



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

~~SEPTIMA~~
DECIMOSEPTIMA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN (JCB)

Sede de la OMS, Ginebra, Suiza
28 y 29 de junio de 1994

INDICE

	<u>Página</u>
1. INTRODUCCION	2
2. INFORME DEL COMITE PERMANENTE	2
3. EL TDR HACIA EL AÑO 2000	3
4. REVISION AD HOC DE LA OMS DE LAS INVESTIGACIONES Y EL DESARROLLO SANITARIOS	5
5. PRESENTACIONES TECNICAS SOBRE ASPECTOS DESTACADOS DE LOS PROGRESOS CIENTIFICOS RECIENTES	6
6. MIEMBROS DEL COMITE CONSULTIVO CIENTIFICO Y TECNICO (STAC)	6
7. ASUNTOS FINANCIEROS	7
7.1 Opinión del Comisario de Cuentas de la OMS y Declaración sobre la situación de los fondos para el Fondo de Depósito del TDR en 31 de diciembre de 1993, e Informe Financiero para el bienio 1992-1993	7
7.2 Situación financiera en el bienio 1994-1995 y Reajustes en el Presupuesto del Programa para el bienio	7
8. SELECCION DE UN MIEMBRO DE LA JCB DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL PARRAFO 2.2.3 DEL PROTOCOLO DE ACUERDO DEL TDR	9
9. FECHA Y LUGAR DE LA DECIMOCTAVA REUNION DE LA JCB	9
10. CLAUSURA DE LA REUNION	9
ANEXO 1 Lista de Participantes [documento TDR/JCB(17)/94.2 Rev.1]	10
ANEXO 2 Resumen del discurso de apertura de la JCB(17) pronunciado por el Dr. R. H. Henderson, Subdirector General de la OMS y Coordinador del Programa Especial, en representación del Dr. H. Nakajima, Director General de la OMS	18
ANEXO 3 Orden del día [documento TDR/JCB(17)/94.1 Rev.1]	19
ANEXO 4 Resúmenes de las presentaciones efectuadas conforme al punto 6 del orden del día - El TDR hacia el año 2000 - por el Dr. T. Godal, Director del TDR; el Dr. E. M. Samba, Director del OCP; el Dr. P. de Raadt, Director de la CTD; el Profesor B. R. Bloom, Presidente del STAC; y el Dr. C. Marchal, Presidente de la JCB	21

ANEXO 5	Resumen de los principales aspectos que han surgido de la reunión oficiosa de representantes de los países en desarrollo que asistieron a la JCB(17), celebrada el 29 de junio de 1994, para examinar la posibilidad de una colaboración más activa con el TDR	39
ANEXO 6	Resúmenes de las presentaciones técnicas a la JCB(17) sobre los aspectos destacados de los progresos científicos recientes	40
ANEXO 7	Composición del Comité Consultivo Científico y Técnico (STAC) en 1 de enero de 1995	47
ANEXO 8	Composición de la Junta Coordinadora Común en 1 de enero de 1995	49

1. INTRODUCCION

Los representantes de 27 gobiernos - miembros electos de la Junta Coordinadora Común (JCB) - y de los tres organismos copatrocinadores del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR), se reunieron en la JCB(17) en la sede de la OMS, en Ginebra, los días 28 y 29 de junio de 1994. Participaron también en la reunión, en calidad de observadores oficiales, los representantes de 13 gobiernos y de 12 organizaciones. En el anexo 1 [documento TDR/JCB(17)/94.2 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. R. H. Henderson, Subdirector General de la OMS y Coordinador del Programa Especial, en representación del Dr. H. Nakajima, Director General de la OMS. En el anexo 2 se resume el discurso que pronunció en la JCB(17).

Presidió la JCB(17) el Dr. C. Marchal, Director de Investigaciones en el Instituto Nacional de Investigaciones Sanitarias y Médicas (INSERM) y Responsable de la Coordinación de las Investigaciones Médicas, Subdirección de Salud y Desarrollo Social, Ministerio de Cooperación, París (Francia), quien había sido elegido en 1993 Presidente de la Junta por dos años, para las JCB(16) y JCB(17). La JCB(17) eligió al Dr. M. Jegathesan, Director General Adjunto de Salud (Investigaciones y Apoyo Técnico), Ministerio de Salud, Kuala Lumpur, Malasia, como Vicepresidente de la Junta hasta su decimoctava reunión en 1995.

La Junta adoptó el orden del día tal como se había presentado [documento TDR/JCB(17)/94.1 Rev.1, adjuntado como anexo 3].

La JCB(17) aprobó el informe de la decimosexta reunión de la Junta Coordinadora Común [documento TDR/JCB(16)/93.3].

2. INFORME DEL COMITE PERMANENTE

La Junta examinó los asuntos a los que se hacía referencia en el informe del Comité Permanente [documento TDR/JCB(17)/94.4], que fue presentado por el Dr. B. Liese, Director del Departamento de Servicios de Salud, del Banco Mundial.

La JCB(17):

i) Tomó nota con satisfacción de la colaboración del TDR con otras organizaciones activas en esferas análogas y con la industria farmacéutica. Alentó al Programa a mantener esa colaboración y a seguir teniendo informada a la JCB. Recomendó que los documentos públicos que se refieran a esta colaboración y a estos esfuerzos comunes describan las aportaciones de todos los asociados.

ii) Acogió con satisfacción las actividades del TDR relacionadas con las comunicaciones y destacó la importancia de los contactos con los medios de comunicación de los países endémicos.

iii) Alentó al Programa a continuar sus esfuerzos para obtener los fondos adicionales necesarios para alcanzar el nivel del presupuesto del TDR aprobado.

iv) Se congratuló de la iniciativa de establecer la Fundación para las Enfermedades Tropicales privada. Pidió al Comité Permanente del TDR que volviera a examinar el proyecto de estatutos de la Fundación y el contenido del acuerdo de cooperación entre la Fundación y la OMS/TDR/División de Lucha contra las Enfermedades Tropicales (CTD), teniendo presente los requisitos jurídicos y las preocupaciones manifestadas por la JCB, a saber, que: i) la Fundación debería ser jurídica y administrativamente independiente; ii) sus recursos se deberían ajustar a las prioridades del TDR/CTD; y iii) la recaudación de fondos para la Fundación debería ser complementaria de la recaudación de fondos para el TDR con el fin de asegurarse de que no habría ningún desvío de las contribuciones que se aportarían, de otro modo, directamente al Programa. Pidió al Comité Permanente que informara a la JCB(18) en 1995 sobre los progresos realizados.

v) Reiteró que la modalidad preferida de financiación del TDR era por medio de contribuciones para fines no especificados.

vi) Hizo suyas las decisiones del Comité Permanente de aceptar:

- 1) los fondos «transitorios» del Gobierno de los Países Bajos destinados al proyecto de desarrollo de fármacos antipalúdicos basados en *Artemisia annua*;
- 2) otras contribuciones del Gobierno de los Países Bajos, si son aprobadas por el Gobierno, destinadas a prolongar por tres años el proyecto de *Artemisia annua*;
- 3) con carácter excepcional, las contribuciones destinadas a la Revisión *Ad Hoc* de la OMS de las investigaciones y el desarrollo sanitarios.

vii) Accedió a mantener las normas de la política actual relativa a los fondos con finalidad determinada en general. Sin embargo, en casos excepcionales, autorizó al Comité Permanente a aceptar, previa consulta por escrito del Presidente y Vicepresidente de la JCB en representación de la Junta, otras contribuciones destinadas a proyectos concretos, a condición de que se ajustaran a las prioridades del TDR y de que el Programa mantuviera el control científico, en la inteligencia de que todos los casos se comunicarían a la JCB en su reunión siguiente para obtener su acuerdo. Autorizó al Presidente y al Vicepresidente de la JCB a que decidieran si el proyecto o los proyectos de que se trate: a) podían proseguirse; b) requerían que se efectuaran otras consultas a determinados miembros de la Junta; o c) podían esperar a que la Junta en pleno diera su aprobación en su próxima reunión.

3. EL TDR HACIA EL AÑO 2000

La JCB(17) examinó los progresos científicos y técnicos del TDR y las metas actuales con arreglo a la nueva estrategia del TDR hacia el año 2000, sobre los que se facilitaron detalles a la Junta en el documento TDR/JCB(17)/94.5. El Dr. T. Godal, Director del TDR, presentó a la Junta un cuadro general de los progresos y las orientaciones del Programa con arreglo a la estrategia. En el anexo 4 figura un resumen de la presentación del Dr. Godal.

En su exposición, el Dr. Godal se refirió a la colaboración del TDR con el Programa de Lucha contra la Oncocercosis en Africa occidental (OCP) y con la División de Lucha contra las Enfermedades Tropicales de la OMS (CTD), especialmente con respecto a la gestión y realización de investigaciones aplicadas sobre el terreno. El

Dr. E. M. Samba, Director del OCP, y el Dr. P. de Raadt, Director de la CTD, dieron amplias explicaciones sobre la colaboración del TDR con sus programas respectivos, y en el anexo 4 figura un resumen de sus declaraciones.

La JCB(17) examinó el Informe de la decimosexta reunión del Comité Consultivo Científico y Técnico (STAC) (documento TDR/STAC-16/94.3), presentado por el Profesor B. R. Bloom, Presidente del STAC. En su presentación, el Profesor Bloom se refirió a las actividades de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones del Programa en el contexto de las investigaciones aplicadas sobre el terreno, respecto de lo cual la JCB(16) había pedido un informe [documento TDR/JCB(17)/94.6]. En el anexo 4 se resume el informe del Profesor Bloom.

Además, el Dr. Marchal, Presidente de la JCB, hizo un breve informe de su asistencia al STAC-16. En el anexo 4 se resume el informe del Dr. Marchal.

El 29 de junio de 1994, durante la pausa para el almuerzo, se celebró una reunión oficiosa de representantes de los países en desarrollo que asistían a la JCB(17). El objetivo de la reunión era examinar la posibilidad de establecer una colaboración más activa entre los países en desarrollo y el TDR. En el anexo 5 se hace un resumen de las principales cuestiones que surgieron en la reunión.

La JCB(17):

i) Se manifestó satisfecha de que las actividades realizadas en el marco de la nueva estrategia del TDR hacia el año 2000 se estuvieran realizando con arreglo a lo previsto.

ii) Pidió al Programa que siguiera supervisando la puesta en práctica de la estrategia y que evaluara la parte correspondiente a las actividades relacionadas con enfermedades concretas en el marco de los tres sectores consolidados de las investigaciones estratégicas, las actividades de investigación y desarrollo de productos y las investigaciones aplicadas sobre el terreno.

iii) Aprobó el equilibrio de los recursos asignados a investigaciones estratégicas, actividades de investigación y desarrollo de productos e investigaciones aplicadas sobre el terreno. Insistió en que no se deberían hacer más reducciones en las investigaciones estratégicas, cuyas actividades eran importantes para proporcionar los instrumentos futuros necesarios, especialmente teniendo presente problemas como el de la resistencia a los fármacos.

iv) Reiteró la importancia de tener en cuenta las necesidades y prioridades nacionales de investigación con arreglo a la nueva estrategia y volvió a destacar la necesidad de garantizar la participación constante de científicos de los países endémicos en desarrollo en todos los aspectos de las actividades del TDR.

v) Insistió en la importancia de las actividades del TDR con respecto a todos los sectores de las enfermedades endémicas.

vi) Se felicitó de las investigaciones aplicadas sobre el terreno del Programa y apoyó la prioridad dada a las actividades del Grupo Especial altamente prioritarias, pero subrayó la conveniencia de mantener las investigaciones iniciadas por investigadores dentro de este sector.

vii) Volvió a insistir en la importancia de que se establezcan estrechos vínculos entre las investigaciones aplicadas sobre el terreno y las actividades de lucha contra las enfermedades.

viii) Señaló la necesidad de mantener unos lazos estrechos entre el fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones y las investigaciones aplicadas sobre el terreno, especialmente en los países menos adelantados.

ix) Elogió el aumento de la atención que se estaba prestando a las necesidades de fortalecer la capacidad de investigación de los países menos adelantados.

x) Acordó aplazar el examen de las funciones y actividades del Grupo de Fortalecimiento de las Investigaciones de 1995 a 1997 e incluir este examen en el mandato de la tercera revisión externa del TDR.

xi) Tomó nota de las numerosas actividades de capacitación en curso sufragadas por el Programa, pero manifestó su preocupación por la decisión de no solicitar en 1994 propuestas relativas a las subvenciones para la formación prolongada de investigadores debido a las restricciones financieras del Programa. Instó a que en 1995 o a finales de 1994 se solicitaran propuestas relativas a las subvenciones de ese tipo, si se podían obtener otros fondos.

xii) Tomó nota con agrado de la satisfactoria colaboración entre las actividades de investigación sobre la lepra y la tuberculosis. Accedió a la continuación de las investigaciones sobre la lepra y a la revisión de este componente y de otros durante la tercera revisión externa del TDR prevista para 1997-1998.

xiii) Se felicitó de la mayor prioridad reconocida a las investigaciones en función del sexo.

xiv) Acogió con satisfacción la iniciativa de los representantes de los países en desarrollo que asistieron a la JCB(17) de incorporar a los órdenes del día futuros de la JCB un punto relativo a la función de los países en desarrollo en el TDR y en las actividades de investigación, capacitación y lucha relacionadas con las enfermedades tropicales.

xv) Expresó su satisfacción por la intensificación de la colaboración, especialmente con respecto a las investigaciones aplicadas sobre el terreno, entre el TDR y la División de Lucha contra las Enfermedades Tropicales (CTD) de la OMS.

xvi) Dio las gracias al Dr. P. de Raadt, Director de la CTD, por sus esfuerzos personales a lo largo de los años para intensificar la colaboración con el TDR y le manifestó sus mejores deseos para su jubilación.

xvii) Elogió las exposiciones del Dr. T. Godal, Director del TDR, y del Profesor B. R. Bloom, Presidente del Comité Consultivo Científico y Técnico.

4. REVISION AD HOC DE LA OMS DE LAS INVESTIGACIONES Y EL DESARROLLO SANITARIOS

El Profesor Bloom, Presidente del STAC, que había asistido a la primera reunión del Comité *Ad Hoc* de la OMS sobre Investigaciones Sanitarias Relacionadas con las Futuras Opciones de Intervención, celebrada en Ginebra los días 10 y 11 de marzo de 1994 inmediatamente después de la decimosexta reunión del STAC, informó sobre los antecedentes del examen, su objetivo y los criterios elaborados en la reunión. El informe sobre los progresos realizados en la revisión *ad hoc* de la OMS, hasta mayo de 1994, se presentó a la JCB(17) a título de información.

Se comunicó a la Junta que la revisión, solicitada por la JCB(16), de las enfermedades objeto del TDR en relación con la carga de las enfermedades y otros determinantes para el establecimiento de prioridades, no se había realizado a la luz de la realización de la Revisión *ad hoc* de la OMS de las Investigaciones y el Desarrollo Sanitarios. La revisión *ad hoc* de la OMS respondería de una manera global a la solicitud de la JCB de un examen de las enfermedades objeto del TDR y examinaría las prioridades de las investigaciones y el desarrollo sanitarios desde una perspectiva más amplia. Aportaría igualmente una información importante para la tercera revisión externa del TDR con miras a examinar el conjunto de las enfermedades objeto del TDR.

La JCB(17):

i) Tomó nota del informe sobre los progresos realizados con respecto a la Revisión *Ad Hoc* de la OMS de las Investigaciones y el Desarrollo Sanitarios y espera examinar el proyecto de informe final en la decimoctava reunión de la Junta en 1995.

ii) Tomó nota de que la revisión analizará las prioridades de las investigaciones y el desarrollo sanitarios desde una perspectiva amplia.

iii) Acordó que, después de la revisión, podría seguir siendo necesario realizar el examen de las enfermedades objeto del TDR en relación con la carga que representan las enfermedades y otros determinantes para el establecimiento de prioridades, tal como solicitó la JCB(16).

5. PRESENTACIONES TECNICAS SOBRE ASPECTOS DESTACADOS DE LOS PROGRESOS CIENTIFICOS RECIENTES

En la JCB(17) se hicieron cuatro presentaciones técnicas centradas en aspectos destacados de los progresos científicos recientes. En el anexo 6 se resumen las presentaciones enumeradas a continuación.

<u>Presentación</u>	<u>Presentador</u>
Avances recientes en el diagnóstico, la patología y la quimioterapia de la filariasis linfática	Dra. Gerusa Dreyer, Centro de Investigaciones Aggeu Magalhaes de la Fundación Oswaldo Cruz, Recife, Brasil
El Programa Nacional de Gambia de Mosquiteros Impregnados	Dr. Mohammadou Kabir Cham, Director de Programa, Programa Nacional de Mosquiteros Impregnados, Laboratorios del Consejo de Investigaciones Médicas, Fajara, Banjul, Gambia
Doble riesgo: Las mujeres y la lepra en la India	Sra. Seema Khot, Instituto de Investigaciones Agharkar, Pune, India
Resultados finales de la fase III de los Ensayos Clínicos de Arteméter sobre el Paludismo Polifarmacoresistente	Profesor Juntra Karbwang, Jefe de Farmacología Clínica, Facultad de Medicina Tropical, Universidad Mahidol, Bangkok, Tailandia

La JCB(17) elogió la excelencia de las presentaciones.

