

Reseñas

PROGRAMA DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN LAS AMERICAS¹

Introducción

Los avances en el control de las enfermedades transmisibles, el aumento de la expectativa de vida, así como los cambios culturales y ambientales derivados de la urbanización y la industrialización son factores que contribuyen al aumento de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles en la mayoría de los países de la Región. La información disponible sobre esa prevalencia es escasa y carece de un denominador común para poder comparar las cifras.

Un estudio que realizó la Organización Panamericana de la Salud sobre las características de la mortalidad urbana entre la población que se encuentra en el grupo de edad de 15 a 74 años, en 10 ciudades de América Latina, San Francisco (Estados Unidos de América) y Bristol (Reino Unido), indicó que las enfermedades no transmisibles representaban alrededor de dos tercios de las causas totales de defunción (1). La información que se obtuvo de la Región en general para el período 1971-1977 revela que la magnitud del problema varía considerablemente de un país a otro. La tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares por 100,000 habitantes fluctúa entre 47.7 en El Salvador y más de 300 en Argentina, Barbados, Canadá, Estados Unidos de América y Uruguay. En cuanto a

la tasa de mortalidad debida a tumores malignos, varía de 13.5 en Honduras a más de 150 por 100,000 habitantes en Canadá, Estados Unidos y Uruguay (2).

Todos los antecedentes disponibles indican que el problema de la diabetes seguirá intensificándose en los próximos años. No obstante, gracias al mejor conocimiento de la enfermedad y al progreso que se logró en el tratamiento de sus complicaciones metabólicas, la atención se orienta hacia las complicaciones vasculares crónicas y microvasculares. Los casos de diabetes dados de alta en los hospitales aumentaron de 15 a 20 veces en los últimos 50 años, mientras que el promedio general de altas solamente se ha duplicado. Por otra parte, las tasas de mortalidad por esa causa en la región del Caribe figuran entre las más altas del mundo (3).

Las enfermedades reumáticas crónicas y algunos trastornos alérgicos crónicos son causas frecuentes de morbilidad e incapacidad prolongada, que limitan la vida activa de gran número de personas y representan una carga considerable para los servicios de atención médica. Algunas de las enfermedades no transmisibles, como la cardiopatía isquémica, son más significativas en cuanto a prevalencia y causas de mortalidad, morbilidad e incapacidad. Otras representan graves problemas de salud pública, por ejemplo, la fiebre reumática se puede controlar mediante prevención y tratamiento adecuados de las infecciones estreptocócicas, con lo que disminuye el riesgo de la cardiopatía. La hipertensión arterial,

¹ Tomado de: Organización Panamericana de la Salud. XXVII Reunión del Consejo Directivo, Washington, D.C., septiembre-octubre de 1980. Informe para el tema 14 del programa provisional. (Documento mimeografiado CD27/17, 24 de julio de 1980 y anexos.)

considerable factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, también se puede combatir con tratamiento adecuado. La prevención secundaria de la diabetes mellitus es posible mediante el establecimiento de un sistema integral de atención de salud. El carcinoma del cuello uterino, causa principal de mortalidad por cáncer entre las mujeres en la mayoría de los países de la Región, es uno de los tipos de cáncer curables, cuando se aplican a tiempo medidas de diagnóstico y tratamiento.

En resumen, cabe afirmar que las enfermedades no transmisibles se están convirtiendo, tanto en términos relativos como absolutos, en un problema de salud pública en toda la Región. Sin embargo, su distribución todavía es heterogénea y refleja los distintos perfiles de los países según las variables que influyen en la incidencia de estas enfermedades. Es posible prever que esta distribución cambiante de la morbilidad y la mortalidad se hará más evidente en los próximos años, en relación con el desarrollo socioeconómico. Las enfermedades infecciosas y parasitarias perderán importancia progresivamente, en cuanto a riesgo, en comparación con las enfermedades crónicas. Asimismo la pirámide de población indicará una proporción creciente de grupos de edad más avanzada, que son los más expuestos a enfermedades crónicas. Por último, se ha demostrado la vinculación creciente de estas enfermedades con los hábitos y dietas nocivos y con la exposición a contaminantes del medio.

