

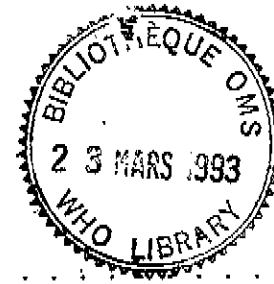


PROGRAMA ESPECIAL PNUD/BANCO MUNDIAL/OMS DE INVESTIGACIONES
Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES (TDR)

44666

DECIMOQUINTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN (JCB)

Sede de la OMS, Ginebra, Suiza
30 de junio y 1 de julio de 1992



INDICE

	<u>Página</u>
1. INTRODUCCION	2
2. INFORME DEL COMITE PERMANENTE	3
3. ACTIVIDADES CIENTIFICAS Y TECNICAS	3
4. PRESENTACION TECNICA SOBRE PRODUCTOS DESARROLLADOS CON EL APOYO DEL TDR: SUS REPERCUSIONES EN LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES - ESTUDIOS DE CASOS SOBRE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS Y LA LEPRO	6
5. ASUNTOS FINANCIEROS	7
5.1 Opinión del Comisario de Cuentas Externo de la OMS y Declaración sobre la situación de los fondos para el Fondo de Depósito del TDR en 31 de diciembre de 1991, e Informe Financiero para el bienio 1990-1991	7
5.2 Situación financiera en el bienio 1992-1993 y Reajustes en el Presupuesto del Programa para el bienio	7
6. SELECCION DE UN MIEMBRO DE LA JCB DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL PARRAFO 2.2.3 DEL PROTOCOLO DE ACUERDO	8
7. COMPOSICION DEL COMITE CONSULTIVO CIENTIFICO Y TECNICO	8
8. FECHA Y LUGAR DE LA DECIMOSEXTA REUNION DE LA JCB	9
9. CLAUSURA DE LA REUNION	9
ANEXO 1 Lista de Participantes [documento TDR/JCB(15)/92.2 Rev.1]	10
ANEXO 2 Resumen del discurso de apertura de la JCB(15) pronunciado por el Dr. M. L. Abdelmoumène, Director General Adjunto de la OMS	18
ANEXO 3 Orden del día [documento TDR/JCB(15)/92.1 Rev.1]	20
ANEXO 4 Resumen de la conferencia pronunciada en la JCB(15) por el Dr. M. L. dos Mares Guia, Presidente del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq), Brasilia (Brasil) sobre la Función del Consejo Nacional Brasileño de Investigaciones (CNPq) en el Desarrollo Científico y Tecnológico del Brasil, y Protocolo de Acuerdo entre el CNPq y el TDR	22
ANEXO 5 Resúmenes de las presentaciones efectuadas conforme al punto 7 del orden del día - Avances científicos y técnicos - por el Dr. T. Godal, Director del TDR; el Profesor B. R. Bloom, Presidente del STAC; y el Dr. G. A. Williams, Presidente de la JCB(15)	25

ANEXO 6	Revisión temática prospectiva sobre las Orientaciones Científicas del TDR: Mandato revisado y Lista de Participantes	34
ANEXO 7	Resúmenes de las presentaciones técnicas a la JCB(15) sobre Productos desarrollados con el apoyo del TDR: sus repercusiones en la lucha contra las enfermedades - Estudios de casos sobre la enfermedad de Chagas y la lepra	38
ANEXO 8	Situación financiera del TDR en 1990-1991 y estimación de la situación financiera en el bienio 1992-1993; y comparación del nivel del presupuesto recomendado por el Segundo Comité Externo de Revisión del TDR con las obligaciones y contribuciones desde 1988 hasta 1993	44
ANEXO 9	Composición de la Junta Coordinadora Común en 1 de enero de 1993	46
ANEXO 10	Composición del Comité Consultivo Científico y Técnico en 1 de enero de 1993	48

1. INTRODUCCION

Los representantes de 26 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(15) en la sede de la OMS, en Ginebra, los días 30 de junio y 1 de julio de 1992. También participaron en las reuniones, en calidad de observadores oficiales, los representantes de 14 gobiernos y 14 organizaciones. En el anexo 1 [documento TDR/JCB(15)/92.2 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(15).

Presidió la JCB(15) el Dr. G. A. Williams, Director, Lucha contra las Enfermedades y Salud Internacional, Ministerio Federal de Salud y Servicios Humanitarios, Ikoyi, Lagos (Nigeria), que en 1991 había sido elegido Presidente de la Junta por dos años, para la JCB(14) y la JCB(15). La JCB(15) eligió Vicepresidente al Dr. C. Marchal, Responsable de la Coordinación de las Investigaciones Médicas, Subdirección de Desarrollo Sanitario y Social, Ministerio de Cooperación y Desarrollo, París (Francia) hasta su decimosexta reunión, en 1993.

La Junta adoptó el orden del día que se adjunta como anexo 3 [documento TDR/JCB(15)/92.1 Rev.1].

El Dr. M. L. dos Mares Guia, Presidente del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq), Brasilia (Brasil), pronunció una conferencia en la JCB(15) sobre la función del Consejo Nacional Brasileño de Investigaciones (CNPq) en el desarrollo científico y tecnológico del Brasil. La Junta expresó su agradecimiento al Dr. Mares Guia por su excelente conferencia. El anexo 4 contiene un resumen de la misma. El Dr. Mares Guia y el Dr. T. Godal, Director del TDR, firmaron un Protocolo de Acuerdo sobre una asociación entre el TDR y el CNPq para la formación de investigadores brasileños en las disciplinas relacionadas con las enfermedades que combate el TDR y que prevalecen en el Brasil. El CNPq financiaría becas en conjunción con los proyectos de

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

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

investigación y desarrollo y de fortalecimiento de las instituciones financiados por el TDR en el Brasil. En el anexo 4 se incluye una traducción de dicho Protocolo de Acuerdo. La Junta acogió con satisfacción este Protocolo de Acuerdo y manifestó su esperanza de que puedan establecerse asociaciones análogas entre el TDR y otros consejos de investigaciones, fundaciones y gobiernos, en particular en los países en desarrollo adelantados.

La JCB(15) aprobó el informe de la decimocuarta reunión de la Junta Coordinadora Común [documento TDR/JCB(14)/91.3].

2. INFORME DEL COMITE PERMANENTE

La Junta examinó las cuestiones planteadas en el informe del Comité Permanente [documento TDR/JCB(15)/92.4], que fueron presentadas por el Sr. T. Rothermel, Director de la División para los Programas Mundiales e Interregionales, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, y por el Dr. B. Liese, Director del Departamento de Servicios de Salud, del Banco Mundial.

La JCB(15):

i) Insistió de nuevo en la importancia de una colaboración más estrecha entre las actividades de investigación sobre la lepra y sobre la tuberculosis, habida cuenta de la analogía entre estas dos enfermedades. Aprobó la recomendación formulada por el Comité Consultivo Científico y Técnico del TDR (STAC)¹ en su decimocuarta reunión, en marzo de 1992, en el sentido de que los Comités de Orientación del TDR para la lepra se reorganicen para formar dos nuevos Comités de Orientación conjuntos para la lepra y la tuberculosis en colaboración con los programas OMS sobre tuberculosis, pero pidió al Comité Permanente y al STAC que vigilaran de cerca la situación y que informaran a la JCB si juzgaban necesaria alguna modificación.

ii) Dio las gracias al Comité Permanente por sus esfuerzos por allegar fondos para el Programa. Instó al Comité a que siguiera utilizando todos los mecanismos posibles para obtener fondos y a que colaborara con las otras organizaciones que operan en sectores análogos con relativa ventaja, incluido el UNICEF en lo que atañe a las investigaciones aplicadas, con el fin de potenciar al máximo sus respectivas capacidades para allegar fondos para los objetivos comunes.

3. ACTIVIDADES CIENTIFICAS Y TECNICAS

La JCB(15) examinó los progresos y los planes científicos y técnicos del TDR. La Junta escuchó un examen general, a cargo del Dr. Godal, Director del TDR, de las principales actividades desarrolladas durante el pasado año principalmente en el sector de las investigaciones y el desarrollo. El Dr. Godal se refirió además a la recomendación del STAC-14 en el sentido de que se realizara una Revisión Temática Prospectiva (PTR) de las orientaciones científicas del TDR. El STAC había propuesto que en la PTR se examinaran las orientaciones científicas del Programa sobre la base de una estrategia revisada que debería preparar el Director del TDR. Los aspectos que debían tenerse en cuenta en el diseño de una estrategia revisada para el TDR fueron presentados a la Junta en el documento TDR/JCB(15)/92.11. En el anexo 5 figura un resumen de la presentación del Dr. Godal.

La JCB(15) examinó el informe de la decimocuarta reunión del Comité Consultivo Científico y Técnico, presentado por el Profesor B. R. Bloom, Presidente del STAC (documento TDR/STAC-14/92.3). El Profesor Bloom se refirió además a los informes de las dos Revisiones Temáticas Prospectivas realizadas en el curso del pasado año sobre las orientaciones y la organización de las actividades de investigación y desarrollo del TDR en relación con las vacunas antiparasitarias (documento TDR/PTR-Vaccines/92.3) y sobre

¹ La sigla corresponde a la denominación en inglés «Scientific and Technical Advisory Committee».

las orientaciones y la organización de las actividades del TDR en materia de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones (documento TDR/PTR-RCS/91.3). En el anexo 5 figura un resumen de la declaración del Profesor Bloom.

Además, el Dr. Williams, Presidente de la JCB(15), expuso un breve informe sobre su asistencia a la reunión STAC-14. En el anexo 5 figura un resumen del informe del Dr. Williams.

Conforme a lo solicitado por la JCB(14) en 1991, la Junta recibió un informe sobre los progresos y los planes del Servicio de Desarrollo de Productos, juntamente con información sobre las actividades del Programa en materia de quimioterapia multipatológica [documento TDR/JCB(15)/92.5]. El informe contenía además información sobre colaboración general del Programa con la industria y sobre políticas en materia de cuestiones éticas.

El Dr. P. de Raadt, Director de la División de Lucha contra las Enfermedades Tropicales (CTD)¹ de la OMS, se refirió a las relaciones entre la CTD y el TDR. Manifestó su satisfacción ante las actividades del TDR en el sector de las investigaciones operativas, que cabe considerar como la etapa final del desarrollo de los productos. La CTD estaba colaborando estrechamente con el TDR con el fin de velar por que la estrategia revisada para el TDR incluya mecanismos apropiados para la interacción entre los dos programas y fortalezca la colaboración.

La JCB(15) formuló las observaciones siguientes:

3.1 Revisión temática prospectiva sobre las orientaciones y la organización de las actividades de investigación y desarrollo del TDR en relación con las vacunas antiparasitarias

3.1.1 Manifestó su aprecio por el informe sobre la Revisión temática prospectiva sobre las orientaciones y la organización de las actividades de investigación y desarrollo del TDR en relación con las vacunas antiparasitarias, y tomó nota de las recomendaciones del STAC que resultan de dicha revisión.

3.1.2 Pidió que el STAC examinara más profundamente las prioridades de desarrollo de vacunas, tomando en consideración no solamente las vacunas en estudio más prometedoras sino también los trabajos de otros organismos en ese sector, las ventajas relativas del TDR y los problemas que se plantean sobre el terreno.

3.1.3 Pidió que esas prioridades se desarrollen en colaboración con el Programa PNUD-OMS para el Desarrollo de Vacunas y que se incluyan detalles en el Proyecto de Presupuesto del Programa para el ejercicio 1994-1995.

3.1.4 Pidió que se establecieran mecanismos para la revisión periódica de las prioridades en cuanto a desarrollo de vacunas.

3.2 Revisión temática prospectiva sobre las orientaciones y la organización de las actividades del TDR en materia de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones

3.2.1 Manifestó su aprecio del informe de la Revisión temática prospectiva sobre las orientaciones y la organización de las actividades del TDR en materia de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones.

3.2.2 Reafirmó el acuerdo de la JCB(14) según el cual la próxima fase de las actividades de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones incorporaría un enfoque diferenciado, con particular atención a las necesidades de salud de los países

¹ La sigla corresponde a la denominación en inglés «Control of Tropical Diseases».

menos adelantados, y haciendo más hincapié en las personas y en la formación relacionadas con las actividades de fortalecimiento de las instituciones.

3.2.3 Insistió en la importancia de los vínculos Sur-Sur y del mejoramiento de las comunicaciones en el interior de esas redes y con sus asociados en el Norte.

3.2.4 Subrayó la necesidad de establecer prioridades para las actividades futuras de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones, y la de introducir mejores criterios para las evaluaciones. En el futuro, esos criterios deberían variar según el grado de desarrollo de los países y deberían incluir las repercusiones en las actividades de lucha contra las enfermedades, la pertinencia en el plano nacional, los criterios nacionales esenciales en materia de investigaciones sobre salud, y el examen de las aportaciones de las instituciones no sólo del Sur sino también en lo que atañe a la función de asociadas desempeñada por las instituciones del Norte.

3.2.5 Acordó que el informe sobre la Revisión temática prospectiva se publique y distribuya ampliamente, e incluya un prefacio del Presidente de la JCB en el que se recoja el parecer de la Junta.

3.3 Revisión temática prospectiva sobre las orientaciones científicas del TDR

3.3.1 Aprobó la recomendación del STAC-14 en el sentido de que se llevara a cabo una Revisión temática prospectiva sobre las orientaciones científicas del TDR.

3.3.2 Acordó que en la Revisión temática prospectiva se examine el equilibrio entre investigaciones básicas, desarrollo de productos e investigaciones operativas, se identifiquen las prioridades y las ventajas relativas del TDR, y se estudien modificaciones en las funciones y la composición del STAC con miras a conseguir una mayor representación de las disciplinas sociales y económicas y a obtener así un enfoque más integrado.

3.3.3 La nueva estrategia propuesta para el TDR debería diseñarse de modo que facilitara una mayor colaboración con los programas de lucha de la OMS y en los países endémicos en desarrollo.

3.3.4 Acordó que, con miras a fortalecer los aspectos de política de la Revisión temática prospectiva, se incluya en el pequeño grupo que debe llevarla a cabo a representantes de algunos miembros de la JCB, seleccionados por el Director del TDR sobre la base de los conocimientos de experto necesarios y teniendo en cuenta un equilibrio Norte/Sur apropiado. También deberían participar representantes del Comité Permanente del TDR. Los representantes deberían participar a título personal.

Las atribuciones de la Revisión temática prospectiva se ampliaron con el fin de reflejar las opiniones de la Junta. En el anexo 6 figuran el mandato revisado y la lista de participantes.

3.4 Servicio de Desarrollo de Productos

3.4.1 Tomó nota del informe sobre las actividades del Servicio de Desarrollo de Productos y sobre colaboración con la industria.

3.4.2 Pidió informes periódicos sobre el desarrollo de productos y la colaboración con la industria. Manifestó el deseo de recibir en la JCB(16), en 1993, informes sobre las actividades del Servicio preparados en respuesta a la petición del STAC-14 y que se deberían incluir en un capítulo del Undécimo Informe del Programa.

3.5 Asuntos generales

3.5.1 Pidió información periódica sobre las prioridades establecidas por el Programa, empezando por el Undécimo Informe del Programa y el Proyecto de Presupuesto del Programa

para el ejercicio 1994-1995, que deberían contener descripciones claras, en términos no técnicos, de las prioridades recomendadas y de los criterios aplicados.

3.5.2 Reiteró la importancia y la necesidad de ampliar la función catalizadora del Programa como medio para estimular a terceros a participar en la ejecución y la financiación de las actividades de investigación sobre las enfermedades tropicales.

3.5.3 Subrayó una vez más la necesidad de estrechar más la colaboración entre el TDR y los demás programas que operan en sectores afines con el fin de fortalecer la complementariedad y utilizar de manera óptima los limitados recursos, teniendo plenamente en cuenta las ventajas relativas del Programa.

3.5.4 Pidió que se diera más prioridad a las investigaciones sobre cuestiones en relación con el sexo y a la difusión de los resultados de esas investigaciones.

3.5.5 Expresó su aprecio por las presentaciones efectuadas por el Director del TDR y por el Presidente del Comité Consultivo Científico y Técnico, y dio las gracias al Presidente de la JCB por su informe sobre su asistencia al STAC-14.

