42,2	...	...
Uruguay	44 748	18,7	45 281	18,6	...	...	...	...
Venezuela	212 096	42,6	224 553	43,9	230 688	44,0	246 396	45,8
Otras Entidades								
Alaska	3 725	27,2	4 495	27,9	5 755	30,1	...	...
Barbada	6 432	30,8	6 793	31,9	7 291	33,6	7 304	33,0
Belice	2 657	39,4	2 905	41,7	3 028	41,4	2 986	39,4
Bermuda	1 138	29,9	1 043	27,2	1 095	28,3	983	25,0
Guadalupe	8 100	26,8	8 320	27,1	8 357	26,8	8 732	27,8
Guayana Británica (i)	16 404	40,4	17 700	42,5	18 971	44,3	d) 19 424	44,0
Guayana Francesa	687	24,0	766	26,5	798	27,3	835	28,3
Hawaii	14 054	28,6	14 446	28,1	15 578	29,8	...	...
Islas Bahama	2 676	33,9	2 867	35,4	2 845	34,3	3 188	37,5
Islas Leeward:								
Antigua	1 654	36,7	1 733	37,4	1 612	33,9	1 687	34,5
Islas Vírgenes	227	32,8	282	39,9	310	42,9	317	43,0
Montserrat	406	30,0	436	32,1	423	31,1	424	31,0
S. Crist. y Nieves	1 682	35,3	1 741	35,3	1 832	36,3	1 964	37,8
Islas Vírgenes	894	33,1	953	38,1	862	35,9	...	...
Islas Windward:								
Dominica	1 848	34,2	1 965	35,7	2 091	37,3	...	...
Granada	2 962	38,5	3 037	38,4	3 119	40,0	3 283	39,7
Santa Lucía	2 820	35,5	2 892	35,7	2 906	35,3	3 069	36,6
San Vicente	2 662	39,7	2 930	42,1	2 906	41,1	3 072	42,2
Jamaica	46 371	33,1	48 447	33,9	48 498	33,3	51 171	34,4
Martinica	8 420	30,1	8 634	30,3	8 474	29,3	8 730	29,9
Puerto Rico	85 455	38,7	84 007	37,7	80 200	35,9	d) 77 502	34,9
Surinam (i) . . . . .	...	...	...	37,8	...	...	...	...
Trinidad y Tabago	23 722	37,5	23 804	36,7	22 924	34,5	...	...

a) Distrito Federal y Capitales de los Estados, excluyendo la ciudad de São Paulo.

b) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.

c) Ajustado por insuficiencia de inscripciones.

d) Provisional.

e) Basado en una muestra del 50%.

f) Informe revisado.

g) Calculado.

h) Area de notificación con 83 por ciento de la población.

i) Exclusive los amerindios y población de los bosques.

CUADRO 7
 NUMERO DE DEFUNCIONES FETALES Y TASAS POR 1.000 NACIDOS
 VIVOS EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	12 638	28,8	a) 12 527	28,6	12 511	28,2	12 747	28,1
Brasil (b)	11 710	74,0	12 368	74,5	12 351	75,2	...	...
Canadá (c)	7 179	19,3	7 010	18,4	7 260	18,0	6 971	16,7
Colombia (d)	6 155	14,9	6 588	15,7	6 501	14,9	7 669	16,3
Costa Rica	1 103	29,6	1 062	27,1	1 012	21,7	1 021	21,5
Chile (e)	7 426	55,7	7 011	33,5	7 038	32,4	7 011	33,4
Ecuador	3 736	25,0	3 931	25,7	3 604	23,2	...	...
El Salvador	924	10,2	858	9,2	856	8,8	e) 850	8,7
Estados Unidos	68 262	19,2	70 569	18,8	70 447	18,3	...	...
Guatemala	4 225	29,8	4 472	29,5	4,651	30,6	...	...
Haití	568	59,5	590	58,4	698	66,4	...	...
Honduras	300	5,2	241	4,0	178	2,9	...	...
México	23 510	20,0	25 548	21,6	25 365	21,5	...	...
Nicaragua	95	2,2	84	1,9	76	1,6	40	0,8
Panamá	353	14,2	441	17,8	379	13,1	459	15,3
Paraguay (f)	350	16,7	426	17,3	...	...	...	...
Perú	2 146	8,6	1 848	7,1	...	...	...	...
Rep. Dominicana	1 801	16,4	1 977	22,0	1 861	19,7	...	...
Uruguay	1 291	28,9	1 192	26,3	...	...	...	...
Venezuela	4 373	20,6	4 861	21,6	4 994	21,6	5 064	20,6
Otras Entidades								
Alaska	57	15,3	56	12,5	102	17,7	...	...
Barbada	196	30,5	198	29,1	177	24,3	152	20,8
Belice	107	40,3	91	31,3	98	32,4	105	35,2
Bermuda	34	29,9	30	28,8	30	27,4	29	29,5
Guadalupe	557	68,8	509	61,2	499	59,7	517	59,2
Guayana Br. (g)	668	40,7	641	36,2	701	37,0	706	36,3
Guayana Fr.	54	78,6	34	44,4	48	60,2	45	53,9
Hawaii	175	12,5	213	14,7	226	14,5	...	...
Islas Leeward:								
Antigua	71	42,9	41	23,7	55	34,1	61	36,2
Islas Vírgenes	4	17,6	4	14,2	8	25,8	9	28,4
Montserrat	16	39,4	18	41,3	13	30,7	9	21,2
S.Crist. y Nieves	55	32,7	59	33,9	66	36,0	78	39,7
Islas Vírgenes	41	45,9	37	38,8	25	29,0	...	...
Islas Windward:								
Dominica	47	25,4	59	30,0	66	31,6	...	...
Granada	131	44,2	98	32,3	98	31,4	74	22,5
Santa Lucía	133	47,2	120	41,5	115	39,6	134	43,7
San Vicente	75	28,2	107	36,5	105	36,1	97	31,6
Martinica . . . . .	...	...	608	70,4	521	61,5	518	59,3
Puerto Rico	3 997	46,8	3 896	46,4	3 490	43,5	e) 3 270	42,2
Trinidad y Tabago	979	41,3	635	26,7	627	27,4	...	...

(a) Calculado.

(b) Distrito Federal y Capitales de Estados, excluyendola ciudad de São Paulo.

(c) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.

(d) Nacidos muertos, definición anterior.

(e) Provisional.

(f) Area de notificación con 83 por ciento de la población.

(g) Exclusive los amerindios y población de los bosques.

Estadísticas de Defunciones

La integralidad de los registros de defunción, o sea el grado en que éstos llegan a completarse, varía en las Américas. La omisión de la inscripción de las defunciones de criaturas que mueren poco después de haber nacido, da lugar a que los registros sean incompletos, tanto en lo que se refiere a las defunciones como a los nacidos vivos.

Las tasas de mortalidad, sin corrección en cuanto a la distribución por grupos de edad de la población, se dan en el Cuadro 8 para estudio general de la mortalidad. En algunas entidades políticas las tasas de mortalidad son elevadas y sus causas requieren un atento estudio. En otros países las tasas de mortalidad serían más elevadas si el registro fuera completo lo que hace evidente la necesidad de esforzarse en mejorar los métodos de registro.

Estadísticas de Defunciones Infantiles (Menores de 1 Año)

La integralidad del registro de nacimientos viables y defunciones infantiles influye en la proporción de las tasas de mortalidad infantil. La variedad en las definiciones de estos hechos vitales da lugar a que no sea posible comparar esas tasas. Sin embargo, las tasas de mortalidad infantil son esenciales para comprender los problemas sanitarios de una zona. En el Cuadro 9 pueden verse las cifras de defunciones infantiles con tasas por 1.000 nacidos vivos, en 21 países y 22 otras entidades políticas de las Américas.

En 1952, en seis países y cinco otras entidades políticas las tasas de mortalidad infantil fueron de 100,0 por 1.000 nacidos vivos, o mayores. Se sabía que en algunos de esos países los registros de nacimientos eran incompletos y por lo tanto, el denominador en el cálculo de la tasa resultaba demasiado bajo. Sin embargo, el registro de las defunciones infantiles puede también haber sido incompleto. La variación en esas tasas de defunción fué considerable; pero en general, indican que la mortalidad infantil representa un grave problema sanitario. Datos más exactos permitirían una mejor definición de este problema.

Estadística de Defunciones Maternas

Las defunciones maternas son aquéllas que se deben a complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y están clasificadas en la Sección XI, números 640-689, de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Influye en el número de defunciones asignado a esos números de la clasificación, la exactitud de las declaraciones de causas de defunción. Sin certificación médica exacta el hecho del acaecimiento de un parto puede haberse omitido en el certificado de defunción, dando lugar así a que el número de defunciones maternas sea bajo.

En el Cuadro 10 se da el número de defunciones maternas con tasas por 1.000 nacidos vivos, en 20 países y 17 otras entidades políticas de las Américas. La variedad en esas tasas fué considerable; en un reducido número de países las tasas fueron manifiestamente elevadas y en otros pocos, bajas. Puede ser que estas tasas no reflejen la verdadera situación en algunas entidades políticas.

CUADRO 8

 NUMERO DE DEFUNCIONES Y TASAS POR 1.000 HABITANTES
 EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	154 826	9,0	155 043	8,8	156 593	8,7	160 015	8,7
Bolivia	42 925	14,2	40 875	13,4	48 326	15,6	45 382	14,5
Brasil (a).	93 761	16,4	98 249	16,7	95 317	15,7	...	...
Canadá (b).	123 789	9,0	125 454	9,0	125 950	8,7	127 381	8,6
Colombia	160 378	14,2	165 169	14,3	153 738	13,0	163 653	13,5
Costa Rica	9 769	12,2	9 631	11,7	9 902	11,6	10 312	11,7
Chile	90 081	15,6	90 819	15,5	c) 81 642	13,7	c) 79 623	13,2
Ecuador	55 986	17,7	55 931	17,2	56 858	17,0	...	...
El Salvador	27 454	14,8	29 030	15,4	32 423	17,0	c) 29 987	15,5
Estados Unidos . .	1 452 454	9,6	1 482 099	9,7	1 496 838	9,6	1 519 000	9,6
Guatemala.	61 234	21,8	56 550	19,6	71 994	24,2	...	...
Haití	974	0,3	1 059	0,3	1 216	0,4	...	...
Honduras	17 073	12,0	16 529	11,2	19 148	12,7	...	...
México.	418 430	16,2	458 238	17,3	402 542	14,8	...	...
Nicaragua.	11 466	10,8	10 085	9,2	11 956	10,6	11 317	9,7
Panamá	7 169	9,6	6 824	8,9	6 776	8,6	7 320	9,1
Paraguay (d)	7 545	6,5	8 279	7,0	...	...	e) ...	...
Perú	97 111	12,0	104 348	12,6	94 672	11,2	e) 94 435	11,0
Rep. Dominicana . .	21 303	10,0	21 731	10,0	22 515	10,1	...	...
Uruguay	19 199	8,0	19 190	7,9	...	...	...	...
Venezuela.	54 475	10,9	56 767	11,1	56 548	10,8	55 476	10,3
Otras Entidades								
Alaska.	1 253	9,1	1 365	8,5	1 264	6,6	...	...
Barbada.	2 688	12,9	3 000	14,1	3 186	14,7	2 996	13,6
Belice.	845	12,5	801	11,5	794	10,9	816	10,8
Bermuda	340	8,9	412	10,7	316	8,2	333	8,5
Guadalupe	3 388	11,2	3 406	11,1	3 348	10,7	2 960	9,4
Guayana Br. (f).. .	5 938	14,6	5 637	13,5	5 772	13,5	5 876	13,3
Guayana Fr.	465	16,3	422	14,6	463	15,8	413	14,0
Hawaii	2 919	5,9	2 877	5,6	2 887	5,5	...	...
Islas Bahama . . .	1 287	16,3	1 091	13,5	...	...	1 035	12,2
Islas Leeward:								
Antigua.	539	12,0	605	13,1	526	11,1	599	12,2
Islas Vírgenes . .	68	9,8	84	11,9	70	9,7	83	11,3
Montserrat	197	14,6	177	13,0	148	10,9	203	14,8
S.Crist. y Nieves	787	16,5	711	14,4	647	12,8	683	13,1
Islas Vírgenes. . .	374	13,9	375	15,0	346	14,4	...	...
Islas Windward:								
Dominica	948	17,6	874	15,9	1 108	19,8	...	...
Granada.	1 056	13,7	1 276	16,2	1 255	16,1	1 084	13,1
Santa Lucía	1 184	14,9	1 389	17,2	1 246	15,1	1 156	13,8
San Vicente.	1 023	15,3	983	14,1	1 112	15,7	1 127	15,5
Jamaica	16 556	11,8	17 233	12,1	16 717	11,5	15 465	10,4
Martinica	3 205	11,4	3 358	11,8	3 147	10,9	2 340	8,0
Puerto Rico	21 917	9,9	22 371	10,0	20 504	9,2	c) 17 975	8,1
Surinam (f) . . . . .	...	...	...	9,7	...	...	...	...
Trinidad y Tabago	7 665	12,1	7 815	12,0	8 000	12,1	...	...

(a) Distrito Federal y Capitales de Estados, excluyendo la ciudad de São Paulo.

(b) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.

(c) Provisional.

(d) Area de notificación con 83 por ciento de la población.

(e) Calculado.

(f) Exclusive los amerindios y población de los bosques.

NUMERO DE DEFUNCIONES INFANTILES Y TASAS POR 1.000
NACIDOS VIVOS EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	30 936	70,6	30 136	68,8	29 945	67,5	30 166	66,5
Bolivia	12 895	103,7	16 783	138,1	24 010	184,6	21 784	182,8
Brasil (a)	25 692	162,4	28 868	173,9	28 414	172,9	...	...
Canadá (b)	15 324	41,3	14 584	38,4	15 303	38,0	14 764	35,4
Colombia	51 258	123,9	50 284	119,9	48 309	110,7	52 300	111,0
Costa Rica	3 358	90,2	3 420	87,2	3 739	80,2	3 956	83,3
Chile	28 345	136,2	27 551	131,5	c) 26 449	121,8	c) 24 819	118,2
Ecuador	16 367	109,7	18 756	109,5	...	...	...	...
El Salvador	7 353	81,2	7 172	76,6	8 276	85,5	c) 8 020	81,7
Estados Unidos	103 825	29,2	106 702	28,4	109 413	28,4	109 100	27,9
Guatemala	15 243	107,6	13 936	92,0	17 036	112,2	...	...
Haití	406	42,5	469	46,5	518	49,3	...	...
Honduras	4 932	85,6	3 330	54,9	3 900	64,3	...	...
México	113 032	96,2	116 957	98,8	106 047	89,7	...	...
Nicaragua	3 578	82,0	3 166	70,4	3 747	77,5	3 704	75,0
Panamá	1 704	68,5	1 536	61,9	1 462	50,4	1 585	52,7
Paraguay (d)	2 144	102,1	2 161	87,7	...	...	...	...
Perú	26 007	103,7	27 044	104,6	26 496	100,0	...	...
Rep. Dominicana	6 952	63,4	7 112	79,0	7 425	78,7	...	...
Uruguay	2 875	64,2	2 478	54,7	...	...	...	...
Venezuela	16 911	79,7	17 675	78,7	17 231	74,7	17 340	70,4
Otras Entidades								
Alaska	193	51,8	238	52,9	229	39,8	...	...
Barbada	805	125,2	927	136,5	1 061	145,5	1 012	138,6
Belice	284	106,9	275	94,7	237	78,3	260	87,1
Bermuda	49	43,1	e) 73	70,0	42	38,4	30	30,5
Guadalupe	700	86,4	537	64,5	613	73,4	490	56,1
Guayana Br. (f)	1 395	85,0	1 360	76,8	1 551	81,8	1 207	62,1
Hawái	337	24,0	343	23,7	331	21,3	...	...
Islas Bahama	288	107,6	244	85,1	245	86,1	204	64,0
Islas Leeward:								
Antigua	133	80,4	133	76,7	113	70,1	158	93,7
Islas Vírgenes	31	136,6	14	49,6	41	132,3	27	85,2
Montserrat	49	120,7	55	126,1	38	89,8	48	113,2
S. Crist. y Nieves	183	108,8	158	90,8	150	81,9	166	84,5
Islas Vírgenes	51	57,0	55	57,7	46	53,4	...	...
Islas Windward:								
Dominica	265	143,4	249	126,7	320	153,0	...	...
Granada	267	90,1	321	105,7	302	96,8	222	67,6
Santa Lucía	325	115,2	388	134,2	343	118,0	347	113,1
San Vicente	291	109,3	292	99,7	364	125,3	378	123,0
Jamaica	3 630	78,3	3 931	81,1	3 638	75,0	3 241	63,3
Martinica . . . . .	...	...	599	69,4	501	59,1	467	53,5
Puerto Rico	5 835	68,3	5 635	67,1	5 339	66,6	c) 4 893	63,1
Surinam (f) . . . . .	...	...	...	45,4	...	...	...	...
Trinidad y Tabago	1 905	80,3	1 860	78,1	2 042	89,1	...	...

(a) Distrito Federal y Capitales de Estados, excluyendo la ciudad de São Paulo.

(b) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.

(c) Provisional.

(d) Area de notificación con 83 por ciento de la población.

(e) Epidemias de tos ferina.

(f) Exclusive los amerindios y población de los bosques.

CUADRO 10

NUMERO DE DEFUNCIONES MATERNAS Y TASAS POR 1.000
NACIDOS VIVOS EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	651	1,5	a) 632	1,4	621	1,4	635	1,4
Bolivia	989	8,3	1 230	10,1	2 020	15,5	1 896	15,9
Brasil (b)	636	4,0	634	3,8	707	4,3	...	...
Canadá (c)	420	1,1	405	1,1	374	0,9	324	0,8
Colombia	1 603	3,9	1 508	3,6	1 524	3,5	1 725	3,7
Costa Rica	101	2,7	100	2,5	80	1,7	100	2,1
Chile	694	3,3	681	3,3	d) 721	3,3	d) 723	3,4
El Salvador	213	2,4	227	2,4	183	1,9	d) 227	2,3
Estados Unidos . .	2 960	0,8	2 812	0,7	2 610	0,7	e) 2 170	0,6
Guatemala	538	3,8	536	3,5	551	3,6	...	...
Haití	191	20,0	229	22,7	125	11,9	...	...
Honduras	220	3,8	254	4,2	d) 247	4,1	...	...
México	3 235	2,8	3 089	2,6	d) 2 956	2,5	...	...
Nicaragua	53	1,2	86	1,9	80	1,7	94	1,9
Panamá	80	3,2	57	2,3	80	2,8	88	2,9
Paraguay (f)	74	3,5	117	4,8	...	...	...	...
Perú	1 047	4,2	951	3,7	1 100	4,2	...	...
Rep. Dominicana . .	193	1,8	163	1,8	124	1,3	...	...
Uruguay	73	1,6	77	1,7	...	...	...	...
Venezuela (g) . . .	684	3,2	848	3,8	649	2,8	560	2,3
Otras Entidades								
Alaska	10	2,7	3	0,7	5	0,9	...	...
Barbada	21	3,3	35	5,2	23	3,2	26	3,6
Belice (h)	5	1,9	4	1,4	-	-	7	2,3
Bermuda	2	1,8	2	1,9	2	1,8	4	4,1
Guayana Br. (i) . .	82	5,0	82	4,6	87	4,6	101	5,2
Hawaii	8	0,6	10	0,7	9	0,6	...	...
Islas Leeward:								
Antigua	7	4,2	...	...	6	3,7	5	3,0
Islas Vírgenes . .	1	4,4	2	7,1	-	-	-	-
Montserrat	3	7,4	1	2,3	-	-	-	-
S. Crist. y Nieves	4	2,4	7	4,0	5	2,7	9	4,6
Islas Vírgenes . . .	4	4,5	1	1,0	-	-	...	...
Islas Windward:								
Granada	-	-	-	-	-	-	5	1,5
Santa Lucía	7	2,5	18	6,2	13	4,5	4	1,3
Jamaica (g)	163	3,5	157	3,2	158	3,3	...	...
Martinica . . . . .	...	...	14	1,6	20	2,4	15	1,7
Puerto Rico	208	2,4	183	2,2	149	1,9	d) 133	1,7
Trinidad y Tabago	93	3,9	118	5,0	82	3,6	...	...

(a) Calculado.

(b) Distrito Federal y Capitales de Estados, excluyendo la ciudad de São Paulo.

(c) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.

(d) Provisional.

(e) Basado en una muestra del 10 por ciento de los certificados de defunción.

(f) Area de notificación con 83 por ciento de la población.

(g) Causas de defunción mal definidas distribuidas proporcionalmente entre las causas definidas.

(h) Distrito de Belice.

(i) Exclusive los amerindios.

Causas Principales de Defunción

Los informes contenían un cuadro con las causas principales de defunción. Las causas que se consideran principales dependen de la lista de categorías que se use en la ordenación. El detalle de las listas de todas las entidades políticas no era el mismo. En los Estados Unidos las causas de defunción se ordenan a base de una lista de 64 causas ^(a) escogidas de defunción, de conformidad con las recomendaciones de la Conferencia de Salud Pública sobre Registros y Estadísticas. En algunas entidades políticas combinaron en la ordenación la bronquitis y la neumonía; en otras, la influenza y la neumonía. Algunas entidades políticas también presentaron grandes grupos de causas de defunción. En ciertas entidades políticas se usó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción (1948), y en otras la revisión de la Lista Internacional de Causas de Defunción, de 1938 y otros países no indicaron la clasificación usada. Se combinaron los datos que aparecen en los Informes Cuadriales a fin de que las inclusiones en las causas principales de defunción tuvieran la mayor uniformidad posible. En el Cuadro 11 sólo se incluyen las primeras cinco causas principales a fin de dar el mayor grado de comparación posible a esta presentación. El grupo "síntomas, senilidad, y estados mal definidos" (780-795 de la Clasificación de 1948), no fué considerado en la ordenación. En las entidades políticas con regiones que tienen un servicio médico deficiente, muchas defunciones pueden haberse incluido en este grupo. Si el número de defunciones por causas desconocidas o mal definidas es considerable, las cifras de defunciones por causas específicas aparecen indebidamente bajas. Así, pues, en varios países las tasas de defunción correspondientes a las cinco causas principales resultan más bajas de lo que serían si se conocieran las causas de todas las defunciones. En un país y una de las otras entidades las defunciones por causas desconocidas o mal definidas se distribuyeron entre las causas específicas.

A pesar de la falta de uniformidad, las primeras cinco causas principales de defunción que se dan en el Cuadro 11 para 1952 indican la existencia de graves problemas sanitarios en las Américas. Las tasas brutas de mortalidad y las correspondientes a las causas principales muestran considerable variación. Esto refleja, en parte, variaciones en la mortalidad, en la integralidad y exactitud de la certificación médica, y hasta cierto punto, diferencias en la composición por edades.

El Cuadro 12 contiene un resumen de las causas principales de defunción en esas entidades políticas de las Américas. Entre 18 países, 8 dieron como causa principal de defunción la gastroenteritis, la diarrea o el grupo de enfermedades intestinales. El hecho de que las enfermedades gastrointestinales figuren como causa principal de defunción, muestra la necesidad de preocuparse del saneamiento del medio. El grupo "influenza y neumonía" predominó en cinco países y las enfermedades del corazón o del aparato circulatorio en tres. El paludismo y el cáncer fueron las causas principales en los otros dos países. Las enfermedades del corazón o del aparato circulatorio aparecen como una de las cinco causas principales en trece países y la gastroenteritis o diarrea en doce. La tuberculosis fué una de las principales causas en diez países y el paludismo en seis.

En las 16 otras entidades que proporcionaron datos sobre las principales causas de defunción, la gastroenteritis o diarrea fué la causa predominante en dos y aparece en las cinco primeras en diez entidades. Las enfermedades del corazón o del aparato circulatorio y ciertas enfermedades de la primera infancia fueron las causas predominantes en seis de esas entidades. Los datos sobre las causas principales demuestran que las enfermedades transmisibles se encuentran frecuentemente entre las causas principales de defunción y que la prevención de esas enfermedades produciría una reducción de la mortalidad.

(a) Leading Causes of Death, Vital Statistics-Special Reports, Vol. 37, No. 15, 1953.

ESTADÍSTICAS VITALES

CUADRO 11

25

CINCO PRIMERAS CAUSAS PRINCIPALES DE DEFUNCIÓN Y TASAS
POR 100.000 HABITANTES EN LAS AMÉRICAS, 1962

Entidades Políticas y Causas de Defunción	Número	Tasa	Entidades Políticas y Causas de Defunción	Número	Tasa
PAISES					
ARGENTINA - Todas las causas	156 593	867, 4	CHILE (a) - Todas las causas	81 642	1373, 2
Enfermedades del aparato circulatorio	36 288	201, 0	Enfermedades respiratorias e influenza	15 294	257, 2
Cáncer y tumores	21 665	120, 0	Enfermedades del aparato digestivo	10 204	171, 6
Lesiones vasculares	12 457	69, 0	Enfermedades cardiovasculares	8 844	148, 8
Muertes violentas y accidentales	8 485	47, 0	Enfermedades de la primera infancia	8 542	143, 7
Tuberculosis	7 944	44, 0	Tuberculosis en todas sus formas	6 564	110, 4
BOLIVIA - Todas las causas	48 326	1564, 2	EL SALVADOR (c) - Todas las causas	32 423	1701, 8
Influenza y neumonía	3 947	127, 8	Gastritis, duodenitis, enteritis y colitis, salvo diarrea del recién nacido (543, 571, 572)	6 614	347, 1
Paludismo	1 980	64, 1	Paludismo (110-117)	1 370	71, 9
Diarrea y enteritis	1 799	58, 2	Neumonía (490-493)	1 082	56, 8
Tuberculosis	1 651	53, 4	Avitaminosis y otros estados carenciales y anemias (280-286, 290-293)	900	47, 2
Disentería	624	20, 2	Bronquitis (500-502)	745	39, 1
BRASIL (a) - Todas las causas	95 317	1572, 2	ESTADOS UNIDOS (c)		
Enfermedades del aparato digestivo	18 522	305, 5	Todas las causas	1 496 838	961, 0
Enfermedades del aparato circulatorio	11 907	196, 4	Enfermedades del corazón (410-443)	555 141	356, 4
Tuberculosis	9 402	155, 1	Tumores malignos (140-205)	223 277	143, 4
Enfermedades del aparato respiratorio	7 749	127, 8	Lesiones vasculares, etc. (330-334)	166 331	106, 8
Enfermedades peculiares al primer año de vida	6 459	106, 5	Accidentes (E800-E962)	96 172	61, 7
CANADA (b,c) - Todas las causas	126 950	874, 3	Ciertas enfermedades de la primera infancia (760-776)	63 659	40, 9
Enfermedades del corazón (400-443)	40 911	284, 0	GUATEMALA - Todas las causas	71 994	2419, 9
Tumores malignos, etc. (140-205)	18 589	129, 0	Diarrea y gastroenteritis	8 864	297, 9
Lesiones vasculares, etc. (330-334)	13 348	92, 7	Bronquitis y neumonía	7 874	264, 7
Accidentes (E800-E962)	8 541	59, 3	Paludismo	6 947	233, 5
Ciertas enfermedades de la primera infancia (760-776)	7 719	53, 6	Tos ferina	5 921	199, 0
COLOMBIA (d) - Todas las causas	153 738	1306, 4	Infestación por helmintos	5 812	195, 4
Diarrea y enteritis (119-120)	15 335	129, 5	HONDURAS - Todas las causas	19 148	1265, 8
Neumonía en todas sus formas (107-109)	10 617	89, 6	Paludismo	3 178	210, 1
Malformaciones congénitas y enfermedades peculiares al primer año de vida (157-161)	8 497	71, 7	Infección intestinal	1 428	94, 4
Enfermedades del corazón (90-95)	7 529	63, 6	Influenza y neumonía	985	65, 1
Bronquitis (106)	7 043	59, 5	Hidropesía	843	55, 7
COSTA RICA (c,e) - Todas las causas	9 902	1160, 3	Diarrea	802	53, 0
Gastroenteritis y colitis y diarrea del recién nacido (571, 572, 764.0)	1 455	170, 5	MEXICO (c) - Todas las causas	402 542	1475, 4
Ciertas enfermedades del aparato circulatorio (410, 420-468)	655	76, 8	Gastroenteritis y colitis (571, 572)	87 505	247, 4
Tumores malignos, etc. (140-205)	646	75, 7	Neumonía (490-493)	55 660	203, 9
Bronconeumonía y bronquitis (491, 500-502)	637	74, 6	Infecciones del recién nacido y enfermedades mal definidas de la primera infancia (763-768, 773-776)	28 318	103, 8
Enfermedades del sistema nervioso (330-357)	423	49, 7	Paludismo (110-117)	22 050	80, 8
			Enfermedades del corazón, salvo hipertensión con enfermedad cardíaca (410-434)	20 921	76, 8

(Continúa)

CUADRO 11
CINCO PRIMERAS CAUSAS PRINCIPALES DE DEFUNCIÓN Y TASAS POR 100.000 HABITANTES
EN LAS AMERICAS, 1952 (Continuación)

Entidades Políticas y Causas de Defunción	Número	Tasa	Entidades Políticas y Causas de Defunción	Número	Tasa
<u>PAISES (cont.)</u>			<u>OTRAS ENTIDADES POLITICAS</u>		
			ALASKA (c) - Todas las causas	1 264	661,8
PANAMA (c) - Todas las causas	6 776	862,9	Accidentes (E800-E962)	266	139,3
Neumonía (490-493)	478	60,9	Enfermedades del corazón (410-443)	213	111,5
Gastroenteritis y colitis, salvo la colitis ulcerosa (571)	465	59,2	Tuberculosis (001-019)	173	90,6
Tuberculosis en todas sus formas (001-019)	422	53,7	Ciertas enfermedades de la primera infancia (760-776)	96	50,3
Violencias y accidentes (E800-E999)	366	46,6	Lesiones vasculares, etc. (330-334)	74	38,7
Enfermedades del corazón salvo reumática crónica del corazón e hipertensión con en- fermedad cardíaca (420-434)	346	44,1	BARBADA - Todas las causas	3 186	1475,0
PARAGUAY (f,g) - Todas las causas	8 279	699,8	Enfermedades de la primera infancia	630	291,6
Influenza y neumonía	710	60,0	Enfermedades del aparato circulatorio	621	287,5
Tuberculosis en todas sus formas	391	33,1	Enfermedades del aparato respiratorio	389	180,1
Cáncer	318	26,9	Enfermedades infecciosas y parasitarias	295	136,6
Enfermedades del corazón	290	24,5	Enfermedades del aparato digestivo	271	125,5
Sífilis	277	23,4	BERMUDA - Todas las causas	316	815,3
PERU (c) - Todas las causas	94 672	1123,3	Enfermedades del corazón e hipertensión	109	281,2
Influenza y neumonía (480-493)	16 820	199,4	Lesiones vasculares	49	126,4
Tos ferina (056)	7 573	89,9	Cáncer	40	103,2
Ciertas enfermedades de la primera infan- cia	6 658	79,0	Neumonía	9	23,2
Tuberculosis en todas sus formas (001-019)	5 896	70,0	GUAYANA BRITÁNICA (c) - Todas las causas	5 772	1346,5
Enfermedades del aparato circulatorio (400 -468)	4 105	48,7	Ciertas enfermedades de la primera infancia (760-776)	711	165,9
REPUBLICA DOMINICANA - Todas las causas	22 515	1006,8	Neumonía y bronquitis (490,495,500-502). Gastroenteritis y colitis (571,572)	666	155,4
Gastritis, duodenitis, enteritis y colitis sal- vo la diarrea del recién nacido	2 754	123,1	Enfermedades del corazón (410-443)	565	131,8
Paludismo	2 239	100,1	Enfermedades del corazón (410-443)	506	118,0
Infecciones del recién nacido y otras enfer- medades particulares de la primera infan- cia e Inmadurez no calificada	1 755	78,5	Lesiones vasculares, etc. (330-334)	274	63,9
Tuberculosis del aparato respiratorio	1 301	58,2	HAWAII (c) - Todas las causas	2 887	553,1
Bronquitis	1 111	48,7	Enfermedades del corazón (410-443)	921	176,4
URUGUAY (d,f) - Todas las causas	19 190	786,8	Tumores malignos, etc. (140-205)	437	83,7
Cáncer (45-55)	3 351	137,4	Lesiones vasculares, etc. (330-334)	273	52,3
Enfermedades del aparato circulatorio	3 300	135,3	Ciertas enfermedades de la primera infancia (760-776)	192	36,8
(90-103)	3 300	135,3	Accidentes (E800-E962)	186	35,6
Lesiones intracraneales de origen vascu- lar (83)	1 810	74,2	ISLAS LEEWARD-ANTIGUA (c) Todas las causas	526	1105,6
Tuberculosis en todas sus formas (13-22)	1 299	53,3	Enfermedades del corazón (410-443)	95	199,7
Bronquitis y neumonía (106-109)	1 118	45,8	Enfermedades del aparato respiratorio (470-527)	55	115,6
VENEZUELA (c,h) - Todas las causas	56 548	1078,0	Lesiones vasculares, etc. (330-334)	49	103,0
Gastritis, duodenitis, enteritis y colitis salvo la diarrea del recién nacido (543, 571-572)	9 571	182,5	Ciertas enfermedades de la primera infan- cia (760-776)	45	94,6
Tuberculosis en todas sus formas (001-019)	5 883	112,2	Gastritis, enteritis y colitis (571,572)	36	75,7
Ciertas enfermedades de la primera infan- cia (760-776)	5 781	110,2	ISLAS LEEWARD-MONTSERRAT (c) Todas las causas	148	1089,3
Enfermedades del corazón (410-443)	4 751	90,6	Enfermedad arterioesclerótica y degene- rativa del corazón (420-422)	22	161,9
Tumores malignos, etc. (140-205)	4 531	86,4	Otras enfermedades definidas de la pri- mera infancia (769,771,772)	13	95,7
			Sífilis y sus secuelas (020-029)	11	81,0
			Lesiones vasculares, etc. (330-334)	11	81,0

(Continúa)

CUADRO 11

CINCO PRIMERAS CAUSAS PRINCIPALES DE DEFUNCIÓN Y TASAS POR 100.000 HABITANTES
EN LAS AMÉRICAS, 1952 (Continuación)

Entidades Políticas y Causas de Defunción	Número	Tasa	Entidades Políticas y Causas de Defunción	Número	Tasa
ISLAS LEEWARD-SAN CRISTOBAL Y NIEVES (c) - Todas las causas	647	1283,2	ISLAS WINDWARD - SANTA LUCIA (Continuación)		
Gastroenteritis y colitis (571, 572)	74	146,8	Enfermedades del corazón	191	231,9
Enfermedades de la primera infancia (751-794)	71	140,8	Paludismo	109	132,5
Enfermedades del corazón (410-443)	66	130,9	Diarrea y enteritis	77	93,5
Lesiones vasculares, etc. (330-334)	60	119,0	Tuberculosis	76	92,3
Avitaminosis y otros estados carenciales (280-286)	48	95,2	ISLAS WINDWARD - SAN VICENTE (c) Todas las causas	1 112	1571,4
ISLAS VIRGENES (E. U. A.) (c) - Todas las causas	346	1441,7	Ciertas enfermedades de la primera infancia (769, 771-776, 794)	180	254,4
Enfermedades del corazón (410-443)	117	487,5	Bronquitis (500-502)	130	183,8
Ciertas enfermedades de la primera infancia (760-776)	25	104,2	Avitaminosis y otros estados carenciales (280-286)	100	141,3
Tumores malignos, etc. (140-205)	23	95,8	Gastroenteritis y colitis (571,572)	97	137,1
Influenza y neumonía (480-493)	18	75,0	Tuberculosis del aparato respiratorio (001-008)	41	57,9
Lesiones vasculares, etc. (330-334)	15	62,5	JAMAICA (h) - Todas las causas	16 717	1147,4
ISLAS WINDWARD - DOMINICA - Todas las causas	1 108	1978,6	Enfermedades del corazón	990	67,9
Avitaminosis	250	446,4	Tuberculosis	770	52,8
Gastroenteritis y colitis	108	193,9	Tumores malignos	682	46,8
Tuberculosis	64	114,3	Paludismo	675	46,3
Enfermedades del corazón y del aparato circulatorio	55	98,2	Neumonía y bronconeumonía	671	46,1
Bronconeumonía	40	71,4	PUERTO RICO (c) - Todas las causas	20 504	918,2
ISLAS WINDWARD - GRANADA - Todas las causas	1 255	1609,0	Gastroenteritis, colitis y diarrea (571, 572, 764, 785, 786)	2 585	115,8
Ciertas enfermedades de la primera infancia	246	315,4	Enfermedades del corazón (410-443)	2 401	107,5
Enfermedades del aparato circulatorio	98	125,6	Tuberculosis (001-019)	2 092	93,7
Bronconeumonía	79	101,3	Tumores malignos, etc. (140-205)	1 435	64,3
Paludismo	54	69,2	Neumonía (490-493)	1 398	62,5
Diarrea y enteritis	46	59,0	TRINIDAD Y TABAGO - Todas las causas	8 000	1205,5
ISLAS WINDWARD - SANTA LUCIA - Todas las causas	1 246	1512,9	Enfermedades de la primera infancia	1 004	151,3
Enfermedades de la primera infancia	228	276,8	Enfermedades cardíacas y valvulares	932	140,4
			Diarrea y enteritis	620	93,4
			Bronquitis y bronconeumonía	583	87,9
			Lesiones vasculares	489	73,7

(a) Distrito Federal y Capitales de Estados, excluyendo la ciudad de São Paulo.

(b) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.

(c) Clasificación basada en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, Sexta Revisión, (1948).(d) Clasificación basada en la Nomenclatura Internacional de las Causas de Muerte, Quinta Revisión, (1938).

(e) Provisional.

(f) Año 1951.

(g) Área de notificación con 83 por ciento de la población.

(h) Causas de defunción mal definidas, distribuidas proporcionalmente entre las causas definidas.

CUADRO 12

RESUMEN DE LAS CINCO PRIMERAS CAUSAS PRINCIPALES DE DEFUNCIÓN POR ORDEN DE IMPORTANCIA EN LAS AMÉRICAS, 1952

Causas de Defunción	Número de Entidades Políticas					
	Total	Orden de importancia de las causas de defunción				
		Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
PAISES						
Enferm. del corazón o del apar. circ.	13	3	3	1	3	3
Gastroenteritis o diarrea (a)	12	8	2	1	-	1
Influenza y neumonía (b)	10	5	2	2	1	-
Tuberculosis	10	-	2	2	4	2
Ciertas enferm. de la prim. infancia	9	-	-	5	1	3
Cáncer	7	1	3	2	-	1
Bronquitis (c)	6	-	1	-	1	4
Paludismo	6	1	3	1	1	-
Lesiones vasculares, etc. (d)	5	-	-	4	-	1
Accidentes o causas externas	4	-	-	-	4	-
Tos ferina	2	-	1	-	1	-
Avitaminosis y anemias	1	-	-	-	1	-
Otras causas (e)	5	-	1	-	1	3
OTRAS ENTIDADES						
Enferm. del corazón o del apar. circ.	15	6	6	1	2	-
Gastroenteritis o diarrea (a)	10	2	1	2	2	3
Influenza y neumonía (b)	11	-	2	2	4	3
Tuberculosis	6	-	1	3	-	2
Ciertas enferm. de la prim. infancia	11	6	3	-	2	-
Cáncer	5	-	1	3	1	-
Bronquitis (c)	1	-	1	-	-	-
Paludismo	3	-	-	1	2	-
Lesiones vasculares, etc.	9	-	1	2	2	4
Accidentes o causas externas	2	1	-	-	-	1
Tos ferina	-	-	-	-	-	-
Avitaminosis y anemias	3	1	-	1	-	1
Otras causas (e)	2	-	-	1	1	-

(a) Enfermedades del aparato digestivo en dos países y en una de las otras entidades.

(b) Enfermedades del aparato respiratorio en un país y en una de las otras entidades.

(c) Inclusive la bronconeumonía en un país y en una de las otras entidades; neumonía en dos países y en una de las otras entidades.

(d) Enfermedades del sistema nervioso en un país.

(e) Comprende las infecciones intestinales en segundo orden en un país; las enfermedades infecciosas y parasitarias en cuarto orden en una de las otras entidades; la sífilis en quinto orden en un país y en tercer orden en una de las otras entidades; helmintos en cuarto orden e hidropesía y disentería en quinto, en cada uno de tres países, respectivamente.

CAPÍTULO III

ESTADÍSTICAS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Según se señala en el Capítulo II, las enfermedades transmisibles figuran en lugar destacado entre las cinco principales causas de defunción en muchas entidades políticas de las Américas. Aparte de la mortalidad, estas enfermedades causan una cantidad considerable de enfermedades y de pérdidas económicas. También contribuyen en gran medida a la mortalidad infantil y a la mortalidad en la niñez temprana. Puesto que ya se dispone de métodos eficaces de prevención, que se aplican con éxito en muchas entidades políticas, está justificada la asignación de alta prioridad a los programas de control de las enfermedades transmisibles y a la recopilación de información que permita definir y orientar esos programas. En este Capítulo se han compilado los datos que figuran en los informes cuadriennales en relación a 15 enfermedades transmisibles, con el fin de facilitar el estudio de los problemas que plantea el control y la erradicación de esas enfermedades en las Américas.

Cada entidad política ha establecido un sistema de notificación de las enfermedades cuarentenables y de algunas otras enfermedades transmisibles. Es esencial disponer de información al día sobre esos casos, a los fines del desarrollo de programas de control en escala local, nacional e internacional. El número de enfermedades de notificación obligatoria varía de una entidad a otra. La integralidad de las notificaciones depende de que se disponga de servicios y medios médicos, de servicios locales de salud pública, de la gravedad de la enfermedad, etc. En las regiones donde existen servicios de salud bien desarrollados, la notificación de casos es, por lo general, más completa y exacta que en aquéllas que carecen de tales servicios. De ahí que las elevadas tasas de casos en ciertas regiones, tal vez no signifiquen que exista un problema mayor que en regiones con tasas más reducidas, sino más bien que sean una indicación de que los sistemas de notificación están bien desarrollados y que los casos son conocidos por las autoridades sanitarias. La exactitud de los datos depende también de la disponibilidad de servicios de diagnóstico. Además de la información relativa a los casos obtenida por medio de los sistemas de notificación, las tasas de defunciones de enfermedades de notificación obligatoria ayudan también a justipreciar la importancia de los problemas sanitarios. Por lo tanto, los cuadros que figuran en este Capítulo incluyen el número de casos y defunciones con las tasas correspondientes por 100.000 habitantes. Teniendo en cuenta que en los informes cuadriennales se describe el estado actual de los programas de control de once de esas enfermedades transmisibles, esas informaciones se presentan en este Capítulo en forma resumida.

Al igual que en los sistemas de estadísticas vitales, hay gran necesidad de mejorar los sistemas de notificación de enfermedades transmisibles. En 1953, los representantes de diez países de Sud América trabajaron conjuntamente en un seminario celebrado en Chile, en la elaboración de procedimientos básicos para la notificación de las enfermedades transmisibles. Las recomendaciones formuladas por este grupo han aparecido en una publicación científica ^(a) de la Oficina Sanitaria Panamericana y serán de utilidad para cuantos deseen desarrollar o mejorar los procedimientos de notificación.

En el Cuadro 13 figuran las poblaciones calculadas a mediados de los años 1950-1953, correspondientes a 22 países y 22 otras entidades políticas. Estos cálculos de población se utilizaron para el cómputo de las tasas de nacimientos, defunciones y casos, con excepción de las tasas correspondientes a las áreas de notificación.

En ocho países, los sistemas de notificación funcionan en ciertas áreas que se denominan "áreas de notificación". En el Cuadro 14, figuran esos ocho países y la población aproximada que vive en las áreas de notificación. Estas áreas comprendían del

(a) Procedimientos Básicos para la Notificación de las Enfermedades Transmisibles, Publicación Científica No. 8, Oficina Sanitaria Panamericana, junio de 1954.

11 al 83% de la población del país en 1950. En varios de estos países, el porcentaje de la población comprendida en las áreas de notificación aumentó durante el período 1950-1953. En los cuadros siguientes, se han tomado como base las poblaciones de las áreas de notificación para el cálculo de las tasas de casos en esos ocho países, en lugar de las poblaciones totales que se utilizaron para los otros países, salvo en lo que se refiere a las enfermedades cuarentenables cuando así se consideró conveniente. En estos cuadros se omitieron las entidades políticas que no notificaron casos ni defunciones.

En el Cuadro 15 figuran el número de casos y el de defunciones de buba o frambesia. Esta es una enfermedad que se notifica únicamente en una área limitada de las Américas. Cinco países y 9 de las otras entidades suministraron información relativa a casos de esta enfermedad. En el Cuadro 16 figura la información complementaria referente a la presencia de la buba, así como a la labor que se lleva a cabo para erradicar esta enfermedad.

Los Cuadros 17 y 18 muestran el número de casos y de defunciones de difteria, con las correspondientes tasas por 100.000 habitantes. Aunque estos datos no indican que la difteria sea un importante problema sanitario, se trata de una enfermedad prevenible, y por medio de programas de control se pueden reducir las tasas de casos y defunciones causados por ella. El estado actual de los programas de control, descrito en el Cuadro 19, revela que en varias entidades políticas se llevan a cabo programas de vacunación sistemática. En unas cuantas de ellas se emplea la vacuna triple (contra la difteria, pertussis y tétano).

En los Cuadros 20 y 21 figura la información relativa a casos y defunciones causados por la disentería. Por el lugar que ocupa la gastroenteritis y la diarrea entre las principales causas de defunción, así como por esas tasas, es evidente que la prevención de casos y defunciones causados por las enfermedades gastrointestinales requiere que se disponga de servicios sanitarios, especialmente en el campo del saneamiento del medio. En el Capítulo VI de este Resumen, figuran los datos referentes a los programas de saneamiento.

Ocho países facilitaron información relativa a casos o defunciones, o ambas cosas, causados por la fiebre amarilla selvática durante este período (Cuadro 22). La labor que se lleva a cabo para el control de la fiebre amarilla aparece descrita en cuatro cuadros: en el Cuadro 23 el programa en general; en el Cuadro 24, el programa de viscerotomía; en el Cuadro 25, el programa de erradicación del *Aedes aegypti*, y en el Cuadro 26, el programa de vacunación contra la fiebre amarilla.

La fiebre tifoidea, al igual que otras enfermedades gastrointestinales, causó muchos casos y defunciones en las Américas (Cuadros 27 y 28). Aunque las tasas de defunción fueron altas en varios países (en 4 de ellos y en 4 de las otras entidades las tasas fueron de 10,0 ó más por 100.000 habitantes en 1952) en unas pocas entidades políticas fueron muy bajas.

Quince países y 14 de las otras entidades notificaron casos de infecciones meningocócicas (Cuadro 29). El número de defunciones de infecciones meningocócicas fué bajo en todos los países que facilitaron datos (Cuadro 30).

En 1952, se notificaron casos de lepra en 16 países y 14 de las otras entidades políticas de las Américas (Cuadro 31). El número de defunciones (Cuadro 32) fué bajo y en todas las entidades políticas las tasas de defunción en 1952 fueron 4,0 ó menos por 100.000 habitantes. En el Cuadro 33, se indica el estado actual de los programas de control para el diagnóstico y tratamiento de pacientes.

Aun cuando la notificación de casos de paludismo sea probablemente incompleta en muchas áreas de las Américas y carezca de exactitud por lo que se refiere a ciertas áreas en que las fiebres son corrientes o donde la enfermedad va disminuyendo rápidamente, las tasas de casos y defunciones que figuran en los Cuadros 34 y 35 indican que el paludismo constituye un importante problema sanitario en varias entidades políticas. En tres países y una de las otras entidades, las tasas de defunciones excedieron de 100,0 por 100.000 habitantes en 1952 y en otras seis fueron superiores a 50 por 100.000 habitantes. Sin embargo, en un pequeño número de entidades políticas las tasas registradas fueron muy bajas. En el Cuadro 36 aparece el estado actual de los programas de control del paludismo. Asimismo, en el capítulo referente a programas de saneamiento, el Cuadro 62 contiene un resumen de la labor que se lleva a cabo para el control de insectos vectores.

Durante el período cuadrienal 1950-1953, se tuvo conocimiento de que habían ocurrido casos o defunciones de peste en ocho países de las Américas (Cuadro 37). Se informó que estaban desarrollándose programas de control en casi todos los países que notificaron casos (Cuadro 38). Con la excepción de unos pocos casos en 1950, no se tuvo conocimiento de que los casos de peste hubieran ocurrido en puertos marítimos u otros puertos de tráfico internacional.

Las tasas de defunciones de sarampión (Cuadros 39 y 40) fueron altas en varios países de las Américas. Aunque del 80 al 90 por ciento de las personas que sobrevivieron hasta los 20 años de edad habían sufrido un ataque de sarampión, las tasas de morboletalidad han sido, por lo general, bajas. Esas tasas altas de defunciones registradas en varios países indican la necesidad de adoptar medidas para evitar defunciones en esta enfermedad común en la niñez.

Se notificaron casos de sífilis en casi todas las entidades políticas (Cuadro 41), y a juzgar tanto por las notificaciones de casos como por las de defunciones (Cuadro 42), esta enfermedad constituye un importante problema sanitario en varias entidades políticas. La información que figura en el Cuadro 43 indica que están en curso programas de control en muchas entidades.

Dieciséis países y 4 otras entidades notificaron uno o varios casos de tifus durante este período cuadrienal (Cuadro 44). En unos cuantos países todos o casi todos los casos fueron del tipo transmitido por piojos, en tanto que en otros sólo se descubrieron casos de tifus murino. En los datos facilitados no se estableció distinción alguna; sin embargo, en la información relativa al estado actual de los programas de control (Cuadro 45) se indica la naturaleza de los problemas así como los programas de control en curso de ejecución.

De las notificaciones de casos y defunciones de tos ferina, parece deducirse que esta enfermedad causa elevada morbilidad y mortalidad entre los niños de las Américas (Cuadros 46 y 47). Aun cuando tal vez los datos no sean rigurosamente exactos la magnitud de esas tasas de defunciones señala la necesidad de llevar a cabo investigaciones encaminadas a determinar la causa de tales tasas elevadas, así como de proceder a la aplicación de medidas preventivas. Varios países notificaron que estaban utilizando la vacuna triple (contra la difteria, pertussis y tétano, Cuadro 48). El alto valor y el costo reducido de este método de prevención justifica que se aumenten y amplíen los programas de inmunización contra la tos ferina.

Los datos que contienen los Cuadros 49 y 50 indican que la tuberculosis es una enfermedad de notificación obligatoria en casi todas las entidades políticas, que se notifican los casos y que, por lo tanto, son conocidos por las autoridades sanitarias. Aunque las tasas de defunciones de tuberculosis excedieran en 1952 de 100 por 100.000 habitantes en cuatro países y una de las otras entidades, en general, esas tasas parece que van disminuyendo en comparación con las elevadas tasas registradas en el pasado en muchos países. La información que figura en el Cuadro 51 revela que están en curso de ejecución programas activos de control en muchas entidades políticas.