Objetivos del Programa

El objetivo principal del Programa es promover la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles, teniendo en cuenta los criterios de prioridad y dentro de las estructuras de los servicios nacionales de salud. Si las directrices del Programa definen la función de cada nivel operativo dentro de los niveles existentes de

atención, las autoridades de salud podrán incorporar las actividades correspondientes a las de otros programas, dentro de los servicios generales de salud. La atención integral y la extensión de la cobertura dependerán, en tal caso, del fortalecimiento de la atención primaria y de la participación de la comunidad. Tal como se indicó en las recomendaciones del Plan Decenal de Salud para las Américas (4), es preciso que, cuando la magnitud del problema lo justifique, los países organicen servicios técnicos en los ministerios de salud respectivos, que tengan a su cargo el programa de enfermedades crónicas.

Definido en estos términos, los objetivos del Programa se basan en las siguientes estrategias:

- Mejor conocimiento de la magnitud y de las características del problema.
- Reducción de la incidencia de las enfermedades que se pueden prevenir.
- Fomento del diagnóstico y tratamiento tempranos, así como de la atención progresiva y continua de pacientes.
- Cobertura de la demanda espontánea de atención, tanto en las zonas urbanas como en las rurales.
- Adiestramiento de personal de todas las categorías.
- Realización de investigaciones epidemiológicas, clínicas y operativas.
- Fomento del intercambio de información.
- Intensificación de la educación y participación de la comunidad.

Descripción del Programa

La Unidad de Enfermedades No Transmisibles de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la OPS se ocupa de los sectores del Programa relativos a enfermedades crónicas, salud mental, salud dental, radiaciones y salud, y prevención de los accidentes de tránsito. Este trabajo se refiere solamente al sector de enfermedades crónicas.

Cáncer

En 1975 las neoplasias malignas se clasificaron en segundo lugar, después de las cardiopatías, entre las principales causas de defunción para todas las edades en los países de las Américas (5). Además, figuraron entre las cinco primeras causas de muerte, excluyendo "senilidad, causas mal definidas y desconocidas", en 30 de 37 países. Argentina, Canadá, Chile y Uruguay presentaron las tasas más altas combinadas para ambos sexos, mientras que en El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana se registraron las tasas más bajas.

Algunas de las dificultades de los programas internacionales relacionados con el control del cáncer provienen de la falta de uniformidad en la nomenclatura. Entre esas dificultades figuran las diferencias en la clasificación y en la nomenclatura de la patología de las enfermedades malignas, en el criterio de determinación del estadio del cáncer, y en la evaluación y presentación de los resultados.

El primer requisito para la planificación de programas de lucha contra el cáncer debe ser la determinación adecuada de la magnitud y naturaleza del problema. Con esta finalidad, la OPS está fomentando el establecimiento de registros de la enfermedad en los hospitales, como medida inicial para los países en desarrollo interesados en disponer de un registro de cáncer entre la población. Asimismo organizó cursos modulares para médicos y encargados de registros en los que se utiliza el *Manual para la estandarización de registros de cáncer de hospital* (6), la *Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología* (CIE-0) (7) y la *Clasificación de Tumores Malignos por el Sistema TNM* para el estudio del cáncer (8). El primer curso se impartió en Costa Rica en el año 1978, y para 1981 está previsto otro para los países de habla inglesa de la región del Caribe. La Organización constituyó un grupo de expertos para

preparar el *Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino* (9), el cual está siendo actualizado por un grupo de consultores.

Información

Gran parte de las actividades de la OPS en apoyo de los programas de lucha contra el cáncer se realizan por conducto del Proyecto de Información e Investigaciones en Cáncer en Latinoamérica (LACRIP). Con el fin de apoyar a los centros oncológicos, LACRIP facilita información sobre los últimos adelantos en la materia y ejecuta programas en colaboración sobre investigaciones clínicas y epidemiológicas. En 1979 LACRIP facilitó alrededor de 900 series bibliográficas del banco de datos CANCERLINE a especialistas en oncología de toda la Región, para lo cual utilizó una terminal instalada en la sede de la OPS. El servicio de difusión selectiva de información de LACRIP, en el que colaboran la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME) de São Paulo y dos subcentros de México y Venezuela, se difunde entre 2,800 suscriptores en la Región.