4. PRESENTACION TECNICA SOBRE PRODUCTOS DESARROLLADOS CON EL APOYO DEL TDR: SUS REPERCUSIONES EN LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES - ESTUDIOS DE CASOS SOBRE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS Y LA LEpra

Las presentaciones técnicas en la JCB(15) se centraron en las repercusiones de los productos desarrollados con el apoyo del TDR en la lucha contra las enfermedades. Se presentaron estudios de casos sobre la enfermedad de Chagas y la lepra. En el anexo 7 figuran los resúmenes de las presentaciones que se enuncian a continuación.

<u>Presentación</u>	<u>Presentador</u>
Introducción sobre la enfermedad de Chagas, su importancia, distribución y manifestaciones clínicas, y sobre las actividades de investigación de interés para la lucha	Dr. A. Moncayo, Jefe, Servicio de Lucha contra la Tripanosomiasis y la Leishmaniasis (OMS) y Secretario del Comité de Orientación del TDR sobre la enfermedad de Chagas
Control de la enfermedad de Chagas en la Argentina y en los países del Cono Sur	Dra. E. L. Segura, Ministra de Salud y Acción Social, Provincia de Catamarca, Argentina
Introducción sobre la lepra, su importancia, distribución y manifestaciones clínicas, y sobre los progresos realizados con la aplicación del tratamiento multimedicamentoso contra la lepra	Dr. S. K. Noordeen, Jefe, Servicio de Lepra (OMS) y Secretario del Comité de Orientación del TDR sobre la Quimioterapia de la Lepra
Experiencia en el uso del tratamiento multimedicamentoso contra la lepra (MDT) ¹ en Myanmar, en particular en lo que atañe a su administración por medio del sistema de atención primaria de salud	Dr. U Tin Myint, Ex Director Adjunto, Programa de Lucha contra la Lepra, Departamento de Salud, Yangon, Myanmar

La JCB(15):

1) Celebró el éxito conseguido con el uso de los medios de lucha contra la enfermedad de Chagas y la lepra.

¹ La sigla corresponde a la denominación en inglés «Multidrug therapy for leprosy».

ii) Señaló la importancia de las investigaciones sociales y económicas para conseguir que los productos resulten aceptables para las poblaciones afectadas.

iii) Expresó su aprecio por las presentaciones sobre la enfermedad de Chagas y la lepra.

5. ASUNTOS FINANCIEROS

5.1 Opinión del Comisario de Cuentas Externo de la OMS y Declaración sobre la situación de los fondos para el Fondo de Depósito del TDR en 31 de diciembre de 1991, e Informe Financiero para el bienio 1990-1991

Tras su presentación por el Dr. K. Behbehani, Responsable Interino de Gestión del Programa, TDR, la Junta examinó y aceptó la Opinión del Comisario de Cuentas Externo de la Organización Mundial de la Salud y la Declaración sobre la situación de los fondos para el Fondo de Depósito del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales en 31 de diciembre de 1991 [documento TDR/JCB(15)/92.6] y el Informe Financiero para el bienio 1990-1991 [documento TDR/JCB(15)/92.7].

El anexo 8 contiene detalles sobre la situación financiera del Programa en 1990-1991.

5.2 Situación financiera en el bienio 1992-1993 y Reajustes en el Presupuesto del Programa para el bienio

La Junta recibió datos detallados sobre la situación financiera estimada del Programa en el bienio 1992-1993, información sobre el presupuesto revisado para el bienio y sobre un presupuesto de operaciones para 1992, contenidos en el documento TDR/JCB(15)/92.8. Basándose en la evaluación por la Secretaría de las contribuciones previstas en el actual bienio, habrá un déficit de US\$ 7,1 millones en los fondos requeridos para alcanzar el nivel del presupuesto aprobado de US\$ 76,8 millones para 1992-1993, previendo un sobrante mínimo de US\$ 1 millón para 1994-1995. El anexo 8 contiene información sobre la situación financiera estimada en el bienio 1992-1993, en la que se pone de manifiesto el déficit previsto.

El Segundo Comité Externo de Revisión (ERC)¹ del TDR en su informe a la JCB en 1988 había señalado que en los cinco años siguientes el TDR necesitaría un aumento de fondos de por lo menos 25-30% en términos reales. Partiendo de un presupuesto de US\$ 29,6 millones en 1988, ello significaría que el nivel de financiación debería haber alcanzado en 1993 un volumen de alrededor de US\$ 38 millones en términos reales. No ha sido así. Las obligaciones (gastos) estimadas para 1993 bajarán al nivel de 1988 y las contribuciones estimadas para 1993 en dólares constantes se reducirán en un 16% (US\$ 4,9 millones) en comparación con las contribuciones de 1988. Las figuras 1 y 2 del anexo 8 muestran la comparación de las proyecciones del ERC con las obligaciones y contribuciones desde 1988 hasta 1993, todas ellas calculadas en términos reales, y el total de las contribuciones al TDR durante el periodo 1988-1993 en dólares reales y constantes.

Se han hecho reajustes en algunos componentes de investigación y desarrollo del presupuesto para 1992-1993. Por razones operativas, el Componente de Desarrollo de Quimioterapia Integrada (contra la tripanosomiasis africana, la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis) se separó del Componente del Desarrollo de Productos, lo cual requirió una transferencia de proyectos de quimioterapia y su financiación con cargo a los Componentes para la tripanosomiasis africana, la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis. También se transfirieron recursos de las actividades generales de investigación y desarrollo (apoyo operativo) al Componente de Desarrollo de Quimioterapia Integrada y al Componente de Desarrollo de Productos para atender los costos de estos dos componentes completamente operativos. Además, para atender las necesidades crecientes se transfirieron recursos del Fondo del Director para Iniciativas al Componente de Investigaciones Sociales y Económicas.

¹ La sigla corresponde a la denominación en inglés «External Review Committee».

Ante las limitaciones financieras presentes, el TDR opera actualmente sobre la base de un presupuesto operativo para 1992 inferior en US\$ 2,6 millones (6,9%) al nivel del presupuesto aprobado para 1992. El presupuesto volverá a reajustarse en función de las contribuciones recibidas y de conformidad con los procedimientos aprobados por la JCB para la revisión del presupuesto. Se está tratando de hacer nuevas economías en las actividades de apoyo operativo y en los servicios de personal. Si no se recibieran nuevas contribuciones o contribuciones adicionales en el bienio corriente, el nivel del presupuesto para 1992-1993 [sobre la base de los tipos de cambio vigentes al celebrarse la JCB(15)] sería de alrededor de US\$ 69,7 millones. Ello representaría una disminución de US\$ 2,1 millones en relación con las obligaciones en el bienio 1990-1991, y de US\$ 7,1 millones en relación con el presupuesto para 1992-1993 que la JCB aprobó el pasado año.

Las reducciones del presupuesto operativo tienen varias repercusiones. La ejecución urgente de las actividades más prioritarias ha eliminado prácticamente la posibilidad de prestar apoyo para nuevos proyectos en algunos componentes. Además el número de propuestas de investigación y desarrollo que TDR recibe va en aumento, mientras que la proporción de las propuestas financiadas disminuye.

La JCB(15):

i) Tomó nota con preocupación de la situación financiera estimada para el bienio 1992-1993. Dieciséis participantes en la JCB señalaron que mantendrán su apoyo financiero al Programa.

ii) Pidió que los presupuestos y los informes financieros suministren en el futuro información sobre el desglose de las actividades del Componente de Desarrollo de Productos sobre la asignación de los recursos, incluida información sobre los asignados a los países menos adelantados.

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

La JCB(15) siguió los procedimientos de selección establecidos durante sus anteriores reuniones y observó el plazo de 60 días para la recepción de solicitudes de miembro de la JCB, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 2.2.3 del Protocolo de Acuerdo. La Junta eligió al Gobierno de Viet Nam como miembro de la JCB por un periodo de tres años a partir de 1 de enero de 1993.

La composición de la Junta Coordinadora Común en 1 de enero de 1993 figura en el anexo 9.

7. COMPOSICION DEL COMITE CONSULTIVO CIENTIFICO Y TECNICO

Con vistas a la próxima Revisión temática prospectiva sobre las orientaciones científicas del TDR que ha de examinar, entre otras cosas, las funciones y la composición del Comité Consultivo Científico y Técnico (STAC), la Junta acordó que los nuevos miembros propuestos [enumerados en el documento TDR/JCB(15)/92.10] tengan un mandato de tres años y que las prórrogas propuestas de actuales miembros sean de sólo un año. La JCB(15) aprobó la composición del Comité Consultivo Científico y Técnico prevista para 1 de enero de 1993. La lista de los miembros con sus mandatos figura en el anexo 10.

Además, la JCB(15):

i) Insistió en la necesidad de que en el futuro el TDR disponga de un grupo más multidisciplinario, más equilibrado, con el fin de tener en cuenta las necesidades de los países endémicos en desarrollo.

ii) Acordó que, a partir de 1994, se incluya en el STAC a candidatos con experiencia industrial, que puedan examinar y asesorar acerca de las cuestiones de desarrollo de productos.

El Dr. Godal pidió a los participantes en la JCB que suministraran al Organismo de ejecución los nombres y el curriculum vitae de posibles miembros del STAC.

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

La JCB(15) decidió que la decimosexta reunión de la Junta Coordinadora Común se celebre el martes y el miércoles 29 y 30 de junio de 1993 en la sede de la OMS, en Ginebra (Suiza).

9. CLAUSURA DE LA REUNION

El Dr. Williams, Presidente de la JCB, estimó que la JCB(15) había sido una reunión muy fructífera. La participación de los miembros de la JCB y de los observadores había sido activa y animada y los debates habían sido abiertos, útiles y constructivos. La Junta convino en que el Programa seguía teniendo futuro y estaba bien administrado, tanto técnicamente como financieramente, a pesar de las actuales limitaciones financieras, y el Dr. Williams manifestó la esperanza de que el Director y sus colaboradores prosiguieran su excelente labor. El Dr. Williams se refirió a la gran calidad de los documentos, que había contribuido al éxito de la reunión. Dio las gracias a los intérpretes, que habían facilitado la comunicación entre los participantes y habían aceptado que se ampliara su periodo de trabajo, ocasionalmente, cuando así lo habían requerido las necesidades de la reunión. Por último, el Dr. Williams agradeció a los participantes de la JCB y a la secretaria su apoyo y cooperación.

Los participantes de la JCB expresaron su gratitud al Dr. Williams por su excelente dirección de la Junta en los dos años últimos.

TDR/JCB(15)/92.2 Rev.1

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

DECIMOQUINTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Sede de la OMS, Ginebra, 30 de junio y 1 de julio de 1992

Sala del Consejo Ejecutivo

LISTA DE PARTICIPANTES

AUSTRALIA

Mr Peter HODGE, Director, United Nations and International Programs, Australian International Development Assistance Bureau (AIDAB), Department of Foreign Affairs and Trade, Canberra, ACT

Dr Marcus HODGE, Assistant Director, Communicable Diseases Section, Department of Health, Housing and Community Services, Canberra, ACT

BELGIUM

Monsieur le Docteur Simon VAN NIEUWENHOVE, Médecin-Conseiller, Administration générale de la Coopération au Développement, Bruxelles

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

BRAZIL

Dr Eloi S. GARCIA, Vice-President for Research, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro

CANADA

Dr Stephen SIMON, Director, Health and Population Directorate, Canadian International Development Agency (CIDA), and Senior Medical Adviser, International Health, Department of National Health and Welfare, Hull

Dr Jean LARIVIERE, Senior Medical Adviser, International Affairs, Department of National Health and Welfare, Ottawa

Ms Cathy MAINS, Senior Programme Officer, Multilateral Technical Cooperation Division, Multilateral Branch, Canadian International Development Agency (CIDA), Hull

DENMARK

Ms Anne EHRENREICH, Head of Section, Danish International Development Agency (DANIDA), Ministry of Foreign Affairs, Copenhagen

Ms Marianne KRISDENSEN, International Coordinator, Ministry of Health, Copenhagen

EGYPT

Dr Ahmed Ali DARWISH, Assistant Director, General Administration for Communicable Disease Control, Ministry of Health, Cairo

FRANCE

Monsieur le Docteur Christian MARCHAL, Chargé de Mission, Sous-Direction de la Santé et du Développement social, 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 et de l'Action humanitaire, Paris

GERMANY

Mr Werner KNIPSCHILD, Counsellor, Deputy Head, Division for UN Cooperation, Federal Ministry for Economic Cooperation, Bonn

Ms Angelika PRADEL, Assistant Head, Health and Population Division, Federal Ministry for Economic Cooperation, Bonn

Dr Angelika SCHRETTENBRUNNER, Health Adviser, Division of Health, Population and Nutrition, German Agency for Technical Cooperation, Eschborn

ISRAEL

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

MYANMAR

Dr THEIN-HLAING, Director, Socio-Medical Research, Department of Medical Research, Ministry of Health, Yangon

NETHERLANDS

Mr E. J. N. BROUWERS, Head, UN Aid Section, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Dr Martin DE LA BEY, Senior Programme Officer, Directorate-General for International Cooperation, Research Programme, 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

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

NICARAGUA

Dr Gina WATSON LEWIS, Director of Integrated Health Care, Ministry of Health, Managua

NIGERIA

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

NORWAY

Ms Ann-Karin VALLE, Head of Division, Norwegian Directorate of Health, Oslo

NORWAY (continued)

Dr Bernt LINDTIJØRN, Centre for International Health, University of Bergen, Bergen

PHILIPPINES

Dr Mediadora C. SANIEL, Director, Research Institute for Tropical Medicine, Department of Health, Manila

SAO TOME AND PRINCIPE

Monsieur le Docteur Fernando DA CONCEIÇÃO SILVEIRA, Directeur du Programme national de Lutte contre le Paludisme, Ministère de la Santé, Sao Tomé

SENEGAL

Monsieur le Docteur Fodé DIOUF, Conseiller technique chargé de la Recherche et de la Formation, Ministère de la Santé publique et de l'Action sociale, Dakar

SOLOMON ISLANDS

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

SWEDEN

Dr Lennart FREIJ, Head, Health and Nutrition Section, Swedish Agency for Research Cooperation with Developing Countries (SAREC), Stockholm

Dr Barbro CARLSSON, Research Officer, Health and Nutrition Section, 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

Dr Harald HEIJBEL, Technical Adviser, Health Division, Swedish International Development Authority (SIDA), Stockholm

SWITZERLAND

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

THAILAND

Professor WIJITR FUNGLADDA, Deputy Dean, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, Bangkok

TURKEY

Dr Mehmet Ali BILIKER, Director, Hifzissihha School, Ankara

UNITED KINGDOM

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

Mr John D. MOYE, Head, Health Policy Section, Health and Population Division, Overseas Development Administration, London

UNITED STATES OF AMERICA

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

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

Mr Harold P. THOMPSON, International Health Attaché, United States Mission to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

VENEZUELA

No representative able to attend

YEMEN

Dr Nageeb Nasser ALAWI, National Manager, Acute Respiratory Infections, Ministry of Public Health, Sana'a

ZAMBIA

Dr Mushaukwa MUKUNYANDELA, Director, Tropical Diseases Research Centre, Ndola

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP)

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

THE WORLD BANK

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

WORLD HEALTH ORGANIZATIONRegional Office for Africa

Dr Frederick K. WURAPA, Regional Adviser on Parasitic Diseases, Brazzaville, Congo

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (continued)

Headquarters (continued)

- Dr Pieter DE RAADT, Director, Division of Control of Tropical Diseases
- Dr Kazem BEHBEHANI, Acting 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 Thomas S. R. TOPPING, Senior Legal Officer
- Mr Graham C. MILLER, Audit Manager, External Audit
- Miss Josiane GERMAIN, Auditor, Office of Audit and Administrative Management
- Mrs Susan BLOCK TYRRELL, External Relations Officer, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases

OTHER PARTICIPANTS

Keynote Address Speaker

- Dr Marcos Luiz DOS MARES GUIA, President, National Council of Scientific and Technological Development (CNPq), Brasília, Brazil
- Dr Jorge ALMEIDA GUIMARÃES, Director of Scientific and Technological Development, National Council of Scientific and Technological Development (CNPq), Brasília, Brazil

Chairman, TDR Scientific and Technical Advisory Committee (STAC)

- Professor Barry R. BLOOM, Chairman, Department of Microbiology and Immunology, Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University, New York, N.Y., USA