6. MIEMBROS DEL COMITE CONSULTIVO CIENTIFICO Y TECNICO (STAC)

Dadas las preocupaciones manifestadas por la JCB(16) con respecto a la composición futura del STAC, el 1 de enero de 1995 se presentaron a la JCB(17) candidaturas para pasar a ser miembro, con miras a obtener su aprobación, junto con propuestas provisionales relativas a la composición de la Junta a partir de 1996 para que la Junta procediera a un examen preliminar.

La JCB(17):

i) Aprobó las candidaturas propuestas para ser miembros del STAC a partir del 1 de enero de 1995. La lista de los miembros con sus mandatos figuran en el anexo 7.

ii) Se felicitó de la posibilidad de revisar la composición del STAC en un plazo de dos años.

7. ASUNTOS FINANCIEROS

7.1 Opinión del Comisario de Cuentas de la OMS y Declaración sobre la situación de los fondos para el Fondo de Depósito del TDR en 31 de diciembre de 1993, e Informe Financiero para el bienio 1992-1993

El Dr. K. Behbehani, administrador del TDR, presentó un informe detallado de la situación financiera del Programa en el bienio 1992-1993. El Programa había dispuesto de fondos considerablemente menores que en 1990-1991, lo que motivó que el presupuesto para 1992-1993 se tuviera que reducir desde el nivel aprobado por la JCB de US\$ 76,8 millones a US\$ 70,7 millones, alcanzando las obligaciones efectivas (gastos) la cifra de US\$ 67,8 millones. En el cuadro 1 se dan detalles sobre la situación financiera del Programa en 1992-1993.

La Junta examinó y aceptó la Opinión del Comisario de Cuentas 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 1993 [documento TDR/JCB(17)/94.8] y el Informe Financiero correspondiente al bienio 1992-1993 [documento TDR/JCB(17)/94.9].

7.2 Situación financiera en el bienio 1994-1995 y Reajustes en el Presupuesto del Programa para el bienio

La Junta recibió datos sobre la situación financiera estimada del Programa en el bienio 1994-1995 e información sobre un presupuesto de Operaciones para 1994, con inclusión de las repercusiones de los costos de los servicios de Personal, tal como figuran en el documento TDR/JCB(17)/94.10.

El presupuesto del TDR siguió disminuyendo. En 1992-1993, del nivel aprobado de US\$ 76,8 millones, el presupuesto había descendido a US\$ 70,7 millones, con unas obligaciones efectivas de US\$ 67,8 millones. Para 1994-1995 la JCB(16) había aprobado un presupuesto de US\$ 66,7 millones, basado no en las necesidades, sino en el nivel de fondos de que se estimó se dispondría. Ahora las estimaciones eran incluso menores (US\$ 63,3 millones) y el TDR se había visto obligado a establecer un presupuesto de operaciones para 1994, inicialmente al nivel del 45% del presupuesto total para 1994-1995. El presupuesto se volvería a ajustar de acuerdo con las contribuciones que se recibieran realmente y de conformidad con los procedimientos de revisión del presupuesto aprobados por la JCB. Se preveía un déficit de US\$ 4,3 millones, lo que arrojaría un sobrante mínimo de US\$ 1 millón para el bienio 1996-1997. El cuadro 1 contiene información sobre la situación financiera estimada en el bienio 1994-1995, que pone de manifiesto el déficit previsto.

CUADRO 1

SITUACION FINANCIERA DEL TDR EN 1990-1991 Y 1992-1993 Y ESTIMACION
DE LA SITUACION FINANCIERA EN EL BIENIO 1994-1995 (US\$ 000)

<u>ORIGEN DE LOS FONDOS</u>	<u>1990-91</u> <u>REAL</u>	<u>1992-93</u> <u>REAL</u>	<u>1994-95</u> <u>ESTIMACION</u>
Balance de apertura - 1 de enero	8 195,6	2 755,0	1 815,6
Ingresos:			
Contribuciones	62 310,3	64 307,6	59 369,2
Intereses y otros ingresos	<u>4 079,7</u>	<u>2 575,2</u>	<u>2 150,0</u>
Total de fondos disponibles	<u>74 585,6</u>	<u>69 637,8</u>	<u>63 334,8</u>
Déficit de los fondos	_____	_____	<u>4 342,7</u>
Fondos totales requeridos	<u>74 585,6</u>	<u>69 637,8</u>	<u>67 677,5</u>
<u>DESTINO DE LOS FONDOS</u>			
Obligaciones/presupuesto	71 830,6	67 822,2	66 677,5
Balanza de cierre - 31 de diciembre	<u>2 755,0</u>	<u>1 815,6</u>	<u>1 000,0</u>
Total de aplicaciones	<u>74 585,6</u>	<u>69 637,8</u>	<u>67 677,5</u>

Ha habido que reducir el personal. En el bienio 1992-1993, se habían eliminado 15 puestos y en el bienio 1994-1995 habían quedado abolidos otros 4,5 puestos. El personal del TDR alcanzó un nivel mínimo para realizar el conjunto actual de actividades. Dada la disminución del presupuesto de operaciones para 1994, se habían congelado otros 4,5 puestos vacantes, no se habían renovado dos contratos de funcionarios de la categoría profesional y se había reducido la asistencia de temporeros así como el pago de horas extraordinarias. A pesar de estas medidas, en 1994 se preveía que el 20,7% de las obligaciones se asignarían a servicios de Personal. Era de esperar que la situación fuera transitoria dado que en 1995-1996 se jubilarían cinco funcionarios del TDR.

Es aún más importante que nuevas reducciones de las actividades del TDR impedirían la creación de nuevos productos de lucha contra las enfermedades tropicales, sus ensayos clínicos y la transferencia a los programas de lucha contra las enfermedades y, por supuesto, los más afectados serían las personas que sufren de enfermedades tropicales.

La JCB(17):

i) Tomó nota con preocupación de la situación financiera estimada para el bienio 1994-1995. Diecisiete participantes en la JCB señalaron que mantendrán su apoyo financiero al Programa.

ii) Encomió al Programa por sus esfuerzos para atenerse a su política de asignación de más del 70% de los recursos a Operaciones (fondos para contratos de investigación y desarrollo y para reforzar la capacidad de investigación) y por mantener los servicios de Personal por debajo del 20% del presupuesto, pero acordó autorizar cierta flexibilidad en vista de las restricciones financieras actuales.

iii) Insistió en la necesidad de un equilibrio adecuado entre la financiación de los componentes del genoma parasitario y de la patogénesis del presupuesto para investigaciones estratégicas.

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

La Junta eligió al Gobierno de Francia como miembro de la JCB por un periodo de tres años a partir del 1 de enero de 1995.

La composición de la Junta Coordinadora Común en 1 de enero de 1995 figura en el anexo 8.

9. FECHA Y LUGAR DE LA DECIMOCTAVA REUNION DE LA JCB

El Gobierno de Luxemburgo se había ofrecido a ser anfitrión de la decimoctava reunión de la Junta Coordinadora Común en condiciones que supondrían un ahorro sustancial para los recursos del TDR en comparación con la celebración de la JCB(18) en Ginebra. El Gobierno se había ofrecido análogamente a ser anfitrión de la decimoquinta reunión de Partes Interesadas en el Programa de Lucha contra las Enfermedades Diarreicas (CDD) y en el Programa de Lucha contra las Infecciones Respiratorias Agudas (ARI), que normalmente se celebrarían inmediatamente después de la JCB(18). El Gobierno había propuesto que las reuniones tuvieran lugar en el Centro de Conferencias Kirchberg de Luxemburgo. Sin embargo, cada año durante el mes de junio este Centro se reserva para reuniones del Consejo de la Unión Europea.

La JCB(17) agradeció al Gobierno de Luxemburgo su oferta de hospedar a la JCB(18) en 1995. La Junta decidió que la decimoctava reunión de la Junta Coordinadora Común se celebraría excepcionalmente fuera de la sede de la OMS en Ginebra y tendría lugar en el Centro de Conferencias Kirchberg de Luxemburgo, los días martes y miércoles 4 y 5 de julio de 1995. Esta decisión se sometió al acuerdo de la decimocuarta reunión de las Partes Interesadas en los Programas CDD/ARI de celebrar la decimoquinta reunión en Luxemburgo inmediatamente después de la JCB(18).

[Posteriormente la decimocuarta reunión de las Partes Interesadas en los Programas CDD/ARI acordó celebrar la decimoquinta reunión en Luxemburgo inmediatamente después de la JCB(18), los días 6 y 7 de julio de 1995.]

10. CLAUSURA DE LA REUNION

El Dr. Marchal, Presidente de la JCB, dio las gracias a los representantes de los miembros y los observadores de la JCB por su participación activa en las deliberaciones de la Junta, así como a los intérpretes por haber facilitado la comunicación entre los participantes. Manifestó asimismo su agradecimiento al personal por la excelente preparación de la reunión y por su apoyo y cooperación.

TDR/JCB(17)/94.2 Rev.1

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

DECIMOSEPTIMA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Sede de la OMS, Ginebra, 28 y 29 de junio de 1994

Sala del Consejo Ejecutivo

LISTA DE PARTICIPANTES

ALGERIA

Monsieur le Professeur Abdelouahab DIF, Directeur de la Prévention, Ministère de la Santé et de la Population, Alger

Monsieur Sid Ali BRANCI, Premier Secrétaire, Mission permanente de la République algérienne démocratique et populaire auprès de l'Office des Nations Unies et des Organisations internationales en Suisse

AUSTRALIA

Mr Christopher KNOTT, First Secretary, Permanent Mission of Australia to the United Nations Office at Geneva

BANGLADESH

Professor Mohammad NURUN NABI, Director General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Government of the People's Republic of Bangladesh, Dhaka

BELGIUM

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

Monsieur Geert MUYLLE, 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 and Environment, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro

CANADA

Ms Ardith MOLSON, Senior Programme Manager, Multilateral Technical Cooperation, Canadian International Development Agency, Hull

Dr Jean LARIVIERE, Senior Medical Adviser, Intergovernmental and International Affairs, Ministry of Health, Ottawa

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

CANADA (continued)

Ms Jean PERLIN, Deputy Director, Economic Relations with Developing Countries Division,
Ministry of Foreign Affairs, Ottawa

CUBA

Professor Gustavo P. KOURÍ, Director, Institute of Tropical Medicine "Pedro Kourí",
La Habana

DENMARK

Dr Finn SCHLEIMANN, Technical Adviser (Health), Danish International Development Agency
(DANIDA), Ministry of Foreign Affairs, Copenhagen

EGYPT

Dr Mohamed Nabil GALAL, Technical Manager, Schistosomiasis Research Project, Ministry of
Health, Cairo

Dr Abd El Nasser Mohammed AHMED, Monitoring Coordinator, Acute Respiratory Disease
Control Programme, Ministry of Health, Cairo

Dr Omsy Sidhom KOLTA, Control of Diarrhoeal Disease Programme, Ministry of Health, Cairo

FRANCE

Monsieur le Docteur Christian MARCHAL, Directeur de Recherche à l'INSERM, et Chargé de
Mission, Sous-Direction de la Santé et du Développement social, Ministère de la
Coopération, Paris

Monsieur le Professeur Gilles BRUCKER, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la
Recherche, Paris

GERMANY

Dr Peter WEIS, Senior Medical Officer, Health, Population and Nutrition Division, German
Agency for Technical Cooperation, Eschborn

Dr Michael REUSS, Second Secretary, Permanent Mission of Germany to the United Nations
Office and other International Organizations at Geneva

MALAYSIA

Dato Dr Manikavasagam JEGATHESAN, Deputy Director-General of Health (Research and
Technical Support), Ministry of Health, Kuala Lumpur

MALTA

Professor Herbert M. GILLES, Visiting Professor of Public Health, University of Malta
Medical School, Guardamangia

NEPAL

Dr Shekhar KOIRALA, Rector, B.P. Koirala Institute of Health Sciences, Ghopa, Dharan

NETHERLANDS

Mr Martin DE LA BEY, Senior Officer, Special Programme for Research, Directorate General
for International Cooperation, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

NETHERLANDS (continued)

Ms A. M. VAN BOLHUIS, Multilateral Development Cooperation and Special Programmes
Department, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Mr Willem VAN REENEN, First Secretary, Permanent Mission of the Kingdom of the
Netherlands to the United Nations Office and International Organizations at Geneva

NORWAY

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

Dr Bernt LINDTJØRN, Adviser, Centre for International Health, University of Bergen,
Bergen

Mr Oivind VIDNES, Counsellor, Permanent Mission of Norway to the United Nations Office
and to other International Organizations at Geneva

PHILIPPINES

Dr Remigio M. OLVEDA, Director, Research Institute for Tropical Medicine, Department of
Health, Alabang, Muntinlupa, Metro Manila

SAUDI ARABIA

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

SENEGAL

Monsieur le Docteur Mandiaye LOUME, Conseiller technique en Santé publique chargé de la
Formation, Ministère de la Santé et de l'Action sociale, Dakar

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

Dr Anders BJÖRKMAN, Consultant, Swedish Agency for Research Cooperation with Developing
Countries (SAREC), and Associate Professor-Senior Lecturer, Karolinska Institute,
Danderyd Hospital, Danderyd

SWITZERLAND

Monsieur le Docteur Matthias KERKER, Service des Ressources humaines, Secteur Santé,
Direction de la Coopération au Développement et de l'Aide humanitaire, Département
fédéral des Affaires étrangères, Bern

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

THAILAND

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

TURKEY

Professor Recep AKDUR, Department of Community Health, Faculty of Medicine, University of Ankara, Ankara

UNITED KINGDOM OF GREAT BRITAIN AND NORTHERN IRELAND

Dr Penelope KEY, Deputy Head, Health and Population Division, Overseas Development Administration, London

Mr Brian THORPE, Head, International Health Section, Health and Population Division, Overseas Development Administration, London

Mr Edward CHAPLIN, Deputy Permanent Representative of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Mr Timothy M. J. SIMMONS, First Secretary, Permanent Mission of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

Miss Sarah BOARDMAN, Third Secretary, Permanent Mission of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland to the United Nations Office and other International Organizations at Geneva

UNITED STATES OF AMERICA

Dr Constance CARRINO, Chief, Communicable Diseases Division, Office of Health and Nutrition, Bureau for Global Programs, Field Support and Research, Agency for International Development, Washington, D.C.

Dr Dennis CARROLL, Communicable Diseases Division, Office of Health and Nutrition, Bureau for Global Programs, Field Support and Research, Agency for International Development, Washington, D.C.

Dr Caryn MILLER, Deputy Chief, Applied Research, Office of Health and Nutrition, Bureau for Global Programs, Field Support and Research, Agency for International Development, Washington, D.C.

Dr John Paul CLARK, Scientific Adviser, Africa Bureau, Agency for International Development, Washington, D.C.

