

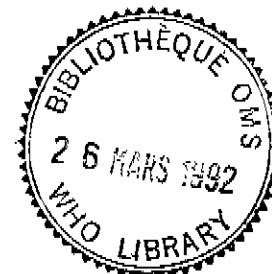


PROGRAMA ESPECIAL PNUD/BANCO MUNDIAL/OMS DE INVESTIGACIONES
Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES (TDR)

DECIMOCUARTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN (JCB)

Sede de la OMS, Ginebra, Suiza
25 y 26 de junio de 1991

INDICE



	<u>Página</u>
1. INTRODUCCION	2
2. ACTIVIDADES CIENTIFICAS Y TECNICAS	2
3. PRESENTACION TECNICA SOBRE LA COLABORACION CON LA INDUSTRIA	4
4. INFORME DEL COMITE PERMANENTE	5
5. ASUNTOS FINANCIEROS	6
5.1 Informe Financiero para 1990 y Presupuesto Revisado del Programa para el bienio 1990-1991; Situación financiera en el bienio 1990-1991	6
5.2 Plan de actividades y Presupuesto del Programa para el bienio 1992-1993 y Estimaciones para el bienio 1994-1995; Perspectivas financieras para el bienio 1992-1993	6
6. SELECCION DE UN MIEMBRO DE LA JCB DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL PARRAFO 2.2.3 DEL PROTOCOLO DE ACUERDO DEL TDR	8
7. COMPOSICION DEL COMITE CONSULTIVO CIENTIFICO Y TECNICO (STAC)	8
8. FECHA Y LUGAR DE LA DECIMOQUINTA REUNION DE LA JCB	8
9. CLAUSURA DE LA REUNION	8
ANEXO 1 Lista de participantes [documento TDR/JCB(14)/91.2 Rev.1]	9
ANEXO 2 Resumen del discurso de apertura de la JCB(14) pronunciado por el Dr. M. L. Abdelmoumène, Director General Adjunto de la OMS	17
ANEXO 3 Orden del día [documento TDR/JCB(14)/91.1 Rev.1]	19
ANEXO 4 Resumen de la conferencia pronunciada en la JCB(14) por el Profesor O. Ransome-Kuti, Ministro de Salud de Nigeria y Presidente del Consejo Ejecutivo de la OMS: "Prestación de servicios de salud para todos"	21
ANEXO 5 Resúmenes de las presentaciones efectuadas conforme al punto 6 del orden del día - Avances científicos y técnicos - por el Dr. T. Godal, Director del TDR; la Profesora E. Bonilla, Facultad de Economía, Universidad de Los Andes, Bogotá, Colombia - "Las mujeres y el paludismo: un caso colombiano"; el Profesor B. R. Bloom, Presidente del STAC; y el Profesor A. S. Muller, Presidente de la JCB(13)	24
ANEXO 6 Resúmenes de las presentaciones técnicas a la JCB(14) sobre la colaboración con la industria	32

	<u>Página</u>
ANEXO 7 Resumen del presupuesto del TDR para el bienio 1992-1993	38
ANEXO 8 Composición de la Junta Coordinadora Común en 1 de enero de 1992	39
ANEXO 9 Composición del Comité Consultivo Científico y Técnico en 1 de enero de 1992	41

1. INTRODUCCION

Los representantes de 25 gobiernos - miembros electos de la Junta Coordinadora Común (JCB)¹ - y de los tres organismos copatrocinadores del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR),² se reunieron en la JCB(14) en la sede de la OMS, en Ginebra, los días 25 y 26 de junio de 1991. También participaron en las reuniones en calidad de observadores oficiales los representantes de nueve gobiernos y 15 organizaciones. En el anexo 1 [documento TDR/JCB(14)/91.2 Rev.1] figuran los miembros de la JCB y los observadores que participaron en la reunión, así como los nombres de sus representantes.

Abrió la reunión el Dr. M. L. Abdelmoumène, Director General Adjunto de la OMS. En el anexo 2 se resume el discurso que pronunció en la JCB(14).

Conforme al Protocolo de Acuerdo del TDR, la Junta eligió un Presidente para un mandato de dos años y un Vicepresidente para un año. La JCB(14) eligió al Dr. G. A. Williams, Director, Lucha contra las Enfermedades y Salud Internacional, Ministerio Federal de Salud, Lagos (Nigeria), Presidente de la Junta hasta su decimosexta reunión, en 1993. La Junta eligió Vicepresidente a la Dra. I. Eidheim, Jefa de Sección, Dirección de Salud de Noruega, Oslo (Noruega), hasta su decimoquinta reunión, en 1992.

La Junta adoptó el orden del día que se adjunta como anexo 3 [documento TDR/JCB(14)/91.1 Rev.1].

El Profesor O. Ransome-Kuti, Ministro de Salud de Nigeria y Presidente del Consejo Ejecutivo de la OMS, pronunció una conferencia en la JCB(14) titulada "Prestación de servicios de salud para todos". La Junta expresó su agradecimiento al Profesor Ransome-Kuti por su excelente conferencia. El anexo 4 contiene un resumen de la misma.

La JCB(14) aprobó el informe de la decimotercera reunión de la Junta Coordinadora Común [documento TDR/JCB(13)/90.3].

2. ACTIVIDADES CIENTIFICAS Y TECNICAS

La JCB(14) examinó los avances científicos y técnicos descritos en el décimo informe sobre el Programa, que comprendía el bienio 1989-1990. La Junta escuchó un examen general de las actividades del Programa, en particular el desarrollo de productos y las perspectivas futuras para las actividades de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones del TDR, que estuvo a cargo del Dr. T. Godal, Director del TDR. El documento TDR/JCB(14)/91.5 contiene un informe provisional sobre nuevas orientaciones en el fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones, presentado a la Junta. En el anexo 5 se halla un resumen de la presentación del Dr. Godal.

Como parte del informe del Director, la Profesora E. Bonilla, Facultad de Economía, Universidad de Los Andes, Bogotá (Colombia), presentó un informe sobre las actividades apoyadas por el TDR, titulado "Las mujeres y el paludismo: un caso colombiano". El anexo 5 contiene un resumen de su informe.

¹ La sigla corresponde a la denominación en inglés "Joint Coordinating Board".

² La sigla corresponde a la denominación en inglés "Tropical Diseases Research".

La JCB(14) examinó el informe de la decimotercera reunión del Comité Consultivo Científico y Técnico (STAC),³ presentado por el Profesor B. R. Bloom, Presidente del STAC (documento TDR/STAC-13/91.3). Además, el Profesor A. S. Muller, Presidente de la JCB(13), presentó un breve informe sobre su asistencia al STAC-13. El anexo 5 contiene resúmenes de las exposiciones del Profesor Bloom y del Profesor Muller.

La JCB(14):

i) Dio las gracias al Comité Consultivo Científico y Técnico por su completo examen de los componentes científicos del Programa en relación con el marco de prioridades y con la distribución de recursos. Reconoció que ese marco de prioridades constituía una difícil tarea, pues todas las actividades del Programa sobre las seis enfermedades incluidas en el mismo y sobre el fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones eran importantes. Expresó la esperanza de que a pesar de las reducciones presupuestarias en algunos componentes, siguiera disponiéndose de fondos apropiados para las investigaciones de alta prioridad sobre esos componentes. Se mostró de acuerdo con las recomendaciones del STAC para la asignación de recursos entre los componentes e hizo suya la alta prioridad concedida al paludismo y al desarrollo de productos.

ii) Vio con agrado la iniciativa del STAC de celebrar dos revisiones temáticas prospectivas en el próximo año sobre desarrollo de vacunas y fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones, y manifestó su deseo de recibir los informes de las dos revisiones en la JCB(15), en 1992. Tomó nota de que la revisión de las actividades de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones comprendería, entre otras cosas, el efecto de las actividades de formación del TDR, el apoyo prestado por medio de la iniciativa FIELDLINGS y las variaciones de la productividad científica en los distintos países endémicos que han recibido apoyo del TDR, con objeto de aprender de la experiencia recogida y de efectuar reajustes apropiados en futuras estrategias.

iii) Acordó que el Programa adoptaría un planteamiento flexible respecto al fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones. Aceptó la sugerencia de que la próxima fase de las actividades de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones incorporaría un enfoque diferenciado, incluyendo actividades concretas para los países menos adelantados y haciendo hincapié en las personas y en la formación relacionadas con actividades de fortalecimiento de las instituciones.

iv) Recomendó que el TDR proteja sus inversiones en sus becarios, asegurando su regreso a sus países e instituciones de origen y, en los casos en que circunstancias especiales impidan temporalmente ese regreso, que el TDR facilite su instalación en países vecinos para permitirles que realicen investigaciones pertinentes.

v) Reiteró las observaciones formuladas en la JCB(13) sobre el costo de la formación en los países desarrollados, e instó a que se acentúen los esfuerzos para que la formación tenga lugar en países en desarrollo. Sugirió que el TDR proporcione apoyo, en donde sea necesario, a los actuales establecimientos de formación de países en desarrollo.

vi) Manifestó su aprecio por las funciones y capacidades del TDR en lo que respecta al desarrollo de nuevos productos de lucha contra las enfermedades y apoyó la creación del Servicio de Desarrollo de Productos (PDU).⁴ Pidió que se presentará en la JCB(15), en 1992, un documento sobre la marcha y los planes de las actividades del PDU, así como detalles sobre las actividades de quimioterapia multipatológica.

vii) Reconociendo la capacidad del TDR de planear y gestionar actividades de investigación sobre instrumentos nuevos y mejorados de lucha contra las enfermedades, y dada la estrecha afinidad existente entre la lepra y la tuberculosis y la creciente incidencia de la tuberculosis en numerosos países, reiteró la petición de la JCB(13), de que la OMS examine las posibilidades de una colaboración más estrecha entre los programas

³ La sigla corresponde a la denominación en inglés "Scientific and Technical Advisory Committee".

⁴ La sigla corresponde a la denominación en inglés "Product Development Unit".

pertinentes en lo que respecta a la investigación sobre ambas enfermedades. Recomendó que se utilicen los recursos de gestión del TDR, según las necesidades, para alcanzar las metas de investigación que comparten esas dos enfermedades. Tomó nota de que la OMS iba a convocar una reunión en agosto de 1991 para examinar cierto número de opciones de gestión del programa contra la tuberculosis, que podrían incluir comités de orientación conjuntos, y que las recomendaciones concretas relativas a las investigaciones sobre la lepra y la tuberculosis serían examinadas por el Comité Permanente y presentadas a la JCB(15) en 1992.

viii) Destacó de nuevo la importancia de la estrecha colaboración existente entre el TDR y las organizaciones pertinentes exteriores a la OMS, y entre el TDR y los programas pertinentes de la OMS a fin de elevar a un nivel óptimo el uso de los recursos disponibles y fortalecer los sectores de interés común.

ix) Apoyó la creciente importancia concedida a la investigación operativa sobre estrategias y programas de lucha contra las enfermedades y la mayor colaboración mantenida al respecto con la División de la OMS de Lucha contra las Enfermedades Tropicales. Tomó nota de la continuada importancia de las investigaciones fundamentales sobre las enfermedades incluidas en el Programa.

x) Destacó la importancia de la estrecha colaboración existente entre el TDR y los países de enfermedades tropicales endémicas en los sectores de las investigaciones operativas y en la transferencia de productos que deben ser asequibles, idóneos y aceptables para los países. Tomó nota de la intención del Programa de efectuar investigaciones sobre poblaciones que tienen escaso o nulo acceso a servicios de salud, con objeto de promover sistemas de autoasistencia de bajo costo.

xi) Manifestó su agrado por los avances y las orientaciones del Componente de investigaciones sociales y económicas. Destacó la importancia de las investigaciones sobre las mujeres y las enfermedades tropicales, sobre la función primordial de la familia y la comunidad, y sobre el efecto económico de las enfermedades tropicales.

xii) Subrayó de nuevo la importancia de la función catalítica del Programa al estimular a otros para que participen más ampliamente en las actividades de investigaciones sanitarias.

xiii) Decidió examinar dentro de dos años la práctica del Presidente de la JCB de asistir a la reunión anual del Comité Consultivo Científico y Técnico.

xiv) Dio las gracias a la Profesora E. Bonilla por su excelente informe sobre las mujeres y el paludismo en Colombia.

xv) Manifestó su gratitud al Profesor A. S. Muller por su magnífica actuación como Presidente de la JCB en los últimos dos años. Dio las gracias al Profesor Muller por su informe sobre su asistencia a la decimotercera reunión del Comité Consultivo Científico y Técnico.

xvi) Expresó su aprecio por las presentaciones efectuadas por el Director del TDR y por el Presidente del Comité Consultivo Científico y Técnico.

3. PRESENTACION TECNICA SOBRE LA COLABORACION CON LA INDUSTRIA

En la JCB(14), las presentaciones técnicas se centraron en la colaboración con la industria. El Dr. P. Reeve, Jefe del Servicio de Desarrollo de Productos del TDR, presentó los asuntos relacionados con la colaboración entre el TDR y la industria farmacéutica, destacando los sectores en donde las necesidades y las posibilidades son mayores. El anexo 6 contiene resúmenes de la introducción del Dr. Reeve y de las presentaciones pronunciadas a continuación.

<u>Presentación</u>	<u>Ponente</u>
Oportunidades y retos para las empresas de biotecnología en crecimiento en el sector de la salud internacional	Dr. W. T. Hockmeyer, Presidente y Director Ejecutivo, MedImmune Inc., Gaithersburg, Maryland (Estados Unidos de América)
Colaboración entre los sectores privado y público para el desarrollo de procedimientos de diagnóstico de las enfermedades tropicales	Profesor J. Ramachandran, Director, Centro de Investigaciones Astra de la India, Bangalore (India), y Profesor Adjunto, Universidad de California, San Francisco, California (Estados Unidos de América)
Colaboración entre los sectores privado y público para el desarrollo de vacunas contra las enfermedades tropicales	Dr. M. De Wilde, Director de Investigaciones, SmithKline Beecham Biologicals S.A., Rixensart (Bélgica)
Concepto de cooperación con la industria en el TDR	Dr. F. Trautweiler, Vicedirector de Investigación y Desarrollo, División de Productos Farmacéuticos, Ciba-Geigy Limited, Basilea (Suiza)

La JCB(14):

- i) Vio con agrado e impulsó la estrecha colaboración existente entre el TDR y la industria para el desarrollo de productos.
- ii) Instó al Programa a prestar asistencia para la transferencia de tecnologías pertinentes y la producción de medios de lucha contra las enfermedades en los países en desarrollo.
- iii) Destacó la importancia de lograr que los ensayos clínicos y prácticos de nuevos medios de lucha contra las enfermedades se realicen observando las normas éticas nacionales e internacionales.
- iv) Tomó nota de la necesidad de que el TDR disponga de recursos apropiados para efectuar ensayos prácticos y sugirió que el Programa estudie con los organismos copatrocinadores arreglos de "deudas dobles" como sistema para satisfacer las necesidades de moneda local.
- v) Manifestó su gratitud a los representantes de la industria por asistir a la reunión de la JCB y por examinar la colaboración con el TDR.
- vi) Expresó su agradecimiento al Dr. C.-H. Vignes, Asesor Jurídico de la OMS, que se retira de la Organización después de 30 años de servicio. El Dr. Vignes ha asesorado valiosamente al TDR desde el comienzo de sus actividades y ha orientado sobre cuestiones jurídicas a numerosas reuniones de la JCB. En nombre de la JCB, el Presidente deseó al Dr. Vignes una jubilación activa, larga y feliz.