Technical Presenters

- Dr Elsa L. SEGURA, Minister of Health and Social Action of the Province of Catamarca, Argentina
- Dr U TIN MYINT, Former Deputy Director, Leprosy Control Programme, Department of Health, Yangon, Myanmar
- Dr Alvaro MONCAYO, Chief, WHO Trypanosomiasis and Leishmaniasis Control Unit and Secretary of the TDR Steering Committee on Chagas Disease
- Dr S. K. NOORDEEN, Chief, WHO Leprosy Unit and Secretary of the TDR Steering Committee on the Chemotherapy of Leprosy

OBSERVERS

African Development Bank

- Ms Alice HAMER, Division Chief, Health and Education Division, Department of Agriculture and Rural Development - North Region, African Development Bank, Abidjan, Côte d'Ivoire

China

Mr WU GUO GAO, Responsible Officer, Division of International Organizations, Department of Foreign Affairs, Ministry of Public Health, Beijing

Commission of the European Communities (CEC)

Dr Marc DE BRUYCKER, Life Sciences and Technologies for Developing Countries Research Programme, Area Health, Directorate-General for Science, Research and Development, CEC, Brussels, Belgium

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

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

Czechoslovakia

Professor Vladimír ŠERÝ, Acting Head, Chair of Tropical Health, Postgraduate School of Medicine and Pharmacy, and Head, Clinic of Geographical Medicine, Medical Faculty, Charles University, Prague

Professor Pavel MIROVSKÝ, Acting Director, Institute of Tropical Health, Prague

Professor Ondrej BÁLINT, Head, Department of Infectious and Parasitic Diseases, UTH, and Head, Department of Infectious and Tropical Diseases of the Postgraduate School of Medicine, Bratislava

Finland

Dr Marja ANTTILA, Health Adviser, Finnish International Development Agency (FINNIDA), Ministry for Foreign Affairs, Helsinki

Greece

Madame le Professeur Ourania MARCELOU-KINTI, Professeur de Parasitologie, Entomologie et Maladies tropicales, Ecole d'Hygiène et de Santé publique d'Athènes, Athènes

Health Research Task Force

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

Indonesia

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

International Development Research Centre (IDRC)

Mr Gilles FORGET, Director General (Acting), Health Sciences Division, IDRC, Ottawa, Canada

International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP)

Dr Luc A. M. JANSSENS, Director, Project Department, Damien Foundation, Brussels, Belgium

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA)

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

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA) (continued)

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, Rome

Mr Gian Luigi MASCIA, First Counsellor, Permanent Mission of Italy to the United Nations
Office and other International Organizations at Geneva

Kuwait

Dr Abdul Aziz AL-ANEZI, Director, Tropical Diseases Hospital, Ministry of Public Health,
Kuwait

Mr Fayez AL-JASSIM, Third Secretary, Permanent Mission of the State of Kuwait to the
United Nations Office at Geneva and the Specialized Agencies in Switzerland

Mexico

Mrs Eréndira PAZ-CAMPOS, First Secretary, Permanent Mission of Mexico to International
Organizations at Geneva

New England Biolabs Foundation

Mrs Martine D. KELLETT, Executive Director, New England Biolabs Foundation, Beverly,
Massachusetts, USA

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

Monsieur le Docteur Jean Paul LOUIS, Chef du Département de Santé publique, OCEAC,
Yaoundé, Cameroun

Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ)

Dr Eloi S. GARCIA, Vice-President for Research, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brazil

Papua New Guinea

Dr Onne RAGEAU, Senior Medical Officer, Obstetrics and Gynaecology, Port Moresby General
Hospital, Port Moresby

Portugal

Professor Luiz N. FERRAZ DE OLIVEIRA, Director, Institute of Hygiene and Tropical
Medicine, Universidade Nova de Lisboa, Lisbon

River Blindness Foundation

Dr William R. BALDWIN, President, River Blindness Foundation, Wilbraham, Massachusetts, USA

Rockefeller Foundation

Dr Robert S. LAWRENCE, Director of Health Sciences, The Rockefeller Foundation, New York, N.Y., USA

Romania

Monsieur le Professeur Dan PANAITESCU, Professeur de Parasitologie médicale, Chef du Laboratoire de Parasitologie, Institut "Cantacuzino", Bucuresti

Russian Federation

Dr Lev MALYCHEV, Counsellor, Permanent Mission of the Russian Federation to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Saudi Arabia

Dr Abdul Rahim Mohd AGEEL, General Director of Health Affairs, Directorate of Health Affairs, Ministry of Health, Gizan

Spain

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

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

DECIMOQUINTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Ginebra, 30 de junio y 1 de julio de 1992

RESUMEN DEL DISCURSO DE APERTURA DE LA JCB(15)
PRONUNCIADO POR EL DR. M. L. ABDELMOUMENE, DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE LA OMS

El Dr. Abdelmoumène se refirió a la evolución mundial. El mundo está cambiando en su medio ambiente, su política, su economía, sus relaciones sociales y hasta sus valores. La OMS y sus programas también han tenido que cambiar y reconocer que muchos de los problemas de salud surgen de hecho como resultado de la evolución de las condiciones sociopolíticas y ecológicas.

Las enfermedades tropicales de las que se ocupa el Programa Especial - paludismo, esquistosomiasis, filariasis linfática, oncocercosis, tripanosomiasis africana, enfermedad de Chagas leishmaniasis y lepra - son particularmente susceptibles a las variaciones y los cambios. El paludismo, la esquistosomiasis y la enfermedad del sueño destacan entre las demás por su conexión con el desplazamiento de poblaciones, los proyectos de desarrollo y los trastornos sociales. También la leishmaniasis presenta algunas de estas características. La leishmaniasis, la filariasis linfática, la oncocercosis y la lepra son además enfermedades que estigmatizan y desfiguran, y cuyas consecuencias negativas se hacen sentir sobre todo en las poblaciones más necesitadas y con frecuencia en las mujeres. Todas estas enfermedades pueden causar graves daños económicos, así como personales y sociales. Se calcula que uno de cada diez habitantes del mundo - 500 millones de personas - padece una o más de estas enfermedades tropicales.

El Dr. Abdelmoumène subrayó que es necesario combatir estas enfermedades y que para ello debe disponerse de nuevos y mejores medios. Los programas de lucha antipalúdica, en particular, tropiezan con grandes dificultades en todo el mundo, a causa de los movimientos de población no inmune que pasa a habitar en zonas palúdicas, del hecho de que los parásitos adquieren continuamente resistencia a los fármacos existentes, y de muchos otros factores. Según estimaciones de la OMS, el paludismo causa la muerte a unos 800 000 niños cada año - cerca de un niño cada 30 segundos -, la mayoría de ellos en África. Para poner fin a esta mortandad es indispensable disponer de procedimientos de diagnóstico sencillos y aplicar prontamente un tratamiento eficaz así como los medios de protección personal idóneos contra los vectores de la enfermedad. El Programa está aportando importantes contribuciones inmediatas al desarrollo de medios apropiados - tales como nuevos fármacos y mosquiteros impregnados con insecticidas - sin descuidar por ello la acción a largo plazo, como en el caso de sus investigaciones sobre vacunas antipalúdicas.

La esquistosomiasis ocupa el segundo lugar en el orden de prevalencia de las enfermedades que el Programa combate. Hay unos 200 millones de personas infectadas, lo que representa uno de cada 30 habitantes del mundo. La enfermedad continúa defraudando las esperanzas creadas por gran número de proyectos de desarrollo hídrico, presas y sistemas de riego. En relación con esta enfermedad, los principales problemas en cuya solución se están haciendo progresos son el diagnóstico comunitario de eficacia satisfactoria en relación con el costo, la distribución y administración eficientes de un fármaco excelente - el prazicuantel - y vacunas para prevenir la reinfección.

La filariasis linfática, la tercera de las enfermedades que el Programa combate, infecta a unos 90 millones de personas y causa elefantiasis, hidrocele y otras consecuencias igualmente espantosas. En relación con esta enfermedad se está trabajando, entre otras cosas, en una mejor utilización de un fármaco que ya venía utilizándose desde

largo tiempo - la dietilcarbamazina (DEC) - y de otro nuevo - la ivermectina -, así como en la lucha biológica contra los vectores. La oncocercosis, conocida generalmente como «ceguera de los ríos», afecta a 17 millones de personas. El Programa ha demostrado que la ivermectina detiene la deterioración de la visión.

Contra la enfermedad del sueño, que sigue constituyendo una amenaza epidémica en África al sur del Sahara, se han ideado trampas para la mosca tsetse, útiles en la lucha contra las epidemias, y se ha lanzado un nuevo fármaco - la eflornitina - que ya se ha bautizado con el nombre de «fármaco de la resurrección», tan grande parece ser su eficacia. La enfermedad de Chagas, que padecen 18 millones de personas en América Latina, puede eliminarse como problema de salud pública con intervenciones de lucha antivectorial en la comunidad desarrolladas con ayuda del Programa.

La leishmaniasis, enfermedad que por desgracia no es objeto de toda la atención que merece, afecta a 12 millones de personas. La leishmaniasis visceral reviste actualmente carácter de epidemia en un gran país de África. No se dispone de ningún tratamiento farmacológico eficaz para combatirla. Se está consiguiendo ya controlar la lepra gracias al tratamiento multimedicamentoso, que se está perfeccionando constantemente.

En estos sectores el Programa Especial colabora con los programas de la OMS de lucha contra las enfermedades tropicales. Toda acción de lucha eficaz debe acompañarse forzosamente de la práctica de investigaciones pertinentes y útiles, tanto fundamentales como operativas. Como se ha señalado, es necesario mejorar los medios de lucha contra algunas enfermedades. En relación con otras, hacen falta más investigaciones para mantener el nivel de eficacia de las operaciones de lucha ante los problemas de aparición de farmacorresistencia en los parásitos, de resistencia de los vectores a los insecticidas, y de la evolución de las condiciones socioeconómicas y ambientales.

El Dr. Abdelmoumène se refirió al presupuesto del Programa. Sólo el 5% de los fondos mundiales para investigaciones sobre salud se dedican a resolver los problemas sanitarios del Sur. A pesar de la magnitud de los problemas de que se ocupa, el Programa Especial funciona con una minúscula fracción de este 5%. Además, la prolongada recesión actual hace cada vez más difícil la financiación del desarrollo en el Sur. Este difícil clima financiero ha afectado también a la OMS. Para poder controlar las enfermedades tropicales, explorar nuevas pistas y aplicar en la práctica los resultados de las investigaciones, el Programa Especial necesita un firme apoyo financiero.

Por último, el Dr. Abdelmoumène formuló algunas observaciones sobre las tareas que debe enfrentar la Junta Coordinadora Común y deseó a los participantes el mayor éxito en sus deliberaciones sobre este programa de suma importancia.

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

DECIMOQUINTA REUNIÓN DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Sede de la OMS, Ginebra, 30 de junio y 1 de julio de 1992
Sala del Consejo Ejecutivo

TDR/JCB(15)/92.1 Rev.1

ORDEN DEL DIA

Documentos de referencia

1. Apertura de la reunión
2. Elección del Vicepresidente
3. Aprobación del orden del día
TDR/JCB(15)/92.1 Rev.1
TDR/JCB(15)/92.1a
4. Conferencia del Dr. M. L. Mares Guia, Presidente del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq), Brasilia (Brasil)
Titulo: «La función del Consejo Nacional Brasileño de Investigaciones (CNPq) en el desarrollo científico y tecnológico del Brasil»
5. Asuntos relativos al informe de la Decimocuarta Reunión de la Junta Coordinadora Común (JCB)
TDR/JCB(14)/91.3
6. Informe del Comité Permanente: con inclusión de
TDR/JCB(15)/92.4
 - Colaboración entre las actividades de investigación sobre lepra y sobre tuberculosis
 - Actividades de comunicaciones
 - Actividades de obtención de fondos
 - Estatuto de observador en las reuniones de la JCB
7. Avances científicos y técnicos
 - 7.1 Informe del Director, que resume los avances y los planes, con inclusión de las actividades del Servicio de Desarrollo de Productos y de Quimioterapia Multipatológica
TDR/JCB(15)/92.5
 - 7.2 Informe del Presidente del Comité Consultivo Científico y Técnico: con inclusión de las Revisiones temáticas prospectivas sobre las orientaciones y la organización del TDR:
TDR/STAC-14/92.3
 - Actividades de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones; y
TDR/PTR-RCS/91.3
 - Investigaciones y desarrollo en relación con las vacunas antiparasitarias
TDR/PTR-Vaccines/92.3

Documentos de referencia

- 7.3 Revisión temática prospectiva sobre las orientaciones científicas del TDR TDR/JCB(15)/92.11
8. Presentación técnica sobre productos desarrollados con el apoyo del TDR: sus repercusiones en la lucha contra las enfermedades - Estudios de casos sobre la enfermedad de Chagas y la lepra
9. Asuntos financieros
- 9.1 Opinión del Comisario de Cuentas Externo de la OMS y Declaración sobre la situación los fondos para el Fondo de Depósito del TDR en 31 de diciembre de 1991 TDR/JCB(15)/92.6
- 9.2 Informe financiero para el bienio 1990-1991 TDR/JCB(15)92.7
- 9.3 Situación financiera en el bienio 1992-1993 y Reajustes en el Presupuesto del Programa para el bienio TDR/JCB(15)/92.8
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(15)/92.9
TDR/JCB(14)/91.3
Anexo 8
Protocolo de Acuerdo -
TDR/CP/78.5/Rev.88
11. Composición del Comité Consultivo Científico y Técnico TDR/JCB(15)/92.10
12. Fecha y lugar de la decimosexta reunión de la JCB TDR/JCB(15)/92.4
13. Otros asuntos
14. Clausura de la reunión

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

DECIMOQUINTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Ginebra, 30 de junio y 1 de julio de 1992

RESUMEN DE LA CONFERENCIA PRONUNCIADA EN LA JCB(15) POR
EL DR. M. L. DOS MARES GUIA, PRESIDENTE DEL CONSEJO NACIONAL
DE DESARROLLO CIENTIFICO Y TECNOLOGICO (CNPq), BRASILIA (BRASIL)
SOBRE LA FUNCION DEL CONSEJO NACIONAL BRASILEÑO DE INVESTIGACIONES (CNPq)
EN EL DESARROLLO CIENTIFICO Y TECNOLOGICO DEL BRASIL.
Y PROTOCOLO DE ACUERDO ENTRE EL CNPq Y EL TDR

El Dr. Mares Guia se refirió al establecimiento del CNPq en 1951 y a su principal objetivo, consistente en fomentar el desarrollo científico y tecnológico. Se da prioridad a los programas y los proyectos de investigación encaminados al desarrollo de las ciencias básicas y de las tecnologías que pueden aplicarse a la solución de las metas nacionales y que han de mejorar las condiciones de vida de la población. Para aplicar esas actividades, el CNPq ofrece una serie de becas de estudios (en el Brasil y en el extranjero), becas de otras clases y subvenciones a la investigación en todas las ramas del saber con el fin de formar recursos humanos. El CNPq ofrece además otros servicios en apoyo del desarrollo científico y tecnológico, tales como ayudas para la adquisición del equipo necesario para las investigaciones, tratamiento de las donaciones extranjeras y apoyo para especialistas visitantes.

Las becas y subvenciones del CNPq se otorgan según un sistema de examen a cargo de homólogos. Actualmente hay cerca de 160 especialistas que toman parte en 31 comités de examen. En cada comité hay un coordinador que forma parte del comité de coordinadores que se reúne periódicamente para planear las actividades futuras.

En los últimos años, a pesar de las dificultades económicas, el número de becas otorgadas ha aumentado. Durante el periodo 1985-1992 el número de becas de estudios en el Brasil pasó de 11 985 a 34 542, y el de becas de estudios en el extranjero aumentó desde 936 en 1985 hasta 2802 en 1992. A pesar de estos aumentos espectaculares, el número de esta clase de becas todavía es insuficiente para atender las necesidades crecientes del Brasil. Además del aumento cuantitativo, el sistema ha sido objeto de importantes reajustes cualitativos.

Otra función importante del CNPq es la de promover y apoyar el desarrollo tecnológico mediante acciones a corto plazo y a plazo medio, en investigaciones y desarrollo por instituciones, empresas y universidades. El CNPq se esfuerza por establecer un sistema estable y permanente para el desarrollo tecnológico mediante el fortalecimiento de sus instituciones de investigación y desarrollo y velando por la continuidad de sus actividades de apoyo.