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

VENEZUELA

Monsieur le Docteur Orlando J. CASTEJON SANDOVAL, Attaché (Affaires scientifiques), Mission permanente du Venezuela auprès de l'Office des Nations Unies et des autres Organisations internationales ayant leur siège à Genève

VIET NAM

Professor DANG DUC TRACH, Deputy Director, National Institute of Hygiene and Epidemiology, Hanoi

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP)

Dr Gurinder S. SHAHI, Health Planning Officer, 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 ORGANIZATION

Regional Office for Africa

Dr Bele OKWO, Regional Adviser for the Expanded Programme on Immunization, WHO Regional
Office for Africa, 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 Sriram Prasad TRIPATHY, Director, Research and Family Health, WHO Regional Office for
South-East Asia, New Delhi, India

Onchocerciasis Control Programme in West Africa (OCP)

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

Headquarters

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

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

Dr Pieter DE RAADT, Director, Division of Control of Tropical Diseases

Dr Jim TULLOCH, Director, Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control

Dr Kazem BEHBEHANI, Programme Manager, 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, Deputy Legal Counsel

Mrs Anne MAZUR, Legal Officer

Mr Clas G. SANDSTRÖM, Chief, Budget

Mr Graham C. MILLER, Audit Manager, External Audit

Mr Russell HARROD, External Audit

Dr Haluk F. GURSEL, Auditor, Office of Internal Audit

Mrs Susan BLOCK TYRRELL, External Relations Officer, Special Programme for Research and
Training in Tropical Diseases

OTHER PARTICIPANTSChairperson, 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 Gerusa DREYER, Aggeu Magalhaes Research Centre of the Oswaldo Cruz Foundation, Recife,
Brazil

Dr Mohammadou Kabir CHAM, Programme Manager, National Impregnated Bednet Programme,
Medical Research Council Laboratories, Fajara, Banjul, Gambia

Mrs Seema KHOT, Agharkar Research Institute, Pune, India

Professor JUNTRA KARBWANG, Head of Clinical Pharmacology, Faculty of Tropical Medicine,
Mahidol University, Bangkok, Thailand

OBSERVERSAssociation of the Institutes and Schools of Tropical Medicine in Europe (TROPMEDEUROPE)

Professor Luc EYCKMANS, Executive Board Member, TROPMEDEUROPE: Director, Prince Leopold
Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium

European Commission (EC)

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

Greece

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

Hungary

Dr Sándor DOBI, Chief Physician, Head of Department, Szent László Hospital, Budapest

India

Dr Thomas VERGHESE, Director, National Institute of Communicable Diseases, Delhi

Indonesia

Professor SUMARMO POORWO SOEDARMO, Adviser to the Minister of Health on Health
Technology, Ministry of Health, Jakarta

International Development Research Centre (IDRC)

Dr Gilles FORGET, Director, Health, Society and the Environment, Health Sciences
Division, IDRC, Ottawa, Canada

International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP)

Dr Luc A. M. JANSSENS, Director, Projects Development, Damien Foundation, Brussels,
Belgium

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA)

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

Dr Odette MORIN, Scientific Executive, IFPMA, Geneva, Switzerland

International Organization for Chemical Sciences in Development (IOCD)

Dr Frederik R. OPPERDOES, Chairman, IOCD Working Group on Tropical Diseases: Head, Research Unit for Tropical Diseases and Member of the Directorate, International Institute of Cellular and Molecular Pathology, Brussels, Belgium

Ireland

Dr James KIELY, Medical Officer, Department of Health, Dublin

Mr Dónal DENHAM, First Secretary, Permanent Mission of Ireland to the United Nations Office and to the Specialized Agencies at Geneva

Italy

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

Luxembourg

Monsieur Paul PETERS, Ambassadeur, Représentant permanent du Grand-Duché de Luxembourg auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

Monsieur le Docteur Robert HEMMER, Chef du Département des Maladies infectieuses, Centre Hospitalier de Luxembourg

Madame le Docteur Danielle HANSEN-KOENIG, Directeur de la Santé, Ministère de la Santé, Luxembourg

Monsieur Paul DUHR, Représentant permanent adjoint du Grand-Duché de Luxembourg auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

Monsieur Jean-Claude MEYER, Secrétaire de Légation, Ministère des Affaires étrangères, du Commerce extérieur et de la Coopération, Luxembourg

Malawi

Professor Plaston Roma KHONJE, Controller, Health Technical Support Services, Ministry of Health, Lilongwe

Mexico

Dr José RODRIGUEZ-DOMINGUEZ, Director General of Preventive Medicine, Secretariat of Health, Mexico DF

New England Biolabs Foundation

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

OPEC Fund for International Development

Mr Abdelkader BENAMARA, Director of Research and Information, The OPEC Fund for International Development, Vienna, Austria

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

Monsieur le Docteur Nanti Mathias HIEN, Secrétaire général adjoint, OCCGE,
Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ)

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

Pan American Health and Education Foundation (PAHEF)

Mr Carlos ARAUJO, Administrator, PAHEF, Washington, D.C., USA

Panama

Dr Miguel KOURANY, Director, Gorgas Memorial Laboratory, Ministry of Health, Panama

Portugal

Madame le Professeur Wanda F. CANAS-FERREIRA, Directrice, Institut d'Hygiène et de
Médecine tropicale, Universidade Nova de Lisboa, Lisbonne

Slovakia

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

Spain

Dr Jorge ALVAR, Head of the Service of Parasitology, National Centre of Microbiology,
Virology and Immunology, Institute of Health "Carlos III", Madrid

Wellcome Trust

Dr R. E. HOWELLS, Programme Director, The Wellcome Trust, London, United Kingdom of Great
Britain and Northern Ireland

PROGRAMA ESPECIAL PNUD/BANCO MUNDIAL/OMS DE INVESTIGACIONES
Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALESDECIMOSEPTIMA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Ginebra, 28 y 29 de junio de 1994

RESUMEN DEL DISCURSO DE APERTURA DE LA JCB(17) PRONUNCIADO
POR EL DR. R. H. HENDERSON, SUBDIRECTOR GENERAL DE LA OMS
Y COORDINADOR DEL PROGRAMA ESPECIAL, EN REPRESENTACION
DEL DR. H. NAKAJIMA, DIRECTOR GENERAL DE LA OMS

El Dr. Henderson se refirió a la ejecución de las actividades con arreglo a la nueva estrategia del TDR hacia el año 2000, que había aprobado la JCB(16) en 1993 para que entrara en efecto el 1 de enero de 1994. El TDR había adoptado una estructura más pragmática y de orientación práctica que hacía hincapié en las virtudes del Programa, determinado su función con más claridad en relación con la de las demás entidades que intervenían en la investigación sobre las enfermedades tropicales y aumentado su utilización eficiente de los fondos. El Programa se ocupaba ahora de diversas enfermedades para basarse en las similitudes y había prestado más atención a los resultados prácticos de las investigaciones aplicadas sobre el terreno que producían grandes impactos.

Un resultado inmediato de estos nuevos criterios había sido la adopción, en un plazo de 24 horas, por un gobierno africano de las técnicas desarrolladas por el TDR para trazar un mapa del país, con rapidez y a bajo costo, de la incidencia de la oncocercosis.

Otro resultado muy positivo fue el aumento de la colaboración y la sinergia entre el TDR y otros programas de la OMS. Para lograr la unidad con las perspectivas y los problemas de la lucha, todo el programa de investigaciones aplicadas sobre el terreno del TDR era ahora dirigido conjuntamente con la División de Lucha contra las Enfermedades Tropicales de la OMS. Las actividades de investigación del TDR relacionadas con el sexo vinculaban a 12 programas de la OMS. El TDR estaba asimismo participando activamente, junto con otros programas de la OMS, en la iniciativa relativa a los niños enfermos y en la iniciativa relativa a los niños de edad escolar en buen estado de salud.

Además, el TDR estaba consolidando y coordinando los esfuerzos en el plano internacional con otros organismos importantes en la esfera de las investigaciones sobre las enfermedades tropicales y con muchos consejos de investigación en países con enfermedades endémicas.

El elemento esencial del método del TDR consistía en analizar todas las actividades para evaluar las aportaciones más eficaces del Programa y sus ventajas comparativas, y determinar la mejor utilización de los recursos, sea de manera independiente o en colaboración con otros. El TDR siempre ha tenido presente su meta de reducir la repercusión de las enfermedades tropicales, no sólo a corto plazo sino también a largo plazo, con miras a lograr un control sostenible.

El Comité Consultivo Científico y Técnico del TDR había aprobado los nuevos enfoques y el consiguiente aumento del «impacto por dólar», pero había advertido que se habían alcanzado los límites de la utilización eficiente de los recursos, tanto de personal como de fondos para investigación.

El Dr. Henderson destacó la importancia de la Junta Coordinadora Común, que constituía el centro del Programa. La Junta no sólo examinaba las actividades y los planes del TDR, sino que cumplía también la misión de contribuir a facilitar sus recursos financieros. La dedicación a esas dos tareas era esencial para intensificar los esfuerzos de lucha contra las enfermedades tropicales. En nombre de los copatrocinadores del Programa, el Dr. Henderson dio las gracias a los participantes en la JCB por su colaboración.

TDR/JCB(17)/94.1 Rev. 1

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

DECIMOSEPTIMA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Sede de la OMS, Ginebra, 28 y 29 de junio de 1994

Sala del Consejo Ejecutivo

ORDEN DEL DIA

Documentos de referencia

1. Apertura de la reunión
2. Elección del Vicepresidente
3. Aprobación del orden del día TDR/JCB(17)/94.1 Rev. 1
TDR/JCB(17)/94.1a
4. Asuntos relativos al Informe de la decimosexta reunión de la Junta Coordinadora Común (JCB) TDR/JCB(16)/93.3
5. Informe del Comité Permanente, con inclusión de: TDR/JCB(17)/94.4
 - Colaboración con otras organizaciones que operan en sectores análogos y colaboración con la industria farmacéutica
 - Actividades de obtención de fondos
 - Fondos para fines predeterminados
 - Actividades de comunicaciones
 - Estatuto de observador en las reuniones de la JCB
6. El TDR hacia el año 2000
 - 6.1 Informe del Director, con un resumen de los progresos realizados y los planes, con inclusión de: TDR/JCB(17)/94.5
 - Colaboración entre el TDR y la División de la OMS de Lucha contra las Enfermedades Tropicales (CTD)
 - 6.2 Informe del Presidente del Comité Consultivo Científico y Técnico, con inclusión de: TDR/STAC-16/94.3

Documentos de referencia

- Supervisión de la Estrategia del TDR hacia el año 2000
 - Criterios, metas y objetivos del fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones en el contexto de las investigaciones aplicadas sobre el terreno
- 6.3 Revisión *Ad Hoc* de la OMS de las Investigaciones y el Desarrollo Sanitarios
7. Presentaciones técnicas sobre aspectos destacados de los progresos científicos recientes
8. Miembros del Comité Consultivo Científico y Técnico
9. Asuntos financieros
- 9.1 Opinión del Comisario de Cuentas de la OMS y Declaración sobre la situación de los fondos para el Fondo de Depósito del TDR en 31 de diciembre de 1993
- 9.2 Informe financiero correspondiente al bienio 1992-1993
- 9.3 Situación financiera en el bienio 1994-1995 y Reajustes en el Presupuesto del Programa para el bienio
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
11. Fecha y lugar de la decimoctava reunión de la JCB
12. Otros asuntos
13. Clausura de la reunión
- TDR/JCB(17)/94.6
- TDR/JCB(17)/94.7
- TDR/JCB(17)/94.8
- TDR/JCB(17)/94.9
- TDR/JCB(17)/94.10
- TDR/JCB(17)/94.11
TDR/JCB(16)/93.3
Anexo 9
Protocolo de
Acuerdo -
TDR/CP/78.5/Rev.88
- TDR/JCB(17)/94.4

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

DECIMOSEPTIMA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Ginebra, 28 y 29 de junio de 1994

RESUMENES DE LAS PRESENTACIONES EFECTUADAS CONFORME AL PUNTO 6
DEL ORDEN DEL DIA - EL TDR HACIA EL AÑO 2000 - POR EL
DR. T. GODAL, DIRECTOR DEL TDR; EL DR. E. M. SAMBA,
DIRECTOR DEL OCP; EL DR. P. DE RAADT, DIRECTOR DE LA CTD;
EL PROFESOR B. R. BLOOM, PRESIDENTE DEL STAC; Y EL
DR. C. MARCHAL, PRESIDENTE DE LA JCB

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

El Dr. Godal se refirió a los cambios que se estaban produciendo en el mundo. Por un lado, seguía habiendo muchas zonas perturbadas y, por el otro, existía un impulso hacia una mejor organización internacional que introduciría modificaciones profundas en el sistema de las Naciones Unidas. El Dr. Godal creía que se producirían también numerosos cambios antes de finales de siglo en el sector de las investigaciones sanitarias internacionales. Hizo referencia a la Revisión *Ad Hoc* de la OMS de las investigaciones y el desarrollo sanitarios. Gracias a su enfoque analítico de las actividades de investigación y desarrollo y de los arreglos institucionales, el examen se esperaba que reforzaría la base racional sobre la que se podían adoptar decisiones. Los cambios en las investigaciones sanitarias internacionales tendrían amplias repercusiones en un programa como el TDR y el Dr. Godal creía que era necesario revisar las experiencias del TDR, tanto positivas como negativas, para evaluar qué contribución podría hacer el Programa a los nuevos dispositivos que se necesitaban para el siglo XXI.

El Dr. Godal se proponía utilizar su presentación a la JCB(17) para iniciar este proceso, concentrándose en la reciente reorganización del Programa en el contexto de dos cuestiones que interesaban primordialmente a la JCB: los resultados del Programa del año pasado y las orientaciones de la reorganización. El Dr. Godal señaló a la atención de los participantes en la JCB el informe provisional de 1994 sobre los aspectos destacados de los progresos recientes y los objetivos actuales del TDR (documento TDR/JCB(17)/94.5).

Ventaja comparativa del TDR - Ensayos multinacionales

El Dr. Godal aludió a la evolución de la ventaja comparativa del TDR. Durante los primeros diez años de actividad del Programa, su ventaja comparativa se consideró que residía en las investigaciones estratégicas y en las investigaciones aplicadas sobre el terreno, y se dio por supuesto que el desarrollo de productos se realizaría en el Norte a cargo del sector privado. No obstante, con los años el interés del sector privado había disminuido y, consecuentemente, el Programa había tenido que reforzar su competencia en el desarrollo de productos. La ventaja comparativa del TDR se centraba hoy en su capacidad para realizar estudios en múltiples centros y países relacionados principalmente con la evaluación de la eficacia de los nuevos medios creados. Cuando su eficacia y aceptabilidad se hubieran demostrado, incumbiría a la División de la OMS de Lucha contra las Enfermedades Tropicales (CTD) incorporar su utilización a los programas de lucha contra las enfermedades. El Dr. Godal anunció a la Junta que, después de su presentación, el Dr. P. de Raadt, Director de la CTD, explicaría detalladamente la colaboración del TDR con la CTD, en particular en relación con las investigaciones aplicadas sobre el terreno.

Entre otros ejemplos de ensayos de nuevos medios efectuados en varios centros con el apoyo del TDR figuraban los siguientes:

- La ivermectina para el tratamiento de la oncocercosis. Hasta 1993 se había tratado a unos 5 millones de pacientes y se había salvado a unas 20 000 personas de la ceguera.
- La ivermectina o la dietilcarbamicina para el tratamiento de la filariasis linfática, y el empleo del *Bacillus sphaericus* contra los vectores *Culex* de la filariasis. Estos estudios estaban sentando los cimientos para una nueva estrategia revisada de la lucha contra la filariasis.
- Terapia multimedamentosa para la lepra. Para fines de 1993 el número estimado de casos de lepra se había reducido de unos 10 millones a 2,4 millones. Se estaban realizando asimismo pruebas de diferentes combinaciones de medicamentos para establecer una farmacoterapia más breve y más eficaz.
- SPf66, la vacuna desarrollada por el Dr. M. Patarroyo, de Colombia. El TDR no había participado en su desarrollo, pero estaba proporcionando apoyo financiero para algunos de los ensayos de la vacuna. En 1995 la información obtenida de todos los estudios clínicos de que se disponga se revisaría para llegar a una decisión sobre el desarrollo y la utilización futuros de la vacuna.
- El arteméter para el tratamiento del paludismo grave. Los ensayos comparativos del arteméter y la quinina realizados en Tailandia habían puesto de manifiesto una mejora significativa en la supervivencia cuando se utilizaba el arteméter: un 12% de mortalidad en el grupo tratado con arteméter en comparación con una mortalidad del 35% en el grupo tratado con quinina. No obstante, los estudios comparativos en Africa de los dos medicamentos no habían mostrado esta diferencia. En consecuencia, se consideraba que había escasa necesidad de introducir el arteméter para el tratamiento del paludismo grave en Africa.

Efectos de la reorganización del TDR

El Dr. Godal mencionó la reorganización del TDR. Anteriormente, habían existido comités directivos centrados en cada una de las enfermedades de que se ocupaba el TDR, que abarcaban todo el proceso desde la investigación estratégica hasta las investigaciones aplicadas sobre el terreno. Con arreglo a la nueva estructura, las actividades de investigación y desarrollo se agrupaban en tres esferas unificadas: las investigaciones estratégicas, las investigaciones y el desarrollo de productos y las investigaciones aplicadas sobre el terreno. El Dr. Godal señaló cómo se habían visto afectadas las actividades por la reorganización, especialmente en el sector de las investigaciones aplicadas sobre el terreno. Con respecto a la asignación de recursos a actividades, el TDR había pasado de una inversión amplia a una inversión más concentrada.

Investigaciones y desarrollo de productos

Las actividades de desarrollo de fármacos se han agrupado de manera más compacta, al igual que las actividades de desarrollo de vacunas. Un resultado de esas agrupaciones fue la determinación de objetivos de fármacos comunes para enfermedades como la tripanosomiasis africana, la esquistosomiasis, la leishmaniasis y la enfermedad de Chagas, y para el paludismo y la filariasis.

Con respecto a los macrofilaricidas, existían varios objetivos y compuestos principales relacionados con esos objetivos. El trabajo relacionado con cerca de la mitad de los objetivos fue efectuado por otros programas. El TDR distribuyó listas de objetivos quimioterapéuticos y pistas pertinentes a instituciones que podían disponer de bibliotecas, particularmente las del sector privado, para transmitir el

interés del Programa por estos sectores con la esperanza de que se pudiera iniciar una colaboración con las instituciones.

A diferencia de lo que ocurre con un gran número de objetivos quimioterapéuticos y pistas pertinentes, el número de fármacos que se encontraban efectivamente en fase de desarrollo clínico o preclínico con respecto a los macrofilaricidas era mucho más reducido y uno de los compuestos principales - el CG 18041 - se había abandonado por razones de toxicidad. Actualmente estaban sometidos a ensayos clínicos dos macrofilaricidas potenciales, a saber: la amocarcina y la ivermectina en grandes dosis y un medicamento que se encuentra en fase preclínica, el UMF 078.