La información relativa a los casos y defunciones de viruela, que figura en el Cuadro 52, revela que continúa la presencia de esta enfermedad en varios países de las Américas. En el Cuadro 53 aparece el estado actual de los programas de control. Aun cuando se ha alcanzado algún progreso, es necesario proseguir los esfuerzos para llegar a la erradicación de la enfermedad en las Américas.

CUADRO 13
POBLACION CALCULADA EN LAS AMERICAS PARA MEDIADOS
DE AÑO, 1950-1953

Entidades Políticas	Población calculada para mediados del año			
	1950	1951	1952	1953
Países				
Argentina	17 196 809	17 644 117	18 053 913	18 379 000
Bolivia (a)	3 019 031	3 054 052	3 089 479	3 127 603
Brasil	51 944 397	53 033 354	54 122 311	55 211 288
Canadá (b).	13 688 000	13 984 329	14 405 000	14 756 000
Colombia	11 333 380	11 586 120	11 844 090	12 107 810
Costa Rica	a) 803 000	825 070	853 412	881 313
Cuba	5 256 437	5 325 322	5 394 396	...
Chile	5 786 283	5 865 849	5 945 415	6 024 981
Ecuador (c).	3 157 000	3 252 000	3 350 000	3 439 000
El Salvador	1 857 023	1 880 948	1 905 240	1 929 779
Estados Unidos	151 234 000	153 384 000	155 755 000	158 306 000
Guatemala	2 802 729	2 886 567	2 975 143	a) 3 068 488
Haití	c) 3 080 000	c) 3 137 000	d) 3 200 000	c) 3 265 000
Honduras	1 428 089	1 470 000	1 512 668	1 555 664
México	25 825 836	26 540 135	27 283 148	28 052 513
Nicaragua	1 059 533	1 092 759	1 128 409	a) 1 164 788
Panamá (e)	748 269	766 777	785 285	803 793
Paraguay	1 396 842	1 431 763	1 467 557	1 504 246
Perú	8 103 519	8 264 179	8 428 392	8 591 300
República Dominicana . .	2 130 943	2 182 951	2 236 228	2 290 805
Uruguay	2 397 844	2 438 995	c) 2 481 000	c) 2 523 000
Venezuela	4 981 493	5 113 498	5 245 504	5 377 508
Otras Entidades				
Alaska	137 000	161 000	191 000	205 000
Barbada (f)	209 000	212 000	216 000	221 000
Belice	67 430	69 644	73 171	75 782
Bermuda	38 005	38 350	38 760	39 272
Guadalupe (f)	302 000	307 440	311 640	314 460
Guayana Británica (g) . .	406 000	416 720	428 670	441 000
Guayana Francesa (f) . .	28 595	28 885	29 225	29 555
Hawaii	491 000	514 000	522 000	523 000
Islas Bahama	d) 79 000	d) 81 000	d) 83 000	d) 85 000
Islas Leeward:				
Antigua	45 072	46 291	47 575	48 953
Islas Vírgenes (f)	6 925	7 075	7 225	7 375
Montserrat	13 535	13 594	13 587	13 685
S. Cristóbal y Nieves . .	47 615	49 321	50 419	52 023
Islas Vírgenes	27 000	25 000	24 000	25 000
Islas Windward:				
Dominica (d)	54 000	55 000	56 000	57 000
Granada	d) 77 000	d) 79 000	d) 78 000	82 794
Santa Lucía	79 495	80 978	82 359	83 905
San Vicente	67 044	69 530	70 766	72 711
Jamaica	1 402 900	1 429 800	1 457 000	1 486 100
Martinica (f)	279 960	285 260	289 425	292 435
Puerto Rico	2 208 000	2 231 000	2 233 000	2 220 000
Trinidad y Tabago	632 450	648 700	663 600	678 300

(a) Informe revisado.

(b) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste. Población al 1.º de junio con la que se calcularon las tasas.

(c) Calculado por la OSP.

(d) Demographic Yearbook de las Naciones Unidas.

(e) Exclusive los indios en tribus.

(f) Interpolación lineal de las poblaciones de fin de año.

(g) Exclusive los amerindios.

CUADRO 14

POBLACION CALCULADA QUE VIVE EN AREAS DE NOTIFICACION^(a)
 EN 8 PAISES DE LAS AMERICAS Y SUS PORCENTAJES DE LA
 POBLACION TOTAL, PARA MEDIADOS DE AÑO, 1950-1953

Países	Población calculada para mediados del año							
	1950		1951		1952		1953	
	Población	Tanto por ciento	Población	Tanto por ciento	Población	Tanto por ciento	Población	Tanto por ciento
Bolivia (b) . . .	2 264 000	75	2 443 000	80	2 533 000	82	2 596 000	83
Brasil . . .	(c) 5 727 000	11	5 895 000	11	6 062 537	11	...	...
	(d) 7 925 887	15	8 232 380	16	8 490 033	16	8 237 874	15
Colombia (b) .	7 854 000	70	8 347 000	73	7 361 000	63	9 820 000	81
Ecuador (b,e) .	681 000	22	700 000	22	717 000	22	...	...
El Salvador . .	743 000	40	865 000	46	922 000	48	888 000	46
Paraguay . . .	1 154 000	83	1 183 000	83	1 213 000	83	...	...
Perú (b) . . .	3 370 000	42	3 502 000	42	3 413 000	40	3 455 000	40
Venezuela (b) .	2 638 000	53	2 830 000	55	2 974 000	57	3 109 000	58

(a) Una área de notificación es una unidad territorial administrativa de la que se reciben informes con regularidad.

(b) Calculado por la OSP.

(c) Distrito Federal y Capitales de Estados, con exclusión de la ciudad de São Paulo, y que se usa para las tasas de natalidad y mortalidad.

(d) Distrito Federal y Capitales de Estados y Territorios para 1951 y 1952. Para 1950 se excluyen Macapá y Río Branco; para 1953 se excluyen Macapá, Río Branco y Salvador, y se usan para las tasas de morbilidad con las excepciones que se anotan en seguida para las áreas de notificación: Para la tuberculosis: 1950, 5 727 791; 1951, 3 505 868; 1952, 3 612 556; 1953, 3 209 432. Para la disentería: 1951, 5 945 689. Para la tos ferina: 1950, 5 727 791; 1951, 5 945 689; 1952, 6 114 747; 1953, 5 773 993. Para la peste y la fiebre amarilla el área de notificación era la totalidad del territorio nacional.

(e) Ciudades capitales de provincias.

CUADRO 15

NUMERO DE CASOS Y DEFUNCIONES NOTIFICADOS DE BUBA Y TASAS
POR 100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
CASOS								
Colombia (a)	2 855	36,4	2 547	30,5	3 083	41,9	4 246	43,2
Ecuador . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Haití	82 735	2686,2	72 452	2309,6	67 592	2112,3	...	...
Panamá	256	34,2	158	20,6	171	21,8 ^{b)}	189	23,5
Perú (a) . . . . .	...	...	475	13,6	390	11,4	...	...
Venezuela (a,c)	2 530	95,9	1 987	70,2	1 496	50,3	1 401	45,1
.....								
Guadalupe	100	33,1	159	51,7	102	32,7	91	28,9
Guayana Británica	26	6,4	81	19,4	65	15,2	25	5,7
Islas Leeward:								
Islas Vírgenes . . . . .	...	...	...	...	31	429,1	6	81,4
S.Cristóbal y Nieves	422	886,3	806	1634,2	615	1219,8	620	1191,8
Islas Windward:								
Dominica	1 502	2781,5	1 105	2009,1	1 043	1862,5	1 010	1771,9
Granada	2 429	3154,5	1 306	1653,2	1 256	1610,3	1 385	1672,8
Santa Lucía	679	854,1	516	637,2	557	676,3	774	922,5
San Vicente . . . . .	...	...	...	...	1 311	1852,6	1 599	2199,1
Jamaica . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinidad y Tabago	975	154,2	1 081	166,6	710	107,0	...	...
DEFUNCIONES								
Colombia . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador (d)	1	0,1	1	0,1	1	0,1	...	...
Haití . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Panamá	-	-	1	0,1 ^{b)}	-	-	-	-
Perú . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	-	-	1	0,0	1	0,0	-	-
.....								
Guadalupe . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Guayana Británica	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Leeward:								
Islas Vírgenes	-	-	-	-	-	-	-	-
S.Cristóbal y Nieves	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Windward:								
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-
Granada	2	2,6	-	-	-	-	...	...
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente	1	1,5	2	2,9	-	-	-	-
Jamaica (e)	-	-	2	0,1	2	0,1	...	...
Trinidad y Tabago	-	-	-	-	-	-	-	-

(a) Corresponde a las áreas de notificación.

(b) Informe revisado.

(c) Provisional.

(d) Ciudades capitales de provincias.

(e) Causas de defunción mal definidas, distribuidas proporcionalmente entre las causas definidas.

CUADRO 16

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA BUBA EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Bolivia	El área de extensión de esta epidemia está limitada, aparentemente, a las provincias de Nor y Sur Yungas del departamento de La Paz. Antes de 1948, se hizo una campaña en gran escala habiéndose tratado unas 1.800 personas. Había lugares en que el índice de infección alcanzaba al 50%. Con el tratamiento en masa logró reducirse este índice al 7,5% en los lugares de mayor prevalencia. En los últimos años no se ha revisado este problema.
Brasil	La División de la Organización Sanitaria del Departamento Nacional de Salud está encargada del control de la buba. La campaña fué iniciada en 1943. En los últimos años, la División prosiguió con sus labores, continuando empleando unidades estáticas en la administración de un puesto y sub-puestos localizados en las regiones de mayor incidencia endémica. Únicamente por falta de recursos la campaña no pasó a orientarse en el sentido de unidades móviles, que al presente se aconsejan, ya que la nueva medicación permite el tratamiento en masa. Por el advenimiento de la medicación específica, y dado el alto costo de mantenimiento de los "Centros de Tratamiento Rápido", la División, debido a su improductividad, concluyó por clausurarlos, dejando solamente en funcionamiento uno solo, que pasó a servir como centro de investigación y estudios. (Condensado del Informe a la XIV CSP, Pág. 40.)
Canadá	No ha habido casos denunciados en este país durante los últimos años.
Colombia	Campaña general en las zonas afectadas de la costa del Pacífico con distribución de tratamientos.
Costa Rica	Casi no existen casos de buba, por lo que esta enfermedad no constituye un problema en Costa Rica.
Cuba	No es de declaración obligatoria. El Patronato de Enfermedades Cutáneas se ocupa específicamente de esta enfermedad.
Ecuador	A cargo del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Etapa final.
El Salvador	No se ha identificado esta enfermedad en este país.
Estados Unidos	Durante 1953 no ocurrieron casos.
Haití	Con la Asistencia Técnica y la colaboración de la OMS y de UNICEF, se prosigue un programa de erradicación.
Panamá	Hasta hace 4 años, este padecimiento tenía una incidencia alta, pero gracias a los trabajos realizados por la campaña Anti-piánica, que

CUADRO 16

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA BUBA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Panamá (Cont.)	cubrió virtualmente todo el país, se puede afirmar que este padecimiento ha sido controlado. Existen algunas zonas endémicas en el Darién, Veraguas y Chiriquí, pero los casos notificados son muy pocos y aislados. Todos los casos descubiertos son tratados a base de penicilina.
Perú	No existe programa específico de control.
Rep. Dominicana	Desde el año 1932 se ha mantenido una campaña de control. Actualmente se realiza una campaña de erradicación de la buba en todo el país. La droga usada es la penicilina G. procaínica en aceite al 2% de monoestearato de aluminio. Se inyectan 600.000 U. a los casos y 300.000 a los contactos.
Venezuela	Cinco Brigadas actúan en 15 zonas bubosas aplicando tratamiento sistemático de 600.000 unidades de penicilina G. procaínica en aceite al 2% de monoestearato de aluminio a los casos positivos y 300.000 unidades a los contactos.
.	
Guadalupe	Los casos de buba son descubiertos y tratados gratuitamente en los dispensarios dependientes de la Dirección Departamental de Salud.
Guayana Fr.	Estudio en camino.
Islas Leeward- Islas Vírgenes	Enfermedades de tipo benigno y estacional.
Islas Leeward- Montserrat	Exámenes de Kahn y uso de penicilina.
Islas Leeward- San Cristóbal y Nieves	A pesar del mantenimiento de clínicas el progreso no es satisfactorio y se ha solicitado la ayuda de UNICEF para iniciar una campaña basada en una encuesta individual de casas, seguida de tratamiento en masa de una inyección sola con penicilina de los casos y contactos domiciliarios.
Islas Windward- San Vicente	El progreso no es satisfactorio.
Jamaica	Se hacen encuestas regulares de la población por medio de los inspectores sanitarios quienes descubren los casos y aconsejan a los pacientes a asistir a los centros para su tratamiento. Este es un programa continuo. En los distritos sin dispensarios se lleva a cabo el tratamiento cada dos años. En diciembre de 1953 se decidió que la penicilina por su acción de larga duración debería desalojar a las otras drogas en el tratamiento de las lesiones de buba.

CUADRO 16

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA BUBA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Martinica	Esta enfermedad no es de declaración obligatoria. Los casos parecen numerosos en ciertas comunas.
Trinidad y Tabago	Estudio de la buba en Tabago. Vigilancia de las actividades en el interior.

CUADRO 17

NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE DIFTERIA Y TASAS
POR 100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	2 137	12,4	1 896	10,7	2 228	12,3	2 136	11,6
Bolivia (a)	65	2,9	136	5,6	109	4,3	b) 98	3,8
Brasil (c)	3 733	47,1	3 374	41,0	3 008	35,4	2 521	30,6
Canadá (d)	421	3,1	253	1,8	190	1,3	132	0,9
Colombia (a)	2 156	27,5	2 526	30,3	1 877	25,5	1 511	15,4
Costa Rica	380	47,4	435	52,7	237	27,8	178	20,2
Cuba	219	4,2	200	3,8	154	2,9	...	...
Chile	1 023	17,7	1 449	24,7	e) 1 260	21,2	e) 890	14,8
Ecuador (f)	306	44,9	454	64,9	259	36,1	...	...
El Salvador (a)	84	11,3	105	12,1	122	13,2	e) 294	33,1
Estados Unidos	5 796	3,8	3 983	2,6	2 960	1,9	2 355	1,5
Guatemala	41	1,5	78	2,7	91	3,1	...	...
Haití	111	3,6	251	8,0	86	2,7	...	...
Honduras . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
México	1 236	4,8	997	3,8	1 060	3,9	...	...
Nicaragua	47	4,4	51	4,7	38	3,4	40	3,4
Panamá	97	13,0	73	9,5	41	5,2	b) 33	4,1
Paraguay (a)	154	13,3	177	15,0	24	2,0	...	...
Perú (a)	456	13,5	173	4,9	175	5,1	...	...
Rep. Dominicana	218	10,2	224	10,3	81	3,6	...	...
Uruguay	220	9,2	224	9,2	198	8,0	194	7,7
Venezuela (a,e)	1 011	38,3	898	31,7	515	17,3	352	11,3
Otras Entidades								
Alaska	2	1,5	-	-	122	63,9	1	0,5
Barbada	23	11,0	18	8,5	5	2,3	16	7,2
Belice	4	5,9	4	5,7	21	28,7	36	47,5
Bermuda	7	18,4	1	2,6	-	-	...	...
Guadalupe	1	0,3	8	2,6	4	1,3	18	5,7
Guayana Británica	44	10,8	33	7,9	27	6,3	33	7,5
Guayana Francesa . . . . .	...	...	1	3,5	-	-	-	-
Hawaii	9	1,8	3	0,6	5	1,0	5	1,0
Islas Leeward:								
S.Crist. y Nieves	1	2,1	-	-	-	-	1	1,9
Islas Vírgenes	-	-	-	-	2	8,3	-	-
Islas Windward:								
San Vicente	3	4,5	-	-	-	-	-	-
Jamaica	36	2,6	55	3,8	37	2,5	33	2,2
Martinica	5	1,8	10	3,5	2	0,7	2	0,7
Puerto Rico	416	18,8	493	22,1	422	18,9	327	14,7
Trinidad y Tabago	89	14,1	90	13,9	89	13,4	...	...

- (a) Corresponde a las áreas de notificación.
(b) Informe revisado.
(c) Area de notificación (Cuadro 14).
(d) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.
(e) Provisional.
(f) Ciudades capitales de provincias.

CUADRO 18

NUMERO DE DEFUNCIONES DE DIFTERIA Y TASAS POR
100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	207	1,2	176	1,0	165	0,9	...	...
Bolivia	14	0,5	20	0,7	25	0,8	32	1,0
Brasil (a)	312	5,4	293	5,0	259	4,3	...	...
Canadá (b)	52	0,4	37	0,3	26	0,2	15	0,1
Colombia	518	4,6	599	5,2	569	4,8	c) 415	3,4
Costa Rica	68	8,5	76	9,2	66	7,7	36	4,1
Cuba . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	214	3,7	222	3,8	d) 124	2,1	d) 143	2,4
Ecuador (e)	104	15,3	86	12,3	99	13,8	...	...
El Salvador	29	1,6	17	0,9	25	1,3	39	2,0
Estados Unidos	410	0,3	302	0,2	217	0,1	f) 160	0,1
Guatemala	30	1,1	32	1,1	49	1,6	...	...
Haití	2	0,1	3	0,1	8	0,3	...	...
Honduras	9	0,6	5	0,3	6	0,4	...	...
México	538	2,0	582	2,2	525	1,9	...	...
Nicaragua	6	0,6	2	0,2	4	0,4	c) 2	0,2
Panamá	7	0,9	9	1,2	c) 9	1,1	12	1,5
Paraguay (g)	8	0,7	13	1,1	...	...	...	...
Perú	192	2,4	75	0,9	c) 57	0,7	...	...
Rep. Dominicana	120	5,7	122	5,6	122	5,5	...	...
Uruguay	6	0,3	6	0,2	...	...	...	...
Venezuela (h)	193	3,9	165	3,2	87	1,7	58	1,1
Otras Entidades								
Alaska	-	-	-	-	8	4,2	...	...
Barbada	1	0,5	6	2,8	1	0,5	2	0,9
Belice	1	1,5	-	-	1	1,4	2	2,6
Bermuda	1	2,6	...	...	...	...	-	-
Guadalupe . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Guayana Br.	11	2,7	6	1,4	5	1,2	9	2,0
Guayana Fr.	-	-	-	-	-	-	-	-
Hawaii . . . . .	-	-	-	-	-	-	...	...
Islas Leeward:								
S. Crist. y Nieves	1	2,1	-	-	-	-	1	1,9
Islas Vírgenes	-	-	-	-	1	4,2	...	...
Islas Windward :								
San Vicente	1	1,5	-	-	-	-	-	-
Jamaica	7	0,5	6	0,4	8	0,5	...	...
Martinica . . . . .	...	...	4	1,4	1	0,3	2	0,7
Puerto Rico	39	1,8	76	3,4	46	2,1	d) 34	1,5
Trinidad y Tabago	13	2,1	3	0,5	10	1,5	...	...

(a) Distrito Federal y Capitales de Estados, excluyendo la ciudad de São Paulo.

(b) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.

(c) Informe revisado.

(d) Provisional.

(e) Ciudades capitales de provincias.

(f) Estimado basado en una muestra del 10% de los certificados de defunción.

(g) Corresponde a las áreas de notificación.

(h) Causas de defunción mal definidas, distribuidas proporcionalmente entre las causas definidas.

CUADRO 19

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA DIFTERIA EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Argentina	<p>La vacunación es obligatoria por Ley de la Nación; se vacunan más de un millón de personas por año, alrededor de los tres meses de edad y sobre todo al ingreso escolar (6 años). Se produce un millón de dosis de toxoide, en una planta de preparación en el Instituto Malbrán, siendo de calidad inmejorable y de acuerdo con las normas internacionales requeridas: 30 L. F.</p> <p>Para el tratamiento de esta enfermedad se usa el suero antidiftérico, de excelente calidad por su concentración, pureza y falta de albúminas heterólogas fabricado en el Instituto Malbrán. La lucha se realiza en toda la República por las Direcciones Generales Regionales. En el año 1953 se notificaron en el país 2,136 casos, con 165 defunciones.</p>
Bolivia	<p>Casos muy raros. No se hace vacunación sistemática, sino ocasional cuando ocurre un caso.</p>
Brasil	<p>La difteria constituye un problema de importancia en el trabajo de salud pública. Los servicios estatales de salud atienden, a través de sus unidades sanitarias de los distritos, a la solución del problema, principalmente con la inmunización de la población infantil de edad susceptible. El Ministerio de Salud a través del Departamento Nacional del Niño, está proporcionando ayuda de carácter técnico, material y financiero a las organizaciones estatales y privadas, sanitarias o de asistencia materno-infantil. Parte de esta ayuda la aporta UNICEF que incluye en su programa el desarrollo de prácticas de inmunización contra la difteria. (Condensado del Informe de Brasil a la XIV CSP, pág. 9.)</p>
Canadá	<p>En 1950 hubo 421 casos de difteria notificados y 52 defunciones. En 1953 los casos notificados disminuyeron a 132 y las defunciones a 15. Esta rápida disminución se debe, principalmente, al programa de inmunización que se lleva a cabo.</p>
Colombia	<p>Intensificación de la vacunación en general a través de los Organismos de Salubridad del Ministerio y en determinadas ciudades con la campaña de UNICEF.</p>
Costa Rica	<p>Programas permanentes de vacunación DPT.</p>
Cuba	<p>Enfermedad de declaración obligatoria. Se aplican medidas clásicas de control.</p>
Chile	<p>El programa de los últimos tres años ha comprendido dos aspectos principales, a saber: medidas de control de los enfermos y programa de vacunación mixta. El control de enfermos, basado en el diagnóstico y notificación oportuna de casos, aislamiento, tratamiento e investigación epidemiológica, se realiza sólo en las áreas urbanas del país.</p>

CUADRO 19

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA DIFTERIA EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Chile (Cont.)	<p>El programa de vacunación mixta, efectuado con la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana y de UNICEF, se está aplicando desde 1951. Cubre las provincias de Santiago y Concepción y el departamento de San Felipe, con una población equivalente a un tercio de la total del país. El plan comprende una primera etapa urbana y una segunda rural, en las cuales se inmunizará el 40% de los niños de 3 meses a 5 años de edad para alcanzar después, como objetivo final, al 70% de ese grupo.</p> <p>En la provincia de Santiago, habían sido vacunados con dos dosis, hasta el 31 de diciembre de 1953, el 50% de los susceptibles de 3 meses a 6 años, residentes en sectores urbanos y el 40% en la zona rural. La provincia de Concepción y el departamento de San Felipe estaban, en esa fecha, próximos a alcanzar un nivel de inmunización del 40% de los susceptibles.</p>
Ecuador	Programa de emergencia cuando se presenten casos.
El Salvador	Desde 1952 se desarrolla una campaña de vacunación en masa con vacuna triple, difteria - pertussis - tétano.
Estados Unidos	En 1950 se notificaron 5.796 casos de difteria y 410 defunciones. En 1953 se notificaron 2.355 casos y se prevé que la mortalidad final acusará una disminución correspondiente, indicando un progreso continuo en el control.
México	Vacunación en el primer trimestre de la vida; reactivación en los dos años siguientes de haber terminado la serie protectora y en el sexto año de la vida. A partir del séptimo año, en los Schick positivos, vacunación o reactivación con toxoide combinado, previa prueba de Moloney. Uso preferente de toxoide combinado pertussis simple con toxoide diftérico. Inmunización pasiva a contactos menores de seis meses.
Nicaragua	Es una de las pocas enfermedades declaradas por médicos particulares de la localidad, controlándose bien los contactos.
Panamá	Desde hace varios años el programa de control de difteria se ha estado realizando a través de las Unidades Sanitarias. El procedimiento seguido consiste en la vacunación dentro del primer trimestre de la vida siempre que esto sea posible, o bien al lactante o al pre-escolar tan pronto como quedan bajo el control de la Unidad Sanitaria. A los seis años y antes de que el niño ingrese a la escuela se administra una dosis de reactivación. Después del séptimo año de vida sólo se aplica la vacuna a los Schick positivos. Se emplea habitualmente, Triple toxoide (difteria-tétano-pertussis). La incidencia de difteria es sumamente baja.

CUADRO 19

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA DIFTERIA EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Paraguay	No hay programa especial de control de esta enfermedad por no constituir un problema sanitario, dada su baja incidencia en el país.
Perú	Se ha iniciado un programa de control en escala nacional de acuerdo con un convenio celebrado con la OMS y UNICEF en julio de 1953. El panorama sanitario, en cuanto se refiere a difteria, no deja de tener marcada importancia cuando se comprueba que de 1948 a 1952 ha habido 605 defunciones por esa enfermedad, sobre un total de 1.654 casos, guarismo que se consigna con natural reserva, pues muchos casos seguramente no son diagnosticados (la cepa predominante en el país parece ser la <u>mitis</u>).
Rep. Dominicana	Se realizan campañas de control cuando ocurren casos esporádicos.
Uruguay	En 1944 el panorama era el siguiente: 4.978 casos con 196 defunciones. La aplicación del decreto sobre vacunación obligatoria como condición de ingreso al medio escolar ha provocado esa rápida disminución de la morbilidad a unos 200 casos y 6 defunciones anuales. Este descenso se hará más sensible en los próximos años cuando se haya impuesto la obligación de la vacunación en la edad preescolar, cuya tramitación legal está en marcha y se aprobará en el curso de 1954. La presencia de casos en la adolescencia y edad adulta ha obligado a tomar medidas las cuales son: a) Vacunación fraccionada en individuos mayores de 12 años, previa reacción de Schick, b) Obligación de acompañar la denuncia con el informe del examen del exudado faríngeo. Los 836 enfermos registrados de 1950 a 1953 han sido clasificados por edad como sigue: 260 menores de 7 años, 124 de 7 a 10 años, 126 de 11 a 20 años, 247 de más de 20 años y 79 enfermos de edad ignorada.
Venezuela	Todos los departamentos locales de salud practican vacunación sistemática contra la enfermedad y realizan medidas rutinarias de control sobre casos, contactos y portadores. Además, se hacen periódicamente campañas de vacunación colectiva donde el problema reviste importancia especial.
Alaska	Vacunación DPT.
Barbada	Se da inmunización en los centros de salud.
Belice	Se da en la actualidad gratuitamente en todos los centros de salud vacunación combinada de coqueluche y difteria.

CUADRO 19

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA DIFTERIA EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Bermuda	Desde 1928 se realiza la inoculación de niños escolares. Fueron inmunizados contra la difteria y el tétano 624 niños y 614 que habían sido vacunados anteriormente recibieron una inyección suplementaria. Sesenta criaturas fueron inoculadas contra la difteria por el Departamento de Salud y otros cien niños fueron atendidos por médicos particulares.
Guadalupe	La enfermedad se ha hecho rara en la Guadalupe. La vacunación de antitoxina diftérica (combinada con antitoxina tetánica) ampliamente distribuida entre la población, tanto en vacunaciones públicas en masa como en los consultorios de los médicos, por otra parte obligatoria para toda persona desde la edad de un año, parece que habrá de eliminar este flagelo de la Guadalupe.
Guayana Británica	Métodos corrientes de control de notificación; se procede a la hospitalización cuando se hace necesario y se practica inmunización pasiva de los contactos muy cercanos.
Hawaii	Inmunización obligatoria a los nueve meses de edad y reactivación al ingreso escolar.
Islas Bahama	No han ocurrido casos y no existe programa de control.
Islas Leeward Montserrat	Están a cargo de la labor de control los puestos de salud.
Islas Vírgenes (E. U. A.)	Fueron notificados dos casos durante el año fiscal de 1952, uno en St. Croix y otro en St. Thomas. Se realiza al presente en gran escala un programa de inmunización, habiéndose completado 671 inmunizaciones DPT en el año fiscal de 1953.
Jamaica	En el área incorporada existe un programa de inoculación de niños en las casas-cunas y en las clínicas de niños. La investigación de los contactos de casos notificados se prosigue en el domicilio.
Martinica	Vacunación obligatoria a los 12 y 18 meses de edad con revacunación al año siguiente.
Puerto Rico	La tendencia hacia una menor incidencia de casos persiste. Sigue activándose el programa de inmunizaciones.
Trinidad y Tabago	Inmunización regular de niños.

CUADRO 20

NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE DISENTERIA Y TASAS
POR 100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	2 005	11,7	2 178	12,3	3 343	18,5	2 606	14,2
Bolivia (a)	1 470	64,9	2 036	83,3	1 098	43,3 ^{b)}	3 965	152,7
Brasil (c)	550	6,9	877	14,8	894	10,5	857	10,4
Canadá (d)	759	5,5	562	4,0	504	3,5	1 042	7,1
Colombia (a)	51 236	652,4	48 836	585,1	52 985	719,8	76 323	777,2
Costa Rica	5 574	695,9	805	97,6	852	99,8	801	90,9
Cuba	55	1,0	...	...	...	...	...	...
Chile	44	0,8	26	0,4 ^{e)}	29	0,5 ^{e)}	16	0,3
Ecuador . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador (a)	2 487	334,7	5 846	675,8	5 126	556,0 ^{e)}	4 343	489,1
Estados Unidos . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	3 175	113,3	3 986	138,1	5 704	191,7	...	...
Haití	3 304	107,3	2 341	74,6	4 659	145,6	...	...
Honduras . . . . .	...	...	7 884	536,3	5 804	383,7	...	...
México	15 336	59,4	18 906	71,2	21 315	78,1	...	...
Nicaragua	4 283	404,2	4 316	395,0	6 950	615,9	5 832	500,7
Panamá	616	82,3	464	60,5	402	51,2	1 087	135,2
Paraguay (a)	1 653	143,2	1 752	148,1	2 447	201,8	...	...
Perú (a)	7 077	210,0	8 712	248,8	8 313	243,6 ^{f)}	8 482	245,5
Rep. Dominicana	1 497	70,3	1 746	80,0	761	34,0	...	...
Uruguay	17	0,7	6	0,2	5	0,2	6	0,2
Venezuela (a,e)	40 163	1 522,5	39 740	1 404,2	55 564	1 868,3	51 788	1 665,7
Otras Entidades								
Alaska . . . . .	...	...	-	-	-	-	-	-
Barbada . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Belice	345	511,6	217	311,6	361	493,4	413	545,0
Guadalupe	20	6,6	39	12,7	9	2,9	5	1,6
Guayana Br.	944	232,5	175	42,0	533	124,3	409	92,7
Guayana Fr. . . . .	...	...	31	107,3	5	17,1	...	...
Hawaii	104	21,2	85	16,5	185	35,4	186	35,6
Islas Bahama	25	31,6	18	22,2	9	10,8	1	1,2
Islas Leeward :								
Antigua	12	26,6	24	51,8	23	48,3	170	347,3
Islas Vírgenes	23	332,1	43	607,8	19	263,0	8	108,5
S.Crist. y Nieves	115	241,5	74	150,0	86	170,6	261	501,7
Islas Vírgenes	-	-	-	-	2	8,3	1	4,1
Islas Windward:								
Dominica	117	216,7	93	169,1	236	421,4	126	221,1
Granada	-	-	-	-	5	6,4	317	382,9
Santa Lucía . . . . .	...	...	834	1 029,9	155	188,2	...	...
San Vicente . . . . .	...	...	22	31,6	69	97,5	54	74,3
Jamaica	28	2,0	22	1,5	218	15,0	79	5,3
Martinica	1	0,4	2	0,7	-	-	3	1,0
Puerto Rico	31	1,4	184	8,2	36	1,6	40	1,8
Trinidad y Tabago	262	41,4	461	71,1	497	74,9	-	-

(a) Corresponde a las áreas de notificación.

(b) Informe revisado.

(c) Area de notificación (Cuadro 14).

(d) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.

(e) Provisional.

(f) Hasta noviembre.

CUADRO 21

NUMERO DE DEFUNCIONES DE DISENTERIA Y TASAS POR 100.000
HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	50	0,3	40	0,2	37	0,2	...	...
Bolivia	496	16,4	782	25,6	624	20,2	812	26,0
Brasil (a)	1 051	18,4	1 290	21,9	1 155	19,0	...	...
Canadá (b)	58	0,4	52	0,4	50	0,3	32	0,2
Colombia . . . . .	...	...	...	...	...	...	723	6,0
Costa Rica	50	6,2	49	5,9	54	6,3	53	6,0
Cuba . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	27	0,5	26	0,4	c) 15	0,3	c) 40	0,7
Ecuador (d)	75	11,0	66	9,4	68	9,5	...	...
El Salvador	110	5,9	191	10,2	222	11,7	c) 160	8,3
Estados Unidos	923	0,6	1 040	0,7	937	0,6	e) 710	0,4
Guatemala	1 198	42,7	1 232	42,7	1 750	58,8	...	...
Haití	10	0,3	8	0,3	36	1,1	...	...
Honduras	96	6,7	68	4,6	61	4,0	...	...
México	4 897	19,0	7 393	27,9	5 719	21,0	...	...
Nicaragua	71	6,7	39	3,6	83	7,4	45	3,9
Panamá	43	5,7	43	5,6	f) 40	5,1	26	3,2
Paraguay (g)	81	7,0	56	4,7	...	...	...	...
Perú	1 379	17,0	1 343	16,3	1 492	17,7	...	...
Rep. Dominicana	184	8,6	191	8,7	245	11,0	...	...
Uruguay	2	0,1	3	0,1	...	...	...	...
Venezuela (h)	558	11,2	448	8,8	547	10,4	420	7,8
Otras Entidades								
Alaska	-	-	1	0,6	-	-	...	...
Barbada	5	2,4	6	2,8	10	4,6	8	3,6
Belice	16	23,7	7	10,1	18	24,6	11	14,5
Guadalupe . . . . .	...	...	...	...	1	0,3	...	...
Guayana Br.	101	24,9	64	15,4	77	18,0	70	15,9
Guayana Fr.	-	-	-	-	-	-	-	-
Hawaii	2	0,4	3	0,6	2	0,4	...	...
Islas Bahama	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Leeward:								
Antigua	12	26,6	5	10,8	3	6,3	8	16,3
Islas Vírgenes . . . . .	...	...	1	14,1	1	13,8	1	13,6
S.Crist. y Nieves	1	2,1	3	6,1	4	7,9	15	28,8
Islas Vírgenes . . . . .	-	-	-	-	-	-	...	...
Islas Windward:								
Dominica	-	-	2	3,6	35	62,5	6	10,5
Granada	-	-	2	2,5	5	6,4	...	...
Santa Lucía	115	144,7	81	100,0	77	93,5	40	47,7
San Vicente	-	-	-	-	2	2,8	6	8,3
Jamaica (h)	22	1,6	22	1,5	51	3,5	...	...
Martinica . . . . .	...	...	2	0,7	-	-	1	0,3
Puerto Rico	58	2,6	60	2,7	31	1,4	c) 30	1,4
Trinidad y Tabago	28	4,4	33	5,1	50	7,5	...	...

- (a) Distrito Federal y Capitales de Estados, excluyendo la ciudad de São Paulo.
 (b) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.
 (c) Provisional.
 (d) Ciudades capitales de provincias.
 (e) Estimado basado en una muestra del 10% de los certificados de defunción.
 (f) Informe revisado.
 (g) Corresponde a las áreas de notificación.
 (h) Causas de defunción mal definidas, distribuidas proporcionalmente entre las causas definidas.

CUADRO 22

NUMERO DE CASOS Y DEFUNCIONES NOTIFICADOS DE FIEBRE AMARILLA SELVATICA
Y TASAS POR 100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Países	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
CASOS								
Bolivia	1 806	59,8	3	0,1	1	0,0	18	0,6
Brasil (a)	4	0,0	50	0,1	221	0,4	39	0,1
Colombia	12	0,1	26	0,2	13	0,1	11	0,1
Ecuador	-	-	7	0,2	-	-	...	...
Nicaragua . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Panamá	2	0,3	3	0,4	1	0,1	-	-
Perú	16	0,2	4	0,0	1	0,0	-	-
Venezuela	3	0,1	4	0,1	1	0,0	6	0,1
DEFUNCIONES								
Bolivia	516	17,2	3	0,1	1	0,0	11	0,4
Brasil (a)	4	0,0	50	0,1	221	0,4	39	0,1
Colombia	12	0,1	24	0,2	16	0,1	11	0,1
Ecuador . . . . .	-	-	-	-	-	-	...	...
Nicaragua	-	-	-	-	7	0,6	8	0,7
Panamá	2	0,3	4	0,5	3	0,4	-	-
Perú . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	3	0,1	4	0,1	1	0,0	6	0,1

(a) Informe revisado. Casos confirmados por viscerotomía.

CUADRO 23

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA FIEBRE AMARILLA
EN LAS AMERICAS

Países	Estado del Programa (a)
Bolivia	Después de que se hubo erradicado el <u>Aedes aegypti</u> en 1948, la única modalidad de fiebre amarilla que continuó persistiendo fué la selvática. Al último gran brote que en el verano de 1950 afectara una extensa zona del sur del país y en forma esporádica otros varios lugares, siguieron años de completa calma como es la regla. En 1953 se presentó un ligero brote con 18 casos. Hasta el fin de agosto de 1954 apenas hubo informaciones vagas sobre la presencia de casos sospechosos venidas de dos localidades de difícil acceso de la región amazónica.
Brasil	El Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Departamento Nacional de Salud es el órgano encargado del control de la fiebre amarilla en todo el territorio del país.
Canadá	No ha habido casos denunciados en este país durante los últimos años.
Colombia	Control epidemiológico de casos; vacunación y preparación de vacunas. Viscerotomías. Estudios especiales.
Cuba	Enfermedad de declaración obligatoria.
Estados Unidos	No ocurrieron casos. Cayo Hueso (Key West) en Florida está aparentemente todavía libre del <u>Aedes aegypti</u> .
Honduras	Habiéndose comprobado varios casos de fiebre amarilla en Costa Rica y siendo probable la invasión de la fiebre amarilla selvática en Honduras, se procedió a vacunar a la población. El peligro de la fiebre amarilla todavía existe y se continúan los trabajos para que, en caso de una invasión de esta enfermedad, no afecte a ninguna población.
México	Se continúan las investigaciones para conocer la migración del virus y la existencia de dípteros del género <u>Haemagogus</u> y otros posibles vectores.
Nicaragua	Todas las inspecciones realizadas en el país en el año de 1953, dieron un resultado negativo para el <u>Aedes aegypti</u> .
Panamá	La Campaña contra la Fiebre Amarilla comprende trabajos de viscerotomía, actividades entomológicas, aplicación de D.D.T. y vacunación. Esta última función se ha estado realizando en las zonas rurales por intermedio de dos brigadas constituídas por 17 vacunadores. Los estudios entomológicos han demostrado la no existencia de <u>Aedes aegypti</u> en ninguna de las zonas investigadas.
Paraguay	Existe una campaña especializada de control del <u>Aedes aegypti</u> entoda la República.

(a) La información específica sobre los programas de viscerotomía, erradicación del Aedes aegypti y vacunación antiamarilica de la población rural, se encuentra en los Cuadros 24 a 26.

CUADRO 23

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA FIEBRE AMARILLA
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Países	Estado del Programa (a)
Perú	Esta enfermedad no ofrece peligro alguno en la Costa ni en la Sierra, por estar en su totalidad con índice de 0% de <u>Aedes</u> . La situación es distinta en la Selva, circunstancia que obliga al mantenimiento de brigadas de vacunadores adiestrados y bajo control médico, cuya labor incide en las regiones en que la enfermedad es endémica, en su forma selvática, donde se vacuna principalmente a personas procedentes de lugares en que no existe el virus de dicha enfermedad.
Rep. Dominicana	No existe, aunque sí el vector (<u>Aedes aegypti</u>).
Venezuela	El control de la fiebre amarilla selvática se lleva a cabo mediante la vacunación de la población expuesta.

- (a) La información específica sobre los programas de viscerotomía, erradicación del Aedes aegypti y vacunación antiamarílica de la población rural, se encuentra en los Cuadros 24 a 26.

CUADRO 24

ESTADO DEL PROGRAMA DE VISCEROTOMIA EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Bolivia	Existen alrededor de 70 puestos que proporcionan un promedio de 450 muestras al año.
Brasil	La viscerotomía representa en el Brasil un papel importante, revelando los focos silenciosos de la enfermedad, los casos esporádicos y las primeras manifestaciones de epidemias de fiebre amarilla silvestre. Varios conceptos erróneos de la epidemiología de la enfermedad fueron modificados, en gran parte gracias a la viscerotomía, con el descubrimiento de la fiebre amarilla selvática en 1932. Introducida en 1930, la viscerotomía llegó a su culminación en los años de 1940 y 1941, con una producción de más de 32 mil muestras anuales. Desde 1945, comenzó el descenso de la producción de muestras con la restricción a las áreas indicadas en ciertos Estados, del pequeño premio pagado por muestra. En los años de 1950 a 1953, más de 1.300 puestos de viscerotomía han obtenido un total de unas 33 mil muestras, positivas en el 1,0% de los casos. (Condensado del Informe a la XIV CSP, pág. 43-45.)
Canadá	No se han tomado muestras en este país.
Colombia	Total de viscerotomías: 1.301; 11 positivas.
Ecuador	Continúa en la zona selvática.
Haití	En el curso del programa de erradicación en el área de Port-au-Prince en junio de 1953, se ha practicado la viscerotomía.
Nicaragua	Se establecieron dos puestos en el país, practicándose solamente 6 operaciones de viscerotomía.
Perú	Su organización es deficiente. Va a procederse a la reorganización de este servicio.
Venezuela	Los 75 Puestos de viscerotomía repartidos estratégicamente para descubrir casos de fiebre amarilla, permitieron encontrar 3 casos en 1950; 3 casos en 1951; 1 caso en 1952; y 6 casos en 1953.

CUADRO 25

ESTADO DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DEL AEDES AEGYPTI
EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Argentina	<p>En nuestro país existen vectores que obligan a mantener una lucha para erradicar el <u>Aedes aegypti</u> ; a vacunar a los residentes en las zonas selváticas donde habitan monos y hacer encuestas de inmunidad e investigación por medio de la viscerotomía.</p> <p>La erradicación del <u>Aedes</u> significa un gran esfuerzo y es necesario contar con personal adiestrado y honesto para la veracidad de las notaciones. Nuestra lucha se divide entre las zonas del noreste y noroeste del país.</p> <p>En el noreste en el año 1952, sobre 18.672 casas se revisaron 11.752, hallándose 1.060 positivas. Se revisaron 125.343 depósitos y fueron tratados 103.704, practicándose 14.475 vacunaciones. En los primeros cinco meses de 1953 se inspeccionaron 18.560 casas y se dedetizaron 355.568 depósitos de agua y se hallaron 153 casas positivas para <u>Aedes</u> con un índice estegómico del 1,2%. En cambio, en junio de 1953 se revisaron 5.224 casas en Resistencia, siendo todas negativas, con índice estegómico de cero. Se ha realizado la vacunación de la zona este de Misiones, en los poblados y caseríos muy aislados en la ribera del Río Uruguay, con un total de 8.619 vacunados.</p> <p>Los estudios referentes a la presencia de vectores de fiebre amarilla selvática han revelado la presencia de <u>Aedes escapularios</u> y <u>Psofora ferox</u>, que pueden mantener y transmitir el virus amarílico. Entre los que pueden mantener el virus, aunque no se ha demostrado que puedan transmitirlo por picadura están la <u>Mansoria titillans</u>, <u>Aedes serratus</u> y <u>Aedes terreus</u>. Los índices estegómicos en esta zona varían entre 0,49% a 2,43%.</p> <p>En la zona noroeste, podemos informar que Jujuy y San Pedro fueron negativos para estegomias todo el año. Salta acusa focos de enero hasta abril; en Tucumán se registró una sola casa con foco en febrero y Monteros (Tucumán), Catamarca y La Rioja estuvieron negativos todo el año. En esta lucha participan la Dirección General de Lucha contra el Paludismo y Fiebre Amarilla, y además intervienen los Servicios L.A.M.I. (Lucha Antimosquito Integral), formados por técnicos nacionales, provinciales y municipales de las grandes poblaciones, con objeto de aunar esfuerzos y formar una conciencia sanitaria sobre la higiene de la ciudad para mantener la lucha en forma permanente y completa.</p>

CUADRO 25

ESTADO DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DEL Aedes aegypti
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Argentina, cont.	<p>En el último año se ha contado con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana, que ha trabajado con gran eficiencia con nuestros técnicos. Se está elaborando un programa de erradicación del <u>Aedes aegypti</u> en nuestro país en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana. Un Instituto de Entomología, dependiente del Instituto Malbrán, está dedicado al estudio especializado de todos los vectores del país, a los que clasifica e identifica, habiendo realizado una profunda labor. En el momento actual, se realizan allí estudios en cooperación con la Oficina Sanitaria Panamericana sobre la D.D.T. resistencia en los vectores de nuestro país.</p>
Bolivia	<p>Virtualmente quedó liquidado el <u>Aedes aegypti</u> en 1942. Desde febrero de 1948 no se ha encontrado más en Bolivia.</p>
Brasil	<p>En el cuatrienio de 1950-1953, el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla ha intensificado sus trabajos contra la fiebre amarilla urbana, dedetizando unos 82 millones de depósitos encontrados en 1.737.000 predios.</p> <p>La campaña encontró dos problemas que estaban retardando la erradicación del <u>Aedes aegypti</u> del territorio nacional. La primera dificultad era la falta de continuidad de las áreas trabajadas en regiones de gran infestación estegómica, acentuada aún más cuando había gran intercambio entre áreas "limpias" y "sucias". La dificultad fué superada por la instalación de gran número de servicios anti-<u>aegypti</u> en "áreas contiguas y progresivamente crecientes". La totalidad de los núcleos residenciales de los municipios se ha constituido en unidad de aplicación de medidas anti-<u>aegypti</u>, progresando de las capitales a los núcleos rurales, en continuidad territorial.</p> <p>El otro obstáculo, la prolongada viabilidad del huevo del <u>Aedes aegypti</u> y su extraordinaria resistencia a ciertos factores externos, ha sido vencido por los insecticidas de poder tóxico-residual que se hace sentir durante un período de cerca de tres meses. En uso está el procedimiento "Perifocal" que consiste en una aspersión de todos los depósitos, con agua o sin ella, interna y externamente, asimismo parte de las paredes próximas a esos depósitos. Usando el aparato aspersor "Excelsior" de 2 litros de capacidad, se aplicó el insecticida Steg-DDT, una emulsión con 30% de DDT, fabricada por el Servicio, de que se hace una disolución al título del 2%.</p> <p>En 1953, no se había encontrado ni una sola localidad brasileña positiva para el <u>Aedes aegypti</u>. En diciembre de 1954, envista de resultados favorables del trabajo de búsqueda sistemática de 350 inspectores, iba a declararse el <u>Aedes aegypti</u> completamente elimi-</p>

CUADRO 25

ESTADO DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DEL Aedes aegypti
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Brasil, cont.	nado del territorio nacional. (Condensado del Informe a la XIV CSP, pág. 41-42.)
Canadá	Este vector no es endémico en este país.
Colombia	Destrucción del vector: libres, Atlántico, Magdalena y Bolívar. Puer- tos libres. Campaña en Río Magdalena casi terminada.
Costa Rica	La erradicación del <u>Aedes aegypti</u> se ha continuado con toda inten- sidad y en el año 1954 el control se llevará hasta zonas situadas a 900 ó 1.000 metros de altura.
Cuba	En breve se iniciará una campaña de erradicación del <u>Aedes aegypti</u> , de acuerdo con un convenio celebrado recientemente con la Oficina Sanitaria Panamericana.
Chile	En 1949, se comprobó la infestación por <u>Aedes aegypti</u> en 43 locali- dades de las provincias de Tarapacá y Antofagasta, con una positiv- dad que fluctuaba entre 8,9 y el 33,3%. El programa de control em- prendido ese año permitió reducir el problema a 4 localidades en 1952, con una positividad porcentual de 0,22 en Iquique y de 3,16 en Tocopilla. En 1953, se obtuvo la negatividad absoluta, al liquidarse el foco remanente de Tocopilla, último reducto del artrópodo vector. Durante ese año, se efectuaron 35.366 inspecciones a domicilio y 42.976 revisiones de depósitos de agua en las zonas primitivamente infestadas. Para la eliminación del foco de Tocopilla, se procedió a desinsectizar las 3.480 casas del puerto, con una suspensión acuo- sa de gamexano y DDT. Los índices del <u>Aedes aegypti</u> disminuye- ron de 4,5 en Marzo de 1953 a 0,0 en los meses de julio a diciembre del mismo año. Se han desarrollado operaciones sistemáticas de control del <u>Anopheles</u> , pediculosis y <u>Aedes aegypti</u> , en conformidad a las disposiciones del Convenio Tripartito Sanitario de Fronteras vi- gente entre las Repúblicas de Chile, Perú y Bolivia. El Convenio se refiere también a la vacunación antivariólica y a la desratización.
Ecuador	Este programa se encuentra en su etapa final.
El Salvador	La campaña anti- <u>Aedes aegypti</u> estaba encomendada a 8 inspectores bajo la vigilancia del Servicio Antipalúdico. En el mes de julio de esté año pasó al Servicio Control Vectores y se comenzó el entre- namiento del nuevo personal hasta aumentar a 20 el número de ins- pectores. La campaña anti- <u>Aedes aegypti</u> se intensificaba desde 1950. En 1952 se inspeccionaron 201 localidades con 71 mil casas; 1.049 casas han sido encontradas con <u>Aedes aegypti</u> y 6.857 con o- tras especies. Además, se han dedetizado más de medio millón de depósitos. La campaña continuó satisfactoriamente en 1953.

