



COMISION A

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA 12^a SESION

Palais des Nations, Ginebra
Jueves, 12 de mayo de 1983, a las 14.30 horas

PRESIDENTE: Dr. U. FREY (Suiza)



INDICE

	<u>Página</u>
Proyecto de presupuesto por programas para el ejercicio 1984-1985 (continuación):	
Asuntos de política del programa (continuación):	
Ciencia y tecnología de la salud - prevención y lucha contra las enfermedades (continuación)	2
Ciencia y tecnología de la salud - promoción y protección de la salud (continuación)	18

Nota

La presente acta resumida es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse.

Las correcciones que hayan de incluirse en la versión definitiva deberán entregarse, por escrito, al Oficial de Conferencias o enviarse al Servicio de Actas (despacho 4013, sede de la OMS) antes de que termine la Asamblea de la Salud. A partir de ese momento, pueden enviarse al Jefe de la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza, antes del 1 de julio de 1983.

El texto definitivo se publicará ulteriormente en 36^a Asamblea Mundial de la Salud: Actas resumidas de las comisiones (documento WHA36/1983/REC/3).

12ª SESION

Jueves, 12 de mayo de 1983, a las 14.30 horas

Presidente: D. U. FREY (Suiza)

PROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS PARA EL EJERCICIO 1984-1985: Punto 20 del orden del día (documentos PB/84-85 y EB71/1983/REC/1, Parte I, resolución EB71.R3 y Anexo I, y Parte II) (continuación)

Asuntos de política del programa: Punto 20.2 del orden del día (resoluciones WHA33.17, párrafo 4.1), WHA33.24, párrafo 3, y WHA35.25, párrafo 5.3); documentos EB71/1983/REC/1, Parte II, Capítulo II, A36/5, A36/INF.DOC./2 y A36/INF.DOC./5) (continuación)

Ciencia y tecnología de la salud: prevención y lucha contra las enfermedades (Sección 4 de la Resolución de Apertura de Créditos; documentos PB/84-85, páginas 219 a 297, y EB71/1983/REC/1, Parte I, resolución EB71.R11 y Anexos 4 y 5, Parte II, párrafos 42 a 46) (continuación)

El Profesor CHINTU (Zambia) obseva complacido en el párrafo 2 de la exposición del programa 13.11 que se ha fijado una meta para reducir la morbilidad causada por las enfermedades de transmisión sexual, con la administración de un tratamiento rápido y apropiado a un 70% de los casos susceptibles de tratamiento y con el establecimiento de un medio ambiente humano menos favorable para la transmisión de las enfermedades. Acoge con satisfacción la intención de la OMS, tal como se expone en el párrafo 7, de continuar fomentando los estudios epidemiológicos, clínicos y etiológicos de distintas enfermedades de transmisión sexual, así como los estudios sobre los factores que contribuyen a la aparición de complicaciones y secuelas, y los que favorecen la transmisión perinatal y congénita. Al orador le complace asimismo que las intenciones de la OMS se hayan traducido en mayores créditos presupuestarios, especialmente en el caso de la Región de Africa.

Con la cooperación del Centro canadiense de Investigaciones para el Desarrollo Internacional se ha iniciado en Zambia un programa sobre las enfermedades de transmisión sexual, que ha proporcionado información útil y ha servido de base para las actividades de lucha contra esas enfermedades (especialmente la sífilis), al nivel de la atención primaria de salud y en otros planos.

Refiriéndose al programa 13.15, el orador dice que cada vez es mayor la prevalencia del cáncer en la Región de Africa, y que las estadísticas correspondientes a la Región subestiman la magnitud real del problema. Sería deseable que se realizaran más actividades de enseñanza en relación con la detección del cáncer, y con los aspectos epidemiológicos y de tratamiento conexos. Le preocupa el hecho de que se haya reducido en US\$ 53 900 la asignación presupuestaria para la Región de Africa. Habría deseado que las actividades descritas en la exposición del programa hubieran quedado debidamente reflejadas en términos presupuestarios.

La delegación de Zambia apoya el proyecto de resolución relativo a las enfermedades cardiovasculares y desea que se la incluya entre los patrocinadores.

En cuanto al programa 13.17 (Actividades de prevención y de lucha contra otras enfermedades no transmisibles), el orador toma nota complacido de la atención que se presta a las investigaciones y la enseñanza sobre los aspectos sanitarios de las enfermedades hereditarias. La drepanocitosis constituye un importante problema de salud en Zambia y, por lo tanto, la delegación de su país acoge con agrado actividades tales como el seminario que se celebrará más entrado el año en Nicosia en relación con la prevención de las hemoglobinopatías hereditarias.

El Dr. BELLO (Malawi) toma nota con satisfacción de los objetivos y el plan de acción del programa 13.1 (Inmunización) y del aumento de los créditos presupuestarios destinados a este programa. Malawi atribuye gran importancia al Programa Ampliado de Inmunización, que es uno de los pilares del sistema de atención primaria de salud. Sin embargo, reitera la preocupación expresada por otras delegaciones respecto del problema de la cadena del frío en el caso de las vacunas inestables, como la utilizada para el sarampión y la vacuna antipoliomielítica (oral). Es sumamente necesario contar con vacunas resistentes a las condiciones tropicales,

y se deben promover los esfuerzos para desarrollarlas. También es urgente que se disponga de refrigeradores que utilicen fuentes de energía que no sean la electricidad y el queroseno. Tras la realización de algunas campañas masivas de lucha contra ciertas enfermedades, como el sarampión y la poliomielitis, las actividades de inmunización en Malawi se han integrado en el programa de salud de la madre y el niño. A fines de 1982 funcionaban con regularidad en todo el país 1020 puestos de inmunización, cuyas cifras de cobertura eran de 86% en el caso de la vacuna BCG, 65% en el caso del sarampión, 66% en el de la tercera dosis de la vacuna DPT y 68% en el de la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica. Los cursos de administración de nivel medio, y los de logística y reparaciones de la cadena del frío, han sido sumamente útiles para aumentar los conocimientos de los trabajadores sanitarios de Malawi, y la delegación de su país espera que la OMS y otras organizaciones sigan prestando apoyo a esas actividades en el futuro.

La delegación de Malawi comparte la preocupación expresada por anteriores oradores acerca del paludismo (programa 13.3); es necesario prestar más atención a la situación reinante. En Malawi, el paludismo ocupa el tercer lugar en la lista de las 10 principales enfermedades causantes de mortalidad infantil; por desgracia, la única forma de atacar el problema es tratar de erradicar, a través de las clínicas, el paludismo en los niños y las mujeres embarazadas, pero este sistema no está produciendo muchos efectos. Es menester realizar más investigaciones sobre los métodos y criterios eficaces de lucha. Son dignas de encomio las actividades de la OMS por conducto del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, actividades que deben ser fomentadas.

Por lo que respecta a las enfermedades diarreicas (programa 13.6), Malawi ha adquirido una experiencia valiosa durante la epidemia del cólera registrada entre 1973 y 1975. Es evidente que los servicios de salud de por sí son insuficientes e incapaces de luchar con éxito contra esta enfermedad, por lo que es indispensable la participación de la comunidad. La lucha contra otras enfermedades diarreicas podrá llevarse a cabo de la misma manera; estas enfermedades son una importante causa de defunción entre los niños, por mucho que se sepa ahora que la población, mediante procedimientos sencillos, puede salvar por sí misma miles de vidas, con tal de recibir un adiestramiento que le permita preparar y administrar fluidos de rehidratación oral. La delegación de Malawi acoge con satisfacción los esfuerzos desplegados por la OMS y otros organismos para señalar a la atención de todas las partes interesadas las metas y el plan de acción sobre enfermedades diarreicas, tal como figuran en el proyecto de presupuestos por programas.

Es imposible examinar el tema de la lucha contra las enfermedades diarreicas sin mencionar la cuestión del abastecimiento de agua y el saneamiento de la comunidad. Malawi considera que la disponibilidad de agua potable es un objetivo prioritario. Con la cooperación del UNICEF y de otros organismos, el Gobierno de su país ha iniciado con gran éxito un programa basado en la comunidad que implica, siempre que ello es posible, sistemas de cañerías que suministran el agua por gravedad a la población rural, la extracción simultánea de las aguas subterráneas y la protección de los pozos de escasa profundidad. Con la colaboración de la OMS y en el marco del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental, se ha preparado un plan rector de saneamiento.

Malawi es uno de los países que siguen tratando de resolver el problema de la tuberculosis (programa 13.8). El orador acoge pues complacido los estudios y ensayos de regímenes terapéuticos de menor duración, destinados a reducir el número de personas que abandonan el tratamiento. También se requiere asistencia para las actividades relacionadas con la detección y localización de casos de tuberculosis. Con la asistencia de Medicus Mundi Internationalis se ha iniciado un proyecto experimental en un distrito de Malawi para ensayar métodos de lucha basados en criterios de atención primaria de salud; la experiencia y los conocimientos que se adquieran con ello constituirán la base para hacer extensivos los métodos a todo el país.