4. INFORME DEL COMITE PERMANENTE

La Junta examinó las cuestiones planteadas en el Informe del Comité Permanente [documento TDR/JCB(14)/91.4], que fueron presentadas por el Dr. B. Liese, Director del Departamento de Servicios de Salud del Banco Mundial.

En nombre del Comité Permanente, el Dr. Liese elogió el trabajo del Dr. P. Ladouceur, Responsable de Gestión del Programa, TDR, y Secretario del Comité Permanente, que dejará el Programa en un próximo futuro. El Dr. Liese dio las gracias al Dr. Ladouceur por su ayuda en la presentación de la excelente documentación sometida al Comité Permanente y a la Junta Coordinadora Común, y en particular por sus claras presentaciones de los informes financieros y los presupuestos del Programa, que han pasado a ser un modelo para

otros Programas. El Comité Permanente echará de menos la ayuda del Dr. Ladouceur y le desea lo mejor para el porvenir.

La JCB(14):

i) Manifestó su agrado por la efectiva colaboración existente entre el TDR y el Programa de Lucha contra la Oncocercosis en el Africa Occidental (OCP);¹ hizo suyos los sistemas acordados por los dos Programas para efectuar investigaciones sobre un macrofilaricida y aprobó las consecuencias financieras para el TDR.

ii) Dio las gracias al Comité Permanente por sus actividades de obtención de fondos. Instó al Comité a aumentar sus esfuerzos a fin de recoger los fondos necesarios para satisfacer el nivel del presupuesto del Programa para el bienio 1992-1993, utilizando todos los mecanismos posibles, incluidas las contribuciones en monedas no convertibles.

iii) Reafirmó el hecho de que el modo preferido de envío de fondos al TDR consiste en las contribuciones sin finalidad predeterminada y destacó que no debe modificarse la política de entrega de fondos con finalidad predeterminada.

iv) Felicitó al Comité Permanente por informar con prontitud a la Junta Coordinadora Común sobre la decisión del Comité de aceptar la contribución del Gobierno de los Países Bajos destinada al proyecto de desarrollo de medicamentos antipalúdicos a base de Artemisia annua, y acordó aceptar la contribución para el período completo de tres años.

v) Autorizó al Comité Permanente a aceptar, en consulta con la JCB, otras contribuciones de finalidad predeterminada en casos excepcionales para un pequeño número de proyectos si surgen tales oportunidades, siempre que estén de acuerdo con las prioridades del TDR y que el Programa conserve el control científico de los proyectos.

vi) Acordó seguir celebrando la reunión anual de la JCB a fines de junio.

vii) Acordó mantener el procedimiento simplificado de invitar a los miembros y observadores a la reunión de la JCB.

5. ASUNTOS FINANCIEROS

5.1 Informe Financiero para 1990 y Presupuesto Revisado del Programa para el bienio 1990-1991; Situación financiera en el bienio 1990-1991

La JCB(14) examinó la situación financiera del Programa en el bienio 1990-1991 y aceptó el Informe Financiero para 1990 y el Presupuesto Revisado del Programa para el bienio 1990-1991 [documento TDR/JCB(14)/91.6].

La Junta expresó su preocupación por el nivel de la contribución de la OMS al TDR y manifestó su esperanza de que la OMS mantenga al menos y, si es posible, aumente el nivel de sus contribuciones al Programa.

5.2 Plan de Actividades y Presupuesto del Programa para el bienio 1992-1993 y Estimaciones para el bienio 1994-1995; Perspectivas financieras para el bienio 1992-1993

La JCB(14) examinó el Proyecto de Presupuesto del Programa para el bienio 1992-1993 y las estimaciones para 1994-1995 (documento TDR/PB/92-93), que fueron presentados por el Dr. P. Ladouceur, Responsable de Gestión del Programa, TDR. El nivel del proyecto de presupuesto de US\$ 76 845 000 representa un aumento del 5,4% respecto al nivel del presupuesto revisado de 1990-1991 de US\$ 72 923 300.

La característica nueva principal para 1992-1993 es el Componente de Desarrollo de Productos, con un presupuesto de US\$ 6,97 millones. Los recursos para este componente se

¹ La sigla corresponde a la denominación en inglés "Onchocerciasis Control Programme".

han obtenido en parte de un aumento global del presupuesto para investigación y desarrollo y en parte de una reasignación de recursos procedentes de otros componentes, según recomendó el Comité Consultivo Científico y Técnico. El paludismo sigue siendo la más importante de las enfermedades propias del TDR y recibió la mayor asignación (el 35,8% del presupuesto para investigación y desarrollo, excluido el componente de desarrollo de productos). Se concedió mayor importancia a las investigaciones sociales y económicas. Se produjeron descensos en algunos componentes, como la lepra y la tripanosomiasis africana, teniendo en cuenta el cambio de la situación epidemiológica y el desarrollo de nuevos medios de lucha contra esas enfermedades.

Se destinó el 24,9% del presupuesto total al fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones, conforme a las recomendaciones de los dos Comités Externos de Revisión, que hizo suyas la JCB.

Se han efectuado ahorros en la Gestión del Programa, en particular en el personal, principalmente como resultado de la simplificación de los procedimientos y del aumento de la eficacia gracias al mayor uso de ordenadores. A partir de enero de 1992, el Programa no costeará ya diez puestos del TDR en las Oficinas Regionales. Para simplificar el presupuesto y la contabilidad, los puestos se incluirán en los presupuestos de las regiones y éstas no contribuirán ya al TDR para compensar el costo de los puestos.

El Dr. Ladouceur resumió la situación financiera estimada del TDR en el bienio 1992-1993. Después de tomar en cuenta el traspaso estimado de US\$ 3,7 millones procedentes del actual bienio, se precisará un aumento de US\$ 6,8 millones de las contribuciones al TDR respecto a las contribuciones actualmente estimadas de US\$ 64,4 millones en 1990-1991 para alcanzar el nivel propuesto del presupuesto de 1992-1993.

La JCB(14):

i) Aprobó el proyecto de Presupuesto del Programa presentado al nivel de US\$ 76 845 000 para el bienio 1992-1993. El anexo 7 contiene el resumen del presupuesto.

ii) Reconoció las difíciles opciones financieras con que se enfrenta el Programa, en particular para obtener fondos destinados al Componente de Desarrollo de Productos, que dan lugar a reducciones presupuestarias en cierto número de componentes. A ese respecto, algunos miembros de la JCB se preguntaron si era suficiente el nivel de fondos para la tripanosomiasis africana y para el apoyo a la epidemiología y a las investigaciones de terreno.

iii) Apreció los esfuerzos del Programa para mantener los costos de gestión en el nivel más bajo posible y para utilizar con eficacia la tecnología informática, así como sus esfuerzos para disminuir las necesidades de personal, en particular en la Gestión del Programa.

iv) Felicitó al Programa por la "transparencia" del presupuesto y manifestó su aprecio por la presentación clara y amplia del mismo.

v) Tomó nota de que se necesitaría un aumento de las contribuciones de US\$ 6,8 millones respecto a las contribuciones previstas en el bienio 1990-1991 a fin de financiar el Presupuesto del Programa para el bienio 1992-1993, y reconoció que se necesitarían importantes esfuerzos para obtener esa suma adicional, en particular dadas las nuevas demandas que pesan sobre los presupuestos de asistencia al desarrollo. Catorce participantes de la JCB manifestaron que mantendrían el apoyo financiero al Programa.

vi) Tomó nota de que las Oficinas Regionales de la OMS siguen prestando asistencia al Programa, igual que en el pasado, conforme a las nuevas disposiciones destinadas a costear los puestos de enlace de las Oficinas Regionales para investigaciones sobre enfermedades tropicales.

6. SELECCION DE UN MIEMBRO DE LA JCB DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL PARRAFO 2.2.3 DEL PROTOCOLO DE ACUERDO DEL TDR

La JCB(14) siguió los procedimientos de selección establecidos durante sus anteriores reuniones y observó el plazo de 60 días para la recepción de solicitudes para miembros de la JCB, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 2.2.3 del Protocolo de Acuerdo. La Junta eligió al Gobierno del Brasil como miembro de la JCB por un período de tres años a partir del 1 de enero de 1992.

La composición de la Junta Coordinadora Común en 1 de enero de 1992 figura en el anexo 8.

7. COMPOSICION DEL COMITE CONSULTIVO CIENTIFICO Y TECNICO (STAC)

La JCB(14) aprobó la composición propuesta del Comité Consultivo Científico y Técnico en 1 de enero de 1992, reproducida en el anexo 9. La Junta tomó nota de que se estaban adoptando medidas para incluir miembros de América Latina a partir de 1993.

8. FECHA Y LUGAR DE LA DECIMOQUINTA REUNION DE LA JCB

La JCB(14) decidió que la decimoquinta reunión de la Junta Coordinadora Común se celebre el martes 30 de junio y el miércoles 1 de julio de 1992 en la Sede de la OMS, en Ginebra (Suiza).

9. CLAUSURA DE LA REUNION

El Presidente estimó que la JCB(14) había sido una de las reuniones más productivas de la Junta considerando la importancia de los temas examinados y de las decisiones adoptadas. Ese resultado se había debido en parte a los excelentes preparativos efectuados por la Secretaría y a la alta calidad de la documentación proporcionada. El Presidente dio las gracias a los participantes por sus sugerencias constructivas y útiles, que habían contribuido en gran parte al éxito de las deliberaciones, y también dio las gracias a los intérpretes por haber facilitado la comunicación entre los participantes. La conferencia del Profesor O. Ransome-Kuti había sido práctica e innovadora, y las presentaciones técnicas habían permitido percibir claramente las posibilidades de introducir en el mercado medios nuevos y mejorados de lucha contra las enfermedades tropicales, así como las limitaciones existentes. La competente gestión del TDR y su eficaz efecto suponen un fuerte atractivo para los contribuyentes y el Presidente estimó que el TDR sería capaz de obtener los fondos adicionales requeridos por el Programa. El TDR es un Programa muy importante y el Presidente consideró con agrado que se le presentaba un brillante futuro.

DECIMOCUARTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Sede de la OMS, Ginebra, 25 y 26 de junio de 1991
Sala del Consejo Ejecutivo

TDR/JCB(14)/91.2 Rev.1

LISTA DE PARTICIPANTES

AUSTRALIA

Mr Binayak RAY, Director, Development Research and Sector Agencies, Australian International Development Assistance Bureau, Department of Foreign Affairs and Trade, Canberra, ACT

Dr Ian WELCH, Director, International Health Section, Department of Health, Housing and Community Services, Canberra, ACT

BELGIUM

Monsieur le Docteur Johan VAN MULLEM, Médecin de l'Administration générale de la Coopération au Développement, Bruxelles

Monsieur Marc GEDOPT, Premier Secrétaire, Mission permanente de la Belgique auprès de l'Office des Nations Unies et des Institutions spécialisées à Genève

Monsieur W. STEVENS, Attaché, Mission permanente de la Belgique auprès de l'Office des Nations Unies et des Institutions spécialisées à Genève

BRAZIL

Dr Henrique L. LENZI, Vice-President for Research, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro

CANADA

Dr Jean R. LARIVIERE, Senior Medical Adviser, Division of International Health Affairs, Intergovernmental and International Affairs Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa

Dr Steven SIMON, Director, Health Section, Professional Services Branch, Canadian International Development Agency (CIDA), Hull

Mrs Ginette MARTIN, Senior Programme Officer, Multilateral Technical Cooperation Division, Canadian International Development Agency (CIDA), Hull

Dr John L. AUSMAN, Counsellor, Permanent Mission of Canada to the United Nations Office and International Organizations at Geneva

CHINA

Mr WU GUOGAO, Programme Officer, Division of International Organizations, Bureau of Foreign Affairs, Ministry of Public Health, Beijing

DENMARK

Mr Niels AADAL, Head of Section, Multilateral Cooperation, Danish International Development Agency (DANIDA), Ministry of Foreign Affairs, Copenhagen

Dr Jørn HELDRUP, Health Adviser, Technical Advisory Division, Danish International Development Agency (DANIDA), Ministry of Foreign Affairs, Copenhagen

FRANCE

Monsieur le Docteur Denis MREJEN, Chef du Bureau de la Coopération sanitaire en Afrique de l'Ouest et dans les Caraïbes, Ministère de la Coopération et du Développement, Paris

Madame le Docteur Colette ROURE, Conseiller technique, Bureau des Maladies transmissibles, Direction générale de la Santé, Ministère de la Santé, Paris

GERMANY

Mr Tobias KAMPMANN, Second Secretary, Permanent Mission of the Federal Republic of Germany to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Dr Cornelius OEPEN, Technical Programme Planner, Division for Public Health, Nutrition and Population Development, German Agency for Technical Cooperation, Eschborn

INDIA

Mr Jagannathan VASUDEVAN, Joint Secretary, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, New Delhi

INDONESIA

Professor SUMARMO POORWO SOEDARMO, Head, National Institute of Health Research and Development, Ministry of Health, Jakarta

ISRAEL

Professor Dan MICHAELI, Director General, Tel Aviv-Elias Sourasky Medical Center, Tel Aviv

MYANMAR

Professor MAY-MAY-YI, Director-General, Department of Medical Research, Ministry of Health, Yangon

NETHERLANDS

Mr J. SMALLENBROEK, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Mr Martin DE LA BEY, Section for Research and Technology, Ministry for Development Cooperation, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Professor Alexander S. MULLER, Professor of Tropical Health, Faculty of Medicine, Department of Social Medicine, University of Amsterdam, Amsterdam [Chairman JCB(13)]

Ms Geeskelien WOLTERS, First Secretary, Permanent Mission of the Kingdom of the Netherlands to the United Nations Office and International Organizations at Geneva

NICARAGUA

Dr Larry L. VALLADARES, Director General of Hygiene and Epidemiology, Ministry of Health, Managua

Mrs Myrna MONCADA FONSECA, Third Secretary, Permanent Mission of Nicaragua to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

NIGERIA

Dr Gabisiu A. WILLIAMS, Director, Disease Control and International Health, Federal Ministry of Health, Ikoyi, Lagos

NIGERIA (continued)

Dr Olu OGUNYE, Director, Medical and Pharmaceutical Sciences, Federal Ministry of Science and Technology, Lagos

Mr Okon I. UDOH, Minister, Permanent Mission of the Federal Republic of Nigeria to the United Nations Office and the International Organizations at Geneva

NORWAY

Mr Øystein GUDIM, Senior Executive Officer, Multilateral Department, Ministry of Foreign Affairs, Oslo

Dr Idunn ELDHEIM, Head of Section, Norwegian Directorate of Health, Oslo

Mrs Ann-Karin VALLE, Head of Section, International Health, Norwegian Directorate of Health, Oslo