CUADRO 25

ESTADO DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DEL Aedes aegypti
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Estados Unidos	No hubo casos de fiebre amarilla en los Estados Unidos. Cayo Hueso, Florida, está aparentemente todavía libre del <u>Aedes</u> .
Haití	El programa de erradicación se inició en el área de Port-au-Prince el 27 de junio de 1953; muchas casas fueron inspeccionadas.
México	Para lograr la erradicación del <u>Aedes aegypti</u> del Continente Americano, se siguen los métodos de lucha, principalmente antilarvaria por medio de insecticidas modernos y el plan de ataque en áreas contiguas y crecientes. Protección contra la aparición de brotes de fiebre amarilla urbana, por una inspección de ciudades y campañas antiaédicas en los puertos de entrada, ya sean marítimos o de tránsito aéreo.
Nicaragua	Todas las inspecciones realizadas en el país en el año de 1953 dieron un resultado negativo para el <u>Aedes aegypti</u> .
Panamá	Programa en desarrollo en las provincias de Panamá, Chiriquí y Bocas del Toro.
Paraguay	Existe una campaña especializada del control de <u>Aedes aegypti</u> en toda la República, en que se está trabajando hace cinco años en todas las localidades del país; presumiblemente para el año 1954, será erradicada la especie.
Perú	Está en marcha el programa en colaboración con la OMS en la costa y en la selva del país.
Rep. Dominicana	Con la cooperación de la OSP y UNICEF, se ejecuta un programa de erradicación del <u>Aedes aegypti</u> a base de inspecciones y dedetización de viviendas.
Uruguay	<p data-bbox="502 1421 1453 1644">El acuerdo entre el Ministerio de Salud Pública, el IAI y el SCISP, llamado Proyecto No. 28 del año 1947, tiene como objetivo la erradicación del <u>Aedes aegypti</u> del Uruguay, y comprende los siguientes trabajos: determinar el índice estegómico de los núcleos poblados y áreas rurales del país; aplicar DDT en todos los depósitos de agua donde sea necesario; verificar los resultados y entrenar a los inspectores.</p> <p data-bbox="502 1676 1453 1932">La primera etapa se refirió al interior del país; comprendió todas las capitales departamentales y se extendió a las localidades próximas a las infestadas. Al comienzo de esta etapa, 51.502 predios inspeccionados arrojaban un índice general de 3,9%. En la última inspección, 47.990 predios ya tratados con DDT, arrojaban un índice global de 0,1%. En marzo de 1950 se abordó el problema de Montevideo. Fueron inicialmente reconocidos positivos todo el Departamento de Montevideo, casi toda la parte urbana del interior y</p>

CUADRO 25

ESTADO DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DEL Aedes Aegypti
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Polfticas	Estado del Programa
Uruguay, cont.	<p>gran parte de su área rural.</p> <p>De los 450.000 predios existentes, 76,6% han sido inspeccionados; más de un millón de habitantes de los 267.831 predios en áreas positivas anteriormente, han quedado a cubierto de aquel peligro potencial. De las 292 secciones existentes en el país, fueron inspeccionados los núcleos principales de 263, de las cuales 18 han sido tratadas en el presente año. Las 29 secciones restantes corresponden a áreas rurales, en zonas no estegómicas y fundamentalmente sin vinculación ni intercambio directo con localidades inicialmente positivas.</p> <p>Levantando el índice en 1953, veinte de los diez mil predios, aproximadamente, y 32 de más de cien mil depósitos han sido encontrados infestados con <u>Aedes aegypti</u>, acusando un índice de 0,2 y 0,0 respectivamente. Se inspeccionaron unos 200 mil predios y más de 2 millones de depósitos, encontrando infestados 31 y 36 respectivamente. Entre más de un millón de depósitos inspeccionados, el grupo de piletas, fuentes, barriles, tinajas, toneles acusó el índice más elevado, o sea el de 2,1 seguido por pozos y aljibes (0,9) y tanques (0,9). Al costo total de la campaña de erradicación del <u>Aedes aegypti</u> contribuyó con el 36,4% el SCISP, con el 10,7% la OSP, con el 11,9% el Ministerio de Salud Pública, con el 5,8% la Intendencia Municipal de Montevideo y con el 35,2% las Intendencias del Interior, con un gasto total promedio de \$0,67 por predio trabajado.</p> <p>Se firmó un acuerdo entre el Ministerio de Salud Pública y la OSP para completar los levantamientos de índice; establecer la erradicación en todo el interior en el año 1954; completar la erradicación de la especie en la capital en 1955; crear un Servicio de Control de Artrópodos permanente, dependiente del Ministerio de Salud Pública. (Condensado del Informe a la XIV CSP, pág. 19-24.)</p>
Venezuela	<p>Para 1953, estaban incorporadas al rociamiento intradomiciliario con DDT y otros insecticidas, 23.400 localidades con 545.304 casas, de las que desapareció el mosquito. Para ese año, 296 localidades de las áreas no maláricas de nueve Estados recibieron servicio antilarvario, quedando para fines de 1953 sólo 8 localidades todavía positivas al mosquito.</p> <p>En los Estados de Táchira, Mérida, Trujillo y Lara que habían sido presentados como negativos en el Informe a la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, deben hoy agregarse los siguientes: Barinas, Cojedes, Falcón, Portuguesa, Zulia, y los Territorios Federales Amazonas y Delta Amacuro.</p> <p style="text-align: center;">.</p>

CUADRO 25

ESTADO DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DEL Aedes Aegypti
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Barbada	Se inició una campaña en marzo de 1954.
Belice	Se llevó a cabo en 1953-54 una campaña contra los criaderos del mosquito (tanques y receptáculos de agua) en Belice y las poblaciones distritales.
Guadalupe	La fiebre amarilla ha desaparecido virtualmente de la Guadalupe desde 1876. Se contempla una campaña de erradicación en 1954 bajo la dirección de un médico-jefe del servicio de la lucha anti-palúdica, el cual en 1953 siguió un curso informativo sobre esta materia en la América Central y en Colombia, bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana.
Guayana Británica	El número de locales inspeccionados durante 1953 alcanzó un total de 29.243, con un índice de 0.4. Se encontraron focos positivos en 16 naves de ultramar y 108 locales en Georgetown, donde se halló una área difusa de reinfestación.
Guayana Francesa	Estudios sobre la fiebre amarilla. Desaparición de toda amenaza de epidemia por la erradicación del <u>Aedes aegypti</u> . Esta erradicación lograda en 1949 se mantiene desde entonces por los rociamientos anuales con insecticidas de acción residual (el índice estegómico es 0).
Hawaii	Hawaii está clasificada como zona receptiva. Programa extenso de erradicación del <u>Aedes</u> y computación de índices. Se requiere desinsectización por avión.
Islas Bahama	Está comenzando ahora un programa con la ayuda de la OMS.
Islas Leeward-Antigua	Estudios completados en 1953. En espera de la iniciación del programa por parte de la OSP.
Islas Leeward-Islas Vírgenes	Planeado para 1954.
Islas Leeward-Montserrat	Medidas contra mosquitos.
Islas Leeward-S. Crist. y Nieves	El <u>Aedes aegypti</u> fué erradicado de Nieves durante el curso de rociamiento residual con DDT en el control del paludismo. Fué iniciada el 2 de abril de 1954 una campaña para su erradicación de San Cristóbal y Anguila.
Islas Vírgenes-E. U. A.	En enero de 1952, se realizó en St. Thomas un estudio de los criaderos del mosquito <u>Aedes aegypti</u> y se encontraron extensos y densos criaderos del vector de la fiebre amarilla. No se hacen esfuerzos especiales de control en St. Thomas, aunque en St. Croix

CUADRO 25

ESTADO DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DEL Aedes aegypti
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Islas Vírgenes-E.U.A., cont.	el programa de rociamiento residual con DDT ha erradicado, según se informa, el mosquito <u>Aedes aegypti</u> .
Islas Windward-Sta. Lucía	Se está realizando con resultados muy satisfactorios rociamiento residual con DDT de todas las viviendas.
Islas Windward-San Vicente	En los puertos marítimos y aéreos solamente.
Jamaica	Medidas larvicidas en Kingston. Rociamiento residual en los otros sectores de la isla.
Martinica	Ningún caso aunque la lucha contra el <u>Aedes</u> es activa porque el Departamento se halla clasificado en la zona receptiva a la fiebre amarilla. Desinsectización por DDT y derivados continúa. El <u>Aedes</u> es bastante numeroso en las zonas no tratadas aún.
Puerto Rico	En abril de 1950 se empezó la erradicación del <u>Aedes aegypti</u> como medida preventiva y al presente alrededor de la tercera parte de la isla está libre de este mosquito.
Surinam	<p>La fiebre amarilla selvática ocurre en el interior de acuerdo a los resultados de las pruebas de protección en ratones. Las personas que viajan al interior enviadas por el gobierno o por algunas compañías privadas se vacunan contra la fiebre amarilla con vacuna 17D, elaborada en el Instituto de Higiene Tropical y Patología Geográfica en Amsterdam. Desde 1935 este Instituto ha estado examinando muestras de sangre de Surinam para la fiebre amarilla. En la actualidad se realizan estos estudios en una escala mucho mayor que anteriormente.</p> <p>En 1949 se introdujo el rociamiento residual domiciliario con DDT al 5% en nafta. El <u>Aedes aegypti</u> ha sido erradicado en algunas partes del país y no se ha vuelto a encontrar, como por ejemplo en Wageninsen, en el distrito de Coronie, en una gran parte de Saramacca, en el aeropuerto de Zanderij, y en la fábrica de bauxita en Moengo.</p> <p>En 1952 el Consejo Legislativo decretó una resolución mediante la cual se obligaba a la población a someterse a las medidas prescritas para la destrucción de mosquitos. Se desinsectizan todas las aeronaves procedentes de aeropuertos extranjeros. El porcentaje de predios infestados con larvas del <u>Aedes aegypti</u> en la capital era de 42,1 antes del rociamiento. Una vez iniciado éste, el porcentaje fué alrededor de 5 durante la estación lluviosa y aún bajó a 0,4 durante los períodos secos, pero infortunadamente se elevó nuevamente el porcentaje a 12,2.</p>

CUADRO 25

ESTADO DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DEL Aedes Aegypti
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Surinam, cont.	En enero de 1953, UNICEF ofreció ayuda para el programa de control de insectos por un período de 2 años. Se dobló entonces el número de trabajadores. La Oficina de Salud Pública proporciona a los indigentes, mosquiteros de cama a un precio muy bajo y, si se hace necesario, gratuitamente.
Trinidad y Tabago	Programa de control domiciliario. Rociamiento residual con DDT.

CUADRO 26

ESTADO DEL PROGRAMA DE VACUNACION ANTI-AMARILICA DE LA POBLACION RURAL EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Bolivia	<p>Antes de 1950 se consideraba como área afectada por la fiebre amarilla únicamente la cuenca amazónica, pues en la cuenca del Plata no hubo jamás noticia de casos de fiebre amarilla. A partir de ese año, en vista de la epidemia que llegó hasta la frontera argentina, se consideró como área afectada o afectable todo el territorio situado al oriente de la Cordillera Andina desde 2.000 metros de altura para abajo.</p> <p>Sobre este nuevo concepto se trazó un plan para vacunar cada cinco años a toda la población del área afectada y en un margen de varias decenas de kilómetros fuera de ella, sobre todo en sectores de mucho intercambio comercial. Empezada dicha vacunación en 1950, se concluye a fines de este año. Con este procedimiento creemos que, si bien no dejarán de presentarse algunos casos esporádicos, las epidemias masivas y extensas no volverán más a producirse.</p>
Brasil	<p>En el período de 1950 a 1953, el número de unidades estables y móviles de vacunación antiamarilica llegó a un total de 120 y el número de personas vacunadas subió de medio millón en 1950 a 6 millones aproximadamente, en 1953, o sea un total de más de 12 millones de personas en el cuatrienio. Este éxito fué en parte debido a la aparición de brotes violentos de fiebre amarilla selvática ocasionando 310 casos confirmados por viscerotomía, o sea, en los cuatro años 2, 50, 220 y 38 casos, respectivamente. Aunque el último caso fatal ocurrió en Abril de 1953 en São Paulo, la campaña de vacunación ha continuado activa y se está planeando aumentarla en el curso del año 1954. (Condensado del Informe a la XIV CSP, pág. 45-46.)</p>
Canadá	<p>No se ha realizado ningún programa de vacunación en este país, salvo para personas que emigran a las zonas afectadas.</p>
Colombia	<p>Total de vacunaciones: 201.808; vacunaciones rurales: 189.141.</p>
Costa Rica	<p>Se realiza conjuntamente con la vacunación de la población urbana. La vacunación apenas llegó a 16.225 casos durante todo el año por haberse vacunado ya toda la zona rural del país anteriormente.</p>
Cuba	<p>No se practica. Sólo se hace a los viajeros que la solicitan.</p>
Ecuador	<p>Continúa la vacunación de toda la población rural de la zona sospechosa.</p>
Estados Unidos	<p>No existe programa de vacunación de la población rural.</p>

CUADRO 26

ESTADO DEL PROGRAMA DE VACUNACION ANTI-AMARILICA DE LA POBLACION RURAL EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
México	En las regiones en que se ha demostrado o se sospecha por lo menos la existencia de virus selvático, se procede a hacer la vacunación en todas aquellas personas que viven en poblados inmediatos o que, por su género de trabajo, tengan que internarse en la selva.
Nicaragua	En el año de 1953 fueron vacunadas en el país 229.230 personas, de las cuales más o menos en un 60% pertenecían a la población rural.
Perú	Existe un programa de vacunación sistemática.
Uruguay	Se hace vacunación en casos de necesidad. De 1950 a 1953 se administraron 121, 591, 238 y 65 vacunaciones anti-amarílicas, respectivamente.
Venezuela	El control de la fiebre amarilla selvática se lleva a cabo mediante la vacunación de la población expuesta. En los años de 1950 a 1953, se vacunaron 37, 66, 97 y 67 mil personas, respectivamente. Al terminar el año 1953 se habían inmunizado 618 mil personas, lo que supone una protección casi total de los que habitan la zona peligrosa.
.	
Belice	La vacunación anti-amarílica fué acometida por los grupos de BCG en viaje por las zonas rurales. A fines de marzo, alrededor de 46.000 de 70.000 habitantes habían recibido vacunación anti-amarílica.
Bermuda	Fueron vacunadas una vez cerca de tres cuartas partes de la población rural.
Guayana Británica	No existe programa general. Se administraron en total 596 inoculaciones, principalmente a los viajeros que salían de la Guayana Británica. Se dieron a publicidad los servicios disponibles para la vacunación de residentes costeros que viajan al interior.
Guayana Francesa	Vacunación obligatoria desde mayo de 1953.
Islas Leeward- Islas Vírgenes	Están siendo vacunados todos los niños de edad escolar.
Jamaica	No hay vacunación en masa. Vacunación de las personas que viajan a las zonas endémicas.

CUADRO 27

NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y TASAS
POR 100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950 - 1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	985	5,7	1 226	6,9	2 632	14,6	2 031	11,1
Bolivia (a)	599	26,5	486	19,9	520	20,5	b) 879	33,9
Brasil (c)	2 051	25,9	1 832	22,3	1 725	20,3	1 611	19,6
Canadá (d)	536	3,9	437	3,1	459	3,2	370	2,5
Colombia (a)	7 633	97,2	7 361	88,2	6 876	93,4	9 302	94,7
Costa Rica	154	19,2	163	19,8	68	8,0	164	18,6
Cuba (e)	762	14,5	563	10,6	676	12,5	...	...
Chile	3 569	61,7	5 298	90,3	f) 5 057	85,1	f) 3 496	58,0
Ecuador (g)	2 000	293,7	1 460	208,6	1 584	220,9	...	...
El Salvador (a)	376	50,6	496	57,3	665	72,1	f) 533	60,0
Estados Unidos	2 484	1,6	2 128	1,4	2 341	1,5	2 252	1,4
Guatemala	651	23,2	826	28,6	1 042	35,0	...	...
Haití	179	5,8	139	4,4	302	9,4	...	...
Honduras . . . . .	...	...	141	9,6	145	9,6	...	...
México	5 992	23,2	5 901	22,2	5 334	19,6	...	...
Nicaragua	219	20,7	232	21,2	394	35,0	637	54,7
Panamá	42	5,6	41	5,3	38	4,8	47	5,8
Paraguay (a)	96	8,3	94	7,9	135	11,1	...	...
Perú (a)	2 551	75,7	3 290	93,9	3 574	104,7	h) 3 871	112,0
Rep. Dominicana	444	20,8	483	22,1	470	21,0	...	...
Uruguay	598	24,9	618	25,3	726	29,3	620	24,6
Venezuela (a,e,f)	1 510	57,2	978	34,6	1 087	36,6	1 007	32,4
Otras Entidades								
Alaska	17	12,4	-	-	2	1,0	7	3,4
Barbada	37	17,7	53	24,9	52	24,0	67	30,3
Belice	66	97,9	64	91,9	49	67,0	71	93,7
Guadalupe	120	39,7	20	6,5	9	2,9	89	28,3
Guayana Británica	819	201,7	701	168,2	419	97,7	682	154,6
Guayana Francesa . . . . .	...	...	14	48,5	9	30,8	3	10,2
Islas Bahama	17	21,5	17	21,0	24	28,9	9	10,6
Islas Leeward:								
Antigua	16	35,5	31	67,0	9	18,9	49	100,1
Islas Vírgenes	5	72,2	4	56,5	9	124,6	11	149,2
Montserrat	19	140,4	8	58,8	-	-	-	-
S.Crist. y Nieves	29	60,9	23	46,6	8	15,9	5	9,6
Islas Vírgenes	1	3,7	-	-	-	-	-	-
Islas Windward:								
Dominica	62	114,8	41	74,5	90	160,7	74	129,8
Granada	35	45,5	51	64,6	43	55,1	55	66,4
Santa Lucía	26	32,7	2	2,5	8	9,7	40	47,7
San Vicente	25	37,3	35	50,3	39	55,1	127	174,7
Jamaica	724	51,6	763	53,4	635	43,6	409	27,5
Martinica	449	160,4	180	63,1	109	37,7	80	27,4
Puerto Rico	69	3,1	89	4,0	77	3,4	74	3,3
Trinidad y Tabago	170	26,9	223	34,4	230	34,7	...	...

- (a) Corresponde a las áreas de notificación.
- (b) Informe revisado.
- (c) Area de notificación (Cuadro 14).
- (d) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.
- (e) Inclusive la fiebre paratifoidea.
- (f) Provisional.
- (g) Ciudades capitales de provincias.
- (h) Hasta noviembre.

CUADRO 28

NUMERO DE DEFUNCIONES DE FIEBRE TIFOIDEA Y TASAS
POR 100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	309	1,8	265	1,5	234	1,3	...	...
Bolivia	76	2,5	80	2,6	121	3,9	98	3,1
Brasil (a)	316	5,5	252	4,3	235	3,9	...	...
Canadá (b)	22	0,2	11	0,1	18	0,1	11	0,1
Colombia (c)	1 395	12,3	1 183	10,2	1 033	8,7	830	6,9
Costa Rica	23	2,9	15	1,9	17	2,0	23	2,6
Cuba . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	432	7,5	349	5,9	d) 217	3,6	d) 216	3,6
Ecuador (e)	147	21,6	187	26,7	141	19,6	...	...
El Salvador	62	3,3	68	3,6	71	3,7	d) 65	3,4
Estados Unidos	96	0,1	83	0,1	78	0,1	...	...
Guatemala	222	7,9	209	7,2	270	9,1	...	...
Haití	49	1,6	31	1,0	40	1,3	...	...
Honduras	156	10,9	133	9,0	105	6,9	...	...
México	3 967	15,4	4 337	16,3	3 968	14,5	...	...
Nicaragua	152	14,3	142	13,0	111	9,8	98	8,4
Panamá	3	0,4	5	0,7	f) 5	0,6	2	0,2
Paraguay (g)	16	1,4	13	1,1	...	...	...	...
Perú	792	9,8	813	9,8	844	10,0	...	...
Rep. Dominicana	333	15,6	380	17,4	389	17,4	...	...
Uruguay	73	3,0	46	1,9	...	...	...	...
Venezuela (c,h)	368	7,4	213	4,2	221	4,2	198	3,7
Otras Entidades								
Alaska	1	0,7	1	0,6	1	0,5	...	...
Barbada	9	4,3	10	4,7	7	3,2	4	1,8
Belice	6	8,9	15	21,5	1	1,4	4	5,3
Guadalupe . . . . .	...	...	4	1,3	...	...	5	1,6
Guayana Británica	91	22,4	69	16,6	50	11,7	75	17,0
Guayana Francesa . . . . .	...	...	1	3,4	1	3,4	2	6,8
Islas Bahama	8	10,1	2	2,5	1	1,2	5	5,9
Islas Leeward:								
Antigua	1	2,2	4	8,6	1	2,1	3	6,1
Islas Vírgenes . . . . .	...	...	...	...	1	13,8	-	-
Montserrat	3	22,2	3	22,1	1	7,4	2	14,6
S. Crist. y Nieves	8	16,8	4	8,1	3	6,0	-	-
Islas Vírgenes . . . . .	-	-	-	-	-	-	...	...
Islas Windward:								
Dominica	6	11,1	10	18,2	17	30,4	7	12,3
Granada	7	9,1	6	7,6	3	3,8	...	...
Santa Lucía	15	18,9	6	7,4	3	3,6	7	8,3
San Vicente	8	11,9	6	8,6	11	15,5	7	9,6
Jamaica (h)	196	14,0	158	11,1	139	9,5	...	...
Martinica . . . . .	...	...	10	3,5	24	8,3	7	2,4
Puerto Rico	6	0,3	8	0,4	4	0,2	d) 1	0,0
Trinidad y Tabago	33	5,2	30	4,6	40	6,0	...	...

(a) Distrito Federal y Capitales de Estados, excluyendo la ciudad de São Paulo.

(b) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.

(c) Inclusive la fiebre paratifoidea.

(d) Provisional.

(e) Ciudades capitales de provincias.

(f) Informe revisado.

(g) Corresponde a las áreas de notificación.

(h) Causas de defunción mal definidas, distribuidas proporcionalmente entre las causas definidas.

CUADRO 29

NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE INFECCIONES MENINGOCOCICAS
Y TASAS POR 100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	127	0,7	112	0,6	184	1,0	192	1,0
Bolivia (a)	43	1,9	18	0,7	10	0,4	b) 24	0,9
Brasil (c)	423	5,3	431	5,2	315	3,7	315	3,8
Canadá (d)	191	1,4	298	2,1	265	1,8	300	2,0
Colombia (a)	512	6,5	352	4,2	423	5,7	691	7,0
Costa Rica	37	4,6	60	7,3	30	3,5	24	2,7
Cuba	25	0,5	13	0,2	9	0,2	...	...
Chile	124	2,1	106	1,8	e) 86	1,4	e) 95	1,6
Ecuador . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador (a)	-	-	-	-	-	-	e) -	-
Estados Unidos	3 788	2,5	4 164	2,7	4 884	3,1	5 077	3,2
Guatemala . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Haití . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
México	99	0,4	113	0,4	133	0,5	...	...
Panamá	17	2,3	16	2,1	3	0,4	18	2,2
Paraguay (a)	10	0,9	200	16,9	...	...	...	...
Perú (a)	69	2,0	86	2,5	106	3,1	...	...
Rep. Dominicana . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Uruguay	9	0,4	9	0,4	9	0,4	7	0,3
Venezuela (a,e)	1	0,0	7	0,2	1	0,0	...	...
Otras Entidades								
Alaska	3	2,2	7	4,3	8	4,2	9	4,4
Barbada	2	1,0	-	-	-	-	-	-
Bermuda . . . . .	...	...	...	...	3	7,7	2	5,1
Guadalupe	-	-	-	-	1	0,3	-	-
Guayana Británica	3	0,7	1	0,2	19	4,4	19	4,3
Guayana Francesa . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Hawaii	7	1,4	2	0,4	16	3,1	7	1,3
Islas Bahama	2	2,5	-	-	2	2,4	-	-
Islas Leeward:								
Antigua . . . . .	...	...	...	...	...	...	1	2,0
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-
S. Crist. y Nieves . . . . .	-	-	-	-	-	-	...	...
Islas Vírgenes	1	3,7	-	-	1	4,2	2	8,0
Islas Windward:								
Granada	-	-	-	-	1	1,3	-	-
San Vicente	-	-	-	-	-	-	1	1,4
Jamaica	10	0,7	2	0,1	5	0,3	3	0,2
Martinica	-	-	3	1,1	-	-	2	0,7
Puerto Rico	1	0,0	5	0,2	10	0,4	29	1,3
Trinidad y Tabago . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...

- (a) Corresponde a las áreas de notificación.
- (b) Informe revisado.
- (c) Area de notificación (Cuadro 14).
- (d) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.
- (e) Provisional.

CUADRO 30

NUMERO DE DEFUNCIONES DE INFECCIONES MENINGOCOCICAS Y TASAS
POR 100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	130	0,8	111	0,6	121	0,7	...	...
Bolivia	12	0,4	9	0,3	7	0,2	4	0,1
Brasil (a)	127	2,2	128	2,2	110	1,8	...	...
Canadá (b)	76	0,6	89	0,6	87	0,6	99	0,7
Colombia . . . . .	...	...	...	...	...	...	23	0,2
Costa Rica . . . . .	...	...	...	...	2	0,2	4	0,5
Cuba . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	34	0,6	38	0,6	c) 40	0,7	c) 23	0,4
Ecuador (d)	1	0,1	2	0,3	1	0,1	...	...
El Salvador	-	-	1	0,1	-	-	c) -	-
Estados Unidos	974	0,6	1 124	0,7	1 386	0,9	e) 1 240	0,8
Guatemala	11	0,4	4	0,1	11	0,4	...	...
Haití . . . . .	...	...	1	0,0	...	...	...	...
México	41	0,2	32	0,1	27	0,1	...	...
Panamá	-	-	6	0,8	f) 3	0,4	4	0,5
Paraguay (g)	1	0,1	19	1,6	...	...	...	...
Perú	24	0,3	6	0,1	21	0,2	...	...
Rep. Dominicana	6	0,3	4	0,2	2	0,1	...	...
Uruguay	7	0,3	6	0,2	...	...	...	...
Venezuela (h)	2	0,0	12	0,2	1	0,0	-	-
Otras Entidades								
Alaska	2	1,5	2	1,2	1	0,5	...	...
Barbada	-	-	-	-	1	0,5	-	-
Bermuda . . . . .	...	...	...	...	1	2,6	1	2,5
Guadalupe . . . . .	...	...	1	0,3	4	1,3	...	...
Guayana Británica	4	1,0	2	0,5	2	0,5	2	0,5
Guayana Francesa . . . . .	...	...	...	...	2	6,8	4	13,5
Hawaii	2	0,4	-	-	-	-	...	...
Islas Bahama	2	2,5	4	4,9	1	1,2	4	4,7
Islas Leeward:								
Antigua	-	-	-	-	-	-	1	2,0
Montserrat	-	-	-	-	1	7,4	-	-
S. Crist. y Nieves	-	-	-	-	-	-	2	3,8
Islas Vírgenes	-	-	1	4,0	-	-	...	...
Islas Windward:								
Granada	2	2,6	7	8,9	-	-	...	...
San Vicente	-	-	-	-	-	-	1	1,4
Jamaica (h)	9	0,6	13	0,9	3	0,2	...	...
Martinica . . . . .	...	...	8	2,8	6	2,1	2	0,7
Puerto Rico	7	0,3	17	0,8	13	0,6	c) -	-
Trinidad y Tabago	7	1,1	10	1,5	10	1,5	...	...

(a) Distrito Federal y Capitales de Estados, excluyendo la ciudad de São Paulo.

(b) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.

(c) Provisional.

(d) Ciudades capitales de provincias.

(e) Estimado basado en una muestra del 10% de los certificados de defunción.

(f) Informe revisado.

(g) Corresponde a las áreas de notificación.

(h) Causas de defunción mal definidas, distribuidas proporcionalmente entre las causas definidas.

CUADRO 31

NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE LEPRA Y TASAS POR 100.000
HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	323	1,9	552	3,1	404	2,2	a) 288	1,6
Bolivia (b)	53	2,3	10	0,4	8	0,3	c) 36	1,4
Brasil (d)	4 690	9,0	4 829	9,1	5 044	9,3	e) 5 306	9,6
Canadá (f)	-	-	3	0,0	-	-	2	0,0
Colombia (b)	498	6,3	635	7,6	705	9,6	903	9,2
Costa Rica	59	7,4	31	3,8	25	2,9	8	0,9
Cuba	127	2,4	72	1,4	99	1,8	...	...
Ecuador	10	0,3	6	0,2	-	-	...	...
Estados Unidos . .	44	0,0	57	0,0	57	0,0	60	0,0
Guatemala	5	0,2	7	0,2	3	0,1	...	...
Haití	8	0,3	10	0,3	2	0,1	...	...
México	-	-	301	1,1	248	0,9	...	...
Nicaragua . . . . .	...	...	...	...	...	...	11	0,9
Panamá	-	-	2	0,3	4	0,5	9	1,1
Paraguay (b)	317	27,5	375	31,7	340	28,0	...	...
Perú (b)	86	2,6	79	2,3	92	2,7	g) 91	2,6
Rep. Dominicana . .	...	...	37	1,7	35	1,6	...	...
Uruguay	6	0,3	10	0,4	13	0,5	10	0,4
Venezuela (a,b) . .	912	34,6	923	32,6	616	20,7	836	26,9
Otras Entidades								
Barbada	-	-	-	-	3	1,4	1	0,5
Bermuda . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Guadalupe	7	2,3	5	1,6	6	1,9	9	2,9
Guayana Británica	6	1,5	9	2,2	10	2,3	15	3,4
Guayana Francesa	...	...	72	249,3	5	17,1	48	162,4
Hawaii	34	6,9	23	4,5	21	4,0	23	4,4
Islas Bahama . . .	-	-	-	-	1	1,2	2	2,4
Islas Leeward:								
Antigua	2	4,4	4	8,6	5	10,5	6	12,3
Montserrat	2	14,8	-	-	-	-	-	-
S.Crist. y Nieves	2	4,2	3	6,1	3	6,0	3	5,8
Islas Vírgenes . .	1	3,7	1	4,0	-	-	-	-
Islas Windward:								
Dominica	1	1,9	2	3,6	1	1,8	2	3,5
Granada	4	5,2	1	1,3	-	-	2	2,4
Santa Lucía . . .	-	-	-	-	5	6,1	2	2,4
San Vicente	-	-	2	2,9	-	-	-	-
Jamaica	28	2,0	24	1,7	24	1,6	10	0,7
Martinica	139	49,6	110	38,6	98	33,9	112	38,3
Puerto Rico	2	0,1	14	0,6	14	0,6	12	0,5
Trinidad y Tabago	371	58,7	438	67,5	420	63,3	...	...

(a) Provisional.

(b) Corresponde a las áreas de notificación.

(c) Informe revisado.

(d) Casos del territorio nacional y notificados a las autoridades sanitarias del Distrito Federal y de las capitales de estados.

(e) Incompleto.

(f) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.

(g) Hasta noviembre.

CUADRO 32

NUMERO DE DEFUNCIONES DE LEPRO Y TASAS POR 100.000 HABITANTES
EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	60	0,4	66	0,4	60	0,3	a) . . .	. . .
Bolivia . . . . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Brasil (b)	95	1,7	108	1,8	105	1,7	. . .	. . .
Canadá (c)	-	-	-	-	1	0,0	-	-
Colombia (d) . . . . .	. . .	. . .	. . .	. . .	91	0,8	e) 104	0,9
Costa Rica	1	0,1	2	0,2	4	0,5	3	0,3
Cuba . . . . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Ecuador (f)	8	1,2	1	0,1	3	0,4	. . .	. . .
Estados Unidos	3	0,0	3	0,0	-	-	. . .	. . .
Guatemala	6	0,2	1	0,0	1	0,0	. . .	. . .
Haití . . . . .	. . .	. . .	1	0,0	. . .	. . .	. . .	. . .
México	117	0,5	136	0,5	75	0,3	. . .	. . .
Nicaragua	1	0,1	-	-	-	-	-	-
Panamá	-	-	1	0,1	e) -	-	-	-
Paraguay (g)	4	0,4	4	0,4	. . .	. . .	. . .	. . .
Perú	10	0,1	4	0,0	7	0,1	. . .	. . .
Rep. Dominicana . . . . .	-	-	-	-	-	-	. . .	. . .
Uruguay	4	0,2	6	0,2	. . .	. . .	. . .	. . .
Venezuela (h)	78	1,6	57	1,1	45	0,9	42	0,8
Otras Entidades								
Barbada	-	-	-	-	1	0,5	1	0,5
Bermuda	1	2,6	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Guadalupe . . . . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Guayana Británica	10	2,5	13	3,1	13	3,0	16	3,6
Guayana Francesa	-	-	-	-	-	-	-	-
Hawaii	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Bahama	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Leeward:								
Antigua	-	-	-	-	-	-	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-
S.Crist.y Nieves	5	10,5	1	2,0	2	4,0	1	1,9
Islas Vírgenes	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Windward:								
Dominica	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8
Granada	10	13,0	1	1,3	2	2,6	. . .	. . .
Santa Lucía	-	-	-	-	2	2,4	-	-
San Vicente	-	-	1	1,4	-	-	1	1,4
Jamaica (h)	3	0,2	3	0,2	6	0,4	. . .	. . .
Martinica . . . . .	. . .	. . .	-	-	-	-	-	-
Puerto Rico	3	0,1	-	-	-	-	a) -	-
Trinidad y Tabago	10	1,6	11	1,7	14	2,1	. . .	. . .

(a) Provisional.

(b) Defunciones notificadas a las autoridades sanitarias del Distrito Federal y de las capitales de estados, excluyendo la ciudad de São Paulo.

(c) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.

(d) Defunciones notificadas por los leprocomios.

(e) Informe revisado.

(f) Ciudades capitales de provincias.

(g) Corresponde a las áreas de notificación.

(h) Causas de defunción mal definidas distribuidas proporcionalmente entre las causas definidas.

CUADRO 33

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LEPRA EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Argentina	<p>Es objetivo de nuestra Sanidad la erradicación de la endemia leprosa en el país, en el transcurso de dos generaciones. Tal afirmación puede hacerse por la efectividad de las terapéuticas actuales; por existir una ley que obliga a la profilaxis y tratamiento de los enfermos; por tener camas suficientes para aislar a los contagiantes y Dispensarios suficientes en las zonas de endemias; por tener permanentes stocks de drogas antihansenianas y por cumplirse la labor en la mayor armonía entre las autoridades sanitarias nacionales, provinciales, municipales y particulares.</p> <p>La Ley 11.359 obliga a internar a los contagiosos; y los que no lo son, se controlan cada tres meses, así como los contactos sanos, a quienes se protege. Las necesidades de internación en el país están satisfechas con 3.000 camas, número muy superior a la demanda actual. Además se han creado Dispensarios de control en las zonas de mayor endemia. Para los hijos de leprosos los Hogares-Esuelas son de un alto valor social (Preventorios).</p> <p>En los Internados se ha incrementado la Laborterapia remunerada, con el objeto de prestar ayuda social a la familia del enfermo aislado, a la cual se le entregan los salarios ganados. El número de leprosos internados es de 1.800 y se tienen registrados en el país 8.975. En las zonas endémicas se trabaja intensamente en la pesquisa de enfermos desconocidos.</p> <p>En el Instituto Central de Leprología se realizan investigaciones y control de medicamentos y se han obtenido muy buenos resultados con la Thiosemicarbazona y la hidracida del ácido nicotínico.</p>
Bolivia	<p>Una de las enfermedades que mayor preocupación viene causando sobre todo en el medio profano es la lepra. Cuatro encuestas epidemiológicas efectuadas entre 1942 y 1949 completadas por algunas investigaciones posteriores han identificado 810 enfermos en todo el país. Si nos atenemos a la regla de Doney, que establece que por cada caso conocido existen tres desconocidos, el número de enfermos ascendería a unos 3.200 aproximadamente.</p> <p>El control de esta endemia se encuentra a cargo del Departamento de Lepra. Dicho control ha consistido hasta la fecha en el aislamiento de los leprosos con lesiones avanzadas y el tratamiento en dispensarios de los casos ambulantes.</p> <p>Virtualmente, el tratamiento regularmente llevado a cabo sólo alcanza a los 120 enfermos aislados en dos colonias y en salas especiales de tres hospitales. En el próximo año se proyecta ampliar la capacidad de las colonias para aislamiento y reorganizar el tratamiento ambulatorio, a la vez que iniciar una campaña intensa de educación tendiendo a evitar el contagio en el hogar.</p>

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LEPRA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Brasil	<p>El Servicio Nacional de Lepra del Departamento Nacional de Salud, está encargado de la solución del problema de la lepra en el país. La lepra está diseminada por todas las regiones del Brasil. El índice de prevalencia para todo el país es de 1,2 por mil, correspondiendo a unos 67.000 enfermos. Los casos de formas contagiosas representan el 54,5 por ciento.</p> <p>Dentro de la organización de los servicios anti-leproso, corresponde al Gobierno Federal la orientación y vigilancia de la campaña nacional, y la asistencia técnica y material a las organizaciones especializadas. Los Estados mantienen los leprocomios y dispensarios, éstos subordinados al Servicio de Profilaxis de la Lepra. Una excepción es el Estado de São Paulo, que por la amplitud de su organización posee un Departamento de Lepra autónomo de los servicios estatales de salud. Esta organización general posee una buena red de hospitales para el aislamiento, que cuenta con 37 leprocomios con 23.562 enfermos. Los dispensarios funcionan generalmente como unidades sanitarias multilaterales de los distritos. Además de estos diversos elementos de lucha contra la lepra el Brasil posee una red de preventorios, para 4.314 convivientes menores de leproso, que cuenta con 31 establecimientos, administrados y mantenidos por instituciones privadas, con la ayuda financiera del Gobierno Federal.</p> <p>Se ha generalizado el tratamiento por medio de drogas sulfónicas. Así, durante el período de 1950-53 cesaron de estar sometidos al régimen de aislamiento obligatorio (por ser bacterioscópicamente negativos por tiempo prolongado) 7.836 enfermos, de los cuales 2.023 fueron dados de alta con carácter provisional y 700 con carácter definitivo.</p> <p>El Gobierno Federal ha construido e instalado cerca del leprocomio de la Capital de la República un pabellón para laboratorio, donde se realizan los estudios e investigaciones sobre la etio-patogenia y la terapéutica de la lepra; y también se investiga el valor preventivo del BCG; está en curso una amplia campaña de vacunación en el Estado de Goiás y entre quienes viajan por los grandes focos de lepra. (Condensado del Informe a la XIV CSP, pág. 7-9.)</p>
Canadá	<p>En los últimos años no se han conocido casos nuevos de lepra contraída en el Canadá. En 1951 se descubrieron tres casos nuevos y dos en 1953. Se cree que todos estos casos contrajeron la enfermedad fuera del Canadá. A fines de marzo de 1953 había 8 personas en leprocomios, 6 en Tracadie y 2 en la Isla Bentinck.</p>
Colombia	<p>Intensificación de la labor epidemiológica en coordinación con todos los organismos de salubridad. Aumento del número de tratamientos</p>

CUADRO 33

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LEPRA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Colombia, cont.	y del número de Dispensarios Dermatológicos. Reformas de Leprocomios.
Costa Rica	Se mantiene activa campaña en todo el país mediante control de contactos a domicilio. Funciona además en San José el Departamento Dermatológico en donde se examina a los enfermos en alta condicional, ambulatorios y los convivientes.
Cuba	Enfermedad de declaración obligatoria. Existe un patronato que se ocupa específicamente de esta enfermedad.
Ecuador	Campaña en etapa de encuesta.
El Salvador	Sólo se conocen 62 casos de esta enfermedad.
Estados Unidos	Durante 1953 se admitieron treinta enfermos en el Leprocomio Nacional de Corville, doce de los cuales eran nacidos en el extranjero. Se diagnosticaron unos pocos casos nuevos, pero no fueron hospitalizados. La incidencia de lepra no ha cambiado desde hace varios años.
México	La campaña se desarrolla a través de 21 Centros Dermatológicos establecidos en diversas partes del país, un Asilo en Zoquiapán, Estado de México, y 4 salas especiales para enfermos de lepra en hospitales. En el aspecto preventivo se han establecido 4 asilos y preventorios para menores sanos, hijos de enfermos, en el Distrito Federal. En la campaña se emplean tratamientos, en la fase más temprana posible, por medio de sulfonas, para que los enfermos dejen de ser infectantes; en otros casos se procede al aislamiento del paciente cuando sus condiciones clínico-sociales lo aconsejan. En todos los programas de trabajo toman parte activas organizaciones privadas conjuntamente con las oficiales.
Nicaragua	El leprocomio y algunos médicos particulares notifican los casos descubiertos.
Panamá	Los casos descubiertos de esta enfermedad son enviados de inmediato al Leprocomio. Actualmente hay 118 casos bien controlados en esta institución.
Paraguay	Esta enfermedad se controla y combate por medio de un Departamento creado a este efecto.
Perú	La campaña antileprosa se inició, en escala nacional, con la creación del Servicio Nacional respectivo en 1944 que, a la fecha constituye el Departamento de Lepra. A las encuestas locales intensivas efectuadas en los departamentos geográficos de Apurímac y Loreto (este último ocupa casi la totalidad de la zona selvática: Hilea

CUADRO 33

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LEPROA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Perú, cont.	<p>Amazónica Peruana), sucedieron estudios más amplios que permiten apreciar suficientemente la extensión de la endemia en el territorio, medirla cuantitativamente y calificarla. Así, el 80% de la endemia radica en el Nor-Oriente, con 958 casos fichados debidamente y 2.800 estimados. Los índices de prevalencia de las zonas leprógenas están comprendidos entre 12 y 15 por mil habitantes, siendo el 1 por mil el límite de la peligrosidad. El resto de la endemia afecta a algunas provincias de Apurímac, a la de Rodríguez de Mendoza y, en grado menor, a la de Dos de Mayo y a muy pocos lugares de la Costa; (totalizando 159 casos fichados y 600 estimados). En conjunto, las áreas afectadas tienen 1.117 casos fichados, 3.400 estimados y una prevalencia de 0,92 por mil; prevalencia que, para la totalidad del país, baja a 0,40 por mil.</p> <p>Los servicios periféricos de la campaña antileprosa disponen de 10 médicos y 2 asistentas sociales que prestan servicios en el Asilo de San Pablo (Loreto), en los dispensarios de Apurímac, Iquitos, Rodríguez de Mendoza, Limay Madre de Dios y en el sanatorio-preventorio de Guña (Lima). De una manera general es permitido afirmar que la endemia leprosa es todavía un problema regional soluble, y que la labor efectuada se encamina, ciertamente, a su solución.</p>
Rep. Dominicana	<p>A todo enfermo que padece esta enfermedad se le recluye en un sanatorio especializado.</p>
Uruguay	<p>Total de casos en el país: Puede considerarse como mínimo una cifra básica de 500 enfermos, hasta el límite del millar. Existen en el Servicio del Hospital Fermín Ferreira 62 enfermos. En los últimos 4 años ingresaron 42 enfermos, cifra que habría sido mayor si la capacidad del Servicio lo hubiera permitido.</p> <p>Las medidas profilácticas más importantes que se practican son: 1) El aislamiento en el grado correspondiente a la contagiosidad de cada uno y dentro de las posibilidades del Servicio que está colmado desde hace tiempo, 2) El tratamiento ambulatorio de los enfermos y de formas moderadas o que no pueden ser hospitalizados, 3) El examen y control de los familiares y convivientes, 4) La información adecuada a enfermos y familiares sobre las características de la enfermedad, medidas de protección, etc. 5) Empleo del BCG en los niños expuestos al contagio, etc.</p> <p>Para el tratamiento, se utiliza predominantemente derivados sulfónicos, en menor escala el TBI, derivados del aceite de Chaulmoogra, hidracida del ácido nicotínico, PAS, etc. Antibióticos en algunas circunstancias. Medicación sintomática y cuidados generales destinados a estimular las defensas físicas y psíquicas de los enfermos.</p>

CUADRO 33

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LEPRA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Uruguay, cont.	La organización adecuada de la lucha antileprosa en el Uruguay, que está planeada, permitirá, con la aplicación de los conceptos modernos, la ampliación de los Servicios, la ayuda económica a los enfermos, la realización del censo de pacientes, el estudio de los focos, etc., llegar a conclusiones favorables para este problema sanitario.
Venezuela	Se cuenta con 63 dispensarios para hallazgo de casos, organizados alrededor de 13 servicios Epidemiológicos regionales. Tratamiento de sus enfermos y vacunación con BCG de los contactos. Existen dos Leprocomios con 1.100 camas.
Barbada	Aislamiento y control de pacientes externos.
Belice	Hay un solo caso conocido.
Bermuda	Se internan los enfermos en campamentos y se dan de alta condicionalmente.
Guadalupe	Garantizan el descubrimiento y tratamiento ambulatorio de casos los 34 dispensarios dependientes de la Dirección Departamental de Salud. Se contempla para los cuatro años siguientes la construcción de un hospital de 80 camas especializado en el tratamiento de los enfermos leproso curables y de una colonia de leproso para los enfermos incurables, inválidos y contagiosos, en un terreno ya adquirido y diseñado por el Departamento y situado en Guadalupe propiamente dicha.
Guayana Británica	Continúan realizándose encuestas anuales de los alumnos de las escuelas elementales. De 48.152 alumnos observados en 1953, 25 casos de lepra tuberculosa fueron descubiertos y tratados.
Guayana Francesa	Modernización del antiguo leproso de Acarouany. Se ha puesto en servicio un dispensario moderno y está en construcción un pabellón moderno de hospitalización en Cayena con capacidad de 50 camas. Ampliación de un preventorio en Cayena. Alrededor de 50% de los leproso se hacen no contagiosos mediante tratamiento de sulfonas (DDS).
Hawaii	Se hace hincapié en la rehabilitación de los casos recuperados y en la actitud mejorada de parte de la comunidad para con los pacientes dados de alta. El diagnóstico y aislamiento se hacen ahora más temprano y más pronto gracias al reconocimiento público de la eficacia de las sulfonas en la prevención del desarrollo de deforma-

CUADRO 33

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LEPROA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Hawaii, cont.	ciones y desfiguraciones.
Islas Bahama	Se instalan en el leproscario todos los casos conocidos. Se examinan cuidadosamente los contactos de casos nuevos.
Islas Leeward-Antigua	Se hace uso cada vez mayor del tratamiento a pacientes externos.
Islas Leeward-Montserrat	Los casos activos se envían a Antigua.
Islas Leeward-San Cristóbal y Nieves	El programa tiene como base el aislamiento de pacientes y su tratamiento con sulfonas. El número de internados en el leproscario ha disminuído de 41 cuatro años atrás a 25 en la actualidad.
Islas Vírgenes (E. U. A.)	El leproscario "Hansen's Home for Special Patients" ubicado en St. Croix atiende a las tres islas. Tiene una capacidad de 92 camas y 10 pacientes al presente. Durante el año pasado el número máximo de pacientes llegó a 10. Se notificó un caso de lepra durante el año fiscal corriente.
Islas Windward-Granada	Aislamiento en el asilo para leproscos.
Islas Windward-San Vicente	La enfermedad está estacionaria. Control normal.
Jamaica	Se envían los casos infecciosos al Hogar Hansen para su tratamiento. Los hijos sanos de padres leproscos son enviados al Hogar de Niños del Ejército de Salvación.
Martinica	Incremento en la búsqueda de casos y posibilidades de hospitalización.
Puerto Rico	No hay programa especial. El aislamiento de casos sigue igual que como se informara para el período anterior. Se nota un pequeño aumento en las admisiones al Hospital de Leprosos, pero esto se debe quizás a una mejor búsqueda de casos y está en proporción con el aumento en población.
Surinam	Existen tres leproscarios en Surinam. Como resultado del tratamiento con sulfona DDS muchos pacientes se dieron de alta en los leproscarios. En los últimos años han cambiado las ideas relativas al aislamiento. Se ha ampliado considerablemente la clínica de pacientes externos al igual que el pabellón de leproscos del hospital general. En 1951 se sumó un tercer leprólogo a los dos que ya prestaban servicio. En enero de 1951 se inauguró una escuela especial para niños de quienes se sospechaba sufrían de lepra. En los dos últimos años se admitieron también niños con lepra tuberculosa, los que permanecen en la escuela de 7 de la mañana a 5 de la tar-

CUADRO 33

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LEPRA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Surinam, cont.	de, asistiendo tambien los sábados y días feriados. Toman ahí sus comidas, se bañan y hacen uso del jardín y campo de juegos. Se hallan sometidos a estricto cuidado médico diario.
Trinidad y Tabago	Aislamiento y examen de los casos.

CUADRO 34

NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE PALUDISMO Y TASAS
POR 100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	2 000	11,6	1 836	10,4	1 296	7,2	a) 648	3,5
Bolivia (b)	9 783	432,1	15 324	627,3	12 015	474,3	a) 21 014	809,5
Brasil . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Canadá (c)	-	-	-	-	17	0,1	d) -	-
Colombia (b)	91 551	1 165,7	86 137	1032,0	73 993	1005,2	83 877	854,1
Costa Rica	10 068	1 256,9	8 797	1066,2	1 903	223,0	1 407	159,6
Cuba	723	13,8	930	17,5	220	4,1	...	...
Chile	-	-	-	-	-	-	e) 1	0,0
Ecuador . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador (b)	17 647	2 375,1	13 176	1523,2	10 561	1145,5	f) 6 561	738,9
Estados Unidos	2 184	1,4	5 600	3,7	7 023	4,5	1 310	0,8
Guatemala	39 809	1 420,4	41 821	1448,8	39 393	1324,1	...	...
Haití	71 954	2 336,2	72 176	2300,8	90 928	2841,5	...	...
Honduras . . . . .	...	...	12 138	825,7	10 194	673,9	...	...
México	73 029	282,8	54 366	204,8	55 991	205,2	...	...
Nicaragua	6 658	628,4	5 914	541,2	a) 11 628	1030,5	a) 13 735	1179,2
Panamá	3 985	532,6	3 975	518,4	2 780	354,0	4 194	521,8
Paraguay (b)	7 224	625,9	13 918	1176,5	9 127	752,7	...	...
Perú (b)	20 057	595,2	17 824	509,0	17 738	519,7	g) 16 188	468,5
Rep. Dominicana	17 310	812,3	23 288	1066,8	8 760	391,7	...	...
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (f)	2 111	42,4	2 323	45,4	2 679	51,1	2 041	38,0
Otras Entidades								
Alaska	1	0,7	-	-	1	0,5	1	0,5
Belice	4 222	6 261,3	2 499	3588,2	2 484	3394,8	1 867	2463,6
Guadalupe	12	4,0	3	1,0	-	-	-	-
Guayana Británica	1 840	453,2	1 008	241,9	181	42,2	83	18,8
Hawaii	-	-	58	11,3	97	18,6	106	20,3
Islas Leeward :								
Antigua	38	84,3	134	289,5	3	6,3	h) 1	2,0
Islas Vírgenes . . . . .	...	...	1	14,1	-	-	-	-
S.Cris. y Nieves	43	90,3	-	-	-	-	-	-
Islas Windward :								
Dominica	1 825	3 379,6	1 238	2250,9	868	1550,0	546	957,9
Granada . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Santa Lucía	6 141	7 725,0	6 574	8118,3	6 234	7569,3	3 225	3843,6
San Vicente	9	13,4	34	48,9	i) 116	163,9	5	6,9
Jamaica . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Martinica	-	-	3	1,1	-	-	-	-
Puerto Rico	73	3,3	88	3,9	16	0,7	28	1,3
Trinidad y Tabago	5 098	806,1	5 641	869,6	5 931	893,8	...	...

a) Informe revisado.

b) Corresponde a las áreas de notificación.

c) Exclusivo Yukón y los Territorios del Noroeste.

d) Hubo 198 casos, todos ellos en soldados que regresaban del servicio en ultramar, no incluidos en las tabulaciones de la Oficina de Estadística del Dominio.

e) Pasajero procedente del extranjero.

f) Provisional.

g) Hasta noviembre

h) Importado de Dominica.

i) Epidemias en la Isla Unión.