Diez servicios de investigación, incluidos institutos y laboratorios nacionales, centros de investigación y de estudios y dos museos, son responsables de las actividades de investigación desarrolladas por el CNPq. Estos servicios operan en las ramas de física, matemática pura y aplicada, tecnología mineral, antropología, zoología, botánica, cómputo científico, luz sincrotrónica, astronomía, astrofísica y geofísica. Con sus diversos orígenes y objetivos, estos servicios se esfuerzan por conseguir la excelencia y el reconocimiento en sus respectivas ramas del saber, ya sea llevando a cabo investigaciones fundamentales o aplicadas, dando formación a recursos humanos, prestando servicios a las comunidades científicas y tecnológicas, o llevando a cabo la tarea de difundir información científica y tecnológica. Esta última tarea es una actividad importante del CNPq, cuya responsabilidad incumbe al Instituto Brasileño de Desarrollo Científico y Tecnológico. Las principales funciones de éste son la de identificar y

difundir información científica y tecnológica y la de coordinar y gestionar las bases de datos y el acceso a las mismas.

El CNPq está procediendo a analizar de nuevo su propia estructura y su funcionamiento con el fin de fortalecer su participación en el logro de los principales objetivos del gobierno, a saber, el mejoramiento de la calidad de los productos industriales, el del nivel de competitividad de las empresas brasileñas, y el mejoramiento de las condiciones de vida y de la situación social de la población brasileña.

El Dr. Mares Guia subrayó la importancia de la cooperación internacional. El CNPq ha establecido mecanismos para la cooperación bilateral con varios países de todo el mundo y aspira a complementar sus operaciones de apoyo a la investigación mediante acuerdos de cooperación internacional. Uno de estos acuerdos, que se reproduce a continuación, se va a firmar con el TDR y será fundamental para la planificación y la ejecución de proyectos de investigación y desarrollo encaminados a: a) mejorar los conocimientos sobre lucha contra las enfermedades tropicales, con hincapié en la epidemiología, las operaciones sobre el terreno y el ensayo de nuevos fármacos contra las enfermedades tropicales; b) realizar estudios sobre las repercusiones sociales y económicas de estas enfermedades en la salud pública; c) fomentar más el intercambio de información; y d) tratar y difundir información sobre las enfermedades tropicales.

PROTOCOLO DE ACUERDO

1. El Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) y el Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) han acordado colaborar en la promoción y la ejecución de un programa conjunto TDR/CNPq denominado «asociación TDR-CNPq» para dar formación a investigadores brasileños en las disciplinas relacionadas con las enfermedades objeto de TDR que prevalecen en el Brasil, a saber, paludismo, leishmaniasis, enfermedad de Chagas, esquistosomiasis, filariasis y lepra.
2. El CNPq financiará becas (para estudiantes, graduados y postdoctorales), en conjunción con los proyectos de investigación y desarrollo y de fortalecimiento de las instituciones financiados por el TDR en el Brasil.
3. Los especialistas brasileños que soliciten el apoyo del TDR para proyectos de investigación y desarrollo o para fortalecimiento de instituciones incluirán en sus solicitudes el currículum vitae detallado y los planes de investigación de los especialistas principiantes que sean considerados merecedores de una beca del CNPq.
4. Los órganos de revisión del TDR (Comités de Orientación y Grupo de Fortalecimiento de las Investigaciones) examinarán las propuestas de los especialistas brasileños, así como las credenciales de los especialistas principiantes que deban recibir formación en el contexto del proyecto propuesto.
5. Las propuestas que sean aprobadas para su financiación por el TDR se transmitirán para que el CNPq financie la beca o las becas. El TDR financiará los demás aspectos de las solicitudes cuya financiación sea recomendada por los respectivos órganos de revisión.
6. El CNPq suministrará entonces los fondos para las becas seleccionadas según este sistema directamente a los investigadores y/o las instituciones del Brasil. En el caso de los becarios que estudien para un Ph.D. «split»/«sandwich» o una beca de postdoctorado fuera del Brasil, el CNPq será también responsable del pago de los estipendios en moneda extranjera y de los gastos de viaje de ida y vuelta al lugar de estudio.
7. Una vez firmado el presente Protocolo de Acuerdo, el CNPq informará a los especialistas brasileños interesados en obtener fondos según este plan, y el TDR publicará detalles del presente Protocolo en su boletín.
8. El presente acuerdo se aplicará a las subvenciones solicitadas y aprobadas por primera vez después de la firma de este Protocolo de Acuerdo, pero no a las becas y subvenciones que actualmente reciben apoyo del CNPq o del TDR.
9. La vigencia del presente Protocolo de Acuerdo será en primer lugar de tres años a contar desde la fecha de la firma del mismo. En consulta mutua se establecerá un sistema oficial de notificación/vigilancia con el fin de seguir de cerca los progresos realizados por los becarios financiados con cargo a este programa.

Dr. Marcos Luiz dos Mares Guia
Presidente
Consejo Nacional de Desarrollo
Científico y Tecnológico (CNPq)

Tore Godal
Director
Programa Especial de Investigaciones y
Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR)

Fecha 1/7 - 92

Fecha 1/7 - 92

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

DECIMOQUINTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Ginebra, 30 de junio y 1 de julio de 1992

RESUMENES DE LAS PRESENTACIONES EFECTUADAS CONFORME
AL PUNTO 7 DEL ORDEN DEL DIA - AVANCES CIENTIFICOS
Y TECNICOS - POR EL DR. T. GODAL, DIRECTOR DEL TDR;
EL PROFESOR B. R. BLOOM, PRESIDENTE DEL STAC;
Y EL DR. G. A. WILLIAMS, PRESIDENTE DE LA JCB(15)

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

El Dr. Godal presentó una visión general de las principales actividades desplegadas durante el pasado año en el sector de las investigaciones y el desarrollo. No se refirió a las actividades de desarrollo de productos por cuanto éstas habían sido presentadas a la Junta en un informe sobre el Servicio de Desarrollo de Productos y la colaboración con la industria [documento TDR/JCB(15)/92.5]. En cuanto a la labor del Comité Consultivo Científico y Técnico y las dos Revisiones temáticas prospectivas sobre las orientaciones y la organización de las actividades del TDR en materia de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones y sobre investigaciones y desarrollo en relación con las vacunas antiparasitarias, todos estos aspectos debían ser objeto de una presentación del Presidente del STAC. El Dr. Godal aseguró a la Junta que la secretaría estaba plenamente de acuerdo con las recomendaciones derivadas de estas dos Revisiones temáticas prospectivas.

Las enfermedades que el TDR combate son bien conocidas en cuanto a su diversidad clínica y epidemiológica, pero el Dr. Godal propuso agruparlas en tan sólo dos tipos, a saber:

- i) las enfermedades crónicas, discapacitantes y estigmatizadoras, que con frecuencia afectan a los niños de edad escolar: esquistosomiasis, filariasis, lepra, leishmaniasis de la piel y la membrana mucosa, y enfermedad de Chagas; y
- ii) las enfermedades agudas, febriles y que constituyen una amenaza para la vida, en todas las cuales los gérmenes patógenos adquieren farmacorresistencia: paludismo, leishmaniasis visceral y tripanosomiasis africana.

Una de las principales limitaciones que dificultan la lucha contra las enfermedades tropicales es que los procedimientos aplicables deben ser poco costosos, ya que estas enfermedades predominan entre los habitantes pobres de los países pobres.

Las enfermedades crónicas

En relación con las enfermedades crónicas, cabe citar los siguientes problemas y adelantos:

- La necesidad de un sistema de diagnóstico poco costoso: gran número de estudios realizados en Africa con cuestionarios escolares para detectar las comunidades con alta prevalencia de esquistosomiasis urinaria han demostrado que el método es eficaz, preciso, rápido y eficiente; sólo el 4% del costo de los exámenes de huevos. Este método se va a ensayar ahora contra otras enfermedades que el TDR combate. Dado que la esquistosomiasis es una enfermedad que afecta primordialmente a los niños de edad escolar, cabe utilizar esta toma de conciencia de los niños como base para la educación y la intervención sanitarias.

- La necesidad de un sistema poco costoso de administración de medicamentos:
 - La esquistosomiasis es una enfermedad contra la cual se dispone de un medicamento notablemente eficaz - el prazicuantel - que cuesta menos de US\$ 1 por tratamiento, y que sólo debe tratarse una vez al año aproximadamente. El costo de su administración ya es otra cosa. El TDR está colaborando con la División de Enfermedades Transmisibles, de la OMS, con el fin de establecer protocolos para ensayar la inocuidad de combinaciones de medicamentos tales como el prazicuantel y el albendazol para el tratamiento de los helmintos intestinales, con miras a tratar simultáneamente la esquistosomiasis y otras infecciones helmínticas y reducir así el costo de cada tratamiento por separado. Antes de fin de 1992 se proyecta emprender ensayos en cuatro países.
 - A fines de 1991 se habían distribuido seis millones de tabletas de ivermectina, suministradas gratuitamente por Merck & Co., Inc., para el tratamiento de la oncocercosis.
- La necesidad de opciones para atender las necesidades de la comunidad: pacientes con la misma enfermedad en diferentes comunidades y sectores de lucha pueden presentar diferentes problemas y requerir diferentes enfoques:
 - Lepra: si resultan positivos, los actuales ensayos de la ofloxacina para reducir la duración del tratamiento multimedicamentoso a uno o dos meses ofrecerá a las comunidades distintas pautas de tratamiento posibles. También es necesario identificar las opciones preferidas no sólo por los administradores de programa sino también por los pacientes mismos. Además, el TDR está realizando estudios sobre las consecuencias sociales de la enfermedad. En un estudio se ha observado claramente que los estudiantes con lepra son excluidos de las escuelas y segregados de sus familias. La educación sanitaria es muy importante para prevenir esta forma de proceder.
 - Oncocercosis: los resultados de un estudio en un país han mostrado que las manifestaciones cutáneas graves que afectan a los jóvenes y las personas casaderas preocupan a las comunidades más que la ceguera. Ello demuestra que las prioridades de la población pueden no coincidir con las de la profesión médica.
- La necesidad de estudios sobre las enfermedades a las que no se presta bastante atención, como la filariasis linfática: los ensayos de comparación entre la ivermectina y el antiguo medicamento dietilcarbamazina (DEC) contra la enfermedad han mostrado que una sola dosis de ivermectina mata las larvas filáricas con menos efectos secundarios que la DEC; y que la DEC, que normalmente se administra en varias dosis, también es eficaz en una sola dosis. El TDR va a realizar nuevos estudios para comprobar si la ivermectina puede bloquear la transmisión de la enfermedad, cuáles son los efectos de la ivermectina en las manifestaciones clínicas y si mata a los gusanos adultos. Dentro de pocos años, los resultados de esos estudios y de los trabajos sobre lucha biológica contra los mosquitos vectores de la filariasis linfática pueden conducir a establecer una nueva estrategia de lucha y - así es de esperar - a una intensificación de las actividades de lucha.
- La necesidad de prestar atención a las mujeres, que tienen particulares problemas con las enfermedades tropicales estigmatizantes.

Las enfermedades agudas

En el caso de las enfermedades agudas cabe citar los siguientes problemas y adelantos:

- Farmacorresistencia: ha aparecido una gravísima amenaza para la quimioterapia del paludismo en la frontera entre Tailandia y Camboya, donde se ha descubierto una cepa

de Plasmodium falciparum que es resistente a la cloroquina, el fansidar, la quinina, la halofantrina y la mefloquina.

• Desarrollo de fármacos:

- La principal respuesta del TDR frente a la farmacoresistencia consiste en acelerar el desarrollo de derivados de la artemisina. Las actividades al respecto siguen dos direcciones: el producto chino arteéter está siendo objeto de ensayos de la Fase III con miras a su registro en los países endémicos; y en febrero de 1992 empezaron los ensayos de Fase I del arteéter, el otro derivado desarrollado por el TDR. El desarrollo del arteéter es fruto de la colaboración estrecha entre el TDR y una compañía farmacéutica, lo que constituye un ejemplo de la posibilidad de desarrollar productos mediante la colaboración entre el sector público y el privado y a un precio previsiblemente bajo.
- Hay una necesidad urgente de nuevos fármacos contra las tripanosomatídeos, en particular la leishmaniasis y la enfermedad de Chagas. El TDR ha respondido a esta necesidad integrando el desarrollo de fármacos contra estas dos enfermedades y contra la tripanosomiasis africana en un solo componente, gracias a lo cual se han encontrado ya varias pistas prometedoras.
- Las infecciones respiratorias agudas y el paludismo son dos importantes causas de defunción de niños con fiebre que no es fácil distinguir diagnósticamente en el plano de la periferia. Hacen falta medicamentos que puedan administrarse prontamente a los niños sin necesidad de llevar a cabo un diagnóstico clínico completo. El TDR está colaborando con la División de Lucha contra las Enfermedades Diarreicas y las Infecciones Respiratorias Agudas, de la OMS, para encontrar tratamientos que puedan administrarse contra ambas afecciones. El cotrimoxazol ya es el tratamiento preferido contra las infecciones respiratorias agudas y puede obtenerse a bajo precio, y al parecer es muy eficaz también contra el paludismo.

• Protección:

- Como se notificó a la JCB(14) el pasado año, un estudio en un país de Africa sobre los mosquiteros impregnados con insecticida ha demostrado que su empleo puede reducir la mortalidad infantil por paludismo en más de un 60%. Para confirmarlo se han emprendido ya estudios en cuatro países africanos y se proyecta emprender otro en un quinto país.
- Muchos trabajos encaminados a preparar una vacuna antipalúdica se realizan sin apoyo del TDR. Tres posibles vacunas han llegado ya a la fase de ensayos humanos, a saber: una constituida por una combinación de péptidos repetidos de circumsporozoíto, otra por un péptido sintético repetido, y la tercera por una proteína de circumsporozoíto y un antígeno de superficie de merozoíto.

• La necesidad de atención para la mujer:

- El paludismo puede constituir un problema muy grave para las adolescentes embarazadas.
- Los resultados de un estudio muestran que acuden a los consultorios muchos más hombres que mujeres. La educación sanitaria puede ser muy importante para corregir este desequilibrio.

El Dr. Godal subrayó que las investigaciones sobre el terreno no resultan fáciles y manifestó su gratitud a los especialistas que llevan a cabo ensayos sobre el terreno en circunstancias ciertamente difíciles.

Revisión temática prospectiva sobre las orientaciones científicas del TDR

En la última parte de su presentación, el Dr. Godal se refirió a la recomendación formulada por el Comité Consultivo Científico y Técnico del TDR en su decimocuarta reunión, en marzo de 1992, de que se procediera a una Revisión temática prospectiva (PTR) sobre las orientaciones científicas del TDR. El STAC propuso que en el PTR se examinaran las orientaciones científicas del Programa sobre la base de una estrategia revisada para el TDR que debería preparar el Director de TDR. De hecho, la primera idea de una estrategia revisada del Programa había surgido en el curso de un «retiro» del personal del TDR que se celebró en enero de 1992. El personal había emprendido un autoexamen colectivo para mejorar el funcionamiento del Programa en beneficio de los afectados por las enfermedades tropicales, y había llegado a la conclusión de que el TDR debía adoptar un enfoque más orientado hacia la comunidad, es decir, un enfoque multidisciplinario que permitiera evaluar las necesidades y las demandas sobre el terreno, basándose no solamente en la situación epidemiológica sino también en las necesidades percibidas de las comunidades, en un análisis de la relación costo/eficacia y en estudios sobre financiamiento de la atención de salud según los diferentes enfoques.

El Dr. Godal manifestó que, a su juicio, esta estrategia revisada exigiría una concentración en las ventajas comparativas del TDR, una consolidación de las actividades del Programa y una colaboración más estrecha con los programas que operan en sectores afines. Ya se han mencionado algunos ejemplos de colaboración con otros programas de la OMS. Además, el TDR debería establecer vínculos fuera del sector de la salud, por ejemplo con el de la educación, ya mencionado, y con disciplinas agroforestales, con el fin de evitar errores pasados como el de ignorar los problemas de la esquistosomiasis y el paludismo en la planificación de los proyectos hidrológicos. La consolidación de las actividades del TDR en materia de investigaciones sobre el terreno ofrecerá sin duda las mejores oportunidades para identificar e iniciar en el futuro este tipo de colaboración.