Otra actividad de LACRIP, el Programa en Colaboración de Investigaciones sobre Tratamiento del Cáncer (CCTRP), se lleva a cabo por conducto de nueve centros de América Latina y seis de Estados Unidos. Los países que participan son: Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Estados Unidos, Perú y Uruguay. A fines de 1979, 36 instituciones de oncología participaban activamente en 27 protocolos sobre cáncer de mama, del cuello uterino, tumores malignos ginecológicos, melanomas, sarcomas, linfomas, leucemia y cáncer de estómago. El Programa comprende el intercambio de investigadores así como el envío de medicamentos a los centros y subvenciones para investigación.

La distribución epidemiológica de cier-

tos tumores, como el cáncer de cuello uterino, de mama, de estómago, de vesícula biliar y otros, es distinta en la Región. Las investigaciones conjuntas en preparación bajo los auspicios de LACRIP permitirán comprender mejor la historia natural de algunas neoplasias malignas.

A principios de 1981, la OPS proyecta celebrar, en colaboración con el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos de América, una reunión regional para examinar el estado de los conocimientos sobre epidemiología del cáncer en la Región y planificar otros proyectos conjuntos entre epidemiólogos interesados en campos similares de investigación.

Enfermedades cardiovasculares

La OPS colabora con los gobiernos de la Región en la formulación de políticas para el control de las enfermedades cardiovasculares basadas en datos epidemiológicos, posibilidad de la prevención primaria y secundaria, y disponibilidad de los recursos necesarios para los programas. La estrategia básica consiste en apoyar la organización, dentro de los ministerios de salud, de unidades técnicas responsables de formular normas y políticas para el control de las enfermedades no transmisibles, entre las que se incluyen las cardiovasculares. Esto permitirá la integración de los programas a los sistemas generales de salud. Cada país debe determinar su propio orden de prioridades según el problema particular con que se enfrenta. El aumento progresivo de la prevalencia e incidencia de las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, hace necesario determinar las características y los factores del medio ambiente, así como otros factores de riesgo que se relacionan con este problema. De tal manera, el objetivo del Programa de la OMS a largo plazo en materia de enfermedades cardiovasculares se vincula con el compromiso de Salud para

Todos en el Año 2000. A tal efecto, la OMS y las Oficinas Regionales han previsto la realización de varias conferencias para 1981, como parte de las actividades del programa global de plazo medio. Las mismas tienen por objeto definir estrategias de prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares que se orienten hacia la comunidad y que se apliquen mediante la atención primaria de salud.

En los países en desarrollo, donde las enfermedades cardiovasculares todavía no constituyen un problema grave de salud pública, las investigaciones e intervenciones apropiadas permitirían evitar los factores nocivos para la salud que hoy experimentan las sociedades industrializadas. En 1975, las cardiopatías y trastornos cerebrovasculares constituyeron la primera causa de defunción para todas las edades en 21 de 29 países de las Américas (5). Sin embargo, las tasas de defunción difieren de un país a otro: desde menos de 50 por 100,000 habitantes en El Salvador y Guatemala hasta más de 400 por 100,000 en Estados Unidos de América y Uruguay. Las estadísticas señalan que en muchos países industrializados ha disminuido la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (10). Una de las tendencias recientes más significativas para la enfermedad coronaria en Estados Unidos de América es la reducción acelerada de las tasas de mortalidad desde fines del decenio de 1960 (11). Esas tendencias demuestran que las enfermedades cardiovasculares son controlables, siempre que se pueda intervenir en los factores principales de riesgo, por ejemplo dieta elevada en grasas, hipercolesterolemia, hipertensión y hábito de fumar.

Debido a que los métodos de prevención y control de la cardiopatía reumática son bien conocidos, en los últimos decenios se logró un retroceso notorio de la enfermedad en muchos países. Sin embargo, las estimaciones de la magnitud del problema de la fiebre reumática y la cardiopatía reumática, basadas en los porcentajes de altas de hospital por todas las causas en varios países

latinoamericanos, no acusan tendencia a disminuir, según se informó en la VI Conferencia Panamericana de Estudio y Prevención de la Fiebre Reumática que se celebró en Lima en 1977 (12). Los participantes a las Reuniones Anuales de la OPS sobre el Control de la Hipertensión que se celebraron por primera vez en 1976 dieron a conocer la prevalencia de la hipertensión en varios lugares de América Latina (13). En diversas muestras de población se observa que la hipertensión sobrepasa el 15% en los grupos de edad de más de 20 años, cifra similar a la de los países desarrollados (14).