Con respecto al paludismo, se estaban evaluando diversos objetivos quimioterapéuticos y se estaban produciendo y poniendo a prueba compuestos. Este trabajo se está realizando para aumentar la lista de medicamentos antipalúdicos debido a que la mayoría de los fármacos que se estaban desarrollando eran derivados de la artemisinina.

Un segundo efecto de la agrupación de actividades era la creación de centros de selección integrados para elegir a los diferentes parásitos que tienen interés para el TDR. El Dr. Godal comparó los centros de los sectores privado y público. Las instituciones del sector público tenían una capacidad más reducida y sus costos ascendían aproximadamente a US\$ 100 000 al año, en comparación con una mayor capacidad de las instituciones del sector privado cuyos costos eran de 3 a 4 veces mayores. La eficacia en función de los costos en términos de volumen se inclinaba en favor de las instituciones del sector privado que podía seguir pistas positivas mediante técnicas de selección analógicas.

Una nueva pista con respecto a la enfermedad de Chagas ha surgido del proceso de selección. El TDR consideraba que seguía siendo conveniente desarrollar nuevos fármacos para la enfermedad de Chagas dado que prácticamente no existía ningún medicamento eficaz, debido a que los existentes tenían graves efectos secundarios. La iniciativa del Cono Sur de eliminar la transmisión por vectores y transfusiones de la enfermedad de Chagas estaba avanzando con éxito, especialmente en el Uruguay. La iniciativa abarcaba aproximadamente los dos tercios del número total de casos; unos 20 000 niños nacían al año con la enfermedad de Chagas congénita y cada año se producían alrededor de 500 000 casos.

Un tercer efecto de la reorganización concernía a la colaboración del TDR con otros actores en la esfera de las investigaciones sobre las enfermedades tropicales. La mayor concentración de las actividades del Programa facilitaban las asociaciones. El Dr. Godal mencionó a título de ejemplo la estrategia mundial coordinada para el desarrollo de la vacuna contra el paludismo y los ensayos clínicos en la que participaban principalmente el TDR, la Comisión Europea y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. Otras entidades colaboraban en la red, como el Instituto de Investigaciones del Ejército Walter Reed, un consorcio australiano que trabajaba en colaboración con F. Hoffmann - La Roche y Co., el Dr. Patarroyo, de Colombia, la Universidad de Estocolmo, el Wellcome Trust y el Consejo de Investigaciones Médicas Británico.

Además de la vacuna contra el paludismo colombiana, existían varias otras vacunas experimentales contra el paludismo. Estas era probable que fueran sometidas a ensayos clínicos durante 1994-1995. El TDR participaba directamente en el desarrollo de dos de esas posibles vacunas.

El Dr. Godal se refirió a la transferencia de tecnología, utilizando las pruebas de diagnóstico como ilustración. En 1987, con excepción de la enfermedad de Chagas, las pruebas de diagnóstico se estaban desarrollando casi exclusivamente en el Norte. Sin embargo, en 1994 la situación había cambiado y era alentador observar que los países en desarrollo más adelantados estaban en condiciones de efectuar pruebas de diagnóstico, especialmente estuches de pruebas, por ejemplo:

- Estuches de pruebas que utilizaban anticuerpos monoclonales para la detección de *filaria* desarrollados en la India, y también estuches de pruebas para la detección de la leishmaniasis.
- La prueba de detección de antígeno (CIATT) de la tripanosomiasis africana desarrollada en Kenya.
- El estuche de pruebas para detectar la enfermedad de Chagas desarrollado en la Argentina y el Brasil.

El Dr. Godal se congratuló de esta transferencia de tecnología. Creía que el ritmo de desarrollo de nuevas tecnologías en el Norte se estaba ralentizando, lo que daba la posibilidad de que el desarrollo en el Sur se pusiera al día. La producción de pruebas de diagnóstico era más sencilla, por ejemplo, que el desarrollo de vacunas, pero el TDR tenía la intención de continuar su trabajo en esta esfera y buscaría por medio de anuncios a instituciones del Sur que pudieran llevar a cabo el desarrollo de posibles vacunas contra el paludismo.

Investigaciones estratégicas

El Dr. Godal se refirió a las tres principales actividades del sector de las investigaciones estratégicas, a saber: el genoma parasitario, la patogénesis y la entomología molecular. Tras una reunión científica celebrada en 1993, el programa había llegado a elaborar propuestas y a establecer redes para la caracterización del genoma. Los parásitos del paludismo no se incluían, ya que Wellcome Trust había ya establecido una red de genomas del paludismo. El TDR había establecido vínculos con esa red. En la entomología molecular, un descubrimiento apasionante fue la identificación de un promotor que se transformaría a su vez en un gen cuando el mosquito hubiera ingerido sangre.

Las investigaciones estratégicas eran importantes para instituir nuevos criterios, tecnologías y métodos. Ejemplo importante de esto era la capacidad para introducir y sacar genes del parásito *leishmania*. Esto permitía concebir una vacuna por medio de la cual se podría inyectar el organismo incapacitado, que se desarrollaría durante un par de semanas y estimularía la respuesta inmunitaria pero que luego se extinguiría. Entusiasmó también la posibilidad de inyectar DNA pura en los músculos para obtener una respuesta inmunitaria. Esto será asimismo factible en relación con un antígeno de la leishmaniasis. Convenía tener presente la necesidad de obtener resultados de las investigaciones estratégicas para incorporarlos al sistema de desarrollo de productos.

El Dr. Godal comparó las listas de productos desarrollados con el apoyo del TDR que se habían publicado en 1987 y en 1993. Algunos productos se habían abandonado, otros se habían incorporado y la mayoría había pasado por el proceso de utilización en la lucha contra la enfermedad. Sin embargo, las posibilidades de desarrollar productos sólo procedían en parte de las investigaciones estratégicas, ya que otras oportunidades surgían de otras esferas de desarrollo de los productos y de las investigaciones aplicadas sobre el terreno.

Las instituciones del Sur estaban participando más activamente en las investigaciones estratégicas. Esas instituciones consideraban que la inversión en ellas para investigaciones estratégicas del TDR era la cuerda de salvamento que las ligaba a instituciones del Norte. El Dr. Godal aludió a la experiencia positiva de la empresa financiada con donaciones gracias a la asociación del TDR con la Fundación Rockefeller que había funcionado de 1988 a 1993. Eran ejemplos de éxitos:

- Argentina - la clonación y clasificación de una enzima que participa en la invasión de *Tripanosoma cruzi*

- Brasil - la detección de parásitos en las lesiones crónicas utilizando la reacción en cadena de la polimerasa (RCP)
- Sri Lanka - la capacidad de determinar claramente en los pacientes los límites entre la protección contra la enfermedad y la protección contra los parásitos; esto era importante en relación con el desarrollo de vacunas
- Malí - el descubrimiento de los mecanismos de supervivencia de los mosquitos durante la estación seca.

Investigaciones aplicadas sobre el terreno

La reorganización del TDR ha introducido cambios en las investigaciones y el desarrollo de productos y en las esferas de las investigaciones estratégicas, pero era en el sector de las investigaciones aplicadas sobre el terreno donde los cambios habían sido más amplios. Las investigaciones estratégicas habían sido reducidas y las investigaciones aplicadas sobre el terreno se habían ampliado. El agrupamiento de las investigaciones aplicadas sobre el terreno respondía a dos razones: la necesidad de disponer de un enfoque más multidisciplinario y la de realizar actividades más estrechamente relacionadas con la lucha contra las enfermedades y más adecuadas para esa lucha.

Un buen ejemplo de los vínculos existentes entre investigación y lucha era el de la investigación operativa sobre la oncocercosis. El Dr. Godal informó a la Junta de que, después de su presentación, el Dr. E. M. Samba, Director del Programa de Lucha contra la Oncocercosis en el África Occidental (OCP) formularía algunos comentarios sobre la colaboración del TDR con el OCP. Los trabajos se habían centrado primeramente en la rápida evaluación de la endemicidad de la oncocercosis y luego en una rápida cartografía. La etapa siguiente era una vigilancia rápida. En este sector el TDR está realizando un experimento en un país africano utilizando personas contratadas por el Ministerio de Hacienda para reunir ciertos datos y comprobar si se podían utilizar para controlar quiénes habían recibido comprimidos de ivermectina. Este método tenía la ventaja de no utilizar al personal del sector sanitario para vigilar la actividad en su propio sistema, sino que utilizaba personal de un sistema diferente que ya se encontraba en el lugar. La utilización del personal del Ministerio de Hacienda no ocasionaba grandes gastos. Un estudio piloto que empleaba un cuestionario había indicado la viabilidad de este método y la información recibida hasta ahora daba a entender que la distribución de ivermectina había alcanzado un nivel satisfactorio de observancia situado entre el 50% y 70%. No obstante, el estudio había puesto de relieve que la información y la educación en el momento de la distribución de ivermectina eran muy escasas, lo que se reflejaba por ejemplo en que la tercera parte de los pacientes pensaban que sólo tenían que tomar ivermectina una vez en su vida para prevenir la oncocercosis.

El Dr. Godal se refirió al estudio en un país africano que había mostrado que las comunidades, especialmente los jóvenes y las personas en edad de contraer matrimonio, estaban muy preocupadas por la gravedad de las manifestaciones cutáneas y que consideraban la oncocercosis de la piel como un grave problema de salud pública. Se estaban realizando estudios en seis países para confirmar esta conclusión y también para determinar la dosis más adecuada de ivermectina necesaria para prevenir la enfermedad de la piel. Además, el Programa se fundaba en los trabajos precursores realizados por el OCP. Con un índice de observancia del 50% al 70% debería ser posible elaborar estrategias que permitieran proporcionar ivermectina a grupos, por ejemplo a grupos de mujeres, o a las comunidades, para que ellos se ocuparan de la distribución y pudieran también velar por la administración de los medicamentos a los pacientes que están ausentes de la aldea en el momento de la distribución. Se había celebrado hacia poco un taller para redactar un protocolo y el método se pondría a prueba en varios países endémicos.

Las investigaciones relacionadas con los sexos también tenían estrechos vínculos con la lucha contra las enfermedades. Después de los estudios descriptivos de ciencias sociales de los últimos diez años, con la particular atención prestada a las mujeres, había llegado el momento de plasmar las conclusiones en medidas de lucha contra las enfermedades. El TDR había iniciado un programa sobre las diferencias entre los sexos y la salud en el que participaban otros 11 programas de la OMS. El objetivo primordial era elaborar y poner a prueba una Guía de Asesoramiento para la Salud de las Mujeres. Inicialmente el TDR había tratado de elaborar y poner a prueba un protocolo, pero se había planteado en qué medida las cuestiones eran culturales y genéricas o específicas de un lugar. En consecuencia, se había decidido efectuar algunos estudios experimentales a este respecto en tres países africanos con el fin de determinar:

- las percepciones de las mujeres de la enfermedad y la salud
- los factores positivos y negativos que influyen en una actitud de las mujeres de interés por la salud
- las necesidades de información y de comunicaciones sanitarias con respecto a la Guía de Asesoramiento para la Salud de las Mujeres
- la situación de las mujeres en la comunidad
- las estrategias de la mujer para hacer frente a la enfermedad.

La fecha de terminación fijada para los estudios experimentales era octubre de 1994. De esos estudios se extraía una información anecdótica. El Dr. Godal creía que la concentración de la atención en las mujeres representaba una buena manera de medir el rendimiento del sistema sanitario, puesto que las mujeres representaban el elemento más débil de la comunidad. Simultáneamente a las investigaciones sobre las cuestiones relacionadas con los sexos, se estaban efectuando investigaciones para entender las percepciones del personal sanitario en sus relaciones con los clientes femeninos y sobre la manera de determinar la forma de mejorar esas relaciones. Los agentes de salud se congratularon del interés que despertaban sus problemas.

Dos grupos especiales de trabajo del TDR estaban asimismo acercándose a la lucha contra las enfermedades: el Grupo Especial sobre el niño enfermo y el Grupo Especial sobre los mosquiteros y las cortinas impregnados de insecticidas. El TDR estaba colaborando en la iniciativa relativa al niño enfermo bajo la dirección del Dr. J. Tulloch, Director de la División de Lucha contra las Enfermedades Diarreicas y contra las Infecciones Respiratorias Agudas (CDR) de la OMS. Las investigaciones se estaban orientando hacia la verificación de la validez del algoritmo gráfico en Asia en zonas de baja endemicidad del paludismo. La posibilidad de confirmar que el paludismo se podía diagnosticar sobre una base clínica tendría importantes repercusiones en la reducción del número de frotis de sangre que actualmente se toman con este fin. El Grupo Especial sobre los mosquiteros y las cortinas impregnados de insecticidas está examinando la eficacia relativa de los mosquiteros impregnados de insecticidas en comparación con el rociamiento en el hogar de insecticidas de acción residual en Asia. Si los mosquiteros resultaran más eficaces, se recomendaría la sustitución del método de rociamiento del hogar por el empleo de mosquiteros impregnados en determinadas zonas.

Otro campo de interés para el TDR guardaba relación con la utilización del paludismo en el contexto de la reforma del sector sanitario. Había que tener presente dos consideraciones. En primer lugar, la descentralización de los recursos estaba pasando a ser una realidad y, en segundo lugar, la función del Estado podía cambiar pasando de proveedor de servicios a promotor de buenos servicios, sea quien sea quien los preste, y desalentador de malos servicios. Equipos médicos de distrito realizarían encuestas para determinar quién se ocupaba realmente del tratamiento de casos de paludismo, por ejemplo, los comerciantes de fármacos o los curanderos, ya que sólo una pequeña proporción de la población consultaba a las instituciones públicas. Una vez que queden terminadas estas encuestas, una segunda fase se concentraría en cómo pueden los diversos proveedores mejorar los servicios, estimular prácticas adecuadas y disuadir de la utilización de prácticas incorrectas.

Dos grupos especiales están relacionados con la colaboración intersectorial: el Grupo Especial sobre los Niños en Edad Escolar y el Grupo Especial sobre las Enfermedades Tropicales y el Medio Ambiente. El Grupo Especial sobre los Niños en Edad Escolar está realizando investigaciones para mejorar la salud de los escolares por medio de medidas centradas en la escuela. Un estudio entrañaba la evaluación de si era posible utilizar intervenciones en relación con la lucha contra las enfermedades que afectaban a los niños en edad escolar, como la esquistosomiasis y la helmintiasis intestinal para estimular o promover efectivamente los métodos de aprendizaje basados en los descubrimientos. Este constituía un ejemplo de colaboración entre los sectores de la salud y de la educación. Al colaborar con un sector no relacionado con la salud, convenía que ese sector considerase la ventaja de la colaboración. El Grupo Especial sobre las Enfermedades Tropicales y el Medio Ambiente estaba efectuando investigaciones para determinar cómo se podría proceder a la reforestación sin causar una epidemia de paludismo en las regiones donde la densidad del vector aumentaba con la reforestación. Representantes de diversos sectores, como la agricultura y la silvicultura, habían asistido a una reciente reunión científica para debatir acerca de la colaboración en esta esfera. En la fase primera de investigación de los hechos se examinaría y determinaría si había tipos de cambios ambientales que entrañaban menos riesgo de enfermedades tropicales que otros.

El criterio adoptado en estas actividades consistía en vincular la capacitación con la investigación y la investigación con la lucha contra las enfermedades. Tradicionalmente las prioridades de las investigaciones entrañaban el establecimiento de un protocolo, por lo común centralmente, el encargo de ensayos en dos lugares, su análisis centralizado y luego la difusión de la información. El método tradicional de un taller de capacitación abarcaba su anuncio, la presentación de solicitudes y la celebración del taller que era un fin en sí. El TDR estaba procurando unir esos dos enfoques. En primer lugar, había un anuncio; luego la presentación de cartas de intención; después la selección de candidatos que participarían en un taller para elaborar el propio protocolo; luego la presentación y el examen de propuestas de investigación; a continuación podría ser necesario una capacitación en técnicas especiales que requeriría otro taller; y por último se llevaría a cabo la investigación. Como en el caso de la investigación operativa sobre la oncocercosis, si la investigación se examinaba *in situ* con los administradores de la lucha contra la enfermedad y el Ministerio de Salud, había una transmisión directa de información. El TDR consideraba que este tipo de enfoque era beneficioso.

El Dr. Godal hizo referencia a las preocupaciones manifestadas por la JCB en 1993 con respecto a los países menos adelantados. Para tener en cuenta estas preocupaciones, una de las iniciativas que había tomado el TDR consistía en establecer una red para la formación de investigadores en los países francófonos de África occidental, centrada en la esquistosomiasis y el paludismo.