CUADRO 35

NUMERO DE DEFUNCIONES DE PALUDISMO Y TASAS POR
100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	11	0,1	9	0,1	4	0,0	...	...
Bolivia	1 360	45,0	1 720	56,3	1 980	64,1	1 152	36,8
Brasil (a)	718	12,5	557	9,4	455	7,5	...	...
Canadá (b)	-	-	1	0,0	3	0,0	-	-
Colombia	2 697	23,8	3 091	26,7	2 826	23,9	3 090	25,5
Costa Rica	571	71,3	459	55,6	320	37,5	193	21,9
Cuba . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador (c)	220	32,3	152	21,7	121	16,9	...	...
El Salvador	1 704	91,8	1 500	79,7	1 370	71,9	d) 977	50,6
Estados Unidos	76	0,1	64	0,0	25	0,0	e) 20	0,0
Guatemala	6 844	244,2	6 709	232,4	6 947	233,5	...	...
Haití	113	3,7	152	4,8	92	2,9	...	...
Honduras	3 432	240,3	3 377	229,7	3 178	210,1	...	...
México	22 996	89,0	24 681	93,0	22 050	80,8	...	...
Nicaragua	2 961	279,5	1 586	145,1	977	86,6	f) 984	84,5
Panamá	210	28,1	215	28,0	f) 171	21,6	159	19,5
Paraguay (g)	100	8,7	172	14,5	...	...	...	...
Perú	1 903	23,5	1 700	20,6	1 575	18,7	...	...
Rep. Dominicana	2 170	101,8	2 278	104,4	2 239	100,1	...	...
Uruguay	-	-	h) 1	0,0	...	...	...	...
Venezuela (i)	471	9,5	273	5,3	131	2,5	103	1,9
Otras Entidades								
Alaska . . . . .	-	-	-	-	-	-	...	...
Belice	29	43,0	7	10,1	7	9,6	11	14,5
Guadalupe . . . . .	...	...	20	6,5	86	27,6	12	3,8
Guayana Británica	66	16,3	31	7,4	17	4,0	8	1,8
Hawaii . . . . .	-	-	-	-	-	-	...	...
Islas Leeward:								
Antigua	1	2,2	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes	-	-	-	-	-	-	-	-
S. Crist. y Nieves	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes . . . . .	-	-	-	-	-	-	...	...
Islas Windward:								
Dominica	15	27,8	20	36,4	18	32,1	9	15,8
Granada	48	62,3	61	77,2	54	69,2	...	...
Santa Lucía	48	60,4	116	143,2	109	132,3	51	60,8
San Vicente	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica (i)	717	51,1	791	55,3	1 044	71,7	...	...
Martinica . . . . .	...	...	3	1,1	5	1,7	4	1,4
Puerto Rico	57	2,6	33	1,5	15	0,7	d) 2	0,1
Trinidad y Tabago	141	22,3	138	21,3	80	12,1	...	...

- (a) Defunciones notificadas a las autoridades sanitarias del Distrito Federal y Capitales de Estados excluyendo la ciudad de São Paulo.
 (b) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.
 (c) Ciudades capitales de provincias.
 (d) Provisional.

- (e) Estimado basado en una muestra del 10% de los certificados de defunción.
 (f) Informe revisado.
 (g) Corresponde a las áreas de notificación.
 (h) Caso importado.
 (i) Causas de defunción mal definidas, distribuidas proporcionalmente entre las causas definidas.

CUADRO 36

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DEL PALUDISMO EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Argentina	<p>Debe mantenerse la lucha antipalúdica para impedir la reaparición del paludismo, ya que existen aún anofeles vectores en algunos criaderos, y parásitos en enfermos que pueden llegar del exterior. La disminución del paludismo obligó a refundir la Dirección General del Paludismo y Enfermedades Tropicales, en una Dirección de Lucha contra el Paludismo y Fiebre Amarilla.</p> <p>En la zona noroeste se ha reducido la peligrosidad palúdica en todas las grandes ciudades y villas. En la zona epiendémica del noroeste está condicionada por las variaciones coincidentes del paludismo en zonas limítrofes. La epidemiología del paludismo del noroeste y litoral es aún compleja. Se han registrado casos durante los períodos interepidémicos, en forma salpicada, que pueden ser reservorios para futuros brotes epidémicos, si se producen circunstancias favorables.</p> <p>Sobre la transmisión en esta zona, podemos decir que en Misiones se ignora el verdadero vector del paludismo endémico; el paludismo epidémico es debido al <u>A. darlingi</u> y presuntivamente a otros no estudiados. El paludismo subendémico se presenta siempre entre abril y junio y en las habitaciones sólo se ha encontrado el <u>A. albitarsis</u> y en menos cantidad el <u>A. triannulatus</u>. El paludismo epidémico del litoral se presenta cada 10 a 11 años, estando ligado a grandes lluvias e inundaciones.</p> <p>Para intensificar la lucha se ha de inaugurar en el mes de octubre de 1954 una fábrica en Río III para obtener D. D. T., a la cual se han incorporado todos los adelantos obtenidos en diversas plantas productoras del mundo.</p>
Bolivia	<p>Un cálculo a "grosso modo" estimaba en 190.000 km.² el área afectada por el paludismo. Con una población de 600.000 habitantes. Las grandes posibilidades del DDT, tanto desde el punto de vista económico como de su poder insecticida, han permitido poner bajo control, hasta la fecha, unos 61.000 km.² poblados por 400.000 habitantes, habiéndose logrado inclusive erradicar el paludismo en apreciable extensión de esa área. Queda aún sin control el área más extensa, pero también más despoblada, situada en su mayor parte en la cuenca Amazónica. La extensión del control continúa año tras año.</p>
Brasil	<p>El Servicio Nacional de Malaria, del Departamento Nacional de Salud, es el órgano encargado de resolver el problema del paludismo en todo el país. Se amplían rápidamente las aplicaciones de DDT intradomiciliarias, iniciadas en 1945. Médicos malariólogos han dirigido los trabajos de campo, o a falta de ellos, inspectores de campo con larga experiencia.</p>

CUADRO 36

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DEL PALUDISMO EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Polfticas	Estado del Programa
Brasil, cont.	<p>En las áreas urbanas, la dedetización se realiza por grupos bajo la dirección de un inspector. En las áreas rurales de acceso fácil, se trabaja en grupos de "arrastão" que siguen un procedimiento análogo al de la pesca al arrastre, equipados con un camión o jeep, que cubren un área dentro de un plazo determinado. En ciertas áreas costeras se usan lanchas para el transporte de hombres y materiales. En las áreas de acceso difícil, se aplica el sistema por zonas, "zonagem"; se asigna a un operador una pequeña área rural con cierto número de casas que debe cubrir en un plazo determinado usando transporte propio. Una pasta con 80 por ciento de DDT técnico, con la cual se hace una preparación acuosa fina, se fabrica y utiliza por el servicio con buen éxito.</p> <p>Para el mejor éxito de la erradicación de vectores en las áreas palúdicas, dos dedetizaciones por año son necesarias; actualmente, apenas un 20 por ciento de casas las reciben. La aplicación a domicilio de DDT en la zona de transmisión por <u>A. kerteszia</u> en el litoral sur del país produce una gran reducción de incidencia del paludismo; en años inter-epidémicos puede bajar esta transmisión a un nivel insignificante. En los años epidémicos, la transmisión extra y peridomiciliarias, es decir en la parte exterior de las casas, causa la aparición de un mayor número de casos de paludismo, los que no pueden evitarse por simple dedetización de las casas. Para eliminar la transmisión peri-domiciliaria, han sido iniciadas observaciones con miras al rociamiento con insecticida de las paredes externas de casas y de la vegetación y otros posibles abrigos de mosquitos en el peri-domicilio.</p> <p>Para controlar el paludismo residual transmitido por el <u>A. darlingi</u>, fuera de las casas, el servicio ha recomendado añadir cloroquinina a la sal de cocina. Los resultados preliminares de observaciones hechas en el campo y en enfermos hospitalizados son muy favorables. En el período 1950-1953, una población de 22 a 25 millones ha sido protegida cada año por dedetización. Unas 30 mil personas examinadas anualmente acusaron, en los cuatro años, un índice parasitario entre 0,49 y 2,26. El porcentaje de positividad entre las 100 mil a 200 mil muestras de sangre anuales ha bajado de 6,60 en 1950 a 2,57 en 1953. En el mismo período la media de anofelinos por cien inspecciones domiciliarias osciló entre 0,73 y 1,63. Las zonas del litoral, con el paludismo transmitido por <u>A. tarsimaculatus</u>, <u>A. albitarsis</u> y <u>A. darlingi</u> han sido dedetizadas dos veces por año desde 1945; antes de las dedetizaciones se contaron 13.007 casos confirmados por examen de sangre; en 1953 el número de casos confirmados bajó a 93. Un estudio comparativo parece comprobar la eficacia del uso de la sal de cocina cloroquinada; el índice parasitario palúdico bajó, en las zonas tratadas durante un año, a 1,0 y hasta 0,0 mientras que en el mismo período en las zonas vecinas de control, el índice fué superior al nivel inicial. (Condensado del Informe a la XIV CSP, pág. 19-20).</p>

CUADRO 36

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DEL PALUDISMO EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Canadá	En 1953, hubo 198 casos de paludismo entre las tropas canadienses que prestaban servicio fuera del Canadá. En 1952, se registraron 522 casos y la mayor parte de estos ocurrieron en las fuerzas armadas, habiéndose contraído la enfermedad fuera del Canadá. Los informes de los departamentos de sanidad indican que se notificaron pocos casos en que el paludismo se contrajo en el Canadá.
Colombia	Extensa lucha para destrucción de vectores en lugares palúdicos. Distribución de drogas. Estudios especiales.
Costa Rica	El servicio de dedetización cubrió la totalidad del área palúdica del país; dos veces al año se dedetiza un total de 27.080 casas, de enero a junio y 34.490 de julio a diciembre.
Cuba	Enfermedad de declaración obligatoria. Medidas clásicas de control. Funciona una Comisión de Malaria.
Chile	Durante el período que abarca este informe, no se ha presentado ningún caso de malaria de origen local, en la provincia de Tarapacá. Se mantuvieron labores de vigilancia de focos de anofelismo larval y ninfal, mediante búsquedas hechas por personal civil y de carabineros en los valles y quebradas de esa provincia, en una extensión de 360 kilómetros. Los focos descubiertos fueron destruidos inmediatamente con insecticidas. La prosecución del programa anti-malárico tiene por objeto mantener la erradicación del paludismo autóctono y el estricto control de los casos de infección foránea, junto con la eliminación de los brotes anofélicos esporádicos que se producen.
Ecuador	Plan de erradicación a base de rociamientos con DDT en las habitaciones. Se encuentra en pleno desarrollo, observándose notable disminución en la morbilidad de todo el país.
El Salvador	Aplicación intradomiciliaria de DDT en las zonas de hiperendemia palúdica. El costo de la campaña asciende a \$250.000 Dólares Norteamericanos. La campaña anti-palúdica ha seguido aumentando en intensidad durante el período que se informa. En 1950, dos dedetizaciones se aplicaron a 6.783 viviendas, protegiendo 34 mil personas. La práctica de dos dedetizaciones al año llegó al máximo en 1952, con 31.082 casas así tratadas y 157 mil personas protegidas, mientras que el número de las dedetizaciones simples aumentó constantemente desde 1950, acusando en 1953 totales de 124.187 casas en 973 localidades con 621 mil personas protegidas.
Estados Unidos	Los 1.418 casos de paludismo, declarados en 1953 representan una disminución considerable en relación a los 7.023 casos notificados en 1952. Los casos fueron en su mayoría exógenos. Ocurrieron 24 infecciones autóctonas confirmadas en personas infectadas en 1952

CUADRO 36

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DEL PALUDISMO EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Estados Unidos, cont.	que tenían largos períodos de incubación. Se han reconocido solamente otros 4 casos autóctonos confirmados.
Haití	Está listo para ponerse en práctica un programa de control con la Asistencia Técnica de la OMS y la ayuda de UNICEF.
Honduras	Se combate por medio de aplicación intradomiciliaria de DDT, cubriéndose un promedio de 70.000 casas anuales y de 350.000 personas.
México	Continuación del estudio que desde hace algún tiempo se ha venido realizando respecto al problema palúdico en el país. Realización de medidas de erradicación definitiva o de conservación. Creación de servicios de lucha antipalúdica definitiva y modificación de los ya existentes. Adiestramiento de personal para la Campaña. Propaganda y educación higiénica. Organización de la comisión de saneamiento malárico. La Dirección de la Campaña Nacional contra el Paludismo se asesora cuando así lo estima conveniente, de técnicos especializados del Consejo Técnico de la Campaña.
Nicaragua	La mayor parte de los casos son los declarados por los Centros de Salubridad.
Panamá	Para el control de malaria el Departamento de Salud Pública cuenta con un servicio especializado denominado Campaña Anti-Malárica que realiza sus actividades en dos campos: Mantenimiento de los sistemas de canalización y trabajos de dedetización. Mediante las obras de desagüe y drenaje se protege a una población de 100.000 personas aproximadamente. La campaña de dedetización cubre actualmente a una población de 200.000 personas. Se hacen dos rociadas intradomiciliarias anuales de D.D.T. Estos trabajos cubren aproximadamente al 65% de la zona endemo-epidémica.
Paraguay	Existe un programa nacional de lucha antipalúdica desde hace dos años con la aplicación sistemática de insecticidas de acción residual, casa por casa.
Perú	Existe campaña con insecticidas de acción residual en los valles de la costa y en algunos del Departamento del Cuzco. Ha dejado de ser en la Costa el agudo problema sanitario de otra época, demostrado por las encuestas hemato-esplénicas efectuadas en la población escolar (5-14 años). De un total de 26.275 personas examinadas se han obtenido el 4,42% de esplenomegalia, 26.544 muestras de sangre dieron el 0,79% de positivos para parásitos de malaria. El control de esta enfermedad está circunscrito, virtualmente, a la Costa, con excepción de algunos valles de la Sierra y algunas localidades de la Selva, en que también se actúa, si bien todavía en muy pequeña escala. No es necesario insistir en la re-

CUADRO 36

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DEL PALUDISMO EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Perú, cont.	percusión que el control del paludismo tiene en el del <u>Aedes aegypti</u> en la Costa del país, debido a que la aplicación intradomiciliaria de insecticidas de acción persistente, actúa favorablemente en la erradicación del <u>Aedes</u> , favorecida por los hábitos domésticos de éste. Es conveniente decir, en relación con el control de insectos, que en 1952 firmó el Gobierno Nacional un convenio con UNICEF y con la OMS para la ejecución de un programa en la Costa. Así se han cubierto íntegramente los valles costeros, de extremo a extremo del litoral; y, al tratar con insecticidas 262.432 casas habitaciones, con un total de 64.759.628 m ² ., se ha protegido a una población de 1.230.333 habitantes.
Rep. Dominicana	La campaña sobre control del paludismo se realiza mediante el uso de insecticida DDT, en todo el territorio nacional, además se mantienen obras de drenaje construídas antiguamente y control profiláctico con antipalúdicos.
Venezuela	De las 630.950 casas en la zona malárica se han rociado 532.958, utilizando 414.527 Kg. de insecticida al 100% y aplicando un promedio de 1,65 rociamientos por casa. Han sido protegidos más de 2 millones de habitantes en 23.400 lugares.
Belice	Rociamiento de todas las casas dentro del territorio con DDT en solución de Xilol. Se distribuyen gratuitamente pastillas de paludrina en las escuelas y clínicas.
Guadalupe	Un servicio especializado provisto de medios importantes de acción y sufragado con un presupuesto especial (FIDOM Etat) ejerce sus funciones en el curso de una campaña renovada cada año, con miras a hacer desaparecer este flagelo de Guadalupe. Este servicio procede mediante su acción contra el agente vector (acción larvícida contra los criaderos del anofeles, e imagocida mediante rociamiento de casas y contra el parásito sanguíneo - profilaxis medicinal mediante distribución de agentes terapéuticos específicos).
Guayana Británica	Mientras se continuaba extendiendo el procedimiento de control de la barrera "estratégica" en las tierras costeras durante 1953, fueron puestos bajo control las dos últimas regiones remotas del interior en Cuyuni y el Río Barama. El número total de casos de paludismo notificados fué de 114 de los cuales 30 fueron confirmados microscópicamente, todos ellos procedentes de zonas fluviales.
Guayana Francesa	Reducción de más de 98% de los casos de paludismo gracias a la lucha contra el mosquito. Eliminación de las zonas habitadas por el vector principal, <u>Anopheles darlingi</u> .

CUADRO 36

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DEL PALUDISMO EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Islas Leeward - Antigua	Por primera vez en su historia no hubo notificaciones de paludismo contraído en Antigua. Hay vigilancia y control continuos de los focos anteriores.
Islas Leeward - Montserrat	Exámenes de laboratorio y medidas contra el mosquito.
Islas Leeward - San Cristóbal y Nieves	Desde que se iniciara el programa de rociamiento con DDT en 1950, no se ha notificado ningún caso nuevo en la Presidencia (división político-administrativa) mientras que solían ocurrir más de 100 casos anualmente en los años anteriores.
Islas Vírgenes (E.U.A.)	El paludismo no presenta problema, sin embargo esta enfermedad existe en potencia ya que se encuentra en las islas el mosquito vector, <u>Anopheles albimanus</u> .
Islas Windward- Dominica	Las cifras de casos de paludismo revelan una disminución considerable de 1825 en el año 1950 a 546 en el año 1953 y son un índice de los resultados de las medidas antimaláricas adoptadas.
Islas Windward- Sta. Lucía	Con la ayuda de la OMS y UNICEF se inició en 1953 un programa de control de insectos. El número de casos notificados alcanzó aproximadamente a la mitad de las cifras para 1952.
Islas Windward- San Vicente	Control satisfactorio.
Jamaica	El control del paludismo fué combinado con el programa de control de insectos, que ahora funciona dentro del convenio tripartito entre el Gobierno de Jamaica, UNICEF y la OMS.
Martinica	El número de casos es muy reducido. El <u>Anopheles</u> es relativamente poco numeroso. Deseccación de ciertas regiones pantanosas.
Puerto Rico	La baja incidencia en los últimos años obliga a la investigación del origen de casos. La mayoría de ellos resulta ser casos importados o en tránsito.
Surinam	El Paludismo está disminuyendo constantemente en la región costera. Los factores que contribuyen a esta disminución son las condiciones ecológicas, mejores servicios para la atención médica, propensión de la población rural a hacerse cada vez más consciente de utilizar los servicios médicos, mejores medicamentos, mejor vigilancia de la gente que viene del interior o va a él, uso mayor de mosquiteros de cama y rociamiento de las casas con DDT.

CUADRO 36

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DEL PALUDISMO EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Trinidad y Tabago	Encuestas escolares con servicio de diagnóstico de proyección de diapositivas; investigaciones de anofelinos; rociamiento de bromelias con sulfatos de cobre; rociamiento de casas con DDT residual; programa de erradicación en Tabago; tratamiento larvicida de todas las extensiones de agua, etc.

CUADRO 37

NUMERO DE CASOS Y DEFUNCIONES NOTIFICADOS DE PESTE Y TASAS
POR 100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Países	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
CASOS								
Argentina	2	0,0	-	-	1	0,0	-	-
Bolivia	22	0,7	10	0,3	55	1,8	-	-
Brasil (a)	55	0,1	20	0,0	65	0,1	10	0,0
Costa Rica . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	28	0,9	35	1,1	44	1,3	...	...
Estados Unidos . .	3	0,0	1	0,0	-	-	...	...
Perú	35	0,4	23	0,3	26	0,3	b) 163	1,9
Venezuela	5	0,1	8	0,2	-	-	1	0,0
DEFUNCIONES								
Argentina	2	0,0	-	-	1	0,0	...	...
Bolivia	10	0,3	6	0,2	8	0,3	-	-
Brasil (a)	10	0,0	4	0,0	6	0,0	1	0,0
Costa Rica	1	0,1	-	-	-	-	-	-
Ecuador (c) . . . . .	-	-	-	-	-	-	...	...
Estados Unidos . .	1	0,0	-	-	-	-	d)	-
Perú	77	1,0	73	0,9	60	0,7	...	...
Venezuela	1	0,0	3	0,0	-	-	-	-

(a) Confirmados y notificados del territorio nacional a las autoridades sanitarias en el Distrito Federal y las Capitales de Estados.

(b) Informe revisado.

(c) Ciudades capitales de provincias.

(d) Estimado basado en una muestra del 10% de los certificados de defunción.

CUADRO 38

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA PESTE EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Argentina	<p>Para prevenir la enfermedad se ha dictado la Ley nacional 11.843, y con el uso del DDT, las intensas desratizaciones y las construcciones a prueba de ratas, se han obtenido los buenos resultados actuales.</p> <p>Todos los puertos fluviales y de ultramar se han colocado en las condiciones exigidas por el Reglamento Sanitario Internacional, existiendo un Servicio de Lucha Antipestosa en todos los puertos. Se ha intensificado la investigación de peste selvática; en 1949 se investigó peste en 20.000 múridos y en 1953 en 150.000. El índice <u>X. cheopis</u> es inferior al 20% por animal, y durante meses se ha comprobado la inexistencia de este importante vector.</p> <p>El Instituto Malbrán tiene una Sección de Investigación de peste para las formas urbanas, rural y selváticas. En los años 1946/47 nuestros técnicos aplicaron en 11 casos de peste humana, estreptomycinina con gran éxito, coincidiendo con lo que ha aconsejado ahora el Comité de Expertos en Peste de la O.M.S., reunido en Bombay en 1953, quien afirma que el empleo de este antibiótico puede reducir la mortalidad a menos del 10%, aún en las formas neumónicas y septicémicas.</p>
Bolivia	<p>La peste es un serio problema para Bolivia. Su aparición en el territorio data de hace algo más de 30 años. Empezó en el sur de la República a poca distancia de la frontera con la Argentina y luego avanzó a saltos hasta llegar a unos 100 k m. al norte de la ciudad de Santa Cruz. La infección ha abarcado una faja larga y estrecha de 550 k m. de norte a sur por un ancho de 80 a 120 k m. de este a oeste. Al principio fué netamente selvática; más tarde, con la importación de ratas durante la guerra del Chaco se presentaron concomitantemente varios brotes de peste doméstica. Los brotes de avance fueron todos de peste selvática. Los hospederos de la peste doméstica son el <u>Ratus ratus alexandrinus</u> y el <u>Ratus, ratus, ratus</u>. Como reservorios de la peste selvática hasta ahora han sido identificados el <u>Phyllotis wolffsomai</u> y el <u>Hesperomyia venustus</u> de entre varias especies examinadas. Esta endemia es controlada por el Departamento de Peste de la División de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Higiene y Salubridad. Tiene su sede en Sucre, dispone de un laboratorio bastante bien equipado. Brotes de peste se presentan cada año, casi sin excepción en diversas localidades sin llegar a convertirse en epidemias de consideración por la vigilancia permanente que se ejerce.</p> <p>La investigación del mecanismo de la peste selvática y de la búsqueda de algún medio que permita detener su avance hacia el valle del Amazonas y mejorar su control en el área ya afectada, tiene asegurada la eficaz cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana.</p>
Brasil	<p>El Servicio Nacional de Peste, subordinado al Departamento Nacional de Salud, comprende órganos centralizados, técnicos, administrativos y de campo, o sea la Sección de Epidemiología, Sección de Or-</p>

CUADRO 38

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA PESTE EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Brasil, cont.	<p>ganización y Control y la Sección de Administración. Los distritos ejecutan un programa que incluye tratamiento de casos de peste humana, trabajos de laboratorios de diagnóstico, profilaxia con medidas anti-ratas y anti-pulgas, y la educación sanitaria de la población rural. Las unidades de trabajo, bajo el control de un médico especializado, cubren toda el área endémica de peste comprendiendo más de 200 municipios y los principales puertos y ciudades del sur que actualmente están libres de peste. El trabajo de campo se ha concentrado en los lugares donde ocurrió un caso de peste, extendiéndose la acción intensiva de profilaxia a una distancia de 6 Km.</p> <p>El número más grande de casos ocurrió en el Estado Alagoas, seguido en importancia por Pernambuco y Bahía. En el Estado de Ceará hubo casos de peste en 1950 y 1951, mientras que en Paraíba se han registrado casos positivos en 1950 y en el Estado de Río de Janeiro en 1952 solamente.</p> <p>El servicio considera sus trabajos de investigación como punto básico de su programa. Tales estudios se refieren particularmente a los métodos de inmunización, de diagnóstico y tratamiento, encuesta sobre la fauna de roedores, sensibilidad de roedores a la peste, epidemiología de la peste y conservación del virus en el organismo de vectores en focos silenciosos. (Condensado del Informe a la XIV CSP, pág. 9-17.)</p>
Canadá	No se han registrado casos humanos confirmados en los últimos años.
Cuba	No existe en Cuba; pero se mantiene servicio permanente de desratización.
Ecuador	Programa en pleno desarrollo.
Estados Unidos	No se comprobó ningún caso humano en 1953. Durante el año se confirmaron infecciones en animales y en pulgas de animales.
México	Examen de roedores en los puertos; certificados de fumigación e inspección de barcos.
Panamá	No existe esta enfermedad en el país. El control se efectúa en los puertos internacionales de Balboa y Cristóbal por la Oficina de Salud Pública de la Zona del Canal, según convenio establecido entre la República de Panamá y los Estados Unidos de América.
Paraguay	El Departamento de Epidemiología cuenta con la lucha antirrata, no conociéndose casos hace más de 30 años.
Perú	Esta enfermedad ha dejado de ser problema en las ciudades importantes y en los puertos, donde no se presentan casos desde 1947. En

CUADRO 38

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA PESTE EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Perú, cont.	<p>cambio sí es un serio problema en las localidades pequeñas de las zonas rurales de media altura (1.000 a 2.000 metros) sobre el nivel del mar, especialmente en áreas de abundante vegetación silvestre en la zona fronteriza con Ecuador. Un estudio de los últimos brotes ha permitido demostrar, en esa zona, la presencia exclusiva de roedores silvestres infectados, incriminados como los únicos responsables de los casos humanos. La presencia de estos roedores infectados de peste en una zona de vegetación exuberante, donde son grandes su número y variedad, significa un problema de primera magnitud para Perú y para Ecuador, cuyas proyecciones no es posible prever aún.</p>
Venezuela	<p>Dos campamentos antipestosos con 26 empleados controlan la zona afectada permanentemente. Clasificación, autopsia y examen de roedores. Dedetización periódica en todas las casas. Envenenamiento a base de arsénico en la zona forestal y Warfarin en las casas.</p>
.	
Guayana Británica	<p>Se llevó a cabo en 1953 una campaña de exterminio de ratas con el uso de rodenticidas. Fueron exterminadas en total 2,642 ratas.</p>
Hawaii	<p>Inmunización anual voluntaria en la zona pestosa. Dosis de reactivación disponibles cuando se descubren casos humanos o en roedores. Programa extenso de control de roedores, con pruebas de laboratorio para el descubrimiento de peste. Espolvoreo regular con DDT y rociamiento anual con lo mismo en la zona pestosa.</p> <p>La infección de peste se encuentra en el Territorio de Hawaii en dos zonas: una, ubicada en Maui en el Distrito de Makawao, la otra, en el Distrito de Hamakua, Hawaii. El objetivo básico de los programas actuales de vigilancia y control, en funcionamiento al presente en el Territorio, es proporcionar a la gente que reside en la zona endémica de peste y en el resto del Territorio la protección máxima que sea factible contra la infección de peste. Orientados a este fin se realizan programas de vigilancia y control en las zonas endémicas de Hamakua y Maui y se emprenden actividades de vigilancia de la peste en los puertos de Hilo, Kahului y Honolulu y zonas adyacentes a ellos.</p> <p>Se acomete la vigilancia de la peste a fin de determinar la ubicación y magnitud de la infección de peste en roedores y pulgas de éstos existente en una región dada. Se obtienen los roedores, que son examinados, mediante trampas, golpes con palos, muerte por gas o por recolección de los ya muertos. Se llevan estos roedores al laboratorio donde junto con sus pulgas son examinados para evidenciar la infección de peste. Se realiza la vigilancia de la peste a través de las zonas endémicas conocidas haciendo particular énfasis en el</p>

CUADRO 38

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA PESTE EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Polfticas	Estado del Programa
Hawaii, cont.	<p>descubrimiento de infección de peste en localidades y zonas inmediatamente adyacentes a ellas. Para acometer este tipo de vigilancia de peste, es decir, para garantizar que cada localidad en la región sea verificada diariamente, se requiere tener en funcionamiento continuo un gran número de trampas de resorte. Aunque se hace énfasis en el descubrimiento de infección de peste en localidades y zonas adyacentes a éstas, también se presta atención a la delimitación correcta del área total abarcada. Se llevan a cabo continuamente actividades de vigilancia en la parte de Hilo de la zona pestosa en la isla de Hawaii y también fuera de la zona endémica de peste en Maui.</p> <p>Los fines del programa, que por cierto son a largo plazo, son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) La reducción del número de roedores (2) La reducción del número de pulgas (3) La eliminación de refugios de roedores y fuentes de alimentos en edificios y lugares adyacentes a éstos. (4) El fomento de medidas de protección contra las ratas a fin de romper la estrecha asociación entre el hombre, los roedores y pulgas de éstos. (5) Investigaciones en el terreno y el laboratorio para determinar la información epidemiológica y la validez de los procedimientos de control en uso o en proyecto. <p>Para alcanzar estos objetivos se realizan durante el año ciertas medidas preventivas y de control, las que incluyen atrampar, envenenar y matar por gas para reducir el número de roedores, limpieza y quema para reducir los refugios de roedores y fuentes de alimentos, rociamiento y espolvoreo con DDT para matar las pulgas.</p> <p>Cuando se descubre infección positiva de peste en roedores, en las pulgas de éstos o cuando ocurren casos humanos, estas medidas de control regulares se intensifican en las zonas específicas afectadas. Esta coordinación de vigilancia y operaciones de control es de importancia primordial desde el punto de vista de la protección de vidas humanas.</p>

CUADRO 39

NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE SARAMPION Y TASAS
POR 100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	4 703	27,3	5 014	28,4	12 733	70,5	14 372	78,2
Bolivia (a)	593	26,2	624	25,5	508	20,1	b) 506	19,5
Brasil (c)	2 389	30,1	1 213	14,7	1 820	21,4	2 439	29,6
Canadá (d)	55 653	406,6	61 300	438,4	56 178	390,0	57 871	392,2
Colombia	19 508	248,4	14 678	175,8	17 275	234,7	26 438	269,2
Costa Rica	587	73,3	564	68,4	469	55,0	1 197	135,8
Cuba	496	9,4	543	10,2	283	5,2	...	...
Chile	1 038	17,9	3 520	60,0	e) 4 136	69,6	e) 8 297	137,7
Ecuador . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador (a)	1 916	257,9	3 087	356,9	3 117	338,1	e) 1 254	141,2
Estados Unidos	319 124	211,0	530 118	345,6	683 077	438,6	449 146	283,7
Guatemala	1 377	49,1	792	27,4	3 657	122,9	...	...
Haití	539	17,5	109	3,5	57	1,8	...	...
Honduras . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
México	23 921	92,6	32 221	121,4	16 788	61,5	...	...
Nicaragua	31	2,9	465	42,6	683	60,5	1 002	86,0
Panamá	1 221	163,2	468	61,0	1 074	136,8	929	115,6
Paraguay (a)	2 451	212,4	724	61,2	467	38,5	...	...
Perú (a)	10 709	317,8	8 921	254,7	6 699	196,3	f) 4 041	117,0
Rep. Dominicana	145	6,8	935	42,8	42	1,9	...	...
Uruguay	6 183	257,9	1 441	59,1	1 452	58,5	3 651	144,7
Venezuela (a,e)	9 027	342,2	10 304	364,1	8 492	285,5	9 158	294,6
Otras Entidades								
Alaska	364	265,7	1 565	972,0	298	156,0	2 142	1044,9
Belice	258	382,6	189	271,4	9	12,3	142	187,4
Barbada	-	-	-	-	-	-	-	-
Bermuda	318	836,7	13	33,9	2	5,2	7	17,8
Guadalupe . . . . .	...	...	202	65,7	8	2,6	2	0,6
Guayana Br. . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Guayana Fr. . . . .	...	...	...	...	45	154,0	30	101,5
Hawaii	80	16,3	8 083	1572,6	5 346	1024,1	142	27,2
Islas Bahamas	162	205,1	2	2,5	4	4,8	-	-
Islas Leeward:								
Antigua . . . . .	...	...	...	...	...	...	1 782	3640,2
Islas Vírgenes . . . . .	...	...	...	...	56	775,1	2	27,1
Montserrat	-	-	-	-	144	1059,8	-	-
S. Crist. y Nieves	-	-	-	-	120	238,0	251	482,5
Islas Vírgenes	-	-	146	584,0	85	354,2	1	4,0
Islas Windward:								
Dominica	1	1,9	9	16,4	1 753	3130,4	.1	1,8
Granada . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Santa Lucía	-	-	2 187	2700,7	17	20,6	39	46,5
San Vicente	-	-	-	-	-	-	36	49,5
Jamaica . . . . .	...	...	...	...	...	...	1	0,1
Martinica	23	8,2	65	22,8	5	1,7	-	-
Puerto Rico	2 004	90,8	3 587	160,8	1 471	65,9	1 761	79,3
Trinidad y Tabago	594	93,9	33	5,1	20	3,0	...	...

- (a) Corresponde a las áreas de notificación.
(b) Informe revisado.
(c) Area de notificación (Cuadro 14).
(d) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.
(e) Provisional.
(f) Hasta noviembre.

CUADRO 40

NUMERO DE DEFUNCIONES DE SARAMPION Y TASAS POR
100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	138	0,8	123	0,7	126	0,7	...	...
Bolivia	121	4,0	101	3,3	98	3,2	132	4,2
Brasil (a)	619	10,8	263	4,5	335	5,5	...	...
Canadá (b)	173	1,3	177	1,3	236	1,6	140	0,9
Colombia	1 870	16,5	906	7,8	721	6,0	1 843	15,2
Costa Rica	52	6,5	59	7,2	65	7,6	72	8,2
Cuba . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	96	1,7	117	2,0	c) 125	2,1	c) 469	7,8
Ecuador (d)	113	16,6	148	21,1	234	32,6	...	...
El Salvador	525	28,3	458	24,3	1 168	61,3	c) 225	11,7
Estados Unidos	468	0,3	683	0,4	618	0,4	e) 510	0,3
Guatemala	2 170	77,4	784	27,2	2 457	82,6	...	...
Haití . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	326	22,8	386	26,3	440	29,1	...	...
México	7 687	29,8	11 375	42,9	4 466	16,4	...	...
Nicaragua	62	5,9	174	15,9	354	31,4	128	11,0
Panamá	112	15,0	76	9,9	f) 49	6,2	127	15,6
Paraguay (g)	17	1,5	13	1,1	...	...	...	...
Perú	3 007	37,1	2 164	26,2	1 318	15,6	...	...
Rep. Dominicana	8	0,4	35	1,6	28	1,3	...	...
Uruguay	37	1,5	39	1,6	...	...	...	...
Venezuela (h)	440	8,8	369	7,2	351	6,7	315	5,9
Otras Entidades								
Alaska	3	2,2	2	1,2	1	0,5	...	...
Belice	2	3,0	1	1,4	-	-	4	5,3
Barbada	-	-	4	1,9	-	-	-	-
Bermuda . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Guadalupe . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Guayana Británica	12	3,0	...	...	...	...	12	2,7
Guayana Francesa . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Hawaii	-	-	3	0,6	2	0,4	...	...
Islas Bahama	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Leeward:								
Antigua	-	-	-	-	-	-	2	4,1
Islas Vírgenes	-	-	-	-	-	-	-	-
Montserrat	1	7,4	-	-	-	-	-	-
S.Crist. y Nieves	-	-	-	-	5	9,9	1	1,9
Islas Vírgenes . . . . .	-	-	-	-	-	-	...	...
Islas Windward:								
Dominica	-	-	5	9,1	5	8,9	-	-
Granada	-	-	1	1,3	2	2,6	...	...
Santa Lucía	1	1,3	10	12,3	-	-	-	-
San Vicente	-	-	-	-	-	-	26	35,8
Jamaica	-	-	-	-	-	-	-	-
Martinica . . . . .	...	...	7	2,5	1	0,3	-	-
Puerto Rico	36	1,6	55	2,5	16	0,7	c) 28	1,3
Trinidad y Tabago	6	0,9	-	-	-	-	-	-

- (a) Distrito Federal y Capitales de Estados, (e) Estimado basado en una muestra del excluyendo la ciudad de São Paulo. 10% de los certificados de defunción.
(b) Exclusive Yukón y los Territorios del (f) Informe revisado.
Noroeste. (g) Corresponde a las áreas de notificación.
(c) Provisional. (h) Causas de defunción mal definidas, distribuidas proporcionalmente entre las causas definidas.
(d) Ciudades capitales de provincias.

CUADRO 41

NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE SIFILIS Y TASAS PCR 100,000
HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	10 935	63,9	9 900	56,1	9 415	52,1	8 778	47,8
Bolivia (a)	2 786	123,1	2 740	112,2	2 128	84,0	b) 3 876	149,3
Brasil . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Canadá (c)	6 098	44,5	4 577	32,7	3 788	26,3	2 898	19,6
Colombia (a)	27 001	343,8	20 359	243,9	15 981	217,1	23 975	244,1
Costa Rica	1 030	128,6	583	70,7	650	76,2	824	93,5
Chile . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador (a)	14 088	1 896,1	11 186	1 293,2	8 808	955,4	d) 7 479	842,2
Estados Unidos	217 558	143,8	174 924	114,0	169 198	108,6	150 026	94,8
Guatemala	2 148	76,6	2 706	93,7	2 143	72,0	...	...
Haití	103 060	3 346,1	92 356	2 944,1	90 471	2 827,2	...	...
Honduras . . . . .	...	...	4 459	303,3	3 603	238,2	...	...
México	29 178	113,0	24 117	90,9	22 829	83,7	...	...
Nicaragua	2 883	272,1	2 206	201,9	2 044	181,1	2 466	211,7
Panamá	4 978	665,3	1 390	181,3	1 151	146,6	1 150	143,1
Paraguay (a)	7 657	663,5	6 344	536,3	5 492	452,9	...	...
Perú (a)	5 654	167,8	6 619	189,0	5 698	166,9	e) 4 636	134,2
Rep. Dominicana	7 182	337,0	8 227	376,9	901	40,3	...	...
Uruguay	1 280	53,4	836	34,3	537	21,6	335	13,3
Venezuela (a,d)	25 245	957,0	24 847	878,0	22 183	745,9	20 608	662,8
Otras Entidades								
Alaska	202	147,4	91	56,5	69	36,1	18	8,8
Barbada	-	-	-	-	-	-	-	-
Bermuda	90	236,8	65	169,5	41	105,8	42	106,9
Belice	253	375,2	185	265,6	81	110,7	232	306,1
Guadalupe	206	68,2	1 230	400,1	1 540	494,2	1 112	353,6
Guayana Británica	991	244,1	775	186,0	874	203,9	682	154,6
Hawaii	310	63,1	276	53,7	160	30,7	155	29,6
Islas Bahama	96	121,5	101	124,7	42	50,6	112	131,8
Islas Leeward:								
Antigua	238	528,0	...	...	118	248,0	150	306,4
Islas Vírgenes	45	649,9	69	975,3	75	1 038,1	58	786,4
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-
San Crist. y Nieves	318	667,9	600	1 216,5	342	678,3	467	897,7
Islas Vírgenes	105	388,9	880	3 620,0	104	433,3	118	472,0
Islas Windward:								
Dominica	107	198,1	152	276,4	123	219,6	140	245,6
Granada	1 050	1 363,6	466	589,9	280	359,0	351	423,9
Santa Lucía	374	470,5	624	770,6	320	388,5	700	834,3
San Vicente . . . . .	...	...	223	320,7	153	216,2	161	221,4
Jamaica	9 049	645,0	6 907	483,1	5 568	382,2	6 051	407,2
Martinica	-	-	50	17,5	26	9,0	14	4,8
Puerto Rico	8 499	384,9	7 381	330,8	6 360	284,8	4 688	211,2
Trinidad y Tabago	1 486	235,0	1 400	215,8	1 164	175,4	...	...

(a) Corresponde a las áreas de notificación.

(b) Informe revisado.

(c) Exclusive Yukón y los territorios del Noroeste.

(d) Provisional

(e) Hasta noviembre.

CUADRO 42

NUMERO DE DEFUNCIONES DE SIFILIS Y TASAS POR 100.000 HABITANTES
EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	719	4,2	687	3,9	541	3,0	...	...
Bolivia	236	7,8	180	5,9	279	9,0	324	10,4
Brasil (a)	2 453	42,8	2 205	37,4	2 083	34,4	...	...
Canadá (b)	369	2,7	301	2,2	297	2,1	283	1,9
Colombia	566	5,0	518	4,5	465	3,9	847	7,0
Costa Rica	48	6,0	54	6,5	79	9,3	68	7,7
Chile	363	6,3	303	5,2	c) 269	4,5	c) 193	3,2
Ecuador (d)	80	11,7	44	6,3	78	10,9	...	...
El Salvador	308	16,6	277	14,7	229	12,0	c) 190	9,8
Estados Unidos	7 568	5,0	6 274	4,1	5 719	3,7	e) 5 430	3,4
Guatemala	50	1,8	24	0,8	26	0,9	...	...
Haití	53	1,7	34	1,1	47	1,5	...	...
Honduras	18	1,3	17	1,2	20	1,3	...	...
México	1 897	7,3	1 624	6,1	1 511	5,5	...	...
Nicaragua	8	0,8	3	0,3	2	0,2	1	0,1
Panamá	19	2,5	13	1,7	f) 31	3,9	19	2,3
Paraguay (g)	280	24,3	277	23,4	...	...	...	...
Perú	165	2,0	208	2,5	174	2,0	...	...
Rep. Dominicana	145	6,8	210	9,6	169	7,6	...	...
Uruguay	322	13,4	280	11,5	...	...	...	...
Venezuela (h)	1 424	28,6	1 194	23,3	962	18,3	752	14,0
Otras Entidades								
Alaska	2	1,5	4	2,5	6	3,1	...	...
Barbada	129	61,7	138	64,8	147	67,7	146	66,1
Belice	3	4,4	4	5,7	-	-	1	1,3
Bermuda	1	2,6	1	2,6	1	2,6	-	-
Guadalupe . . . . .	...	...	...	...	...	...	1	0,3
Guayana Británica	52	12,8	56	13,4	38	8,9	43	9,8
Hawaii	17	3,5	15	2,9	14	2,7	...	...
Islas Bahama	2	2,5	1	1,2	-	-	-	-
Islas Leeward:								
Antigua	16	35,5	19	41,0	8	16,8	14	28,6
Islas Vírgenes . . . . .	...	...	3	42,4	1	13,8	1	13,6
Montserrat	13	96,0	9	66,2	11	81,0	13	95,0
S.Crist. y Nieves	24	50,4	35	71,0	27	53,6	26	50,0
Islas Vírgenes	6	22,2	8	32,0	3	12,5	...	...
Islas Windward:								
Dominica	12	22,2	12	21,8	12	21,4	16	28,1
Granada	18	23,4	15	19,0	14	17,9	...	...
Santa Lucía	15	18,9	52	64,2	39	47,4	4	4,8
San Vicente	19	28,3	5	7,2	23	32,5	34	47,8
Jamaica (h)	843	60,1	896	62,7	827	56,8	...	...
Martinica . . . . .	...	...	15	5,3	9	3,1	6	2,1
Puerto Rico	129	5,8	98	4,4	113	5,1	c) 66	3,0
Trinidad y Tabago	49	7,7	8	1,2	...	...	...	...

(a) Distrito Federal y Capitales de Estados, excluyendo la ciudad de São Paulo.

(b) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.

(c) Provisional.

(d) Ciudades capitales de provincias.

(e) Estimado basado en una muestra del 10% de los certificados de defunción.

(f) Informe revisado.

(g) Corresponde a las áreas de notificación.

(h) Causas de defunción mal definidas, distribuidas proporcionalmente entre las causas definidas.

CUADRO 43

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA SIFILIS Y OTRAS
ENFERMEDADES VENEREAS EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Argentina	<p>La Dirección de Lucha contra las Enfermedades Venéreas es la responsable del desarrollo de un plan nacional. Por ley de la Nación, el tratamiento de la sífilis es obligatorio y existen penalidades por su incumplimiento. Los organismos nacionales, provinciales y municipales son coordinados por esta Dirección, uniformando el tipo de material médico sanitario, la documentación clínica y la nomenclatura y clasificación de morbimortalidad de estas enfermedades. Entre las medidas vigentes figura la denuncia obligatoria de las fuentes de contagio y el tratamiento obligatorio del enfermo. Se fiscalizan y asesoran los laboratorios oficiales y privados que diagnostican estas enfermedades, y se favorece la lucha con la gratuidad de las medicaciones cuando corresponde. Se ejerce una vigilancia estrecha sobre la propaganda que hacen los profesionales, las clínicas y los laboratorios. Se lleva un registro de todos los centros y organismos del país dedicados a esta lucha. El tratamiento que es obligatorio se realiza con inyecciones de penicilina, en forma suficiente y gratuita.</p> <p>La fiscalización antivenérea se hace por: policía de foco y de contacto; retención de enfermos para el tratamiento; examen y certificado prenupcial y examen prenatal; catastro serológico e ilustración individual. La educación sanitaria antivenérea se hace por una constante difusión y propaganda hacia el individuo, al público en general, a grupos sociales y a la profesión del arte de curar, sea por acción directa o por propaganda. El Museo de Venereología es útil con la presentación de piezas caracterizando diversos aspectos de las lesiones. En esta lucha se cuenta con 1.088 organismos médicoasistenciales oficiales y privados.</p>
Bolivia	<p>El control de estas enfermedades se lleva a cabo, por ahora, exclusivamente en las capitales de departamento mediante dispensarios directamente dependientes del Departamento de Venéreas, creado en Noviembre de 1953, y clínicas en los centros de salud mantenidos por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. En la ciudad de La Paz existen 7 centros de tratamiento incluyendo la sección de Venéreas del Hospital General; en las demás ciudades funcionan dos centros y por lo general, uno, según la importancia de la población.</p> <p>El Departamento recién creado ha iniciado sus labores haciendo un estudio de la actual situación del problema, reorganizando los dispensarios en lo referente al equipo, adiestramiento del personal y tratamiento intensivo. La centralización de laboratorios es otro de sus objetivos. Más tarde se abocará el estudio de la legislación sobre enfermedades venéreas.</p>
Brasil	<p>La campaña contra las enfermedades venéreas está a cargo del Departamento Nacional de Salud que la realiza por medio de su Divi-</p>

CUADRO 43

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA SIFILIS Y OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Brasil, cont.	<p>sión de Organización Sanitaria. En 1953, la División disponía de 42 Dispensarios en las capitales y 71 en las ciudades del interior, 28 Centros de tratamiento rápido y cuatro puestos de profilaxia individual. La campaña se prosigue siempre en un régimen de cooperación entre el Gobierno Federal y los Gobiernos Estatales y otras entidades empeñadas en el combate de enfermedades venéreas.</p> <p>Los Dispensarios dieron un primer examen a 506 mil personas con 117 mil casos positivos, siendo el 41 por ciento enfermos de sífilis, el 42 por ciento de blenorragia y el 17 por ciento enfermos de otras enfermedades venéreas. Los Dispensarios efectuaron más de 3 millones y medio de visitas y un millón de exámenes de laboratorio. Los Centros de tratamiento rápido tenían unos 13 mil casos hospitalizados.</p>
Canadá	<p>La sífilis ha mostrado una continua tendencia decreciente en la tasa de mortalidad y en el número de casos notificados durante los últimos años. De 1950 a 1953, el número de defunciones disminuyó de 369 a 283 y el de casos notificados de 6,098 a 2,898. La blenorragia se ha mantenido en un nivel más elevado. De 16,106 casos notificados en 1950 bajó a 15,290 en 1953; el número de defunciones disminuyó de 3 en 1950 a 2 en 1953.</p>
Colombia	<p>Control de algunos casos por organismos de salubridad, suministros de tratamientos, labor de prevención y educación.</p>
Costa Rica	<p>Mediante encuestas serológicas concomitantes con la educación sanitaria y propaganda se intensifica la campaña en zonas de alta frecuencia, con magníficos resultados.</p>
Cuba	<p>Esta enfermedad no es de declaración obligatoria en Cuba. Funciona un Patronato que se ocupa de esta enfermedad.</p>
Chile	<p>Siguen disminuyendo en importancia, tanto en su aspecto clínico como epidemiológico, gracias a los eficaces medios terapéuticos y a las campañas efectuadas en los últimos años. Se ha dado especial importancia en estos programas a técnicas, tales como la investigación y tratamiento de contactos, el control de grupos sociales de alta morbilidad y censos serológicos de población.</p> <p>Las enfermedades venéreas desempeñan actualmente un papel muy limitado entre las causas de muerte. A pesar de que la incidencia de la blenorragia no es mucho menor que la de hace algunos años, debido en parte a las reinfecciones, su frecuencia es considerablemente inferior por su corta evolución.</p>
Ecuador	<p>Programa de demostración en Portoviejo, Manta y Bahía con penicilina. Control profiláctico en todas las cabezas de provincia. Ac-</p>

CUADRO 43

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA SIFILIS Y OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Ecuador, cont.	Actualmente se ha creado en Guayaquil un Departamento especial para realizar un programa ampliado a base de tratamiento con penicilina y seguimiento de los contactos.
El Salvador	Hay 48 centros de tratamiento antivenéreo, en toda la República. Se dispone de antibióticos en cantidades suficientes para el mantenimiento de las campañas.
Estados Unidos	El progreso en el control de las enfermedades venéreas queda demostrado por la tendencia descendente de la mortalidad general por sífilis, de la mortalidad infantil causada por esta enfermedad, y del número de ingresos en hospitales mentales con psicosis a consecuencia de sífilis.
Haití	Se ha creado en julio de 1952 una Sección de Control de Enfermedades Venéreas.
México	<p>Se están aplicando en todo el país tratamientos de penicilina en sífilis y blenorragia y de sulfaminas principalmente en chancro blando y Nicolás y Favre. Se dispone de suficiente cantidad de medicamentos para los enfermos que asisten a los servicios de la Secretaría. En diversos lugares de la República algunos pacientes contribuyen voluntariamente con el importe de su penicilina. Se está dando impulso al "descubrimiento de enfermos" que es lo que se considera fundamental.</p> <p>Actualmente se dan cursos breves sobre el estado actual en la prevención, diagnóstico y tratamiento a grupos importantes de médicos y parteras en diferentes lugares del país, buscando la importante colaboración de estos sectores.</p> <p>En los lugares en donde existe la prostitución reglamentada, se aplican tratamientos profilácticos a las prostitutas a base de inyecciones semanales de penicilina procaínica, con monoestearato de aluminio. Se está uniformando la técnica de laboratorio, practicando reacciones serológicas a base de cardiopipina.</p>
Nicaragua	Los casos declarados son los suministrados por los Centros de Salubridad. Los médicos particulares no cooperan en este programa.
Panamá	La campaña Anti-Venérea cubre especialmente las ciudades de Panamá, Colón, David y Puerto Armuelles. Los tratamientos de sífilis se hacen exclusivamente a base de penicilina. A través de las Unidades Sanitarias se está mejorando el descubrimiento de enfermos. Asimismo, se han incrementado las labores de Educación Higiénica. La prostitución esta prohibida por la ley, pero el Departamento de Salud Pública, por distintos motivos, se ve obligado a atender mujeres de vida promiscua, a quienes además de los exá-

CUADRO 43

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA SIFILIS Y OTRAS ENFERMEDADES
VENEREAS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Panamá, cont.	menes regulares se les inyecta como tratamiento profiláctico, penicilina de larga duración. Esto ha redundado en una disminución de los casos de sífilis y podemos resaltar que en el último año el Departamento no ha recibido notificación de ningún caso de sífilis congénita.
Paraguay	Constituye también un problema sanitario importante, estando en ejecución una campaña intensiva de control y tratamiento antivenéreo que se apoya en los Centros de Salud.
Perú	El Departamento de Venereología ha sido reorganizado a partir de 1952 y actualmente se emplean los procedimientos modernos de control.
Rep. Dominicana	Procedimiento de control: curaciones de los casos y contactos en los dispensarios correspondientes; control serológico de los casos y contactos; control serológico de mujeres embarazadas; tratamiento profiláctico a mujeres prostitutas.
Uruguay	<p>A consecuencia de propaganda, el uso de antibióticos en todos los dispensarios de la República y la labor intensa del Departamento de Asistencia y Profilaxis Venérea, el número de casos registrados por los varios servicios siguió bajando de 2.836 casos en 1947 a 494 casos en 1953; de éstos 384 en la Capital y 110 en zonas rurales. De las más de 30.000 personas que se consultan al año, una tercera parte se presentó en la Capital y el resto en zonas rurales.</p> <p>En el Servicio Sanitario de Higiene Sexual pasan visita médica 2 veces por semana las meretrices y cada 3 semanas a las que no tienen antecedentes de sífilis se las somete a examen serológico; el porcentaje de enfermas bajó del 29,0% en 1950 a 1,5% en 1953. Además, se continuó aplicando las disposiciones legales vigentes que imponen el tratamiento obligatorio a enfermos venéreos en período de contagio.</p> <p>Se adoptaron medidas encaminadas, a base de reservas rotativas, a asegurar el regular suministro de penicilina y de los diversos productos antisifilíticos en todos los dispensarios del país.</p> <p>Las campañas antivenéreas, llevadas al público y a las escuelas, consistieron en actos públicos, charlas radiales, conversaciones, distribución de hojas volantes, etc. y culminaron cada año en una Semana Antivenérea. (Condensado del Informe a la XIV CSP, páginas 9-16.)</p>
Venezuela	Realizan funciones de hallazgo de casos y tratamiento gratuito 211 dispensarios antivenéreos, de los cuales 148 son rurales, en conexión con las Unidades Sanitarias, Centros de Salud y Medicaturas Rurales.