En el sector del desarrollo de productos, la ventaja comparativa del TDR con respecto a la industria es poca, pero considerable en comparación con la del sector público. El Servicio de Desarrollo de Productos favorece el despliegue de actividades orientadas, sumamente seleccionadas e intensivas en el desarrollo de productos.

En cuanto a las investigaciones fundamentales, los enfoques metodológicos adoptados son muy parecidos en las diferentes enfermedades, y el Dr. Godal está persuadido de que es posible llegar a una consolidación de esta clase de investigaciones. La ventaja comparativa del TDR en relación con los consejos de investigación médica no es mucha en lo que atañe a las investigaciones fundamentales, pero el Programa puede desempeñar una función importante promoviendo la acción en algunos sectores desatendidos, tales como, por ejemplo, la entomología molecular.

El Dr. Godal dijo que, a su juicio, quizás haya llegado el momento de que el Programa deje de lado sus componentes para las distintas enfermedades concretas y adopte un criterio multidisciplinario en materia de investigaciones aplicadas sobre el terreno, concentre el desarrollo de productos en unos pocos sectores de alta prioridad y consolide y refunda las actividades de investigación fundamental. La agrupación de las actividades para hacerlas más selectivas permitiría aprovechar mejor los limitados recursos del TDR.

El Dr. Godal señaló que se había limitado a esbozar unas posibilidades, ya que el proceso de revisión de la estrategia se encontraba todavía en una fase relativamente pronta de desarrollo. Sin embargo, consideraba que era importante hacer que la JCB interviniera en el proceso en una de sus primeras fases; la secretaría esperaba con interés las opiniones de la Junta sobre la posible estrategia revisada.

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

El Profesor Bloom resumió las recomendaciones derivadas de las dos Revisiones temáticas prospectivas (PTR) sobre las orientaciones y la organización del TDR en materia de investigaciones y desarrollo en relación con las vacunas antiparasitarias y sobre las

actividades de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones. También resumió las recomendaciones del STAC-14.

Recomendaciones derivadas de la PTR sobre las orientaciones y la organización del TDR en materia de investigaciones y desarrollo en relación con las vacunas antiparasitarias (documento TDR/PTR-Vaccines/92.3)

1. Deben proseguir las investigaciones sobre vacunas contra todas las enfermedades de las que se ocupa el TDR.
2. Las investigaciones sobre vacunas deberían refundirse y estratificarse en dos vías paralelas:
 - i) iniciación/aceleración de los ensayos humanos en relación con tres enfermedades, a saber: paludismo, esquistosomiasis y leishmaniasis; y
 - ii) deben proseguirse las investigaciones fundamentales sobre todas las enfermedades con el fin de mejorar el conocimiento de los mecanismos de inmunidad protectora.
3. Los ensayos humanos de Fase I y II, cuidadosamente graduados, deben proporcionar los elementos para las decisiones cruciales en cuanto a la conveniencia de seguir desarrollando determinadas vacunas. Deben reconocerse los límites inherentes a los modelos animales, en particular los primates, como predictores de las respuestas inmunes en el hombre.
4. Las proyecciones sobre la relación costo-eficacia no deben ser el único factor decisivo en el apoyo a los proyectos del TDR en relación con las vacunas.
5. Es necesario aprovechar las nuevas oportunidades que ofrece la manipulación genética de protozoos.
6. A medida que las vacunas desarrolladas con el apoyo del TDR se vayan introduciendo y utilizando en los programas del Programa Ampliado de Inmunización (EPI); el calendario de inmunizaciones del EPI deberá incluirse en los protocolos de ensayo de vacunas en la primera oportunidad que resulte apropiada.
7. Habida cuenta de la falta de interés por las vacunas contra las enfermedades objeto del TDR por parte del sector privado en los países industrializados, la OMS/TDR deberían tratar de obtener el apoyo del sector público y del sector privado de los países en desarrollo para la producción de vacunas, en particular en los estudios de Fase I y II.

El Profesor Bloom se refirió al enfoque de las dos vías paralelas. Hasta ahora el TDR había tratado de desarrollar vacunas para todas las enfermedades de las que se ocupa. Sin embargo, dada la limitación de recursos, es necesario centrar la acción en los sectores donde las necesidades son más urgentes y en los que haya más probabilidades de éxito, con el fin de utilizar los recursos con la máxima eficiencia posible. Es posible que surjan nuevas necesidades y que, en consecuencia, varíen las prioridades, pero por el momento se procederá a acelerar los trabajos en curso sobre vacunas contra las tres enfermedades siguientes: paludismo, esquistosomiasis y leishmaniasis.

Paludismo. El hecho de que haya 270 millones de personas infectadas, así como el problema de la farmacorresistencia, hacen que sea urgente la necesidad de disponer de vacunas contra el paludismo. El Profesor Bloom informó sobre los progresos realizados. Hay una nueva vía en relación con una vacuna esporozoítica o pre-eritrocítica y también ofrecen alentadoras perspectivas las vacunas gametocíticas (vacunas bloqueadoras de la transmisión) contra el paludismo tanto por vivax como por falciparum. Probablemente en los próximos años se dispondrá ya de vacunas experimentales pre-eritrocíticas y bloqueadoras de la transmisión. No cabe decir necesariamente lo mismo de las vacunas asexuales de fase sanguínea, y una vacuna combinada eficaz deberá en fin de cuentas incluir este componente. El desarrollo de vacunas bloqueadoras de la transmisión es una

gran responsabilidad para el TDR ya que otras agencias se interesan menos por esta clase de trabajos; es ciertamente un caso apropiado para una inversión del sector público. Las vacunas de etapa específica (esporozoíticas o pre-eritrocíticas, de fase sanguínea asexual o bloqueadoras de la transmisión) serán útiles para ciertos grupos-objetivo, pero el pleno potencial de las diferentes vacunas antipalúdicas sólo podrá realizarse cuando se puedan utilizar en forma de vacuna combinada. El Profesor Bloom señaló que los países industrializados están interesados en producir una vacuna pre-eritrocítica, lo que ha de permitir al TDR concentrar más sus recursos en la preparación de vacunas asexuales de fase sanguínea y de vacunas bloqueadoras de la transmisión, así como en los estudios sobre el terreno.

Esquistosomiasis. Hay 200 millones de personas infectadas con esta enfermedad. El prazicuantel es un fármaco muy eficaz pero no previene la rápida reinfección y su eficacia es limitada cuando se administra a poblaciones humanas no inmunes. Juntamente con la quimioterapia, las vacunas constituyen medios importantes para la lucha contra la esquistosomiasis. Actualmente se dispone de varias moléculas clonadas que reducen pero no eliminan la carga de gusanos; y por lo menos una de ellas, que reduce la fecundidad de los gusanos y la viabilidad de los huevos, está siendo objeto de estudio con miras a la práctica de ensayos humanos de Fase I.

Leishmaniasis. El número de personas que sufren de esta enfermedad es de 12 millones. El tratamiento con los fármacos actualmente disponibles es insuficiente y costoso y produce efectos secundarios muy graves. Los ensayos en curso de ejecución con parásitos muertos y BCG son alentadores. Es muy probable que permitan comprender mejor las infecciones por Leishmania, y, de resultar eficaces, podrían conducir a la aplicación de vacunaciones en gran escala.

El STAC ha recomendado que prosigan las investigaciones sobre desarrollo de vacunas contra todas las enfermedades que son objeto del TDR ya que hay todavía mucho que aprender acerca de los mecanismos de protección y es necesario desarrollar productos finales de sustitución. Para la enfermedad de Chagas, hacen falta más investigaciones para determinar la importancia de las lesiones cardíacas causadas por el parásito y la de las debidas a la reacción inmune contra el parásito. En relación con la tripanosomiasis africana son necesarios nuevos estudios sobre la función de las linfoquinas. Por otra parte, hay mucho que aprender todavía acerca de la protección contra la filariasis. En el caso de la lepra, es probable que se produzca transmisión antes de que los afectados hayan descubierto que han contraído la enfermedad y puedan someterse a tratamiento, y hay pocos indicios de que la quimioterapia, que tan eficaz es en el tratamiento de los enfermos de lepra, produzca efectos en la transmisión.

El Profesor Bloom expuso los problemas del desarrollo de vacunas contra las enfermedades que el TDR combate. Es evidente la limitación de la utilidad de los modelos animales; en cualquier caso, una vez comprobada la inocuidad de la vacuna, es indispensable iniciar los ensayos humanos de Fase I y II para obtener respuestas válidas. Una cuestión importante es la de quién va a sufragar el costo de la producción de las nuevas vacunas recombinantes cuyo mercado serán los países en desarrollo endémico, donde los beneficios serán improbables, y quién va a pagar el costo de ajustarse a las normas obligatorias. El Profesor Bloom insistió en la necesidad y la importancia de un debate sobre la colaboración entre los sectores público y privado.

Principales conclusiones y recomendaciones de la PTR sobre las orientaciones y la organización de las actividades del TDR en materia de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones (documento TDR/PTR-RCS/91.3)

El Profesor Bloom se refirió a la petición de la JCB(13), en 1990, de un documento de política general sobre las actividades del TDR en materia de fortalecimiento de la capacidad de las investigaciones, que dio lugar a la ejecución de la PTR. El STAC había acogido con interés la iniciativa de revisar esas actividades después de 15 años de inversiones del TDR por un total de US\$ 77,8 millones.

El análisis de esas actividades se basó en cuatro fuentes de datos, a saber: una encuesta interna entre varios centenares de los que habían recibido formación a través del TDR (con una tasa de respuesta del 77,4%); una encuesta interna entre las instituciones que habían recibido subvenciones de larga duración (con una tasa de respuesta del 91%); datos del sistema de información sobre gestión del TDR; y un análisis más detenido de cinco instituciones que habían llegado al término de las subvenciones de larga duración para el fortalecimiento de instituciones y habían funcionado satisfactoriamente.

Desde la creación del Programa, en 1975, hasta el 31 de diciembre de 1991, TDR había otorgado 1435 subvenciones para fortalecimiento de las investigaciones. Entre estas subvenciones figuran las 179 para fortalecimiento de instituciones, otorgadas a 134 instituciones en 45 países. La mayoría eran subvenciones de larga duración. De los beneficiarios de subvenciones de larga duración, el 96% habían establecido colaboración con los ministerios de salud, el 83% habían establecido colaboración con otras instituciones nacionales y el 48% habían establecido colaboración con instituciones internacionales. En cuanto a las subvenciones para formación, se habían otorgado 1241 a 993 personas de 65 países. Cerca del 27% de los beneficiarios eran del sexo femenino. La formación fue impartida en más de 200 instituciones de 39 países. Ciento treinta alumnos de 28 países recibieron formación de doctorado y el 90% de los candidatos consiguieron el grado de doctor.

En 1983 se tomó la decisión de que los estudiantes deberían realizar sus trabajos de tesis en sus países de origen, y desde aquel año el 71% de los estudiantes han realizado investigaciones sobre el terreno en sus respectivos países. El 87% de los estudiantes siguieron actividades en el sector de su formación, el 90% del personal adiestrado se había mostrado satisfecho de la formación recibida, y el 90% habían vuelto a sus países. Entre los estudiantes que no habían vuelto a sus países, el quinto se había quedado en otros países endémicos porque no podía volver a sus países por circunstancias especiales.

En cuanto a los gastos y la distribución de los fondos, desde el comienzo del Programa se habían invertido US\$ 77,8 millones en actividades de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones: un 53% de esta suma se había dedicado al fortalecimiento de instituciones, y el 47% restante en actividades de formación. La Región de Africa había recibido la mayor parte de estos fondos, seguida de América Latina y las demás regiones. El 7% de los fondos se había invertido en los países menos adelantados y 145 estudiantes (14%) procedían de estos países. En los primeros años del Programa se había dedicado un gran volumen de los recursos a subvenciones de larga duración para instituciones pero en los últimos años estos recursos se han reducido y se dedican más recursos a actividades de formación por medio de diversos tipos de subvención.

La forma de medir la productividad científica ha sido objeto de debate desde hace largo tiempo; para medir los resultados de las inversiones del TDR en el fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones se han utilizado - aun a sabiendas de que son imperfectos - los cinco indicadores siguientes:

- publicaciones científicas antes, durante y después del periodo de subvención;
- capacidad para atraer recursos adicionales después del periodo de subvención;
- capacidad para competir eficazmente para la obtención de subvenciones del TDR en materia de investigaciones y desarrollo;
- participación en actividades de colaboración nacionales e internacionales; y
- desarrollo de recursos humanos, incluidos el desarrollo y la formación del personal.

El volumen y la calidad de las publicaciones de casi todas las instituciones que han recibido subvenciones de larga duración han mejorado, y algunas de las instituciones han

conseguido recabar fondos de procedencia distinta del TDR. En algunas partes del mundo estos recursos han sido aportados por los gobiernos nacionales o proceden de fuentes internacionales. En cambio, en otras partes del mundo hay poco apoyo financiero por parte de los gobiernos nacionales, y ello ha obligado a las instituciones a depender de la financiación exterior. El Profesor Bloom señaló que esta situación plantea un dilema al STAC, el cual considera que los fondos del TDR deben invertirse en actividades que sean sostenibles.

De las 34 instituciones que han llegado al término del disfrute de una subvención del TDR a largo plazo para fortalecimiento de instituciones, 31 han respondido a un cuestionario de encuesta estructurado y 27 han suministrado datos suficientes para poder llevar a cabo un análisis en profundidad. Se ha considerado sobresaliente la actuación de ocho instituciones en cuanto a su productividad científica y al reconocimiento por otras fuentes de financiación exterior; otras ocho pueden considerarse en un plano medio, y 11 han obtenido muy poco éxito, hasta el punto de que algunas se consideran fracasos en cuanto a inversión. En general, la mayoría de las instituciones situadas en países con un Índice de Desarrollo Humano alto (PNUD) han obtenido más éxitos que las de los países donde este índice es inferior. Sin embargo, algunas de estas últimas han obtenido resultados en cuanto a publicaciones y a capacidad para atraer fondos adicionales, mientras que puede decirse lo contrario de algunas de las primeras.

Ni el Índice de Desarrollo Humano ni la estabilidad económica y política han resultado factores que permitan por sí mismos predecir el éxito. En todos los casos, lo que ha aparecido como el factor más decisivo ha sido la existencia de un liderazgo científico firme y eficaz. Otros dos factores importantes son los vínculos con especialistas y/o instituciones del Norte, y un enfoque metodológico/disciplinario firme mejor que un enfoque descriptivo.

El Profesor Bloom se refirió a la concepción del TDR del fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones en varios niveles, desde el plano individual de formación y las diversas subvenciones ofrecidas, hasta el plano institucional y, finalmente, el plano de las redes de instituciones. En el plano institucional, el TDR está modificando su sistema de subvenciones a las instituciones para dar preferencia a las subvenciones de fortalecimiento en sectores determinados, por ejemplo, las subvenciones basadas en programas sobre investigaciones interdisciplinarias en las que intervienen varias instituciones, y las subvenciones de colaboración TDR/Fundación Rockefeller que tienen por objeto establecer entre el Norte y el Sur redes de colaboración en el plano de las investigaciones.

Las actividades del Programa en materia de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones han evolucionado considerablemente. La atención, que antes se centraba en las necesidades en materia de investigación, ahora lo hace en la productividad y la calidad de las investigaciones, con la aplicación de un criterio diferenciado. Ha aumentado el número de mecanismos de subvención. En cuanto a la formación, se ha pasado de hacer hincapié en el nivel de la maestría a hacerlo en el nivel de doctorado, y las actividades en este sector se centrarán más en los países en desarrollo adelantados que en los países industrializados. Las investigaciones basadas en el laboratorio se orientan hacia las investigaciones sobre el terreno y las de índole epidemiológica, social y económica, y se procura aplicar una mayor flexibilidad a la atención de las necesidades. Además, se ha pasado de centrar la atención en las instituciones a dedicarla en particular a los individuos y las redes.