La prevención de la fiebre reumática y de la cardiopatía reumática, así como de la hipertensión, factores principales de riesgo de enfermedades cardiovasculares controlables, constituye para la OPS un objetivo prioritario dentro del programa de control de estas enfermedades. Además, la necesidad de fortalecer las actividades de lucha contra la hipertensión se señaló en una resolución del Comité Ejecutivo de la OPS (15). Como numerosos países de la Región todavía no incluyeron en sus programas de salud la lucha contra las enfermedades cardiovasculares, la OPS fomenta y coordina estudios interpaíses a escala limitada, en comunidades seleccionadas, con objeto de mostrar la posibilidad y la eficacia de las medidas terapéuticas preventivas y de adquirir la experiencia necesaria para organizar programas de lucha permanentes de cobertura más amplia. Ocho países—Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela—colaboran en un programa de prevención secundaria de la fiebre reumática (Protocolo, septiembre 1977, en *offset*) y 10—Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, México, Perú y Venezuela—en un programa piloto de control de hipertensión, el cual se basa en un protocolo, (revisión 3, abril de 1977, en *offset*) de la OPS que aprobaron los países participantes.

La prevención secundaria en la comunidad constituye el aspecto principal del pro-

yecto piloto interpaíses sobre fiebre reumática. Si el mismo lograra éxito, debería servir de modelo para la extensión progresiva de la cobertura de los servicios. El plan consiste en que todos los pacientes de fiebre reumática se anoten en un registro para verificar, mediante la vigilancia oportuna, si cumplen el régimen profiláctico prescrito. Luego se identifican y analizan los factores determinantes del incumplimiento.

Un análisis preliminar de la información correspondiente a los países latinoamericanos participantes parece indicar ciertas tendencias generales. Los programas que revelan la tasa más baja de abandono son aquellos que están incorporados a los servicios de salud y que incluyen la participación activa de centros locales de salud y personal auxiliar, así como la educación sanitaria y la participación de la comunidad. En el otro extremo, los índices mayores de incumplimiento se registran en centros donde los programas son verticales y carecen de apoyo logístico en la comunidad.

El Grupo de Trabajo de la OPS sobre el control de la fiebre reumática prepara un manual de normas operativas para un programa de lucha contra la fiebre y la cardiopatía reumáticas en los servicios de salud (16). Si las directrices para esos programas determinan la función de cada sector operativo dentro de los niveles existentes de atención de salud, las autoridades de salud de cada país podrán incorporarlas a otros programas de la comunidad como parte de los servicios generales de salud (17).

La hipertensión, principal factor de riesgo asociado a enfermedades cardiovasculares, se puede eliminar con un tratamiento adecuado (18). Por ello se encuentran en fase preparatoria programas de intervención contra factores de riesgo—tales como hábito de fumar y dieta inadecuada—que se consideran relacionados con enfermedades cardiovasculares del grupo de las coronariopatías.

Otras enfermedades no transmisibles

Diabetes mellitus. Según los datos disponibles sobre morbilidad y mortalidad, cabe suponer que el problema específico de la diabetes mellitus se intensificará en los próximos 10 ó 15 años, tanto en lo que respecta a la incidencia como a la frecuencia de las complicaciones. Actualmente la gravedad del problema se refleja en el gran número de diabéticos que sufren, mueren o quedan incapacitados por la enfermedad, cuya naturaleza crónica exige a menudo largos períodos de atención y supervisión médicas. Las consiguientes pérdidas humanas y económicas son importantes, aun cuando en la mayoría de los casos la enfermedad es susceptible de prevención o tratamiento.

La Investigación Interamericana de Mortalidad reveló índices elevados de mortalidad por diabetes mellitus y cardiopatía arteriosclerótica en pacientes de diabetes, a pesar de que dichas enfermedades se pueden prevenir en gran número de casos, puesto que se cuenta con tratamientos eficaces (1). Estas consideraciones motivan una recomendación que figura en el Plan Decenal de Salud para las Américas, en el sentido de que debe reducirse la actual tendencia al aumento de la prevalencia de la diabetes mellitus dentro del contexto de los programas de control orientados hacia esta y otras enfermedades crónicas que se asocian con el peso excesivo, tales como la obesidad y la aterosclerosis (19). En consecuencia, en 1975 la OPS reunió a un comité de expertos de la Región para destacar la importancia de la diabetes mellitus como problema de salud y formular recomendaciones conducentes a la preparación y ejecución de programas de control de la enfermedad (20).