Dr Berit AUSTVEG, Adviser, Norwegian Directorate of Health, Oslo

Dr Bernt LINDTJØRN, Centre for International Health, University of Bergen, Haukeland Hospital, Bergen

RWANDA

Monsieur le Docteur Philippe NTAWINIGA, Directeur de l'Epidémiologie, Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Kigali

SAO TOME AND PRINCIPE

Monsieur le Docteur Fernando DA CONCEIÇÃO SILVEIRA, Directeur du Programme national de Lutte contre le Paludisme et les autres Endémies et Coordonnateur du Programme de Lutte contre le SIDA, Ministère des Affaires sociales - Secteur de la Santé, Sao Tomé

SOLOMON ISLANDS

Dr Nathan KERE, Director, Medical Training and Research Institute, Ministry of Health and Medical Services, Honiara

SOMALIA

No representative able to attend

SWEDEN

Ms Hellen OHLIN, Research Officer, Swedish Agency for Research Cooperation with Developing Countries (SAREC), Stockholm

Professor Anders BJÖRKMAN, Consultant, Swedish Agency for Research Cooperation with Developing Countries (SAREC), and Associate Professor, Karolinska Institute, Stockholm

SWITZERLAND

Monsieur le Professeur Antoine DEGREMONT, Directeur de l'Institut tropical suisse, Bâle

Monsieur Jacques MARTIN, Chef du Service des Ressources humaines, Direction de la Coopération au Développement et de l'Aide humanitaire, Département fédéral des Affaires étrangères, Berne

Monsieur Olivier CHAVE, Chargé de Programme, Affaires multilatérales, Direction de la Coopération au Développement et de l'Aide humanitaire, Département fédéral des Affaires étrangères, Berne

TURKEY

No representative able to attend

UNITED KINGDOM

Dr David N. NABARRO, Chief Health and Population Adviser, Health and Population Division, Overseas Development Administration, London

Mr John D. MOYE, WHO Desk Officer, Health and Population Division, Overseas Development Administration, London

Professor Peter SMITH, Head, Department of Epidemiology and Population Sciences, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London

Ms Helen PICKERING, Third Secretary, United Kingdom Mission to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

UNITED STATES OF AMERICA

Dr Richard E. BISSELL, Assistant Administrator, Bureau of Science and Technology, Agency for International Development, Washington D.C.

Dr Dennis CARROLL, Science Adviser, Office of Health, Bureau of Science and Technology, Agency for International Development, Washington D.C.

Dr Dennis JOHNSEN, International Health Attaché, United States Mission to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Ms Paula FEENEY, AID Affairs Officer, United States Mission to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

YEMEN

Dr Salah Salem HAITHAMI, Deputy Director General of Health Studies and Research, Ministry of Public Health, Sana'a

ZAMBIA

Dr Evarist K. NJELESANI, Permanent Secretary and Director of Medical Services, Ministry of Health, Lusaka

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP)

Mr Timothy S. ROTHERMEL, Director, Division for Global and Interregional Programmes, UNDP, New York, N.Y., USA

Mr Frank HARTVELT, Deputy Director, Division for Global and Interregional Programmes, UNDP, New York, N.Y., USA

Ms Cecile DAVIS, Associate Director, An International Initiative against Avoidable Disablement (IMPACT), Geneva, Switzerland

THE WORLD BANK

Dr Bernhard H. LIESE, Director, Health Services Department, The World Bank, Washington, D.C., USA

WORLD HEALTH ORGANIZATION

Regional Office for the Eastern Mediterranean

Dr G. E. RIFKA, Director, Eastern Mediterranean Liaison Office, Geneva, Switzerland

Regional Office for South-East Asia

Dr LIM TEONG WAH, Medical Research Officer, Special Programmes, New Delhi, India

Onchocerciasis Control Programme in West Africa (OCP)

Dr Ebrahim M. SAMBA, Director, OCP, Ouagadougou, Burkina Faso

Headquarters

Dr Mohamed L. ABDELMOUMENE, Deputy Director-General

Dr Ralph H. HENDERSON, Assistant Director-General/Special Programme Coordinator

Dr Tore GODAL, Director, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases

Dr José A. NAJERA-MORRONGO, Director, Division of Control of Tropical Diseases

Mr Edward E. UHDE, Director, Division of Budget and Finance

Dr Paul LADOUCEUR, Responsible Officer for Programme Management, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases

Dr Javid A. HASHMI, Responsible Officer for Research Capability Strengthening, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases

Mr Graham C. MILLER, Audit Manager, External Audit

Mr Peter S. JONES, Chief, Office of Internal Audit

Mr Thomas S. R. TOPPING, Senior Legal Officer

Keynote Address Speaker

Professor Olikoye RANSOME-KUTI, Minister of Health, Federal Ministry of Health, Ikoyi, Lagos, Nigeria, and Chairman of the WHO Executive Board

Advisers

Professor Barry R. BLOOM, Chairman, Department of Microbiology and Immunology, Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University, New York, N.Y., USA: Chairman of the TDR Scientific and Technical Advisory Committee

Professor Elssy BONILLA, Professor-Researcher, Faculty of Economics, University of the Andes, Bogotá, Colombia

Dr Michel DE WILDE, Director of Research, SmithKline Beecham Biologicals S.A., Rixensart, Belgium

Dr Wayne T. HOCKMEYER, President and Chief Executive Officer, MedImmune Inc., Gaithersburg, Maryland, USA

Professor Janakiraman RAMACHANDRAN, Director, Astra Research Centre India, Bangalore, India, and Adjunct Professor, University of California, San Francisco, California, USA

WORLD HEALTH ORGANIZATION (continued)

Advisers (continued)

Dr Franz TRAUTWEILER, Vice-Director, Research and Development, Pharmaceuticals Division, Ciba-Geigy Limited, Basle, Switzerland

OBSERVERS

African Development Bank

Monsieur le Docteur Richard WANJI NGAH, Expert en Santé publique, Département Agriculture et Développement rural, Région nord, Banque africaine de Développement, Abidjan, Côte d'Ivoire

Council of Directors of Institutes of Tropical Medicine in Europe (TROPMEDEUROP)

Professor Ferenc VÁRNAI, Secretary-General, TROPMEDEUROP: Professor and Head, Chair of Infectious and Tropical Diseases, Postgraduate Medical School, Budapest, Hungary

Czechoslovakia

Professor Vladimír ŠERÝ, Director, Institute of Tropical Health, Head, Chair of Tropical Health, and Sub-Dean, Postgraduate School of Medicine and Pharmacy, Prague

Professor Ondrej BÁLINT, Head, Hospital for Infectious and Parasitic Diseases, Head, Chair of Infectious and Tropical Diseases of the Postgraduate School of Medicine, Bratislava, and Adviser for Infectious and Tropical Diseases to the Ministry of Health of the Slovak Republic

Health Research Task Force

Dr Richard WILSON, Coordinator, Task Force on Health Research for Development, Geneva, Switzerland

International Development Research Centre (IDRC)

Dr Karl SMITH, Director, Health Sciences Division, IDRC, Ottawa, Canada

International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP)

Dr Luc JANSSENS, Director, Project Service, Damien Foundation, Brussels, Belgium

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA)

Dr Richard B. ARNOLD, Executive Vice President, IFPMA, Geneva, Switzerland

Ms Margaret CONE, Vice President for Scientific Affairs, IFPMA, Geneva, Switzerland

International Organization for Chemical Sciences in Development (IOCD)

Professor Stephen A. MATLIN, Vice-Chairman, IOCD Working Group on Male Fertility Regulation: Chemistry Department, Warwick University, Coventry, United Kingdom

International Union of Biological Sciences (IUBS)

Professor Derek F. ROBERTS, Treasurer, IUBS: Department of Human Genetics, University of Newcastle upon Tyne, Newcastle upon Tyne, United Kingdom

Italy

Dr Eduardo MISSONI, Health Expert, Central Technical Unit, Directorate-General for Development Cooperation, Ministry of Foreign Affairs of Italy, Rome

MacArthur Foundation

Dr Denis J. PRAGER, Director, Health Program, John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, Chicago, Illinois, USA

Malawi

Professor P. Roma KHONJE, Controller, Health Technical Support Services and Chief Research Officer, Ministry of Health, Capital City, Lilongwe

Mexico

Mr Armando ARRIAZOLA, First Secretary, Permanent Mission of Mexico to International Organizations at Geneva

Mozambique

Dr Ricardo THOMPSON, Head of the Department of Blood Parasitology, National Institute of Health, Maputo

Organisation de Coördination et de Coopération pour la Lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE)

Monsieur le Docteur Isak M. TOURE, Directeur, Institut de Recherche sur la Tuberculose et les Infections respiratoires aiguës (IRTIRA), OCCGE, Nouakchott, Mauritanie

Monsieur le Professeur Jean-Paul M. A. CHIRON, Directeur, Centre Muraz, OCCGE, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Organisation de Coördination pour la Lutte contre les Endémies en Afrique centrale (OCEAC)

Monsieur le Docteur Jean Paul LOUIS, Chef du Service d'Epidémiologie et de Statistiques, OCEAC, Yaoundé, Cameroun

Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ)

Dr Henrique L. LENZI, Vice-President for Research, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brazil

Rockefeller Foundation

Dr Judith JUSTICE, Institute for Health Policy Studies, University of California, San Francisco, California, USA

Spain

Dr Julio CASAL LOMBOS, Director, National Centre for Microbiology, Virology and Immunology, Institute of Health Carlos III, Madrid

Thailand

Professor TAN CHONGSUPHAJASIDDHI, Dean, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, Bangkok

Tunisia

Monsieur le Professeur Koussay DELLAGI, Directeur, Institut Pasteur, Tunis

USSR

Dr Lev MALYCHEV, Counsellor, Permanent Mission of the Union of Soviet Socialist Republics to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

United Nations Industrial Development Organization (UNIDO)

Ms Irène LORENZO, Director, UNIDO Liaison Office at Geneva, Switzerland

Mr David RAKOTOPARE, Liaison Officer, UNIDO Liaison Office at Geneva, Switzerland

Wellcome Trust

Dr Peter O. WILLIAMS, Director, The Wellcome Trust, London, United Kingdom

Dr R. E. HOWELLS, Director, Infectious Diseases Programme, The Wellcome Trust, London, United Kingdom

PROGRAMA ESPECIAL PNUD/BANCO MUNDIAL/OMS DE
INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES

DECIMOCUARTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Ginebra, 25 y 26 de junio de 1991

RESUMEN DEL DISCURSO DE APERTURA DE LA JCB(14)
PRONUNCIADO POR EL DR. M. L. ABDELMOUMENE,
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE LA OMS

El Dr. Abdelmoumène se refirió al enorme volumen de los sufrimientos humanos producidos por las enfermedades tropicales, que infectan en el mundo a una persona de cada diez, esto es, más de 500 millones de personas. Citó al Dr. H. Nakajima, Director General de la OMS, quien había dicho "Aparte de la carga que suponen en enfermedades y defunciones, esas enfermedades tropicales obstaculizan el desarrollo nacional e individual, transforman tierras fértiles en inhóspitas, dañan el crecimiento físico e intelectual y suponen un costo gigantesco en programas de tratamiento y lucha". Las enfermedades tropicales forman parte de la "doble carga" que soportan numerosos países en desarrollo, al enfrentarse con los nuevos desafíos de la sociedad "moderna" mientras luchan todavía con los antiguos problemas de la pobreza, la malnutrición y las enfermedades transmisibles. Esos países necesitan un fortalecimiento de sus capacidades y mejores armas para combatir las principales enfermedades tropicales. Esos son los motivos por los que la OMS concede tal importancia y espera tanto en las actividades del TDR, y son la razón de que la participación de los miembros y observadores de la Junta Coordinadora Común en lo que respecta al apoyo y revisión de las actividades del Programa constituya una contribución primordial al desarrollo de la salud mundial.

El Dr. Abdelmoumène dio la bienvenida al Profesor O. Ransome-Kuti, Ministro de Salud de Nigeria y Presidente del Consejo Ejecutivo de la OMS, quien pronunció la conferencia titulada "Prestación de servicios de salud para todos". El tema debería servir para recordar que, en definitiva, los esfuerzos de investigación del TDR están destinados a prestar mejor atención de salud a todos los pueblos. Al reorientar las estrategias de la OMS de desarrollo de la salud para los años noventa y más adelante, el Director General ha concedido importancia especial a la lucha integrada contra las enfermedades, como parte del desarrollo global humano y de la atención sanitaria, y a la difusión de información con fines de promoción, educativos, de gestión y científicos.

El TDR es una de las columnas de la productividad científica y técnica de la OMS. El Programa produce buenos resultados científicos y a partir de ellos desarrolla instrumentos eficaces de lucha contra las enfermedades que son auténticamente pertinentes para las colectividades. El TDR trabaja en estrecha colaboración con otros programas técnicos de la OMS y sirve en particular como "sector de investigación" integral de la División de Lucha contra las Enfermedades Tropicales, obteniendo un grado de cooperación que es un modelo para la OMS. La integración entre todos los interesados puede hacer que un sistema de salud sea fuerte, evitar las duplicaciones y contradicciones entre los programas, crear valiosas sinergias y reducir los costos. La importancia concedida por el TDR a los usuarios finales de sus productos está llevando al Programa a ocuparse de la integración en los planos comunitario, de distrito y nacional.

El Dr. Abdelmoumène se refirió al trabajo innovador que efectúa el TDR dentro de la OMS al establecer una colaboración sólida y productiva con la industria. El Servicio de Desarrollo de Productos, que la Junta Coordinadora Común acordó establecer en 1990, está facilitando esa colaboración, y el orador dio la bienvenida a los representantes de la industria que, en el curso de las presentaciones técnicas, darían a conocer su opinión sobre las cuestiones planteadas.

El Dr. Abdelmoumène se refirió también a la renovada importancia concedida por la OMS al paludismo en respuesta a la creciente resistencia de los parásitos del paludismo a los medicamentos y al creciente número de casos de paludismo grave observados en los países endémicos. La OMS está preparando una conferencia ministerial internacional sobre el paludismo, que tendrá lugar en los Países Bajos en 1992. El TDR se está ocupando

activamente del paludismo y dedica más de la tercera parte de su presupuesto de investigación y desarrollo a las investigaciones sobre el paludismo y al desarrollo de productos antipalúdicos.

El mandato constitucional de la OMS, como organismo técnico especializado de las Naciones Unidas, consiste en "actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional". La OMS puede asumir esta función de liderazgo a través de programas como el TDR, que pueden establecer una diferencia primordial en favor del éxito de las estrategias de desarrollo sanitario. El Dr. Abdelmoumène aseguró a la Junta Coordinadora Común que el Director General y él mismo tenían un claro compromiso hacia el TDR para mantener su posición como columna de las actividades de la OMS en el sector de la salud internacional.