CUADRO 43

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA SIFILIS Y OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Alaska	Investigación de contactos (en su mayoría militares) con tratamiento por médicos particulares dentro del programa del Departamento de Salud.
Barbada	Clínicas de enfermedades venéreas en los hospitales y centros de salud.
Belice	Las clínicas de enfermedades venéreas funcionan en todos los hospitales dentro del territorio. El tratamiento es gratuito. El seguimiento de contactos a cargo de las enfermeras de salud pública se inició en 1953.
Bermuda	Examinación de los manipuladores de alimentos y empleados de hoteles.
Guadalupe	Las enfermedades venéreas son descubiertas por los médicos en sus consultorios y en los dispensarios dependientes de la Dirección Departamental de Salud donde se tratan gratuitamente. Los casos de estas enfermedades y particularmente de sífilis son todavía bastante numerosos en Guadalupe.
Guayana Eritánica	El control se limita al diagnóstico de laboratorio de los casos sospechosos y a su tratamiento; pesquisa de casos que se consideran como fuente de la infección y tratamiento de aquéllos que se encuentran infectados.
Guayana Francesa	Estudio en preparación.
Hawaii	Programa restringido debido a la disminución de enfermedades venéreas y fondos disponibles. La llegada de tropas militares numerosas de zonas de alta prevalencia tal vez requiera una ampliación del programa. No hubo recientemente desarrollo significativo en el programa de control.
Islas Bahama	Clínicas regulares con seguimiento de contactos.
Islas Leeward - Antigua	La penicilina está reemplazando a los arsenicales y bismutos. Se está haciendo uso creciente de los centros de salud donde el tratamiento es gratuito.
Islas Leeward - Islas Vírgenes	Se observó una disminución en la incidencia de la sífilis temprana.
Islas Leeward - Montserrat	Examen de Kahn, clínicas de enfermedades venéreas, uso de penicilina y control de contactos.

CUADRO 43

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA SIFILIS Y OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Islas Leeward - San Cristóbal y Nieves	Las bases del programa son el mantenimiento de clínicas de enfermedades venéreas en ocho centros de la Presidencia (subdivisión política), el tratamiento rápido de sífilis con penicilina y el descubrimiento de casos nuevos por medio de la investigación epidemiológica de los casos conocidos. Hay una notable disminución en el número de casos nuevos de sífilis.
Islas Vírgenes (E. U. A.)	Durante mayo y junio de 1954 fué emprendido un programa de exámenes en masa por la División de Enfermedades Venéreas del Servicio de Salud Pública en cooperación con el Departamento de Salud. Aproximadamente 50% del total de la población (28.000) de las islas fueron examinados; todos los participantes recibieron 600.000 unidades de penicilina procaínica al 2% de monoestearato de aluminio como tratamiento profiláctico contra la gonorrea y la sífilis primaria o ambas. Escasamente encima del 11% de aquéllos examinados tuvieron reacciones VDRL franca o débilmente positivas. Este programa condujo al descubrimiento de 709 casos no conocidos anteriormente que necesitaban tratamiento y se trataron nuevamente otros 486. Los 1.195 casos diagnosticados como sífilis constituyen el 9,7% de aquéllos examinados. Al presente y debido principalmente a la reducción en los fondos Federales de Enfermedades Venéreas, no existe virtualmente en las Islas ningún programa de control de estas enfermedades. Se dispone de servicios de diagnóstico y tratamiento extremadamente limitados a través de las clínicas de hospitales para pacientes externos, pero en realidad no existe un programa activo de descubrimiento de casos.
Islas Windward-Santa Lucía	No hay programa especial de control. Se han establecido clínicas en la mayoría de los puestos médicos.
Islas Windward-San Vicente	El progreso no es satisfactorio.
Jamaica	Los programas para el control de las enfermedades venéreas y de la frambesia fueron puestos bajo la dirección de un especialista. Estuvo en consideración al finalizar el año un programa extenso para la erradicación de estas enfermedades, con la participación de la OMS. Se exhiben películas sobre salubridad al público en general. Se dictan conferencias con ilustraciones a estudiantes universitarios, enfermeras, funcionarios encargados de hacer dar cumplimiento a la ley, etc.
Martinica	Incremento en el descubrimiento de casos pero las notificaciones se hacen irregularmente.

CUADRO 43

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA SIFILIS Y OTRAS ENFERMEDADES
VENEREAS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Puerto Rico	Se ha observado un descenso en la incidencia de sífilis temprana mientras que las infecciones gonocócicas se mantienen estacionarias. El número de casos de sífilis informados para el año 1951 fué de 7.381 comparado con 6.360 en 1952; los casos de gonorrea para el año 1951 fueron 6.706 comparado con 6.575 en el año 1952.
Surinam	En 1950 fué empleado un segundo especialista en enfermedades venéreas para el servicio de medicina preventiva. Se determina el origen de los contactos los cuales se examinan y someten a un tratamiento si es necesario. Esto es posible gracias a una nueva legislación y con el uso de drogas nuevas se observan menos complicaciones de estas enfermedades.
Trinidad y Tabago	Servicio de clínicas de diagnóstico y tratamiento. Reacciones serológicas de adultos y mujeres grávidas. Educación en enfermedades venéreas. Clínicas en el interior.

CUADRO 44

NUMERO DE CASOS Y DEFUNCIONES NOTIFICADOS DE TIFUS Y TASAS POR
100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
CASOS								
Argentina	2	0,0	4	0,0	3	0,0	a) 8	0,0
Bolivia (b)	218	9,6	99	4,1	85	3,4	c) 409	15,8
Brasil (d)	22	0,3	8	0,1	12	0,1	7	0,1
Canadá (e)	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia (b)	2 691	34,3	1 844	22,1	1 998	27,1	1 872	19,1
Costa Rica	30	3,7	31	3,8	14	1,6	f) 13	1,5
Cuba (f) . . . . .	...	...	4	0,1	...	...	...	...
Chile	473	8,2	593	10,1	a) 266	4,5	a) 165	2,7
Ecuador	407	12,7	747	23,0	551	16,4	...	...
El Salvador (b)	23	3,1	22	2,5	29	3,1	a) 52	5,9
Estados Unidos . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	33	1,2	38	1,3	17	0,6	...	...
México	1 223	4,7	1 115	4,2	1 018	3,7	...	...
Panamá	-	-	4	0,5	2	0,3	-	-
Paraguay (b)	15	1,3	25	2,1	...	...	...	...
Perú (b)	1 490	44,2	948	27,1	972	28,5	g) 346	0,0
Rep. Dominicana	1	0,0	-	-	...	...	...	...
Venezuela (a,b)	176	6,7	84	3,0	66	2,2	49	1,6
Hawaii	12	2,4	5	1,0	6	1,1	3	0,6
Jamaica	33	2,4	25	1,7	7	0,5	18	1,2
Martinica	1	0,4	3	1,1	1	0,3	1	0,3
Puerto Rico	27	1,2	10	0,4	5	0,2	2	0,1
DEFUNCIONES								
Argentina	10	0,1	3	0,0	1	0,0	...	...
Bolivia	58	1,9	56	1,8	39	1,3	25	0,8
Brasil (h)	3	0,1	1	0,0	1	0,0	...	...
Canadá (e)	-	-	-	-	1	0,0	1	0,0
Colombia	644	5,7	663	5,7	653	5,5	743	6,1
Costa Rica	1	0,1	4	0,5	2	0,2	-	-
Cuba . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	35	0,6	25	0,4	a) 8	0,1	a) 20	0,3
Ecuador (i)	31	4,6	33	4,7	38	5,3	...	...
El Salvador	6	0,3	-	-	1	0,1	a) -	-
Estados Unidos	46	0,0	44	0,0	27	0,0	-	-
Guatemala	13	0,5	21	0,7	18	0,6	...	...
México	723	2,8	738	2,8	655	2,3	...	...
Panamá	-	-	1	0,1	c) 1	0,1	-	-
Paraguay (b)	4	0,3	8	0,7	...	...	...	...
Perú	1 454	17,9	1 390	16,8	953	11,3	...	...
Rep. Dominicana . . . . .	-	-	-	-	-	-	...	...
Venezuela (j)	27	0,5	6	0,1	9	0,2	12	0,2
Hawaii . . . . .	-	-	-	-	-	-	...	...
Jamaica (j)	2	0,1	-	-	-	-	...	...
Martinica . . . . .	...	...	3	1,1	1	0,3	-	-
Puerto Rico	2	0,1	-	-	-	-	-	-

(a) Provisional.

(b) Corresponde a las áreas de notificación.

(c) Informe revisado.

(d) Area de notificación (Cuadro 14).

(e) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.

(f) Tifus murino.

(g) Hasta noviembre.

(h) Distrito Federal y Capitales de Estados, excluyendo la ciudad de São Paulo.

(i) Ciudades capitales de provincias.

(j) Causas de defunción mal definidas, distribuidas proporcionalmente entre las causas definidas.

CUADRO 45

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DEL TIFUS EN
LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Argentina	No constituye un problema para el país porque los índices de parasitación determinados en las poblaciones cordilleranas son sumamente bajos y fácilmente controlables. Las mejoras en el nivel de vida de las poblaciones, con aumento en los hábitos higiénicos, así como los tratamientos con insecticidas contra pulgas y el uso de raticidas residuales impiden la aparición de la enfermedad. Los pocos enfermos comprobados en los últimos cuatro años han sido siempre provenientes del extranjero.
Bolivia	El tifus es endémico en la zona fría de Bolivia; se presenta por encima de los 2.600 metros de altitud aproximadamente. La morbilidad fluctúa dentro de lo normal entre 3 y 9 por 100.000 habitantes, con exacerbaciones cada cierto número de años. En el presente año de 1954 fueron afectadas varias localidades, entre ellas la ciudad de La Paz, debido al movimiento inusitado de campesinos. Todos estos brotes, que pudieron haberse convertido en epidemias más o menos extensas, fueron restringidos por la labor de control. Se ha dejado de lado la dedetización periódica de personas, ropas y camas como medio preventivo, porque apenas beneficiaba a un grupo muy reducido de personas en la vastedad del Altiplano. El control se establece ahora mediante el bloqueo de los brotes, por la dedetización intensiva, en cuanto se producen, lo que requiere naturalmente una notificación rápida. Por otra parte sólo se podrá erradicar el tifus habituando al campesino a la limpieza corporal. En el sostenimiento de este servicio coopera UNICEF proveyendo material.
Canadá	No se han notificado casos de tifus en los últimos años. Hubo una defunción en 1952 y otra en 1953 y se presume que estos casos contrajeron la enfermedad fuera del Canadá.
Colombia	Control local de los casos por organismos de salubridad. Dedetizaciones.
Costa Rica	En Costa Rica esta enfermedad es rara.
Cuba	Enfermedad de declaración obligatoria en Cuba. Algunos casos de tifus murino. Medidas clásicas de control.
Chile	Las estadísticas chilenas consideran, en conjunto, las dos formas de tifus: exantemático y murino, cuyos índices generales de morbilidad y mortalidad son bajos. La tipificación realizada en los grandes centros urbanos, permite afirmar que los casos comprobados corresponden a tifus murino. El tifus exantemático persiste con carácter endémico y con muy baja incidencia, en algunas zonas rurales del sur del país, especialmente entre la población indígena.

CUADRO 45

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DEL TIFUS EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Chile, cont.	<p>La infestación pediculosa, en cambio, es elevada en áreas urbanas y suburbanas del país y en las poblaciones menesterosas de las grandes ciudades. Por tal razón, se han realizado programas intensivos de desinsectización colectiva en grandes núcleos de población, especialmente de los barrios pobres, reducciones indígenas y centros para albergue de gente parasitada. Dichos programas se llevan a cabo en especial en las provincias de Tarapacá, Antofagasta, Santiago, Malleco, Arauco, Cautín, Valdivia, Osorno, Llanquihue y Chiloé. El programa de desinsectizaciones se ha intensificado año tras año. En 1953 se desinsectizaron 758 mil personas, 419 mil viviendas y una gran cantidad de camas y ropas.</p> <p>En algunos puertos del país, sobre todo en las provincias de Tarapacá y Antofagasta, se realizaron programas de desratización a base de aplicaciones de Warfarín, observándose disminución del número de casos de tifus murino.</p>
Ecuador	Programa de control de piojos dentro de la población indígena. E-tapa realizada.
El Salvador	Ocurren 5 o 6 casos dispersos de tifus murino cada año en todo el País.
Estados Unidos	Se notificaron 227 casos de tifus murino durante 1953, que representa un aumento de 22 por ciento sobre 1952. Este es el primer año desde 1945 en que el número de casos notificados no había disminuído.
México	<p>Determinación de índices de parasitación por <u>Pediculus humanus varcorporis</u> y <u>capitis</u> en poblaciones rurales y urbanas donde el padecimiento es endémico. Erradicación del sector del tifus epidémico por medio de diversos insecticidas residuales en todo el país, muy especialmente en el medio rural, dando importancia básica al cambio de hábitos nocivos, a las facilidades para lavado de ropa y baño. Adiestramiento de personal bilingüe y de plantilla. Propaganda y educación higiénicas intensivas.</p> <p>Utilización de productos (polvos DDT al 10%, brillantina y jabón) de diversos insecticidas residuales de precio bajo con el fin de que sean utilizados por el público de escasos recursos económicos. En los casos y brotes de tifus, confirmación y control de los mismos. Trabajos de experimentación de campo y de laboratorio, especialmente en relación con la posible aparición de cepas resistentes.</p> <p>Tifus murino: Determinación de localidades infectadas por medio de reacciones de fijación de complemento en casos humanos y en ratas. Promoción para que en las nuevas construcciones y en las</p>

CUADRO 45

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DEL TIFUS EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
México, cont.	<p>reformas a edificios se apliquen los sistemas a prueba de ratas. Uso de raticidas modernos de tipo residual y de insecticidas anti-pulga.</p> <p>Fiebre manchada: Desgarrapatización a base de tratamientos de insecticidas residuales de habitaciones y de animales domésticos. Intensificación de programas de educación en las zonas infectadas por el <u>Ripicephalus sanguineus</u>, procurando que el público sepa el peligro de poseer perros y habitaciones desaseadas y que se conozca el papel que la garrapata desempeña en la transmisión de la enfermedad. Uso de la vacuna específica; estudio de otros posibles vectores.</p>
Panamá	Existe tifus murino ocasionalmente. Se toman medidas cuando se presenta el caso.
Paraguay	Virtualmente no existe.
Perú	Existe campaña de control mediante despiojamiento colectivo en ciertas zonas del país. Se ensaya actualmente la vacunación con "cepa E avirulenta de <u>Rickettsia prowazeki</u> ".
Rep. Dominicana	No hay problemas. (Desde hace varias décadas no se ha presentado un caso.)
Venezuela	No hay campaña especial, puesto que el problema no tiene importancia en el país, excepto el control corriente de los casos.
.	
Hawaii	<p>Presente solamente el tifus murino. Actividades extensas de control de roedores y dedetización. Estudios de laboratorio sobre anticuerpos de tifus.</p> <p>El tifus endémico fué notificado en Honolulu por primera vez en 1933; 709 de los casos, es decir 64% del total para el Territorio, ocurrieron en Honolulu, en la isla de Oahu.</p> <p>El programa actual para el descubrimiento, prevención y control del tifus endémico en Honolulu tiene los siguientes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Determinación de anticuerpos de tifus en la sangre de ratas. (2) Reducción del número de roedores que viven en asociación estrecha con el hombre. (3) Reducción del número de pulgas de roedores en las zonas donde se ha descubierto tifus en el hombre o en ratas. (4) Fomento de sistemas a prueba de ratas tanto en edificios nuevos como en los ya existentes. (5) Educación de la población en los procedimientos de control de roedores y ectoparásitos de éstos.

CUADRO 45

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DEL TIFUS EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Hawaii, cont.	<p>Para lograr estos objetivos, (1) se capturan vivas las ratas y luego se sangran. Los sueros sanguíneos son enviados al Laboratorio del Centro de Enfermedades Transmisibles donde se realizan pruebas de fijación de complemento, (2) se envenenan y capturan con trampas, (3) se realizan actividades de espolvoreo y rociamiento con DDT en zonas donde se ha descubierto tifus, (4) se hace regularmente inspección de edificios y se presta asesoramiento sobre sistemas a prueba de ratas. Además se revisan los planos para edificaciones nuevas y se explican los requisitos básicos para un sistema a prueba de ratas, (5) se hacen contactos directos con el público por medio de los inspectores del control de roedores y de la oficina central, dando por resultado la diseminación de información sobre los problemas de la lucha contra las ratas y procedimientos de control. Además se dan conferencias a organizaciones comunales donde se exhiben películas sobre el control de roedores. La Oficina también colabora con el Ejército y la Marina en sus cursos de adiestramiento sobre el control de roedores.</p>
Islas Vírgenes (E. U. A.)	<p>Presente en grado menor como lo evidencian los tres casos ocurridos durante el año fiscal de 1952. No se considera esta enfermedad un problema de importancia especial en las Islas. Se realizaron en 1945 actividades extensas en sistemas a prueba de ratas en los establecimientos comerciales en St. Thomas.</p>

CUADRO 46

NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE TOS FERINA Y TASAS POR 100.000
HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	874	5,1	14 383	81,5	28 399	157,3	a) 20 152	109,6
Bolivia (b)	2 318	102,4	1 011	41,4	897	35,4	a) 2 324	89,5
Brasil (c)	5 083	88,7	5 627	94,6	5 691	93,0	5 980	103,6
Canadá (d)	12 182	89,0	8 889	63,6	8 520	59,1	9 385	63,6
Colombia (b)	25 842	329,0	26 956	322,9	21 246	288,6	22 771	231,9
Costa Rica	751	93,8	210	25,5	669	78,4	1 606	182,2
Cuba	195	3,7	153	2,9	39	0,7	...	...
Chile	2 879	49,8	13 385	228,2	e) 5 024	84,5	e) 3 028	50,3
Ecuador . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador (b)	3 063	412,2	1 822	210,6	1 083	117,5	e) 2 156	242,8
Estados Unidos	120 718	79,8	68 687	44,8	45 030	28,9	37 129	23,5
Guatemala	5 880	209,8	7 747	268,4	10 860	365,0	...	...
Haití	2 292	74,4	2 485	79,2	2 183	68,2	...	...
Honduras . . . . .	...	...	1 774	120,7	1 592	105,2	...	...
México	31 654	122,6	11 888	44,8	32 734	120,0	...	...
Nicaragua	52	4,9	118	10,8	1 044	92,5	1 877	161,1
Panamá	1 328	177,5	353	46,0	357	45,5	520	64,7
Paraguay (b)	2 178	188,7	4 330	366,0	2 847	234,8	...	...
Perú (b)	12 949	384,2	19 379	553,4	12 318	360,9	f) 13 228	382,9
Rep. Dominicana	327	15,3	118	5,4	7	0,3	...	...
Uruguay	2 909	121,3	1 239	50,8	874	36,2	938	37,2
Venezuela (b,e)	11 983	454,2	13 971	493,7	18 499	622,0	8 592	276,4
Otras Entidades								
Alaska	103	75,2	72	44,7	148	77,5	16	7,8
Barbada	-	-	-	-	-	-	-	-
Belice	42	62,3	173	248,4	194	265,1	199	262,6
Bermuda	35	92,1	35	91,3	1	2,6	-	-
Guadalupe	253	83,8	1	0,3	-	-	-	-
Guayana Británica	-	-	44	10,6	474	110,6	323	73,2
Hawaii	35	7,1	10	1,9	43	8,2	136	26,0
Islas Bahama	-	-	2	2,5	4	4,8	285	335,3
Islas Leeward:								
Antigua . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Islas Vírgenes	444	6411,6	53	749,1	1	13,8	-	-
Montserrat	13	96,0	654	4810,9	-	-	-	-
S. Crist. y Nieves	1 868	3923,1	287	581,9	-	-	73	140,3
Islas Vírgenes	164	607,4	64	256,0	1	4,2	2	8,0
Islas Windward:								
Dominica	1 774	3285,2	406	738,2	8	14,3	2	3,5
Granada . . . . .	...	...	...	...	23	29,5	...	...
Santa Lucía	-	-	-	-	42	51,0	-	-
San Vicente	56	83,5	24	34,5	920	1300,1	614	844,4
Jamaica . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Martinica	2	0,7	1	0,4	1	0,3	18	6,2
Puerto Rico	2 453	111,1	674	30,2	972	43,5	1 057	47,6
Trinidad y Tabago	54	8,5	1 086	167,4	968	145,9	...	...

(a) Informe revisado.

(b) Corresponde a las áreas de notificación.

(c) Area de notificación (Cuadro 14).

(d) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.

(e) Provisional.

(f) Hasta noviembre.

CUADRO 47

NUMERO DE DEFUNCIONES DE TOS FERINA Y TASAS POR 100.000
HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	378	2,2	318	1,8	257	1,4	...	...
Bolivia	1 125	37,3	736	24,1	428	13,9	977	31,2
Brasil (a)	443	7,7	468	7,9	380	6,3	...	...
Canadá (b)	308	2,2	202	1,4	142	1,0	134	0,9
Colombia	3 423	30,2	4 188	36,1	4 103	34,6	2 922	24,1
Costa Rica	130	16,2	72	8,7	125	14,6	223	25,3
Cuba . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	290	5,0	724	12,3	c) 503	8,5	c) 502	8,3
Ecuador (d)	176	25,8	182	26,0	70	9,8	...	...
El Salvador	697	37,5	408	21,7	208	10,9	e) 549	28,4
Estados Unidos	1 118	0,7	951	0,6	402	0,3	e) 310	0,2
Guatemala	3 210	114,5	3 052	105,7	5 921	199,0	...	...
Haiti	10	0,3	5	0,2	...	...	...	...
Honduras	1 162	81,4	904	61,5	781	51,6	...	...
México	11 888	46,0	8 738	32,9	8 871	32,5	...	...
Nicaragua	76	7,2	38	3,5	215	19,1	369	31,7
Panamá	284	38,0	201	26,2	f) 56	7,1	77	9,5
Paraguay (g)	32	2,8	103	8,7	...	...	...	...
Perú	7 211	89,0	7 928	95,9	7 573	89,9	...	...
Rep. Dominicana	327	15,3	64	2,9	47	2,1	...	...
Uruguay	141	5,9	64	2,6	...	...	...	...
Venezuela (h)	624	12,5	716	14,0	800	15,3	315	5,9
Otras Entidades								
Alaska	24	17,5	9	5,6	4	2,1	...	...
Barbada	12	5,7	35	16,4	4	1,8	2	0,9
Belice	5	7,4	3	4,3	-	-	7	9,2
Bermuda	4	10,5	...	...	...	...	...	...
Guadalupe . . . . .	...	...	1	0,3	...	...	...	...
Guayana Británica	-	-	-	-	47	11,0	64	14,5
Hawái . . . . .	-	-	-	-	-	-	...	...
Islas Bahama	-	-	-	-	-	-	4	4,7
Islas Leeward:								
Antigua	-	-	-	-	2	4,2	-	-
Islas Vírgenes . . . . .	...	...	1	14,1	-	-	-	-
Montserrat . . . . .	...	...	18	132,4	-	-	-	-
S. Crist. y Nieves	25	52,5	7	14,2	-	-	1	1,9
Islas Vírgenes . . . . .	-	-	-	-	-	-	...	...
Islas Windward:								
Dominica	76	140,7	38	69,1	1	1,8	-	-
Granada	-	-	-	-	23	29,5	...	...
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente	9	13,4	1	1,4	61	86,2	23	31,6
Jamaica (h)	34	2,4	115	8,0	45	3,1	...	...
Martinica . . . . .	...	...	-	-	-	-	1	0,3
Puerto Rico	183	8,3	38	1,7	37	1,7	c) 84	3,8
Trinidad y Tabago	1	0,2	13	2,0	4	0,6	...	...

- (a) Distrito Federal y Capitales de estados, excluyendo la ciudad de São Paulo.
 (b) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.
 (c) Provisional.
 (d) Ciudades capitales de provincias.
 (e) Estimado basado en una muestra del 10% de los certificados de defunción.
 (f) Informe revisado.
 (g) Corresponde a las áreas de notificación.
 (h) Causas de defunción mal definidas, distribuidas proporcionalmente entre las causas definidas.

CUADRO 48

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TOS FERINA EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Argentina	Es enfermedad de moderada morbilidad, comprobándose pequeños brotes epidémicos en la zona fría del país. Se ha intensificado la vacunación en los niños mediante vacuna pertussis en fase I, de acuerdo con los controles recomendados por la Oficina Sanitaria Panamericana. Desde 1949 a 1953 se vacunaron 350.000 niños, y en los primeros 6 meses de 1954, 84.000 niños. La vacuna va asociada en un 90% con los toxoides tetánico y diftérico.
Bolivia	Esta enfermedad es una de las causas más serias de la mortalidad infantil en el país. Los brotes anuales que por lo general se convierten en extensas epidemias acusan una mortalidad elevada; la tasa debe ser mucho más alta, ya que la notificación no proviene sino de una reducida parte de los habitantes. La práctica de la vacunación preventiva tiende a introducirse aunque en forma muy limitada. Se hace actualmente por los centros de salud y algunas jefaturas de sanidad provincial.
Brasil	La tos ferina constituye un problema de importancia en el cuadro de enfermedades transmisibles del país. Los servicios estatales de salud, por sus unidades sanitarias de distrito, y dentro de éstas el servicio de enfermedades transmisibles, procuran la mejor solución del problema práctico de inmunización del número mayor posible de niños. El Gobierno Federal, a través del Departamento Nacional del Niño en el Ministerio de Salud está prestando ayuda a las organizaciones estatales y particulares. Ya está en funcionamiento un laboratorio de vacuna anti-tos ferina con capacidad de unas 120.000 dosis anuales de vacuna. Este laboratorio constituye parte del programa desenvuelto por UNICEF. (Condensado del Informe a la XIV CSP, pág. 19.)
Canadá	En 1950, hubo 12.182 casos notificados, con 306 defunciones. En 1953 las notificaciones de casos disminuyeron a 9.385 con 134 defunciones denunciadas. A pesar del uso extendido de la vacuna, no se ha alcanzado todavía inmunidad completa a esta enfermedad mediante vacunaciones.
Colombia	Vacunación por organismos de salud en colaboración con la Campaña de UNICEF.
Costa Rica	Programas permanentes de vacunación DPT.
Cuba	Enfermedad de declaración obligatoria. Medidas clásicas de control.
Chile	El programa de los últimos tres años ha comprendido dos aspectos principales, a saber: medidas de control de los enfermos y programa de vacunación mixta. El control de enfermos se basa

CUADRO 48

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TOS FERINA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Chile, cont.	<p>en el diagnóstico y comunicación oportuna de casos, aislamiento, tratamiento e investigación epidemiológica, pero se realiza sólo en las áreas urbanas del país.</p> <p>El programa de vacunación mixta, efectuado con la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana y UNICEF, se está aplicando desde 1951. Cubre las provincias de Santiago y Concepción y el departamento de San Felipe, con una población equivalente a un tercio de la total del país. El plan comprende una primera etapa urbana y una segunda rural, en las cuales se inmunizará al 40% de los niños de 3 meses a 5 años de edad para alcanzar después, como objetivo final, al 70% de ese grupo.</p> <p>En la provincia de Santiago, habían sido vacunados con dos dosis el 31 de diciembre de 1953, el 50% de los susceptibles de 3 meses a 6 años, residentes en sectores urbanos y el 40% en la zona rural. La provincia de Concepción y el departamento de San Felipe estaban, en esa fecha, próximos a alcanzar un nivel de inmunización del 40% de los susceptibles.</p>
Ecuador	Programa de urgencia cuando se presentan casos.
El Salvador	En 1952, se inició una campaña de vacunación con vacuna triple DPT mediante grupos especiales que cubren los principales centros urbanos del país.
Estados Unidos	En 1951, se notificaron 68.687 casos y la mediana para el período quinquenal de 1948-1952 es de 68.138 casos. El número de casos notificados en 1953 había descendido a 37.129
México	Se continuarán los programas en la Unidad Antitosferinosa, abarcando los aspectos de asistencia, investigación epidemiológica, bacteriológica, clínica y la terapéutica de la enfermedad. Inmunización preferente alrededor del tercer mes a los niños susceptibles. Estudios de las diversas vacunas existentes para poder determinar su poder inmunológico.
Nicaragua	Conforme al programa que está desarrollándose se ha logrado la declaración de algunos casos.
Panamá	Se efectúa el control de este padecimiento en forma simultánea con el de difteria. Los programas de inmunización se realizan a través de las Unidades Sanitarias. En los lactantes y pre-escolares se emplea la vacuna triple (DPT). En los escolares y adultos se utiliza la vacuna de Kendrick.
Paraguay	El Departamento de Epidemiología conjuntamente con el Departamento del Niño efectúa la vacunación sistemática de los niños con-

CUADRO 48

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TOS FERINA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Paraguay, cont.	tra la tos ferina.
Perú.	La lucha contra la tos ferina y difteria - de conformidad con el convenio suscrito con UNICEF en 1953 - se inició en julio del expresado año, habiéndose repartido 247.570 c.c. de vacuna mixta coqueluche-difteria, cantidad suficiente para vacunar a 123.785 niños con 2 c.c. <u>per capita</u> . El programa se desarrolla en 13 departamentos en los que se han aplicado 66.068 primeras dosis y 39.686 segundas dosis, lográndose inmunizar con 2 dosis de antígeno al 60% de quienes comenzaron la vacunación. Durante el quinquenio 1948-1952, la tos ferina causó 34.915 defunciones, sobre 83.204 casos denunciados, lo que dá una totalidad de 42,0%. Del total de defunciones, 18.379 correspondieron a niños de menos de un año y 13.391 a niños de 1 a 4 años. Entre estos dos grupos suman 31.770 defunciones, que representan el 91% del total de fallecidos por dicha enfermedad en el mismo quinquenio. Se justifica, en consecuencia, el programa de lucha contra la misma.
Rep. Dominicana	No existe programa de control, por no constituir esta enfermedad un problema que lo merezca.
Uruguay	La lucha contra esta enfermedad se realiza a base de la vacunación preventiva. El empleo de la vacuna triple: difteria, pertussis y tétano, en ritmo cada vez más creciente.
Venezuela	El control se basa en la vacunación corriente por parte de los Departamentos Locales de Salud y en medidas en relación a los casos.
Alaska	Vacunaciones DPT.
Barbada	Se proporciona inmunización.
Belice	Se ofrece ahora gratuitamente en todos los centros de salud vacunación combinada contra la difteria y tos ferina.
Bermuda	Inoculación de criaturas haciendo un total de 250 a 500 anualmente.
Guadalupe	Actualmente rara en Guadalupe. El tratamiento de la enfermedad, cuando ella se manifiesta, se deja a la iniciativa de los médicos practicantes que disponen de vacunas preventivas eficaces. La Dirección Departamental de Salud dicta las medidas profilácticas: aislamiento de enfermos, clausura de los establecimientos escolares, vacunaciones, etc.

CUADRO 48

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TOS FERINA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Guayana Británica	El control se limita al diagnóstico de laboratorio de los casos sospechosos y su aislamiento cuando se considera necesario.
Guayana Francesa	La enfermedad es rara.
Hawaii	Se da inmunización DPT combinada en las clínicas de niños y por medio de los médicos particulares durante el primer año de vida y reactivación al ingreso a la escuela por primera vez.
Islas Bahama	Brotos estacionales ocurren en ocasiones. No existe programa especial de control.
Islas Leeward- Antigua	Se practica la inmunización de manera inconexa por medio de unos cuantos funcionarios médicos y en centros de salud pública.
Islas Leeward- Montserrat	Se administran inyecciones profilácticas.
Islas Vírgenes (E. U. A.)	Se notificó un caso durante el año fiscal de 1952. Se halla en funcionamiento un programa de vacunación eficaz; el Departamento de Salud proporciona gratuitamente vacuna contra la tos ferina.
Islas Windward- San Vicente	No hay programa, pero el problema es serio.
Jamaica	Inmunización.
Martinica	La enfermedad es muy benigna debido al clima. Las epidemias son raras y la mortalidad es virtualmente nula.
Puerto Rico	La enfermedad se mantiene con las mismas fluctuaciones que en años anteriores y desde el año 1952 el programa de inmunización incluye ésta por su fracción en DPT.

CUADRO 49

NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSIS Y TASAS
POR 100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	9 725	56,6	9 835	55,7	12 850	71,2	10 521	57,2
Bolivia (a)	3 166	139,8	3 608	147,7	3 940	155,5 ^{b)}	4 894	188,5
Brasil (c)	19 105	333,5	12 608	359,6	10 772	298,2	9 406	293,1
Canadá (d)	12 429	90,8	11 152	79,7	10 506	72,9	10 545	71,5
Colombia (a)	11 137	141,8	10 123	121,3	9 401	127,7	13 599	138,5
Costa Rica	631	78,8	693	84,0	749	87,8	622	70,6
Cuba	1 102	21,0	1 337	25,1	1 569	29,1	...	...
Chile . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador (a)	2 506	337,3	3 474	401,6	3 319	360,0 ^{e)}	2 410	271,4
Estados Unidos	121 742	80,5	118 491	77,3	109 837	70,5	106 925	67,5
Guatemala	2 633	93,9	2 901	100,5	3 195	107,4	...	...
Haití	1 848	60,0	1 105	35,2	2 330	72,8	...	...
Honduras . . . . .	...	...	843	57,3	678	44,8	...	...
México	7 354	28,5	8 103	30,5	7 456	27,3	...	...
Nicaragua	967	91,3	845	77,3	1 052	93,2	1 347	115,6
Panamá	1 748	233,6	1 421	185,3	1 340	170,6 ^{b)}	1 159	144,2
Paraguay (a)	1 243	107,7	1 190	100,6	1 197	98,7	...	...
Perú (a)	15 496	459,8	19 640	560,8	17 919	525,0 ^{f)}	16 386	474,3
Rep. Dominicana	1 730	81,2	1 856	85,0	780	34,9	...	...
Uruguay	2 238	93,3	2 173	89,1	1 562	63,0	1 439	57,0
Venezuela (a,e)	9 824	372,4	9 120	322,3	9 607	323,0	8 493	273,2
Otras Entidades								
Alaska	780	569,3	589	365,8	956	500,5	775	378,0
Barbada	78	37,3	77	36,2	83	38,2	101	45,7
Belice	93	137,9	77	110,6	115	157,2	86	113,5
Bermuda	24	63,1	13	33,9	7	18,1	4	10,2
Guadalupe	21	7,0	5	1,6	12	3,9	3	1,0
Guayana Británica	272	67,0	279	67,0	209	48,8	109	24,7
Guayana Francesa . . . . .	...	...	-	-	-	-	-	-
Hawaii	372	75,8	551	107,2	620	118,8	585	111,9
Islas Bahama	87	110,1	83	102,5	88	106,0	94	110,6
Islas Leeward:								
Antigua	28	62,1	16	34,6	24	50,4	29	59,2
Islas Vírgenes	6	86,6	34	480,6	27	373,7	20	271,2
Montserrat	15	110,8	25	183,9	11	81,0	-	-
S. Crist. y Nieves	42	88,2	29	58,8	22	43,6	20	38,4
Islas Vírgenes	8	29,6	8	32,0	11	45,8	5	20,0
Islas Windward:								
Dominica	108	200,0	77	140,0	71	126,8	82	143,9
Granada	28	36,4	16	20,3	36	46,2	34	41,1
Santa Lucía	86	108,2	136	167,9	194	235,6	142	169,2
San Vicente	52	77,6	96	138,1	59	83,4	57	78,4
Jamaica	996	71,0	859	60,1	876	60,1	958	64,5
Martinica	292	104,3	246	86,2	292	100,9	300	102,6
Puerto Rico	5 866	265,7	6 079	272,5	6 236	279,3	5 238	235,9
Trinidad y Tabago	411	65,0	473	72,9	428	64,5	...	...

(a) Corresponde a las áreas de notificación.

(b) Informe revisado.

(c) Área de notificación (Cuadro 14).

(d) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.

(e) Provisional.

(f) Hasta noviembre.

CUADRO 50

NUMERO DE DEFUNCIONES DE TUBERCULOSIS Y TASAS POR
100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	8 942	52,0	8 470	48,0	7 943	44,0	...	...
Bolivia	1 430	47,4	998	32,7	1 651	53,4	1 028	32,9
Brasil (a)	12 461	217,6	12 305	208,7	9 402	155,1	...	...
Canadá (b)	3 583	26,2	3 417	24,4	2 457	17,1	1 810	12,3
Colombia	4 107	36,2	4 202	36,3	3 652	30,8	3 579	29,6
Costa Rica	412	51,4	417	50,5	340	39,8	224	25,4
Cuba . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	9 282	160,4	8 755	149,3	c) 6 564	110,4	c) 5 239	87,0
Ecuador (d)	1 379	205,5	1 189	169,9	1 096	152,9	...	...
El Salvador	722	38,9	690	36,7	648	34,0	c) 583	30,2
Estados Unidos	33 959	22,5	30 863	20,1	24 621	15,8	e) 19 870	12,6
Guatemala	1 540	54,9	1 460	50,6	1 520	51,1	...	...
Haití	181	5,9	279	8,9	230	7,2	...	...
Honduras	292	20,4	326	22,2	354	23,4	...	...
México	10 588	41,0	11 201	42,2	9 993	36,6	...	...
Nicaragua	221	20,9	158	14,5	154	13,6	105	9,0
Panamá	577	77,1	464	60,5	f) 422	53,3	313	28,5
Paraguay (g)	394	34,1	391	33,1	...	...	...	...
Perú	6 271	77,4	6 993	84,6	5 896	70,0	...	...
Rep. Dominicana	1 341	62,9	1 265	57,9	1 380	61,7	...	...
Uruguay	1 489	62,1	1 299	53,3	...	...	...	...
Venezuela (h)	6 121	122,9	5 999	117,3	5 883	112,2	4 865	90,5
Otras Entidades								
Alaska	243	177,4	234	145,3	173	90,6	...	...
Barbada	85	40,7	110	51,6	78	35,9	64	29,0
Belice	38	56,4	39	56,0	37	50,6	23	30,4
Bermuda	2	5,3	7	18,3	1	2,6	-	-
Guadalupe	14	4,6	24	7,8	38	12,2	35	11,1
Guayana Británica	205	50,5	178	42,7	168	39,2	149	33,8
Guayana Francesa . . . . .	...	...	15	51,9	16	54,7	11	37,2
Hawaii	117	23,8	68	13,2	67	12,8	...	...
Islas Bahama	87	110,1	75	92,6	58	69,9	47	55,3
Islas Leeward:								
Antigua	19	42,2	28	60,5	24	50,4	19	38,8
Islas Vírgenes	3	43,3	8	113,1	3	41,5	1	13,6
Montserrat	14	103,4	7	51,5	5	36,8	11	80,4
S.Crist. y Nieves	51	107,1	39	79,1	23	45,6	19	36,5
Islas Vírgenes	6	22,2	5	20,0	7	29,2	...	...
Islas Windward:								
Dominica	60	111,1	45	81,8	64	114,3	53	93,0
Granada	28	36,4	36	45,6	27	34,6	...	...
Santa Lucía	70	88,1	74	91,4	76	92,3	25	29,8
San Vicente	46	68,6	45	64,7	45	63,6	48	66,0
Jamaica (h)	1 109	79,1	1 013	70,8	963	66,1	...	...
Martinica . . . . .	...	...	159	55,7	110	38,0	75	25,6
Puerto Rico	2 861	129,6	2 654	119,0	2 092	93,7	c) 1 046	47,1
Trinidad y Tabago	470	74,3	416	64,1	330	49,7	...	...

- (a) Distrito Federal y Capitales de Estados, excluyendo la ciudad de São Paulo.
 (b) Exclusive Yukón y los Territorios del Noroeste.
 (c) Provisional.
 (d) Ciudades capitales de provincias.
 (e) Estimado basado en una muestra del 10% de los certificados de defunción.
 (f) Informe revisado.
 (g) Corresponde a las áreas de notificación.
 (h) Causas de defunción mal definidas, distribuídas proporcionalmente entre las causas definidas.

CUADRO 51

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Argentina	<p>La lucha contra esta enfermedad se lleva a cabo por acción de organismos nacionales, provinciales, municipales y privados, existiendo una Dirección de Lucha Antituberculosa en el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Desde la creación de los Ministerios de Salud Pública provinciales, cada uno de ellos tiene su consejo o Comisión Provincial como organismo local de lucha, a los cuales estimula el Gobierno Central, concertando acuerdos para los planes de acción y dándoles ayuda económica. Algunos gremios, como el ferroviario, tienen una organización asistencial dedicada especialmente a esta lucha, recibiendo ayuda del Estado. Se está ensayando la creación de cooperadoras de vecinos para los establecimientos dedicados a esta lucha.</p> <p>En la fase preventiva intervienen diversos Ministerios, cuando actúan sobre grandes grupos: el Ministerio de Educación en la fase escolar; el Ministerio de Defensa Nacional, en colaboración con el de Salud Pública, en los ciudadanos que ingresan en el período militar; el Departamento de Exámenes Periódicos de la Población, que realiza abreguafías y pruebas tuberculínicas en grandes masas de población.</p> <p>Para la asistencia hospitalaria del tuberculoso se cuenta con 9.806 camas que no alcanzan al mínimo exigido por las necesidades, debido a que con los diagnósticos más precoces aumenta el número de los enfermos aparentes que necesitan camas, y además por la acción de los antibióticos, muchos enfermos agudos, graves e incurables pasan a la cronicidad, con formas más benignas y ocupan parte de esas camas.</p> <p>La lucha preventiva se desarrolla mediante la educación popular y la vacunación con BCG. Para tipificar esta vacuna y producirla en el país, se está terminando una fábrica en Jujuy y una planta modelo en la Capital Federal, preparándose entretanto personal experto para la vacunación en masa.</p> <p>Se da importancia a la recuperación del tuberculoso y para ello se han instalado talleres para hombres y mujeres en los respectivos establecimientos de hospitalización.</p>
Bolivia	<p>Organizado este Departamento en 1936, inició sus labores con alevante empeño y eficiencia, pero este impulso llegó a estancarse. Los dispensarios de enfermedades broncopulmonares, junto con las clínicas de tuberculosis de los centros de salud, son los principales organismos de lucha contra la tuberculosis, pero no alcanzan a controlar todos los casos de las capitales de departamento donde funcionan exclusivamente. A las 369 camas especiales para tuberculosos distribuidas entre un hospital existente en La Paz y salas especiales en los hospitales generales de las demás capitales de departamento, se añadirá en breve otro hospital</p>

CUADRO 51

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Bolivia, cont.	<p>con 198 camas. Además, la Caja Nacional de Seguro Social está construyendo otro hospital pequeño de unas 60 camas. Pero las 630 camas de las que pronto dispondrá, apenas llenarán la quinta parte de las necesidades, ya que las 1.500 defunciones anuales, que como promedio acusa la estadística, indica que por lo menos debe duplicárselas en atención al diagnóstico deficiente, sobre todo en la zona rural. La escasez de enfermeras de salud pública hace que la labor de educación del tuberculoso y de su familia se efectúe en muy limitada escala.</p> <p>Desde hace varios años se prepara vacuna BCG, pero la vacunación apenas ha alcanzado a unos 7.000 niños. Actualmente se hacen esfuerzos para mejorar y ampliar este servicio. Acaban de partir dos médicos tisiólogos al Ecuador para seguir un cursillo de entrenamiento de vacunación con BCG, auspiciado por la Oficina Sanitaria Panamericana y se ha solicitado que el Jefe del Laboratorio que prepara la vacuna en Bolivia pudiera recibir también la ayuda de una beca, para estudiar los requisitos que la Organización Mundial de la Salud exige para la preparación de la vacuna BCG.</p>
Brasil	<p>El Servicio Nacional de Tuberculosis del Departamento Nacional de Salud, es el órgano especializado que está realizando el programa de la lucha anti-tuberculosa en todo el país, y que organiza la Campaña Nacional Contra la Tuberculosis.</p> <p>El Servicio construye hospitales y sanatorios y los entregaba a los Estados o entidades particulares, pero desde 1952 el Servicio se ha hecho cargo del mantenimiento de los establecimientos construídos, entre los cuales funcionan seis grandes grupos de sanatorios en Curicica, Campos, Taracanaú, Aracajú, Manáus y Mossoró.</p> <p>Al personal médico se le ofrece cursos de especialización, originalmente de 6 meses y ahora de 18 meses de duración. Treinta y un médicos han terminado el curso en 1953, con 43 y 50 médicos más atendiendo en dos grupos los estudios en curso. Hay también cursos para las enfermeras y personal auxiliar.</p> <p>El número de camas disponibles para los enfermos de tuberculosis ha sido aumentado en el cuatrienio último de 15.837 a 19.773, con aproximadamente el mismo número de camas en proyectos más o menos avanzados. El catastro torácico ha recibido la atención debida por las unidades fijas y móviles del Servicio y de las demás organizaciones ligadas al Servicio por convenio o acuerdo.</p> <p>El laboratorio de la fundación Ataulfo de Paiva es el productor de la vacuna BCG en Brasil. En 1950, se han distribuído 719 mil vacunas de varios tipos; el servicio de suministro llegó a más de</p>

CUADRO 51

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Brasil, cont.	<p>tres millones y medio de vacunas distribuidas en 1953 a los Estados del Brasil, a la República Argentina y a particulares.</p> <p>El Instituto Oswaldo Cruz es el centro de estudios experimentales.</p>
Canadá	<p>Ha habido una mejora apreciable en el control de la tuberculosis en el Canadá en los últimos años. En 1953, hubo 10.545 casos nuevos notificados y 1.810 defunciones a comparar con 12.429 casos notificados y 3.583 defunciones, en 1950. Con las nuevas drogas se ha logrado incluso una disminución notable en la tasa de mortalidad de personas de edad avanzada en la población.</p>
Colombia	<p>Búsqueda de casos hecha por centros epidemiológicos locales; labor de asistencia en Dispensarios y Sanatorios.</p>
Costa Rica	<p>Se intensifican cada vez más los programas de exámenes de rayos X (con unidades fijas y móviles) de grupos aparentemente sanos y la vacunación colectiva con BCG. Se llevó a cabo una reorganización para lograr un mayor número de camas para enfermos y una mejor asistencia hospitalaria a los mismos.</p>
Cuba	<p>Enfermedad de declaración obligatoria. Existe un Consejo Nacional de Tuberculosis que tiene a su cargo, específicamente, el control de esta enfermedad.</p>
Chile	<p>Anualmente, se verifica un promedio de cien mil exámenes radiológicos, entre sanos y presuntos enfermos, con una frecuencia de 3,5%. Los exámenes se efectúan por equipos fijos y móviles; además, se hace diagnóstico en las clínicas de diagnóstico y tratamiento. Existen en el país 24 clínicas de tratamiento ambulatorio y de dispensario. Para la hospitalización se dispone de 5.350 camas dedicadas exclusivamente a estos enfermos.</p> <p>Hasta el mes de mayo de 1951, se habían vacunado con BCG, 158.639 anérgicos. A partir desde esa fecha, se inició un intensivo programa coordinado de vacunación, en las zonas urbanas del país. En 1952, se alcanzó un total de 588.583 vacunaciones, que representaban el 62,73% de los anérgicos calculados para dichas zonas. En 1953, se protegió a 120.000 anérgicos.</p> <p>En lo que se refiere a protección económica, el obrero tuberculoso cuenta con una legislación que le concede el 80% aproximadamente de su salario. Las personas incapacitadas a causa de la enfermedad disfrutan de un seguro variable, de acuerdo con el monto y antigüedad de sus imposiciones. No se practica la rehabilitación.</p> <p>Los programas locales y algunos establecimientos de hospitalización, realizan investigaciones diversas sobre el problema de la tu-</p>