La delegación de Malawi apoya sin reservas el programa propuesto de prevención y lucha contra las enfermedades.

El Dr. SRIYABHAYA (Tailandia), refiriéndose al programa 13.1 (Inmunización) dice que el Programa Ampliado de Inmunización se inició en su país a partir de 1977, pero que se han logrado considerables progresos durante el último quinquenio, merced a la colaboración del DANIDA, el PNUD, el UNICEF y la OMS, sobre todo en lo concerniente a la formación, la planificación y la administración, la logística y la cadena del frío. En 1981, alrededor del 70% de todos los niños menores de 12 meses habían recibido la vacunación BCG y las primeras dosis de las

vacunas DPT y antipoliomielítica. Así lo han confirmado tanto las encuestas de evaluación de cobertura - que se realizan actualmente como pauta normal de la evaluación de programas - como un estudio llevado a cabo en 1982 por un grupo de examen mixto Gobierno/OMS/UNICEF. Sigue registrándose una considerable tasa de abandono de la vacunación en los intervalos entre dosis de la vacuna DPT y la antipoliomielítica, y la cobertura de vacunación antitetánica de las mujeres embarazadas es insuficiente, lo cual refleja un bajo nivel de participación de la comunidad. Con la colaboración de la OMS se viene ejecutando desde 1981 en Tailandia un programa de demostración y enseñanza de la inmunización. El programa incluye, en primer lugar, un curso de formación para personal administrativo de salud de nivel intermedio, en el cual se utilizan los módulos pertinentes de los cursos de adiestramiento de la OMS, debidamente traducidos y modificados; como consecuencia de ello, han podido terminar el curso unos 700 funcionarios sanitarios de distrito y 72 auxiliares sanitarios provinciales, cuyo adiestramiento ha incluido después cursillos de lucha contra las enfermedades diarreicas. En segundo lugar, se están estableciendo zonas de demostración y adiestramiento, sobre todo para becarios extranjeros de la OMS. En tercer lugar, se está realizando un estudio epidemiológico sobre la incidencia del sarampión y sus secuelas y los datos que se obtengan servirán de base para decidir si se ha de incluir el sarampión en el programa de inmunización para 1984. En cuarto lugar, y con miras a aumentar la participación de la comunidad, se llevan a cabo investigaciones sociológicas para saber por qué la población se interesa tan poco por las reuniones sobre inmunización.

El paludismo (programa 13.3) plantea el problema más grave por lo que se refiere a las enfermedades transmisibles en Tailandia, donde la enfermedad ha reaparecido después de su erradicación en el decenio de 1960 y es actualmente objeto de la máxima prioridad en los programas de lucha contra dichas enfermedades. La situación se ha visto agravada por la afluencia de refugiados de los países vecinos, la cual ha dado lugar a un aumento, estimado en 100 000, del número de casos confirmados en 1981 y 1982. Como la población se niega a aceptar la pulverización con insecticidas se está tratando de convencerla, mediante el estímulo de la participación de la comunidad, el adiestramiento de voluntarios rurales de salud en materia de vigilancia y la participación de la comunidad en la contratación de habitantes de las aldeas para que realicen la pulverización. La resistencia de los parásitos del paludismo a la cloroquina y, posteriormente, a la mezcla de sulfadoxina y pirimetamina ha agudizado el problema, y además se plantea la cuestión de cuánto tiempo transcurrirá hasta que se hagan resistentes a nuevos medicamentos. Es satisfactorio observar el interés por las investigaciones sobre el paludismo de que han dado muestras la OMS y varias instituciones técnicas. El orador expresa el agradecimiento de su delegación a la OMS, a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y al Gobierno del Japón por su apoyo al programa antipalúdico. La delegación de Tailandia también ha acogido con agrado la declaración del delegado del Canadá de que su Gobierno proyecta aumentar en 1984-1985 la asistencia al Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales.

En cuanto a la tuberculosis, el orador acoge favorablemente el informe del Director General sobre la situación mundial y expresa su agradecimiento a la Unión Internacional contra la Tuberculosis por el apoyo prestado a los programas de lucha, especialmente en los países en desarrollo. La delegación de su país, no está segura de que sea posible alcanzar la segunda meta indicada en el párrafo 2 de la exposición sobre el programa de tuberculosis (programa 13.8), es decir, que en 1989 todos los países en desarrollo hayan formulado y ejecutado programas nacionales de lucha antituberculosa, como componente integrado del sistema de atención primaria de salud, y sean fácilmente accesibles a todas las personas que los necesiten la vacunación con BCG y los establecimientos para el diagnóstico y tratamiento eficaces de la tuberculosis. De hecho, los progresos en la ejecución de los programas de lucha antituberculosa han sido sumamente lentos en los países en desarrollo, aun cuando, por supuesto, no cabe duda de que el criterio de la OMS representa la única forma positiva de hacer frente al problema. Entre los problemas figuran la falta de instalaciones de diagnóstico (por ejemplo, para el examen microscópico de esputos) y el hecho de no terminar el régimen terapéutico. Los progresos alcanzados en los últimos 15 años han sido muy reducidos, sobre todo a causa de la escasez de personal y de instalaciones. Aunque existen regímenes terapéuticos eficaces para curar a un 70% de los enfermos, en Tailandia es sumamente difícil mantener un tratamiento normal durante todo un año, debido en gran parte a la falta de progresos en lo tocante a la integración y a los problemas socioeconómicos, así como a la tendencia de la población a emigrar para encontrar empleo estacional. La utilización de regímenes de breve duración ha sido bien aceptada y produce buenos

resultados; con todo, el costo de los medicamentos apropiados impide su aplicación en gran escala. En la Conferencia Mundial sobre la Tuberculosis, celebrada en Bruselas en 1978, se expresó la esperanza de que se reduciría el costo de medicamentos como la rifampicina y la pirazinamida, pero, al parecer, esas esperanzas distan mucho de haber sido colmadas.

La clave del éxito de la lucha contra esta enfermedad es la aplicación de la estrategia de salud para todos y, en particular, la organización de sistemas sanitarios basados en la atención primaria de salud. Existe el problema de la planificación y la gestión, de cómo integrar, con recursos muy limitados, los diversos componentes de la atención primaria de salud: los programas de inmunización, y la lucha contra las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas, el paludismo, la tuberculosis y la lepra, en servicios de salud de gran alcance. Es preciso idear sistemas apropiados de actividades de los trabajadores sanitarios, quienes tropiezan con el problema de hacer frente a un número y una diversidad crecientes de programas. También se plantea la cuestión vital de la enseñanza; hay que adiestrar a los trabajadores de atención primaria de salud y de la comunidad para que desempeñen diversos cometidos; a este respecto tendrán un gran valor los módulos didácticos integrados.

La Dra. INOCÊNCIO (Cabo Verde) expresa su apoyo a la totalidad del programa y dice que las enfermedades transmisibles son la causa más importante de morbilidad y mortalidad en los países en desarrollo, aunque también producen víctimas las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. El criterio de atención primaria de salud propuesto y la utilización de métodos apropiados en el marco de un sistema de asistencia sanitaria bien estructurado deben aportar una contribución efectiva a los distintos programas que se describen en el proyecto de presupuesto por programas. El paludismo (programa 13.3) sigue siendo una plaga terrible en los países de las zonas tropicales y subtropicales y absorbe una gran parte de los recursos de salud disponibles. Por consiguiente, la oradora observa con satisfacción la especial importancia que se atribuye a las investigaciones sobre esta enfermedad, especialmente en el sector de la producción de vacunas. Las enfermedades diarreicas son la principal causa de mortalidad infantil en Cabo Verde. De ahí la gran importancia que revisten la utilización del método de rehidratación oral, la participación de la comunidad y la continuación de las investigaciones. La tuberculosis es un costoso problema de salud pública que requiere un mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de la población; a este respecto, se ha mantenido una fructífera cooperación con la Unión Internacional contra la Tuberculosis.

El Dr. LEPPU (Finlandia) dice que un tema que no ha recibido la atención que merece en el proyecto de presupuesto por programas es la lucha contra el hábito de fumar. Le satisface observar el hincapié que se hace en la prevención "primordial" en el programa de enfermedades cardiovasculares (párrafo 3 del programa 13.16), así como el criterio para una lucha combinada contra las enfermedades no transmisibles por medio de la modificación de los sistemas de vida. La lucha contra el hábito de fumar puede constituir un factor importante en ese criterio, pero no parece haberse asignado ninguna partida presupuestaria para actividades mundiales o interregionales en relación con el programa de la OMS sobre tabaco y salud o con el centro internacional de información sobre tabaco y salud. Durante 1982-1983 se asignaron US\$ 500 000 a esos dos programas. La falta de asignación de fondos a la lucha contra el hábito de fumar ¿se debe a la incertidumbre con respecto a los fondos extrapresupuestarios al preparar el presupuesto por programas, o se han distribuido por regiones las actividades mundiales e interregionales? El orador desearía una aclaración acerca de la suma total asignada a la lucha contra el hábito de fumar con cargo al presupuesto ordinario y a los fondos extrapresupuestarios en 1984-1985. Hay que fortalecer el papel de dirección de la OMS en las actividades mundiales de lucha contra el tabaquismo, y convendría informar a los delegados acerca de la situación y los fondos del programa de la OMS sobre tabaco y salud.