El Profesor Bloom resumió en los términos siguientes las orientaciones para el futuro propuestas en el sector del fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones en el TDR:

- aplicar a los países criterios diferenciados, incluidas actividades específicas para los países menos adelantados;
- hacer hincapié en el desarrollo de recursos humanos;

- desarrollar y fortalecer las redes de investigación y formación;
- fomentar la tecnología de comunicaciones avanzada; y
- seguir consagrando particulares esfuerzos a las investigaciones sobre el terreno y a las de índole social y económica.

Recomendaciones del STAC-14

El Profesor Bloom resumió las recomendaciones formuladas por el Comité Consultivo Científico y Técnico en su decimocuarta reunión en marzo de 1992. El STAC:

- hizo suyo el informe de la PTR sobre vacunas;
- hizo suyas las recomendaciones de la PTR sobre fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones;
- elogió al TDR por su cooperación con la División de Lucha contra las Enfermedades Diarreicas y las Enfermedades Respiratorias Agudas, de la OMS, y con el Programa PNUD-OMS para el Desarrollo de Vacunas;
- lamentó que el éxito obtenido en aplicar los adelantos científicos en la preparación de productos aptos para los estudios clínicos y sobre el terreno no haya sido acompañado del necesario apoyo para estas responsabilidades ampliadas;
- manifestó su aprecio por el personal de secretaría, extraordinariamente abnegado y competente; y
- recomendó que el año próximo se realice una Revisión temática prospectiva sobre las orientaciones científicas del TDR.

El Profesor Bloom concluyó señalando que el STAC se había manifestado muy impresionado por la evolución del TDR y su flexibilidad.

3. RESUMEN DEL INFORME DEL DR. G. A. WILLIAMS, PRESIDENTE DE LA JCB(15), SOBRE SU ASISTENCIA AL STAC-14

El Dr. Williams dijo que consideraba como una experiencia sumamente satisfactoria y estimulante la de observar de cerca los trabajos del STAC. A su juicio, el STAC desempeña una función indispensable y vital en la revisión independiente de las actividades científicas del TDR.

El Dr. Williams resumió las deliberaciones del STAC sobre el informe del Director del TDR, el Servicio de Desarrollo de Productos, la revisión de los planes de trabajo científico, las Revisiones temáticas prospectivas sobre fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones y vacunas antiparasitarias, y el simposio. En la reunión del STAC-14, el Dr. Williams se había referido al déficit financiero del Programa y había instado a los miembros del STAC y a la secretaría a intensificar sus esfuerzos por allegar fondos.

El Dr. Williams transmitió a la Junta la satisfacción del STAC por la atención que la JCB presta a los informes y las recomendaciones del STAC.

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

DECIMOQUINTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Ginebra, 30 de junio y 1 de julio de 1992

REVISION TEMATICA PROSPECTIVA (PTR)¹ SOBRE LAS ORIENTACIONES CIENTIFICAS DEL TDR
MANDATO REVISADO Y LISTA DE PARTICIPANTES

Objetivos: Revisar las estrategias y los objetivos científicos del TDR a largo plazo y a plazo medio con miras a acelerar el desarrollo de sistemas innovadores de lucha contra las enfermedades y a aplicar un criterio más integrado.

Se examinará, en particular, el equilibrio entre los componentes de investigación, desarrollo e investigaciones operativas con el fin de identificar las opciones estratégicas que se ofrecen al TDR y de refundir las operaciones del Programa para acelerar así el ritmo de desarrollo, fortalecer el impacto en las enfermedades y llegar a un criterio más integrado.

Este criterio estratégico estuvo ya en la base del TDR en 1975, cuando se estableció oficialmente el Programa. En aquel entonces, la estrategia propuesta consistía en combinar los elementos del Programa en grupos multidisciplinarios de investigación, específicos para las distintas enfermedades. Más recientemente, se modificó considerablemente la estrategia estableciendo el Servicio de Desarrollo de Productos e implantando el concepto de Quimioterapia Integrada.

Actualmente, la necesidad de una nueva revisión de la estrategia y de la orientación científica se deriva, entre otras cosas, del reconocimiento cada vez mayor de la diversidad de los beneficiarios del TDR y de sus necesidades, de la necesidad de acelerar el desarrollo de productos y de la de responder a la rápida evolución del marco político, económico y social en muchas partes del mundo.

La nueva estrategia propuesta para el TDR debe tener por objeto facilitar una mejor colaboración con los programas de lucha de la OMS y en los países en desarrollo endémicos.

Se considera que la PTR debería:

- 1) Generar criterios para el establecimiento de las prioridades del Programa; esos criterios deberían incluir:
 - la ventaja comparativa del TDR en relación con otros posibles financiadores y/o ejecutantes de los organismos donantes multilaterales y bilaterales y en los sectores comercial, público y privado sin ánimo de lucro;
 - la posibilidad, viabilidad y sostenibilidad científica y técnica;
 - la congruencia con las prioridades nacionales articuladas en cuanto a las seis enfermedades que el TDR combate;
 - el grado en que esas actividades complementan y potencian otras actividades de desarrollo afines;
 - la relación costo/eficacia y el grado de asequibilidad;

¹ La sigla corresponde a la denominación en inglés «Prospective Thematic Review».

- la aceptabilidad política, social y cultural.
- ii) Aplicar los criterios establecidos a las actividades actuales y planeadas del TDR con el fin de determinar una jerarquía de prioridades.
- iii) Proponer una estructura orgánica lo más adecuada posible a la ejecución de las actividades prioritarias.
- iv) Establecer un equilibrio apropiado entre las actividades de investigación fundamental sobre las enfermedades, las de desarrollo de productos y las de investigación operativa sobre el terreno.
- v) Determinar con la mayor precisión posible el costo de las actividades que se han considerado prioritarias.
- vi) Establecer un criterio racionalizado para una nueva ordenación de las prioridades sobre la base de las discrepancias entre los costos previstos y los fondos recibidos.
- vii) Estudiar posibles cambios en la función y la composición del STAC con miras a hacer del mismo un grupo más multidisciplinario capaz de responder a la evolución de las necesidades del Programa.

Fecha y lugar de la reunión de la PTR: 17 y 18 de septiembre de 1992 en la sede de la OMS, Ginebra.

Participantes:

Miembros del Comité Consultivo Científico y Técnico

Profesor G. T. Castillo, Profesora de Sociología Rural, Departamento de Educación Agrícola y Estudios Rurales, Colegio de Agricultura, Universidad de Filipinas en Los Baños, Laguna, Filipinas (Presidente, PTR)

Profesor B. R. Bloom, Presidente, Departamento de Microbiología e Inmunología, Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University, Nueva York, N.Y., Estados Unidos de América (Presidente, STAC)

Profesor D. T. Jamison, Escuela de Graduados en Pedagogía, y Profesor, Escuela de Salud Pública, Universidad de California, Los Angeles, California, Estados Unidos de América

Dr. C. M. Morel, Jefe, Departamento de Bioquímica y Biología Molecular, Instituto Oswaldo Cruz, Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, Brasil

Profesor L. A. Salako, Jefe, Departamento de Farmacología y Terapéutica, Universidad de Ibadán, Ibadán, Nigeria

Dr. V. P. Sergiev, Director, Instituto Martsinovsky de Parasitología Médica y Medicina Tropical, Moscú, Federación de Rusia

Representantes de la Junta Coordinadora Común

Dr. G. A. Williams, Director, Lucha contra las Enfermedades y Salud Internacional, Ministerio Federal de Salud y Servicios Humanitarios, Ikoyi, Lagos, Nigeria (Presidente, JCB)

Dr. C. Marchal, Oficial Responsable de la Coordinación de las Investigaciones Médicas, Subdirección de Desarrollo Sanitario y Social, Ministerio de Cooperación y Desarrollo, París, Francia (Vicepresidente, JCB) [Representado en la reunión de la PTR por el Dr. J. Perigaud, Oficial Responsable, Departamento de Investigaciones para el Desarrollo,

Dirección General para Investigaciones y Tecnología, Ministerio de Investigaciones y Tecnología, París]

Dr. R. E. Bissell, Assistant Administrator, Bureau for Research and Development, Agency for International Development, Washington, D.C., Estados Unidos de América
[Representado en la reunión de la PTR por el Dr. D. Carroll, Science Adviser, Office of Health, Bureau for Research and Development, Agency for International Development, Washington, D.C.]

Sr. E. J. N. Brouwers, Jefe, Sección de Ayuda a las Naciones Unidas, Ministerio de Asuntos Extranjeros, La Haya, Países Bajos [Representado en la reunión de la PTR por el Dr. M. de la Bey, Oficial Principal de Programas, Dirección General de Cooperación Internacional, Programa de Investigaciones, Ministerio de Asuntos Extranjeros, La Haya]

Dr. A. A. Darwish, Subdirector, Administración General para la Lucha contra las Enfermedades Transmisibles, Ministerio de Salud, El Cairo, Egipto

Dr. L. Freij, Jefe, Sección de Salud y Nutrición, Agencia Sueca para la Cooperación en las Investigaciones con los Países en Desarrollo (SAREC), Estocolmo, Suecia
[Representado en la reunión de la PTR por la Dra. B. Carlsson, Oficial de Investigaciones, Sección de Salud y Nutrición, Agencia Sueca para la Cooperación en las Investigaciones con los Países en Desarrollo, Estocolmo]

Dr. N. K. Kere, Director, Instituto de Formación e Investigaciones Médicas, Ministerio de Salud y Servicios Médicos, Honiara, Islas Salomón

Dr. D. N. Nabarro, Chief Health and Population Adviser, Health and Population Division, Overseas Development Administration, Londres, Reino Unido

Representantes del Comité Permanente del TDR

PNUD

Sr. T. Rothermel, Director, División para los Programas Mundiales e Interregionales, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York, N.Y., Estados Unidos de América

Banco Mundial

Dr. B. Liese, Director, Departamento de Servicios de Salud, Banco Mundial, Washington, D.C., Estados Unidos de América

OMS

Dr. R. H. Henderson, Subdirector General/Coordinador del Programa Especial

Otros participantes invitados

Profesor D. J. Bradley, Profesor of Tropical Hygiene and Director of Ross Institute of Tropical Hygiene, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Reino Unido (Miembro del Segundo Comité Externo de Revisión del TDR, 1988, y Miembro del Grupo de Fortalecimiento de las Investigaciones)

Dr. A. Cerami, The Picower Institute for Medical Research, Manhasset, Nueva York, Estados Unidos de América (Antiguo Miembro del STAC)

Profesor H. Danielsson, Consejo Sueco de Investigaciones Médicas, Estocolmo, Suecia (Miembro del Primero y el Segundo Comités Externos de Revisión, 1982 y 1988)

Profesor R. W. Davis, Department of Biochemistry, Stanford University School of Medicine, Stanford, California, Estados Unidos de América

Profesor V. Ramalingaswami, Presidente, Grupo Especial sobre Investigaciones de Salud para el Desarrollo, Ginebra, Suiza

Dr. E. M. Samba, Director, Programa de Lucha contra la Oncocercosis en Africa Occidental, Ouagadougou, Burkina Faso

Secretaría del TDR

Dr. T. Godal, Director, TDR

Dr. M. Gomes, Especialista, Epidemiología y Apoyo a las Investigaciones sobre el Terreno (Secretario de la PTR)

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

DECIMOQUINTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Ginebra, 30 de junio y 1 de julio de 1992

RESUMENES DE LAS PRESENTACIONES TECNICAS A LA JCB(15)
SOBRE PRODUCTOS DESARROLLADOS CON EL APOYO DEL TDR:
SUS REPERCUSIONES EN LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES -
ESTUDIOS DE CASOS SOBRE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS Y LA LEPPA

1. INTRODUCCION SOBRE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS, SU IMPORTANCIA, DISTRIBUCION Y
MANIFESTACIONES CLINICAS, Y SOBRE LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACION DE INTERES
PARA LA LUCHA

El Dr. A. Moncayo, Jefe, Servicio de Lucha contra la Tripanosomiasis y la Leishmaniasis (OMS) y Secretario del Comité de Orientación del TDR sobre la Enfermedad de Chagas, se refirió a las observaciones de la Junta sobre la traducción de los resultados de las investigaciones en medios para la lucha contra las enfermedades. Señaló que ésta es una preocupación legítima, ya que las investigaciones no constituyen un fin en sí mismas sino que son un medio para obtener instrumentos apropiados de lucha, y dijo que ésta es la política que sigue el Comité de Orientación del TDR sobre la Enfermedad de Chagas.

La enfermedad de Chagas es una enfermedad endémica de Centroamérica y Sudamérica. Unos 18 millones de personas están infectadas, y 90 millones más de latinoamericanos - uno de cada cuatro - están expuestos a la enfermedad. Su causa es un parásito protozoario que produce una enfermedad crónica que afecta al corazón, al sistema digestivo y al sistema nervioso periférico. La enfermedad de Chagas se transmite de dos maneras: en primer lugar, por medio del vector, que cría y se multiplica en las viviendas de Centroamérica y Sudamérica que carecen de condiciones higiénicas; y, en segundo lugar, por medio de las transfusiones sanguíneas, principalmente en las grandes ciudades, que han hecho de lo que antes era una enfermedad rural un grave problema urbano. El Comité de Orientación del TDR está tratando de encontrar medios para interrumpir ambos modos de transmisión.

Las primeras investigaciones epidemiológicas se habían centrado en la tarea de determinar la prevalencia de la enfermedad y se habían desarrollado en colaboración con los ministerios de salud de los distintos países afectados. Ulteriormente, las investigaciones se han centrado en encontrar medios para prevenir la transmisión. Para interrumpir la transmisión vectorial se han encontrado dos instrumentos, a saber: los botes fumigantes y las pinturas insecticidas; y para interrumpir la transmisión a través de las transfusiones sanguíneas se ha preparado un estuche para controlar los productos de los bancos de sangre.

Actualmente los botes y las pinturas son objeto de ensayo sobre el terreno en seis países, con sujeción a un protocolo estándar que permitirá comparar los resultados. Los proyectos patrocinados por el TDR se ejecutan por conducto de los programas nacionales de lucha de los ministerios de salud de los países. El Comité de Orientación ha puesto el mayor interés en conseguir la participación de los programas nacionales en la ejecución de las investigaciones sobre el terreno con el fin de asegurar la aceptabilidad y la sostenibilidad de los productos utilizados y de conseguir la máxima eficacia en la lucha. Se están ensayando tres tipos diferentes de combinaciones de los botes, las pinturas insecticidas y los insecticidas tradicionales. Los resultados iniciales de estos estudios en tres países, tras cuatro meses de aplicación, son muy alentadores y muestran que algunas combinaciones obran mayores efectos en el vector que los insecticidas tradicionales. No se dispone todavía de datos sobre los otros tres países en los cuales

han comenzado hace muy poco tiempo las operaciones sobre el terreno. Tanto los botes como las pinturas se fabrican en Sudamérica con una relación costo/eficacia muy satisfactoria.

En lo que atañe a la interrupción de la transmisión por medio de las transfusiones de sangre, se han hecho numerosas investigaciones fundamentales sobre el genoma del parásito con miras a desarrollar antígenos para los estuches de tamizaje de la sangre utilizada en esta clase de operaciones y se está trabajando en el perfeccionamiento de esos estuches, que ya se están utilizando. La Dra. E. L. Segura, Ministra de Salud y Acción Social de la Provincia de Catamarca, Argentina, y Directora del Instituto Nacional de Diagnóstico e Investigación de la Enfermedad de Chagas «Dr. Mario Fatala Chaben», de Buenos Aires, describirá a la Junta el uso sobre el terreno de los estuches y los botes.

2. CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ARGENTINA Y EN LOS PAISES DEL CONO SUR

La Dra. E. L. Segura, Ministra de Salud y Acción Social de la Provincia de Catamarca, Argentina, y Directora del Instituto Nacional de Diagnóstico e Investigación de la Enfermedad de Chagas «Dr. Mario Fatala Chaben», de Buenos Aires, se refirió a los contrastes de paisaje que se observan en los países del Cono Sur: montañas y glaciares, zonas subtropicales, ciudades, y zonas áridas y devastadas en las que el hombre trata desesperadamente de subsistir. Es en estas últimas zonas donde los insectos llamados triatominos, que originalmente se alimentaban de pájaros, han pasado a alimentarse de sangre de mamífero. Estos insectos comparten la vivienda del hombre, se alimentan de su sangre y transmiten la enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana, causada por el parásito Trypanosoma cruzi. La estructura y los materiales utilizados en la construcción de las viviendas favorecen la proliferación de los insectos. Además, muchos habitantes pobres de las zonas rurales, donde la prevalencia de la infección con la enfermedad de Chagas es alta, han emigrado a las zonas urbanas. En éstas últimas no se ha comprobado la existencia de transmisión vectorial, pero muchas personas con la enfermedad de Chagas se han convertido en donadoras de sangre y han abierto así una nueva vía para la transmisión de la enfermedad.