CUADRO 51

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Chile, cont.	<p>berculosis.</p> <p>La administración del programa correspondió, hasta mediados de 1953, a varias instituciones de asistencia médica. En lo que se refiere a rendimientos, no existen medios adecuados para su evaluación.</p>
Ecuador	<p>La parte de asistencia está encomendada a la Liga Ecuatoriana Antituberculosa que cuenta con un impuesto nacional y adicional para su desenvolvimiento. La parte preventiva se inició en 1950 con el Programa de Vacunación colectiva de toda la población anérgica y actualmente el Servicio Nacional Antituberculoso está desarrollando un programa de control en todo el país.</p>
El Salvador	<p>Se han establecido 7 centros de diagnóstico en el país y funcionan 16 centros de tratamiento (7 hospitales, 8 dispensarios y 1 sanatorio). El número de camas para TB aumentó de 300 a 700 en los últimos 4 años. Se ha terminado una campaña nacional de vacunación con BCG; dos nuevos hospitales para TB funcionarán a partir de 1954.</p>
Estados Unidos	<p>El progreso en el control de la tuberculosis ha continuado, comprobado por la tendencia descendente de notificaciones de nuevos casos de la enfermedad, así como también por la disminución continua de la mortalidad por esta causa. En 1949, se notificó un total de 134,000 casos nuevos y 39,000 defunciones, mientras que los datos provisionales de 1953 indican que unos 105,000 casos nuevos han sido informados y que ocurrieron 20,000 defunciones.</p>
Haití	<p>Se inició un programa de BCG hace unos dos años y se han vacunado más de 15,000 niños.</p>
México	<p>La Campaña Nacional Contra la Tuberculosis en su programa de trabajo está pugnando por aumentar el número de camas para enfermos de tuberculosis y pondrá a disposición de los mismos, dentro de tres meses, doscientas camas en el D.F. y 100 camas en la Ciudad de Tampico, Tamps. Se tiene en proyecto uno o varios hospitales en la zona norte del país, de capacidad variable, de acuerdo con las circunstancias. Se ha construido, equipado y puesto en funcionamiento un dispensario nuevo en el Estado de Querétaro y se construirán dos más durante el presente año; también se equiparán y pondrán en funcionamiento otros tres que ya están en construcción.</p> <p>Se han llevado a cabo gestiones encaminadas a lograr que los enfermos de tuberculosis, principalmente los indigentes, puedan disponer de un tratamiento de los nuevos antibióticos, que han demostrado ser eficaces a este efecto. Se están proporcionando cantidades suficientes para su distribución gratuita a los centros importantes del país.</p>

CUADRO 51

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
México, cont.	<p>Se están haciendo gestiones para vender al público de medianas condiciones económicas, a precio estricto de costo, antibióticos, cuyo precio se calcula que será la mitad de su costo comercial.</p> <p>La Campaña por medio de su Oficina de Dirección Técnica continúa coordinando las labores en toda la República. Está intensificando los trabajos de fluorografía en colectividades aparentemente sanas con fines de búsqueda de casos al máximo. Se han editado algunos folletos de educación popular sobre tuberculosis. En conexión con la Secretaría de Educación Pública se espera fundar durante el presente año un Dispensario Modelo para el servicio exclusivo de la población escolar. Se prosigue el trabajo de vacunación con BCG estrictamente voluntaria en grupos colectivos.</p>
Nicaragua	<p>Los casos declarados son los suministrados en los Centros de Salubridad. Los médicos particulares no cooperan en este programa.</p>
Panamá	<p>El Departamento de Salud Pública ha dado los pasos necesarios para la reorganización de la Campaña Nacional Antituberculosa, que en el momento actual comprende los siguientes servicios bajo una dirección única: Centros de diagnóstico y tratamiento ambulatorio (Dispensarios de Panamá, Colón y David); Servicios preventivos (Campaña de B.C.G., Servicio de Radiografías de colectividades); Centros curativos (Hospital Nicolás A. Solano y Sala de Tuberculosis del Hospital Santo Tomás, 450 camas); Centros de Aislamiento.</p> <p>La vacunación con B.C.G. se ha extendido a todo el país, habiéndose hecho hasta el momento actual 365.526 pruebas tuberculínicas y se ha aplicado B.C.G. a 190.144 personas. Se están mejorando los servicios de Dispensarios de las ciudades de Panamá y Colón y está próximo a ser construido el Dispensario de Chiriquí. Se han aprobado ya las partidas necesarias para la construcción de dos Centros de Aislamiento: uno en la ciudad de Colón y otro en Los Santos (200 camas). La Campaña de Radiografías en masa se hace en forma regular por medio de la Unidad Móvil y de los Dispensarios Nacionales; sin embargo, este año se han intensificado estos trabajos.</p>
Paraguay	<p>Constituye un problema sanitario importante y actualmente está en ejecución una campaña que se apoya en el funcionamiento de doce Dispensarios y un Sanatorio de internamiento, debiendo iniciarse el próximo año un programa de vacunación intensiva con BCG.</p>
Perú	<p>El programa de lucha contra la tuberculosis está dirigido hacia tres objetivos: <u>Prevención</u>: (localización de fuentes de contagio, protección biológica: catastro tuberculino-fotorradiológico y vacunación con BCG, respectivamente). Se cumple este objetivo a través de centros de medicina preventiva (4 de unidades móviles fotorradio-</p>

CUADRO 51

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Perú, cont.	<p>lógicas y 14 de dispensarios antituberculosos); <u>Asistencia</u>: (aislamiento, curación y rehabilitación del enfermo: dispensarios, pabellones especiales para niños y adultos anexos a hospitales generales y maternidades, hospitales sanatorios regionales y preventorios para niños); y <u>Acción social</u>: (protección económica del enfermo y sus familiares: Seguro Social obligatorio y Fondo de Ayuda Social). Según las normas mínimas universales, se calcula en 7.029 el número de camas de que es necesario disponer. Hay un déficit de 3.450 camas, que se trata de cubrir progresivamente con la construcción de hospitales sanatorios regionales en el Norte y en el Noroeste y con la terminación del que está construyéndose en el Sur, cada uno con 800 camas de capacidad, por lo menos. Paralelamente a estas actividades, se fomenta la construcción de unidades vecinales modernas, con las que se substituye las viviendas insalubres; por otro lado, se procura que el pueblo mejore su tipo de alimentación.</p> <p>Esta acción, unida a otras que tienden a favorecer el bienestar general, repercute favorablemente, - con las nuevas adquisiciones de la ciencia, como son los antibióticos por ejemplo - en la campaña nacional antituberculosa, para la cual los recursos disponibles que fueron de S/. 7.124.103,16 en 1948, ascendieron en 1953 a S/. 22.611.281,48 (cantidad que fué superada en 1954), sin considerar un pequeño aporte proveniente del Timbre Voluntario Antituberculoso de Navidad, instituido hace algunos años.</p>
Rep. Dominicana	<p>El programa de control se lleva a cabo mediante los siguientes procedimientos: prueba de tuberculina (niños y adultos); vacunación con BCG (de tuberculina negativa); examen fluoroscópico y radiológico (adolescentes y adultos); tratamiento ambulatorio de los enfermos; internamiento de los enfermos en hospitales especializados (500 camas).</p>
Uruguay	<p>Desde el año 1940 actúa la Comisión Honoraria para la lucha antituberculosa. Esta Comisión está integrada por destacadas personalidades de la ciencia, comercio e industria, unificando los esfuerzos realizados por las diversas instituciones públicas y privadas. Esta Comisión tiene amplia autonomía y dispone de recursos propios. La Comisión ha cooperado con el Instituto de Fisiología, la Comisión Nacional de Educación Física y el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Los campos principales de su labor de 1950 a 1953 eran los siguientes:</p> <p>En 1950, se realizaron, por dispensarios móviles, 520.973 exámenes y 199.958 vacunaciones con BCG en el interior. Fueron contados 5.182 casos con lesiones de tipo bacilar, la mayor parte de ellos ignorados. Además, se examinaron unas 250.000 personas en Montevideo. En 1951, se estudió la población de los departamentos</p>

CUADRO 51

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Uruguay, cont.	<p>del litoral, del interior y de Montevideo. En 1952, el examen radiográfico colectivo ha seguido realizándose en gran escala. En 1953, se ha realizado el segundo catastro Roentgen tuberculínico de varios departamentos, se examinó el alumnado de las escuelas públicas y privadas de San José, se realizó el segundo examen de la población de Montevideo y se dió buen término a la segunda investigación de todo el interior con 543.410 personas útilmente examinadas y 195.779 vacunadas con BCG. Se encontraron 3.029 nuevos casos con lesiones de naturaleza presumiblemente bacilar.</p> <p>Durante el año 1950 se han pagado 23.561 pensiones. En 1951 y 1952, el número de pensiones pagadas alcanzó a 23.935 y 25.203 personas, respectivamente. En el año 1953, se abonaron 16.720 pensiones en Montevideo y 12.926 en el interior, lo que hace un promedio mensual de 2.400 pensiones.</p> <p>La Comisión Honoraria está, además, autorizada para restaurar y reparar viviendas destinadas a hogares de tuberculosos en asistencia; adquirir y equipar ambulancias, dispensarios móviles; construir y equipar hospitales, sanatorios, etc.; realizó también una labor provechosa en educación sanitaria.</p> <p>Los fondos que a la Comisión Honoraria le aporta su ley de creación ascendían a 6 millones de pesos uruguayos en 1950, a más de 9 millones en marzo de 1954.</p> <p>En abril 1954 tuvo lugar en Montevideo el IV Congreso Uruguayo de la Tuberculosis, al que concurrieron destacados tisiólogos del Continente y de Europa. Surgió de allí la idea de que países hermanos de América envíen becarios a estudiar sobre el terreno la técnica de la labor realizada por la Comisión Honoraria para la lucha anti-tuberculosa. (Condensado del Informe a la XIV CSP, pág. 5-8.)</p>
Venezuela	<p>Funcionan en Venezuela 25 Dispensarios Anti-tuberculosos en Unidades Sanitarias de primera categoría, que constituyen la Red Primaria de la lucha anti-tuberculosa, 19 de los cuales tienen aparatos de fluorografía de 70 mm. En Unidades Sanitarias de segunda categoría y Centros de Salud, funcionan 40 servicios de Tisiología Sanitaria (diagnóstico radiológico, profilaxia y vacunación con BCG) que forman la Red Secundaria. Y 139 Medicaturas Rurales están en conexión con servicios de las Redes Primaria y Secundaria para un plan mínimo de exámenes radiológicos a grupos especiales, profilaxia a domicilio y vacunación con BCG. Esta es la llamada Red Terciaria.</p> <p>El tratamiento ambulatorio con los nuevos agentes antibióticos y químicoterapéuticos se ha aplicado parcialmente en los servicios</p>

CUADRO 51

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Venezuela, cont.	<p>de Red Primaria y Secundaria, siempre bajo la dirección de un especialista tisiólogo. Hay en servicio 2.284 camas en 13 Sanatorios Anti-tuberculosos dependientes directamente de la Organización Anti-tuberculosa.</p> <p>La vacunación con BCG se realiza, primero, en forma de campaña intensa por medio de brigadas especiales compuestas por un médico y una enfermera. Esta campaña sirve para adiestrar el personal local de los servicios de salud pública, en cuyas manos queda luego la aplicación corriente de la vacuna en maternidades, servicios de higiene maternoinfantil, de higiene escolar y servicios anti-tuberculosos (dispensarios, servicios de tisiología sanitaria y medicaturas rurales de la Red Terciaria).</p> <p style="text-align: center;">.</p>
Alaska	Pruebas de tuberculina; encuestas radiológicas de comunidades (por unidades terrestres, aéreas y marítimas). Quimioterapia ambulante en zonas aisladas como un programa especial del Centro Artico de Investigaciones de Salubridad (en cooperación con el Departamento de Salud y del Servicio Nativo de Alaska). Hospitalización en Alaska y el Estado de Washington.
Barbada	Se planea un programa de BCG. Se hallan a disposición proyectos para un hospital de 50 camas, una clínica pulmonar y un servicio de pacientes externos.
Belice	Se construyó en 1951 un sanatorio de 35 camas. En 1952-53 fué introducido el tratamiento con estreptomycin y Rimifón. En septiembre de 1953 se inició una campaña de BCG, habiéndose completado en abril de 1954. Se inició en 1953 una clínica pulmonar.
Bermuda	Se han tomado radiografías pulmonares a la mitad de la población adulta.
Guadalupe	<p>La tuberculosis en la actualidad se descubre en Guadalupe dentro del servicio de tisiología del hospital de Basse-Terre y dentro los servicios de radiología de los hospitales de Pointe-à-Pitre y Saint-Claude que reciben pacientes externos.</p> <p>El desarrollo de este servicio de descubrimiento de casos ha sido dispuesto mediante la contratación de un médico especialista de tiempo exclusivo y puesto a cargo de un dispensario rodante con instalación de rayos X. En lo que respecta a la curación, se contempla la construcción de un sanatorio en los cuatro años siguientes.</p>

CUADRO 51

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Guayana Británica	Se hallan en camino planes para obtener ayuda de la OMS y UNICEF en la organización de una campaña de BCG y contra la tuberculosis de alcance territorial. El programa definitivo comenzará a principios de 1954.
Guayana Francesa	Se decidió hacer obligatoria la vacunación de BCG.
Hawái	Constante énfasis en radiologías en masa de comunidades, instituciones y grupos especiales con procedimientos intensivos de diagnóstico y seguimiento de casos cuando se encuentran por medio de estas encuestas condiciones pulmonares anormales, usando extensamente cultivos de esputo, enjuagues faríngeos y lavados gástricos, y estudios tomográficos.
Islas Bahama	Se examinan todos los casos y contactos. Existen disponibles alrededor de 60 camas en el Hospital Prospect. Las clínicas de pacientes externos funcionan dos veces por semana. Se sometieron ya a la OMS propuestas para un programa de control.
Islas Leeward-Antigua	Se inauguró en 1953 un pabellón nuevo de 18 camas.
Islas Leeward-Islas Vírgenes	Se planea para 1955 una campaña de BCG. Equipo de rayos X para 1954-1955.
Islas Leeward-Montserrat	Se proveerá servicio de aislamiento en un pabellón que se halla en construcción. Se hace uso de estreptohidracida.
Islas Leeward-San Cristóbal y Nieves	Después de permanecer en un promedio constante de cerca de 50 defunciones por año hasta 1950, la mortalidad tuberculosa ha disminuído constantemente durante los últimos tres años y hubo solamente 19 defunciones de esta enfermedad en 1953.
Islas Vírgenes (E. U. A.)	El Departamento de Salud proporciona un programa completo de atención médica a los pacientes tuberculosos. Existen camas adecuadas disponibles para la hospitalización de todos los casos y se hallan en funcionamiento dos clínicas pulmonares. Se dirige hacia grupos especiales un programa activo de descubrimiento de casos y se toman radiografías regularmente de todos los pacientes admitidos en hospitales, a menos que éstos hayan sido radiografiados durante los últimos seis meses. Se toman radiografías anualmente de todos los manipuladores de alimentos y alumnos de clases avanzadas de enseñanza secundaria.
Islas Windward-Granada	Segregación, principalmente.

CUADRO 51

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Islas Windward- San Vicente	Se observa cierto progreso; las estadísticas no indican aumento en el número de casos.
Martinica	Aumento del descubrimiento de casos mediante la multiplicación de consultas rurales. BCG en curso. Posibilidades de hospitalización incrementadas (apertura de un sanatorio en 1951). Provisión de servicio quirúrgico en 1955.
Puerto Rico	Los problemas son: el descubrimiento de casos ocultos para administración del tratamiento moderno. Hospitalización de los casos que lo requieran.
Surinam	En 1950 se inauguró un servicio de tuberculosis pequeño pero bien equipado. En enero de 1953 entró en funcionamiento un hospital moderno nuevo de tuberculosos para 52 pacientes y se construyó, y se halla listo para su uso, un consultorio grande moderno de tuberculosos.
Trinidad y Tabago	Campaña de BCG. Servicio de rayos X en clínicas pulmonares. Medios de aislamiento y tratamiento.

CUADRO 52

NUMERO DE CASOS Y DEFUNCIONES NOTIFICADOS DE VIRUELA Y TASAS
POR 100.000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, 1950-1953

Entidades Politicas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
CASOS								
Argentina	4 462	25,9	1 186	6,7	967	5,3	a) 275	1,4
Bolivia (b)	594	26,2	728	29,8	432	17,1	a) 429	16,5
Brasil (c)	749	9,5	1 123	13,6	1 639	19,3	935	11,3
Colombia	4 818	42,5	3 844	33,2	3 235	27,4	5 526	45,6
Chile	3 564	61,6	44	0,8	9	0,2	22	0,4
Ecuador	241	7,6	175	5,4	432	12,9	...	...
Estados Unidos	39	0,0	11	0,0	21	0,0	4	0,0
Guatemala	10	0,4	3	0,1	1	0,0	...	...
Haití . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras . . . . .	...	...	...	...	...	...	...	...
México	762	3,0	27	0,1	-	-	...	...
Nicaragua	181	17,1	6	0,5	...	...	...	...
Panamá	-	-	-	-	1	0,1	-	-
Perú (b)	3 612	107,2	1 218	34,8	1 360	39,8	d) 150	4,3
Uruguay	3	0,1	-	-	16	0,6	7	0,3
Venezuela (a)	2 154	81,7	246	8,7	107	3,6	32	1,0
...								
Martinica	-	-	1	0,4	-	-	-	-
DEFUNCIONES								
Argentina	46	0,3	26	0,1	12	0,1	...	...
Bolivia	224	7,4	236	7,7	199	6,4	201	6,4
Brasil (e)	2	0,0	15	0,3	28	0,5	...	...
Colombia	180	1,6	218	1,9	242	2,0	408	3,4
Chile	19	0,3	1	0,0	-	-	-	-
Ecuador (f)	5	0,7	1	0,1	1	0,1	...	...
Estados Unidos	1	0,0	1	0,0	-	-	g) -	-
Guatemala	11	0,4	9	0,3	9	0,3	...	...
Haití	4	0,1	...	...	...	...	...	...
Honduras	20	1,4	34	2,3	23	1,5	...	...
México	153	0,6	54	0,2	31	0,1	...	...
Nicaragua	5	0,5	-	-	-	-	-	-
Panamá	-	-	-	-	-	-	-	-
Perú	3 815	47,1	1 421	17,2	1 079	12,8	...	...
Uruguay	1	0,0	-	-	...	...	...	...
Venezuela	27	0,5	5	0,1	4	0,1	-	-
...								
Martinica . . . . .	...	...	1	0,4	-	-	-	-

(a) Informe revisado.

(b) Corresponde a las áreas de notificación.

(c) Area de notificación (Cuadro 14).

(d) Hasta noviembre.

(e) Distrito Federal y Capitales de Estados, excluyendo la ciudad de São Paulo.

(f) Ciudades Capitales de provincias.

(g) Estimado basado en una muestra del 10% de los certificados de defunción.

CUADRO 53

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Argentina	<p>Un brote de viruela menor o alastrim ocurrió en Tucumán con 22 casos extrahospitalarios, 22 casos intrahospitalarios y 9 defunciones. Casi todos eran niños menores de 7 años, sin vacunar. Todos eran contactos y el origen provino de una tribu de gitanos que llegó por el norte, de fuera del país. Esta tribu tuvo contactos en Salta y Jujuy y, sin embargo, no aparecieron enfermos debido a que son dos provincias muy vacunadas, aunque no tienen el 80% de inmunidad a que debe llegarse por la proximidad de su frontera, que es cruzada en breve tiempo por una gran cantidad de braceros del exterior.</p> <p>En los últimos cuatro años se duplicó la producción de vacuna antivariólica: de 10 millones de dosis en 1949, se ha pasado a 20 millones en 1953. En el curso de 1953 se modificó el procedimiento de preparación del vaccinógeno, dándose comienzo a la liofilización de la vacuna. En la actualidad, por un convenio con la Oficina Sanitaria Panamericana, se comenzará a fabricar vacuna seca en gran escala en el Instituto Malbrán, para nuestro consumo y también para el exterior; conjuntamente se desarrollará una campaña tipo de Lucha Antivariólica en Salta y Jujuy, que puede extenderse a las zonas que quieran participar en la lucha. Queda por resolver el problema de las pequeñas poblaciones rurales diseminadas en zonas montañosas que dificultan la vacunación rutinaria de las mismas.</p> <p>Se cumple estrictamente con el otorgamiento del Certificado de Vacunación Antivariólica Internacional, según lo propuesto por el Reglamento Sanitario Internacional, Habiéndose distribuido esta acción en todo el país, con personal idóneo responsable, facilitando así a la población, el obtener este certificado dentro del área de su residencia.</p>
Bolivia	<p>A pesar de prepararse en el país una vacuna de buena calidad y en cantidad suficiente, no se ha podido erradicar hasta ahora esta enfermedad por falta de una organización adecuada para llevar a cabo una campaña de vacunación en escala nacional. Uno de los principales obstáculos ha consistido en la dificultad de mantener la viabilidad de la vacuna glicerizada en la extensa región subtropical. A obviar este inconveniente está dirigida la cooperación que nos presta la Oficina Sanitaria Panamericana con la dotación de equipo para la preparación de vacuna desecada dentro del planeamiento general que para la campaña de erradicación de la viruela ha preparado el Gobierno de Bolivia con ayuda de dicho organismo internacional.</p> <p>En septiembre del año de 1953 se ha iniciado la vacunación sistemática en escala nacional. Han sido vacunadas hasta febrero de 1954, 85.175 personas.</p>

CUADRO 53

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Brasil	El control de la viruela está a cargo del Departamento Nacional de Salud que lo realiza por medio de su División de Organización Sanitaria. En el período de 1950-1953, se distribuyeron unos 3 millones de dosis de linfas anti-variólicas, preparadas por el Instituto Oswaldo Cruz, entre los servicios estatales de salud. Se debe señalar que la División verificó durante sus trabajos en 1951, que de los 16 mil adultos vacunados por la primera vez contra la viruela, el 80 por ciento dieron resultados positivos y de los 6 mil revacunados, el 3 por ciento fueron positivos.
Canadá	No ha habido casos de viruela notificados oficialmente en el Canadá desde 1947, ni defunciones desde 1939.
Colombia	Se hace vacunación local por organismos de salubridad. Aislamiento de los casos. Vacunación obligatoria según Ley.
Costa Rica	Programa de vacunación permanente.
Cuba	Enfermedad de declaración obligatoria. Vacunación antivariólica de carácter obligatorio.
Chile	<p>La existencia de viruela endémica en los países limítrofes, el brote epidémico ocurrido en 1950 y las recomendaciones contenidas en la Resolución No. XIX de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, han decidido a mantener un programa sistemático de vacunación que cubra el 80% de la población del país.</p> <p>La campaña de control de la epidemia de viruela benigna de 1950 permitió la vacunación de la casi totalidad de la población del país. En efecto desde marzo a agosto de 1950, se vacunó a 5.328.307 personas sobre una población total de 5.800.000. Vencida la epidemia, la actividad volvió al nivel de 87 mil personas vacunadas por la primera vez y 711 mil personas revacunadas en 1953.</p> <p>El Convenio Sanitario entre Chile, Perú y Bolivia ha contribuido al desarrollo de programas de vacunación en las zonas del altiplano chileno. Durante los últimos años, se ha estado empleando en las regiones rurales la vacuna desecada que prepara el Instituto Bacteriológico de Chile.</p>
Ecuador	Este año se ha iniciado el programa de vacunación colectiva con miras a la erradicación definitiva de la viruela en el país. Se ha creado un Departamento especial para el control.
El Salvador	Vacunación corriente. No se han observado casos de la enfermedad desde hace más de 20 años.

CUADRO 53

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Estados Unidos	Se notificaron 27 casos de viruela o de supuesta viruela a la Oficina Nacional de Estadísticas Vitales durante 1953. Doce de los mismos ocurrieron en Nebraska. Sin embargo, al fin del año, los casos se redujeron a cinco por cambio de diagnóstico. Los cinco casos ocurrieron en Texas, Wyoming, Kansas, N. Carolina y Nebraska. En tres de estos casos, el diagnóstico no ha sido confirmado clínica ni epidemiológicamente.
México	En virtud de que prácticamente ha sido erradicada la viruela en México, de manera preferente se hace búsqueda de sospechosos (sobre todo de enfermos con varicela o varioloides) con el objeto de establecer diagnósticos de precisión. No obstante no haber casos de viruela se prosigue sistemáticamente vacunación antivariolosa en todo el país, y por lo que respecta a este año de 1954, se tiene el propósito de lograr, en 14 Entidades de la República, la vacunación de millón y medio de habitantes.
Panamá	La vacunación que se había llevado a cabo de manera sistemática en las Ciudades de Panamá y Colón en forma esporádica en las zonas rurales, se ha organizado como campaña permanente con miras a la vacunación en forma regular de toda la población del país. Se iniciará un programa de vacunación colectiva a toda la población en zonas rurales durante el presente año.
Paraguay	Virtualmente en los últimos 10 años no ha habido ni un solo caso de viruela, haciéndose el control por el Departamento de Epidemiología con la vacunación sistemática de la población.
Perú	Existe campaña de vacunación sistemática en toda la República desde 1950. Ya se ha inmunizado el 45% de la población del país. Prosigue el trabajo.
Rep. Dominicana	Desde hace varias décadas no se ha presentado un solo caso. La vacuna se aplica periódicamente en las escuelas y Oficinas Sanitarias Provinciales, en especial en la Dirección de Sanidad del Distrito y en aquéllas en que se encuentren puertos aéreos y marítimos. Actualmente se ha iniciado una campaña colectiva contra esta enfermedad y según cálculo provisional se pretende vacunar de 250.000 a 300.000 en el presente año.
Uruguay	Con respecto a la viruela, siempre que ha estallado un brote, ha sido de origen foráneo. La vacunación es obligatoria por la Ley del 25 de septiembre de 1911, ley anticuada que debe ser modificada, para lo cual existe un proyecto a estudio de la Cámara de Representantes, que recibirá su aprobación en breve plazo. En octubre de 1953, se dispuso por Decreto del Poder Ejecutivo,

CUADRO 53

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Uruguay, cont.	<p>la vacunación en masa que permitirá inmunizar el 90% de la población de la República. En el transcurso de diciembre a enero próximo pasado se llevan vacunadas 378.250 personas.</p> <p>Los certificados válidos dentro de fronteras los expiden las siguientes autoridades oficiales: Ministerio de Salud Pública, Sanidad Militar, Intendencias Municipales, Sanidad Escolar y otras instituciones autorizadas, pero bajo el control del Ministerio de Salud Pública.</p> <p>Los certificados internacionales sólo los expide el Ministerio de Salud Pública. Su validez alcanza a 3 años para los de reacción positiva, de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional.</p>
Venezuela	<p>Además de la vacunación corriente y los controles relativos a casos y contactos, hay desde 1949, en Venezuela, un programa de vacunación colectiva de todo el país en ciclos que recomienzan cada 4 años.</p> <p style="text-align: center;">.</p>
Barbada	Vacunación gratuita.
Belice	Vacunación obligatoria al nacer.
Bermuda	Se vacunaron contra la viruela en total 885 niños, el número más alto registrado. Los padres de otros seis niños manifestaron su objeción por razones de conciencia. También fueron vacunadas 500 personas adultas antes de viajar al exterior.
Guadalupe	Los últimos casos comprobados de viruela se remontan a varias decenas de años. La vacunación jenneriana se practica en toda la Guadalupe, en sesiones públicas de vacunación abiertas a quienquiera que no haya sido revacunado después de más de cinco años, pero destinadas especialmente a las personas que se hallan obligadas por la ley (niños de 0 a 1 año, de 10 a 11 años y jóvenes de 20 a 21 años).
Guayana Británica	El programa de vacunaciones continúa.
Islas Bahama	No ocurren casos, pero se llevan a cabo vacunaciones regulares en las escuelas. Cuarentena en los puertos marítimos y aéreos.
Islas Leeward-Antigua	Vacunación obligatoria.
Islas Leeward-Montserrat	Vacunación.

CUADRO 53

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Islas Leeward-San Cristóbal y Nieves	La vacunación de criaturas se practica, en realidad, universalmente.
Islas Vírgenes (E. U. A.)	Se completaron en total 5.370 vacunaciones contra la viruela en la población escolar durante el año 1953. No hay problema.
Islas Windward-Granada	Vacunación de criaturas.
Islas Windward-San Vicente	Control satisfactorio.
Jamaica	Vacunación.
Martinica	Vacunación y revacunación obligatorias de 0 a 1 año, 11 y 21 años.
Puerto Rico	No hay viruela en la isla. El programa de inmunización se mantiene con la misma intensidad.
Trinidad y Tabago	Vacunación regular de criaturas.

CAPITULO IV

PERSONAL EMPLEADO EN LOS SERVICIOS DE SALUBRIDAD

Los capítulos precedentes contienen datos estadísticos que son esenciales para justipreciar los problemas sanitarios de las Américas, y dan un resumen de los programas para el control y erradicación de las enfermedades transmisibles. A fin de completar los datos relativos a los servicios de sanidad, el número y clase de personal empleado y la organización de los servicios de salubridad, se incluyeron en el Informe Cuadrienal, lo mismo que los datos concretos sobre los programas de saneamiento. Este capítulo presenta datos resumidos sobre el personal empleado a tiempo exclusivo y el siguiente capítulo contiene en una tabla resumida la organización de los Servicios Nacionales de Salubridad. Estos dos capítulos proporcionan datos limitados con respecto a la situación de los servicios de salubridad en los Estados Miembros, presentando la clase de servicios y los tipos de personal profesional que los realiza.

La información sobre el personal empleado según sus especialidades es esencial al examinar el desarrollo de los servicios de salubridad y del adiestramiento del personal para el desenvolvimiento futuro de los crecientes programas sanitarios. Quince países han facilitado datos relativos al personal empleado en los Servicios Nacionales de Sanidad; seis de ellos dieron también el número de empleados en los servicios de salud estatales o provinciales y cinco en los servicios locales (Cuadro 54). Algunos países tienen una organización descentralizada que presta servicios en los planos estatal y local; en otros los servicios eran principalmente de orden nacional. Veintidós otras entidades políticas proporcionaron esta información relativa al personal de esos servicios de salubridad (Cuadro 55) con once de ellas que dan el número empleado en el orden local.

Debido a las diferencias en la organización de los servicios de sanidad, los datos contenidos en este Cuadro tienen que considerarse en relación con los programas de las entidades políticas y no permiten estudios comparativos. Por ejemplo, en un país se incluye el personal empleado en hospitales, mientras en otras entidades políticas generalmente no se incluyen esos empleados. Al mismo tiempo, la definición de ciertas categorías de personal varía de un país a otro, lo que impide establecer una comparación rigurosa. Una consideración más importante al interpretar este Cuadro es la diferencia que existe en el concepto "de tiempo exclusivo" que prevalece en las diversas entidades políticas. Como declaraba el cuestionario, se refería únicamente al número de empleados de dedicación exclusiva a los cargos que desempeñaban en el servicio de sanidad, con exclusión de la práctica profesional. Sin embargo, los datos indican que además se ha incluido personal que no es de tiempo exclusivo, lo que se debe a diferencias en las prácticas de empleo de los países. Es indispensable poder contar con una carrera de salud pública y con personal debidamente adiestrado y dedicado exclusivamente al desarrollo de los modernos servicios de salubridad.

A pesar de estas dificultades de interpretación, los Cuadros 54 y 55 indican que el número de médicos, ingenieros y otro personal profesional empleado en los Servicios Nacionales de Sanidad, es relativamente reducido en algunos países. Aunque las enfermeras de salud pública fueran pocas, muchas de ellas, además de las que trabajan en los Servicios Nacionales de Sanidad, prestan servicio en las unidades sanitarias estatales, provinciales y locales. El proporcionar posibilidades de educación y adiestramiento de especialistas en muchas de estas categorías es un aspecto importante de los proyectos para el desarrollo de los servicios de salud.

Esperamos que esta información relativa al personal estimulará discusiones y proyectos para usarse en futuros informes referentes a la enumeración del personal empleado en los servicios de salubridad en todas las Américas.

CUADRO 54

PERSONAL EMPLEADO A TIEMPO EXCLUSIVO EN LOS SERVICIOS DE SALUBRIDAD NACIONALES ESTATALES O PROVINCIALES, Y LOCALES EN 15 PAISES DE LAS AMERICAS, EN 1953

Nivel de Servicio y País	Médicos	Personal de enfermería			Personal de saneamiento			Dentistas	Nutricionistas	Personal de laboratorio	Estadísticos	Educadores sanitarios	Trabajadores sociales	Personal de oficina	Otro personal
		Salud pública	Otros graduados	Otros	Ingenieros graduados	Sanitaristas	Otros								
NACIONAL															
Argentina	32	150	...	...	6	30	...	...	40	...	...	6	...	...	...
Bolivia	11	1	...	...	...	25	68	1	1	7	1	...	...	58	25
Brasil (a)	265	99	20	340	b) 74	17	453	8	-	178	6	10	-	460	1120
Colombia (c)	32	...	...	...	9	4	...	2	...	...	2	5	...	...	...
Costa Rica (d)	4	30	26	110	10	79	73	27	5	38	5	2	6	140	...
Chile	769	d) 441	e) 1922	7122	38	242	...	f) 542	219	395	g) 650	22	567	3151	8843
El Salvador (h)	16	85	...	140	8	...	205	21	1	3	2	...	...	200	135
Estados Unidos (i)	1405	j) 128	1260	1441	341	...	...	217	96	1601	131	17	35	...	...
México	1032	1955	...	48	19	444	...	44	47	423	34	...	251	1975	5394
Nicaragua	51	16	8	41	2	36	80	1	1	36	10	17	...	49	117
Panamá	159	85	296	346	2	56	50	32	5	116	1	1	4	282	1056
Paraguay	203	16	k) 72	108	1	3	58	33	7	l) 42	36	17	20	567	m) 43
Perú (c)	152	41	-	-	12	22	-	-	-	-	-	21	-	1230	6
Rep. Dominicana	90	3	14	54	4	141	...	10	...	22	1	...	...	215	875
Venezuela	856	407	236	2516	43	492	103	12	37	300	4	7	150	2052	5343
ESTATAL O PROVINCIAL															
Bolivia .....	...	...	...	37	...	24	...	...	4	52	27	...	...	51	145
Colombia (c)	42	52	...	...	15	30	...	28	...	17	...	16	...	26	...
Estados Unidos	632	1319	120	...	664	1194	...	100	133	1697	191	225	163	7496	3596
México	644	565	...	30	22	555	...	57	...	66	31	...	18	645	1117
Nicaragua	40	19	...	26	...	35	27	5	1	19	...	48	...	3	31
Paraguay (n)	58	13	65	112	...	...	160	10	...	9	6	...	3	157	35
LOCAL															
Bolivia	10	25	82	264	...	...	...	17	...	...	...	...	9	250	401
Colombia (c)	867	1059	...	...	5	1694	126	210	...	12	...	...	...	216	...
Estados Unidos	1502	12492	621	...	407	6810	...	234	106	1301	213	272	177	8280	4233
México	78	141	...	...	3	13	...	4	...	42	13	...	2	67	255
Nicaragua	5	2	...	3	...	4	2	...	...	9	...	6	...	...	7

(a) Personal empleado con carácter especial o en virtud de acuerdo internacional para el desarrollo de ciertos programas sanitarios, o de alguna campaña sanitaria emprendida por el Gobierno del país. En éste rige por ley para todo el personal un régimen de trabajo de 6 horas diarias. Los Estados y Municipios no emplean personal a "tempo integral."

(b) Inclusive 19 topógrafos; 2 agrónomos y 3 químicos.

(c) Informe revisado.

(d) Hay además 65 de tiempo parcial.

(e) Inclusive 573 "matronas." Informe revisado.

(f) Solamente 15 con jornada de 6 horas.

(g) Inclusive 30 estadísticos y 620 oficiales.

(h) Las contribuciones municipales se dedican exclusivamente para el pago de mano de obra y materiales en obras de saneamiento básico.

(i) Revisado por el Servicio de Salud Pública de E. U. de modo que incluya solamente personal del Servicio de Salubridad.

(j) En el servicio extranjero, 28; designados para servicio estatal o local, 30.

(k) Inclusive 17 parteras.

(l) Inclusive 10 empleados auxiliares.

(m) Inclusive 8 farmacéuticos y 9 radiólogos.

(n) Incluidas en el grupo "Otros Graduados de Personal de Enfermería" se hallan 48 parteras; en el grupo "Otro Personal," 30 farmacéuticos y un radiólogo; en general se incluye personal auxiliar.

CUADRO 55

PERSONAL EMPLEADO A TIEMPO EXCLUSIVO EN LOS SERVICIOS DE SALUBRIDAD ESTATALES O TERRITORIALES Y LOCALES EN 22 OTRAS ENTIDADES POLITICAS DE LAS AMERICAS, EN 1953

Nivel de Servicio y Entidades Políticas	Médicos	Personal de enfermería			Personal de saneamiento			Dentistas	Nutricionistas	Personal de laboratorio	Estadísticos	Educadores sanitarios	Trabajadores sociales	Personal de oficina	Otro personal
		Salud pública	Otros graduados	Otros	Ingenieros graduados	Sanitaristas	Otros								
ESTATAL O TERRITORIAL															
Alaska (a)	11	31	4	...	5	5	1	-	7	-	4	2	55	15	
Barbada	18	4	134	91	-	9	5	-	6	-	-	-	36	440	
Belice	1	5	16	-	-	11	-	-	1	2	-	4	1	-	
Bermuda	4	6	-	12	-	8	-	2	1	4	-	-	2	1	
Guadalupe (b) ...	9	-	-	2	-	12	-	-	9	-	-	-	7	76	
Guayana Brit....	8	44	-	c) 41	-	61	77	2	-	24	-	2	12	-	
Guayana Fr. (d)	7	1	-	-	-	-	-	-	2	4	-	-	-	1	
Hawaii (e)	25	59	1	-	7	68	-	1	17	3	4	8	96	55	
Islas Bahama ...	14	6	41	100	-	9	5	-	3	-	-	-	3	65	
Islas Leeward:															
Antigua	9	35	36	6	-	16	-	1	2	-	-	-	2	...	
Islas Vírgenes.	2	-	7	5	-	-	-	-	1	-	-	-	-	7	
Montserrat	2	3	1	24	-	-	3	1	1	-	-	-	1	5	
S.Crist y Nieves	10	12	30	50	-	14	1	2	3	-	-	-	4	-	
Is. Vírgenes (EU) f	18	51	2	...	1	27	-	2	1	8	4	1	26	166	
Islas Windward:															
Dominica	8	4	-	69	-	-	16	1	1	2	-	-	8	11	
Granada	12	5	2	107	-	1	17	1	1	3	-	1	11	160	
Sta. Lucía	10	3	24	32	-	11	12	1	-	2	-	-	4	90	
San Vicente ...	11	21	32	28	-	-	-	1	-	4	-	1	7	...	
Jamaica	168	88	998	400	-	-	263	7	-	123	-	1	25	136 g) 963	
Martinica (h) ...	4	23	57	28	-	25	-	-	3	-	-	5	-	1	
Puerto Rico	160	377	383	678	5	39	225	7	35	135	7	29	67	2879	
Trinidad y Tabago	125	79	-	i) 839	-	80	137	18	2	58	-	1	5	-	
LOCAL															
Alaska	1	7	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	
Barbada	13	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Belice	-	-	-	-	-	-	80	-	-	-	-	-	4	-	
Guadalupe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	
Guayana Brit....	1	10	-	-	-	23	316	-	-	-	-	-	2	-	
Guayana Fr.	2	-	5	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Hawaii	15	87	1	-	7	88	-	-	1	18	2	4	10	126	
Is. Vírgenes (EU)	15	14	2	...	1	21	-	2	1	1	1	-	6	14	
Jamaica	1	17	-	219	-	-	178	14	-	-	-	-	-	-	
Martinica	-	-	11	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Puerto Rico	102	-	197	856	-	-	-	-	11	36	-	-	8	587	

(a) Inclusive 4 médicos del gobierno federal; no hay datos de otro personal del gobierno federal.

(b) Inclusive personal estatal: 1 médico y 7 de personal administrativo; también se incluyen médicos de hospitales.

(c) Inclusive parteras subvencionadas en ejercicio privado.

(d) Inclusive personal estatal: 1 médico, 1 farmacéutico y 2 nutricionistas.

(e) Inclusive 12 médicos del gobierno federal; no hay datos de otro personal del gobierno federal.

(f) Inclusive 2 médicos del gobierno federal; no hay datos de otro personal del gobierno federal.

(g) Inclusive 73 farmacéuticos.

(h) Inclusive personal estatal: 3 médicos, 1 farmacéutico y 5 agentes sanitarios (servicio de fronteras).

(i) Inclusive 86 hermanas de caridad, 417 enfermeras titulares y 336 enfermeras estudiantes.

CAPITULO V

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUBRIDAD

La organización de los servicios de salud pública varía notablemente en las Américas. Es preciso introducir mejoras en los métodos de administración de los servicios de salud con el objeto de adaptarlos a la constante evolución de los programas y al progreso alcanzado en las técnicas administrativas. Los estudios de la estructura de las organizaciones sanitarias son valiosos para obtener información básica y estimular la discusión de normas satisfactorias de administración. Aún cuando era limitado el material facilitado en los Informes Cuadriennales sobre esta materia, se ha tratado de reunir alguna información en este Capítulo.

Algunas entidades políticas explicaron en términos generales la estructura orgánica de sus respectivos servicios. Con el fin de ilustrar las diferencias existentes y presentar material para discusión, a continuación se resumen datos seleccionados acerca de la administración de los servicios de salud pública en Brasil, Chile, Estados Unidos, México, Puerto Rico y Venezuela.

Brasil

Los servicios federales de salud pública del Brasil comprenden cuatro grandes órganos, a saber: el Departamento Nacional de Salud, el Departamento Nacional del Niño, el Instituto Oswaldo Cruz y el Servicio Especial de Salud Pública. Los dos primeros están divididos, en cuanto a sus funciones, en dos grandes grupos de organismos, unos de carácter normativo y otros de carácter ejecutivo. Unos controlan, fijan normas, los otros ejecutan. Los primeros comprenden las Divisiones y los segundos, los Servicios Nacionales y las Delegaciones Federales. De un modo general, el Gobierno Federal se ocupa de la solución de los problemas sanitarios que, en el país, presentan un ámbito nacional. Y para esta labor existen, como organismos de carácter esencialmente ejecutivo, los llamados Servicios Nacionales de Malaria, Lepra, Fiebre Amarilla, Enfermedades Mentales, Cáncer, Peste y Tuberculosis. Como servicios complementarios para atender a los problemas sanitarios de orden general, existen además, en escala nacional, el Servicio Sanitario de Puertos, el Servicio Federal de Bioestadística, el Servicio Nacional de Fiscalización de la Medicina, el Servicio Nacional de Educación Sanitaria y ocho Delegaciones Federales de Salud, cada una de estas últimas con actividades limitadas a un grupo de Estados. El Gobierno Federal no podía dejar de tener órganos de control y orientación, los cuales forman, como ya se ha indicado anteriormente, el grupo de los llamados organismos de carácter normativo o divisiones. Una de ellas, la División Sanitaria, se ocupa, no sólo del problema de las enfermedades transmisibles, sino también de la enfermería, ingeniería sanitaria y de la organización de salud pública en general. Así, pues, para ayudar a los Estados, esta División, a través de las Delegaciones Federales de Salud, establece normas, orienta, controla y suplementa aquellas necesidades que presentan los departamentos de Salud de los Estados. La otra, la División de Organización de Hospitales, como su nombre indica, se dedica especialmente a actividades en este sector, ocupándose también del control, construcción y fiscalización de hospitales, y facilita orientación sobre todos los problemas que se plantean a los establecimientos de hospitalización. Por medio del Fondo de Asistencia a Hospitales de la División, los hospitales reciben los materiales o ayuda financiera que necesiten. Este conjunto de órganos y servicios descritos constituye el Departamento Nacional de la Salud.

Chile

El Servicio Nacional de Salud, creado en 1952, integra en una sola entidad las funciones, atribuciones, obligaciones, personal y presupuestos de los Servicios Médicos curativos y preventivos del país. El Servicio Nacional de Salud está constituido por

una Dirección General y 18 Zonas de Salud. El Director General delega sus atribuciones de coordinación, de supervisión ejecutiva y de normalización en dos Sub-Direcciones. La Sub-Dirección Normativa correlaciona y coordina la labor de los Departamentos, Sub-Departamentos y Secciones Normativas Técnicas. La Sub-Dirección General desarrolla idéntica función en lo que se refiere a la labor ejecutiva que realiza el Servicio a través de las Zonas y Centros de Salud. La Sub-Dirección Normativa tiene 6 Departamentos, a saber: 1) Departamento de Epidemiología, 2) Departamento de Atención Médica, 3) Departamento de Higiene Ambiental, 4) Departamento de Protección Materna e Infantil y de Fomento de la Salud, 5) Departamento de Laboratorios, 6) Departamento de Servicios Técnicos Generales. Estos Departamentos se dividen, a su vez, en Sub-Departamentos de acuerdo con las diversas especialidades y programas técnicos. El Departamento de Epidemiología comprende estos 5 Sub-Departamentos: 1) Enfermedades Transmisibles Agudas, 2) Enfermedades Parasitarias, 3) Tuberculosis, 4) Enfermedades Venéreas, 5) Enfermedades Crónicas y Accidentes. El Departamento de Higiene Ambiental tiene también 5 Sub-Departamentos, a saber: 1) Ingeniería Sanitaria, 2) Higiene y Seguridad Industriales y Medicina del Trabajo, 3) Insectos y Roedores, 4) Viviendas, 5) Protección y Control de Alimentos. El Departamento de Servicios Técnicos Generales tiene 7 Sub-Departamentos: 1) Bioestadística, 2) Educación Sanitaria, 3) Enfermería, 4) Químico-Farmacéutico, 5) Servicio Social, 6) Selección y Adiestramiento del personal, 7) Profesores Médicos. Las Zonas de Salud comprenden hoy 163 centros de Salud de diverso tipo que son los organismos responsables de todas las funciones de salubridad.

Estados Unidos

En los Estados Unidos existen organizaciones sanitarias en tres escalas distintas: federal, estatal y local. Los organismos oficiales federales se encargan del control interestatal de los peligros sanitarios, así como de proteger al país contra las enfermedades transmisibles procedentes del extranjero. El Gobierno Federal patrocina actividades de investigación y demostración sobre la causa, prevención y control de las enfermedades y concede "grants-in-aid" para la expansión de los servicios estatales y locales de salud pública. El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos es el principal organismo sanitario federal, pero hay otros muchos organismos que tienen intereses y responsabilidades en materia sanitaria, directamente relacionados con las funciones más amplias de su competencia. El campo de las actividades sanitarias de los organismos oficiales estatales varía desde la autoridad normativa o la prestación de servicios de asesoramiento solamente, hasta ocuparse del funcionamiento de servicios directos complejos. Se estimula el mejoramiento de los servicios locales de salud pública mediante actividades encaminadas al fomento, asesoramiento y vigilancia de los mismos, así como con la ayuda financiera prestada con fondos federales y estatales a programas sanitarios aprobados. En general, la protección de la salud de la colectividad es una responsabilidad pública que se ejerce a través de los organismos oficiales de los gobiernos locales.

México

El Servicio de Salud Pública se desarrolla en México por la Secretaría de Salubridad y Asistencia que cuenta con 16 Direcciones Técnicas y una Jefatura de Servicios en cada entidad federativa (29 Estados, 2 Territorios y un Distrito Federal). Las Direcciones Técnicas son las siguientes: Administración, Ingeniería Sanitaria, Asistencia Social, Servicios Coordinados, Servicios Médicos Rurales Cooperativos, Salubridad en el Distrito Federal, Educación Higiénica, Epidemiología, Campañas Sanitarias, Higiene y Asistencia Materno-Infantil, Rehabilitación, Enfermería y Trabajo Social, Higiene Industrial, Control de Medicamentos, Control de Alimentos y Bebidas, y Bioestadística.

En cada entidad federativa existe una Jefatura de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia, organizada en las siguientes secciones: epidemiología y control de enfermedades transmisibles, educación higiénica, ingeniería sanitaria e higiene industrial, asistencia médica, higiene y asistencia materno-infantil, control de alimentos y medicamentos, y laboratorio, que ejercen función directiva. Las entidades que tienen puertos marítimos, fronterizos o aéreos, tienen además un servicio de sanidad internacional.

La acción aplicativa la ejercen los Centros y Unidades de Salubridad y Asistencia de los Estados y Territorios, y los Centros de Prevención de enfermedades transmisibles y los Departamentos Sanitarios del Distrito Federal. Los Centros son los grupos mínimos de trabajo y constan de un médico, una enfermera y un oficial sanitario. Las Unidades cuentan con más personal y equipo en relación con la magnitud de la población que atienden y los agrupan en Dispensarios: antivenéreo, antituberculoso, antileproso y antipalúdico, según las necesidades de la población, y en Servicios diversos: materno-infantil, asistencia médica general, hospitales, maternidades, ingeniería sanitaria, educación higiénica, etc.

Puerto Rico

La isla de Puerto Rico funciona como un distrito sanitario. La organización del Departamento de Salud se compone de una Oficina Central Departamental bajo la dirección del Secretario de Salud y cuatro divisiones: de Administración, de Salud Pública, de Hospitales y de Bienestar Público. La Oficina Central Departamental comprende los Negociados de Registro Demográfico y Estadísticas, Censo y Construcción de Hospitales, Trabajo Médico Social, Educación Sanitaria, Control del Cáncer, Nutrición y Dietética, Higiene Mental, Patología y Educación Médica.

La División de Salud Pública consiste de una oficina central dirigida por un director y tres directores auxiliares y de los siguientes negociados: Servicios Administrativos, Enfermedades Transmisibles, Saneamiento Ambiental, Control de la Tuberculosis, Control de Enfermedades Venéreas (a cargo también de los servicios de enfermedades del corazón), Laboratorios de Salud Pública, Control de la Malaria e Insectos, Niños Lisiados, Higiene de la Madre y el Niño, Higiene Oral, Enfermería Sanitaria.

En cada uno de los 76 municipios en que está dividida la isla hay una unidad de salud pública. Estos municipios han sido agrupados en 33 jurisdicciones con 129 sub-unidades urbanas y rurales. Cada jurisdicción está bajo el cargo de un oficial médico asistido por uno o más médicos para los servicios que, sumados a las enfermeras, dentistas, inspectores de salud, trabajadores médico-sociales, educadores en salud pública y demás personal auxiliar, constituyen la facultad de salud en esas jurisdicciones. En 17 municipios hay centros de salud que incorporan unidades de hospital de primera instancia, unidades de salud pública y unidades de bienestar público. Las unidades de hospital tienen disponible aproximadamente una cama por cada mil habitantes en cada jurisdicción a que sirven.

La División de Hospitales tiene bajo su jurisdicción cinco hospitales generales, seis hospitales de tuberculosis, uno de psiquiatría, uno de leproso y cuatro escuelas de enfermeras, en total con más de 5.000 camas. Las escuelas de enfermeras tienen cabida para 330 estudiantes.

La División de Bienestar Público está organizada en tres negociados (de Asistencia Pública, de Bienestar del Niño y de Instituciones) y cinco oficinas (de Impedidos, de Servicios Interagenciales, de Relaciones Públicas, de Adiestramiento de Personal, y de Estadísticas, Investigaciones Sociales y Educación). A nivel local la Di-

visión mantiene 78 unidades de bienestar público las cuales son supervisadas por cinco oficinas de distrito.

Venezuela

La organización sanitaria venezolana es fundamentalmente nacional. La totalidad de los servicios preventivos y una buena parte de la medicina pública de carácter curativo dependen técnicamente de la Dirección de Salud Pública. La Dirección de Salud Pública tiene divisiones en 3 grupos: 1) Higiene Ambiental y Enfermedades Transmisibles, 2) Administración Sanitaria y 3) Promoción de la Salud. Higiene Ambiental y Enfermedades Transmisibles comprende 8 divisiones, a saber: Ingeniería, Epidemiología y Estadística Vital, Fiebre Amarilla y Peste, Malariología, Tuberculosis, Venereología, Lepra, Laboratorios. En Administración Sanitaria, además de la Unidad Sanitaria de Caracas, se incluyen las Divisiones de Unidades Sanitarias y de Sanidad Rural, el Instituto de Hospitales, la Región Sanitaria del Estado Aragua, y los Centros de Salud. Bajo Promoción de la Salud se agrupan 8 Divisiones: Materno-Infantil, Higiene Escolar, Higiene Dental, Higiene Mental, Educación Sanitaria, Servicio Social, Oncología y Farmacia.