El Dr. LE DIEN HONG (Viet Nam) expresa el agradecimiento de su país por la eficaz ayuda que está prestando la OMS al pueblo vietnamita. Su delegación apoya el proyecto de presupuesto por programas para 1984-1985.

Durante muchos años Viet Nam ha concentrado sus esfuerzos en la lucha contra las enfermedades transmisibles. En relación con el Programa Ampliado de Inmunización (programa 13.1), la delegación de su país considera que la OMS debería prestar mayor atención al funcionamiento

eficaz de la cadena de frío, especialmente en los escalones inferiores, a la vista del elevado número de dificultades prácticas que se presentan, por ejemplo la escasez de energía y la falta de competencia técnica por parte del personal. En Viet Nam se está resolviendo el problema a través de la coordinación entre los servicios básicos de salud y la participación planificada de la comunidad.

Por lo que se refiere a la lucha contra los vectores, en las zonas tropicales del Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental hay que hacer especial hincapié en el problema del uso indebido de insecticidas y la aparición de resistencia en los vectores, así como en la necesidad de investigaciones en ese sector. En Viet Nam, la lucha contra las enfermedades exige un uso cada vez mayor de insecticidas, y también se están aplicando cada vez más plaguicidas en la agricultura, lo cual crea graves problemas de salud pública. La aplicación de métodos biológicos a la lucha contra los vectores es muy limitada.

La integración de los resultados obtenidos en los principales programas de atención primaria de salud es fundamental, particularmente en la periferia, con el fin de asegurar la máxima eficacia y el mejor uso de los fondos. En Viet Nam, y como proyecto piloto, el Programa Ampliado de Inmunización se ha integrado con la lucha contra las enfermedades diarreicas y la nutrición infantil, y los programas de lucha contra las enfermedades diarreicas se han vinculado con el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental.

Es evidente que la educación y la capacitación tienen la máxima importancia, y las facultades de medicina se han orientado hacia la preparación y actualización de cuadros médicos y de salud, la educación sanitaria de la población, el establecimiento de proyectos piloto y las actividades de evaluación.

El Profesor NAJERA (España) dice que, puesto que el tiempo de que disponen las delegaciones no permite proponer modificaciones concretas razonando su base científica y económica, limitará sus comentarios a algunos aspectos generales.

Advierte del peligro de mantener programas verticales, puesto que de esa manera no puede conseguirse la máxima eficacia. Los progresos deben orientarse a la integración total de las actividades en la atención primaria de salud, y la experiencia adquirida debe servir para un análisis crítico en lugar de seguirla de manera rutinaria. Algunas delegaciones han expresado un pesimismo bastante generalizado con respecto a la situación sanitaria general, y en particular en relación con algunas enfermedades, como la tuberculosis y el paludismo. Por consiguiente hay que tener la máxima cautela antes de recomendar medidas que puedan no ser eficaces si se aplican en gran escala, o sobre las que todavía existen diferencias de opinión. El concepto de integración en la atención primaria de salud es en algunos casos el único denominador común entre países con rentas per cápita muy diferentes.

Ya se ha señalado la necesidad imperativa de asegurar que la atención primaria de salud cuente con un apoyo epidemiológico pleno, basado en datos comparables. También es decisiva una evaluación adecuada. Únicamente deben integrarse en la atención primaria de salud medidas realmente eficaces dirigidas a las personas, teniendo presente que el tratamiento es la mejor prevención en muchos de los problemas examinados.

El orador insiste también en la necesidad de aplicar un criterio intersectorial a la lucha contra las enfermedades, particularmente en relación con la agricultura y el desarrollo comunitario. Pueden iniciarse acciones conjuntas de carácter regular, que son imprescindibles para alcanzar el éxito. La delegación de su país apoya el proyecto de presupuesto por programas en lo referente a la lucha contra las enfermedades transmisibles, pero espera que en las propuestas para el próximo bienio aparezcan actividades más estrechamente integradas en el marco de la atención primaria de salud.

Es de elogiar la presentación de las actividades sobre las enfermedades cardiovasculares y conviene hacer hincapié en la necesidad de mejorar la formación de epidemiólogos, que no deben estar especializados exclusivamente en enfermedades cardiovasculares, para asegurar una evaluación de las actividades en función de una metodología científica más general, dentro del conjunto más amplio de la salud de la comunidad.

El Dr. OLDFIELD, representante del Consejo Ejecutivo, advierte que, en el curso del debate de esta sección y de la anterior, algunas delegaciones, entre ellas las de Checoslovaquia, Egipto y la India, han expresado su preocupación por el excesivo número de temas incluidos en esas dos secciones, opinando que sería preferible una mayor subdivisión en futuros presupuestos. Como es natural, la intención del Consejo Ejecutivo, que ha tenido a su cargo el examen del

proyecto de presupuesto por programas, es servir a la Asamblea de la Salud del mejor modo posible. Al final de esta reunión de la Asamblea de la Salud, el Consejo evaluará sus debates y hará propuestas en relación con la posibilidad de conseguir una eficacia aún mayor en el futuro. Asegura, pues, a la Comisión que esas propuestas se tendrán plenamente en cuenta.

El DIRECTOR GENERAL ADJUNTO muestra su satisfacción por lo claro y constructivo de las exposiciones que se han realizado. Se considerarán todas las propuestas, y el Director General hará todos los esfuerzos posibles para aprovecharlas como orientación.

Ha sido necesario atenerse a las solicitudes que han hecho diversas delegaciones de un crecimiento cero en el presupuesto de la Organización. Sin embargo, se considera que es mucho lo que puede hacerse a través de la reestructuración de programas y el aprovechamiento óptimo de los escasos recursos, para asegurar la expansión en algunos de los programas más importantes, cuyo valor se ha destacado de forma especial.

Diversos miembros de la Secretaría contestarán a las cuestiones concretas planteadas.

El Dr. HENDERSON, Director, Programa Ampliado de Inmunización, agradece a las delegaciones el apoyo que han manifestado hacia el Programa Ampliado de Inmunización, no sólo en nombre de la Secretaría de la OMS en la Sede, en el plano regional y en el de los países, sino, lo que es aún más importante, en nombre del personal de salud que asegura en los países el éxito del programa. También expresa su reconocimiento por la valiosa ayuda prestada por el UNICEF, que colabora con la OMS. Se tendrán presentes las diversas observaciones expresadas por las delegaciones.

En lo referente a determinados puntos concretos, advierte que algunas delegaciones han mencionado la necesidad de nuevas investigaciones. En el Programa Ampliado se da la máxima importancia a ese tema; es necesario mejorar la cadena de frío, la estabilidad de las vacunas y los programas de inmunización. También se están siguiendo muy de cerca los avances que se realizan con respecto a la vacuna inactivada de la poliomielitis y la vacuna del sarampión administrada en forma de aerosol.

En contestación a la pregunta del delegado de Israel sobre si hay una edad concreta para la vacuna del sarampión que permita una prevención óptima de las defunciones, aunque pueda no prevenir de manera óptima los casos, el orador dice que la OMS espera examinar los nuevos datos mencionados, pero que las observaciones realizadas hasta la fecha han demostrado que la edad óptima para la inmunización contra el sarampión es equivalente, ya se trate de la prevención de la defunción o de las defunciones y los casos tomados en su conjunto.

Por lo que se refiere a la cuestión planteada por el delegado de la República Unida de Tanzania sobre las perspectivas de nuevas mejoras en la estabilidad de la vacuna del sarampión, cabe esperar algunos nuevos avances, pero no se prevén adelantos espectaculares. La OMS ha destinado fondos, en cambio, a la obtención de un indicador de temperatura a lo largo del tiempo que pueda aplicarse a cada uno de los frascos de vacuna, para advertir al personal de su posible pérdida de actividad. También se está utilizando ya otro tipo de indicador, que muestra si las vacunas se han enviado y almacenado en condiciones apropiadas.

La cuestión planteada por el delegado de Chile con respecto a los niveles actuales de la cobertura de inmunización se une a la preocupación expresada también por los delegados de los Estados Unidos, el Reino Unido y Sri Lanka acerca de los progresos del programa y la transferencia de recursos internacionales. Es indudable que se dispone de poco tiempo y es mucho lo que queda por hacer. Se ha establecido una meta intermedia, de cobertura del 50% de la población infantil del mundo con servicios de inmunización al final de 1983. Es alentador comprobar que tres Regiones - las Américas, Europa y el Pacífico Occidental - alcanzarán probablemente esa meta. Sin embargo, las dificultades parecen todavía enormes en las Regiones de Africa, el Mediterráneo Oriental y el Asia Sudoriental. Hay razones para enorgullecerse de los esfuerzos conjuntos del programa, pero no para sentirse totalmente satisfecho.