Establecimiento de prioridades

El Dr. Godal aludió a las reducciones que hubo que hacer en el presupuesto de 1994 debido a las restricciones financieras del Programa. Se había hecho una reducción uniforme de las actividades de aproximadamente el 10% en el sector de la investigación y el desarrollo para no modificar las prioridades establecidas y dar a cada actividad una posibilidad con arreglo a la nueva estrategia y estructura orgánica aprobada por la JCB en 1993. El TDR estaba a punto de iniciar la preparación del presupuesto del Programa para el bienio 1996-1997, que se presentaría a la JCB en 1995. El TDR acogería con agrado las sugerencias que pudiera desear hacerle la Junta Coordinadora Común con respecto a las prioridades para el próximo bienio, especialmente si la Junta consideraba que la situación financiera del Programa era poco probable que mejorara.

El Dr. Godal presentó diversas opciones:

- ¿Se deberían asignar menos recursos a la obtención de otros medios relacionados con las enfermedades cuando se hubieran hecho progresos sustanciales para controlarlas, por ejemplo, en lo que respecta a la lepra, la oncocercosis y la enfermedad de Chagas? Por otro lado, podrían plantearse problemas de recidiva, como en el caso de la tuberculosis.
- ¿Debería darse la vuelta al argumento e invertir sólo recursos en actividades cuando existiera una posibilidad de repercutir de manera duradera en una enfermedad?
- En lo que respecta a la ventaja comparativa, ¿debe el Programa eliminar las investigaciones estratégicas, teniendo en cuenta que éste es el sector más difícil para justificar la financiación? Por otro lado, convenía que el Programa estuviera en estrecho contacto con las investigaciones estratégicas para obtener pistas con miras al desarrollo de productos y establecer vínculos para reforzar la capacidad de investigación.
- ¿Debería el Programa reducir sus investigaciones aplicadas sobre el terreno y dejar que los programas de lucha contra las enfermedades asumieran la responsabilidad de este tipo de investigaciones? No obstante, ¿se realizarían estas importantes investigaciones? Hasta ahora, el TDR sólo se había ocupado de sectores desatendidos.
- ¿Deben reducirse las actividades de fortalecimiento de la capacidad de investigación?
- ¿Debe el Programa concentrar su atención en una región concreta del mundo? Como los mayores problemas se dan en África, ¿debe el TDR concentrarse en África y dar por supuesto que las demás regiones podrían hacer frente a sus propios problemas? Esta opción tiene diversas limitaciones. Por ejemplo, las actividades internacionales eran importantes y el Programa podía funcionar de la manera más eficaz en función de los costos invirtiendo en investigaciones mundiales. Muchos instrumentos eran aplicables en todas las regiones endémicas del mundo. Además, la concentración en las regiones donde el problema era más agudo no necesariamente arrojaría el mayor valor por el dinero.

El Dr. Godal solicitó el asesoramiento de la Junta con respecto a estas opciones.

Epílogo

El Dr. Godal confiaba en que su presentación hubiera dado una idea general de los progresos y de las orientaciones que estaba tomando la reorganización del Programa y que ilustrara, utilizando el TDR como ejemplo, de qué manera las investigaciones internacionales podían cumplir con eficacia una misión excepcional. En el actual clima financiero era a veces deprimente tener la sensación de que los resultados del Programa no eran plenamente reconocidos. El TDR podía mostrar múltiples productos por el dinero en él invertido. Por último, el Dr. Godal rindió homenaje a la base fundamental del Programa, que era su personal competente y dedicado.

2. RESUMEN DE LA DECLARACION DEL DR. E. M. SAMBA, DIRECTOR DEL PROGRAMA DE LUCHA CONTRA LA ONCOCERCOSIS EN AFRICA OCCIDENTAL (OCP)

El Dr. Samba informó a la Junta de que siempre estaba orgulloso de asistir a la reunión de la JCB, ya que consideraba que el OCP no habría llegado donde ha llegado sin la colaboración del TDR. El Dr. Samba destacó varios sectores de colaboración donde los dos Programas habían producido y puesto en funcionamiento algunos instrumentos fundamentales para las actividades del OCP:

- *Bacillus thuringiensis*. Este insecticida era un pilar entre los siete larvicidas utilizados por el OCP.
- Ivermectina. La utilización de este fármaco y su eficacia en la lucha contra la oncocercosis se daban ahora por sentado, no sólo en el OCP, sino en todo el mundo.
- MACROFIL. El proyecto de investigación para el desarrollo de macrofilaricidas era financiado y realizado conjuntamente por los dos Programas.
- Modelos de computadora. El Dr. J. H. F. Remme, Coordinador de Investigaciones Aplicadas sobre el Terreno del TDR, mientras trabajaba anteriormente en el OCP, había creado un modelo de computadora de la oncocercosis (ONCHOSIM), que se estaba ahora utilizando muy ampliamente en las actividades relacionadas con la oncocercosis y otras enfermedades tropicales.
- Sondas de ADN. Era un motivo de orgullo para ambos Programas. Se había enviado un científico africano a los Estados Unidos para que adquiriera formación y a los nueve meses la sonda se utilizaba ya en el OCP para distinguir el parásito humano del parásito animal y la oncocercosis de sabana causante de ceguera de la oncocercosis selvática no causante de ceguera. Este instrumento había ahorrado al OCP por lo menos US\$ 500 000 al año.
- Inmunodiagnóstico. Como la oncocercosis se estaba eliminando y había menos parásitos, se necesitaban instrumentos de diagnóstico que fueran más sensibles que la obtención de recortes de la piel (que además entrañaba el riesgo de infección por el VIH). La colaboración entre los dos Programas ha conducido al ensayo sobre el terreno de un «combinado» de antígenos que podría utilizarse para vigilar cualquier recrudescencia de la enfermedad en las zonas actualmente controladas.
- Tratamiento de la comunidad. El OCP trató de incorporar los conceptos de la atención primaria de salud a la distribución de ivermectina y, conjuntamente con el TDR, el Programa estaba estudiando por qué estaba teniendo éxito el tratamiento de la comunidad con ivermectina.
- Evaluación rápida. A falta de una prueba de diagnóstico más sensible, los dos Programas están colaborando en las esferas de la evaluación, la vigilancia, el tratamiento y el seguimiento de la oncocercosis, cuyos resultados se podrían utilizar para otras enfermedades.
- Sociología y sexos. Los dos Programas están asimismo colaborando en estudios sobre el terreno que se refieren a estas dos esferas.

En resumen, era correcto considerar actualmente a la OCP como una extensión sobre el terreno de las actividades del TDR y, a la inversa, considerar al TDR como una extensión del OCP en el sector de las investigaciones generales sobre la oncocercosis. Los dos Programas se necesitaban recíprocamente y su colaboración eficaz se debía en parte a la comprensión y al apoyo de los donantes comunes del OCP y del TDR.

3. RESUMEN DE LA DECLARACION DEL DR. P. DE RAADT, DIRECTOR DE LA DIVISION DE LA OMS DE LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES TROPICALES (CTD)

El Dr. de Raadt aseguró a la Junta que en los dos últimos años la CTD y el TDR habían establecido la relación de trabajo que necesitaban los dos Programas interconectados, uno de los cuales se ocupaba de la lucha y el otro de las investigaciones con relación a las mismas enfermedades. Mediante el respeto de sus mandatos recíprocos, se habían establecido unas estructuras administrativas adecuadas para que no hubiera duplicaciones ni contradicción de esfuerzos. El Dr. de Raadt se refirió a

las investigaciones aplicadas sobre el terreno (AFR) del TDR que eran administradas conjuntamente con la CTD. El personal de las AFR se había trasladado a oficinas adyacentes a las de su homólogo de la CTD. Los Directores de ambos Programas habían igualmente aunado fuerzas para allegar fondos y propagar el interés por las actividades relacionadas con las enfermedades tropicales. Una posibilidad de que ambos Programas obtuvieran fondos era mediante la creación de la propuesta Fundación para las Enfermedades Tropicales. Además, existía una colaboración en la esfera de las publicaciones y el Dr. de Raadt aludió a la cuestión experimental del boletín del TDR que contenía varias páginas de noticias de la CTD. A lo largo de los años el TDR había participado en comités de expertos y en la elaboración de directrices relativas a la lucha.

El Dr. de Raadt consideraba que la aportación más importante de la CTD al TDR era la facilitación de retroinformación de los programas de lucha sobre sus prioridades y los problemas con que habían tropezado, que podían requerir una mayor investigación sobre los instrumentos existentes y/o el desarrollo de nuevos instrumentos.

El Dr. de Raadt hizo referencia al pequeño programa conjunto financiado y realizado por la CTD, el TDR y la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo oriental para llevar a cabo investigaciones orientadas hacia la lucha contra las enfermedades.

El Dr. de Raadt creía que, sin las inversiones de los donantes en el TDR durante casi 20 años, la CTD no habría podido desempeñar su función actual. El apoyo del TDR había permitido desarrollar nuevos instrumentos y nuevos principios de lucha que se estaban utilizando a diario sobre el terreno en las regiones endémicas. Dio las gracias a los donantes por su duradera inversión en el TDR, que había producido muchos resultados positivos para la CTD.

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

Proceso de revisión

El Profesor Bloom se refirió a la función del STAC de revisión del Programa desde el punto de vista científico y técnico y de formulación de recomendaciones con respecto a la organización y a las prioridades científicas. El STAC estaba interesado en dos aspectos del TDR: el proceso y el fondo. Con respecto al proceso, las propuestas eran examinadas por comités científicos para determinar sus ventajas científicas y su pertinencia para la lucha contra la enfermedad. El STAC examinaba anualmente los progresos y los planes de trabajo de cada comité científico y formulaba recomendaciones sobre las actividades científicas, y cada dos años sobre las asignaciones financieras a esas actividades en el contexto del presupuesto bienal para el Programa. 1994 fue un año no presupuestario y el STAC había examinado los aspectos científicos por su valor intrínseco y, en la medida de lo posible, haciendo abstracción de las restricciones financieras que afrontaba el Programa. Se establecieron prioridades sobre la base de seis criterios:

- Necesidad - carga que representan las enfermedades, falta de instrumentos
- Repercusión potencial sobre la enfermedad
- Oportunidad y viabilidad científicas
- Marco temporal para el desarrollo
- Ventajas comparativas del TDR
- Costo del desarrollo.

Examen de las actividades y los planes por enfermedades

Como lo solicitó la JCB(16) en 1993, el STAC-16 había revisado las actividades por enfermedades para ayudar a mantener una dimensión específica de cada enfermedad dentro del Programa. Los miembros del STAC se habían dividido en pequeños grupos para examinar las actividades por enfermedades abarcando todo el proceso desde la

investigación estratégica, la investigación y el desarrollo de productos y las investigaciones aplicadas sobre el terreno. El Profesor Bloom comunicó que los planes de trabajo preparados por los comités científicos y la secretaría habían impresionado mucho a todos los miembros del STAC. El STAC había reconocido el inmenso volumen de trabajo que habían realizado los comités y la secretaría para establecer las prioridades, teniendo en cuenta las restricciones financieras, y había considerado difícil alcanzar diferentes prioridades con respecto a la mayoría de las actividades.

El Profesor Bloom destacó algunos proyectos importantes en el sector de cada enfermedad.

Paludismo

- Mosquiteros. En una período muy breve de tiempo, el TDR había establecido amplias pruebas de mosquiteros impregnados de insecticidas en cuatro países endémicos de Africa.
- Arteméter. Los resultados de las pruebas de arteméter sobre el paludismo polifarmacorresistente en Asia eran muy alentadores.
- SPf66, la vacuna desarrollada por el Dr. M. Patarroyo, de Colombia. Se habían hecho muchas preguntas sobre cómo se había puesto a prueba esta vacuna. En colaboración con el Dr. Patarroyo, el TDR había copatrocinado un ensayo de vacuna en circunstancias que permitirían efectuar una evaluación objetiva. El TDR estaba participando en el seguimiento de dos ensayos clínicos de colaboración y se esperaba obtener resultados en 1995.

Esquistosomiasis

- Ultrasonido. Como resultado del apoyo prestado por el Comité Directivo sobre Esquistosomiasis del TDR y de una donación de colaboración en el marco de la empresa común del TDR y la Fundación Rockefeller, se estaba utilizando un método no invasivo - ultrasonido - para medir la progresión de las enfermedades producidas por gusanos, particularmente la esquistosomiasis y la filariasis. Esto había permitido descubrir que no sólo el prazicuantel evitaba la progresión de la enfermedad, sino que de hecho invertía parte de la morbilidad. Ahora era posible evaluar y controlar la eficacia de la quimioterapia en la esquistosomiasis y la filariasis.
- Desarrollo de vacunas. El Profesor Bloom se refirió a la recomendación formulada por el STAC en 1992 en el sentido de que el programa de desarrollo de vacunas del TDR se debía estratificar, poniéndose sobre una vía rápida las vacunas contra tres enfermedades - paludismo, leishmaniasis y esquistosomiasis - y manteniéndose las vacunas para las otras enfermedades que son el objetivo del TDR a nivel de la investigación sin pasar a los ensayos clínicos con seres humanos. En lo que respecta a la esquistosomiasis, se habían hecho progresos en el desarrollo de seis posibles vacunas independientes que pasarían a la fase I de ensayos clínicos en 1996. Al Profesor Bloom le complacía informar del interés renovado de un productor importante de vacunas de Europa por el desarrollo de la vacuna contra la esquistosomiasis. En parte a causa del plan mundial del TDR, la multiplicidad de los posibles antígenos y la firme determinación y capacidad del TDR para poner a prueba las posibles vacunas sobre el terreno, la empresa fabricante de la vacuna no abandonaría su labor en este sector y se había comprometido a aumentar proporcionalmente cualquier antígeno o vacuna experimental que el TDR considerara prometedor. Esto destacaba la importancia de la colaboración del TDR con la industria.

Filariasis linfática

- Ultrasonido. El empleo de este método no invasivo se había mencionado en relación con la esquistosomiasis. Los ultrasonidos serían útiles para detectar los parásitos adultos y poner a prueba la eficacia de los medicamentos en los seres humanos, por ejemplo, un macrofilaricida.
- Antibióticos. Medicamentos sencillos como la penicilina habían demostrado que tenían un impacto significativo en la reducción de la morbilidad gracias a la curación de infecciones secundarias que eran una causa importante de la elefantiasis. El Dr. Godal, Director del TDR, y el Dr. Samba, Director del OCP, ya habían hecho referencia a las investigaciones operativas sobre la oncocercosis. El Profesor Bloom, a su vez, deseaba insistir en la importancia del desarrollo de las sondas de ADN que habían pasado muy rápidamente a ser parte integrante de las operaciones del OCP. Las sondas habían permitido al OCP utilizar otros métodos, como el rociamiento, de una manera más sensata.

Tripanosomiasis africana

- Eflornitina. Tal como se comunicó a la JCB anteriormente, la eflornitina era un fármaco maravilloso que había devuelto la vida en cuestión de horas a muchas personas en coma. Del lado negativo, el fármaco requería la hospitalización, era difícil de administrar y el tratamiento con él resultaba muy caro, de unos US\$ 500 por caso. Se estaban efectuando estudios sobre la reducción de la duración del tratamiento de 14 a 7 días lo que disminuiría el costo a la mitad. El TDR estaba colaborando con una empresa farmacéutica de la India en el desarrollo de una nueva síntesis que reduciría el costo del medicamento en el 50%. Si ambos métodos resultaban eficaces, el costo de tratamiento por caso se podría reducir a US\$ 125 o menos, lo que resultaría competitivo con el otro medicamento actualmente disponible, el melarsoprol.

Enfermedad de Chagas

- La iniciativa del Cono Sur. El Profesor Bloom se refirió a la iniciativa del Cono Sur de eliminar la transmisión vectorial o por transfusión de la enfermedad de Chagas, lo que representaba un compromiso político importante. Los datos habían mostrado que en 1992 el Uruguay ya había reducido los índices de infestación de las casas del 22% en 1983 a casi cero en la mayor parte de los departamentos y el examen de la sangre había pasado a ser una actividad rutinaria en todos los bancos de sangre.
- Alopurinol. Este fármaco barato se había estudiado durante unos 15 años y había puesto de manifiesto una reducción del 62% en la enfermedad de Chagas crónica. Los resultados con el medicamento habían sido inicialmente alentadores, pero se habían empezado a producir recaídas. En el próximo año el TDR tendría que decidir si continuaba o no utilizando este medicamento. Esto ilustra el hecho de que, incluso después de efectuarse considerables inversiones en investigación sobre un nuevo instrumento, podían surgir problemas y habría que adoptar decisiones difíciles. No sería posible hacerlo todo al mismo tiempo.

Leishmaniasis

- Vacunas. Para fines de 1994 se iniciarían los ensayos con vacunas en tres países y los resultados de su eficacia se pondrían a disposición en 1995-1996.
- Quimioterapia integrada para la tripanosomiasis africana, la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis (I-CHEM). Se había llegado a un acuerdo con la Fundación de Investigación Janssen de Bélgica para seleccionar anualmente 10 000 compuestos de su biblioteca de fármacos para ser utilizados contra las tres enfermedades.