PROGRAMA ESPECIAL PNUD/BANCO MUNDIAL/OMS DE
INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES

DECIMOCUARTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Sede de la OMS, Ginebra, 25 y 26 de junio de 1991
Sala del Consejo Ejecutivo

ORDEN DEL DIA

Documentos de referencia

1. Apertura de la reunión
2. Elección del Presidente y el Vicepresidente
3. Aprobación del orden del día
4. Conferencia del Profesor O. Ransome-Kuti, Ministro de Salud de Nigeria

Título: "Prestación de servicios de salud para todos"

TDR/JCB(14)/91.1 Rev.1
TDR/JCB(14)/91.1a
5. Asuntos relativos al informe de la Decimotercera Reunión de la Junta Coordinadora Común (JCB) TDR/JCB(13)/90.3
6. Avances científicos y técnicos Décimo Informe del Programa
 - 6.1 Informe del Director, que resume los avances en el último bienio y los planes de actividades del TDR en los años noventa, incluido el desarrollo de productos y las perspectivas futuras para las actividades de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones del TDR TDR/JCB(14)/91.5
 - 6.2 Informe del Presidente del Comité Científico y Técnico: con inclusión de TDR/STAC-13/91.3
 - Examen de los componentes de investigación y desarrollo en relación con la distribución de recursos en el bienio 1992-1993
7. Presentación técnica sobre la colaboración con la industria Décimo Informe del Programa
8. Informe del Comité Permanente: con inclusión de TDR/JCB(14)/91.4
 - Nuevo modo de colaboración con el Programa de Lucha contra la Oncocercosis en el Africa Occidental, relativo a las investigaciones de un macrofilaricida
 - Actividades de obtención de fondos
 - Política de fondos con finalidad predeterminada
 - Disposiciones para las reuniones de la JCB

Documentos de referencia

- Estatuto de observador en las reuniones de la JCB
- 9. Asuntos financieros
 - 9.1 Informe Financiero para 1990 y Presupuesto Revisado del Programa para el bienio 1990-1991; Situación financiera en el bienio 1990-1991 TDR/JCB(14)/91.6
 - 9.2 Plan de Actividades y Presupuesto del Programa para el bienio 1992-1993 y Estimaciones para 1994-1995 Proyecto de Presupuesto del Programa para el bienio 1992-1993 y Estimaciones para 1994-1995
 - 9.3 Perspectivas financieras para el bienio 1992-1993
- 10. Selección de un Miembro de la JCB de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 2.2.3 del Protocolo de Acuerdo del TDR TDR/JCB(14)/91.7
TDR/JCB(13)/90.3
Anexo 9
Protocolo de Acuerdo -
TDR/CP/78.5/Rev.88
- 11. Composición del Comité Consultivo Científico y Técnico TDR/JCB(14)/91.8
- 12. Fecha y lugar de la decimoquinta reunión de la JCB TDR/JCB(14)/91.4
- 13. Otros asuntos
- 14. Clausura de la reunión

PROGRAMA ESPECIAL PNUD/BANCO MUNDIAL/OMS DE
INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES

DECIMOCUARTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Ginebra, 25 y 26 de junio de 1991

RESUMEN DE LA CONFERENCIA PRONUNCIADA EN LA JCB(14) POR
EL PROFESOR O. RANSOME-KUTI, MINISTRO DE SALUD DE NIGERIA
Y PRESIDENTE DEL CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS;
"PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA TODOS"

El Profesor Ransome-Kuti se refirió a la Declaración de Alma Ata, que dispone que deberían prestarse servicios de atención primaria de salud (APS) a la población en donde vive y trabaja a un costo que sea asequible para ellos, la comunidad y el país, y con su plena participación. En la mayoría de los países ello significa invertir las tendencias de la asistencia sanitaria al pasar del hospital a los sistemas de servicios con base comunitaria.

Durante más de 30 años, la OMS ha elaborado modelos en todo el mundo para la planificación, aplicación, gestión, vigilancia y evaluación de los servicios de atención primaria de salud. Sin embargo, la frustración ante el fallo que han sufrido muchos países en desarrollo al afrontar la tarea y las continuadas altas tasas de mortalidad y morbilidad, debidas en particular a enfermedades evitables, provocaron el nacimiento de programas verticales tales como el PAI (Programa Ampliado de Inmunización), la TRO (terapia de rehidratación oral) y la planificación familiar. Respaldados por importantes recursos, esos programas verticales invadieron numerosos países en desarrollo porque eran "hacederos" y eficaces en la disminución de la mortalidad y la morbilidad, en particular de las madres y los niños. Resulta ahora manifiesto que tales programas no pueden sostenerse en ausencia de una infraestructura de servicios de salud y de un flujo continuado de recursos. El Profesor Ransome-Kuti estima que los programas verticales han retrasado en muchos años el desarrollo de sistemas nacionales de atención de la salud.

El Profesor Ransome-Kuti asistió a una reunión conjunta del UNICEF y la OMS, en enero de 1991, en la que el Director Ejecutivo del UNICEF declaró que existían grandes posibilidades de reducir la mortalidad y la morbilidad de los niños y las madres en los años noventa porque se disponía de la tecnología necesaria. Para alcanzar esa meta, el UNICEF y todos los organismos y organizaciones interesados en el desarrollo de la salud tenían que trabajar de modo sinérgico.

En los años sesenta y setenta, los funcionarios de los ministerios redactaron y dirigieron planes de salud utilizando un planteamiento de arriba a abajo, pero esos planes no se llevaron a efecto porque los países no disponían de los recursos precisos. En los años ochenta, los planificadores se hallaban en los niveles de distrito o de las administraciones locales, más cerca del pueblo, y se establecieron métodos en fases que los países podían aplicar. Además, los donantes estaban dispuestos a costear y participar en el desarrollo centrado geográficamente en uno o más distritos o zonas de administración local.

El enfoque dado por Nigeria a su sistema nacional de salud quedó establecido en su documento de política sanitaria nacional redactado bajo la presidencia del Profesor A. O. Lucas, ex Director del TDR. Nigeria fue dividida en 21 Estados y un territorio capital, con 450 administraciones locales, subdivididas en 4500 distritos. El sistema de APS comenzó en 52 administraciones locales, eligiendo una por cada Estado, por cada escuela de medicina y por cada escuela de tecnología sanitaria; las dos últimas tenían que proporcionar asistencia técnica a las administraciones locales y utilizar los servicios establecidos para formar a estudiantes de medicina y agentes de salud comunitaria, respectivamente.

Dirigidas por el Ministerio Federal de Salud, las administraciones locales efectuaron una encuesta sobre los problemas de salud de cada zona y los recursos disponibles para resolverlos. Con ambos datos, cada administración local estableció un plan para sus

servicios de salud utilizando los principios de la atención primaria de salud y el presupuesto necesario para establecer y mantener los servicios dentro de sus recursos. En ese momento, el Gobierno Federal concedió una subvención de medio millón de nairas a cada administración local para establecer el sistema.

Durante los tres meses que siguieron a la redacción de los planes no sucedió nada, de modo que se organizó un nuevo taller para decidir las medidas de ejecución que debían aplicarse. Se decidió que se crearían en primer lugar los servicios de salud de poblado, en un planteamiento de abajo a arriba distinto al anteriormente aplicado de arriba a abajo. Se crearon comités de desarrollo de poblado y cada uno eligió un voluntario para que fuera formado como agente de salud de poblado y decidió la remuneración que había de recibir. La supervivencia y efectividad de los servicios dependían de los comités de desarrollo de poblado y la fuerza del sistema nacional de salud dependía de que fueran eficaces los servicios de salud de poblado. El sistema de gestión sanitaria comprendía los comités de salud o desarrollo en el poblado, el distrito y la administración local. La supervisión de los servicios de salud de poblado era importante para su integración efectiva en el sistema nacional de salud. Esa supervisión estuvo a cargo de los comités de salud de distrito, en los que estaban fuertemente representados los presidentes de los comités de desarrollo de poblado. Los agentes de los servicios de salud de distrito visitaban los poblados para recoger la información que precisaban los comités de salud de distrito a fin de realizar sus funciones de supervisión. Se estableció una disposición análoga entre los servicios de salud de distrito y los comités de salud de las administraciones locales en los que estaban representados los presidentes de los comités de salud de distrito.

El Profesor Ransome-Kuti describió los comienzos del sistema de información sanitaria nacional de Nigeria. Agentes federales denominados "facilitadores técnicos federales", formados en materia de sistemas de gestión e información sanitaria, trabajaron con los agentes de salud de poblado y los comités de desarrollo de poblado y distrito para instruirles respecto a sus funciones y al modo de utilizar el sistema de información sanitaria. Sin embargo, se necesitaba tiempo para institucionalizar tales sistemas. El establecimiento de los sistemas requería fondos y afortunadamente Nigeria se benefició de las contribuciones de organismos donantes que contribuyeron a que tales sistemas funcionaran.

Al comienzo, programas verticales tales como el PAI y el TRO establecieron sus propios registros para vigilar y evaluar sus actividades. Mientras que el Gobierno Federal estableció el sistema de salud trabajando directamente con las administraciones locales y los poblados en colaboración con los Estados, esos programas verticales funcionaron a través de servicios de coordinación en el plano estatal. Dependían de los Estados para llevar los servicios a los poblados, mientras que en el modelo de atención primaria de salud los servicios deben proporcionarse en donde las personas viven y trabajan y no en otro nivel superior. Ello produjo algunos problemas respecto a la integración de sus registros en el sistema nacional, pero en este sentido se ha progresado recientemente.

Se han realizado numerosas actividades de formación y Nigeria dispone de un numeroso personal enseñante, particularmente en las administraciones locales y los distritos, que se ocupa sobre todo de los agentes de salud de poblado y de las parteras tradicionales. Los programas de formación son también costosos y aquí Nigeria se ha beneficiado de nuevo de las contribuciones de los organismos donantes. Se están comunicando las nuevas tecnologías elaboradas a las escuelas de tecnología de la salud creadas para que el personal de salud conozca lo que son los servicios de atención primaria de salud.

Se ha hecho siempre hincapié en el establecimiento de sistemas que las comunidades y las administraciones locales puedan aplicar y mantener. La Iniciativa de Bamako se utilizó para aumentar los recursos disponibles en los servicios de salud de poblado mediante un fondo de rotación para medicamentos que permitirá utilizar algunos beneficios a fin de que los servicios estén disponibles para todos.

A partir de los servicios de salud de poblado, el primer punto de consulta es el centro de salud de distrito, en donde se supervisan los servicios de poblado y se les proporcionan suministros. Según los planes, las administraciones locales tienen que

mejorar o crear un establecimiento sanitario en cada distrito. Los servicios de salud de distrito no estaban tan desarrollados como los servicios de salud de poblado y tenían que mejorarse. A partir de finales de junio de 1990, los servicios de atención primaria de salud fueron sometidos a la jurisdicción de las administraciones locales y los Estados comenzaron a ejercer supervisión sobre el sistema de salud secundario.

El Profesor Ransome-Kuti se mostró orgulloso de que el sistema de atención primaria de salud de Nigeria hubiese tenido una concepción totalmente nacional. Ahora bien, se había basado en la experiencia recogida y en ese sentido elogió la labor de los médicos expatriados y de los organismos de asistencia que habían contribuido al sistema de salud de Nigeria. El Profesor Ransome-Kuti también rindió tributo al Presidente Babangida, Comandante en Jefe de las Fuerzas Armadas de Nigeria, que había facilitado la realización del sistema existente de atención primaria de salud.

PROGRAMA ESPECIAL PNUD/BANCO MUNDIAL/OMS DE
INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES

DECIMOCUARTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Ginebra, 25 y 26 de junio de 1991

RESUMENES DE LAS PRESENTACIONES EFECTUADAS CONFORME AL
PUNTO 6 DEL ORDEN DEL DIA - AVANCES CIENTIFICOS Y TECNICOS -
POR EL DR. T. GODAL, DIRECTOR DEL TDR; LA PROFESORA E. BONILLA,
FACULTAD DE ECONOMIA, UNIVERSIDAD DE LOS ANDES,
BOGOTA (COLOMBIA) - "LAS MUJERES Y EL PALUDISMO: UN CASO COLOMBIANO";
EL PROFESOR B. R. BLOOM, PRESIDENTE DEL STAC; Y EL
PROFESOR A. S. MULLER, PRESIDENTE DE LA JCB(13)

1. RESUMEN DE LA PRESENTACION DEL DR. T. GODAL, DIRECTOR DEL TDR

El Dr. Godal destacó los avances en investigación y desarrollo y resumió las consideraciones sobre las nuevas orientaciones en el fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones. El Comité Consultivo Científico y Técnico tendrá en cuenta las opiniones de la Junta sobre el segundo sector citado, en el curso de su próxima Revisión Temática Prospectiva sobre fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones. La prioridad fundamental que impregna actualmente las actividades del TDR consiste en establecer métodos que no sirvan necesariamente para evitar las infecciones sino sólo sus consecuencias más graves. Además, el Programa aumentará su atención directa a las poblaciones subatendidas de los países menos adelantados.

Investigación fundamental

En el último año, el acontecimiento más notable ha sido el descubrimiento de técnicas que permiten introducir y retirar genes en los parásitos *Leishmania* y *Trypanosoma*. Ello abre un nuevo sector de investigación y de posibles intervenciones sanitarias en parasitología, en particular en lo que respecta al desarrollo de vacunas. Por ejemplo, los propios parásitos transformados pueden utilizarse para administrar antígenos vacunales.

Basándose en la recomendación del STAC, el TDR ha comenzado a trabajar en la entomología molecular en el pasado año. El objetivo consiste en elaborar nuevos métodos de lucha antivectorial basados en el conocimiento básico de la relación parásito-vector. A ese respecto el TDR colaborará con la John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, que ha lanzado la iniciativa, con el Fondo Wellcome y con el Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CNRS) de Francia. Es de esperar que desde el comienzo de esta actividad, intervengan y reciban formación apropiada científicos del Sur.

Desarrollo de productos

El Dr. Godal informó sobre la experiencia obtenida en el desarrollo de medicamentos y vacunas, centrándose en determinados productos de importancia primordial.

Desarrollo de medicamentos

El TDR posee ahora experiencia sobre todas las fases del proceso de desarrollo de medicamentos y de instrumentos de diagnóstico y sanitarios de otro tipo, desde el concepto de la investigación hasta el uso en la práctica. En conjunto, el proceso de desarrollo de medicamentos necesita unos 15-20 años. Los costos de desarrollo de medicamentos para el TDR van de US\$ 5 a 25 millones, cifras que son los costos reales para el Programa y no representan los costos auténticos. Además, los gastos de las instalaciones de producción están excluidos de los costos del TDR. Esas cifras admiten una comparación muy favorable con los costos industriales habituales de unos US\$ 200 millones y se obtienen gracias a la compartición de costos, en particular con los países en desarrollo endémicos.

El Dr. Godal se refirió a ocho productos. En lo que respecta al arteeter contra el paludismo, el TDR ha completado la fase de desarrollo preclínico en colaboración con el Instituto de Investigaciones Walter Reed del Ejército y son inminentes los ensayos de la fase I. El TDR ha dedicado hasta ahora seis años y US\$ 0,9 millones al desarrollo del arteeter. Se estima que los ensayos clínicos requerirán unos cuatro años por un costo de US\$ 3,5 millones. Se ha establecido un acuerdo especial con la empresa holandesa ACF Beheer B.V. para la producción del arteeter. Al mismo tiempo, el TDR está prestando apoyo a trabajos en China sobre la fabricación del artemeter. Dada la urgencia de la situación, el Programa está prestando apoyo a ensayos clínicos de derivados de la artemisina contra el paludismo grave, debido a su acción rápida y a su superioridad sobre otros medicamentos antipalúdicos. La inversión del TDR en derivados de la artemisina alcanzará un nivel apreciable en los próximos años, llegando a US\$ 1,5-2 millones al año.