Ha sido muy grato conocer los logros de Checoslovaquia en la eliminación del sarampión, y el Director Regional para Europa aceptará con satisfacción el apoyo ofrecido por ese país para la eliminación del sarampión en otros países de la Región.

El Dr. GRATZ, Director, División de Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial, expresa su agradecimiento por los comentarios acerca del programa de lucha contra los vectores de enfermedades.

En contestación a algunas de las cuestiones planteadas, coincide con los delegados del Gabón, la India, Indonesia, la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas y Viet Nam en que la resistencia de los vectores a los insecticidas constituye un problema grave y cada vez más preocupante en numerosos programas de lucha contra las enfermedades. A raíz de la última reunión del Comité de Expertos de la OMS en Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial, convocada para examinar el tema de la resistencia de los vectores de enfermedades a los plaguicidas, se informó en 1980 que había 51 especies diferentes de vectores Anopheles del paludismo resistentes a uno o varios insecticidas, entre ellas 34 resistentes al DDT. Entre los mosquitos culicinos que actúan como vectores de enfermedades, entre ellos Aedes aegypti, vector del dengue, la fiebre hemorrágica dengue y la fiebre amarilla, aparecen 42 especies resistentes a los insecticidas. Poco antes de la última reunión del Comité de Expertos, se recibió el primer informe de resistencia en la mosca Phlebotomus papatasi, vector de la leishmaniasis, en Bihar, India. A partir de entonces se han recibido dos nuevos informes importantes de resistencia a los insecticidas, los de Simulium soubrense y Simulium damnosum al temefós en la zona del Programa de Lucha contra la Oncocercosis en el África Occidental. Ha aparecido incluso resistencia a los rodenticidas anticoagulantes en algunos roedores reservorio de enfermedades, aunque todavía en una zona geográfica limitada.

Con objeto de contrarrestar la extensión de la resistencia de vectores y reservorios a los plaguicidas, el programa de lucha contra los vectores de enfermedades está siguiendo varias líneas paralelas de actividad. Con el fin de seguir combatiendo eficazmente esos vectores, contra los cuales sigue siendo necesario el uso de plaguicidas, se están realizando considerables esfuerzos en estrecha colaboración con las industrias de plaguicidas de numerosos países para obtener insecticidas eficaces con pocos riesgos toxicológicos para el hombre y para el medio, y que no provoquen la aparición de una resistencia cruzada a las sustancias existentes. Además, se está destinando un importante volumen de recursos a la obtención de métodos alternativos de lucha, fundamentalmente biológicos y del medio ambiente. Sin embargo, el uso de plaguicidas sigue constituyendo la base de los programas de lucha contra los vectores de enfermedades en un futuro próximo, como ha indicado el delegado de Ghana. Los delegados de la India y Zambia se han referido al aumento del coste de su desarrollo, calculado ahora en US\$ 8-12 millones para cada nueva sustancia. No obstante, la industria está suministrando de 6 a 8 nuevas sustancias al año, que están en fase de ensayo sobre el terreno, principalmente a través de centros colaboradores nacionales, como indicó el delegado de la Unión Soviética.

Los delegados de Egipto y Zambia han hecho hincapié en la relación entre los proyectos de desarrollo de recursos hidráulicos y la proliferación de vectores de enfermedades cuando el drenaje ha sido inadecuado. El recién formado Cuadro de Expertos sobre Ordenamiento del Medio trata de estimular en los organismos de desarrollo una mayor comprensión y preocupación por los peligros potenciales inherentes a los proyectos de desarrollo hidráulico.

Se ha destinado un importante volumen de recursos del presupuesto ordinario, y particularmente del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, a la obtención de agentes de lucha biológica, algunos de los cuales, como los peces larvívoros, se conocen y utilizan desde hace muchos decenios. Uno de los logros del programa ha sido, sin embargo, la obtención y creciente utilización de la toxina bacteriana producida por Bacillus thuringiensis serotipo H-14, conocido también como Bacillus thuringiensis, var. israelensis. Se sigue investigando intensamente esa especie con objeto de mejorar sus formulaciones, y se está llevando a cabo un extenso programa de investigaciones sobre estos agentes de control biológico a través de subvenciones concedidas en el marco del Programa Especial a laboratorios de numerosos países.

El orador está de acuerdo con la insistencia del delegado de Kenya en la importancia de mejorar las técnicas de gestión, puesto que una aplicación más eficaz de los métodos y materiales ya disponibles permitiría realizar mayores progresos que hasta ahora. Es de lamentar que el personal profesional capacitado necesario para esa tarea sea muy escaso, y donde eso se pone de manifiesto con mayor frecuencia es precisamente en los países endémicos cuyas necesidades son mayores. Por consiguiente, en el programa de lucha contra los vectores de enfermedades se insiste particularmente en la formación de personal profesional en los países endémicos, y desea agradecer el apoyo de los delegados del Gabón, la India y los Países Bajos, que han destacado la importancia de ese aspecto. Con el apoyo bilateral y el del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, la OMS ha promovido varios cursos universitarios de dos años para la obtención de un título en entomología médica y lucha contra los vectores en Costa de Marfil, Indonesia, Kenya, Nigeria, el Sudán y Tailandia,

y está en fase avanzada el proyecto de otros cursos del mismo tipo en el Brasil, la India y Panamá. Esos graduados no sólo podrían hacer progresar el estudio de los problemas de la lucha contra los vectores en sus propios países, sino también introducir mejoras en la planificación y evaluación, que el delegado de los Países Bajos considera todavía demasiado vaga.

Mediante el programa de lucha contra los vectores de enfermedades se proseguirán los esfuerzos en apoyo de los programas de lucha contra los vectores del paludismo, las enfermedades parasitarias y otras como la peste, el tifus, la fiebre amarilla, el dengue y la fiebre hemorrágica dengue. Se presta cada vez mayor atención al desarrollo de métodos de lucha contra los vectores que puedan aplicar las comunidades en las aldeas, un ejemplo de los cuales es el empleo de trampas contra las especies ribereñas de moscas tsé tsé en varias zonas de Africa, así como la mejora de las viviendas para la lucha contra los insectos vectores de la enfermedad de Chagas.

El Dr. NAJERA-MORRONGO, Director, Programa de Lucha Antipalúdica, agradece a todas las delegaciones sus comentarios y la información que han facilitado acerca de sus planes nacionales de acción y de su colaboración con la OMS.

Comparte sin reservas las inquietudes manifestadas por varias delegaciones ante la agravación de los problemas que están rebajando la eficacia o la aplicabilidad de los métodos de lucha tradicionales. Casi todos los oradores se muestran alarmados ante el reciente aumento de resistencia del Plasmodium falciparum y han subrayado la necesidad de vigilar los efectos de ese fenómeno en la lucha antipalúdica y crear medios de contenerlo. La OMS seguirá proporcionando apoyo y formación en la medida necesaria.

El delegado de Tailandia ha mencionado el problema de la multirresistencia a sucesivos medicamentos antipalúdicos. A ese respecto, un grupo científico que se reunirá en septiembre de 1983 estudiará y dará orientaciones sobre la evolución de la normativa del uso de medicamentos para reducir el posible desarrollo de la resistencia.

Varias delegaciones han mencionado con razón que va en aumento el número de programas antipalúdicos en que se observa creciente divergencia entre el aumento de costos de las actividades de lucha clásicas y la disminución de los resultados. Como recalcaron sobre todo los delegados de Venezuela y Yugoslavia, puede ocurrir que esas tendencias no puedan invertirse hasta que los servicios antipalúdicos especializados se vean libres de los costos operativos de esas actividades, que podrían ser asumidas gradualmente por la infraestructura general de salud hoy en desarrollo, por la participación comunitaria organizada, y por la cooperación intersectorial, dentro de la estrategia de la atención primaria de salud.

Los delegados de los Países Bajos y de Sri Lanka han aconsejado la prudencia, cuando se trata de incorporar los programas antipalúdicos a la atención primaria de salud. Recuérdese que hasta ahora han fracasado casi siempre los intentos apresurados de fusión de servicios, por haberse desmantelado la capacidad de combatir el paludismo antes de desarrollar la capacidad de abordar problemas sanitarios. Los graves brotes de paludismo surgidos de aquella desdichada experiencia obligaron en algunos casos a volver a los criterios verticales y han estorbado el desarrollo normal de la infraestructura de servicios de salud. En vista de esos riesgos, la mayoría de los países reconocen hoy que la incorporación de los servicios antipalúdicos al sistema de atención primaria de salud, todavía en evolución, debe abordarse con precaución y que hay que sincronizar sus progresos con las circunstancias y los recursos locales. La evaluación de las experiencias nacionales y de las investigaciones sobre servicios de salud en cuestiones clave desempeñaría un papel esencial, como han recomendado los delegados de Venezuela y de otros países.