Lepra

- Tratamientos multimedamentosos que contienen ofloxacina. Se estaban realizando pruebas de regimenes multimedamentosos que contienen ofloxacina para reducir el tiempo de tratamiento contra la lepra y aumentar de ese modo la observancia.
- Investigaciones sobre la lepra y la tuberculosis. Como lo solicitó la JCB en 1992, el STAC había supervisado el trabajo de los dos Comités Directivos comunes de la lepra y la tuberculosis. En su decimosexta reunión, el STAC había examinado las actividades relacionadas con la lepra del componente de quimioterapia de las enfermedades micobacterianas y del componente de inmunología de las enfermedades micobacterianas (IMMYC). En el plano científico, el Comité Directivo IMMYC estaba funcionando de manera integrada y muy productiva, pero con recursos financieros muy escasos. El STAC había recomendado que las investigaciones sobre la lepra continuaran y que el componente de la lepra, junto con los demás componentes de enfermedades del TDR, se examinaran en el curso de la tercera revisión externa del TDR en 1997-1998.

Examen de las actividades y los planes por sector unificado

Aun cuando la nueva estrategia y estructura del TDR sólo se había puesto en práctica a partir del 1 de enero de 1994, el STAC, en sesión plenaria, había examinado las actividades por los sectores unificados de las investigaciones estratégicas, la investigación y el desarrollo de productos, las investigaciones aplicadas sobre el terreno y el fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones.

Investigaciones aplicadas sobre el terreno (AFR)

La iniciativa de las investigaciones aplicadas sobre el terreno se había derivado del trabajo de los científicos sociales con respecto al antiguo componente de investigaciones sociales y económicas del TDR. Esos científicos habían considerado que convenía integrar las actividades sociales y económicas con otras actividades sobre el terreno para crear proyectos multidisciplinarios sobre el terreno. Casi todos los recursos para AFR se dedicaban a los países con enfermedades endémicas. El STAC había dado un alto valor a los esfuerzos realizados para concentrar las actividades de las AFR en el marco de los grupos especiales de trabajo de duración limitada y en la incorporación de proyectos adecuados al programa AFR.

Investigación y desarrollo de productos

El STAC-16 había considerado poco realista, teniendo en cuenta las restricciones financieras actuales, el concepto original del Servicio de Desarrollo de Productos que estaba funcionando básicamente como un equipo de gestión farmacéutica de todas las etapas del desarrollo de productos. El componente estaba realizando ahora investigaciones básicas sobre el desarrollo de productos, trabajando por medio de equipos para acelerar el desarrollo y el ensayo de un pequeño número de productos. El STAC había considerado que esta actividad era adecuada, pero supervisaría los progresos y examinaría el programa de desarrollo de productos antes de que se llevara a cabo la tercera revisión externa prevista para 1997-1998.

Investigaciones estratégicas

El Profesor Bloom insistió en la importancia de las investigaciones estratégicas para adquirir nuevos y mejores conocimientos. Aludió al proyecto del genoma humano - la clasificación de todos los genes del genoma humano para entender por lo menos genéticamente cómo funcionamos - que podría establecer el orden del día de las investigaciones estratégicas de todo el mundo. El programa de investigaciones estratégicas del TDR se había iniciado basándose en gran medida en trasladar la frontera de la ciencia a las enfermedades tropicales y éste era ahora el sector que

recibía el menor apoyo dentro del presupuesto de investigación y desarrollo, a saber, el 18%. A pesar de este escaso nivel de apoyo, OMS/TDR tenía la capacidad de hacer presión para estimular el apoyo de otros actores importantes en el sector con el fin de establecer un orden del día y unas prioridades mundiales para la aplicación de la ciencia a las enfermedades tropicales. Las subvenciones de la OMS/TDR, por pequeñas que fueran, tenían un valor simbólico. Las políticas de la OMS se respetaban y la Organización sentaba tendencias, por ejemplo, si la OMS reducía la financiación a ciertos sectores de investigación, otros actores consideraban seriamente el valor de su participación en ese sector. Además, como indicó el Dr. de Raadt, Director de la CTD, el TDR tenía acceso a los programas de lucha que proporcionaban información sobre lo que era necesario, práctico y factible. Estos eran dos aspectos de la ventaja comparativa del TDR y el valor de sus investigaciones estratégicas no debería pasarse por alto incluso si sus recursos eran muy reducidos.

El Profesor Bloom hizo hincapié en que en el STAC no existía ninguna mentalidad provinciana. Los miembros del STAC tenían un gran respeto por las actividades que se realizaban fuera de sus propias disciplinas, por ejemplo, científicos con conocimientos especializados en investigaciones estratégicas habían apoyado reducciones en este sector para aumentar el apoyo a importantes investigaciones aplicadas sobre el terreno como los ensayos de mosquiteros impregnados de insecticidas contra el paludismo. A la inversa, los epidemiólogos habían querido aportar más recursos a las investigaciones estratégicas por considerar que algunos de los instrumentos que se estaban ensayando sobre el terreno no eran tan buenos como deberían serlo y unas investigaciones estratégicas producirían mejores instrumentos. El Profesor Bloom creía que dos de los aspectos más prometedores en el, por lo demás, difícil proceso de asignación de recursos eran el firme apoyo de los miembros del STAC a todo el programa del TDR y la amplitud de miras del STAC.

Fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones (RCS)

El Profesor Bloom se complacía en informar sobre el nuevo programa de vinculación regional de las subvenciones para formación. Con los conocimientos especializados sobre enfermedades tropicales de que ahora se disponía en algunos de los países endémicos en desarrollo, se podía enseñar a los científicos técnicas de investigación dentro de los países endémicos. Actualmente se estaba dando formación a 10 científicos. El costo de esa formación representaba alrededor de US\$ 5000 a US\$ 10 000 al año por persona en comparación con US\$ 30 000 en los países industrializados.

Para atender a la solicitud formulada por la JCB en 1993 en el sentido de que se debería prestar particular atención a las necesidades de fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones de los países menos adelantados, el porcentaje de fondos asignados a la formación de científicos de esos países había pasado del 15% de los recursos para RCS en 1992 al 22% en 1994, y la mayor parte de esa formación concernía a las investigaciones aplicadas sobre el terreno.

En 1993 la JCB había acordado también que el STAC examinaría en 1995 el *modus operandi* del Grupo de Fortalecimiento de las Investigaciones. El STAC-16 había recomendado que, para adquirir más experiencia con la nueva estructura del TDR, este examen debería aplazarse de 1995 a 1997 e incluirse en el mandato de la tercera revisión externa del TDR en 1997-1998.

Dada las restricciones financieras del Programa, el STAC, con mucha renuencia, había recomendado la reducción de las subvenciones para reforzar a las instituciones y no había solicitado en 1994 propuestas para la concesión de nuevas subvenciones destinadas a la formación en el campo de la investigación. Los reducidos recursos de que se disponía para formación tenían que consagrarse a cumplir las promesas hechas a los que ya estaban siguiendo una formación, con inclusión de las subvenciones de reincorporación para éstos cuando regresaban a su hogar, y era imposible

asumir compromisos con nuevos cursillistas. Era de esperar que en 1995 sería posible invitar a que se solicitaran nuevas subvenciones para formación.

Examen de otras actividades

El Profesor Bloom se refirió a otros dos sectores que la JCB había destacado en 1993: la investigación sobre cuestiones relacionadas con los sexos y las actividades de educación sanitaria y comunicación.

Cuestiones relacionadas con los sexos

El antiguo Comité de Orientación sobre las Investigaciones Sociales y Económicas había iniciado las investigaciones del TDR sobre las cuestiones relacionadas con los sexos. Otros 11 programas de la OMS estaban colaborando con el TDR en investigaciones relativas a cuestiones relacionadas con los sexos y la salud. Como el Dr. Godal había dicho, concentrarse en la experiencia de las mujeres con respecto al sistema sanitario era una buena manera de evaluar su rendimiento. Aumentar los conocimientos de las mujeres, influir en sus actitudes y en las prácticas destinadas a promover la salud y mejorar su tratamiento repercutiría positivamente en la salud de las mujeres en general y, por intermedio de ellas, en la de sus hijos y familias. Aproximadamente el 15% del presupuesto para investigaciones aplicadas sobre el terreno del TDR se asignaba a investigaciones relacionadas con los sexos.

Las esferas principales de actividad eran cinco:

- Programas orientados hacia la acción para mejorar la salud de las mujeres, que formaban parte de la realización y puesta a prueba de una Guía de Asesoramiento para la Salud de las Mujeres.
- Reducción de complicaciones genitales de las enfermedades tropicales, especialmente la esquistosomiasis, la filariasis y la oncocercosis.
- Reducción de los riesgos de enfermedades tropicales en el embarazo.
- Evaluación de los factores culturales que influyen en el acceso de las mujeres a diferentes opciones de tratamiento y en su utilización.
- Evaluación de las cuestiones superpuestas de los niños en edad escolar y de las relacionadas con los sexos.

Actividades de educación y comunicación en materia de salud

Estas actividades formaban parte de los proyectos de investigación en el marco de la iniciativa relacionada con los sexos y de la iniciativa sobre los niños en edad escolar sanos. Las investigaciones se centraban en la comprensión y percepción de los problemas desde el punto de vista de quienes los sufren, y en poner al descubierto cómo y de quién se adquirirán conocimientos sobre la salud. Tomando como punto de partida esta comprensión, se elaboraban soluciones o estrategias de acción en cooperación con los diversos grupos.

El Profesor Bloom dio ejemplos de actividades que señalaban la necesidad de este tipo de investigaciones para mejorar la lucha contra las enfermedades a largo plazo; por ejemplo, a raíz de un estudio efectuado sobre la esquistosomiasis en un país africano, algunas personas habían preguntado qué causaba la enfermedad y se les había contestado que «los pimientos rojos». Se habían gastado fondos en programas, pero no en transmitir una comprensión de la causa de la enfermedad. No se había dado a la población la posibilidad de adoptar medidas para protegerse contra la enfermedad y mejorar de ese modo la eficacia de los instrumentos de control.

Entre las cuestiones principales que se estaban abordando figuraban las siguientes:

- ¿Cómo perciben las mujeres rurales sus problemas de salud y las posibilidades de mejorar su salud y cómo se les puede transmitir un conocimiento adecuado a través de canales en los que tengan confianza y que les permitan adoptar medidas?
- ¿Que relación mantienen los proveedores de salud con las mujeres y cómo pueden sus análisis de los problemas ser utilizados para mejorar la situación?
- ¿Cómo contemplan los docentes su función en la educación en materia de salud y cómo es posible estimular unos métodos de aprendizaje basados en actividades en las escuelas donde la enseñanza didáctica es la norma y apenas se dispone de recursos?
- ¿Cómo puede vincularse el contenido de la educación sanitaria escolar más estrechamente con la percepción que tiene la comunidad de las enfermedades, para facilitar estrategias de prevención y tratamiento prácticos que los padres puedan también aceptar?

El Profesor Bloom insistió en la importancia de esta investigación y manifestó la esperanza de que el TDR pudiera estimular el interés de otros actores sobre el terreno, especialmente con miras a obtener una mejor cooperación entre el sector sanitario y el sector educativo. En unos 10 países africanos se estaba recurriendo a investigaciones prácticas y a métodos cualitativos para responder a las preguntas más arriba indicadas.

Otras cuestiones

Colaboración

Una de las responsabilidades del Presidente del STAC consistía en estar al corriente de cualquier crítica del Programa y señalar esas cuestiones a la atención del Director, a fin de mejorar la imagen del Programa en la medida de lo posible. Durante el pasado año el Profesor Bloom había sido informado de la impresión de que el TDR estaba obteniendo o reclamando un mayor reconocimiento. Esta crítica se había discutido con el Dr. Godal en la reunión del STAC-16. La cuestión guardaba relación con el programa de lucha contra la oncocercosis en Africa occidental. A juicio del STAC existía una asociación y colaboración entre el TDR y el OCP y, como la Junta acababa de ser informada por el Dr. Samba, Director del OCP, el TDR había hecho una aportación importante al desarrollo de los instrumentos utilizados por el OCP.

En estos tiempos de restricciones financieras cada programa estaba poniendo el máximo empeño en obtener recursos de los limitados fondos disponibles. Por consiguiente, convenía que se pudiera obtener ampliamente información sobre los progresos y los resultados y el Programa tenía que reclamar cierto reconocimiento, pero esto tenía que compartirse con los demás actores participantes. En opinión del Profesor Bloom y del STAC, el TDR no había reclamado de manera impropia el reconocimiento de logros a los que no había contribuido. El TDR participaría cada vez más en actividades de colaboración con otros programas en la OMS y fuera de la Organización, como en las iniciativas relativas al niño enfermo, a los niños en edad escolar y a las cuestiones relacionadas con los sexos y, en consecuencia, habría que elaborar nuevos criterios con respecto al reconocimiento de los méritos y a la cooperación. Establecer una colaboración eficaz requería tiempo y esfuerzos, pero el Profesor Bloom creía que esas actividades merecían que se realizaran esfuerzos y confiaba en que fueran valoradas y reconocidas.

Dotación de personal

El Profesor Bloom aludió a la política establecida por el Dr. Godal de mantener el porcentaje de recursos asignados a los servicios de Personal por debajo del 20% del presupuesto y el porcentaje de los recursos asignados a Operaciones por encima del 70% del presupuesto. Una consecuencia de la reorganización había sido el aumento de las responsabilidades de la secretaria para velar por la coordinación de las actividades entre los nuevos Comités Directivos y entre las nuevas esferas unificadas, y para actuar como coordinadores de las investigaciones sobre las enfermedades con el fin de mantener una dimensión relacionada con enfermedades concretas dentro del Programa. Como se había comunicado a la JCB, el personal del TDR había sido reducido: en el bienio 1994-1995 se habían suprimido 4,5 puestos y, dadas las restricciones financieras del Programa, otros 4,5 puestos vacantes se habían congelado. Además, el personal temporero se había reducido y las horas extraordinarias pagadas habían disminuido. A pesar de estas medidas, en 1994 se preveía que el 20,7% de las obligaciones se asignarían a los servicios de Personal. En la decimosexta reunión del STAC, el Dr. Godal se había ofrecido a eliminar otros puestos para mantener los costos de los servicios de Personal por debajo del 20%. No obstante, después de examinar seriamente la cuestión, el STAC había rechazado la oferta del Dr. Godal y había recomendado encarecidamente que la dotación de personal del TDR se mantuviera al nivel actual. El STAC creía que la calidad del personal era un elemento importante de la ventaja comparativa del TDR y que una nueva reducción del personal produciría un efecto negativo en la calidad del Programa. El Profesor Bloom presentó esta recomendación a la JCB y solicitó su orientación.

5. RESUMEN DE LA DECLARACION DEL DR. G. MARCHAL, PRESIDENTE DE LA JCB, SOBRE SU ASISTENCIA COMO OBSERVADOR AL STAC-16

El Dr. Marchal dio las gracias al Profesor Bloom por su claro informe y al STAC-16 por la rigurosa labor que había realizado los días 8 y 9 de marzo de 1994.

El Dr. Marchal se refirió a las esferas unificadas con arreglo a la nueva estrategia del TDR hacia el año 2000 y a la petición que había hecho la JCB en 1993 en el sentido de que el STAC examinara las actividades por enfermedades para contribuir a retener la dimensión de enfermedades concretas en el Programa. El STAC había atendido esta petición y los miembros del STAC se habían dividido en grupos de trabajo para examinar por enfermedades los logros principales alcanzados en 1993. En sesión plenaria el STAC había examinado los planes de trabajo de las esferas unificadas de las investigaciones estratégicas, la investigación y el desarrollo de productos y las investigaciones aplicadas sobre el terreno y había formulado observaciones sobre los sectores prioritarios. El STAC había propuesto que se siguieran examinando los problemas de las enfermedades a fondo, quizá concentrándose en una o dos enfermedades en cada reunión. Paralelamente a este enfoque por enfermedades, el enfoque de las esferas unificadas permitiría agrupar los problemas y reforzar de ese modo las investigaciones sobre la patogénesis de los parásitos, lo que debería permitir determinar nuevas pistas quimioterapéuticas.

El STAC había insistido asimismo en la necesidad de establecer programas integrados de selección de fármacos antiparasitarios y de crear unos conocimientos especializados para vigilar y evaluar la repercusión de las investigaciones aplicadas sobre el terreno.

En el sector del fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones, el STAC parecía estar menos convencido que la JCB de la necesidad de prestar una atención especial a los países menos adelantados, que había considerado debería limitarse a un pequeño número de países. El Dr. Marchal estaba persuadido de que, con un asesoramiento técnico adecuado, estos países endémicos podrían crear y utilizar los instrumentos de investigación en programas de investigaciones estratégicas, en asociación con los países industrializados. El fortalecimiento de la capacidad para las investigaciones en los países menos adelantados era un requisito previo indis-

pensable para mejorar las investigaciones sobre el terreno relativas a las enfermedades tropicales.