La prevalencia de donadores de sangre con la enfermedad de Chagas varía y depende de la situación epidemiológica de la enfermedad en cada país. Para garantizar el control de la calidad de la sangre para transfusión se han desarrollado estuches apropiados. Uno de esos estuches se ha preparado en el Instituto Fatala Chaben con el apoyo del TDR y de la Agencia Sueca para la Cooperación en las Investigaciones con los Países en Desarrollo (SAREC). Actualmente el Instituto ha entablado conversaciones para la transferencia de esta tecnología al sector privado de producción.

En cuanto a la lucha antivectorial, las campañas emprendidas bajo los auspicios del gobierno se habían centrado inicialmente en el rociado de las viviendas combinado con la educación para la salud. Estas medidas de lucha fueron muy eficaces pero, a pesar de ellas, subsistían niveles considerables de infección en los grupos poblacionales de jóvenes. Se consideró entonces necesario visitar de nuevo cada vivienda para la evaluación anual y esta práctica había sido un mayor inconveniente.

Debido a ello, se decidió diseñar y utilizar un detector de triatominos que se combinó con dos elementos dispensadores de insecticidas que podían utilizar las comunidades mismas. El proyecto, denominado «María», recibió el apoyo del TDR mediante una subvención para fortalecimiento de las instituciones, y se ejecutó durante cinco años, en una zona de Santiago de Lesterio, Argentina, donde había 600 viviendas y cerca de 3000 habitantes. Las viviendas fueron inspeccionadas en busca de insectos, en el interior y el exterior, utilizando la técnica llamada «hora/hombre», que consiste en que dos hombres bien adiestrados buscan insectos durante 30 minutos.

Las casas infestadas se prepararon para el rociado de ataque, que consiste en un rociado exhaustivo con insecticidas piretroides sintéticos. Los detectores de triatominos o sensores «María» son cajas chatas que simulan las condiciones preferidas de habitación de las chinches, en forma de un laberinto que dificulta la salida de los

triatominos, lo que hace que, además de huevos e insectos pequeños, dejen rastros de su materia fecal que será reconocida y marcada por los agentes sanitarios. Las bombitas manuales con insecticidas funcionan pulverizando a presión la suspensión de insecticida y pueden adquirirse en las tiendas de artículos de jardinería. Como insecticidas se utilizan derivados piretroides. Los potes fumígenos, por su parte, contienen varias mezclas que arden lentamente, produciendo humos que causan una aceleración de la respiración del insecto y lo obligan a salir de su escondrijo y a exponerse a los otros insecticidas, que son letales. Para que sean eficaces, es necesario cerrar bien las habitaciones donde se utilizan. Estos potes han sido desarrollados con apoyo del TDR.

La vigilancia entomológica de la transmisión se implantó seis meses después; las viviendas se dividieron en dos grupos. En uno de estos grupos la vigilancia corrió a cargo de los agentes sanitarios, que visitaban las viviendas cada tres meses, en el marco del programa de salud rural. En esas visitas, los agentes sanitarios debían revisar los sensores «María» o recoger las chinches que les entregaban los habitantes. Las viviendas reinfestadas se trataban con bombitas manuales o con potes fumígenos. Este grupo fue clasificado como «área de atención primaria de salud». En el segundo grupo de viviendas, la vigilancia se realizó con los medios habituales del programa de lucha, que consisten en visitas anuales, evaluación «hora/hombre» y rociamiento convencional de las viviendas infestadas. A este grupo de le denominó «área de vigilancia vertical».

Los resultados obtenidos muestran que los sensores «María» tienen mayor sensibilidad para la detección de triatomas cuando el número de insectos en la vivienda es bajo, como ocurre en el periodo del año siguiente al tratamiento de ataque químico. Posteriormente, se comportan con el mismo grado de eficacia que las evaluaciones «hora/hombre». También se comprobó que los rociamientos manuales son más eficaces que los potes fumígenos: sin embargo, los habitantes reclamaban este elemento para utilizarlo por sí mismos, lo que hace de esta clase de instrumentos un medio útil para transferir actividades a la comunidad.

La efectividad de las actividades de vigilancia se demostró por el número de viviendas reinfestadas a lo largo de los cinco años de seguimiento. En el área vigilada por medio de la atención primaria de salud, con tecnología apropiada, se registró una disminución del índice de reinfestación de casi 17 veces con respecto al número de viviendas infestadas según el estudio de base, mientras que en el área de vigilancia vertical se verificó una disminución de casi cinco veces. Estos datos coincidían con los observados en cuanto a la densidad de insectos que se encontraron en las viviendas. El grupo de viviendas con una densidad de más de 30 insectos había desaparecido en ambas áreas, pero en el área vigilada por agentes sanitarios y con tecnología apropiada solamente persistían viviendas con densidades muy bajas de triatominos: entre uno y cinco insectos. Después de llevar a cabo la vigilancia entomológica durante cinco años, la prevalencia de la infección en niños menores de cinco años cayó al nivel de las áreas exentas de transmisión vectorial.

En cuanto a los costos, se comprobó que las actividades desplegadas por los agentes sanitarios o rurales mediante el uso de potes fumígenos o bombitas manuales resultaban 3,5 veces más baratas que las desarrolladas por el sistema clásico.

Durante los 15 años de trabajo del TDR sobre la enfermedad de Chagas, el Programa ha desempeñado una función fundamental en la organización de las investigaciones en Centroamérica y Sudamérica y ha demostrado claramente la posibilidad de obtener resultados que permitan a varios países planear y programar conjuntamente la lucha contra la enfermedad de Chagas.

La Dra. Segura se refirió también a la colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La labor de la OPS y de la OMS presta seguridad y apoyo a los países, y la Dra. Segura la agradece. A fines del decenio de los años ochenta se registró una gran movilización de iniciativas gubernamentales y de la OPS y la OMS para erradicar el principal vector de la enfermedad de Chagas, porque se consideró que se disponía de los recursos técnicos y humanos y de los conocimientos necesarios para ello. En septiembre

de 1990, la Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó una resolución titulada «Hacia la eliminación de la enfermedad de Chagas en la Región de las Américas» durante el decenio 1990-2000. La resolución fue ratificada por el Comité Ejecutivo de la OPS en junio de 1991, y en julio del mismo año los Ministros de Salud de los Gobiernos de la Argentina, Bolivia, el Brasil, Chile, el Paraguay y el Uruguay lanzaron la «Iniciativa de los Países del Cono Sur», en la que expresaron su voluntad política de adelantar los planes de eliminación de la enfermedad de Chagas. La OPS fue designada como secretaria de la Iniciativa. Ulteriormente se acordó que cada país presentaría sus programas a la OPS durante el mes de diciembre de 1991. Los programas ya se han reunido y compatibilizado, y la primera reunión de los representantes gubernamentales ha de celebrarse en julio de 1992 para acordar los aspectos técnicos y financieros.

La Dra. Segura manifestó la esperanza de que la OPS/OMS continuaran ofreciendo apoyo para la Iniciativa y de que el TDR siguiera apoyando financieramente las investigaciones operativas necesarias para mejorar la eficacia de los programas de lucha y las investigaciones sobre una vacuna.

3. INTRODUCCION SOBRE LA LEPROSIA, SU IMPORTANCIA, DISTRIBUCION Y MANIFESTACIONES CLINICAS, Y SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS CON LA APLICACION DEL TRATAMIENTO MULTIMEDICAMENTOSO CONTRA LA LEPROSIA

El Dr. S. K. Noordeen, Jefe, Servicio de Lepra (OMS) y Secretario del Comité de Orientación del TDR sobre la Quimioterapia de la Lepra, notificó que según las estimaciones actuales hay en el mundo 5,5 millones de enfermos de lepra, de los cuales 3,1 millones están registrados en alguna clase de establecimiento de tratamiento. Todos los años se descubren unos 600 000 casos nuevos, y alrededor de 1400 millones de personas viven en zonas donde hay un riesgo considerable de lepra.

El organismo causante es el llamado Mycobacterium leprae, afín al M. tuberculosis, causante de la tuberculosis. La lepra es una enfermedad crónica, transmitida principalmente por contacto a través del tracto respiratorio alto y también por contacto cutáneo. Sólo una pequeña proporción de las personas infectadas contraen propiamente la lepra, cuyo grado de gravedad depende del estado inmunológico del individuo. El grado de infección varía desde los casos leves, con curación espontánea de las lesiones cutáneas, hasta la forma más extensa, la lepra lepromatosa, que afecta a muchas partes del organismo y causa graves daños y deformidades. Por fortuna son cada vez menos los casos con deformidades extremas, que revelan que el paciente ha permanecido varios años desatendido, sin tratamiento. Una quinta parte de los enfermos de lepra sufren deformidades. El número de los que las padecen, a causa de infección actual o pasada, oscila actualmente entre 2 y 3 millones. La lepra es una enfermedad estigmatizante, y en muchas partes del mundo las personas que padecen lepra son víctimas de discriminación social.

En cuanto a la distribución de la enfermedad, se trata de una enfermedad típicamente tropical, que afecta a grandes zonas de Asia Sudoriental, a la mayor parte de África y a vastas zonas de América Latina. La prevalencia presenta grandes variaciones entre país y país y entre las diferentes regiones. De los 3,1 millones de enfermos de lepra registrados, unos 2,2 millones se encuentran en Asia Sudoriental. El número de casos se ha reducido, afortunadamente, después de haber alcanzado en 1985 un máximo de 5,4 millones registrados. En los siete años últimos la reducción ha sido de un 40% aproximadamente, gracias, en gran parte, a la implantación del tratamiento multimedicamentoso contra la lepra.

El Dr. Noordeen describió los tres principales objetivos de la lucha contra la lepra: reducir la aparición de nuevos casos de la enfermedad interrumpiendo la transmisión mediante el tratamiento de los afectados; curar a los enfermos de lepra individualmente y limitar las discapacidades; y, en lo posible, rehabilitar a los enfermos de lepra. Hasta 1980, la lucha contra la lepra se basaba en el tratamiento con un solo fármaco, la dapsona; pero había surgido ya una fuerte resistencia a este medicamento. El Comité de Orientación del TDR sobre la Quimioterapia de la Lepra desempeñó una importante función

en la cartografía de la enfermedad y en el descubrimiento de la resistencia de M. leprae a la dapsona. En 1981, un Grupo de Estudio de la OMS sobre la Quimioterapia de la Lepra para Programas de Lucha examinó el fracaso de la lucha contra la enfermedad mediante la monoterapia con dapsona. Los expertos del Comité de Orientación del TDR y los administradores de los programas antileproso participaron eficazmente en el debate y el Grupo formuló recomendaciones en favor de un tratamiento estándar contra la lepra basado en una combinación de fármacos, entre ellos algunos nuevos, de los que en aquel entonces se sabía ya que eran eficaces contra M. leprae. La implantación del tratamiento multimedicamentoso (MDT) constituyó un importante hito en la historia de la lucha contra la lepra. Actualmente se utiliza una combinación de tres fármacos - rifampicina, clofazimina y dapsona - contra la lepra multibacilar, con una parte considerable que se administra a intervalos de un mes. El tratamiento recomendado contra la lepra paucibacilar consiste en la administración de dos fármacos - rifampicina una vez al mes y dapsona todos los días - durante seis meses.

Gracias al tratamiento multimedicamentoso se han hecho grandes progresos en la lucha antileprosa en todo el mundo. Las recomendaciones de la OMS fueron aceptadas por la mayoría de los países con lepra endémica, por los organismos donantes y por un numeroso grupo de organizaciones no gubernamentales interesadas en la lucha contra la lepra, y gracias a ello la administración del tratamiento multimedicamentoso contra la lepra se ha extendido considerablemente en los últimos 7-8 años. Se ha comprobado que este tipo de tratamiento es muy eficaz, inocuo, aceptable tanto para los enfermos como para los agentes de salud, y con una relación costo-eficacia muy positiva. Estudios recientes realizados con el apoyo del Banco Mundial han mostrado que el costo por año de vida sana conseguido gracias al MDT es de unos US\$ 12,7. El dato es importante en comparación con otras intervenciones para otros problemas de salud. El costo medio de tratar a un enfermo de lepra con el MDT es de unos US\$ 31, teniendo en cuenta al conjunto de enfermos con lepra multibacilar y paucibacilar.

El Dr. Noordeen se refirió a los progresos en el uso del MDT. De los 3,1 millones de enfermos de lepra registrados, sólo 1,3 millones (un 42% aproximadamente) se beneficia actualmente del tratamiento multimedicamentoso. Este porcentaje es insuficiente, y se están estudiando las causas. El porcentaje solía ser más alto en los últimos años. Sin embargo, el número acumulado de casos que han terminado todo el MDT en los últimos 7-8 años es de unos 2,9 millones, y la cobertura acumulada ha llegado a cerca del 70% en 1992. En los últimos 7-8 años los progresos han sido considerables. En apariencia, la fase actual es menos satisfactoria, pero debe tenerse en cuenta que las zonas más accesibles ya han sido atendidas y que subsisten las que resultan de más difícil acceso.

La aplicación del MDT presenta grandes variaciones según las regiones y los países. Hay unos 90 países donde la lepra es endémica, y sólo en el 50% de ellos, aproximadamente, la cobertura acumulada con el MDT es satisfactoria. Otro factor interesante es que unos 25 países tienen alrededor del 95% del número de casos de lepra en todo el mundo y que, de hecho, los cinco países más afectados tienen alrededor del 85% de todos los casos del mundo. En los 25 países más afectados la cobertura con el MDT es irregular, y en siete de estos 25, por lo menos, esta cobertura es insatisfactoria y requiere mayor atención.

El Dr. Noordeen se refirió a la resolución WHA44.9 adoptada por la 44ª Asamblea Mundial de la Salud en 1991 sobre la eliminación mundial de la lepra como problema de salud pública para el año 2000. Al adoptar la resolución, la Asamblea tuvo en cuenta los efectos del MDT, la creciente voluntad política de combatir la enfermedad, el creciente apoyo de los diversos organismos interesados y la conciencia cada vez mayor del problema por parte de las comunidades. En respuesta a dicha resolución, la OMS ha adoptado varias medidas. Se ha establecido un fuerte grupo de trabajo sobre la lepra para organizar la acción encaminada a eliminar la enfermedad, y varias organizaciones no gubernamentales son miembros activos de dicho grupo. Se están elaborando estrategias regionales y nacionales, planes de acción nacionales encaminados a movilizar recursos y a fortalecer la capacidad para la gestión, se están fortaleciendo las investigaciones sobre sistemas

de salud y los sistemas de información, y se ha reforzado la función coordinadora de la OMS.

Para la última fase de la eliminación harán falta mejores combinaciones de fármacos para el tratamiento de la lepra y se espera poder disponer de una vacuna. Las perspectivas de mejorar los fármacos y sus combinaciones son buenas y es de prever que en los cinco años venideros el tratamiento de la lepra sea más eficaz que hoy. También es de esperar que se intensifiquen las actividades de lucha y que se alcance así la meta de la eliminación de la lepra.

4. EXPERIENCIA EN EL USO DEL TRATAMIENTO MULTIMEDICAMENTOSO CONTRA LA LEPRO (MDT) EN MYANMAR, EN PARTICULAR EN LO QUE ATÁNE A SU ADMINISTRACIÓN POR MEDIO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El Dr. U. Tin Myint, Ex Director Adjunto, Programa de Lucha contra la Lepra, Departamento de Salud, Yangon (Myanmar), considera que la aplicación del MDT en la lucha antileprosa, en Myanmar, con la colaboración de la OMS, es un verdadero éxito. A partir de 1988 las actividades se han centrado en una zona central de Myanmar, que representa el 60% de la población con un 88% de los enfermos de lepra.