Desde el año pasado vienen celebrándose reuniones de trabajo interpaíses y regionales con objeto de examinar las experiencias y estudiar las cortapisas de la lucha antipalúdica a través de la atención primaria de salud. Un grupo de estudio que se reunirá en noviembre de 1983 en Ginebra, pasará revista a la experiencia mundial e intentará deducir orientaciones pragmáticas sobre procesos factibles y sus condiciones de aplicabilidad. Esto, junto con otras reuniones sobre quimioterapia del paludismo en 1983 y sobre biología de los parásitos palúdicos en 1984, servirá de base para una reunión de un comité de expertos que se convocará lo antes posible.

Los delegados del Gabón, la India y Rwanda han recomendado que se fortalezca la formación de personal, instrumento clave para conseguir la indispensable capacidad de crear estrategias de lucha adaptadas a cada país. La OMS promueve y apoya el establecimiento de mecanismos de coordinación en los ámbitos regional y mundial, en los países y entre los países, para aprovechar al máximo los recursos existentes, con miras a fortalecerlos y mejorar su adecuación a las necesidades del programa.

En cooperación con el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, el programa de lucha antipalúdica fomenta y apoya investigaciones para lograr nuevos medios de combate, y presta especial atención a las investigaciones sobre el terreno encaminadas a un mejor aprovechamiento de los instrumentos existentes. El orador da las gracias a las delegaciones de los Estados Unidos de América, el Gabón, Malawi, el Reino Unido, y otros países, que vienen apoyando esas actividades.

De proseguirse con éxito esas medidas, todos los países podrán crear servicios antipalúdicos suficientes, cuya necesidad ha recalcado el delegado de la Unión Soviética, y serían asequibles las metas del Séptimo Programa General de Trabajo.

Varias delegaciones han mencionado los efectos en el desarrollo socioeconómico. El programa de lucha antipalúdica, en colaboración con el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, está acelerando el estudio de los factores sociales, culturales y económicos que dan lugar a determinadas situaciones epidemiológicas, e investiga también hasta qué punto son dominables, como ha indicado el delegado de Tailandia.

La correlación de esos factores con los cambios ecológicos, y su pertinencia con respecto a la práctica, los convierte en elementos esenciales para la selección de métodos de lucha. Se presta especial atención a proyectos de desarrollo económico, mencionados por los delegados de Egipto y Zambia y en los que la lucha antipalúdica se desarrolla mejor en un espíritu de cooperación intersectorial e interorganismos.

El Dr. DAVIS, Director, Programa de Enfermedades Parasitarias, acoge complacido los comentarios y las sugerencias que se han formulado, así como las cuestiones planteadas respecto del Programa que él dirige. Comentaré el programa general de las parasitosis, y el Dr. de Raadt tratará de puntos concretos suscitados por la tripanosomiasis y la leishmaniasis africanas.

El orador coincide plenamente con el delegado de la India, quien señaló el hecho de que los altos índices de morbilidad y mortalidad infantiles se dan allí donde los principales factores causales son diversas parasitosis superpuestas a un fondo de subnutrición o malnutrición. No hay que subestimar la importancia de las parasitosis intestinales; a ese respecto, el Programa de Enfermedades Parasitarias ha reactivado un programa de enseñanzas, formación, investigaciones y lucha - mediante mecanismos de la atención primaria de salud - sobre infecciones intestinales provocadas por protozoos y helmintos.

También concuerda con el delegado de la India en que la lucha debe hacerse sector por sector, basarse en la epidemiología local, y utilizar una tecnología apropiada mediante sistemas de prestación basados en la atención primaria de salud. La colaboración entre las oficinas regionales y la Sede es creciente y cada vez más estrecha; seguramente irá seguida de cooperación técnica entre países cuyas ecologías y cuyas condiciones epidemiológicas sean parecidas.

El delegado de Zambia ha mencionado el aprovechamiento de los recursos hídricos y el resultante aumento de la esquistosomiasis. Esto reviste especial interés para el Programa de Enfermedades Parasitarias, donde el programa de prevención de enfermedades y lucha contra las mismas en los planes de aprovechamiento de recursos hídricos tiene un largo historial. A este respecto se aprecia bien la importancia del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental y, en general, la labor del Decenio - si tiene éxito - por ser de tan fundamental importancia para la salud pública servirá de ayuda práctica en la lucha contra todas las parasitosis. El Programa de Enfermedades Parasitarias trabaja en estrecha colaboración con la División de Higiene del Medio y con la División de Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial, por conducto del Grupo Especial de Expertos en Protección del Medio Ambiente, en lo referente al aprovechamiento de los recursos hídricos y la salud.

El delegado de Egipto ha subrayado también los antecedentes ambientales de muchas parasitosis. Ese factor, junto con las variables del comportamiento humano y la persistencia de circunstancias socioeconómicas, hacen que no puedan obtenerse resultados rápidos y que la lucha tenga que organizarse a largo plazo.

Pese a los problemas tan divulgados que plantean las parasitosis - y que no hay que desdenar - conviene advertir que en los 15 últimos años se han hecho grandes progresos. Conceptualmente, las parasitosis pueden dividirse en dos amplios sectores: primero está el grupo de infecciones en el que casi se han conseguido una tecnología apropiada y un sistema de lucha para frenar la morbilidad; en ese grupo figuran la esquistosomiasis, las infecciones gastrointestinales por protozoos y helmintos, y la tripanosomiasis africana, abrigándose la esperanza de

que en breve se dispondrá de medidas sencillas de diagnóstico aplicables periféricamente, con lo que cabría conseguir la cobertura de la población y se podrían prever y frenar las epidemias.

En segundo término está el grupo de infecciones en que los progresos de la lucha son más lentos - e incluso inexistentes -, por lo que salta a la vista que es indispensable acelerar el esfuerzo investigador. A ese grupo corresponden la quimioterapia de la filarías de Bancroft y la oncocercosis, y la de las infecciones por leishmaniasis. Por supuesto, el tratamiento de la tripanosomiasis africana no es en modo alguno satisfactorio, pero al final de este túnel se vislumbra alguna claridad.

La delegación de los Estados Unidos de América ha mencionado la esquistosomiasis y la dracunculiasis, o infección por gusanos de Guinea. En pocos sectores de las infecciones tropicales se registran avances tan grandes como los ocurridos en la quimioterapia de la esquistosomiasis en estos 15 últimos años. Con la aparición de tres factores - a saber, medicamentos contra la esquistosomiasis muy eficaces por vía oral, medios técnicos sencillos de diagnóstico cuantitativo aplicables al nivel más periférico, y un sistema de prestación al nivel de la atención primaria de salud -, la estrategia de la lucha contra la esquistosomiasis ha cambiado radicalmente y hoy se combate la morbilidad infantil con una quimioterapia de base demográfica. Como ha dicho el delegado de la República Federal de Alemania, la estrecha colaboración entre el Organismo de Cooperación Técnica de ese país y el Programa de Enfermedades Parasitarias ha permitido realizar actividades de lucha contra la esquistosomiasis con éxito considerable.

En las infecciones por gusanos de Guinea, muy diversas han sido las actividades de la OMS, mediante el esfuerzo aunado de la División de Higiene del Medio, la División de Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial, y el Programa de Enfermedades Parasitarias. La Secretaría tendrá sumo gusto en facilitar al delegado norteamericano una lista de detalles concretos.

El delegado de los Países Bajos ha dado a entender que las metas del Programa de Enfermedades Parasitarias son optimistas. Pero, en vista de lo que se acaba de decir, la Secretaría se siente inclinada a poner en duda amistosamente, esa opinión. Las metas enumeradas son asequibles para el año 1989 en los países donde los programas ya están en marcha.

El orador coincide con el delegado de los Países Bajos en que la leishmaniasis es la Cienicienta del programa. Ello se debe a restricciones de personal. Es interesante observar, sin embargo, que en noviembre de 1982 el Primer Comité de Expertos de la OMS en Leishmaniasis sentó los principios de la epidemiología y de la lucha sobre una base mundial. El informe del Comité se someterá al Consejo Ejecutivo en su próxima reunión, y después a la Asamblea de la Salud. Además cabe esperar que el programa de la tripanosomiasis africana se transfiera casi enteramente a nivel nacional para fines del decenio 1980-1990, a consecuencia de lo cual aumentarán las actividades contra la leishmaniasis.