En los países desarrollados había una firme tendencia a otorgar una menor prioridad a las investigaciones sobre las enfermedades tropicales que a las investigaciones sobre las patologías, recientes o antiguas, que afectaban directamente a esos países. En consecuencia, era esencial que el TDR, estimulando el interés y ejerciendo influencia siguiera promoviendo las investigaciones estratégicas sobre las enfermedades tropicales en los países industrializados. Era sabido que para obtener buenos resultados las investigaciones internacionales sobre las enfermedades tropicales tenían que llevarse a cabo en colaboración con los mejores equipos de los países en desarrollo. Había que hacer hincapié en la ampliación de la capacidad de investigación en los países menos adelantados para mantener un sentido de realidad sobre el terreno.

RESUMEN DE LOS PRINCIPALES ASPECTOS QUE HAN SURGIDO DE LA REUNION OFICIOSA DE REPRESENTANTES DE LOS PAISES EN DESARROLLO QUE ASISTIERON A LA JCB(17), CELEBRADA EL 29 DE JUNIO DE 1994, PARA EXAMINAR LA POSIBILIDAD DE UNA COLABORACION MAS ACTIVA CON EL TDR

1. La cuestión de la promoción de una mayor participación de los países en desarrollo en las actividades del TDR debería incluirse como un punto del orden del día en las futuras reuniones de la JCB.
2. Varios de los representantes se refirieron a las instalaciones de investigación (tanto laboratorios como el terreno) y al asesoramiento técnico en relación con las enfermedades que son objeto del TDR en sus respectivos países, que podían utilizarse para dar formación a científicos de otros países en desarrollo.
3. Algunos componentes de proyectos de investigación y desarrollo y/o becas financiados por los países que tenían relación con las prioridades del TDR podían someterse al TDR para solicitar financiación.
4. Las realizaciones del TDR deberían darse mejor a conocer en los países.
5. Había que inculcar en las autoridades nacionales superiores (de manera constante dados los frecuentes cambios en los ministerios) la necesidad de asignar recursos a las investigaciones relacionadas con el TDR y persuadir a los ministerios de hacienda de que hicieran aportaciones financieras simbólicas al TDR.
6. Se deberían analizar las posibilidades de financiar investigaciones operativas relacionadas con la lucha contra las enfermedades en el contexto de los préstamos aportados por el Banco Mundial en el sector social.
7. El TDR debería contribuir a sostener la infraestructura establecida en algunos países en desarrollo para las investigaciones relacionadas con el Programa, incluso si las enfermedades de que se ocupaba el TDR hubieran dejado de tener importancia desde el punto de vista de la salud pública en esos países.

PROGRAMA ESPECIAL PNUD/BANCO MUNDIAL/OMS DE INVESTIGACIONES
Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALESDECIMOSEPTIMA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUNGinebra, 28 y 29 de junio de 1994RESUMENES DE LAS PRESENTACIONES TECNICAS A LA JCB(17) SOBRE LOS
ASPECTOS DESTACADOS DE LOS PROGRESOS CIENTIFICOS RECIENTES1. PROGRESOS RECIENTES EN EL DIAGNOSTICO, LA PATOLOGIA Y LA QUIMIOTERAPIA DE LA
FILARIASIS LINFATICA

La Dra. Gerusa Dreyer, del Centro de Investigación Aggeu Magalhaes de la Fundación Oswaldo Cruz, Recife, Brasil, se refirió a la esfera descuidada de la investigación de la filariasis linfática. En los últimos 50 años no se habían hecho muchos progresos y todavía no se disponía de ningún fármaco absolutamente seguro y eficaz. La filariasis linfática afectaba a unos 100 millones de personas en las zonas tropicales del mundo e iba asociada a la elefantiasis desfigurante y al hidrocele.

En Recife, zona endémica de la filariasis de Bancroft, estos últimos años se había congregado un equipo multidisciplinario de investigadores. El equipo había iniciado la utilización de dos tecnologías de diagnóstico por la imagen con respecto a la filariasis linfática. La primera era la linfoescintigrafía que podía utilizarse para seguir la corriente linfática en las piernas. Esta técnica no invasiva utilizaba un tinte irradiado con isótopos. La técnica había demostrado que en las personas infectadas que estaban libres de síntomas, en lugar de un vaso linfático recto cerca de la piel había múltiples vasos colaterales a lo largo de la pantorrilla. Estos vasos parecían constituir un importante mecanismo de defensa para mantener a las personas infectadas libres de síntomas. La linfoescintigrafía aportaba mucha información acerca de las anomalías linfáticas, pero no podía localizar los parásitos.

La segunda tecnología utilizada fue el ultrasonido, otra técnica no invasiva, que había mostrado por primera vez filarias adultas vivas de *Wuchereria bancrofti* in vivo en un ser humano. Como se disponía de exploradores ultrasónicos portátiles, la metodología podía complementarse fácilmente sobre el terreno o en estudios en hospitales para detectar una infección activa o como medio de controlar el efecto de los fármacos adulticidas in vivo. El equipo estaba actualmente utilizando la ecografía para estudiar los efectos de los dos únicos fármacos disponibles para los seres humanos en las filarias adultas en su hábitat natural.

Desde 1986 se habían realizado estudios en más de 600 pacientes de zonas endémicas que sufrían de ataques agudos de linfadenitis. Sólo el 3% de ellos habían mostrado el cuadro clínico clásico de la linfadenitis filarial. Las biopsias practicadas en estos pacientes habían mostrado unas filarias adultas degenerativas y cultivos de material extraído por biopsia no habían producido microorganismos. En cambio, el 97% restante de los pacientes con ataques agudos habían mostrado un cuadro clínico diferente, tanto en las primeras etapas de la enfermedad como en los pacientes con elefantiasis. En la biopsia no se habían encontrado gusanos, pero frecuentemente se habían recuperado microorganismos de cultivos de los especímenes de la biopsia. Muchos de estos pacientes habían sido tratados varias veces con dietilcarbamacina, el fármaco recomendado para tratar la filariasis, pese a lo cual habían desarrollado una elefantiasis. Convenía señalar a la atención del personal clínico de otras zonas endémicas la existencia de esos dos tipos de linfadenitis, puesto que tenían importantes repercusiones terapéuticas y de pronóstico. Por añadidura, los pacientes que vivían en zonas no endémicas y que sufrían de elefantiasis debido a otras causas no podían distinguirse de los pacientes de las zonas endémicas, ni clínicamente ni por medio de la biopsia o de la linfoescintigrafía. Esto hacía pensar en un proceso común en ambas poblaciones y la causa más probable eran

las infecciones secundarias bacterianas o fúngicas. En el examen físico, prácticamente todos los pacientes con esta forma de ataque agudo, tanto los de las zonas endémicas como los de las zonas no endémicas, mostraban lesiones cuando podían penetrar en la piel bacterias y hongos. Se necesitaban urgentemente otros estudios para determinar el grado en que la disfunción linfática causada por la infección filárica predisponía a la aparición de una infección secundaria.

Estas observaciones tenían importantes repercusiones en lo que respecta al tratamiento y a la prevención de la elefantiasis que hasta ahora se había creído irreversible. El equipo de Recife había demostrado que esto no era cierto. El equipo había podido invertir y evitar un nuevo desarrollo de la elefantiasis promoviendo la educación del paciente con respecto a una simple higiene para limpiar, secar y tratar las lesiones en los puntos de acceso con el fin de reducir el riesgo de una infección secundaria. Se podían suministrar antibióticos profilácticos, pero esto no era necesario si se evitaban las lesiones de acceso. El equipo facilitó información a los pacientes sobre cómo se podían lograr mejoras, respondiendo a sus preguntas, creando la posibilidad de que compartieran sus experiencias y proporcionándoles jabón y agua que no siempre podían obtener fácilmente. Este enfoque del tratamiento había demostrado ser sostenible a nivel de la comunidad en Recife y el Dr. Dreyer confiaba en que tendría igualmente éxito en otras zonas endémicas.

2. EL PROGRAMA NACIONAL DE GAMBIA DE MOSQUITEROS IMPREGNADOS

El Dr. Mohammadou Kabir Cham, Director del Programa Nacional de Mosquiteros Impregnados (NIBP) de los Laboratorios del Consejo de Investigaciones Médicas de Fajara, Banjul, Gambia, describió la situación del paludismo en Gambia. El paludismo era una de las causas principales de mortalidad entre los niños gambianos, ya que 1 de cada 25 niños de las zonas rurales de Gambia moría a causa del paludismo antes de llegar a la edad de cinco años. *Plasmodium falciparum* era el parásito dominante y el causante de casi todas las infecciones graves en los niños. Todos los vectores del paludismo importantes en el país pertenecían a la especie *Anopheles gambiae*. La transmisión del paludismo se limitaba en gran medida a la estación de las lluvias, es decir, de julio a octubre. El tratamiento de los ataques clínicos de paludismo, inicialmente con cloroquina, aunque se estaba utilizando la quinina en casos graves y complicados, constituía la columna vertebral de la estrategia gambiana de lucha contra el paludismo. Se había enseñado a los agentes de salud de aldea en todas las aldeas que contaban con una atención primaria de salud (de 400 o más habitantes) a reconocer y a tratar el paludismo con cloroquina, pero esta estrategia no había producido ninguna reducción de la mortalidad infantil general o de la mortalidad causada por el paludismo.

En el decenio de 1980 se habían realizado estudios utilizando mosquiteros no impregnados, pero los resultados no habían sido convincentes. Por esta razón, se habían estudiado los efectos de los mosquiteros tratados con insecticidas. Se llevaron a cabo dos estudios experimentales con resultados alentadores, seguidos de una prueba más amplia respaldada por la OMS para investigar los efectos de los mosquiteros impregnados en la mortalidad infantil. Estas pruebas habían mostrado resultados impresionantes e inducido al Gobierno de Gambia (con el apoyo de la OMS y de varias organizaciones no gubernamentales) a introducir el Programa Nacional de Mosquiteros Impregnados en el sistema de atención primaria de salud de Gambia en 1992.

Los objetivos de este Programa, cuando se inició en 1992, eran los siguientes:

1. Introducir mosquiteros impregnados en todas las aldeas que contaban con una atención primaria de salud en Gambia durante un período de dos años.
2. Evaluar el impacto de este programa en la mortalidad de los niños menores de cinco años.
3. Evaluar el impacto de los mosquiteros impregnados en el desenlace del embarazo de las primigrávidas.

4. Supervisar los efectos de la utilización en gran escala de mosquiteros tratados con insecticidas en el comportamiento de los mosquitos y la sensibilidad a los piretroides.
5. Evaluar la rentabilidad de los mosquiteros tratados con insecticidas e investigar de qué manera se podrían recuperar los costos.

Se eligieron cinco zonas de estudio, que representaban a diferentes regiones geográficas del país, para la evaluación del impacto del Programa sobre la mortalidad infantil y sobre el desenlace de los embarazos. Dentro de cada una de esas zonas, se eligieron aldeas al azar para que recibieran insecticidas o no durante el año 1 del estudio. Durante el año 2, se facilitaron a todas las aldeas de las zonas del estudio insecticidas, pero se pidió a las del primer grupo que contribuyeran al pago de su costo. En el año 3 se pediría a todas las aldeas que pagaran sus insecticidas. La principal comparación con respecto al Programa Nacional de Mosquiteros Impregnados se efectuó entre las aldeas que recibieron insecticidas y las que no los recibieron durante el año 1, y entre las aldeas que pagaron por su insecticida y las que no lo hicieron en el año 2.

Durante el primer semestre de 1992, se llevaron a cabo preparativos para impregnar los mosquiteros con permetrina en 221 aldeas que contaban con atención primaria de salud. Se lanzó una campaña de sensibilización del público y se dio formación a equipos de salud regionales, organizaciones no gubernamentales y los agentes de salud de la comunidad. En el segundo semestre de 1992 se efectuaron encuestas para determinar el nivel de cobertura que indicaron que el 73% de la población objeto de la muestra se protegía con mosquiteros y que el 83% de esos mosquiteros, cuando los insecticidas se proporcionaban gratuitamente, se habían impregnado con permetrina. La proporción global de niños que dormían bajo redes impregnadas se estimó en el 77% y en el 78% de las mujeres en edad de procrear.

Los resultados fueron muy positivos. La mortalidad de los niños de 1 a 9 años se redujo en el 40% en las aldeas tratadas en 4 de las 5 zonas objeto de estudio. Cuando se incluyó la zona 5, el porcentaje de mortalidad infantil disminuyó al 18%. La tasa de mortalidad de lactantes fue inferior en las aldeas tratadas que en las no tratadas, 61 en comparación con 70 por 1000 nacidos vivos, respectivamente. Con respecto a la morbilidad, los índices de infección de paludismo se redujeron significativamente en 4 de las 5 zonas objeto de estudio, especialmente en lo que respecta a los niveles elevados de parasitemia.

Durante el año siguiente a la introducción de los mosquiteros impregnados, se hizo participar en el estudio a primigrávidas residentes en aldeas tratadas o en aldeas no tratadas. Los análisis preliminares no indicaron diferencia alguna en la media ponderal al nacer de los hijos de mujeres que dieron a luz en aldeas tratadas o no tratadas. No obstante, sólo el 46% de las primigrávidas de las aldeas tratadas dormían bajo mosquiteros tratados, proporción muy inferior a la hallada con respecto a las mujeres en el período reproductivo en general. Se estaban efectuando nuevos análisis de esos datos.

Se evaluó la repercusión del NIBP en el comportamiento de los mosquitos y en la sensibilidad a los piretroides. Estudios entomológicos mostraron algunos indicios de una reducción del número de mosquitos en los miembros impregnados de dos pares de aldeas objeto del estudio, pero en general no aportaron ninguna prueba contundente de un efecto mortífero masivo. No se halló ninguna prueba de resistencia a la permetrina.

Uno de los objetivos del Programa era evaluar la eficacia en función del costo de los mosquiteros impregnados de insecticidas e investigar cómo se podrían cubrir los costos. La mayoría de los jefes de aldea había considerado que sus habitantes estarían dispuestos a pagar por que se impregnaran sus mosquiteros con insecticidas, de manera que en 1993, tras una intensa campaña de sensibilización del público, se efectuó un estudio comparativo. Sin embargo, los resultados del plan de autofinanciación fueron desalentadores. Los fondos reunidos hacían pensar que sólo el 14%

aproximadamente de las redes estaban impregnadas en las aldeas donde se exigía el pago. En 1993 el porcentaje total de redes impregnadas en las aldeas con atención primaria de salud era del 43% en comparación con el 83% en 1992. Al parecer, el desalentador porcentaje de la población protegida en las aldeas con atención primaria de salud en las que había que pagar el insecticida había contribuido al escaso porcentaje de mosquiteros impregnados. La cobertura en las aldeas que contaban con atención primaria de salud y que habían recibido gratuitamente el insecticida en 1-1993 era más impresionante (77%). Además, en 1993 un análisis preliminar mostró que había considerablemente más fallecimientos de niños de las aldeas con atención primaria de salud en las que se cobraba el insecticida que en las aldeas en las que se proporcionaba gratuitamente.

En 1994 se efectuaron diversos estudios para mejorar los niveles de protección. Se estaban utilizando dos tipos de insecticidas - la permetrina y el peripel 55 - y el pago se solicitaba en todas las aldeas. Para mejorar el desalentador porcentaje del 14% alcanzado en 1993 cuando se exigió el pago por la impregnación, se estaban tomando tres medidas:

- Mejorar los canales de distribución para incluir a las tiendas y a las clínicas de salud materno-infantil.
- Intensificar la campaña de sensibilización mediante la utilización de la radio, folletos gráficos y cartas para influir en los miembros de las comunidades.
- Promover estrategias y mensajes relacionados con el proceso y el procedimiento de impregnación (por ejemplo, días de impregnación a la semana durante julio).

El Dr. Cham resumió los resultados del estudio de 1992, que habían confirmado que los mosquiteros impregnados de insecticidas podían surtir un considerable efecto en la mortalidad infantil en zonas donde el paludismo era una causa importante de fallecimiento en la infancia. En general, la mortalidad de los niños de 1 a 9 años se había reducido en un 40% en 4 de las 5 zonas objeto de estudio. Aunque los mosquiteros impregnados de insecticidas no eran eficaces para reducir la mortalidad causada por el paludismo en la zona 5 del estudio, quedó documentado que el porcentaje de utilización de redes impregnadas era inferior en las aldeas tratadas de esta zona que en el resto de las zonas sometidas a la prueba.

Con respecto a las consideraciones futuras, era preciso poner en práctica un programa en gran escala de impregnación de mosquiteros por medio de un sistema asistencial descentralizado. Ese programa debería contar con un sistema eficiente de información gerencial y unas aptitudes de organización de la comunidad propicias a nivel operacional. El elemento fundamental para la realización efectiva de ese programa, basado en la experiencia en Gambia, sería el suministro de insecticida dado que los mosquiteros eran proporcionados por las propias comunidades. El costo anual del insecticida necesario en Gambia se estimó en US\$ 120 000, cifra que superaría las posibilidades del Ministerio de Salud. En consecuencia, estrategias como las relativas a los planes de cobertura de los costos y de distribución de los costos con las comunidades y con organizaciones no gubernamentales cooperantes serían fundamentales para el éxito permanente del programa. El Dr. Cham dio las gracias al TDR por la parte que había sufragado del costo de esos estudios.