La información disponible sobre la prevalencia de la diabetes mellitus en la Región no es comparable porque las muestras de la población no siempre son representativas y los criterios de diagnóstico varían en los dis-

tintos países. En 10 países las cifras de prevalencia se sitúan entre 1.2 y 6.9% (3). La mortalidad por diabetes revela solo un aspecto del problema, debido en gran parte a las dificultades de registro de casos. Sin embargo, las cifras indican que la situación es muy grave en varios países del Caribe: Barbados, Trinidad y Tabago, y Jamaica ocupan el primero, segundo y tercer lugar respectivamente, entre 22 países de la Región (5).

La lucha contra la diabetes exige una acción sistemática en todos los países de la Región. En la actualidad es difícil organizar la prevención primaria, salvo la que se relaciona con la obesidad. En cambio, la prevención secundaria es posible y se debería intensificar por los medios siguientes: campañas de educación en masa para diabéticos y sus familias, profesionales de salud y población en general; detección precoz de casos en grupos muy expuestos; registro y vigilancia ulterior de casos, y establecimiento de un sistema de atención médica integral. El grupo de estudio de la OPS destacó la necesidad de organizar programas de atención integral para diabéticos, de acuerdo con los sistemas de salud que existen en cada país. Dichos programas deben orientarse al aumento de la cobertura mediante el envío de pacientes de los centros especializados a los niveles de atención secundaria y primaria. A tal efecto, la OPS, en colaboración con la Asociación Latinoamericana de Diabetes, está preparando un manual de normas y prácticas para facilitar la planificación y ejecución de un programa de lucha integrado con los servicios generales de salud (21). Estas normas, junto con las que se preparan en otros sectores del Programa, como son las de fiebre reumática e hipertensión, definen el cometido de los distintos niveles de atención y permiten integrar las actividades del Programa de Control de las Enfermedades no Transmisibles, destacando en particular las necesidades en el nivel primario de atención y la participación de personal auxiliar.

Enfermedades reumáticas crónicas. Estas enfermedades son causa frecuente de morbilidad e incapacidad prolongadas que limitan la vida activa de gran número de personas. Las enfermedades artríticas figuran entre las más comunes que exigen atención médica. Para determinar las consecuencias de estas enfermedades, según parámetros tales como el grado de incapacitación y dependencia, y la demanda de servicios médicos, la OPS realiza un estudio en colaboración con centros de Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay. La información que se obtenga servirá de base para planificar mejor los recursos de prevención secundaria y terciaria de las enfermedades reumáticas crónicas.

Enfermedades alérgicas crónicas. El asma bronquial y la rinitis alérgica ocupan el segundo lugar como causas de ausentismo laboral y escolar, y su costo es considerable en lo que respecta a atención médica. Aunque no existen medios comprobados de prevención primaria, podrían identificarse algunos factores de riesgo. Está en marcha un estudio conjunto entre centros de ocho países para investigar las características de los pacientes alérgicos y su exposición a factores del ambiente potencialmente nocivos.

Atención a los ancianos. Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo suscita interés la atención a los ancianos, como lo testimonia la resolución aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud (22) y la convocatoria de las Naciones Unidas a una Asamblea Mundial sobre las Personas de Edad, que se celebrará en 1982 (23).

En la mayoría de los países industrializados, los ancianos figuran como los principa-

les beneficiarios de servicios de salud y asistencia social, y los problemas que entraña la futura expansión de dichos servicios es motivo de gran inquietud para los gobiernos. En los países en desarrollo, la proporción de personas de 65 años o más aumentará a ritmo acelerado en los próximos años. Asimismo, debido a la creciente urbanización y a la migración de los jóvenes, cada vez son más notorios los problemas económicos y sociales que padecen los ancianos.

Aunque el número de personas de 65 o más años de edad es todavía relativamente bajo en América Latina—12 millones en 1975—se estima que para el año 2000 llegará a 28 millones (5). Asimismo, se prevé que, para el período 1980-1985, 26 países de la Región alcanzarán una expectativa de vida superior a los 65 años de edad.