- - - - -

Quince países y cinco otras entidades políticas facilitaron información relativa a la asignación de responsabilidades en el desempeño de funciones específicas. En el Cuadro 56 se presenta, en forma resumida, información relativa a los organismos o subdivisiones del Servicio Nacional de Salud encargados de doce actividades específicas. Dicho cuadro contiene únicamente información limitada, pero en los respectivos informes de los diversos países aparecen explicaciones más completas. Se considera que las divisiones, departamentos y servicios enumerados en el cuadro, están bajo la dirección del Servicio Nacional de Higiene, salvo en los casos en que se menciona otro organismo, indicándose con un asterisco que este último no forma parte del Servicio Nacional de Salud.

De las 20 entidades políticas que facilitaron datos, todas ellas indicaron que la responsabilidad del control de las enfermedades transmisibles correspondía al Servicio Nacional de Salud y formaba parte, por lo general, de una división o departamento de enfermedades transmisibles o de epidemiología. El control de la tuberculosis y enfermedades venéreas formaba parte, con frecuencia, de esta misma división o departamento, o de una sección del mismo. En unas cuantas entidades políticas había además servicios encargados de algunas de las principales enfermedades transmisibles, tales como paludismo, fiebre amarilla y lepra.

En varias entidades políticas la responsabilidad de las actividades de saneamiento del medio correspondía a una unidad principal del Servicio Nacional de Salud; sin embargo, en tres países no se indicaba que este servicio estuviera incluido en la estructura de los Servicios Nacionales de Salud. En 5 países y otras dos entidades políticas el Servicio Nacional de Salud comprendía una unidad responsable de las actividades de higiene industrial. En muchas entidades políticas, los servicios de higiene maternoinfantil aparecían incluidos en la estructura de los Servicios Nacionales de Salud; sin embargo, en dos países estas funciones estaban asignadas, en su totalidad o en parte, a un organismo separado, en un país correspondían a unidades locales, y en otros dos no se indicaba si se prestaban estos servicios.

Todos salvo dos países y una de las otras entidades, contaban con servicios de bioestadística en la estructura orgánica del Servicio Nacional de Salud.

En muchas entidades políticas, la asistencia médica no era responsabilidad del Servicio Nacional de Salud; esta función correspondía a algún otro organismo o bien no estaba bajo el control de una unidad administrativa centralizada. Sin embargo, en 6 países y dos otras entidades la responsabilidad de estas actividades estaba asignada, en mayor o menor grado, a la División de Hospitales u otra subdivisión administrativa del Servicio Nacional de Salud. En un país, la asistencia médica es función que corresponde directamente al Servicio Nacional de Salud.

Este capítulo sirve de breve introducción al estudio de la organización de los servicios de salud pública en las Américas. La consideración de este material y de las necesidades de estudiar las organizaciones y administraciones sanitarias, permitirá establecer planes para presentar un resumen completo y adecuado en un informe ulterior.

CUADRO 56

DOCE ACTIVIDADES EN LA ORGANIZACION DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUBRIDAD 1953

Entidades Políticas	Enfermedades transmisibles	Control de la tuberculosis	Control de las enf. venéreas	Saneamiento del medio	Higiene Industrial	Estadística vital y sanitaria
Bolivia	Div. de Enf. Trans.	Serv. en Div. de Enf. Trans.	Serv. en Div. de Enf. Trans.	Escala limitada	SCISP	Dpto. Nal. de Bioestadística
Brasil	Div. de Organización Sanitaria; serv. especializ.	Serv. Nal. de Tuberculosis	Div. de Organización Sanitaria	*Min. de Viação e Obras Pùb.	*Min. de Trabalho e Indústria e Comércio	Serv. Federal de Bioestatística
Canadá	Epidemiology Div. Laboratory of Hygiene; *Dept. of Agriculture	...	Directorate of Health Service	Public Health Engineering; *Dept. of Agriculture	Occupational Health Div. *Dept. of Labor	*Dominion Bureau of Statistics
Colombia	Sec. Nal. de Epidemiología	Sec. Directiva Nal.	Nivel local Inst. Antivenéreo y Org. Salub.	Sec. Nal. de Ingeniería San.	*Min. del Trabajo	Sec. Nal.
Costa Rica	Dpto. de Epidemiología	Lucha Antituberculosa	Lucha Antivenérea	Saneamiento del Ambiente	No existe	Dpto. de Bioestadística
Chile	Dpto. de Epidemiología	Sub-Dpto. de Tuberculosis	Sub-Dpto. de Enf. Venéreas	Dpto. de Higiene Ambiental	Sub-Dpto. de Higiene Ind.	Sub-Dpto. de Bioestadística
Ecuador	Div. de Epidemiología y Control de Enf. Infecto-contagiosas	Serv. Nal. Antituberculoso	Campaña Antivenérea	Dpto. de Ingeniería Sanitaria	...	Div. de Est. San. y Demográfica
Estados Unidos	Public Health Service; *Dept. of Agriculture	Public Health Service	Public Health Service	Public Health Service	Public Health Service *Dept. of Labor	Public Health Service
Haití	Div. d'Hygiène Publique	...	Div. d'Hygiène Publique	Div. d'Hygiène Publique	No existe	Div. d'Hygiène Publique
México	Div. de Epidemiología	Campaña Antituberculosa	Campaña contra las Enf. venéreas	Dir. de Ing. San. *Sec. de Recursos Hidráulicos	Dir. de Higiene Industrial	Dir. de Bioestadística
Panamá	Sec.	Campaña	Serv. de Epidemiología	Sec.	...	Dpto. de Salud Pública; *Oficina de Est. y Censos
Paraguay	Dpto. de Epidemiología	Inst. Control de Salud de Pers. y Colectividades	...	SCISP	Dpto. de Higiene Industrial	Div. de Bioestadística
Perú	Div. de Enf. Trans.	Div. de Tuberculosis	Dpto. de Venereología	...	Dpto. de Higiene Industrial	Dpto. de Bioestadística
República Dominicana	Serv. Nal.	Div. de Tuberculosis	Div. de Enf. Trans.	Sec. de Ingeniería San.	No existe	*Div. Gral. de Estadística
Venezuela	Div. de Higiene Ambiental y Enf. Trans.	Div. de Tuberculosis	Div. de Venereología	Div. de Malaria; Div. de Ingeniería San.	*Min. del Trabajo	Div. de Epidemiología y Est. Vital
Alaska	Section of Preventive Medicine	Div. of Tuberculosis Control	Section of Preventive Medicine	Section of Sanitation and Engineering	Section of Sanitation and Engineering	Bureau of Vital Statistics
Hawaii	Div. of Preventive Medicine; Bureau of Epidemiology	Div. of Preventive Medicine; Bureau of Tuberculosis Control	Div. of Preventive Medicine; Bureau of Venereal Diseases	Div. of Sanitation; Bureau of Sanitary Engineering	Div. of Sanitation; Bureau of Industrial Hygiene	Div. of Health Statistics
Islas Vírgenes (E. U. A.)	Div. of Communicable Diseases	Div. of Communicable Diseases	Div. of Communicable Diseases	Div. of Sanitation	...	*Bureau of General Services; Vital Records and Statistical Service
Puerto Rico	Negdo. de Enf. Trans.	Negdo. de Control de la Tuberculosis	Negdo. de Control de Enf. Venéreas	Negdo. de Saneamiento	Negdo. de Saneamiento; Sec. de Higiene Ind.	Negdo. de Registro Demográfico y Est.
Trinidad y Tabago	Div. of Disease Control	Div. of Tuberculosis	Div. of Venereal Diseases	Unit of Endemic Diseases	...	No hay unidad especial. Labor hecha por Health Education Office

* Organismo fuera del Servicio Nacional de Salubridad.

Abreviaturas:

Dpto. - Departamento

Div. - División

Enf. - Enfermedad (es)

Esp. - Especial

Est. - Estadística (s)

Ind. - Industrial

Ins. - Instituto

Lab. - Laboratorio (s)

Min. - Ministerio

Nal. - Nacional

Negdo. - Negociado

San. - Sanitaria

Sec. - Sección

Secr. - Secretaría

Serv. - Servicio

SCISP - Servicio Cooperativo

Interamericano de

Salud Pública

Trans. - Transmisible (s)

Unid. - Unidad (es)

CUADRO 56

DOCE ACTIVIDADES EN LA ORGANIZACION DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUBRIDAD, 1953 (Continuación)

Entidades Políticás	Higiene materno-infantil	Higiene dental	Nutrición	Educación sanitaria	Laboratorio de diagnóstico	Asistencia médica
Bolivia	Serv. creado	Escala limitada	Dpto. de Nutrición	SCISP	Poco desarrollado	*Org. del Edo. *Caja Nat. del Seguro Social
Brasil	*Dpto. Nat. da Criança	Estatales y locales	Secção de Nutrição; *Min. do Trabalho; *Inst. Nutrição, Univ. do Brasil	Serviço Nat. de Educação Sanitária	Estatales y locales	Div. de Organização Hospitalar; *Otras
Canadá	Child and Maternal Health Div.	Dental Health Div.	Nutrition Div. *Dept. of Agriculture	...	Laboratories of Hygiene, Food and Drugs	Actividad provincial
Colombia	Sec. Nat.	Sec. Nat.	Inst. Nat.	Sec. Central	Nivel local	Labor local
Costa Rica	Dpto. de Higiene Materno-Infantil	Dpto. de Higiene Dental	Dpto. de Nutrición	Dpto. de Educación Sanitaria	Laboratorio de Salud Pública	*Div. Gral. de Asistencia
Chile	Dpto. de Protección Materna e Infantil	Sub-Dpto. de Higiene Dental	Sub-Dpto. de Alimentación	Sub-Dpto. de Educación Sanitaria	Dpto. Central de Lab.	Dpto. de Atención Médica
Ecuador	Div. de Unid. San. y Centros de Salud	Div. de Unid. San. y Centros de Salud	Inst. Nat. de Nutrición	Div. de Educación Sanitaria	Inst. Nat. de Higiene	...
Estados Unidos	*Children's Bureau; Public Health Service	Public Health Service	*Children's Bureau; Public Health Serv. Dept. of Agriculture	Public Health Serv *Children's Bureau *Office of Education	Public Health Service	Public Health Serv. *Social Security Adm. *Otros Dptos.
Haití	Nivel local	Div. d'Hygiène Publique	En proyecto	Div. d'Hygiène Publique	Hospital Général	Div. d'Assistance Publique et Sociale
México	Dir. de Higiene y Asistencia Materno-Infantil	Estatales y locales	*Comisión Nat. de la Alimentación	Dir. de Educación Higiénica	Lab. Central y locales	Div. de Asistencia Social
Panamá	Serv. de la Sec. de Unid. San.	Serv. de la Sec. de Unid. San.	Serv.	Sec.	Lab. Central y de Salud Pública	Div. de Hospitales
Paraguay	...	...	Nivel local	Dpto.	...	...
Perú	Dpto. de Protección Materno-Infantil	Dpto. de Odontología	Dpto. de Nutrición	Div. de Educación Sanitaria	Inst. Nat. de Higiene	*Div. Gral. de Asistencia Social y Hospitalaria
República Dominicana	No existe	Nivel local	No existe	No existe	Lab. de Sal. Pub. y Lab. Nat. de Bromatología	Div. de Hospitales
Venezuela	Div. de Higiene Materno-Infantil	Div. de Higiene Dental	Inst. Nat. de Nutrición	Div. de Educación Sanitaria	Div. de Laboratorios	Inst. de Hospitales y otros
Alaska	Section of Maternal and Child Hygiene	...	Unit of Nutrition	Div. of Health Education	Div. of Public Health Laboratories	...
Hawaii	Div. of Preventive Medicine; Bureau of Maternal and Child Health	Div. of Dental Health	Div. of Preventive Medicine; Bureau of Nutrition	Div. of Health Education	Div. of Preventive Medicine; Bureau of Laboratories	Div. of Hospital and Medical Care
Islas Vírgenes (E. U. A.)	Div. of Maternal and Child Hygiene	Div. of Dental Serv.	Div. of Nutrition	*Bureau of General Serv. Health Education	*Bureau of Medical Care; Div. of Laboratories	*Bureau of Medical Care
Puerto Rico	Negdo. de Higiene Maternal e Infantil	Negdo. de Higiene Oral	Negdo. de Nutrición y Dietética	Negdo. de Educación Sanitaria	Negdo. de Laboratorios de Salubridad Pública	...
Trinidad y Tabago	Maternity and Welfare Service	Div. of Dental Hygiene	Unit of Nutrition	Unit of Health Education	...	...

CAPITULO VI

PROGRAMAS DE SANEAMIENTO

Uno de los más importantes programas de los servicios de sanidad es el relativo al saneamiento del medio. La naturaleza de los programas de saneamiento varía y para este informe se han obtenido datos sobre los siete aspectos siguientes de esos programas: 1) Sistemas de agua, 2) Sistema de eliminación de aguas negras, 3) Saneamiento rural, 4) Eliminación de basuras, 5) Control de la leche y otros alimentos, 6) Programa de control de insectos vectores, y 7) Vivienda.

Dieciséis países y dieciocho otras entidades políticas han proporcionado alguna información sobre los sistemas de abastecimiento de agua (Cuadro 57). El porcentaje de la población urbana servida por esos sistemas varía considerablemente. Es necesario hacer todo lo posible por proporcionar sistemas de abastecimiento de agua a toda la población urbana de las Américas. El suministro de agua libre de organismos patógenos es esencial para reducir las tasas de mortalidad producidas por las enfermedades gastrointestinales. Como cabía suponer, en las zonas rurales los porcentajes eran bajos.

En muchas zonas urbanas funcionan sistemas de eliminación de aguas negras (Cuadro 58) y el porcentaje de la población urbana servida varía considerablemente. Al igual que con los sistemas de abastecimiento de agua, disponer de sistemas de eliminación de aguas servidas es una necesidad primordial para todos los centros urbanos.

Puesto que las entidades políticas de las Américas son esencialmente rurales, los programas de saneamiento del medio se están extendiendo a grandes zonas rurales. Aunque el suministro de abastecimiento de agua y de sistemas de eliminación de aguas servidas lógicamente se desarrollaría primero en las poblaciones urbanas, en las zonas rurales existen necesidades y oportunidades cada vez mayores para que los servicios de sanidad puedan fomentar el establecimiento de sistemas satisfactorios de abastecimiento de agua y medios de eliminación segura de aguas servidas. Los programas de saneamiento rural, como puede verse en el Cuadro 59, generalmente incluyen la construcción de letrinas sanitarias. En algunos países incluyen también el control de abastecimiento de agua, el control de insectos y el mejoramiento de la vivienda.

El programa para la eliminación de basuras puede verse en el Cuadro 60. En general, la responsabilidad de este programa parece corresponder a las zonas locales, ciudades, provincias o estados.

Se informó que el control de la leche se encontraba en muchas entidades políticas, por lo menos parcialmente, a cargo de los servicios locales o nacionales de sanidad (Cuadro 61). Algunos países también ejercen control sobre los mercados y mataderos.

Los programas de control de insectos vectores se dirigían principalmente al control de anofelinos y *Aedes aegypti* mediante la aplicación de DDT a las casas (Cuadro 62). El estado de los programas en esos aspectos se describe en el Capítulo III (Paludismo y Fiebre Amarilla). Sin embargo, en algunos países se realizaban programas de exterminio de ratas, pulgas y piojos.

El programa de la vivienda es relativamente nuevo en los servicios de sanidad. Aunque en las Américas se llevaban a cabo las actividades de los servicios de sanidad en este campo en escala limitada, en el Cuadro 63 pueden verse algunos datos relativos a este problema y la indicación de que las autoridades sanitarias estudian esta actividad.

CUADRO 57

NUMERO DE SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA Y POBLACION SERVIDA^{a)}
EN LAS ZONAS URBANAS Y RURALES DE LAS AMERICAS, 1953

Entidades Políticas	Total			Zonas urbanas			Zonas rurales		
	Número de sis- temas	Población		Número de sis- temas	Población		Número de sis- temas	Población	
		Número	Por ciento		Número	Por ciento		Número	Por ciento
Países									
Argentina . .	395	7 876 000	43	132	7 707 000	67	263	167 500	2
Bolivia . . . .	...	...	...	123	596 350	57	...	...	...
Brasil . . . .	...	...	...	b) 763	...	...	...	...	...
Canadá (c) . .	...	8 800 000	64	...	...	...	...	...	...
Colombia . .	407	2 823 000	23	316	2 723 000	62	91	100 000	1
Cuba	112	...	30-75	112	...	30-75	...	...	...
Chile . . . . .	...	...	...	...	2 593 500	72	...	...	...
El Salvador . .	...	...	...	151	594 550	85	...	...	...
Estados Unidos	16 747	93 500 000	59	2 267	76 700 000	89	d) 14 480	16 800 000	23
Haití	19	...	...	15	...	...	4	...	...
México . . . .	...	11 532 660	41	...	...	...	...	...	...
Nicaragua . .	13	109 550	9	12	109 300	27	1	250	0
Panamá	219	415 368	52	12	232 357	75	e) 207	183 011	37
Perú . . . . .	...	...	30	...	...	60	...	...	10
Rep. Dom. . . .	292	652 000	28	77	482 000	88	215	170 000	10
Venezuela . .	...	...	...	f) 133	...	...	...	...	...
Otras Entidades									
Alaska	39	50 000	24	5	31 000	57	34	19 000	13
Barbada	4	208 000	94	1	88 000	100	3	120 000	90
Belice	1	26 000	34	1	26 000	62	-	-	-
Guadalupe . .	3	55 000	18	3	55 000	72	-	-	-
Guayana Brit.	193	386 412	88	1	86 412	68	g) 192	300 000	96
Guayana Fr. .	2	11 000	37	2	11 000	100	-	-	-
Hawaii	89	499 794	96	17	344 869	96	72	154 925	96
Islas Bahama	1	35 000	41	1	35 000	...	-	-	-
Islas Leeward									
Montserrat .	15	14 000	100	5	2 000	100	10	12 000	100
S. Crist. y N.	9	40 000	77	4	20 000	...	5	20 000	...
Islas Vírgenes (E.U.A.) (h) .	4	3 500	14	1	3 500	24	-	-	-
Islas Windward									
Dominica . . .	1	12 000	21	1	12 000	...	-	-	-
Sta. Lucía . .	9	26 000	31	3	15 400	100	6	6 000	9
Sn. Vicente . .	15	38 622	53	1	5 314	31	14	33 308	60
Jamaica	62	312 000	21	1	265 000	98	61	47 000	4
Martinica . . .	27	86 796	30	2	53 423	54	25	33 373	17
Puerto Rico (i)	167	987 545	45	j) 56	807 545	90	111	180 000	14
Trinidad y Tabago	3	660 000	97	2	149 000	95	1	511 000	98

a) Porcentajes de población calculados sobre la población total que vive en la zona.

b) Número de ciudades con un total de 1.332.560 predios servidos en 1950.

c) Exclusive Nova Scotia, Yukón y los Territorios del Noroeste.

d) Poblaciones de menos de 5.000 habitantes, con sistemas de abastecimiento de agua.

e) Inclusive 38 acueductos y 169 pozos para 61.020 y 121.991 habitantes, respectivamente.

f) De 152 poblaciones con 2.500 habitantes o más, 133 cuentan con sistemas de abastecimiento de agua.

g) Pozos artesianos.

h) Se exige por ley que las viviendas individuales tengan cisternas privadas debido al abastecimiento limitado de agua natural.

i) Cálculo pasado en el número de abonados; es probable que el 70 por ciento de toda la población haga uso de agua potable de los sistemas de acueductos.

j) Los 76 municipios están servidos por sistemas de acueductos.

CUADRO 58

NUMERO DE SISTEMAS DE ELIMINACION DE AGUAS NEGRAS Y POBLACION SERVIDA ^{a)} EN LAS ZONAS URBANAS Y RURALES DE LAS AMERICAS, 1953

Entidades Políticas	Total			Zonas urbanas			Zonas rurales		
	Número de sistemas	Población		Número de sistemas	Población		Número de sistemas	Población	
		Número	Por ciento		Número	Por ciento		Número	Por ciento
Países									
Argentina . . .	39	5 298 000	29	39	5 298 000	46	-	-	-
Bolivia . . . .	...	...	...	7	352 000	33	...	...	...
Brasil . . . . .	...	...	...	b) 371	...	...	...	...	...
Canadá (c) . . .	...	8 090 000	58	...	...	...	...	...	...
Colombia	281	2 500 000	21	281	2 500 000	57	-	-	-
Cuba	10	...	70	10	...	...	-	-	-
Chile . . . . .	...	...	...	...	1 488 000	41	...	...	...
El Salvador . . .	...	...	...	23	199 764	28	...	...	...
Estados Unidos	11 811	91 800 000	58	...	...	...	...	...	...
Haití	2	180 000	6	2	180 000	43	-	-	-
Nicaragua	5	24 360	2	5	24 360	6	-	-	-
Panamá	12	232 357	29	12	232 357	75	-	-	-
Perú . . . . .	...	...	20	...	...	40	...	...	...
Venezuela . . . .	...	...	...	d) 56	...	30	...	...	...
Otras Entidades									
Alaska	30	36 000	18	5	30 000	55	25	6 000	4
Belice	1	26 000	34	1	26 000	62	-	-	-
Bermuda	2	3 500	9	2	3 500	...	-	-	-
Guadalupe	2	49 000	16	2	49 000	64	-	-	-
Guayana Brt . . .	1	86 412	20	1	86 412	68	-	-	-
Guayana Fr. . . .	1	11 000	37	1	11 000	100	-	-	-
Hawaii	15	324 042	62	9	315 668	88	6	8 374	5
Islas Bahama . . .	1	9 000	11	1	9 000	...	-	-	-
Islas Vírgenes (E.U.A.)	3	3 500	14	3	3 500	24	-	-	-
Islas Windward:									
Sta. Lucía	1	10 000	12	1	10 000	65	-	-	-
San Vicente	8	3 891	5	2	1 641	9	6	2 250	4
Jamaica	1	85 000	6	1	85 000	31	-	-	-
Martinica	1	576	0	1	576	1	-	-	-
Puerto Rico	55	359 000	16	55	359 000	40	-	-	-
Trinidad y Tabago	1	110 000	16	1	110 000	70	-	-	-

a) Porcentajes de población calculados sobre la población total que vive en la zona.

b) Número de ciudades, con un total de 800.204 predios servidos en 1950.

c) Exclusive Nova Scotia, Yukón y los Territorios del Noroeste.

d) De 152 poblaciones con 2,500 habitantes o más, 56 cuentan con sistemas de eliminación de aguas negras.

CUADRO 59

ESTADO DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO RURAL EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Argentina	<p>Se ha creado una Dirección para dar las normas de lucha frente a múltiples problemas y se ha editado un "Compendio de Higiene Pública", con normas para los siguientes capítulos: Provisión de agua potable, líquidos cloacales domiciliarios, basuras, higiene urbana, viciación del aire atmosférico, residuos líquidos industriales, contaminación de los cursos de agua, la mosca doméstica, roedores, urbanismo, mataderos, mercados, ferias, cementerios, salas de reuniones y espectáculos públicos, natatorios, baños públicos, casas de comida y alojamientos. Desde el año 1953 se han constituido equipos destinados al saneamiento del medio que coordinan su acción con los municipios.</p> <p>La Dirección de Obras Sanitarias de la Nación, repartición autárquica, tiene a su cargo la provisión de agua potable y la red de cloacas del país, pero en aquellas zonas no comprendidas en sus planes se realizan estudios con la colaboración de los Ferrocarriles del Estado, para fomentar la creación de cooperativas locales para el suministro de agua.</p> <p>La construcción de mataderos rurales se precisa en una reglamentación, aconsejándose su ubicación y la distribución de sus locales. Se ha confeccionado el Legajo Sanitario de pueblos y ciudades y se requieren periódicamente todos los datos a las Comunas, para mantenerlo actualizado. Se está preparando un mapa epidemiológico para efectuar estudios estadísticos en relación con las enfermedades de origen hídrico con objeto de planificar las acciones contra estas enfermedades. En 1953 se ha realizado el Primer Congreso Argentino de Higiene de las Ciudades en el cual participaron los Intendentes del país, representantes oficiales y de instituciones profesionales y técnicas, quedando bien afianzadas las bases de una colaboración entre las comunas del país y la Dirección de Higiene de las Ciudades y del Campo, para el saneamiento del medio, sobre todo rural y semiurbano.</p>
Bolivia	<p>En pequeña escala: existe una unidad móvil equipada para instalar letrinas, que en los 4 últimos años ha construido 1.013 letrinas de pozo ciego. Esta misma unidad estimula la construcción de letrinas por los propios habitantes.</p> <p>El Ministerio de Higiene carece de un servicio propio de Ingeniería Sanitaria. Por su parte, la División de Ingeniería Sanitaria del SCISP, dentro del programa de ampliación de la Ayuda del Gobierno Norteamericano en cooperación con el Gobierno de Bolivia, está ejecutando trabajos de aprovisionamiento de aguas potables y de saneamiento ambiental en las provincias situadas al norte de la ciudad de Santa Cruz, como parte de un programa conjunto de educación y desarrollo de la agricultura llevado a cabo por ambos Gobiernos.</p>

CUADRO 59

ESTADO DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO RURAL EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Brasil	<p>El Ministerio de Comunicaciones y Obras Públicas, a través del Departamento Nacional de Obras de Saneamiento, es el órgano principal encargado del problema de saneamiento, recuperación y aprovechamiento del suelo. Como ejemplo de su trabajo puede citarse el saneamiento y recuperación de la llamada "Baixada Fluminense," próxima a la Capital Federal. El servicio especial de Salud Pública del Ministerio de Salud realiza un extenso trabajo de saneamiento rural, en la mayor parte del valle amazónico y en los valles de los ríos Dôce y São Francisco.</p> <p>La División de Organización Sanitaria del Departamento Nacional de Salud desarrolla actividades para el mejoramiento del abastecimiento de aguas y eliminación de los desechos así como también para el mejoramiento de la vivienda en el medio rural. Han sido distribuidas ampliamente las reglas para la construcción de pozos higiénicos.</p> <p>La División en la región nordeste ejecutó la construcción de 228 fosas colectivas y procura desarrollar las instalaciones, en el medio campesino, de letrinas rurales, principalmente del tipo "fosa absorbente superficial, con receptáculo sanitario." En la zona rural del sur del país se han perforado y funcionan 554 pozos artesianos. (Condensado del Informe a la XIV CSP, pág. 87.)</p>
Canadá	<p>Los sistemas de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas negras que existen en las zonas rurales, influyen en el problema de mantener la debida protección en los suministros de agua potable, así como sistemas adecuados de eliminación. La falta de conocimientos sobre los requisitos normales y la escasez de personal capacitado para los servicios de inspección en las zonas rurales, son también factores que retardan la extensión de una protección sanitaria eficaz a esas zonas. Para el Canadá, en su conjunto, el promedio de personas atendidas por cada inspector sanitario de los departamentos municipales de sanidad, era de 11.500, mientras que para las unidades primordialmente rurales, la proporción era de 21.200 personas por cada inspector.</p>
Colombia	<p>Saneamiento del suelo con construcción de letrinas, algunas alcantarillas. Protección de aguas. Eliminación conveniente de aguas negras.</p>
Costa Rica	<p>No hay programa separado. Lo realizan los Inspectores y el Departamento de Ingeniería Sanitaria (acueductos, excusados, desagües, etc.).</p>
Cuba	<p>Este tipo de trabajo se ejerce de manera esporádica, atendiendo a aquellos lugares en que, por sus condiciones topográficas, resultan más peligrosos, intensificándose en determinadas circuns-</p>

CUADRO 59

ESTADO DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO RURAL EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Cuba, cont.	tancias, cuando las necesidades sanitarias lo requieren.
Chile	Continúan los programas de abastecimiento de agua y eliminación de excretas en las provincias de Aconcagua, Santiago y O'Higgins-Colchagua. Se dió término a los estudios para un vasto programa de saneamiento rural, asociado a un plan de fomento de la producción agropecuaria y de higiene rural en las provincias de Maule, Ñuble y Concepción.
El Salvador	La Dirección General de Sanidad ha iniciado un programa de protección de las aguas de los ríos del país, haciendo efectiva una disposición vigente sobre la prohibición de verter en ellos, los desechos líquidos de beneficios de lavar café y de otras industrias similares a la vez que tiene en marcha un programa limitado, de protección de pozos de agua potable, mediante la instalación en forma sanitaria de bombas de mano. La Sanidad tiene en la Capital un taller en donde se construyen letrinas de cemento y las distribuye a las poblaciones del país para ser vendidas a poco costo, siendo la demanda actual de unas 8.000 unidades por año.
Estados Unidos	Al presente, poco más de 1.600 de los 3.071 condados del país tienen organizaciones de salubridad pública. La mayoría de éstas prestan algunos servicios sanitarios a los 73 millones de personas aproximadamente, que residen en ellos. El Servicio de Salubridad Pública da asesoramiento y consulta técnica a los Estados, edita publicaciones y patrocina estudios encaminados a mejorar la salubridad del medio rural. Sin embargo, se opone al progreso de la sanidad rural la falta de una conciencia de la necesidad sanitaria y también la de trabajadores sanitarios profesionales en las áreas rurales.
México	<p>Los trabajos de saneamiento rural que desarrolla la Dirección de Ingeniería Sanitaria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, son parte del programa de bienestar social rural que tiene como propósito lograr el mejoramiento de la organización social, económica y cultural de las comunidades y como uno de sus aspectos particulares, los trabajos de saneamiento ambiental. Se estima que en más de un 90% de las comunidades, se observan prácticas primitivas e inadecuadas en sus aspectos sanitarios. De acuerdo con la población, organización social y capacidad económica de la comunidad se ejecutarán los siguientes trabajos que por su orden se enumeran a continuación:</p> <p><u>Abastecimiento de agua:</u> con las limitaciones de la hidrología de la región, se construirán las obras de abastecimiento con la debida protección sanitaria, atendiendo con prioridad al servicio colectivo en el lugar en donde está localizada la fuente, si la dis-</p>

CUADRO 59

ESTADO DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO RURAL EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
México, cont.	<p>tancia a la comunidad no excede de un kilómetro y al servicio colectivo en conducción por gravedad a la comunidad, si la fuente está alejada más de un kilómetro.</p> <p><u>Eliminación de Excretas:</u> construcción de letrinas en las escuelas rurales, si las hay; construcción de letrinas en la escuela y en la comunidad; instalación de aparatos sanitarios y fosa séptica en la escuela y letrinas en la comunidad; construcción de letrinas en la comunidad y de un sistema de alcantarillado para el servicio de los edificios públicos y fosa séptica.</p> <p><u>Saneamiento de la habitación:</u> mejoramiento mínimo: separación de la cocina y aislamiento de animales; además de lo anterior: ampliación de la casa habitación; además de lo anterior: mejoramiento de pisos, muros y techos.</p>
Panamá	<p>El programa de saneamiento rural está actualmente iniciándose. Estos trabajos se intensificarán en la zona de la Chorrera para lo cual se cuenta con la ayuda de UNICEF.</p>
Perú	<p>Existen programas de saneamiento rural en pequeñas comunidades que tienen por objeto la captación de manantiales y construcción de pozos mediante obras sencillas a pilones en las plazas públicas, en los Dptos. de Ica, Arequipa y Lima, y en las zonas de demostración: Lima, Pativilca y Huarás en colaboración con la OMS y UNICEF.</p>
Rep. Dominicana	<p>El saneamiento rural forma parte de los programas inherentes a la Sección de Salud Pública, ellos son: construcción de letrinas sanitarias; campaña de control de insectos; recomendaciones y notificaciones para el mejoramiento y acondicionamiento de viviendas; control de los abastecimientos de agua potable. Las construcciones de abastecimientos de agua potable y su acondicionamiento es actividad que incumbe a la Dirección General de Acueductos.</p>
Venezuela	<p>Se estima que para 1950 había en el país unas 435.000 viviendas en el medio rural, de las cuales un 90% carecía de letrina u otra forma adecuada de eliminación de excretas, un 85% tenía piso de tierra, un 75% tenía techo de paja u otro material inadecuado y un 90% obtenía el agua de fuentes contaminadas o inseguras. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social fomenta la construcción de letrinas en el medio rural, y en los últimos 7 años se ha logrado que se construyan unas 70.000 letrinas, cifra que representa solamente el 16% de las necesidades.</p> <p>En lo que respecta al abastecimiento de agua, el Gobierno lleva a cabo un programa de construcción de acueductos en pequeñas poblaciones (500 a 5.000 habitantes) con ayuda del Instituto de Asun-</p>

CUADRO 59

ESTADO DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO RURAL EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Venezuela, cont.	<p>tos Interamericanos, habiendo logrado construir 81 acueductos que dan servicio a 107 poblaciones con un total de 106.984 habitantes. En los últimos años se ha notado que muchas viviendas de tipo rural han mejorado el techo cambiando la paja por láminas de aluminio acanalado. Esto se ha logrado por iniciativa propia.</p> <p style="text-align: center;">.</p>
Alaska	<p>Se ha realizado trabajo considerable en el establecimiento de servicios para las zonas alejadas; las disposiciones para contar con servicio directo o profesional resultan impracticables. Se han terminado encuestas de cuatro aldeas nativas como un paso preliminar hacia la implantación de programas para la enseñanza a auxiliares sanitarios nativos, quienes serán asignados a esas comunidades. Este programa ha sido desarrollado en cooperación con el Servicio Nativo de Alaska, el Departamento de Salud de Alaska y el Centro Artico de Investigaciones. Fueron elegidos los auxiliares sanitarios y la primera escuela comenzará en mayo o junio.</p>
Barbada	<p>El gobierno local mantiene un programa de instalación de letrinas.</p>
Belice	<p>El saneamiento rural está bajo la dirección de los inspectores sanitarios distritales. Las juntas urbanas distritales tienen a su cargo el servicio de recolección de basura y eliminación de aguas negras.</p>
Bermuda	<p>No hay necesidad de índole sanitaria mayor que un abastecimiento de agua adecuado y ningún otro factor individual amenaza tanto restringir el futuro del Territorio como la actual insuficiencia. Los edificios en su mayor parte tienen ahora tanques adecuados, pero aquéllos que son más viejos no siempre llenan el requisito para viviendas de contar con tanques con una capacidad media de 1.000 galones por cada 100 pies cuadrados -alrededor de 9 m²- de tejado medido horizontalmente. Hubo demanda, de proporciones moderadas, de agua de pozo, la que tuvo que ser clorinada. Existen dos pozos que proveen la mayor parte de esta clase de agua, el de la Compañía de Construcciones Salisbury con una venta de 430.000 galones (cerca de 1.630.000 litros) por año, y otro bajo el cuidado de las autoridades sanitarias.</p> <p>Desde 1951, y gracias a un programa vigoroso de exterminio de ratas, se puso a estos roedores bajo un estricto control. Iniciado en las ciudades de Hamilton y St. George, se va extendiendo a las granjas y para 1956 deberá abarcar sistemáticamente toda la Isla. Se calcula que en 1953 se exterminaron 41.000 ratas y 9.400 ratones.</p>

CUADRO 59

ESTADO DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO RURAL EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Guadalupe	El problema más importante es proveer a las aglomeraciones rurales con distribución de agua potable; no se intenta llevarla a cada vivienda, lo que sería imposible debido al carácter particular del habitante en Guadalupe, sino por construcción de fuentes reparadas estratégicamente. La Dirección de Salud colabora a este efecto con el servicio de Ingeniería Rural.
Guayana Británica	Durante 1953 se mantuvo bastante bien el saneamiento de las zonas rurales, prestándose especial atención a la eliminación de aguas negras en las colonizaciones nuevas, y a las medidas para el control de las enfermedades trasmisibles.
Hawaii	<p>Este programa se desarrolla eficazmente en todas las islas que están bajo la jurisdicción del Departamento de Salud del Territorio de Hawaii. Se desarrollan fuentes de abastecimiento público de agua potable dondequiera que es posible. El desarrollo del abastecimiento privado está bajo el cuidado de las plantaciones de azúcar y piña donde no existe abastecimiento público. En su mayor parte las fuentes de abastecimiento público son del tipo superficie. Se usa en las zonas rurales un pequeño número de pozos de propiedad privada.</p> <p>En un gran porcentaje las residencias rurales están servidas por un sistema privado de eliminación de aguas negras al estilo de pozos negros. Se usan tanques sépticos en muchas de las aldeas de las plantaciones rurales de azúcar y piña. Las residencias en la zona rural cuentan en su mayor parte con agua corriente e inodoros de chorro de agua. Se usan letrinas solamente en las regiones donde no hay abastecimiento de agua corriente. Se vigilan adecuadamente en las zonas rurales los establecimientos de alimentos, locales para comer y de consumo de bebidas y mercados.</p>
Islas Leeward-Antigua	Se usan principalmente letrinas de pozo; algunas casas más grandes cuentan con tanques sépticos.
Islas Leeward-Montserrat	Se usan principalmente letrinas de pozo.
Islas Leeward-S. Cristóbal	Han sido instaladas en San Cristóbal por encima de 3.000 letrinas privadas de tipo hoyo excavado en los últimos cuatro años, dentro del Programa de Letrinas Privadas del Departamento. El progreso en San Cristóbal y Anguila ha sido lento debido a que presentan condiciones inapropiadas para la excavación. El sistema de abastecimiento de agua ha mejorado grandemente.
Islas Vírgenes (E.U.A.)	Debido a las características de la población de las Islas Vírgenes las zonas rurales y comunidades pobladas se consideran análogamente y en consecuencia reciben atención similar en muchos respectos.

CUADRO 59

ESTADO DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO RURAL EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Islas Vírgenes (E.U.A.) (Cont.)	Se exige por ley que las viviendas individuales tengan cisternas privadas debido al abastecimiento limitado de agua natural.
Islas Windward-Dominica	Los inspectores sanitarios tienen a su cargo la vigilancia.
Islas Windward-Sta. Lucía	La labor se halla bajo la vigilancia de los inspectores sanitarios. Se construyen e instalan unos cuantos tanques y letrinas sépticos, aunque se usan más extensamente letrinas de pozo u hoyo perforado.
Islas Windward-San Vicente	Los inspectores sanitarios distritales realizan inspecciones regulares.
Jamaica	Los departamentos locales de salud, por intermedio de inspectores sanitarios, tienen a su cargo la vigilancia del saneamiento rural.
Martinica	Se ha extendido el programa de abastecimiento de agua denominado "Red del Sur"; cuatro comunidades nuevas recibirán ese servicio antes de concluido el año 1954. Fueron completados los trabajos de abastecimiento de agua para las comunidades de Morne-Vert y Carbet.
Puerto Rico	El programa de saneamiento rural consiste en el saneamiento del suelo para evitar la parasitosis intestinal. Con tal propósito se lleva a cabo un programa de construcción y distribución de letrinas entre la población indigente de la zona rural y tratamiento médico. También incluye el saneamiento de las extensiones de agua y el suministro de agua potable a la población rural.
Surinam	La capital cuenta con un abastecimiento de agua excelente desde 1933. <i>Escherichia coli</i> no se ha comprobado nunca en el agua. El número de bacterias es de 2 a 6 por ml. Sin embargo, no es suficiente el contenido de fluorina, y se han dado pasos para mejorar esta condición. También es bueno el abastecimiento de agua en las fábricas de bauxita y en algunas propiedades. En el resto de las zonas rurales el agua es todavía inadecuada, y donde se utiliza el agua de lluvia, de profundidad y de superficie.
Trinidad y Tabago	El programa incluye la educación sanitaria de las comunidades, saneamiento general del medio y estudios o encuestas.

CUADRO 60

ESTADO DEL PROGRAMA DE ELIMINACION DE DESPERDICIOS
Y DESECHOS EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Argentina	<p>En los medios rurales se ha reglamentado el tratamiento de los líquidos cloacales mediante la construcción de cámaras sépticas, campos nitrificantes y pozos de absorción.</p> <p>Para el tratamiento de las basuras se ha adoptado el procedimiento llamado "Rellenamiento Sanitario" de los terrenos bajos e insalubres, con lo que se consigue recuperarlos con beneficios sanitarios y urbanísticos, en lugar de tener vaciaderos de basura, fuente de producción de moscas y roedores. La técnica a seguir se describe en folletos especiales, teniendo en cuenta el tamaño de las poblaciones y el número de habitantes.</p>
Bolivia	<p>En pocas poblaciones existe servicio de basuras. La operación final consiste en el simple vaciado en áreas alejadas de la población depositando los desperdicios en zanjas y excavaciones naturales.</p>
Brasil	<p>Este servicio está a cargo de las prefecturas municipales; los servicios estatales fiscalizan y orientan los servicios. En la zona rural se usa con frecuencia el simple soterramiento. Progresá el uso de incineración en el medio rural, ya sea por simple quema del material, o por incineradores tipo Caldwell. Este es el resultado de los trabajos de la División de Organización Sanitaria, que también ha tratado de popularizar el tipo de incinerador de piedras apiladas (rock-pile incinerator) que no encontró buena acogida por parte de la población rural. En las ciudades, los directores municipales atienden al problema con mayor atención, realizando la recolección y eliminación de la basura, que se hace diariamente, en días alternados o dos veces por semana, conforme a la población local y a la capacidad de los respectivos servicios de aseo urbano. Generalmente, la basura se deposita en lugares bajos o pantanosos, en algunos lugares se cubre con tierra; en otras capitales se usa el proceso de incineración, localizando los hornos generalmente en zonas suburbanas. Cuatro capitales, São Paulo, Belo Horizonte, Pôrto Alegre y Recife aplican a la basura un proceso más moderno, el de fermentación, transformándola en "células de Beccari". (Condensado del Informe a la XIV CSP, pág. 87-88).</p>
Colombia	<p>Programa local de recolección, eliminación y transformación de basuras, etc.</p>
Costa Rica	<p>Existen servicios de crematorio de basuras en cada capital de provincia.</p>
Cuba	<p>La eliminación de basuras en Cuba se hace por Ministerio de Salubridad y Asistencia Social y estos desperdicios son llevados a vertederos alejados de las poblaciones, donde son incinerados y soterrados.</p>

CUADRO 60

ESTADO DEL PROGRAMA DE ELIMINACION DE DESPERDICIOS
Y DESECHOS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Chile	Se proyecta disminuir el gran número de depósitos abiertos de basuras; en Santiago, se hará por incineración y relleno sanitario y en cinco ciudades más por "composting", sistema Indore. En otras tres ciudades, se instalarán incineradores.
El Salvador	Durante los años 1952 y 1953, la Dirección General de Sanidad ha emprendido una campaña de carácter nacional en pro del aseo y con el objeto de combatir la plaga de moscas, mediante la supresión de los basureros dentro y fuera de las ciudades, así como de un tratamiento especial de la pulpa fresca de los beneficios del lavado de café. Como resultado se ha obtenido que algunas poblaciones que carecían de él, han organizado un servicio municipal de recolección de basuras y que éstas sean frecuentemente convertidas en abono orgánico.
Estados Unidos	Treinta y nueve Estados tienen un programa profesional para mejorar todos los métodos de eliminación de desperdicios; cuarenta y dos Estados mantienen servicios de asesoramiento para los problemas de eliminación de basura de los municipios. En 1951, el 89% de la población urbana (84.2 millones) disponía de un servicio de recolección de basuras; el 50% de la población que reside en áreas urbanas tiene sistemas de eliminación de desperdicios, que reúnen las normas aprobadas por los Estados, según se informa. Durante los últimos dos años, las autoridades de agricultura y sanidad han desarrollado en cooperación un programa destinado a dar a todos los desperdicios alimenticios un tratamiento por calor antes de utilizarlos para la alimentación del ganado porcino. De los 48 Estados, 41 tienen ahora reglamentos que obligan a que los desperdicios alimenticios sean tratados por el calor antes de ser utilizados como alimento para el ganado porcino.
Haití	Construcción de letrinas públicas en Cap-Haïtien y Ville-Bonheur.
México	No se dispone de estadística sobre la forma de eliminación de las basuras de los centros urbanos; en la mayoría de los casos observados se tienen tiraderos a cielo abierto a corta distancia de las zonas habitadas; por excepción se tiran las basuras a distancia adecuada de las regiones habitadas. Es frecuente que el rescate de los materiales de valor comercial lo hagan los "pepenadores" que viven en condiciones económicas y sanitarias desastrosas. Se ha observado en muchas localidades, dentro del perímetro urbanizado, que existen establos, caballerizas y zahurdas en donde se acumula en forma inadecuada el estiércol. Se han hecho dos estudios aislados sobre la eliminación de basuras y desechos de animales sin resultados prácticos hasta la fecha.

CUADRO 60

ESTADO DEL PROGRAMA DE ELIMINACION DE DESPERDICIOS
Y DESECHOS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Nicaragua	Relleno Sanitario en Managua; otra parte es quemada o enterrada a domicilio y el resto sin eliminación. Este panorama último se observa en la República.
Panamá	En las ciudades de Panamá y Colón se encuentran bajo un servicio especial (DACA). En el resto del país el programa se desarrolla a través de las Unidades Sanitarias, mediante el establecimiento de sistemas de limpieza.
Perú	En todas las poblaciones del país se emplea el sistema de vertimiento en tierra. Se han efectuado estudios para emplear el sistema de "relleno sanitario" en las poblaciones de Lima, Callao y Cuzco, faltando obtenerse su financiación.
Rep. Dominicana	Los sistemas empleados son incineración y vertederos. Dos plantas de incineración existen en el país, una en Ciudad Trujillo y otra en San Cristóbal, las cuales tienen una capacidad de incineración de 300 toneladas de basura y 50 toneladas en 24 horas, respectivamente.
Uruguay	La Municipalidad de Montevideo, Departamento de Higiene, dispone de la Dirección de Limpieza y Usinas para mantener la limpieza y eliminar los residuos diarios. Para efectuar el servicio de recolección de residuos domiciliarios se dispone de 87 vehículos automotores y 143 vehículos de tracción a sangre. Desde 1949 a 1952, el tonelaje de residuos recogidos pasó de 330 a 490 toneladas por día. El barrido de las calles de Montevideo se realiza con 35 barredoras y 30 camiones en las calles principales donde puede efectuarse y con obreros en las demás calles. Las basuras se transportan a las Usinas Incineradoras, cuya capacidad es de 400 toneladas. El tipo de horno incinerador se compone de un hogar con carga mecánica de los residuos y una cámara de combustión. El calor de los hornos se utiliza para el servicio de agua caliente de los baños públicos. En la zona agrícola del Departamento de Montevideo, la Intendencia Municipal ha construido una planta mecanizada de 26 cámaras de fermentación de basuras, tipo Beccari, con el fin de transformar éstas en materia apta para abono de la tierra. (Condensado del Informe a la XIV CSP, pág. 44-47).
Venezuela	La recolección y eliminación de basuras es un servicio municipal. En las ciudades principales, la recolección es bastante satisfactoria para las casas que tienen fácil acceso a los vehículos de recolección, pero es virtualmente inexistente en los barrios pobres que han crecido desordenadamente, en especial aquéllos que se han desarrollado en colinas y cerros. La eliminación de basuras se hace por regla general en botaderos y muladares, algunas veces a corta distancia de las zonas habitadas. La ciudad de Maracaibo

CUADRO 60

ESTADO DEL PROGRAMA DE ELIMINACION DE DESPERDICIOS
Y DESECHOS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Venezuela, cont.	<p>es una excepción, pues allí el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social colabora con la municipalidad, a manera de experimento, y está encargado de la recolección y eliminación prestando un buen servicio a casi todas las viviendas y usando el relleno sanitario como método de eliminación. La División de Ingeniería Sanitaria presta asesoramiento técnico a Municipalidades que han deseado mejorar sus servicios de recolección y disposición de basuras.</p> <p style="text-align: center;">.</p>
Alaska	<p>Las ciudades de Fairbanks y Anchorage acaban de iniciar operaciones de relleno del terreno que son todavía de carácter experimental en esta región.</p>
Belice	<p>La eliminación de desperdicios y desechos se halla bajo el control del Consejo de la ciudad de Belice y de las Juntas Urbanas Distritales.</p>
Bermuda	<p>El servicio de eliminación de desperdicios y desechos se ofrece dos veces por semana a través de la Isla, y diariamente, excepto los domingos, en algunas ciudades.</p> <p>La mitad septentrional de la ciudad de Hamilton continúa sin servicio de alcantarillado. Se han hecho ya recomendaciones sobre este importante asunto.</p> <p>Las nuevas disposiciones para edificación han evitado que el problema de desagüe empeore. Dondequiera que la congestión de edificaciones se ha hecho demasiado grande en esta región, será sin duda mejor condenar y demoler unas cuantas cabañas más bien que intentar la instalación de alcantarillado de un valor mucho más elevado.</p> <p>El alcantarillado en la ciudad de St. George se terminó en 1944. Desde entonces se han hecho 142 conexiones domiciliarias con el mencionado sistema, quedando todavía 47 por hacerse.</p> <p>El servicio de recolección de basuras se mantiene con dos carros basureros pesados y dos ligeros en servicio. Un carro ligero estuvo encargado de la limpieza de las márgenes de los caminos y de las playas públicas. Cerca de una hectárea de terreno pantanoso fué hecha aprovechable. El costo medio de recolección y eliminación de un cargamento grande de basura fué de 30 chelines. El vaciador de receptáculos de basura que iniciara sus labores a principios de año hizo 68 operaciones y tuvo un ingreso de £ 345.</p>
Guadalupe	<p>En las grandes aglomeraciones, la recolección de desperdicios se hace diariamente por las mañanas, en carros con tambores cerrados por una tapadera seccional móvil y por personal especializado.</p>

CUADRO 60

ESTADO DEL PROGRAMA DE ELIMINACION DE DESPERDICIOS
Y DESECHOS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Guadalupe, cont.	Los habitantes depositan los desperdicios en basureros cerrados por tapas herméticas. En general la recolección se hace con vehículos motorizados. Los desechos, en general, se echan en lugares distantes de las viviendas, aplicando un sistema llamado "descarga simple". La Dirección de Salud trata de sustituir ese sistema por "descarga controlada".
Guayana Británica	En las zonas urbanas y en un distrito rural, las autoridades sanitarias locales continuaron removiendo y eliminando desperdicios y desechos. En todas las otras zonas se encargan de la eliminación los vecinos individualmente bajo la vigilancia del Departamento Sanitario.
Guayana Francesa	Hay un servicio de eliminación de desperdicios y desechos en Cayena y en St. Laurent du Maroni.
Hawaii	Se pide a los habitantes que eliminen individualmente sus desperdicios ya sea como forraje, o bien quemándolos o soterrándolos. En las zonas rurales los desperdicios se cuecen y se dan como alimento al ganado porcino. El gobierno de los condados se encarga en muchas zonas rurales de la recolección de desperdicios y su eliminación en vaciadero abierto donde son incinerados. No existen en las zonas rurales incineradores grandes operados públicamente. Tampoco existen en esas zonas vaciaderos de relleno sanitario. Dondequiera que no existen medios de recolección pública, se pide a los habitantes individualmente que se encarguen de la eliminación de sus desperdicios ya sea por incineración o por soterramiento.
Islas Bahama	Se mantiene un servicio de recolección y eliminación de basura en New Providence y en algunas colonizaciones de las islas exteriores.
Islas Leeward - Antigua	Se hace uso de la incineración y vaciado, pero no son satisfactorios.
Islas Leeward - Islas Vírgenes	Se recoge la basura en Roadtown dos veces por semana en un carro basurero abierto.
Islas Leeward - Montserrat	Los desperdicios se depositan como abono de la tierra.
Islas Leeward - S. Cristóbal y Nieves	Está siendo abandonado paulatinamente en San Cristóbal el sistema antiguo de recolección y remoción de desperdicios hecho por las fincas y con pequeñas contrariedades se observa una mejora en la limpieza rural.