Los estudios sobre el empleo de la ivermectina en la filariasis linfática han estado totalmente a cargo del Comité de Orientación del TDR sobre Filariasis. Se dispuso de datos para su registro como microfilaricida y se espera que en el curso del año se solicite la inscripción. Todavía no está claro si Merck & Co., Inc. estará de acuerdo en suministrar gratuitamente ivermectina también para la filariasis linfática.

El UMF 078 es un macrofilaricida muy prometedor. Se ha desarrollado bajo la dirección del Comité de Orientación del TDR sobre Filariasis, por un costo de US\$ 1,5 millones en diez años, y ahora ha pasado a depender del proyecto conjunto de macrofilaricida, MACROFIL. Si todo marcha satisfactoriamente, alcanzará la fase de registro en 1996 ó 1997. Se están adoptando medidas para encontrar una empresa que produzca el medicamento al menor costo posible. El UMF 078 y el arteeter ilustran la nueva posición del TDR, en la que ha desarrollado productos hasta una fase avanzada y se encuentra después en una posición firme frente a un posible colaborador industrial.

En lo que respecta a la ofloxacina para el tratamiento de la lepra, se han iniciado los ensayos de la fase IV, que ofrecen la posibilidad de reducir la duración del tratamiento de la enfermedad multibacilar de dos años a un mes. Los ensayos pueden comprender hasta 15 centros distintos y se espera que duren cuatro años con un costo de US\$ 2,8 millones. El TDR ha establecido un acuerdo con la Daiichi Pharmaceutical Co., Ltd, del Japón, para proporcionar gratuitamente el medicamento destinado a los ensayos.

En lo que respecta al tratamiento multimedicamentoso de la lepra, el TDR ha gastado US\$ 0,8 millones en investigaciones y evaluación sobre el terreno del mismo, que constituye la piedra angular de la estrategia de la OMS de lucha antileprosa. A fines de 1991, más de 3 millones de enfermos de lepra se habrán beneficiado del tratamiento multimedicamentoso, que a su vez contribuirá a una disminución mundial de la prevalencia de la lepra del 40% aproximadamente.

El Dr. Godal se refirió a tres productos que han sido elaborados conjuntamente por el TDR y la industria. La eflornitina, el primer medicamento nuevo contra la enfermedad del sueño descubierto en 40 años, fue registrado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos a fines de 1990. La empresa Marion Merrell Dow Inc. ha acordado facilitar el medicamento a precio de costos de producción y producirlo durante cuatro años, pasados los cuales la empresa facilitará las patentes y la tecnología para la transferencia de la producción a un país de bajo costo. En colaboración con la Merck & Co., Inc. se ha elaborado la ivermectina para la oncocercosis y en colaboración con F. Hoffmann-La Roche & Co., la mefloquina para el paludismo.

Desarrollo de vacunas

Gran parte de las actividades del TDR relacionadas con el desarrollo de vacunas se encuentran todavía en la fase de investigación del producto, pero hay tres posibles vacunas que han rebasado ese punto. Se ha observado que un antígeno palúdico utilizable en una vacuna de bloqueo de la transmisión, expresada en levadura, produce anticuerpos bloqueadores en ratones y monos. Los ensayos clínicos pueden comenzar en 1992.

El desarrollo de una vacuna con parásitos muertos contra la leishmaniasis tiene algunas características únicas. El TDR transfirió primero la tecnología a un país en

desarrollo, la República Islámica del Irán, y comenzó después los ensayos clínicos; así el costo resultará muy bajo para el TDR.

La vacuna de gérmenes muertos contra *M. leprae* tiene perspectivas mucho más prolongadas debido a las características especiales de la enfermedad. La característica más destacada de estos trabajos es el hecho de que el Programa ha podido realizar amplios ensayos prácticamente sin costo.

Los datos iniciales permiten pensar que puedan obtenerse vacunas por un costo razonable para el TDR: menos de US\$ 10 millones.

El Dr. Godal concluyó afirmando que el Programa puede elaborar medicamentos y vacunas en períodos aceptables y por un costo notablemente bajo. La colaboración con la industria ha sido beneficiosa, pero no es obligatoria, excepto en lo que respecta a la producción. Parece que para la industria el planteamiento más racional es intervenir especialmente en la fase preclínica. En la fase clínica, un asociado ha de ejercer la responsabilidad principal, pues el codesarrollo parece disminuir el ritmo de las actividades.

Investigaciones de terreno

El Dr. Godal destacó algunos resultados importantes obtenidos en la práctica. Se está utilizando la reacción en cadena de la polimerasa en la oncocercosis para diferenciar las formas de enfermedad de sabana y de bosque. Ello es importante pues los parásitos presentan un comportamiento distinto para la inducción de la ceguera. En uno de los amplios estudios sobre la ivermectina, efectuado en Guatemala, se observó un profundo efecto sobre la transmisión de la enfermedad y se está estudiando la erradicación de la oncocercosis en esa zona.

En el primer ensayo del efecto que tienen los mosquiteros impregnados con insecticida en la mortalidad infantil por paludismo, un estudio en Gambia ha mostrado una disminución del 70% de la mortalidad en los niños de 1-4 años de edad, combinando o no el uso de mosquiteros con la profilaxis. El TDR está planeando ensayos en gran escala para confirmar las observaciones en otras condiciones ecológicas y socioeconómicas. El autodiagnóstico del paludismo en Somalia puede formar el núcleo de un nuevo método de autoasistencia aplicado al tratamiento del paludismo, comenzando con indicadores sencillos que diferencien el paludismo de otras fiebres.

En el pasado año, la JCB(13) expresó fuerte apoyo por una mayor participación del TDR en las investigaciones operativas. En este sector, uno de los primeros proyectos se estableció en colaboración con el Gobierno de Nigeria. Se creó un programa de subvenciones bajas para apoyar investigaciones que respondan a problemas operativos relacionados con la distribución de la ivermectina para el tratamiento de la oncocercosis en Nigeria.

Fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones

La JCB(13) pidió en el último año que se presentara un documento de política sobre las actividades de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones (RCS)¹ a la JCB(14) en 1991. Para preparar el documento, el TDR analizó las actividades de RCS en relación con la investigación y el desarrollo en los países e inició la evaluación del efecto que tienen las subvenciones a largo plazo para el fortalecimiento de instituciones sobre la productividad científica, el perfeccionamiento del personal y la capacidad de obtención de recursos de las instituciones de investigación en los países endémicos. Los resultados iniciales de la encuesta se presentaron al STAC en su decimotercera reunión en marzo de 1991 y el STAC decidió emprender una Revisión Temática Prospectiva sobre el fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones en el próximo año. Por consiguiente, presentó un informe provisional a la JCB(14) y el informe final se someterá a la JCB(15) en 1992.

¹ La sigla corresponde a la denominación en inglés "Research Capability Strengthening".

La conclusión principal de la encuesta fue que el grado de participación en las actividades de investigación y desarrollo del TDR varía grandemente de un país a otro. Algunos países han mostrado un importante crecimiento en los últimos años y otros se han estabilizado en un nivel relativamente alto, mientras que unos terceros han presentado un descenso y otros más no han revelado ningún crecimiento de las actividades de investigación y desarrollo pese al continuo elevado apoyo concedido a las actividades RCS. Se examinarán con más detalle los motivos de esas variaciones. Parece que las actividades RCS del TDR se ven profundamente afectadas por los cambios políticos y macroeconómicos y que los esfuerzos efectuados en los países menos adelantados no han sido productivos. Por consiguiente, se necesitan estrategias más pragmáticas para tales países.

Una de las contribuciones más importantes que puede hacer el TDR para la investigación sobre las enfermedades tropicales en el próximo siglo consiste en establecer ahora sistemas para reclutar a los mejores talentos de los países en desarrollo en este sector. En consecuencia, la mayor importancia concedida a la formación y al apoyo pasará de centrarse en las instituciones a centrarse en las personas.

El Dr. Godal se refirió también a las peticiones formuladas en el pasado por la JCB de mayor integración entre las actividades de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones y las de investigación y desarrollo. Existen nuevas oportunidades en los sectores de la entomología molecular, el desarrollo de productos y las investigaciones operativas; y los enfoques comprenden las subvenciones para programas, las subvenciones de reincorporación y la política consistente en que la formación de investigadores se produzca en la mayor amplitud posible en el marco de los proyectos de investigación y desarrollo.

Personal

El Dr. Godal se refirió excepcionalmente a varios cambios del personal del Programa. Dos miembros destacados dejan el TDR: el Dr. P. Ladouceur, Responsable de Gestión del Programa, después de seis años de trabajo en los que el Programa ha mostrado un constante aumento de presupuesto y gastos, habiéndose beneficiado sobremanera la JCB de las claras presentaciones de los informes financieros y los presupuestos del Programa efectuadas por el Dr. Ladouceur; y la Dra. L. Martínez, Secretaria del Comité de Orientación sobre Inmunología del Paludismo, después de diez años de trabajo en el desarrollo de la vacuna antipalúdica; la Dra. Martínez ha sido ascendida por el Director General de la OMS al puesto de Coordinador de las actividades mundiales relativas a la Iniciativa en pro de la Vacuna Infantil.

El Dr. Godal dio la bienvenida a los nuevos miembros del personal: el Dr. K. Behbehani, Secretario del Servicio de Quimioterapia Integrada; la Dra. M. Gomes, Coordinadora del Programa FIELDLINGS; el Dr. P. Reeve, Jefe del Servicio de Desarrollo de Productos; y el Dr. H. Remme, responsable de epidemiología.

2. RESUMEN DE LA PRESENTACION DE LA PROFESORA E. BONILLA, FACULTAD DE ECONOMIA, UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, BOGOTA (COLOMBIA) - "LAS MUJERES Y EL PALUDISMO: UN CASO COLOMBIANO"

En las regiones donde predominan las enfermedades tropicales, todos los miembros de la población corren el riesgo de caer enfermos. Ahora bien, el riesgo varía según las funciones desempeñadas por los distintos grupos de la población, determinadas por el género, la edad y la situación socioeconómica de las personas y sus familias.

La Profesora Bonilla presentó algunas reflexiones sobre el motivo de que la salud de la mujer adulta sea afectada por el paludismo en forma distinta a la de otros miembros de la familia. Las conclusiones estaban basadas en los estudios efectuados en Colombia entre 1981 y 1988 en dos comunidades: La Tola, en la costa del Pacífico, y Cunday, en la región Andina.

En la organización de la sociedad son básicas dos dimensiones interrelacionadas. La estratificación basada en el acceso a los medios de producción y en su control, que

determina la situación socioeconómica de sus miembros, y la división social del trabajo en actividades de producción y reproducción. Según esa misma consideración conceptual básica, el sexo desempeña una importante función en la organización de la sociedad. Las diferencias entre hombres y mujeres son tanto biológicas como de base social y se expresan en dos definiciones conceptuales distintas: el sexo y el género. El sexo se refiere a la categoría biológica y el género a la categoría social, basada en elementos culturales e históricos, que determinan el comportamiento y la división social de funciones entre hombres y mujeres. La salud de las mujeres ha de comprenderse tomando en cuenta su función en la familia como madres, esposas y amas de casa, función que determina su posición en la sociedad y su participación en actividades orientadas al mercado.

Como esposas, madres y amas de casa, las mujeres son responsables del bienestar de todos los miembros de la familia. En ese sentido asumen una función sanitaria muy central para mantener en buena salud a todos los miembros de la familia, evitar las enfermedades, cuidar de los enfermos e incluso efectuar el trabajo de los familiares que han enfermado. Por consiguiente, el estado de salud de una mujer es afectado indirectamente por el riesgo de enfermedad de todos los miembros de la familia, así como directamente por su propio riesgo. Por consiguiente, los factores de riesgo que afectan a las mujeres no ejercen consecuencias importantes en otros miembros de la familia; por el contrario, los factores de riesgo que afectan a otros miembros de la familia tienen un impacto significativo en las mujeres.

En un estudio efectuado en La Tola se observó que las mujeres enfermas descuidaban su propia salud porque necesitaban cuidar de otros hasta el punto de caer ellas mismas muy enfermas. Esto implicaba a su vez un periodo más largo de incapacidad. El cuidado de la mujer enferma está en general a cargo de la mujer de otra familia, que suele ser una pariente o una vecina. La mujer adulta enferma tiene menos posibilidades de obtener asistencia, lo que evidentemente repercute en su recuperación y en su futura salud. Las posibilidades de las mujeres de ser sustituidas son también distintas a las de otros miembros enfermos de la familia. La complejidad de la distribución del tiempo de la mujer dificulta que cualquier otra persona la sustituya en todas sus actividades. En La Tola se ha observado que las mujeres enfermas continúan con frecuencia ocupándose de algunas actividades domésticas, mientras que quedan interrumpidas las demás tareas familiares y se retrasan a menudo sus actividades productivas.

Cuando la persona enferma es otro miembro de la familia han de tenerse en cuenta dos aspectos. Primero, la distribución del tiempo de la mujer queda afectada porque ha de cuidar o de sustituir a la persona enferma. En el estudio de La Tola se ha observado que aumenta la duración del trabajo de la mujer, que se incrementa el volumen de sus labores y que sufren retraso algunas de sus actividades. Segundo, la mujer que se siente responsable de la recuperación del enfermo sufre una carga emocional y física, y ha de ocuparse del cuidado del paciente y posiblemente de sus labores domésticas y remuneradas, además de realizar sus propias tareas. En el caso de La Tola se ha observado que ni las mujeres ni sus familiares estaban al tanto de estos costos, pero que se sentían culpables cuando no podían atender correctamente a la persona enferma debido a sus actividades cotidianas, en particular las orientadas al mercado que no admitían demora.

La Profesora Bonilla sugirió algunos aspectos de futuras actividades de investigación que determinarían el costo que las proveedoras de atención han de pagar en su salud, así como la percepción de la salud por sexos. La función tradicional de los proveedores de atención se ha analizado en términos del beneficio para la familia pero no del costo personal para la mujer. Por ello es preciso estudiar los costos para las mujeres que aplazan la satisfacción de sus necesidades y expectativas personales a fin de cuidar a los miembros enfermos de la familia, y las consecuencias negativas que tiene en su bienestar la incapacidad pospuesta y prolongada y la ansiedad por la incertidumbre que provoca la enfermedad y la posible defunción. En lo que respecta a las consecuencias en la política, es importante establecer un perfil de los hombres y las mujeres como proveedores de atención de salud y de responder a cuestiones tales como las siguientes: cómo perciben las mujeres y los hombres la función de atención de la salud; cuáles son las percepciones y actitudes de las mujeres y los hombres acerca de sus problemas de salud; cuáles son los distintos tipos de conocimientos culturales, prácticos y científicos que permiten a las mujeres realizar las tareas de proveedoras de la salud y

que llevan a que los hombres se sientan incapaces de hacerlo; y por qué las mujeres aceptan la función de proveedoras activas de atención de la salud y los hombres adoptan ese papel pasivo.