Conforme con la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud y con lo dispuesto por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la OMS y las Oficinas Regionales están preparando un plan de acción para el programa de asistencia a los ancianos, y coordinando el aporte de la OMS a la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre las Personas de Edad. En diciembre de 1980 se celebró en México una conferencia preparatoria para estudiar los temas que la OMS y los Estados Miembros deseen incorporar al programa. La OPS proyecta establecer un sistema regional de cooperación con los países que deseen evaluar el perfil de la población de edad avanzada y las consecuencias de su aumento. En la actualidad se considera un proyecto en colaboración con el *National Institute on Aging*, de Estados Unidos de América.

REFERENCIAS

(1) Puffer, R. R. y G. W. Griffith. *Características de la mortalidad urbana-Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad.* Or-

ganización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 151. Washington, D.C., 1968.

- (2) Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Estadísticas de Salud. Washington, D.C., 1980. (Datos inéditos.)
- (3) Litvak, J. La diabetes mellitus: Un desafío para los países de la Región. *Bol Of Sanit Panam* 79(4):281-289, 1975.
- (4) Organización Panamericana de la Salud. *IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*. Documento Oficial 155. Washington, D.C., 1978.
- (5) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1973-1976*. Publicación Científica 364. Washington, D.C., 1978.
- (6) Organización Panamericana de la Salud. *Manual para la estandarización de registros de cáncer de hospital*. Publicación Científica 349. Washington, D.C., 1977.
- (7) Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O)*. Publicación Científica 345. Washington, D.C., 1977.
- (8) Unión Internacional contra el Cáncer. *Clasificación de Tumores Malignos por el Sistema TNM*. Ginebra, 1974.
- (9) Organización Panamericana de la Salud. *Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino*. Publicación Científica 248. Washington, D.C., 1972.
- (10) Hatano, S. The worldwide problem by hypertension and stroke. En: *Hypertension and Stroke Control in the Community*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1976. Págs. 19-27.
- (11) Estados Unidos de América. Institutos Nacionales de Salud. *Grupo de Trabajo sobre Epidemiología de las Cardiopatías*. Informe del Instituto Nacional del Corazón, Pulmones y Sangre. Publ. NIH 79-1667, 1979.
- (12) Mispireta, A. Informe de países: *VI Conferencia Panamericana de Estudio y Prevención de la Fiebre Reumática*. Lima, 1977.
- (13) Organización Panamericana de la Salud. Segunda Reunión del Grupo de Trabajo sobre Control de la Hipertensión Arterial. Informe Final. Washington, D.C., 1977. (Documento mimeografiado.)
- (14) Litvak, J., H. Boffi, L. Pisa y T. Strasser. Programas internacionales de control de la hipertensión arterial. *Bol Of Sanit Panam* 87(6):494-505, 1979.
- (15) Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión arterial. Documento CE80.R6. Washington, D.C., 1978.
- (16) Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control de la fiebre reumática en la comunidad. Normas operacionales para un programa de extensión de la cobertura a los diferentes niveles de atención. Washington, D.C. (En preparación.)
- (17) Litvak, J. y H. R. Acuña. *Prevention and control of rheumatic fever and rheumatic heart disease*. Actas del VIII Congreso Mundial de Cardiología, Tokio, 1978. Amsterdam: Excerpta Medica Serie Congreso Internacional 470.
- (18) Organización Mundial de la Salud. *Hipertensión arterial*. Serie de Informes Técnicos 628. Ginebra, 1978.
- (19) Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980. Informe Final*. Documento Oficial 118. Washington, D.C., 1973.
- (20) Organización Panamericana de la Salud. *Grupo de Estudio sobre Diabetes Mellitus*. Publicación Científica 312. Washington, D.C., 1975.
- (21) Organización Panamericana de la Salud. Manual de normas técnicas y administrativas. Programa de control de diabetes. Washington, D.C. (En preparación.)
- (22) Organización Mundial de la Salud. Asistencia sanitaria a las personas de edad. Documento WHA 32.25. Ginebra, 1979.
- (23) Naciones Unidas. Problemas de los ancianos. Programas provisorios y arreglos para la Asamblea Mundial sobre las Personas de Edad. Asamblea General del 14 de diciembre de 1978. (Documento A.33/52.)