Otra cuestión planteada por el delegado de los Países Bajos se refiere a la relación entre el Programa de Enfermedades Parasitarias y la industria farmacéutica. Ese asunto ha empezado hace 21 años, cuando la OMS, en colaboración con la República Unida de Tanzania y el personal científico del Consejo de Investigaciones Médicas del Reino Unido, formó un Centro de Quimioterapia de la Bilharziasis en Tanga, para investigar la metodología de los ensayos clínicos en las enfermedades parasitarias. Se eligieron tres parasitosis - la esquistosomiasis, la filarías y la anquilostomiasis -, todas las cuales podían tratarse dentro de un marco metodológico común. Durante muchos años ese Centro, bajo los auspicios de la OMS y de los gobiernos nacionales, ha proseguido ese tipo de trabajo. El enlace con la industria era obvio por entonces y, como el antiguo personal de la República Unida de Tanzania es hoy el antiguo personal de la OMS, esa vinculación se ha proseguido y el Programa de Enfermedades Parasitarias sigue tratando con la industria farmacéutica sobre la base del mutuo interés técnico, sin consideraciones comerciales. Las bases de interés común son las metodologías de ensayos clínicos en las enfermedades parasitarias, de investigación y desarrollo para medicamentos antiparasitarios, y de técnicas óptimas toxicológicas y farmacológicas. Se han realizado recientemente en diversos centros ensayos del praziquantel contra la esquistosomiasis, y en la actualidad se efectúan ensayos del mismo tipo del Oltipraz en colaboración con una compañía francesa, de la albendazola (antihelmíntico de amplio espectro) con una compañía americana, ensayos de benzimidazolas en la equinocosis con una compañía belga, y ensayos del praziquantel para la neurocisticercosis con una compañía alemana. Todas las pruebas se atienen a un protocolo convenido entre el Programa de Enfermedades Parasitarias de la OMS y la compañía, y tanto el tratamiento central de datos como su análisis están garantizados por una estrechísima cooperación con el

Servicio de Métodos Estadísticos. De esta manera la industria, la OMS y los Estados Miembros sacan provecho de esta colaboración en cuanto que consiguen obtener rápidamente informaciones muy exactas, con la mínima variación de métodos técnicos.

El Dr. de RAADT, Programa sobre Enfermedades Parasitarias, dice que la Secretaría se alegra de los muchos comentarios alentadores que han formulado los delegados sobre el programa de la tripanosomiasis. Se han realizado una serie de progresos espectaculares en cuanto a los métodos para combatir la tripanosomiasis. Recientemente se han efectuado nuevos ensayos relativos a la detección sistemática de la enfermedad causada por T.b. gambiense, a la evaluación y tratamiento clínicos de los pacientes, y a la lucha antivectorial a través de sistemas de autoayuda.

El delegado de Uganda ha preguntado si en el desarrollo de las nuevas técnicas se ha prestado suficiente atención al reaprovechamiento de la experiencia de quienes trabajan a diario con estas técnicas. En 1980 se celebró una reunión en la Oficina Regional para Africa, a la que asistieron representantes de los servicios de salud de los países expuestos a la enfermedad causada por T.b. gambiense así como científicos de laboratorio que participan en el desarrollo de técnicas nuevas. En aquella reunión se elaboró una estrategia para poner en práctica nuevas técnicas. Hace poco se ha publicado en el Bulletin¹ de la OMS un informe resumido de la reunión sobre la lucha contra la enfermedad del sueño causada por microorganismos de Trypanosoma brucei gambiense. Los generosos donativos recibidos por el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, han dado un mayor impulso a esas actividades y los ensayos realizados han llegado a una etapa en que las técnicas se pueden ya aplicar en gran escala.

La supervisión de la aplicación de las técnicas es competencia de los países interesados. El programa de la OMS cubre la coordinación, el adiestramiento, las adquisiciones de material, el control de la calidad y la distribución de reactivos y medicamentos, así como la distribución de prontuarios. Las dos oficinas regionales interesadas y la Sede están en condiciones de emprender estas tareas.

Al delegado de la República Unida del Camerún le preocupa la financiación del programa. Una vez que las investigaciones sobre la tripanosomiasis hayan dado por resultado el desarrollo de nuevas técnicas para combatirla, su aplicación por parte de los servicios sanitarios no podrá financiarse, claro está, con cargo a un fondo de investigación específico como el del Programa Especial. Las cantidades asignadas a la parte del programa de la tripanosomiasis que se refiere a la lucha contra la enfermedad, figuran en el cuadro de la página 240 del documento PB/84-85. La suma de casi US\$ 325 000 de que se dispone para el bienio actual proviene de los generosos donativos de dos Estados Miembros y de un donativo con cargo a los fondos del Programa de Desarrollo del Director Regional de Africa. Para el bienio 1984-1985 se han estimado las asignaciones en unos US\$ 625 000, suma que se está todavía negociando y aún no se ha garantizado.

El delegado del Iraq ha planteado una serie de cuestiones relativas a la leishmaniasis. La recrudescencia de la leishmaniasis tras la interrupción de las medidas de lucha contra el paludismo es muy común, como consecuencia, generalmente, de la reaparición de los simúlidos. Ello significa que, inevitablemente, el parásito será reintroducido a través de un portador humano o a través de un reservorio animal. Se supone generalmente que quienes han contraído la enfermedad de manera natural pueden permanecer inmunes para el resto de sus vidas. Sin embargo, la inmunidad artificial sigue causando problemas. Se están realizando muchas investigaciones alentadoras en esta esfera, pero hasta la fecha los ensayos en los seres humanos se han limitado a la infección deliberada bajo supervisión, y los experimentos con vacunas se han limitado a la leishmaniasis cutánea y aún no están preparados para su aplicación general.

El Dr. LUCAS, Director, Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, da las gracias a los delegados que han hecho observaciones sobre el Programa Especial.

Varias de las cuestiones planteadas se han referido al presupuesto. En este sentido, el orador manifiesta que las cantidades presupuestarias que aparecen en las páginas 248 y 249 del documento PB/84-85 representan proyecciones que serán perfeccionadas a medida que los distintos grupos científicos de trabajo finalicen sus planes. El presupuesto final se presentará en junio al Consejo Mixto de Coordinación.

¹ Bulletin of the World Health Organization, 60: 821-825 (1982).

Es difícil responder a la pregunta formulada por el delegado de Egipto en relación con las asignaciones a las regiones, ya que dentro del Programa Especial no se asignaron fondos, con antelación, a las regiones o a los países. Los fondos se consignaron para la realización de tareas específicas que habían de llevar a cabo científicos trabajando en sus respectivas instituciones nacionales. Desde el comienzo del Programa, se han concedido un total de 1700 subvenciones a científicos de 92 países. La Secretaría puede informar a la Asamblea de la Salud sobre cómo se distribuyeron los fondos región por región en años anteriores, pero no puede prever cómo se hará en el próximo bienio. Las subvenciones se conceden sobre la base de decisiones adoptadas por científicos que se reúnen periódicamente. Hasta la fecha, más de 2800 científicos de 126 países han participado en estas reuniones periódicas.

La colaboración con la industria ha sido muy provechosa y se ha realizado de conformidad con las directrices y políticas establecidas por los órganos deliberantes de la OMS con respecto a las patentes y a la protección del interés público.

En el sector de las investigaciones sobre el paludismo, realizadas sobre el terreno, se han patrocinado el adiestramiento y el registro gráfico de la resistencia a la cloroquina, en colaboración con las oficinas regionales. El personal de los programas de lucha antipalúdica en países endémicos ha sido adiestrado y equipado para seguir vigilando la distribución de este fenómeno.

El Grupo Científico de Trabajo sobre Quimioterapia del Paludismo ha realizado notables progresos en la elaboración del medicamento denominado mefloquina, que fue descubierto hace más de 10 años por el Instituto de Investigación Walter Reed, de los Estados Unidos de América. El medicamento se elabora en colaboración con las empresas y se espera que dentro del próximo año aproximadamente quede registrado y disponible para su utilización cuando proceda.

Es interesante observar que como consecuencia de las investigaciones sobre la tripanosomiasis africana, patrocinadas por la OMS con apoyo del Programa Especial, algunos de los medios de lucha contra la enfermedad ya se pueden aplicar en la práctica. A este respecto, cabe recordar que uno de los objetivos del Programa Especial era que los resultados de los trabajos científicos se llevasen a la práctica sobre el terreno, haciendo especial hincapié en los medios sencillos, eficaces, inocuos y económicamente asequibles.

Se han hecho considerables progresos científicos en varias esferas (por ejemplo, con respecto a la vacuna contra la lepra), pero el corto tiempo disponible no permite una descripción detallada de los mismos.

En cuanto a la consolidación de la capacidad investigadora y de las instituciones de investigación, se ha tomado nota de la propuesta del delegado del Reino Unido en el sentido de que se continúe manteniendo un equilibrio adecuado entre la investigación y el desarrollo, por un lado, y el fortalecimiento de las instituciones, por otro. A este respecto, complace al orador informar que el Gobierno nacional ha pasado a hacerse cargo del Centro de Zambia, que anteriormente dirigía la OMS en virtud del Programa Especial, y que dicho Centro está realizando una aportación valiosa a los trabajos de investigación y desarrollo del Programa Especial, por ejemplo, con relación a los ensayos de la mefloquina y a trabajos sobre el terreno acerca de la epidemiología de la tripanosomiasis africana. En 1982 el Gobierno de Zambia invirtió más de US\$ 1 millón para apoyar las actividades del Centro. Existen otros ejemplos de organismos nacionales que paulatinamente han pasado a hacerse cargo de las actividades que realizaba en un principio el Programa Especial. Esas instituciones consolidadas están ahora fortaleciendo a su vez a otras instituciones en sus respectivas regiones, lo que pone de manifiesto la cooperación técnica entre los países en vías de desarrollo. El Centro recibe aprendices de otros países en desarrollo.