3. DOBLE RIESGO: LAS MUJERES Y LA LEPRA EN LA INDIA

La Sra. Seema Khot, del Instituto de Investigaciones Agharkar, Pune, India, describió el problema de la lepra en la India, país donde se registraba el 64% de los casos de todo el mundo. La información de que se disponía daba a entender que por cada dos pacientes del sexo masculino había un paciente del sexo femenino en la India y, partiendo de este supuesto, las mujeres pacientes de lepra en la India constituían casi la cuarta parte de los casos actualmente registrados del mundo.

La Sra. Khot describió los tres objetivos de su presentación:

- Indicar cómo las mujeres leprosas estaban doblemente en peligro, primeramente como mujeres y en segundo lugar como pacientes de lepra.
- Destacar la función del sexo en el aumento de la repercusión de la lepra.
- Sugerir métodos que sean sensibles a las diferencias entre los sexos para mejorar la lucha contra la enfermedad.

Para la presentación se habían utilizado conjuntos de datos empíricos derivados de dos estudios. Primeramente un «estudio de deshabilitación en la lepra», que se había realizado en dos grandes provincias de la India por medio de entrevistas basadas en un cuestionario y, en segundo lugar, un estudio en curso sobre las mujeres y la lepra en la India, en el que se acopiaba información demográfica de pacientes de lepra y de los miembros sanos de sus familias, de siete leproserías de Maharashtra. Ambos estudios habían recibido apoyo financiero del TDR y la Sra. Khot había sido la coordinadora de las investigaciones.

Había razones para creer que la lepra era un problema de salud peculiar desde la perspectiva de las diferencias entre sexos:

- En primer lugar, como los síntomas no eran dolorosos y la incubación era larga, las mujeres tendían a descuidarla durante un período más largo y a desarrollar graves deformidades.
- En segundo lugar, debido a las deformidades, se producían ciertas discapacidades funcionales en las mujeres afectadas dado que sus papeles son principalmente funcionales.
- En tercer lugar, la lepra era una enfermedad sumamente estigmatizante y el estigma reducía la posición social: en consecuencia, era probable que las mujeres sufrieran más puesto que estaban en el nivel inferior de la jerarquía social.

Se descubrió que las mujeres tardaban más que los hombres en detectar los primeros síntomas. Esto se debía a dos motivos principales: i) la ignorancia de los síntomas (el número de mujeres que sospechaban que los cambios en la piel eran síntomas de la lepra era inferior al de los hombres) y ii) los síntomas permanecían ocultos y no se advertían debido al estilo de vestimenta de la mayoría de las mujeres indias que cubrían totalmente sus cuerpos. El 48% de las mujeres adultas advertían los primeros síntomas en torno a la época de nacimiento de sus hijos, quizá debido a que eran detectados sólo entonces por otra mujer que las asistía en el parto.

El retraso medio con que las mujeres buscaban e iniciaban un tratamiento era de unos 15 meses, entre otras por las siguientes razones: i) la necesidad de que alguien las acompañase al centro de tratamiento, a diferencia de los hombres que podían ir solos; ii) el no disponer de dinero para pagarse el billete de autobús; iii) el no poder sacar tiempo de sus múltiples actividades en el hogar; y iv) la creencia de que las placas se debían a la visita de una diosa que imponía la obligación de ayunar para pacificarla. Si continuaba durante el tratamiento, el ayuno afectaba a su observancia, ya que en los días de ayuno los medicamentos estaban prohibidos.

Cuando la familia se enteraba de la enfermedad, las mujeres eran víctimas de reacciones negativas y el aislamiento de diversas actividades cotidianas se observaba más con respecto a las mujeres incluso desde las etapas iniciales. Se ejercía más presión sobre las mujeres que sobre los hombres para que abandonaran el hogar, pero, pese a ello, sólo la mitad de las mujeres dijeron que se habían ido frente a los dos tercios de los hombres.

El impacto de las deformidades en las mujeres era asimismo distinto. En las leproserías, el 70% de las mujeres tenían deformidades de la mano, debido a tareas

específicas de su sexo como el lavado, la cocina, la limpieza y, a diferencia de los hombres, a que no tenían bolsillos en los que ocultar sus manos deformadas.

Más importante era la repercusión en el matrimonio. Las muchachas con lepra tenían escasas posibilidades de matrimonio, incluidas las hijas de leprosos; se planteaban más problemas a las mujeres que se quedaban con sus cónyuges y existían menos oportunidades de volverse a casar. El número de mujeres abandonadas por sus esposos era, de hecho, sorprendentemente elevado. Las mujeres leprosas a menudo terminaban volviéndose a casar con hombres que sufrían de deformidades más avanzadas que las suyas, posiblemente por razones de seguridad social. Algunas mujeres tenían que asumir peores compromisos y se veían obligadas a la prostitución. Tenían en ese caso que mantener relaciones con clientes que sufrían de enfermedades de transmisión sexual y recibían mucho menos dinero que otras prostitutas.

Para tener en cuenta estos factores, había que incorporar métodos sensibles a las diferencias entre los sexos al programa de lucha contra la lepra. La Sra. Khot hizo algunas sugerencias sobre cómo se podía lograr: i) identificación de las pacientes en una etapa temprana; ii) vigilancia de la observancia del tratamiento; iii) prestación de asistencia a la discapacidad; y iv) mejoramiento de las condiciones de las leproserías.

La Sra. Khot confiaba en que el intenso estigma social que marcaba a los pacientes de lepra y la discriminación social contra ellos se debilitarían si aumentarían las esperanzas de eliminar la enfermedad, pero para ello quedaba todavía un largo camino por recorrer. Hasta entonces había que tener presente que las leprosas de la India, particularmente las que tenían deformidades, eran las más afectadas y las más abandonadas de todos los sectores que requerían asistencia para el desarrollo. Había que esforzarse por reconocer sus problemas especiales y mejorar su situación. La Sra. Khot destacó la importancia del apoyo moral y de los recursos del TDR para posibilitar la realización de trabajos en esta dirección.

4. RESULTADOS FINALES DE LA FASE III DE LOS ENSAYOS CLINICOS DE ARTEMETER EN LOS CASOS DE PALUDISMO POLIFARMACORRESISTENTE

El Profesor Juntra Karbwang, Jefe de Farmacología Clínica de la Facultad de Medicina Tropical de la Universidad Mahidol, Bangkok, Tailandia, presentó los resultados finales de un estudio clínico del nuevo medicamento antipalúdico, arteméter, sobre la mortalidad resultante del paludismo falciparum grave. El año anterior su presentación a la Junta había sido un informe preliminar, y la superioridad del arteméter sobre la quinina no había quedado todavía claramente demostrada.

Al no poderse controlar el paludismo, el fallecimiento de los pacientes palúdicos y el deterioro de la situación del paludismo en Tailandia se debían principalmente a la aparición de cepas de *Plasmodium falciparum* resistentes a los fármacos. La polifarmacorresistencia estaba aumentando. Había cepas de falciparum resistentes a la cloroquina, a la pirimetamina-sulfadoxina, a la quinina y a la mefloquina. La resistencia clara a la mefloquina se limitaba a zonas de las fronteras entre Tailandia y Camboya y entre Tailandia y Myanmar. En esas zonas se habían detectado tasas de mortalidad de hasta el 50% en los pacientes con paludismo cerebral, insuficiencia renal y edema pulmonar. La quinina era el fármaco elegido para el paludismo falciparum grave, pero recientemente se había detectado un elevado grado de resistencia a la quinina. Se requerían con urgencia otros fármacos.

El arteméter había mostrado ser eficaz contra la resistencia a la cloroquina y actuaba con rapidez limpiando el 90% de la parasitemia en 24 horas. No obstante, las pruebas científicas para mostrar su ventaja sobre la quinina eran escasas y, en consecuencia, se habían realizado ensayos clínicos comparativos de una aplicación intramuscular de arteméter e intravenosa de quinina en casos de paludismo falciparum grave.

El estudio abarcaba a 102 pacientes con manifestaciones graves de paludismo falciparum que fueron admitidos en hospitales durante siete días. Los pacientes.

fueron elegidos al azar para recibir arteméter (50 pacientes) o quinina (52 pacientes). En el grupo tratado con arteméter, 29 pacientes tenían paludismo cerebral, pero 3 quedaron excluidos a causa de otras enfermedades concurrentes. En el grupo tratado con quinina, 35 pacientes tenían paludismo cerebral, pero 2 quedaron excluidos. Los datos clínicos sobre la admisión fueron análogos entre los dos grupos. Se detectó un tratamiento anterior con fármacos en el 40% aproximadamente de los pacientes, lo que hace pensar en una resistencia a los medicamentos. Se tomó el nivel de base del medicamento y se efectuó un recuento de bioquímica y de la sangre completo en el momento de la admisión y en los días 2, 4 y 7. También se hizo una radiografía del tórax en el momento de la admisión y más tarde, cuando resultó necesario. El recuento de parásitos se efectuó a intervalos de seis horas hasta que resultó negativo y luego a diario. Se procedió a una hemodiálisis en los pacientes con insuficiencia renal aguda. Se hizo un electrocardiograma a intervalos de seis horas al grupo tratado con arteméter y una vez al día al grupo tratado con quinina. Se verificaron los signos vitales cada seis horas. En los pacientes en estado de coma, se utilizó la escala de Glasgow para seguir los progresos hasta recuperar la conciencia. Se supervisaron a diario los efectos negativos de los fármacos. La respuesta terapéutica se basó en el tiempo en que desaparecía la fiebre, en el tiempo de eliminación de los parásitos, en la tasa de supervivencia y en la aparición de efectos secundarios.

La tasa de supervivencia era considerablemente superior con el arteméter. Veinticinco pacientes habían fallecido durante el estudio, seis pertenecientes al grupo tratado con el arteméter, y 19 al grupo tratado con quinina. El tiempo de desaparición de la fiebre, el tiempo para la eliminación de los parásitos y el tiempo de recuperación de la conciencia eran similares entre los dos grupos, aunque la velocidad inicial de la eliminación de parásitos parecía más rápida con el arteméter.

Con respecto a la tasa de supervivencia de los pacientes, de acuerdo con sus complicaciones, si el paciente no tenía paludismo cerebral ni insuficiencia renal, o incluso si tenía paludismo cerebral pero sin ninguna otra complicación, la tasa de supervivencia era análoga entre los dos grupos. Sin embargo, cuando el paciente tenía paludismo cerebral y otras complicaciones, las diferencias de la tasa de supervivencia eran más manifiestas. La tasa de supervivencia disminuía en los pacientes con paludismo cerebral e insuficiencia renal en el grupo tratado con quinina.

Los efectos secundarios eran suaves o pasajeros con el arteméter, pero la mayoría de los pacientes del grupo tratado con quinina se quejaron de tinnitus. Con el arteméter no se detectó ningún cambio electrocardiográfico asociado con el fármaco. Siete pacientes de cada grupo tuvieron complicaciones después del tratamiento y en tres pacientes del grupo tratado con quinina se detectaron secuelas neurológicas del paludismo cerebral.

El Profesor Karbwang terminó diciendo que el arteméter era superior a la quinina en el tratamiento del paludismo falciparum grave polifarmacorresistente. Ahorrraba el triple de vidas que la quinina. No obstante, no había ninguna diferencia significativa en el tiempo en que desaparecía la fiebre o en el que se eliminaban los parásitos en los pacientes tratados con arteméter o con quinina. Con el arteméter no se detectaron efectos secundarios clínicamente significativos.

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

DECIMOSEPTIMA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Ginebra, 28 y 29 de junio de 1994

COMPOSICION DEL COMITE CONSULTIVO CIENTIFICO Y TECNICO (STAC)
(en 1 de enero de 1995)

<u>Nombre y Título</u>	<u>Duración del nombramiento</u>
INVESTIGACIONES ESTRATEGICAS	
AGABIAN, Profesora Nina M., Directora, Programa Intercampus, Parasitología Molecular, Escuela de Farmacia; Profesora de Química Farmacéutica, Universidad de California, San Francisco, y Profesora de Ciencias Biomédicas y de Higiene Ambiental, Escuela de Salud Pública, Berkeley, California, <u>ESTADOS UNIDOS DE AMERICA</u>	1993 - 1995
BLOOM, Profesor B. R., Profesor y Presidente, Departamento de Microbiología e Inmunología, Escuela de Medicina Albert Einstein de la Universidad de Yeshiva, Nueva York, N.Y., <u>ESTADOS UNIDOS DE AMERICA</u>	1990 - 1995
MOREL, Dr. C. M., Presidente, Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, <u>BRASIL</u>	1992 - 1997
SANSONETTI, Dr. P. J., Jefe, Servicio de Patogenia Bacteriana Molecular, Instituto Pasteur, y Presidente de la Comisión de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, Instituto Nacional de Salud y Medicina, París, <u>FRANCIA</u>	1993 - 1995
INVESTIGACION Y DESARROLLO DE PRODUCTOS	
ELION, Dra. Gertrude B., Especialista Emérita, Burroughs Wellcome Co., Research Triangle Park, Carolina del Norte, <u>ESTADOS UNIDOS DE AMERICA</u>	1994 - 1996
GHIONE, Profesor M., ex Profesor de Parasitología, Facultad de Medicina, Instituto de Microbiología Médica, Universidad de Milán, Milán, <u>ITALIA</u>	1994 - 1995
RAMA RAO, Dr. A. V., Director, Instituto Indio de Tecnología Química, Hyderabad, <u>INDIA</u>	1993 - 1995
SUGINO, Dr. Y., Miembro del Consejo, Industrias Químicas Takeda, S.L., Osaka, <u>JAPON</u>	1994 - 1996

COMPOSICION DEL STAC (1995) (continuación)

INVESTIGACIONES APLICADAS SOBRE EL TERRENO

ABIOSE, Prof. Adenike O., Director Médico, Centro Nacional de los Ojos, Instituto Nacional de Oftalmología, Kaduna, <u>NIGERIA</u>	1994 - 1996
ASAMOA-BAAH, Dr. A., Director, División de Política, Planificación, Vigilancia y Evaluación, Ministerio de Salud, Accra, <u>GHANA</u>	1994 - 1996
CASTILLO, Profesora Gelia T., Profesora de Sociología Rural, Departamento de Educación Agrícola y Estudios Rurales, Escuela de Agricultura, Universidad de Filipinas en Los Baños, Laguna, <u>FILIPINAS</u>	1989 - 1995
EIDE, Profesora Ingrid, Asesora Especial, Ministerio de Asuntos Culturales (relaciones con la Unesco), Oslo, y Asesora, Departamento de Relaciones Internacionales, Universidad de Oslo, <u>NORUEGA</u>	1995 - 1997
MISRA, Sr. R. L., ex Secretario del Gobierno de la India, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, Nueva Delhi, <u>INDIA</u>	1995 - 1997
RILEY, Profesor I. D., Profesor de Salud Tropical; Director, Programa de Educación y Salud Tropical, y Director de los Cursos de Salud Pública, Escuela de Medicina de la Universidad de Queensland, Brisbane, <u>AUSTRALIA</u>	1993 - 1995

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

DECIMOSEPTIMA REUNION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

Ginebra, 28 y 29 de junio de 1994

COMPOSICION DE LA JUNTA COORDINADORA COMUN

(en 1 de enero de 1995)

Lista de mandatos

Alemania	hasta el 31 de diciembre de 1995
Angola	hasta el 31 de diciembre de 1997
Arabia Saudita	hasta el 31 de diciembre de 1995
Argelia	hasta el 31 de diciembre de 1995
Australia	hasta el 31 de diciembre de 1996
Bangladesh	hasta el 31 de diciembre de 1996
Bélgica	hasta el 31 de diciembre de 1997
Brasil	hasta el 31 de diciembre de 1997
Canadá	hasta el 31 de diciembre de 1995
Cuba	hasta el 31 de diciembre de 1995
Dinamarca	hasta el 31 de diciembre de 1995
Estados Unidos de América	hasta el 31 de diciembre de 1996
Francia	hasta el 31 de diciembre de 1997
India	hasta el 31 de diciembre de 1997
Irlanda	hasta el 31 de diciembre de 1997
Luxemburgo	hasta el 31 de diciembre de 1997
Malasia	hasta el 31 de diciembre de 1995
Malta	hasta el 31 de diciembre de 1995
Nepal	hasta el 31 de diciembre de 1995
Noruega	hasta el 31 de diciembre de 1997
Países Bajos	hasta el 31 de diciembre de 1996
Papua Nueva Guinea	hasta el 31 de diciembre de 1997
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	hasta el 31 de diciembre de 1997
Suecia	hasta el 31 de diciembre de 1995
Suiza	hasta el 31 de diciembre de 1996
Túnez	hasta el 31 de diciembre de 1997
Viet Nam	hasta el 31 de diciembre de 1995
Banco Mundial	
Organización Mundial de la Salud	
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo	

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 1995)