Las futuras investigaciones sobre el género de las personas y las enfermedades tropicales deben ser creadoras y prácticas en lo que respecta a las consecuencias políticas. Por consiguiente, los estudios sobre el género y la salud deben destacar un enfoque interdisciplinario de los problemas en términos de concepción teórica y de metodología para establecer la compilación y el análisis de datos. Deben promoverse análisis cuantitativos y cualitativos interrelacionados. Las investigaciones han de diseñarse de modo que permitan un alto grado de participación de la población estudiada. Ello permitirá conocer mejor el problema de las enfermedades tropicales en distintas situaciones y mejorar las posibilidades de que la comunidad conozca esos problemas y en consecuencia aumente la participación activa de la población en la prevención y posible erradicación de la enfermedad. En ese contexto, la participación de la población femenina y la motivación de la población masculina serán muy fructíferas. También se debe conceder preferencia a los estudios que ofrezcan la posibilidad de transformar las condiciones de la población afectada en términos de políticas y programas estatales y de participación comunitaria.

3. RESUMEN DE LA PRESENTACION DEL PROFESOR B. R. BLOOM, PRESIDENTE DEL STAC

En nombre del Comité Consultivo Científico y Técnico, el Profesor Bloom expresó su aprecio por la participación del Profesor A. S. Muller, Presidente de la JCB(13), en la decimotercera reunión del STAC.

El Profesor Bloom se refirió a la difícil tarea de la STAC-13 de reasignar fondos para hallar recursos destinados a las tres iniciativas recomendadas por el STAC en el pasado año y aceptadas por la JCB(13): el Servicio de Desarrollo de Productos, la quimioterapia integrada contra los protozoos parásitos y la genética de los mosquitos vectores. El STAC decidió que no realizaría disminuciones globales sino que analizaría cada componente científico del Programa. El Profesor Bloom describió el proceso de adopción de decisiones por el cual el Presidente y el Secretario de cada Comité de Orientación han comunicado los logros y las metas, procediendo después el STAC a examinar las prioridades, los puntos fuertes y débiles generales del Programa y la competencia y funcionamiento de cada Comité de Orientación basándose en las observaciones formuladas por los miembros del STAC en las reuniones de los Comités de Orientación. No se ha reducido el presupuesto del Componente de Investigaciones Sociales y Económicas; los componentes que han experimentado menos reducciones son el paludismo y la leishmaniasis, y los que han sufrido mayores cortes son la tripanosomiasis africana y la lepra. Se ha dirigido el mayor apoyo a las actividades que se consideran especialmente necesarias, por la falta de medicamentos o vacunas apropiados, y se han efectuado las mayores reducciones en las actividades de aquellos Comités de Orientación en donde se han producido los mayores progresos en el desarrollo de intervenciones eficaces.

En lo que respecta al porvenir, el STAC recomendó que en el próximo año se efectuaran dos Revisiones Temáticas Prospectivas sobre fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones y desarrollo de vacunas. Las actividades de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones reciben el 25% del presupuesto del Programa. En el pasado año, la JCB(13) pidió que se estableciera un documento de política sobre esas actividades. Se presentó un informe provisional en la JCB(14) y el informe final se someterá a la JCB(15) en 1992 después de su examen. La Revisión Temática Prospectiva establecerá las orientaciones futuras y formulará recomendaciones concretas respecto a las políticas que han de seguir los países endémicos en desarrollo más adelantados, así como los menos adelantados; también tratará del perfeccionamiento de los recursos humanos, dada su función primordial en las futuras investigaciones sobre enfermedades tropicales, así como de la futura integración del fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones y de las actividades de investigación y desarrollo en el TDR. La Revisión Temática Prospectiva sobre vacunas examinará la situación de las actividades en el TDR y en otros sectores, considerará las oportunidades y posibilidades, y formulará recomendaciones sobre prioridades y organización de las actividades de desarrollo de vacunas.

El Profesor Bloom se refirió al simposio celebrado con motivo del STAC-13 y a las cinco presentaciones de investigadores que describieron los progresos en la frontera de la ciencia y el modo de aplicarlos a las investigaciones sobre enfermedades tropicales. Una presentación se refirió al efecto que el estudio de la genética de Caenorhabditis elegans tiene sobre los helmintos humanos, y a la esperanza de que los trabajos sobre este microorganismo conduzcan a nuevas posibilidades de obtención de objetivos bioquímicos de ataque terapéutico, vacunas y métodos para afrontar posible desarrollo de resistencia. Otra presentación se centró en las investigaciones operativas sobre lucha contra la oncocercosis basada en la ivermectina y sobre el éxito del diagnóstico de la disminución de la visión con base en la comunidad. La tercera presentación describió los métodos moleculares de análisis de la patogenicidad de Shigella flexneri que ayudan a comprender el mecanismo por el que los parásitos causan la enfermedad. La cuarta presentación se centró en los ratones transgénicos recién obtenidos, añadiendo nuevos genes y eliminando los antiguos. Es de esperar que esos tipos de nuevos modelos de animales encontrarán su aplicación en las investigaciones sobre enfermedades tropicales. La última presentación trató de la importancia del análisis económico sofisticado en las investigaciones sobre enfermedades tropicales.

El Profesor Bloom se refirió también al proyecto del genoma humano, que consiste en establecer la secuencia de todos los genes del genoma humano para comprender cómo funcionan, por lo menos genéticamente. En principio no se había incluido ningún microorganismo patógeno en los trabajos de este costoso proyecto, pero finalmente se han elegido dos: M. leprae y M. tuberculosis. El TDR ha concedido al proyecto US\$ 15 000, procedentes del Fondo del Director para Iniciativas, a fin de demostrar que la técnica que utiliza esos dos microorganismos patógenos es factible. Dos semanas antes los investigadores que trabajan en el proyecto recibieron una subvención de US\$ 3 millones de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos. El Profesor Bloom destacó la valentía del Director del TDR al invertir en un proyecto que no producirá de inmediato una vacuna ni un medicamento pero que conducirá a la identificación de todos los genes del bacilo de la lepra, y después de todos los antígenos y de todos los objetivos de ataque terapéutico. Los escasos fondos del TDR han actuado de estímulo para lograr sumas más importantes procedentes de otras fuentes.

El Profesor Bloom comparó el costo de la obtención de un medicamento en la industria con los costos reales para el TDR, a los que se había referido con anterioridad el Dr. Godal. Estimó que la acción catalizadora del TDR para lograr el desarrollo de un producto era extraordinaria.

Por último, el Profesor Bloom destacó la calidad del personal que trabaja en el TDR y su lealtad hacia las personas que sufren de enfermedades tropicales, así como la abnegación y los servicios de los investigadores que colaboran con el Programa. En el curso del proceso de asignación del presupuesto, cada Presidente y Secretario de los Comités de Orientación lucha por la causa de las personas que sufren de la enfermedad de la que se ocupa su Comité y tiene dificultades para aceptar que se reduzcan sus importantes esfuerzos de investigación. El STAC respeta sobremanera el compromiso del personal y de los científicos que efectúan las investigaciones.

4. RESUMEN DEL INFORME DEL PROFESOR A. S. MULLER, PRESIDENTE DE LA JCB(13), SOBRE SU ASISTENCIA AL STAC-13

El Profesor Muller informó a la Junta de que, en el curso de sus dos años de presidencia de la JCB, había asistido a las reuniones del Comité Permanente que habían precedido a las reuniones de la Junta Coordinadora Común y había tenido la posibilidad de asistir a la reunión del STAC-13 en marzo de 1991. El Profesor Muller dijo que fue una experiencia interesante observar el funcionamiento de los distintos órganos del TDR y estimó que existía un equilibrio satisfactorio entre sus responsabilidades respectivas.

La asistencia a la decimotercera reunión del STAC fue muy útil, alentadora e interesante, en particular porque el Profesor Muller fue tratado como un miembro del Comité. El Profesor Muller hizo observar la importancia excepcional de la reunión teniendo en cuenta la necesidad de reasignar fondos de componentes científicos del Programa a nuevas iniciativas, en particular al Servicio de Desarrollo de Productos. Resultó una difícil tarea para los miembros del STAC, cuyos puntos de vista diferían

conforme a sus conocimientos especializados. El Profesor Muller se refirió a la difícil situación que afrontaron los investigadores que asistían al STAC por primera vez y sugirió que los miembros del STAC deberían tener un mandato más prolongado para aumentar el espíritu de equipo y facilitar las deliberaciones.

El Profesor Muller destacó la importancia del proceso independiente de revisión efectuado por el STAC y se preguntó si la presencia del Presidente de la JCB ejercía algún efecto al respecto, en particular en relación con la opinión que tenían los contribuyentes de las recomendaciones del Comité. El Profesor Muller disfrutó de su participación en la reunión no sólo como Presidente de la JCB sino también como científico, y confió en que su contribución hubiera sido útil. Se preguntó hasta qué punto el Presidente de la JCB podría contribuir a las deliberaciones del STAC si no poseía una formación profesional pertinente. El Profesor Muller sugirió que la práctica de que el Presidente de la JCB asistiera a las reuniones del STAC fuera examinada en su debido momento basándose en la experiencia obtenida.

PROGRAMA ESPECIAL PNUD/BANCO MUNDIAL/OMS DE
INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES

DECIMOCUARTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Ginebra, 25 y 26 de junio de 1991

RESUMENES DE LAS PRESENTACIONES TECNICAS A LA JCB(14)
SOBRE LA COLABORACION CON LA INDUSTRIA

1. INTRODUCCION

El Dr. P. Reeve, Jefe del Servicio de Desarrollo de Productos del TDR, se refirió a las deliberaciones mantenidas en la JCB(13) en 1990 sobre los costos y la complejidad del desarrollo farmacéutico y sobre el valor de la colaboración con la industria. El TDR aprecia cada vez más la importancia de la contribución excepcional de la industria al desarrollo de productos para la lucha contra las enfermedades tropicales. Teniendo en cuenta las preocupaciones expresadas acerca de las relaciones OMS/TDR con empresas comerciales y la importancia de la transparencia en tales relaciones, el Comité Permanente del TDR consideró que sería valioso invitar a varios representantes de la industria a presentar en la JCB su percepción de las oportunidades de desarrollo de productos para el uso contra las enfermedades tropicales y de los problemas planteados.

El Dr. Reeve describió las analogías fundamentales existentes entre el TDR y la industria farmacéutica, así como las oportunidades de colaboración. Ambos se hallaban implicados en la atención de la salud y eran empresas de orientación técnica que funcionaban en un marco reglamentario. Ambos se hallaban cada vez más limitados por consideraciones económicas. Al trabajar en el sector público, el TDR no estaba preocupado por la obtención de beneficios y por la necesidad de proporcionar beneficios financieros a sus contribuyentes, pero el Programa compartía con la industria algunas metas y mediciones del logro. En definitiva tenían que elaborarse productos finales útiles, instrumentos eficaces y estrategias aplicables para la lucha contra las enfermedades. La industria farmacéutica era en la actualidad rentable y tenía apreciables recursos para la investigación y el desarrollo pero, dada la necesidad de obtener beneficios y los costos e incertidumbres del desarrollo de productos, incluso esos recursos eran limitados.

El Dr. Reeve se refirió a los puntos fuertes primordiales del TDR y de la industria farmacéutica. Los principales elementos fuertes del TDR se hallaban en la investigación, la selección de productos y una red mundial de especialistas y capacidades para efectuar ensayos clínicos eficaces y de bajo costo en países endémicos. Los puntos fuertes primordiales de la industria, sin equivalente en el TDR, eran las capacidades de comercialización para identificar las posibilidades de ciertos productos y los recursos para el desarrollo preclínico. Entre estos últimos figuraban las capacidades de desarrollo de procedimientos en química, biología molecular, fermentación y cultivos celulares en gran escala, indispensables para el ensayo, el desarrollo y la fabricación de productos farmacéuticos.

El Dr. Reeve sugirió que esos puntos fuertes permitirán establecer un enfoque conjunto y podrían incluir las siguientes actividades:

- i) coparticipación de información sobre investigaciones fundamentales en enfermedades infecciosas;
- ii) acceso a productos de primera fila para el ensayo y desarrollo por el TDR;
- iii) prestación de recursos preclínicos mediante empresas conjuntas, concesión de fondos por contrato o subsidios industriales;

iv) asistencia a ensayos clínicos patrocinados por el TDR mediante el suministro de productos de prueba y el asesoramiento sobre diseño de protocolos y gestión de datos;

v) colaboración con el TDR en la simplificación de los procedimientos reglamentarios; y

vi) colaboración con el TDR en los estudios socioeconómicos sobre necesidades, suministro y distribución de productos.

2. OPORTUNIDADES Y RETOS PARA LAS EMPRESAS DE BIOTECNOLOGIA EN CRECIMIENTO EN EL SECTOR DE LA SALUD INTERNACIONAL

El Dr. W. T. Hockmeyer, Presidente y Director Ejecutivo, MedImmune Inc., Gaithersburg, Maryland (Estados Unidos de América), recibió con agrado la oportunidad de sugerir medios por los que las crecientes empresas de biotecnología y la industria farmacéutica en general puedan colaborar con la Organización Mundial de la Salud en el desarrollo o producción de sustancias que satisfagan las necesidades de la salud internacional.

MedImmune Inc. es una empresa de biotecnología centrada en el desarrollo de productos inmunoterapéuticos y vacunas para las enfermedades infecciosas. En lo que respecta al desarrollo de vacunas, ha dirigido importantes recursos a la elaboración de la BCG como vehículo de vacuna recombinante. El uso de la BCG como vehículo para administrar otros antígenos protectores procedentes de distintos microorganismos patógenos permitirá que tales productos sean inocuos y eficaces, administrados al nacer o en los primeros meses de la vida, utilizando una sola o como máximo dos inyecciones y proporcionando una inmunidad duradera. El ideal es que esas vacunas sean de producción relativamente simple, estables a la temperatura ambiente, fáciles de administrar y asequibles. Los programas de desarrollo que tratan de alcanzar esos objetivos son a largo plazo. Se está elaborando la tecnología y se ha introducido en la BCG una amplia variedad de antígenos protectores procedentes de múltiples microorganismos patógenos; la empresa espera colaborar con la OMS en el desarrollo de algunas de esas vacunas. El objetivo consiste en tratar de elaborar un sistema de administración de vacunas que satisfaga el mayor número posible de criterios de eficacia y prestación en salud pública, un sistema que sea tan útil para proteger contra la difteria, la tos ferina y el tétanos como contra el paludismo.