CUADRO 60

ESTADO DEL PROGRAMA DE ELIMINACION DE DESPERDICIOS
Y DESECHOS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Islas Vírgenes (E. U. A.)	Los Departamentos de Obras Públicas prestan servicios de recolección y eliminación de basuras. Ejerce control sanitario y vigilancia el Departamento de Salud. Aproximadamente 1500 viviendas reciben latas para basura y servicio de recolección de basura.
Islas Windward - Dominica	En Roseau se recolecta e incinera la basura; en otros lugares se practica la incineración o soterramiento.
Islas Windward - Sta. Lucía	En Castris se recoge la basura de depósitos en carros basureros y se vacía en el mar. En otras zonas se emplean vaciaderos de basura controlados.
Islas Windward - San Vicente	En Kingstown se recoge la basura en basureros motorizados para su incineración. En las poblaciones pequeñas se usa el método de incineración o eliminación por soterramiento.
Jamaica	Se realiza el vaciado en el Area Incorporada. Los desechos se utilizan para hacer aprovechables los terrenos erosionados. Las capitales parroquiales se encargan de la recolección diaria y vaciado de basuras. Se usa el método de incineración en una parroquia.
Martinica	Al presente, se elimina la basura por el método de "descarga controlada"; se proyecta el método de incineración. Un programa de incineración está en camino en Fort-de-France.
Puerto Rico	La recolección y eliminación de los desperdicios y desechos está bajo la responsabilidad del gobierno municipal. El Departamento de Salud realiza estudios con el fin de diseñar el sistema de recolección y eliminación de basuras más eficiente y económico, haciendo las recomendaciones pertinentes. Las autoridades municipales reciben del Departamento de Salud toda la orientación y ayuda técnica necesaria a este respecto.
Trinidad y Tabago	El programa comprende el saneamiento de los vaciaderos de basura, incineración y mantenimiento de un servicio adecuado de recolección de basura.

CUADRO 61

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LECHE Y OTROS ALIMENTOS EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Argentina	<p>Desde diciembre de 1951 se ha creado el Servicio Nacional de la Leche. El mayor problema a solucionar es el del aprovisionamiento de leche higiénica en sitios alejados. En las grandes ciudades no es problema porque el transporte se hace en vagones tanque-termos y camiones tanque-termos, y se cuenta con equipos mecanizados destinados a la higiene y pasteurización de la leche. Pero deben intensificarse aún más las inspecciones sanitarias periódicas a los tambos y tratar que todo el expendio de leche se haga en botellas.</p> <p>Para el abastecimiento a larga distancia se ha hecho arreglos especiales con los ferrocarriles y transportes automotores, llevándose leche a una distancia entre 300 a 1.000 kilómetros, y a veces a cargo de cooperativas y tamberos. Este transporte se hace en forma normal y permanente, lo cual, junto con el reducido costo con que se hace (un centavo por kilogramo), significa un aporte muy importante para la población. Tiene gran importancia la fabricación de leche en polvo y leches condensadas, que no faltan en ninguna parte del país, exportándose grandes cantidades del producto.</p>
Bolivia	<p>Virtualmente la leche no está controlada. El control de otros alimentos se reduce a algunos análisis bromatológicos, vigilancia relativa a manipuladores, visitas esporádicas a locales de expendio. Hay dos plantas de pasteurización de tipo anticuado y no sujetas a inspección sanitaria.</p>
Brasil	<p>El Ministerio de Agricultura está encargado del control del mercado inter-estatal y de exportación de ciertos productos de origen animal y vegetal, a través de la Defensa Sanitaria Animal, el Departamento Nacional de Producción Animal y la Dirección del Fomento Agrícola. Controlan e inspeccionan el estado físico y también las instalaciones, transportes, etc. Las ventas al público están bajo el control de los servicios sanitarios de los Estados.</p> <p>El Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Salud, por medio de su Sección de Nutrición (División de Organización Sanitaria), realiza encuestas sobre las condiciones higiénicas del abastecimiento de leche de las Capitales brasileñas, examinando semanalmente muestras de este producto. Se encuentran ante el Congreso Nacional para su aprobación los proyectos de Ley Orgánica de Salud y del Código Nacional de Alimentos. (Condensado del Informe a la XIV CSP, pág. 86.)</p>
Canadá	<p>Los Departamentos de sanidad elaboran y administran las normas sanitarias relativas a la producción, preparación y venta de leche y los Departamentos de Agricultura cooperan en ciertos aspectos de la supervisión. Se mantienen estas normas mediante la inspección de los locales de producción, plantas de pasteurización y otras</p>

CUADRO 61

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LECHE Y OTROS ALIMENTOS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Canadá, cont.	<p>industrias de elaboración y la expedición de los correspondientes certificados. Se realizan las pruebas corrientes para determinar la calidad de la leche cruda que llega a las plantas de pasteurización.</p> <p>Se calcula que en 1952, más del 80 por ciento de toda la leche vendida en el Canadá estaba pasteurizada. Dos provincias han dictado medidas legislativas que hacen obligatoria la pasteurización de toda la leche vendida en zonas específicas; en las otras provincias, los servicios de pasteurización se realizan en virtud de disposiciones adoptadas en cada población. El control de otros alimentos comprende la vigilancia de los establecimientos manipuladores de alimentos tales como carnicerías, restaurantes, plantas de envasado o de almacenamiento de alimentos congelados, plantas de embotellamiento, mercados públicos y mataderos. La vigilancia sanitaria de los restaurantes comprende medidas como la inspección de la limpieza de utensilios y la inscripción en un registro y el examen radiográfico de los manipuladores de alimentos.</p>
Colombia	<p>Programa local por organismos de salud pública sobre leches y alimentos, hatos, expendios, transportes, higiene del personal.</p>
Costa Rica	<p>Para el control de alimentos, tanto nacionales como extranjeros, la Oficina respectiva cuenta con la colaboración de los Inspectores Sanitarios, los Laboratorios Químico y Bacteriológico, el personal de las aduanas, la Sección de Sanidad Animal y los organismos judiciales. Para desalmacenar un producto extranjero es requisito indispensable el tomar con anterioridad una muestra con el fin de determinar si posee o no los requisitos sanitarios exigidos por la ley. En lo que respecta a los productos nacionales, los Inspectores Sanitarios ejercen control sobre los alimentos y los procesos seguidos en la preparación de algunos de ellos. En el caso de la leche se toman muestras para comprobar si posee las características exigidas por la ley y además, se ejerce control sobre las plantas pasteurizadoras y esterilizadoras así como sobre las lecherías en general.</p>
Cuba	<p>Sobre la leche así como sobre los alimentos y bebidas se ejerce un control mediante exámenes bacteriológicos periódicos y a través de inspecciones que se realizan a las industrias por técnicos e inspectores sanitarios.</p>
Chile	<p>Prosigue la aplicación de los reglamentos para la debida protección de los alimentos, desde la producción hasta el expendio.</p>
Estados Unidos	<p><u>Leche:</u> Todos los Estados tienen programas sanitarios relativos al control de la leche, algunos de los cuales los administran los Departamentos de Salubridad de los Estados, otros los Departamentos de Agricultura y otros son administrados por otros Departamentos.</p>

CUADRO 61

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LECHE Y OTROS ALIMENTOS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Estados Unidos (Cont.)	<p>No se conoce respecto de todos los Estados, la medida en la cual dichos reglamentos son adecuados, ni la eficacia de estos programas. Sin embargo, la Ordenanza y el Código mencionados, las Recomendaciones del Servicio de Salud Pública de 1943, se han adoptado como base tipo para el control sanitario de la leche en 34 Estados y 2 Territorios, y como ordenanzas locales en 1,571 municipalidades y 405 condados. La población total de las áreas en que rigen la Ordenanza y el Código es aproximadamente de 70 millones. Se estima que el 94% de la leche que se vende en el mercado a las poblaciones urbanas está pasteurizada.</p> <p><u>Alimentos:</u> Todos los Estados tienen programas sanitarios sobre alimentos que varían desde amplias leyes que tratan de una manera principal de la adulteración y requisitos de los productos alimenticios hasta normas sanitarias detalladas para los diferentes tipos de preparación, manipulación y venta de los alimentos en los establecimientos. La Ordenanza y Código que regulan los establecimientos de alimentos y bebidas reproducen las recomendaciones del Servicio de Salud Pública de 1943 y han sido adoptados como norma básica en 30 Estados, 2 Territorios y el Distrito de Columbia, y como ordenanzas locales en 685 municipalidades, y 348 condados. La población total de las áreas en que rigen la Ordenanza y Código citados es aproximadamente de 90 millones de personas.</p>
Honduras	<p>El Departamento de Bromatología de la Dirección General de Sanidad, está encargado del análisis de los alimentos que se consumen, del estudio de la composición y condiciones en que se expenden las materias que sirven para la nutrición.</p>
México	<p>Se controla la salud del ganado productor de leche, la higiene de la ordeña, el equipo y maquinaria en que es pasteurizada, las condiciones sanitarias de los locales (establos, plantas de pasteurización, lecherías, camiones de transporte, etc.). Se practica examen clínico a todo el personal que interviene en su manejo y transporte, se combate la venta clandestina y la adulteración en todas sus formas, se controla las plantas de pasteurización. A cada establo, planta pasteurizadora, introductor o transportador de leche, repartidor y expendedor, se le lleva su expediente. Periódicamente se practican análisis físico-químicos y bacteriológicos. Se procurará mejorar las condiciones sanitarias del matadero y de los mercados, el alojamiento de las basuras y el tratamiento del estiércol, para utilizarlo como fertilizante. Otros alimentos: derivados de leche, carne y sus productos, pescados, alimentos enlatados y a granel, son examinados periódicamente por medio de muestras que recogen los inspectores del ramo de comestibles y bebidas. Analiza las muestras el Laboratorio Central de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y sus dictámenes sirven de base para retirar del consumo los alimentos alterados o adulterados. Todo el perso-</p>

CUADRO 61

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LECHE Y OTROS ALIMENTOS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
México, cont.	nal que interviene en la preparación y manejo de los comestibles y bebidas se somete a examen clínico para impedir que personas con enfermedades transmisibles puedan propagarlas.
Panamá	Se desarrolla de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Código Sanitario vigente y en los reglamentos respectivos. Este programa se efectúa principalmente en las poblaciones urbanas del país. Actualmente se está extendiendo a poblaciones semi-urbanas y poblaciones rurales.
Perú	Existe un control por el Ministerio de Agricultura y Municipalidades, bajo la supervigilancia del Ministerio de Salud Pública, Dpto. de Ingeniería Sanitaria. Existe un proyecto pendiente de aprobación sobre Control de la Leche y sus derivados (Reglamentación).
Rep. Dominicana	El control de la leche y otros alimentos está a cargo de la Secretaría de Salud Pública, contando para el efecto con una sección de alimentos. Los Médicos e Inspectores Sanitarios tienen a su cargo vigilar las condiciones higiénicas de los expendios de alimentos tales como mercados, puestos de leche, carnicerías, etc. Además se vigilan las condiciones de los establos, mataderos, envases y medios de transporte. Igualmente se vigilan las condiciones de salud de los animales proveedores de leche y aquéllos destinados al sacrificio. Para realizar las investigaciones de lugar, se utilizan los servicios del Laboratorio Nacional de Salud Pública.
Uruguay	En el Uruguay se creó el monopolio de la centralización y pasteurización momentánea de la leche en el año de 1936. El total de leche pasteurizada asciende a la cantidad de 400.000 litros diarios y la leche cruda e inspeccionada a 50.000 litros diarios. Por ordenanza de la Intendencia Municipal de Montevideo se hace obligatorio el cierre inviolable de las botellas de leche. Además el Servicio de Control Higiénico de la Leche realiza diariamente la inspección de la leche en los hospitales de Montevideo y el control de tambos que proveen de leche a los Centros Auxiliares y hospitales de la República. (Condensado del Informe a la XIV CSP, pág. 26).
Venezuela	El control de la leche y otros alimentos lo hace el personal al servicio de las Unidades Sanitarias, ya que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social es el organismo responsable según la Ley Nacional. En el país hay 6 plantas de pasteurización modernas que suministran leche a las ciudades más importantes. Estas plantas están bajo inspección continua. En el resto del país la leche se vende cruda, pero es costumbre hervirla, al recibirla en la casa, para su mejor conservación. La mayor parte de los mataderos son municipales. En las ciudades donde existe Unidad Sanitaria, las carnes son inspeccionadas, después del beneficio, por veterinarios o inspectores especializa-

CUADRO 61

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LECHE Y OTROS ALIMENTOS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Venezuela, cont.	<p>dos. Muestras de todos los tipos de alimentos deben ser sometidas a examen bromatológico antes de obtener aprobación para la venta. Esto se cumple, pero exámenes periódicos sólo se hacen ocasionalmente. Todos los manipuladores de alimentos deben poseer certificado de salud expedido por la autoridad sanitaria. La renovación de estos certificados es obligatoria anualmente.</p> <p style="text-align: center;">.</p>
Alaska	<p>La Junta de Salubridad Territorial adoptó disposiciones que rigen el control sanitario del aprovisionamiento de leche, postres congelados, mariscos y todos los tipos de establecimientos alimenticios. Estas disposiciones están basadas en las varias ordenanzas y códigos recomendados por el Servicio de Salud Pública. No se han extendido los servicios de inspección a toda la población debido a las grandes distancias que habría que cubrir. El Departamento Territorial de Salud se esmera en inducir a las poblaciones de mayor tamaño, o hacer contratos con éstas, para la provisión de servicios locales de inspección adecuados.</p>
Barbada	<p>El gobierno local está tomando muestras y analizando la leche y otros alimentos.</p>
Belice	<p>Virtualmente no hay abastecimiento local de leche. El Departamento de Salud inspecciona y aprueba la carne que sale del matadero; tiene, además, a su cargo la supervigilancia del saneamiento de la ciudad de Belice y de los mercados distritales.</p>
Bermuda	<p>Desde 1938 toda la leche que se vende es pasteurizada. De las tres plantas pasteurizadoras existentes, una de ellas es moderna y está bien equipada. Veintidós granjeros enviaron alrededor de 1.877.500 litros de leche a las pasteurizadoras y recibieron por ellos un valor de £132.570. En general, los productores, en su mayoría arrendatarios a corto plazo, han trabajado con ahinco. La Legislatura ha continuado con una medida de protección para salvar a los granjeros de la competencia de la leche reconstituida. Se fabrican helados en ocho lugares, con una producción a mediados del verano de cerca de 3.000 litros por día.</p>
Guadalupe	<p>Está siendo actualmente elaborado por un organismo privado, con la aprobación de la Dirección de Salud, un programa de producción y distribución de leche certificada bacteriológicamente pura y garantizada en lo que respecta a las cualidades nutritivas en frascos llenos y tapados mecánicamente.</p> <p>Se halla actualmente en estudio una prueba de mejoramiento en lo que respecta a la higiene de elaboración del pan, y a la preparación y venta de carne de matadero.</p>

CUADRO 61

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LECHE Y OTROS ALIMENTOS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Guayana Británica	Continúa el control sanitario de la leche y otros productos alimenticios dentro de las disposiciones de la Ordenanza de Salud Pública. Se puso en vigencia durante 1953 la reglamentación recientemente promulgada para mejorar las condiciones sanitarias de la manufactura de dulces congelados y aceite de coco.
Guayana Francesa	Una comisión fué creada para un estudio sobre la alimentación en la Guayana.
Hawaii	<p>El personal de la Dirección de Saneamiento vigila el cumplimiento de la reglamentación sanitaria relativa a la leche y productos lácteos. Se recolectan diariamente especímenes de la leche para su examen en el laboratorio del Departamento de Salud. Cada día los inspectores respectivos realizan inspecciones oficiales de los productores de leche, distribuidores y plantas de pasteurización de leche. Cada seis meses se clasifican los proveedores y sus productos de acuerdo al grado en que llenan las normas sanitarias o químicas o ambas, y aquéllas relativas a la presencia de bacterias.</p> <p>El control de otros productos alimenticios se mantiene a través de un programa de inspección de establecimientos alimenticios y examen de varios artículos alimenticios los que son recolectados diariamente en diferentes clases para ser examinados en el laboratorio. El examen puede ser físico, químico o bacteriológico, o estos dos últimos.</p> <p>La División de Saneamiento cuenta con un grupo de sanitaristas que hacen visitas diarias a los establecimientos de comida, de manufactura de alimentos y de almacenamiento de éstos. Cuando se observan condiciones o prácticas insalubres se decomisan o destruyen los alimentos corruptibles o se toman otras medidas reparadoras.</p>
Islas Bahama	Se realizan inspecciones regulares de los establecimientos de comida, incluyendo análisis bacteriológicos, y de otros tipos, de la leche y del agua.
Islas Leeward-Antigua	Se somete a inspección la carne y a análisis la leche. Se inspeccionan las panaderías y los mercados. Se prevén mejoras cuando se promulgue en la unidad administrativa la ordenanza de salud pública.
Islas Leeward-Montserrat	Se someten a exámenes de laboratorio la leche y otros productos alimenticios.
Islas Leeward-S. Cristóbal y Nieves	Ha sido promulgada recientemente por la Junta Central de Salud una reglamentación para el control de la leche y otros alimentos, aunque no ha entrado en vigencia todavía. Está siendo adiestrado

CUADRO 61

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LECHE Y OTROS ALIMENTOS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Islas Leeward- S. Crist. y N. cont.	en Jamaica un inspector sanitario en la inspección de la carne y otros alimentos. El estado sanitario de los alimentos tendrá prioridad en el trabajo futuro del Departamento de Salud.
Islas Vírgenes (E. U. A.)	El Departamento de Salud autoriza e inspecciona las lecherías. La ley prescribe las normas mínimas para la producción y venta de la leche ya sea cruda o pasteurizada. Aunque el Departamento de Salud exige el uso de leche pasteurizada en los hospitales e instituciones de asistencia social del gobierno, el consumo de leche cruda se halla muy extendido en la población. Sin embargo, con el establecimiento reciente de dos plantas pasteurizadoras el consumo de leche pasteurizada va aumentando. Se realizan inspecciones regulares de establecimientos alimenticios, mataderos, mercados e instituciones de asistencia social. Se hace con la aprobación del departamento de salud la autorización inicial y luego anual de los establecimientos alimenticios.
Islas Windward- Granada	Se exige certificado médico a los manipuladores de alimentos. Los inspectores sanitarios examinan los productos y toman muestras de ellos.
Islas Windward- Sta. Lucía	La leche y otros alimentos son examinados por los inspectores sanitarios regularmente y prohibidos cuando las circunstancias lo exigen. Se examina la leche, al igual que el agua, regularmente en el laboratorio del gobierno.
Islas Windward- San Vicente	Los inspectores sanitarios examinan regularmente la leche y otros alimentos.
Jamaica	El departamento local de salud controla la leche, la carne y otros alimentos por medio de funcionarios médicos e inspectores sanitarios.
Martinica	La producción de leche y de alimentos está controlada por el veterinario de la ciudad Fort-de-France y por los Inspectores. Se protege la leche natural contra adulteración por la leche desecada reconstituida. El programa de la Gota de Leche está a punto de ser terminado con éxito.
Puerto Rico	El programa de control del abasto de leche y otros alimentos se realiza mediante una directa inspección y vigilancia de los sitios donde éstos se producen, se transportan y se manipulan. En lo que a la leche concierne, las personas que trabajan en su producción tienen que poseer un certificado de salud. Las condiciones físicas de las vaquerías y sitios de producción tienen que mantenerse dentro de las condiciones mínimas sanitarias que establece el reglamento para la producción, venta y transporte de leche en Puerto Rico. El Departamento de Agricultura de los Estados

CUADRO 61

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LECHE Y OTROS
ALIMENTOS EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Puerto Rico, cont.	Unidos de América (Negociado de Industria Animal) es responsable del control de la tuberculosis y la brucelosis en el ganado lechero.
Trinidad y Tabago	Se inspecciona el estado sanitario de las lecherías, mercados y mataderos. Se pasteuriza la leche. Una reglamentación de alimentos regula su control.

CUADRO 62

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE INSECTOS VECTORES
EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Bolivia	Control sistemático del <u>Anopheles</u> . Durante 1953, se rociaron 31,847 casas con 5,944,405 m ² , protegiendo a 161,272 residentes en el área palúdica. Contra pulgas y piojos en control de peste y tifo dedetizaciones eventuales. En 1953, se dedetizó contra pulgas a 2,031 personas 1,185 camas y 24,965 m ² - pisos-habitación; contra piojos a 80,858 personas.
Brasil	El control de vectores se realiza por el Gobierno Federal, por medio de los Ministerios de Agricultura y de Salud. En el último, la mayor parte del trabajo se realiza a través de los Servicios de Malaria, Peste, Fiebre Amarilla y la División de Organización Sanitaria. Las medidas usadas en el control de vectores son mecánicas, físicas, químicas y biológicas, desde las más simples como captura a mano, drenaje, rociamiento con petróleo, hasta lanzallamas, DDT, gas Clayton, ácido cianuro, etc. (Condensado del Informe a la XIV CSP, pág. 86-87.)
Canadá	El programa de saneamiento del medio de la mayoría de las provincias incluye medidas para la erradicación de insectos y roedores. En algunas provincias se están poniendo al día los reglamentos que prescriben las sustancias destructivas que deben usarse y las instrucciones para su aplicación.
Colombia	Control de <u>Anopheles</u> , <u>Aedes aegypti</u> en toda la República con protección de un 30% de la población que vive en zonas afectadas.
Costa Rica	Este tipo de programa está limitado a las campañas de dedetización en las zonas palúdicas y al control del <u>Aedes aegypti</u> .
Cuba	En los 126 Términos Municipales en que está dividido sanitariamente el territorio nacional, se ejerce campaña de control contra mosquitos, moscas y otros insectos, así como ratas.
Chile	Se han efectuado programas sistemáticos de control del <u>Anopheles pseudopunctipennis</u> , vector de la malaria en Chile y del <u>Aedes aegypti</u> , con brillantes resultados. Igualmente, se han desarrollado operaciones intensivas de control de la pediculosis, especialmente en las provincias del sur del país y reducciones indígenas. La infestación pediculosa es elevada en áreas urbanas y suburbanas del país y en las poblaciones menesterosas de las grandes ciudades. Por tal razón, se han realizado programas intensivos de desinsectización colectiva en grandes núcleos de población, tomando de preferencia, los barrios pobres, las reducciones indígenas y los centros cerrados que albergan gente parasitada. Sin mencionar las grandes cantidades de ropa y número de camas desinsectizadas han sido tratadas en 1951 más de medio millón de personas y 140 mil viviendas; después de una pequeña reducción en dichas actividades en 1952, se efectuó un aumento considerable

CUADRO 62

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE INSECTOS VECTORES
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Chile, cont.	<p>en la realización del programa durante el año de 1953, desinsectizando unas 758 mil personas y 419 mil viviendas, y además casi medio millón de camas y 4 y medio millones de ropas.</p> <p>En sectores rurales y cordilleranos de las provincias de Santiago, Valparaíso y Aconcagua se han llevado a cabo desinsectizaciones contra el <u>Triatoma infestans</u>, con gamexano, dieldrín y otras drogas, a un promedio de 1.700 viviendas por año y de 500.000 metros cuadrados de superficie tratada.</p>
El Salvador	<p>El servicio Control de Vectores ha trabajado en la Campaña Antipalúdica por medio de rociado a domicilio con DDT, comenzando por la zona hiperendémica del País, ampliando dicha zona cada año. En 1952, dos dedetizaciones se aplicaron a 19.056 casas en 138 localidades; las cifras respectivas para el año 1951 son más elevadas, o sea 31.082 casas en 260 localidades. Una dedetización en el año 1952 se aplicó a 118.056 casas en 932 localidades, señalando una actividad intensificada sobre el año 1951.</p>
Estados Unidos	<p>En su programa de saneamiento del medio, el Servicio de Salud Pública realiza una campaña especial para determinar cómo se transmiten las enfermedades, cuáles son los vectores específicos e importantes, y cuáles son los mejores métodos prácticos para controlar los vectores. Laboratorios de estudio investigan las enfermedades, vectores y controles; luego ponen a prueba los resultados de los laboratorios, en una escala pequeña, en el campo de estudios; tercero, si se comprueba que los resultados son ciertos, se amplían a operaciones de control en gran escala, realizadas por los departamentos sanitarios locales de los Estados.</p>
Haití	<p>Programa de erradicación del <u>Aedes aegypti</u> y <u>Anopheles</u>.</p>
Honduras	<p>El control de vectores se verifica por medio de DDT.</p>
México	<p>Oncocercosis (Simúlidos). Aplicación quincenal de insecticidas en las corrientes de agua, zona infectada. Gamexano P-500 durante 15 días consecutivos.</p> <p>Tifo epidémico (Piojos). Aplicación de insecticidas residuales en todo el país, especialmente en el medio rural, dando importancia básica al cambio de hábitos nocivos.</p> <p>Tifo murino (Pulgas). Incremento del uso de raticidas modernos de tipo residual y de insecticida antipulga. Construcción de edificios a prueba de ratas.</p> <p>Fiebre manchada (Garrapatas). Programa educativo de aplicación de garrapaticidas residuales en las habitaciones en Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Zacatecas y Durango. Estudio de otros posibles vectores.</p> <p>Paludismo (<u>Anopheles</u>). Aplicación de métodos antianofelinos (anti-imagos y anti-larvarios) Ingeniería Sanitaria y Educación Hi-</p>

CUADRO 62

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE INSECTOS VECTORES
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
México, cont.	<p>giénica. Aplicación de insecticidas DDT y otros de acción residual en la región neotrópica y principales focos de paludismo en la región neártica. Estudio de la biología de los mosquitos en distintas zonas del país.</p> <p>Fiebre amarilla (<u>Aedes aegypti</u>). Aplicación de insecticidas de acción residual en Campeche, Colima, Michoacán, Chiapas, Guerrero, Nuevo León, Tabasco, Tamaulipas, Sinaloa, Veracruz y Yucatán. Vigilancia de los puertos marítimos por servicios antilarvarios.</p>
Panamá	<p>En el plan general de labores de las Unidades Sanitarias y ayuda de la Campaña Antiamarilla. Se han efectuado programas sistemáticos para el control del <u>Anopheles</u> y del <u>Aedes aegypti</u> con muy buenos resultados. Programas desarrollados por la Campaña Antimalárica y de control de fiebre amarilla.</p>
Perú	<p>La División de Enfermedades Transmisibles de la Dirección General de Salud Pública, a través del Dpto. de Lucha contra Vectores, lleva adelante una campaña en todo el país de erradicación del <u>Anopheles</u>, y de control de la peste.</p>
Rep. Dominicana	<p>Un programa de control de insectos (<u>Anopheles</u> y <u>Aedes aegypti</u>) en combinación con la Oficina Sanitaria Panamericana y UNICEF, se lleva a cabo desde el año 1943. El insecticida que se utiliza es el DDT. Las brigadas realizan dedetizaciones periódicas en las casas ubicadas en las zonas urbanas y rurales y en todo posible reservorio de mosquitos.</p>
Venezuela	<p>El control del <u>Anopheles</u> se lleva a cabo por la División de Malariología. El número de casas protegidas mediante insecticidas de acción residual, alcanzó la cifra de 548.304 para 1953 (87% de las situadas en el área malárica) y el número de personas es el de 2.172.500. El control del <u>Aedes aegypti</u>, a cargo de la División de Malariología, se extendió a 296 localidades de las áreas no maláricas, quedando para fines de 1953 sólo 8 localidades positivas a este vector.</p> <p>La División de Malariología ha dado comienzo a una extensa campaña contra triatomíneos por medio del Dieldrín. La lucha contra los roedores está a cargo de dos divisiones: La División de Fiebre Amarilla se ocupa de la zona de peste selvática, en la cual se ha gastado durante el año 1953 869 kilogramos de DDT al 10% y 350 kg. de cebos con Warfarín. Fuera de la zona pestosa, la División de Malariología realiza campañas contra roedores domésticos.</p> <p style="text-align: center;">.</p>

CUADRO 62

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE INSECTOS VECTORES
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Alaska	Este programa se realiza solamente a base de quejas recibidas, aunque se han hecho investigaciones considerables de insectos y su control por parte del Centro Artico de Investigaciones de Salud. Se han llevado a cabo, de cuando en cuando, programas de control de roedores en las poblaciones mayores. Aparentemente este programa continúa solamente en Fairbanks.
Barbada	Se halla en camino un programa para la erradicación del <u>Aedes aegypti</u> .
Belice	Se ha realizado dos veces por año el rociamiento de casas con DDT en Xyiol. Se tratan con nafta y DDT todos los tanques y receptáculos de agua. Se realizó en 1953 una inspección de los criaderos de mosquitos.
Bermuda	El acontecimiento sobresaliente de 1953 fué la investigación hecha a nombre de la Oficina Sanitaria Panamericana para ver si se podía encontrar algún rastro del <u>Aedes aegypti</u> . Este mosquito no se veía desde 1951. Después de una búsqueda de dos semanas y en investigaciones subsiguientes no se ha encontrado ninguna prueba de su presencia. Se mantuvieron las medidas regulares de control antimosquito. Se limpiaron 16 km. de zanjas y fueron rellenadas en una extensión de cerca de 550 m. en vista de no ser ya de necesidad. Se hizo aprovechable cerca de una hectárea de terreno pantanoso. Sin embargo, se encontraron 1654 criaderos en su mayoría de <u>Culex fatigans</u> . El <u>Aedes sollicitans</u> y <u>Taeniorhynchus</u> son combatidos de ordinario por medio de zanjas provistas de peces que se alimentan de larvas. Este año, el Departamento de Obras Públicas elevó el malecón y mejoró las instalaciones.
Guadalupe	Cada año, el Servicio Departamental de la Lucha Antipalúdica realiza una campaña de desinsectización, concentrando sus esfuerzos contra el <u>Anopheles</u> , el vector del paludismo, y el <u>Aedes aegypti</u> .
Guayana Británica	La Guayana Británica no está incluida en el programa del Caribe de la Oficina Sanitaria Panamericana. Además del control residual regular del paludismo y de la fiebre amarilla urbana, se han conseguido resultados halagüeños contra el <u>Culex fatigans</u> con el uso del Dieldrín.
Guayana Francesa	Rociamientos anuales de las viviendas con insecticidas de acción residual. Lucha antilarvática contra el <u>Culex fatigans</u> . Mantenimiento de la erradicación del <u>Aedes aegypti</u> y <u>Anopheles darlingi</u> .
Hawaii	La Oficina del Control de Mosquitos lleva a cabo el programa de control de mosquitos de la División de Saneamiento. Dentro de las funciones de esta Oficina, están: proveer lo necesario para el con-

CUADRO 62
ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE INSECTOS VECTORES
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Hawaii, cont.	<p>trol de mosquitos ya que éstos son vectores de enfermedades y también constituyen una plaga; mantener un núcleo de trabajadores bien adiestrados que puedan dirigir un programa ampliado; realizar un programa regular de reducción del mosquito <u>Aedes</u> a un índice de criadero bajo; mantener vigilancia contra la introducción de especies nuevas de mosquitos; realizar investigaciones para encontrar métodos de control más eficaces; proporcionar servicio de asesoramiento técnico; mantener la educación continua del público.</p> <p>Actividades en los ramos de investigación, inspección, educación y corrección en todos los predios dentro de las ciudades de Honolulu e Hilo. Una cuadrilla de rociamiento tiene a su cargo la labor de rociada de los desagües de agua de lluvia, criaderos potenciales en la tierra ribereña y el aeropuerto, como también de las aguas subterráneas tales como corrientes, zanjas, pantanos, charcos, en la zona urbana. En las zonas rurales de Oahu, al igual que en los distritos suburbanos de Honolulu, los inspectores manejan la nebulizadora Tifa para rociamiento de espacio en aerosol por la noche y realizan estudios sobre los criaderos de <u>Culex</u>. Existe el peligro de la introducción de encefalitis de tipo B o japonés como también de la propagación de filariasis en la isla, las cuales pueden ser ambas transmitidas por el mosquito <u>Culex</u>.</p> <p>Estudios e Investigaciones: Se realizan pruebas de insecticidas nuevos que salen continuamente al mercado. Se verifica la eficacia de éstos bajo las condiciones locales y con las especies de mosquitos locales. Se ejecutan pruebas de los diferentes métodos de aplicación de larvicidas e insecticidas bajo condiciones diferentes.</p>
Islas Bahama	Durante este año fué iniciado un programa de erradicación del <u>Aedes aegypti</u> con la ayuda de la Oficina Sanitaria Panamericana.
Islas Leeward- Antigua	Han tenido mucho éxito hasta la fecha el rociamiento residual y las medidas antimaláricas. Se completaron en 1953 los estudios sobre el <u>Aedes aegypti</u> .
Islas Leeward- Islas Vírgenes	Está previsto para 1954 un programa de erradicación del <u>Aedes aegypti</u> .
Islas Leeward- Montserrat	El Departamento de Sanidad toma medidas contra mosquitos.
Islas Leeward- S. Cristóbal y Nieves	Se ha erradicado el paludismo en Nieves mediante rociamiento residual con DDT. En cooperación con UNICEF se inició el 2 de Abril de 1954 un programa de control de insectos para la erradicación del <u>Aedes aegypti</u> . En San Cristóbal y Anguila la modalidad distintiva de este programa es el rociamiento residual con DDT. En Nieves ha sido erradicado el <u>Aedes aegypti</u> . El programa de

CUADRO 62

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE INSECTOS VECTORES
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Islas Leeward, S. Crist. y N., cont.	control de moscas se basa principalmente en labor de saneamiento.
Islas Vírgenes (E. U. A.)	El servicio de saneamiento del Departamento de Salud de las Islas Vírgenes lleva a cabo operaciones directas para el control de mosquitos mediante medidas larvicidas, colocación de los peces en cisternas, e inspección de predios para el control de criaderos de mosquitos en receptáculos artificiales. Se hacen esfuerzos, mediante inspecciones regulares, para reducir las fuentes de criaderos de moscas. Las actividades de control de ratas se limitan a servicio de asesoramiento y ejecución de las disposiciones reglamentarias relativas al control de desperdicios y predios, sanidad de establecimientos de consumo de comidas y bebidas. Funciona un programa especial de dedetización en Saint Croix para el control de la filariasis.
Islas Windward-Dominica	Se prosigue un programa de rociamiento residual.
Islas Windward-Granada	Se prepara un programa de ayuda de la OMS y UNICEF.
Islas Windward-Sta. Lucía	El programa de control de insectos vectores está dirigido casi íntegramente contra los mosquitos y la mosca doméstica. Se ha llevado a cabo regularmente el tratamiento de las extensiones de agua con sustancias oleaginosas.
Islas Windward-San Vicente	Se lleva a cabo un programa para la erradicación del <u>Aedes aegypti</u> en puertos marítimos y aéreos; se emprenden medidas de control en otras partes.
Jamaica	Se prosigue desde hace unos años el rociamiento residual, al igual que medidas de acción larvicida en Kingston y Montego Bay, aunque éstas últimas medidas fueron recientemente reemplazadas por el primer procedimiento.
Martinica	Continúa la campaña contra el <u>Aedes</u> , <u>Anopheles</u> y <u>Culex</u> .
Puerto Rico	El Departamento de Salud está usando DDT al 5% para el control de la malaria y otros insectos vectores. Las actividades para el control de insectos vectores tales, como moscas, piojos, garrapatas, etc., están limitadas a ofrecer asistencia técnica a las instituciones gubernamentales y privadas que tienen problemas de insectos.
Surinam	En 1949 se introdujo el rociamiento de casas con DDT al 5% en nafta. En ciertas regiones del país el <u>Aedes aegypti</u> ha sido erradicado y no se volvió a encontrar. En 1952 el Poder Legislativo

CUADRO 62

ESTADO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE INSECTOS VECTORES
EN LAS AMERICAS (Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Surinam, cont.	dictó una reglamentación que hace obligatorio someterse a toda medida introducida para la destrucción de mosquitos. En enero de 1953, UNICEF ofreció ayuda al programa de control de insectos por un período de dos años.
Trinidad y Tabago	Continúa el programa de rociamiento residual contra el paludismo, la fiebre amarilla y las moscas.

CUADRO 63

ESTADO DEL PROGRAMA DE LA VIVIENDA EN LAS AMERICAS

Entidades Políticas	Estado del Programa
Argentina	En el país se ha realizado en los últimos años una intensa campaña de difusión e intensificación cultural sobre vivienda higiénica. Se han coordinado las acciones estatales y la iniciativa privada que ha permitido acrecentar el volumen de construcciones en considerables proporciones con vivienda higiénica, adecuada, confortable y económica. Se ha estructurado un Organismo Nacional dentro del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, que tiene a su cargo la conducción de los problemas de asesoramiento sobre tipos de vivienda regionales, mejor utilización de los materiales locales para la construcción y los diversos aspectos higiénicosanitarios.
Bolivia	No se encuentran aún disponibles los datos del censo de 1950 sobre el número de habitantes que poseen casa propia, pero se calcula de 80 a 90%. Las casas varían desde las más rudimentarias en el área rural tropical hasta las más confortables. El Estado, por intermedio de las Cajas de Seguro, trata de elevar el nivel de la vivienda construyendo en los centros poblados casas baratas que benefician a obreros y personas de modestos recursos.
Brasil	El problema de la vivienda está a cargo de las Prefecturas Municipales. Con respecto a la habitabilidad, la cuestión es de la competencia de los servicios estatales que actúan por medio de Puestos y Centros de Salud en los asuntos de fiscalización, permiso de nuevos moradores, cuando la habitación ha pasado por reformas exigidas por reglamentos sanitarios. Se otorga una licencia generalmente llamada "Habítese". Esta licencia se exige también para las construcciones nuevas, que pueden ser habitadas después de una inspección de las autoridades sanitarias locales. En la zona rural, estas exigencias son bastante menos rígidas, dadas las diferentes y especiales condiciones del campo. (Condensado del Informe a la XIV CSP, pág. 88.)
Canadá	La Ley Nacional de la Vivienda, principal legislación del Gobierno Federal en esta materia, fija requisitos mínimos para el planeamiento, construcción y materiales para los programas de edificación que reciben ayuda oficial de acuerdo con las disposiciones de dicha ley. Durante el período de 1945 a 1952, las viviendas terminadas dentro de este plan y de otros, auspiciados por el gobierno, representaron aproximadamente un tercio del total de nuevas viviendas permanentes construídas en el Canadá.
Colombia	Higienización y control en el orden local.
Costa Rica	El aspecto sanitario de la vivienda está bajo la vigilancia de los Inspectores Sanitarios y la labor es poca en este aspecto. El Departamento de Ingeniería revisa los planos, en lo que a sanidad concierne, de las nuevas construcciones urbanas.

CUADRO 63

ESTADO DEL PROGRAMA DE LA VIVIENDA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Cuba	En lo que respecta a la vivienda urbana, los Inspectores Sanitarios mantienen vigilancia del estado sanitario de las mismas, especialmente en casas de apartamentos. En cuanto a la vivienda rural, se procura obtener que estas viviendas reúnan requisitos mínimos sanitarios, tales como pisos de cemento, agua potable, letrinas sanitarias, etc.
Chile	Estímulo y asesoría para el mejoramiento o renovación de las viviendas rurales en las provincias de Aconcagua, Valparaíso y O'Higgins. Encuestas en todo el país sobre conglomerados de viviendas provisionales, para estudiar la solución al problema de la habitación de gentes menesterosas. Cooperación al desarrollo de los programas de la Corporación de la Vivienda, que ejecuta proyectos de poblaciones.
El Salvador	El Instituto de la Vivienda Urbana durante sus tres años de existencia, con fondos del Estado, ha construido un promedio de 1.000 casas por año que incluye viviendas del tipo "Obrero," tipo "Empleado" y algunas escuelas, mercados y viviendas tipo "Residencial," todas las cuales se han entregado a las personas favorecidas para ser pagadas por cuotas mensuales durante un plazo de 20 años. El Instituto de Colonización Rural durante los dos últimos años ha construido 3 escuelas, 3 centros cívicos y 120 viviendas para campesinos. Durante el año 1953 se han otorgado aproximadamente 500 permisos para la construcción de casas de propiedad privada en la Capital y otros 500 en el resto de las principales ciudades del país. Estas cifras incluyen construcciones desde pequeñas viviendas hasta edificios comerciales de varios pisos. No hay datos sobre el número de viviendas para campesinos construidas por la empresa privada durante el año 1953.
Estados Unidos	El Servicio de Salud Pública se preocupa de los efectos de la vivienda sobre el medio con relación a enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas, la seguridad y la higiene mental. Estudios de diseño, estructura, alumbrado, calefacción, ventilación, servicios sanitarios de la vivienda, efectuados por más de 50 universidades e instituciones privadas, ayudan a resolver estos problemas. Se estima que aproximadamente 100 departamentos de salubridad tienen programas que tratan principalmente de la higiene de la vivienda. También hay programas de demostración en la prevención de accidentes en las casas administradas sobre una base cooperativa, privada, federal, estatal y local por 8 departamentos de salubridad de los Estados y 4 departamentos de salubridad locales.
Haití	Construcción de ciudades obreras en Port-au-Prince y Gonaïves.

CUADRO 63

ESTADO DEL PROGRAMA DE LA VIVIENDA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
México	El estudio más completo de la vivienda se ha hecho en la ciudad de México en 1952 y se ha clasificado en la siguiente forma: tugurio 13%, jacal 10%, tipo proletario 21% y decadente 21%. Se considera que las viviendas tipo tugurio y jacal requieren una reforma total y las del tipo proletario y decadente, parcial. En el censo de 1940 se tienen los siguientes datos de viviendas en el país, de 45% son jacales, chozas y barracas y el 72% no tienen servicio de agua.
Panamá	El Departamento de Salud Pública está colaborando con el Ministerio de Agricultura y con el Instituto de Fomento Económico en un plan de mejoramiento de la vivienda. Este plan abarcará también la vivienda rural.
Perú	El déficit de viviendas es muy alto en todas las capitales del país derivado de la enorme afluencia de provincianos a las ciudades principales, habiéndose creado barriadas insalubres que el Gobierno se empeña en eliminar. La Corporación Nacional de la Vivienda y el Ministerio de Salud Pública, por intermedio del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, han iniciado la construcción en gran escala de Unidades Vecinales, agrupaciones de viviendas, de bajo costo para aliviar el grave problema sanitario derivado de la formación de estas barriadas en las zonas suburbanas de las capitales.
Rep. Dominicana	La sección de Ingeniería Sanitaria, dependencia de la Sección de Salud Pública, tiene a su cargo la revisión de todos los planos de construcción en el país, desde los siguientes puntos de vista sanitarios, reglamentados por la legislación sanitaria vigente: ventilación de habitaciones, área de habitaciones, área de patios, instalaciones sanitarias, inspección final.
Uruguay	Durante el período 1950-1953 el Instituto Nacional de Viviendas Económicas ha construido 811 viviendas, ha realizado distintos estudios y ensayos tendientes a lograr un descenso de costo de sus construcciones. A título experimental ha construido 200 viviendas prefabricadas. Ha buscado solución del problema de viviendas del jornalero rural que le permita construir la vivienda por el interesado y sus familiares.
Alaska	Se presta ayuda a las autoridades de la vivienda mediante revisión de planos de las viviendas financiadas individualmente por F.H.A. (Administración Federal de la Vivienda). El saneamiento de la vivienda es incumbencia, en general, de los departamentos de salud en sus actividades regulares entre las cuales están, por ejemplo, dar curso a quejas recibidas por molestias causadas. En

CUADRO 63

ESTADO DEL PROGRAMA DE LA VIVIENDA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Alaska, cont.	Juneau se ha iniciado lo que parece ser un buen programa, logrando la rehabilitación de las viviendas que puedan rehabilitarse y la condenación de aquéllas que no lo puedan.
Barbada	El gobierno local está apoyando un programa de vivienda.
Belice	Se preparan en la ciudad de Belice programas de eliminación de arrabales insalubres.
Bermuda	Durante 1953 se construyeron 296 residencias y otras 40 recibieron adiciones. De las nuevas edificaciones, 197 son para ser ocupadas por los dueños y 99 para ser alquiladas o vendidas. Desde enero de 1946 se construyeron no menos de 1775 casas o apartamentos, y el número de adiciones, conversiones y reconversiones es alrededor de 150.
Guadalupe	<p>La presencia en Guadalupe, como en cada departamento francés, de un urbanista, arquitecto diplomado por el Gobierno y obrando en calidad de funcionario de Estado, Consejero técnico del Prefecto, garantiza para el futuro el desarrollo de las ciudades y aglomeraciones siguiendo un plan racional.</p> <p>Cada proyecto de construcción de un inmueble de vivienda, de edificio destinado a la fabricación o venta de sustancias alimenticias, etc., está controlado por el indicado funcionario quien comunica mediante un aviso al Director de Salud en lo que respecta a la higiene de la vivienda y eliminación de inconveniencias. Con todo eso, la vivienda rudimentaria, muy extendida en Guadalupe, que constituye la choza de tablas montada sobre pilotes pequeños o pilares de piedra, se considera como "bien mueble" y escapa todavía virtualmente a todo control.</p> <p>Cabe señalar no obstante el esfuerzo de ciertas compañías semi-agrícolas, semi-industriales para proveer un buen alojamiento a sus trabajadores rurales.</p>
Guayana Británica	Durante 1953 hubo un adelanto marcado en la edificación de viviendas, siguiendo normas sanitarias, en las diferentes aldeas, zonas suburbanas próximas a la ciudad de Georgetown, y colonizaciones distantes en las plantaciones de azúcar.
Guayana Francesa	Se ha creado una comisión para el estudio del problema de la vivienda en la Guayana Francesa.
Hawaii	El programa de la Oficina de la Vivienda en 1953 dió énfasis a las construcciones nuevas, estando al tanto con los adelantos recientes en el mejoramiento de la vivienda actual. Entre sus actividades estaban: la replanificación urbana, revisión de planos para las subdivisiones mayores, vivienda popular, hoteles, apartamentos, hospitales, escuelas y edificios públicos; revisión de planos para

CUADRO 63

ESTADO DEL PROGRAMA DE LA VIVIENDA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Hawaii, cont.	<p>las solicitudes de permisos para edificación, vivienda de las plantaciones.</p> <p>Durante 1953 se aprobó un total de 12.178 permisos para edificación en el Territorio de Hawaii. Por islas estos fueron: Oahu, 8.369; Hawaii, 1.041; Maui, 2.259 y Kauai, 149.</p>
Islas Bahama	<p>No hay programas generales de vivienda, pero las condiciones indican alguna mejora en la situación general.</p>
Islas Leeward - Antigua	<p>La Administración Central de Vivienda y Planificación sostiene un programa activo de eliminación de arrabales insalubres. Se construyeron muchas viviendas por "esfuerzo individual" y "esfuerzo individual subvencionado," además de la eliminación de arrabales insalubres. Se construyen las nuevas casas de madera o de hormigón y se espera poder eliminar las restantes viviendas pobremente construídas.</p>
Islas Leeward - Montserrat	<p>Existe un programa de vivienda por esfuerzo individual subvencionado.</p>
Islas Leeward - San Cristóbal y Nieves	<p>El jefe del Departamento de Salud es miembro de la Administración Central de Vivienda y Planificación y este hecho garantiza que entren consideraciones de índole sanitaria en la provisión de vivienda nueva, en lo que ha habido progreso considerable durante los últimos cuatro años.</p>
Islas Vírgenes (E.U.A.)	<p>Las Islas Vírgenes tienen una administración de la vivienda a la que el departamento de salud asiste proporcionándole información útil cuando se solicita. Se realiza el programa de saneamiento de la vivienda mediante inspección regular de locales; el Departamento de Salud investiga las quejas por molestias causadas.</p>
Islas Windward - Dominica	<p>La Administración Central de Vivienda y Planificación está a cargo de estas actividades.</p>
Islas Windward - Sta. Lucía	<p>La Administración Central de la Vivienda controla la vivienda.</p>
Islas Windward - San Vicente	<p>La Administración Central de la Vivienda y Planificación actúa bajo las Ordenanzas Nos. 1 y 2 de 1946 en áreas especificadas; la Administración Sanitaria actúa en las otras áreas.</p>
Jamaica	<p>Hay alrededor de 325.000 viviendas a través de la Isla, de las que se indica que 46% están clasificadas en malas condiciones debido en gran parte a la mala construcción, mantenimiento inadecuado, y los estragos causados por las termitas; una proporción apreciable se considera inapropiada para la habitación humana. Se estimó que unas 50.000 cabañas fueron barridas por el huracán de 1951. Cuatro organismos -Administración Central de la Vivienda, Organización de la Vivienda contra daños de Huracanes, Junta de Beneficencia</p>

ESTADO DEL PROGRAMA DE LA VIVIENDA EN LAS AMERICAS
(Continuación)

Entidades Políticas	Estado del Programa
Jamaica, cont.	de la Industria del Azúcar y los Departamentos de Administración Agraria y de Agricultura- comparten la responsabilidad de organizar programas de viviendas.
Martinica	Mejoramiento progresivo de la región, que requiere todavía un esfuerzo considerable, sobre todo teniendo en cuenta la superpoblación de la Isla.
Puerto Rico	El programa de higienización de vivienda, que se realiza a través de este Departamento por las unidades de salud pública, consiste en la inspección de las casas con deficiencias en violación a los reglamentos sanitarios. Además de estas actividades existe el programa de eliminación de arrabales insalubres y construcción de viviendas para la clase pobre que se realiza coordinadamente por las Autoridades de Hogares y la Junta de Planificación y con las cuales el Departamento de Salud trabaja en estrecha colaboración.
Surinam	Se está construyendo en los suburbios un número creciente de viviendas nuevas. Se están añadiendo a la capital varias secciones nuevas desde 1950. Se están eliminando muchas viviendas insalubres de arrabal y reemplazando con casas más grandes y mejores. El gobierno ha construido numerosos hogares para trabajadores. El programa de construcción por esfuerzo individual subvencionado comenzó en 1952 y sirve de modelo a los países vecinos. Hay un gran adelanto en la tendencia a erigir edificaciones de hormigón en vez de madera. Las fábricas de bauxita construyen viviendas de un tipo bueno. En las zonas rurales restantes las casas son de construcción primitiva.
Trinidad y Tabago	Ha mejorado el tipo de estructura de las viviendas comerciales y de habitación. Se demolieron las barracas de haciendas.