El delegado de los Países Bajos ha manifestado que en el presupuesto para 1984-1985 tal vez falten fondos procedentes de donativos, y ha preguntado qué pasaría en tal caso con el Programa. Es de esperar que se reciban fondos suficientes que permitan proseguir el Programa. Ahora bien, si las contribuciones no fueran suficientes, habría que reducir algunas de las actividades previstas. Habría que limitar, por ejemplo, el número de subvenciones para investigación y adiestramiento así como el de ensayos de vacunas contra el paludismo y la lepra.

Por último, el orador expresa su agradecimiento a quienes han indicado que sus gobiernos aportarían ayuda financiera adicional al Programa Especial.

El Dr. WERNSDORFER, Programa de acción antipalúdica, informa sobre la situación actual de las investigaciones sobre la vacuna antipalúdica y hace especial referencia a las observaciones formuladas por los delegados de la India, Nigeria y la República Unida de Tanzania; dice que

en las investigaciones inmunológicas sobre enfermedades transmisibles se han realizado unos progresos sin precedente durante el último decenio. Tales progresos también han beneficiado a las investigaciones sobre inmunología del paludismo, especialmente las relativas a vacunas. Se han encontrado varios métodos viables, entre ellos, la elaboración de vacunas profilácticas causales basadas en antígenos de superficie de los esporozoitos, vacunas de bloqueo de la transmisión basadas en antígenos de superficie de los gametos, y vacunas químicamente atenuadas basadas en antígenos de superficie de los merozoitos. Los progresos han sido posibles gracias al desarrollo de técnicas de cría in vitro del microorganismo Plasmodium falciparum y otras plasmodias, y también mediante el desarrollo de la fusión celular o técnicas de hibridomas conducentes a la producción de anticuerpos monoclonales. Estos avances representan un medio de investigación esencial para la identificación de antígenos protectores contra el parásito del paludismo. Asimismo, los recientes progresos respecto a la producción de antígenos mediante el análisis estructural de las proteínas, la ingeniería genética y la síntesis de polipéptidos inmunogénicos han dado lugar a posibilidades prácticas que en la actualidad se aprovechan con el fin de producir antígenos protectores contra el paludismo.

Tales métodos y pautas de investigación se emplean muy activamente en el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, en colaboración con otras organizaciones y organismos financiadores y con la cooperación de un gran número de instituciones y servicios distribuidos por todo el mundo. Los delegados pueden estar seguros de que en el Programa Especial se concede importancia primordial a la elaboración de vacunas antipalúdicas. La prudencia, sin embargo, es indispensable, ya que la utilización de vacunas obtenidas a partir de un antígeno, posiblemente idóneo, para elaborar otras que se puedan administrar en la práctica es una operación ardua, y la evaluación de la inocuidad y eficacia de una vacuna es una tarea muy compleja y que lleva mucho tiempo.

Por otro lado, deberá tenerse en cuenta que las vacunas antipalúdicas, por útiles que sean como medios para fortalecer la lucha contra el paludismo y mejorar su eficiencia, no constituyen una panacea. Su función debe considerarse como un complemento de otros métodos de la lucha antipalúdica, los cuales, por lo tanto, no deben descuidarse. En resumen, los progresos actualmente realizados respecto a la investigación sobre vacunas antipalúdicas revelan perspectivas muy prometedoras pero, a pesar del firme propósito de la Organización de llevar a cabo la labor con la mayor diligencia, no sería una actitud realista esperar que se pueda disponer de vacunas antipalúdicas en un futuro muy inmediato, aunque, con toda probabilidad, será necesario realizar ensayos sobre el terreno y evaluaciones de las vacunas durante los próximos años.

El Dr. MERSON, Lucha contra las enfermedades diarreicas, toma nota de las preguntas que el delegado de Chile ha formulado sobre las repercusiones que tiene el programa de lucha contra las enfermedades diarreicas en la reducción de la mortalidad causada por dichas enfermedades, y sobre los métodos que se utilizan en el programa para obtener información con el fin de evaluar los programas nacionales. A este respecto, debe tenerse en cuenta que en la mayoría de los países los programas de lucha contra las enfermedades diarreicas acaban de iniciarse y que, por lo tanto, todavía es demasiado temprano para evaluar las repercusiones de esos programas sobre la mortalidad y la morbilidad de las enfermedades diarreicas. Sin embargo, hay ciertos datos alentadores dignos de mención.

En primer lugar, en los hospitales de varios países, la utilización de la terapéutica de rehidratación oral ha conducido a una disminución considerable en el índice de defunciones causadas por enfermedades diarreicas, lo cual se puede atribuir al hecho de que actualmente se concede mayor atención a la actuación general contra este tipo de enfermedades, así como a la disminución en el uso de líquidos intravenosos y, por consiguiente, de las complicaciones asociadas con aquéllas. Este descenso en el índice de defunciones se ha venido observando, por ejemplo, en ciertos hospitales de Costa Rica, Haití y la India.

En segundo lugar, la adopción de la terapéutica de rehidratación oral ha dado por resultado una disminución en las tasas de hospitalización por enfermedades diarreicas en algunos países tales como Túnez, debiéndose el descenso a una utilización mayor de sales de rehidratación oral en el plano de la comunidad.

En tercer lugar, el uso de la terapéutica de rehidratación oral ha supuesto una reducción del 90%, nada menos, en el uso de líquidos intravenosos en los grandes hospitales de Bangladesh, China, Filipinas, Jamaica, Marruecos y Túnez. Dado que el costo del tratamiento por vía oral de un caso de enfermedad diarreica es inferior en más de un 80% al del tratamiento con líquidos

intravenosos, está claro que aquella terapéutica puede dar lugar a una disminución considerable en el costo de la asistencia médica correspondiente. El orador está de acuerdo con los muchos delegados que se han referido al importante papel desempeñado por el UNICEF en los programas nacionales de lucha contra las enfermedades diarreicas.

Por otro lado, se dispone también de informaciones obtenidas por medio de estudios operativos de investigación, llevados a cabo en Bangladesh, Egipto y la India que demuestran que la aplicación de la rehidratación oral, en un plano doméstico comunitario, puede reducir la mortalidad por enfermedades diarreicas entre un 50% y un 60% en el periodo de un año.

Se espera que a medida que avance el decenio sea posible presentar más información a la Asamblea de la Salud sobre las repercusiones de los programas nacionales de lucha contra las enfermedades diarreicas en el ámbito de los hospitales y de las comunidades. En 1982, en virtud del programa se inició un sistema de información sobre la gestión administrativa para medir la marcha de los progresos respecto al logro de los objetivos y para suministrar información sobre la utilización de estrategias recomendadas para la gestión del programa en los planos mundial, regional y nacional. El sistema mencionado entrará plenamente en funcionamiento en 1983-1984 y es de esperar que se integre en los sistemas de información de otros programas sanitarios. El programa de lucha contra las enfermedades diarreicas de la OMS y el programa sobre la situación sanitaria y la evaluación de las tendencias colaborarán en la aplicación del sistema de gestión administrativa.

A fin de obtener con rapidez los datos relativos a las repercusiones y el funcionamiento de una serie de programas nacionales de lucha contra las enfermedades diarreicas, se ha establecido un sistema de alerta en virtud del cual algunos países facilitan a la OMS mayor número de informaciones concretas sobre sus actividades. Uno de esos países, Filipinas, informó en 1982 que la cobertura de los casos de enfermedades diarreicas tratados con sales de rehidratación oral en ocho regiones del país fue del 43%, lo que dio por resultado un descenso general del 16% en la tasa de mortalidad causada por dichas enfermedades.

La OMS colabora también con ciertos países en la planificación y aplicación de estudios de morbilidad y mortalidad para facilitar los datos básicos indispensables a la planificación y para evaluar las repercusiones de los programas. Hasta la fecha estos estudios se han llevado a cabo en once países, y en varios de ellos se ha obtenido también información sobre la cobertura de las vacunaciones. Los estudios han confirmado que las enfermedades diarreicas son la causa de un tercio, por lo menos, de todas las defunciones de los niños menores de cinco años.