MedImmune Inc. ha establecido un acuerdo interinstitucional con tres universidades distintas de Estados Unidos y con la Organización Mundial de la Salud, basándose en el hecho de que algunos de los trabajos científicos iniciales sobre ingeniería genética de la BCG recombinante recibieron apoyo de la OMS. Conforme a ese acuerdo, la OMS recibirá la mitad de la parte del inventor de cualquier canon que se obtenga con vacunas con BCG recombinante comercializadas. Ello confirma la buena fe de la empresa y el compromiso de desarrollar vacunas que beneficien a la población de los países en desarrollo. El Dr. Hockmeyer estimó que los cánones representaban el mecanismo más idóneo para respetar los intereses de la OMS, en lugar de aplicar políticas basadas sólo en tratar de controlar los precios. En el acuerdo, MedImmune Inc. ha reconocido las circunstancias y sensibilidades únicas relacionadas con la fijación de precios de los productos en el mundo en desarrollo. Sin embargo, ninguna empresa puede aceptar a priori un control externo de los precios.

Las contribuciones financieras de la OMS al desarrollo de las vacunas eran de hecho muy pequeñas en comparación con el costo real, pero el apoyo era decisivo y crítico para atraer científicos cuya tecnología pueda aplicarse con éxito contra las enfermedades tropicales y que actúen como palanca para la movilización de otros fondos. Los costos reales podían ser enormes. El costo de desarrollo de un solo medicamento aprobado podía superar los US\$ 200 millones y las estimaciones de producción de una vacuna llegan a US\$ 100 millones.

El Dr. Hockmeyer examinó las cuestiones generales relacionadas con la colaboración, mutuamente deseada, industria/OMS para el desarrollo de nuevas vacunas. Se refirió a las responsabilidades de las empresas grandes y pequeñas respecto a sus accionistas, en el sentido de producir un beneficio razonable de las inversiones. Ninguna empresa con fines

lucrativos puede tener éxito ni siquiera sobrevivir produciendo vacunas que se relacionen sólo con las enfermedades de los países en desarrollo. La obtención de productos para los países en desarrollo está habitualmente justificada por el mercado de turistas, pequeño pero lucrativo, o por el empleo de antígenos de las enfermedades tropicales como modelos para perfeccionar vacunas o para tratar de comprender el mecanismo por el que las vacunas estudiadas inducen determinados tipos de respuestas inmunitarias. Es improbable que esas realidades cambien en breve. Sin embargo, puede cambiarse el enfoque dado al problema de las vacunas inadecuadas para los países en desarrollo y la OMS tiene una oportunidad excepcional para impulsar ese cambio.

Como primer paso, la OMS y la industria pueden estimular los esfuerzos para reformular las vacunas existentes a fin de ampliar el número de enfermedades contra las que se obtiene inmunización con una sola serie de vacunas. De hecho, ese esfuerzo se halla ya en curso. Tal vez puedan cambiar los productos actuales y mejorarlos para que encajen mejor con las necesidades sanitarias internacionales y beneficien a todos los pueblos. Sin embargo, la reformulación no es sencilla y tiene que estudiarse ampliamente.

Segundo, podría diseñarse una nueva generación de productos que sean de igual importancia para los países desarrollados y en desarrollo. En este campo pueden efectuarse progresos auténticos, pues sería estimulante invertir en tales productos dada su capacidad de comercialización mundial. El éxito dependerá de que cambie el procedimiento fundamental de desarrollo de las vacunas.

La industria está ya empezando a moverse en la dirección de la tecnología de las nuevas vacunas y la OMS puede estimular ese movimiento apoyando el desarrollo de tal tecnología. La OMS podría centrarse tal vez en dos enfermedades infecciosas importantes contra las que no esté protegido el lactante con los actuales sistemas de inmunización. Las vacunas prototipos que surgieran de esos esfuerzos serían probadas en ensayos clínicos aprobados por la OMS. Si esas vacunas prototipo resultan prometedoras, podría obtenerse un apoyo financiero más amplio de los gobiernos, las organizaciones y las empresas, que entonces verían la viabilidad y las implicaciones de un programa simplificado y universal de inmunización del niño.

La mayor limitación para la inmunización eficaz de los niños del mundo no es la tecnología ni la falta de colaboración entre los científicos, la industria y la OMS. Es más bien el dinero. El costo del desarrollo y realización de la inmunización infantil universal está más allá de las posibilidades de la OMS y de la industria farmacéutica mundial. El costo tendría que correr a cargo del conjunto del mundo, siempre que sus habitantes más privilegiados reconozcan que sólo su falta de voluntad, y no las limitaciones tecnológicas, impiden que sea un hecho la inmunización universal. La función de las empresas farmacéuticas, grandes y pequeñas, y de la OMS consiste en probar esa viabilidad y hacer que el mundo la perciba. MedImmune Inc., y sin duda muchas otras empresas, están dispuestas a colaborar con la OMS para alcanzar esa importante meta.

3. COLABORACION ENTRE LOS SECTORES PRIVADO Y PUBLICO PARA EL DESARROLLO DE PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES TROPICALES

El Profesor J. Ramachandran, Director, Centro de Investigaciones Astra de la India, Bangalore (India), y Profesor Adjunto de la Universidad de California, San Francisco, California (Estados Unidos de América), describió el Centro de Investigaciones Astra de la India como un experimento único de colaboración entre los sectores público y privado y de colaboración Norte-Sur. Fue establecido en 1985 por A. B. Astra (Suecia), en Bangalore (India), para efectuar investigaciones sobre las enfermedades tropicales teniendo en cuenta la disponibilidad de científicos indios con alta competencia en biología molecular, bioquímica y biofísica. El Centro está regido por una junta de diez científicos, cinco designados por A. B. Astra y cinco nombrados por el Gobierno de la India. El Centro está totalmente costado por A. B. Astra.

Los objetivos del Centro consisten en descubrir y desarrollar métodos de diagnóstico y productos terapéuticos innovadores, y en establecer objetivos para el diseño racional de medicamentos destinados al tratamiento de las enfermedades tropicales y de otras infecciosas. El Centro ha desarrollado procedimientos de diagnóstico para el paludismo,

las bacterias enteroinvasoras, incluidas las shigelas, la tuberculosis y la neurocisticercosis. La prueba aplicada al paludismo depende del uso de una sonda ADN y las otras tres pruebas están basadas en métodos inmunológicos.

El Profesor Ramachandran describió la prueba del paludismo debido a su amplia aplicabilidad para la detección del ADN parasitario y al enfoque simplificado adoptado. También resumió los elementos esenciales para que un procedimiento basado en el ADN sea útil en los países endémicos. El procedimiento aplicado al paludismo podría ampliarse en el caso de otros parásitos porque los principios son los mismos.

El Centro ha tratado durante varios años de colaborar con los sectores público y privado para desarrollar estuches, realizar el control de calidad, ensayar los estuches sobre el terreno y establecer mecanismos eficaces de distribución. Por lo general, las organizaciones públicas han tenido gran éxito en los ensayos de los estuches sobre el terreno, y el Profesor Ramachandran elogió a las instituciones del sector público que habían participado en los ensayos prácticos de medios de diagnóstico elaborados por el Centro. Sin embargo, la colaboración con el sector público respecto al desarrollo de los estuches y a su distribución había sido desalentadora y el Centro había tenido que dirigirse al sector privado.

4. COLABORACION ENTRE LOS SECTORES PRIVADO Y PUBLICO PARA EL DESARROLLO DE VACUNAS CONTRA LAS ENFERMEDADES TROPICALES

El Dr. M. De Wilde, Director de Investigaciones, SmithKline Beecham Biologicals S.A. Rixensart (Bélgica), vio con agrado la oportunidad de dirigirse a la Junta Coordinadora Común para abordar el tema de la colaboración con la industria. Su empresa tenía una tradición de fabricación de vacunas y una larga historia de colaboración con la OMS.

El problema fundamental consistía en determinar si el precio de las vacunas recién obtenidas alcanzaría el nivel bajo de los sectores componentes del PAI. Al tratar este tema, el Dr. De Wilde comparó la vacuna antipoliomielítica oral con la vacuna anti-hepatitis B recombinante. La vacuna antipoliomielítica oral era una vacuna viva trivalente, utilizada en dosis bajas con una productividad muy elevada que requería un equipo relativamente reducido, instalaciones pequeñas y totalmente amortizadas, y costos de investigación y desarrollo ya amortizados. Como resultado, el costo de la vacuna era extremadamente bajo. El caso de la vacuna contra la hepatitis B, que era la primera vacuna recombinante producida y vendida para uso humano, era distinto. Se trataba de una vacuna monovalente, de subunidad recombinante, con una productividad 100 veces inferior a la vacuna antipoliomielítica oral. Los costos de elaboración eran altos y se necesitaban elevadas inversiones en investigación y desarrollo (no amortizadas), junto con altas inversiones en capital (no amortizadas), con lo cual el costo de fabricación de la vacuna era mucho mayor.

En lo que respecta a la posible vacuna antipalúdica, el Dr. De Wilde formuló algunos supuestos sobre su producción, pues SmithKline Beecham había efectuado ya importantes inversiones en este sector en los últimos años. Por lo menos a plazo medio una vacuna antipalúdica tendría que ser recombinante o a base de péptidos, debido a la naturaleza del parásito, y tendría que ser polivalente, con lo cual su productividad estaría en la gama de la vacuna anti-hepatitis B recombinante con amplios costos de investigación y desarrollo y altas inversiones en capital, de modo que el costo de la vacuna sería análogo al de la vacuna anti-hepatitis B recombinante.

Desde el punto de vista científico, los incentivos para el desarrollo de la vacuna antipalúdica consistían en que era posible proteger a voluntarios contra la contaminación artificial por esporozoitos irradiados y, desde el punto de vista de la comercialización, la vacuna antipalúdica sería adquirida por viajeros y por el personal militar. Los inconvenientes eran particularmente técnicos, pues por ejemplo no hay un modelo animal apropiado ni correlaciones inmunológicas de protección; pero al existir variabilidad antigénica, se necesitaría una vacuna multifásica. Sería una vacuna compleja y de elevado costo. Dados los complejos problemas científicos planteados, cada posible vacuna tendría que someterse a ensayos humanos (con infección artificial o natural), lo que implicaría cierto volumen de trabajos de desarrollo, cuestiones reglamentarias y un control de calidad, con lo cual se precisarían importantes recursos.

El Dr. De Wilde dedujo algunas conclusiones del análisis. Las nuevas vacunas serían costosas. Los fabricantes tendrían que recuperar de un modo u otro sus gastos de investigación y desarrollo y sus inversiones en capital y necesitarían la compra garantizada de las vacunas. No tendría que haber una "doble norma" entre las vacunas desarrolladas, fabricadas y distribuidas en el mundo en desarrollo y las producidas en el mundo desarrollado. Para superar esos obstáculos se necesitaban nuevos criterios de colaboración entre los sectores público y privado.

El Dr. De Wilde destacó el aspecto de la asociación y describió la posible contribución del TDR al desarrollo de la vacuna en la industria. El TDR podría ayudar en los ensayos clínicos, con la identificación de los emplazamientos, la concesión de los recursos necesarios y la recogida de datos. El TDR podría ayudar a lograr que los protocolos y la documentación clínicos fueran apropiados para la aprobación por los organismos reglamentarios. Además, el TDR podría costear investigaciones aplicadas destinadas principalmente a la selección de antígenos apropiados y al establecimiento de homólogos inmunológicos de protección. Esas formas de colaboración serán extremadamente importantes para el porvenir.

5. CONCEPTO DE COOPERACION CON LA INDUSTRIA EN EL TDR

El Dr. F. Trautweiler, Vicedirector de Investigación y Desarrollo, División de Productos Farmacéuticos, Ciba-Geigy Limited, Basilea (Suiza), se refirió a la justificación que daba su empresa a la colaboración sobre investigación y desarrollo de productos farmacéuticos para las enfermedades parasitarias tropicales, al acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y Ciba-Geigy firmado en 1990 y a los proyectos reales que se habían efectuado conforme a ese acuerdo.

Respecto a la justificación había que responder a numerosas preguntas antes de iniciar una investigación o un proyecto de desarrollo, como la necesidad médica, la viabilidad y probabilidades de éxito, el carácter lucrativo, el apoyo financiero y los beneficios económicos. En lo que respecta a la necesidad médica había que examinar si era sensato buscar un nuevo agente quimioterapéutico o bien dirigir los esfuerzos hacia la obtención de vacunas o la lucha antivectorial. La OMS tenía que realizar una contribución importante para recoger y actualizar información sobre la necesidad médica. Al examinar la viabilidad había que tener en cuenta que no todas las metas eran alcanzables y que algunos proyectos tenían que abandonarse y buscar otros nuevos. El proceso se facilitaba si las investigaciones producían descubrimientos sobre las enfermedades y sus parásitos causantes. Era conveniente que la OMS apoyara tales investigaciones. Ningún medicamento es perfecto y tras el desarrollo con éxito y la aprobación por las autoridades, la introducción en el mercado tiene que abordar el problema de que la eficacia no sea ideal. En ese sentido la OMS puede efectuar una contribución importante. En lo que respecta al carácter lucrativo, la mayor parte de los proyectos de desarrollo sobre enfermedades parasitarias tropicales no podrían justificarse si se esperaba obtener el habitual beneficio financiero de las inversiones. Sin embargo, los principios empresariales de Ciba-Geigy permitían mayores riesgos financieros en proyectos del Tercer Mundo si se emprendían con la participación de organismos o instituciones gubernamentales.

El Dr. Trautweiler describió el actual acuerdo entre la OMS y Ciba-Geigy relativo al tratamiento quimioterápico de las parasitosis humanas, firmado a mediados de 1990. El acuerdo basaba el proceso de desarrollo en la coparticipación de responsabilidades y costos entre la OMS y Ciba-Geigy y en la toma de decisiones por acuerdo mutuo. Como se había acordado, Ciba-Geigy facilitaba a la OMS productos para la selección, la mayor parte de los cuales procedían de las actividades de investigación en salud animal de la empresa. Ello iría seguido, tras mutuo acuerdo, por el desarrollo de aquellos productos que mostraran un perfil deseable en los trabajos de selección. Ciba-Geigy realizaría, o adquiriría a terceras partes, los necesarios estudios preclínicos. Tras mutuo acuerdo, la OMS se ocuparía de efectuar y pagar los ensayos clínicos. Ciba-Geigy proporcionaría el material de ensayo clínico y cubriría los seguros de los pacientes, los investigadores clínicos y la OMS. La documentación de registro se produciría en colaboración entre ambas partes. Tras la presentación de la documentación de registro se establecería un acuerdo de licencia entre ambas partes, que comprendería la fabricación, el uso y la venta del producto.

El Dr. Trautweiler informó a la Junta de que, conforme al acuerdo mencionado, se hallaban en curso tres proyectos relativos a productos filaricidas. El primer proyecto se encontraba en la fase de selección. Ciba-Geigy había preparado una primera serie de 100 productos que eran posibles filaricidas. La OMS había preparado la selección en laboratorios elegidos por la Organización. Los laboratorios de selección y la OMS no conocían la fórmula química de los productos. Se esperaba disponer en breve de los resultados.

El segundo proyecto se refería al filaricida CGI 18 041, que se había desarrollado como respaldo de la amocarzina, actualmente en los ensayos clínicos de fase II/III. La estrategia consistía en continuar el desarrollo del CGI 18 041 hasta la fase IIa, en la que podían ensayarse la dosis, la eficacia y la tolerabilidad de los enfermos, comparándola con la acción de la amocarzina.