El Dr. Tin Myint se refirió a la situación de la lepra antes de la implantación del MDT. El número estimado de casos de lepra era de 700 000, de los cuales había cerca de 205 000 registrados. En Myanmar ha habido un programa de lucha contra la lepra desde 1950, basado en el uso de la monoterapia con dapsona; pero surgieron problemas con la resistencia a la dapsona, el aumento de la prevalencia de la enfermedad y la discapacidad en cerca del 26% de los casos de lepra.

El MDT se introdujo en Myanmar en 1988, inicialmente con una dotación de personal para la lucha antileprosa compuesta de unos 400 miembros. Se estableció un programa para implantar el MDT en cuatro años, a base de cubrir cada año un 25% de la zona central seleccionada, donde vivían el 88% de los enfermos de lepra. Al cabo de dos años, cubierto ya un 50% de la zona, hubo que interrumpir el programa por falta de recursos humanos. Entonces se decidió estudiar la posibilidad de administrar el MDT a través del sistema de la atención primaria de salud, dado que había más de 8000 agentes en dicho sistema. Sin embargo, se planteaban varios problemas: estos agentes no había recibido formación en la lucha contra la lepra, pesaba sobre ellos la responsabilidad de atender muchas otras enfermedades, y su atención se centraba principalmente en la curación de las enfermedades agudas. Por consiguiente, se pensó en la posibilidad de recurrir a las parteras, es decir, las agentes femeninas de atención primaria de salud. Se estudiaron sus responsabilidades, su carga de trabajo, la extensión de la zona de la que eran responsables, y el número aproximado de enfermos de lepra en esa zona, y se decidió que las parteras eran el personal más adecuado para administrar el MDT. Las parteras gozaban de la confianza de la población y de las comunidades, pero carecían de conocimientos sobre la lepra, y estas nuevas responsabilidades divergentes aumentaban su carga de trabajo. En consecuencia, se desplegaron esfuerzos por motivar y adiestrar a las parteras, y esos esfuerzos han sido coronados por el éxito. Las responsabilidades se han dividido, de manera que algunas de las parteras se ocupan de la administración y otras de la vigilancia, evitándose así la superposición de responsabilidades.

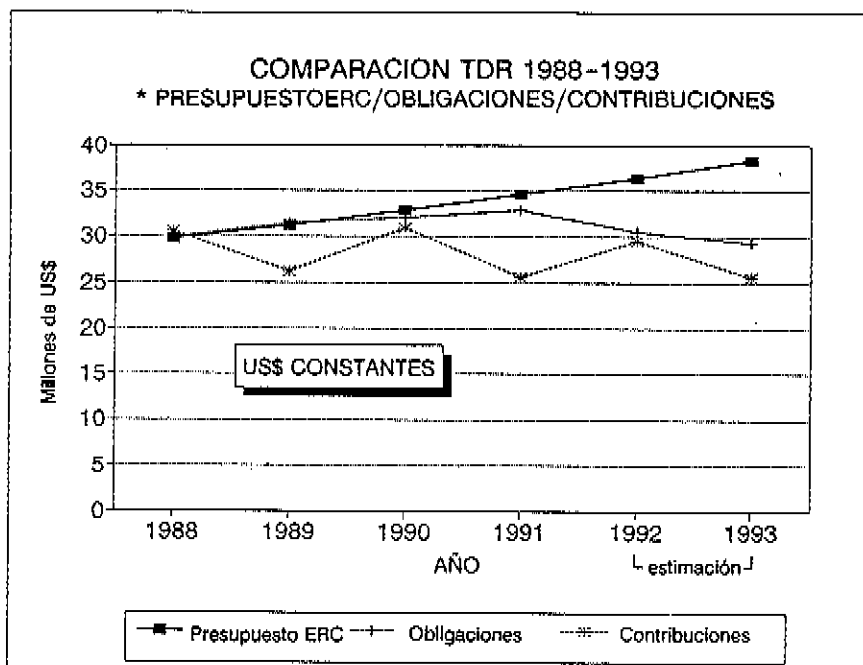
Los resultados han sido muy positivos y el número de enfermos de lepra registrados ha bajado rápidamente para pasar de 160 000 en 1988 a 80 000 en 1991. El número de enfermos a los que se administraba el MDT era de 49 000 a fines de 1991, y el número de casos acumulados que habían terminado el MDT en la misma fecha era de más de 72 000. El mayor beneficio se ha derivado del uso de esas agentes de atención primaria de salud que gozan de la confianza de la población y detectan más fácilmente los casos nuevos. En 1986 sólo se detectaron unos 6000 casos nuevos; después de la introducción del MDT se llegó a los 6500 en 1989, pero desde que las agentes de atención primaria de salud se encargan de la administración, el número de casos nuevos detectados pasa de los 9000 en 1991.

PROGRAMA ESPECIAL PNUD/BANCO MUNDIAL/OMS DE INVESTIGACIONES
Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALESDECIMOQUINTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUNGinebra, 30 de junio y 1 de julio de 1992SITUACION FINANCIERA DEL TDR EN 1990-1991 Y ESTIMACION
DE LA SITUACION FINANCIERA EN EL BIENIO 1992-1993 (US\$ 000)

<u>ORIGEN DE LOS FONDOS</u>	<u>1990-1991 REAL</u>	<u>1992-1993 ESTIMACION</u>
Balance de apertura - 1 enero	8 195,6	2 760,1
Ingresos:		
Contribuciones	62 310,3	65 735,0
Intereses y otros ingresos	4 084,8	2 165,0 a)
Total de fondos disponibles	<u>74 590,7</u>	<u>70 660,1</u>
Déficit de los fondos		<u>7 184,9</u>
Fondos totales requeridos	<u>74 590,7</u>	<u>77 845,0</u>
<u>DESTINO DE LOS FONDOS</u>		
Obligaciones/presupuesto	71 830,6	76 845,0
Balance de cierre - 31 diciembre	<u>2 760,1</u>	<u>1 000,0</u>
Total de aplicaciones	<u>74 590,7</u>	<u>77 845,0</u>

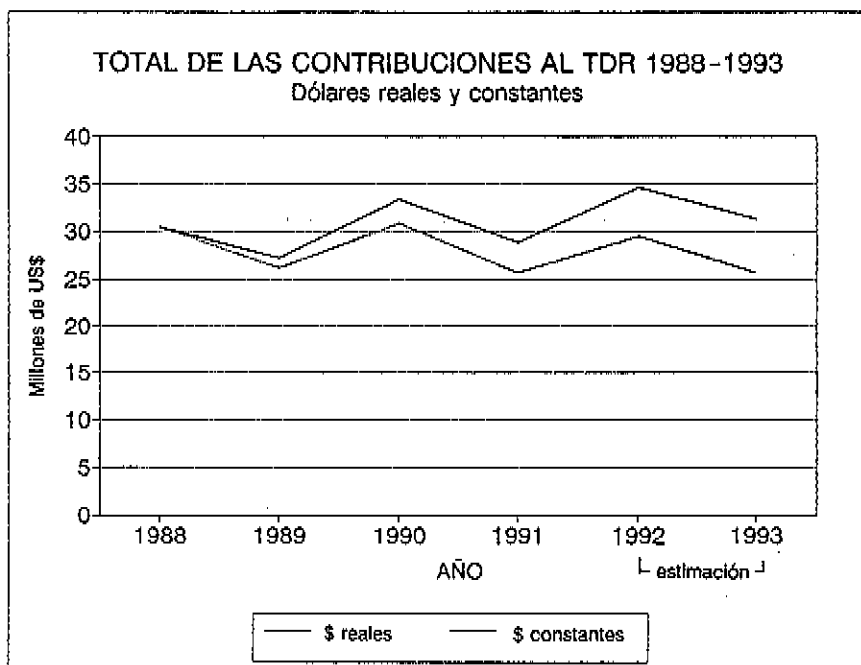
a) Los intereses se estiman en la mitad de la cuantía para 1990-1991 a causa del bajo nivel del saldo a lo largo de todo el bienio 1992-1993. Las economías netas en obligaciones pendientes de los años anteriores también se estiman en la mitad de la cuantía para 1990-1991, a causa de una vigilancia más estrecha de las obligaciones.

FIGURA 1



*ERC - Comité Externo de Revisión

FIGURA 2



Para calcular los dólares constantes se han aplicado las tasas de deflación siguientes: 3,9% (1989), 3,8% (1990) y 4,0% (1991-1993). Fuente: IMF International Financial Statistics Yearbook 1991.

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

DECIMOQUINTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Ginebra, 30 de junio y 1 de julio de 1992

COMPOSICION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN
(en 1 de enero de 1993)

Lista de mandatos

Alemania	hasta el 31 de diciembre de 1995
Arabia Saudita	hasta el 31 de diciembre de 1995
Argelia	hasta el 31 de diciembre de 1995
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 1995
Cuba	hasta el 31 de diciembre de 1995
Dinamarca	hasta el 31 de diciembre de 1995
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
Malasia	hasta el 31 de diciembre de 1995
Malta	hasta el 31 de diciembre de 1995
Nepal	hasta el 31 de diciembre de 1995
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
Senegal	hasta el 31 de diciembre de 1994
Suecia	hasta el 31 de diciembre de 1995
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
Viet Nam	hasta el 31 de diciembre de 1995

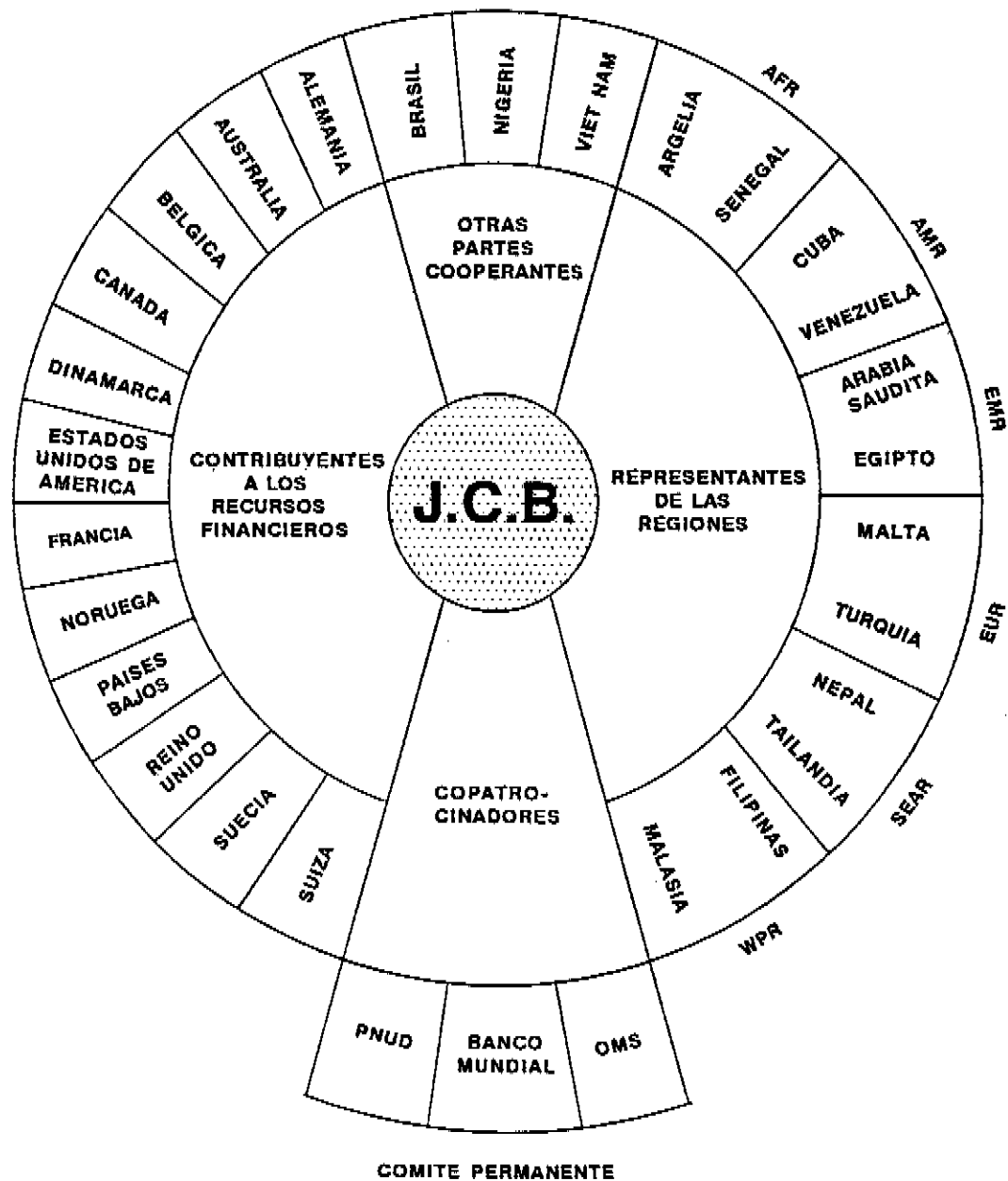
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

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 1993)**



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

DECIMOQUINTA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Ginebra, 30 de junio y 1 de julio de 1992

COMPOSICION DEL COMITE CONSULTIVO CIENTIFICO Y TECNICO (STAC)

(en 1 de enero de 1993)

<u>Nombre y título</u>	<u>Duración del nombramiento</u>
AGABIAN, Prof. Nina M., Directora, Intercampus Program, Parasitología Molecular, Escuela de Farmacia, y Profesora de Química Farmacéutica, Universidad de California, San Francisco, y Profesora de Ciencias Biomédicas y de Higiene Ambiental, Escuela de Salud Pública, Universidad de California, Berkeley, California, <u>ESTADOS UNIDOS DE AMERICA</u>	hasta el 31 de diciembre de 1995
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 1993
CASTILLO, Prof. Gelia, T., Profesora de Sociología Rural, Departamento de Educación Agrícola y Estudios Rurales, Colegio de Agricultura, Universidad 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 1993
GARATTINI, Prof. S. Director, Instituto «Mario Negri» de Investigaciones Farmacológicas, Milán, <u>ITALIA</u>	hasta el 31 de diciembre de 1993
JAMISON, Prof. D. T., Profesor, Escuela de Graduados en Pedagogía y 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, Instituto Nacional de Salud Pública, Helsinki, <u>FINLANDIA</u>	hasta el 31 de diciembre de 1993

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

COMPOSICION DEL STAC (1993) (continuación)

<u>Nombre y titulo</u>	<u>Duración del nombramiento</u>
MOLYNEUX, Prof. D. H., Director, Escuela de Medicina Tropical de Liverpool, Liverpool, <u>REINO UNIDO</u>	hasta el 31 de diciembre de 1993
MOREL, Dr. C. M., Jefe, Departamento de Bioquímica y Biología Molecular, e Investigador Asociado/ Principal, Instituto Oswaldo Cruz, Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, <u>BRASIL</u>	hasta el 31 de diciembre de 1995
PIKE, Prof. M. C., Profesor y 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 1993
RAJEWSKY, Prof. K., Profesor de Genética Molecular, Facultad de Ciencias, Universidad de Colonia, Colonia, <u>ALEMANIA</u>	hasta el 31 de diciembre de 1993
RAMA RAO, Dr. A. V., Director, Instituto Indio de Tecnología Química, Hyderabad, <u>INDIA</u>	hasta el 31 de diciembre de 1995
RILEY, Prof. I. D., Profesor de Salud Tropical y Director, Programa de Educación en Salud Tropical, y Director de los Cursos de Salud Pública, Universidad de Queensland, Brisbane, <u>AUSTRALIA</u>	hasta el 31 de diciembre de 1995
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, Directora Nacional de Salud, Ministerio de Salud, Maputo, <u>MOZAMBIQUE</u>	hasta el 31 de diciembre de 1994
SANSONETTI, Dr. P. J., Jefe, Servicio de Patogenia Bacteriana Molecular y Presidente, Departamento de Bacteriología y Micología, Instituto Pasteur, y Presidente, Comisión de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, Instituto Nacional de Investigaciones de Salud y Medicina, París, <u>FRANCIA</u>	hasta el 31 de diciembre de 1995
SERGIEV, Dr. V. P., Director, Instituto Martsinovsky de Parasitología Médica y Medicina Tropical, Moscú, <u>FEDERACION DE RUSIA</u>	hasta el 31 de diciembre de 1993
SHIMAO, Dr. T., Presidente, Junta de Directores, Asociación Antituberculosa del Japón, Tokio, <u>JAPON</u>	hasta el 31 de diciembre de 1993