El desarrollo del CGP 6140, amocarzina, era el tercer proyecto comprendido en el acuerdo. En la actualidad se estaban analizando y evaluando los resultados de los ensayos clínicos de la fase II/III. Si Ciba-Geigy y la OMS acordaban que el producto era un medicamento filaricida viable, se reuniría la documentación de registro y se presentaría al Organismo Nacional de Reglamentación de Suiza.

También se hallaba en curso un cuarto proyecto con distinta indicación. Se trataba del triclabendazol, vendido por Ciba-Geigy como Fasinex para el tratamiento de la infección hepática por trematodos, principalmente en el ganado ovino. El producto también curaba a las personas infectadas por Fasciola hepatica y estaba en curso de desarrollo, actualmente en la fase II, conforme a un acuerdo separado firmado entre la OMS y Ciba-Geigy. El acuerdo era análogo al antes mencionado, pero la principal diferencia consistía en que Ciba-Geigy sufragaba el costo de los ensayos clínicos.

RESUMEN DEL PRESUPUESTO DEL TDR PARA EL BIENIO 1992-1993
(Miles de US\$ y porcentajes)

SECTOR/COMPONENTE DEL PROGRAMA	1990-1991		1992-1993		1994-1995	
	(1) Presupuesto aprobado	(2) Presupuesto revisado	(3) Proyecto de presupuesto	(4) Aumento/(disminución) (3)-(2) en porcentaje	(5) Aumento/(disminución) (3)-(2) en porcentaje	(6) Estimación
I Organos técnicos y administrativos	845,0	620,0	850,0	30,0	4,8	700,0
- Porcentaje del total	0,9	0,8	0,8	0,8		0,8
II Investigación y desarrollo						
Actividades generales	1 342,5	1 105,0	1 190,0	85,0	7,7	1 300,0
Fondo del Director para Iniciativas	1 500,0	750,0*	1 500,0	750,0	100,0	1 700,0
Desarrollo de productos	-	-	6 870,0	6 870,0	-	7 700,0
Quimioterapia del paludismo	6 025,5	6 280,0	6 300,0	10,0	0,2	6 800,0
Inmunología del paludismo	5 373,0	5 335,0	5 050,0	(285,0)	(5,3)	5 600,0
Investigaciones prácticas aplicadas sobre el paludismo	3 500,0	4 075,0	3 950,0	(125,0)	(3,1)	4 300,0
Esquistosomiasis	3 000,0	3 280,0	2 850,0	(640,0)	(19,5)	2 900,0
Filariasis	4 775,0	4 475,0	4 200,0	(275,0)	(6,1)	4 600,0
Tripanosomiasis africana	3 300,0	3 230,0	2 540,0	(790,0)	(23,7)	2 800,0
Enfermedad de Chagas	2 600,0	2 690,0	2 365,0	(325,0)	(12,1)	2 600,0
Leishmaniasis	3 000,0	3 185,0	2 950,0	(238,0)	(7,4)	3 200,0
Lepra	6 600,0	5 960,0	4 600,0	(1 360,0)	(22,8)	5 100,0
Lucha antivectorial biológica	2 300,0	2 400,0	2 350,0	(50,0)	(2,1)	2 600,0
Investigaciones sociales y económicas	2 525,5	3 015,0	3 040,0	25,0	0,8	3 300,0
Subtotal - Sector de Programa II	46 043,3	45 901,0	49 633,0	3 754,0	8,2	54 600,0
- Porcentaje del total	63,1	62,9	64,6	95,7		64,7
III Fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones						
Actividades generales	2 255,2	2 045,0	1 760,0	(285,0)	(13,9)	1 900,0
Fortalecimiento de las instituciones	8 300,0	6 250,0	6 200,0	(50,0)	(0,8)	6 800,0
Formación	5 700,0	7 850,0	9 250,0	1 400,0	17,8	10 200,0
Epidemiología e investigaciones de terreno	2 650,0	2 125,0	1 940,0	(185,0)	(8,7)	2 100,0
Subtotal - Sector de Programa III	18 905,2	18 270,0	19 150,0	880,0	4,8	21 000,0
- Porcentaje del total	25,9	25,1	24,9	22,4		24,9
IV Gestión del Programa						
Personal	3 436,2	3 950,0	4 130,0	180,0	4,6	4 500,0
Apoyo operativo	700,0	780,0	650,0	(130,0)	(16,7)	700,0
Apoyo general	2 138,0	2 350,0	2 610,0	260,0	11,1	2 900,0
Oficinas Regionales	1 052,3	1 052,3	0,0	(1 052,3)	(100,0)	0,0
Subtotal - Sector de Programa IV	7 346,5	8 132,3	7 390,0	(742,3)	(9,1)	8 100,0
- Porcentaje del total	10,1	11,2	9,6	(18,9)		9,6
GRAN TOTAL	72 940,2	72 923,3	76 845,0	3 921,7	5,4	84 400,0

* En 1990-1991 se reasignó una suma de US\$ 750 000 del Fondo del Director para Iniciativas con destino a los presupuestos operativos de otros componentes.

PROGRAMA ESPECIAL PNUD/BANCO MUNDIAL/OMS DE INVESTIGACIONES
Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES

DECIMOCUARTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Ginebra, 25 y 26 de junio de 1991

COMPOSICION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

(en 1 de enero de 1992)

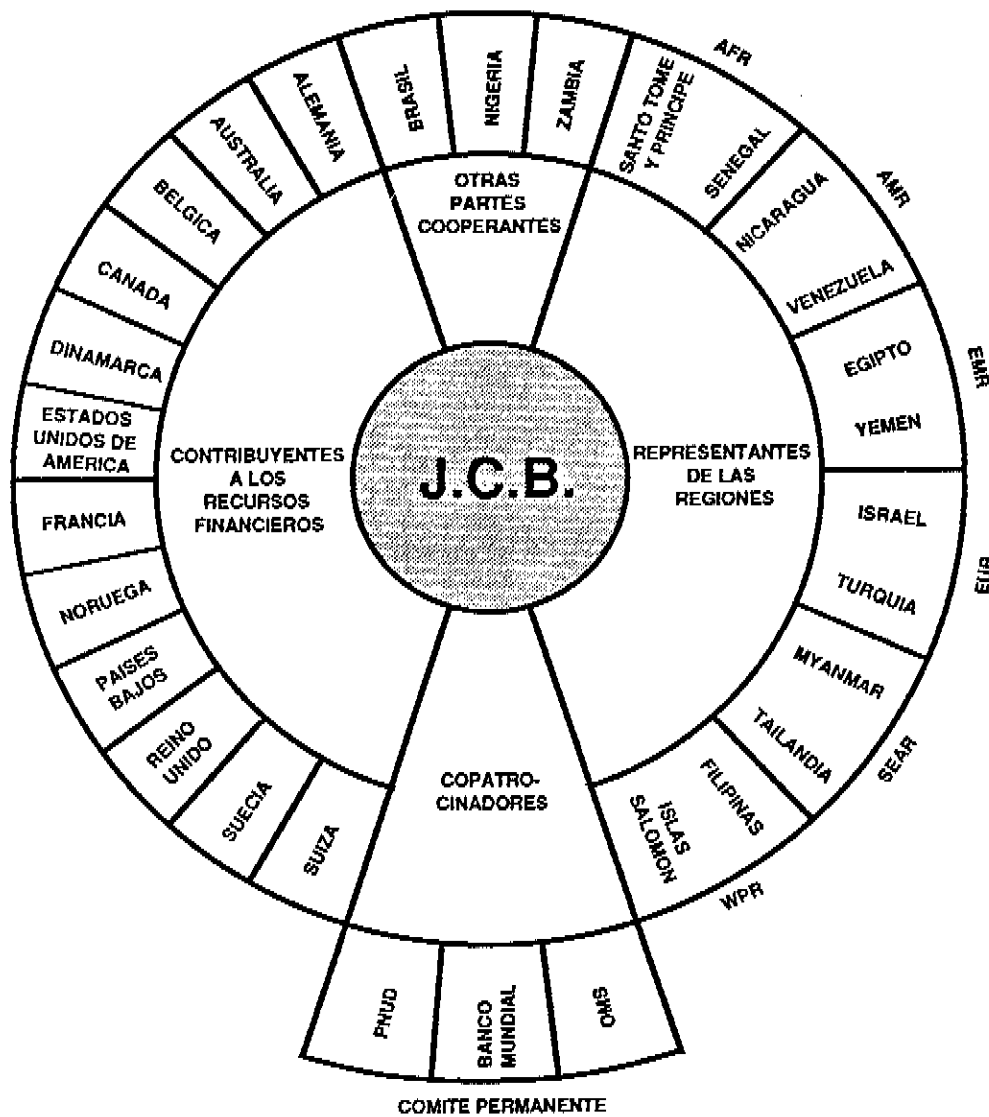
Lista de mandatos

Alemania	hasta el 31 de diciembre de 1992
Australia	hasta el 31 de diciembre de 1993
Bélgica	hasta el 31 de diciembre de 1994
Brasil	hasta el 31 de diciembre de 1994
Canadá	hasta el 31 de diciembre de 1992
Dinamarca	hasta el 31 de diciembre de 1992
Egipto	hasta el 31 de diciembre de 1994
Estados Unidos de América	hasta el 31 de diciembre de 1993
Filipinas	hasta el 31 de diciembre de 1994
Francia	hasta el 31 de diciembre de 1994
Islas Salomón	hasta el 31 de diciembre de 1992
Israel	hasta el 31 de diciembre de 1992
Myanmar	hasta el 31 de diciembre de 1992
Nicaragua	hasta el 31 de diciembre de 1992
Nigeria	hasta el 31 de diciembre de 1993
Noruega	hasta el 31 de diciembre de 1994
Países Bajos	hasta el 31 de diciembre de 1993
Reino Unido	hasta el 31 de diciembre de 1994
Santo Tomé y Príncipe	hasta el 31 de diciembre de 1992
Senegal	hasta el 31 de diciembre de 1994
Suecia	hasta el 31 de diciembre de 1992
Suiza	hasta el 31 de diciembre de 1993
Tailandia	hasta el 31 de diciembre de 1994
Turquía	hasta el 31 de diciembre de 1994
Venezuela	hasta el 31 de diciembre de 1994
Yemen	hasta el 31 de diciembre de 1992
Zambia	hasta el 31 de diciembre de 1992

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Banco Mundial
Organización Mundial de la Salud

PROGRAMA ESPECIAL PNUD/BANCO MUNDIAL/OMS DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES

Composición de la Junta Coordinadora Común (JCB)
(en 1 de enero de 1992)



PROGRAMA ESPECIAL PNUD/BANCO MUNDIAL/OMS DE
INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES

DECIMOCUARTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Ginebra, 25 y 26 de junio de 1991

COMPOSICION DEL COMITE CONSULTIVO CIENTIFICO Y TECNICO (STAC)
(en 1 de enero de 1992)

<u>Nombre y título</u>	<u>Duración del nombramiento</u>
*BEHBEHANI, Prof. M. K., Vicerrector para las Investigaciones, Universidad de Kuwait, Safat, <u>KUWAIT</u>	hasta el 31 de diciembre de 1993
BLOOM, Prof. B. R., Profesor y Presidente, Departamento de Microbiología e Inmunología, Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University, Nueva York, N.Y., <u>ESTADOS UNIDOS DE AMERICA</u>	hasta el 31 de diciembre de 1992
CAPRON, Prof. A. R., Director, Centro de Inmunología y Biología de los Parásitos, Instituto Pasteur, Lille, <u>FRANCIA</u>	hasta el 31 de diciembre de 1992
CASTILLO, Prof. Gelia T., Profesora de Sociología Rural, Departamento de Educación Agrícola y Estudios Rurales, Colegio de Agricultura, Univesidad de Filipinas en Los Baños, Laguna, <u>FILIPINAS</u>	hasta el 31 de diciembre de 1994
**GABR, Prof. M., Jefe, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de El Cairo, El Cairo, <u>EGIPTO</u>	hasta el 31 de diciembre de 1992
GARATTINI, Prof. S., Director, Instituto "Mario Negri" de Investigaciones Farmacológicas, Milán, <u>ITALIA</u>	hasta el 31 de diciembre de 1993
HOL, Prof. W. G. J., Profesor Asociado, Departamento de Química, Universidad de Groninga, Groninga, <u>PAISES BAJOS</u>	hasta el 31 de diciembre de 1992
JAMISON, Prof. D. T., Profesor, Escuela de Graduados en Pedagogía/Profesor, Escuela de Salud Pública, Universidad de California, Los Angeles, California, <u>ESTADOS UNIDOS DE AMERICA</u>	hasta el 31 de diciembre de 1994
MÄKELÄ, Prof. P. Helena, Directora, Departamento de Bacteriología, Instituto Nacional de Salud Pública, Laboratorio Central de Salud Pública, Helsinki, <u>FINLANDIA</u>	hasta el 31 de diciembre de 1992
MOLYNEUX, Prof. D. H., Director, Escuela de Medicina Tropical de Liverpool, Liverpool, <u>REINO UNIDO</u>	hasta el 31 de diciembre de 1993

* En suspenso durante el periodo de empleo como miembro del personal de la OMS.

** Cooptado por su calidad de Presidente del Comité Consultivo Mundial de la OMS sobre Investigaciones de Salud.

COMPOSICION DEL STAC (continuación)

<u>Nombre y título</u>	<u>Duración del nombramiento</u>
PIKE, Prof. M. C., Catedrático, Departamento de Medicina Preventiva, Escuela de Medicina, Universidad de California del Sur, Los Angeles, California, <u>ESTADOS UNIDOS DE AMERICA</u>	hasta el 31 de diciembre de 1992
RAJEWSKY, Prof. K., Profesor de Genética Molecular, Facultad de Ciencias, Universidad de Colonia, Colonia, <u>ALEMANIA</u>	hasta el 31 de diciembre de 1992
RAMACHANDRAN, Prof. J., Director, Centro de Investigaciones Astra de la India, Bangalore, <u>INDIA</u> y Profesor Adjunto, Universidad de California, San Francisco, California, <u>ESTADOS UNIDOS DE AMERICA</u>	hasta el 31 de diciembre de 1992
SALAKO, Prof. L. A., Jefe, Departamento de Farmacología y Terapéutica, Universidad de Ibadán, Ibadán, <u>NIGERIA</u>	hasta el 31 de diciembre de 1993
SALOMAO, Dra. M. Angélica, Jefa, División de Vigilancia y Enfermedades Endémicas, Ministerio de Salud, Maputo, <u>MOZAMBIQUE</u>	hasta el 31 de diciembre de 1994
SERGIEV, Dr. V. P., Director, Instituto Martsinovsky de Parasitología Médica y Medicina Tropical, Moscú, <u>URSS</u>	hasta el 31 de diciembre de 1992
SHIMAO, Dr. T., Presidente, Junta de Directores, Asociación Antituberculosa del Japón, Tokyo, <u>JAPON</u>	hasta el 31 de diciembre de 1993

- - -