Finalmente, se estima que los estudios intensivos, o revisiones completas del programa, pueden constituir un medio especialmente eficaz de evaluar los progresos y las repercusiones de los programas nacionales de lucha contra las enfermedades diarreicas. Tales revisiones, que se han utilizado ya con mucho éxito en el Programa Ampliado de Inmunización y en el Programa de Salud de la Madre y el Niño, suponen el establecimiento de un equipo reducido, compuesto por personal del programa y del país de que se trate junto con expertos procedentes de países vecinos, que obtienen y analizan, durante un periodo de dos semanas, las informaciones pertinentes sobre la gestión administrativa, el funcionamiento y la epidemiología mediante el estudio de los datos existentes acopiados en el momento de la revisión. Así se identifican los resultados del programa y los problemas operativos, y se formulan recomendaciones respecto a las actividades futuras. Hasta la fecha tales revisiones se han llevado a cabo en cuatro países y se proyecta realizarlos en otros diez en 1983. Se prevé que para 1984, en virtud del programa de lucha contra las enfermedades diarreicas, se podrán emprender estas revisiones en la mayoría de los países, en colaboración con el Programa Ampliado de Inmunización y el Programa de Salud de la Madre y el Niño.

Los delegados de Egipto y de la República Unida del Camerún han formulado preguntas sobre la política de la OMS con respecto a la utilización de vacunas contra el cólera, especialmente para combatir las epidemias. Durante el último decenio la política de la Organización ha consistido en desaconsejar el uso masivo de vacunas anticoléricas para combatir las epidemias, ya que las vacunas disponibles no pueden impedir la transmisión y, por lo tanto, la propagación de la enfermedad; además, así se presta menos atención a otras medidas más importantes de lucha contra la enfermedad, y suministran una protección clínica limitada durante un periodo muy corto. Por otro lado, la experiencia muestra que la mayoría de las vacunas suministradas no tienen la eficacia necesaria.

Mediante el programa de lucha contra las enfermedades diarreicas se fomentan actualmente las investigaciones destinadas a elaborar nuevas vacunas anticoléricas que podrían impedir el contagio y ofrecer una protección prolongada con un alto grado de eficacia y efectos secundarios

muy reducidos o nulos. Por medio de la ingeniería genética, en particular, puede ser posible elaborar vacunas de administración oral con el fin de obtener la máxima inmunidad intestinal y proporcionar posiblemente una protección contra otras bacterias que también son causa de diarreas mortales.

El delegado de Tailandia ha planteado la importante cuestión de cómo impartir adiestramiento sobre la gestión administrativa para los agentes de atención primaria de salud en varias esferas prioritarias. A este respecto cabe señalar que el programa de lucha contra las enfermedades diarreicas ha organizado ya un curso de formación en materia de gestión para supervisores de primera línea, que puede ser impartido a escala nacional o por zonas y en el que se hace hincapié no sólo en las funciones de lucha contra las enfermedades diarreicas, sino también en otras intervenciones relativas a la salud primaria, tales como las inmunizaciones y la lucha antipalúdica. El curso se basa en los métodos utilizados en el curso para gerentes del programa y en los cursos de gestión administrativa del Programa Ampliado de Inmunización. Dentro de tres meses se dispondrá del material necesario.

El Dr. PIO, Tuberculosis e Infecciones de las Vías Respiratorias, contesta a las preguntas hechas por los delegados con relación al programa 13.7 (Infecciones agudas de las vías respiratorias) y señala que el delegado de los Estados Unidos de América pidió a la Secretaría que expresara su parecer sobre la relación que existe entre el programa de lucha antituberculosa y el programa contra las infecciones agudas de las vías respiratorias. En realidad, son dos programas bastante diferentes, si bien por razones históricas dependen del mismo servicio administrativo. El programa de lucha contra las infecciones agudas de las vías respiratorias comenzó en 1978 con el Sexto Programa General de Trabajo. Ese programa está actualmente bien definido en el Séptimo Programa General de Trabajo. El objetivo inmediato es reducir la mortalidad infantil en los países en desarrollo, en donde las tasas actuales son muy elevadas. En marzo de 1983 se reunió en Ginebra un grupo asesor técnico y llegó a la conclusión de que ya se dispone de suficientes conocimientos y tecnología para que los países inicien un programa de lucha contra las infecciones agudas de las vías respiratorias.

El delegado de Egipto ha señalado la ausencia de previsiones presupuestarias para el programa de lucha contra las infecciones agudas de las vías respiratorias en la Región del Mediterráneo Oriental. Sin embargo, la Oficina Regional ya ha preparado un programa a medio plazo de actividades de servicio e investigación. Se ha previsto una reunión regional para 1983 a fin de examinar el programa y estimular el interés de las autoridades nacionales por el mismo. Por consiguiente, la falta de previsiones presupuestarias no significa que no se prevea ninguna actividad en esa esfera.

Con relación al programa 13.8 (Tuberculosis) no se puede mantener, de forma razonable, que no se presta la debida atención a la tuberculosis. Esta enfermedad todavía se considera como un problema de salud en los países desarrollados, si bien está disminuyendo rápidamente a un ritmo anual del 10%. El delegado de Hungría ha hecho observar que en algunos países de Europa central se registró un aumento en el número de casos durante los últimos años, y se teme que la tendencia descendente pueda haberse invertido. Sin embargo, no se ha comunicado, hasta ahora, ningún aumento en el riesgo de infección en esos países. Se estudiarán los datos con el fin de averiguar si existe un auténtico cambio en la curva descendente en la incidencia de la tuberculosis o si, como es más probable, lo que está ocurriendo es sólo un fenómeno pasajero.

La situación es bastante diferente en la mayoría de los países en desarrollo, en donde el riesgo sigue siendo el mismo o sólo ha disminuido muy lentamente. Con todo, no existen pruebas de que hayan aumentado las tasas de morbilidad. Lo que ha aumentado es el número absoluto de casos que fueron comunicados durante los dos últimos decenios, debido al hecho de que la población se duplicó durante ese periodo.

En vista de esa situación, la observación escéptica hecha por el delegado de Noruega con relación al objetivo epidemiológico establecido en el programa a medio plazo parece muy lógica. No se puede negar que existía un cierto optimismo cuando se formuló el objetivo en 1980. No obstante, el objetivo no se puede considerar de forma aislada. Se ha argüido que si el Programa Ampliado de Inmunización, los programas de tecnología de laboratorio para la salud, los medicamentos esenciales y la atención primaria de salud alcanzan sus objetivos en 1989, entonces es muy probable que el programa de lucha antituberculosa hará los progresos que fueron tan difíciles de conseguir en los decenios de 1960 y 1970. En realidad, el objetivo es demasiado modesto y supone simplemente una reducción anual de 2% en la morbilidad infantil y en el riesgo de infección. La cifra de 2% es la mínima que se puede estimar dentro de unos límites

aceptables de exactitud estadística durante un periodo de seis años. La vacunación con BCG logrará una reducción de la morbilidad infantil mucho mayor que el 2% propuesto. La localización y el tratamiento de casos son las principales actividades que podrán reducir el riesgo de infección. Una mejora progresiva en la detección precoz de los casos y en la aceptación por los pacientes del tratamiento producirá las reducciones proyectadas.

Si se considera que el objetivo no se podrá lograr, habrá que admitir que no se evitarán 98 de las 100 nuevas infecciones posibles y se pondrá de relieve el hecho de que la tecnología actual de lucha contra la tuberculosis no es muy eficaz. Incluso en los países desarrollados sólo es posible evitar 10% de las nuevas infecciones posibles cada año. Así, está justificada la necesidad de realizar nuevas investigaciones y de mejorar los métodos de lucha. La esfera más prometedora es la inmunología. Con la asistencia financiera del Gobierno de Noruega se inició en 1983 un nuevo programa de investigación inmunológica.

El delegado de Sri Lanka ha preguntado si la Secretaría puede aclarar las dudas legítimas con relación a la eficacia de la vacunación con BCG. El conocido estudio de la India no proporcionó ninguna información sobre la prevención de la tuberculosis infantil porque el método de localización de casos utilizado tenía como fin descubrir una tuberculosis pulmonar de esputos positivos, mientras que en los niños las formas más frecuentes son la tuberculosis extrapulmonar o de esputos negativos. La declaración en el sentido de que la eficacia de la vacunación con BCG varía desde 0 hasta 80% no se aplica a los niños. Los numerosos estudios sobre la vacunación con BCG en lactantes y niños pequeños han producido, todos ellos, resultados muy positivos. Por consiguiente, después del estudio de la India no existía ninguna razón para modificar la política actual de vacunación con BCG dentro del Programa Ampliado de Inmunización. Incluso el Gobierno de la India decidió continuar la vacunación de niños menores de cinco años de edad.

Se ha expresado alguna inquietud con respecto a la reducción aparente en la asignación presupuestaria para la lucha antituberculosa. En realidad, según se desprende de la última columna del cuadro de la página 259 del documento del presupuesto por programas, habrá un aumento de casi US\$ 600 000 en la asignación del presupuesto ordinario para 1984-1985. La disminución importante afecta a la cuantía de los fondos extrapresupuestarios. Sin embargo, a ese respecto, existe un problema general que se ha examinado muchas veces en el Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud; cuando se prepara el proyecto de presupuesto por programas, la mayoría de los organismos donantes no están todavía en condiciones de asegurar cuál será el importe de los fondos que, posteriormente, facilitarán para los programas que realizará la OMS dos años más tarde. En realidad, la diferencia en fondos extrapresupuestarios para la tuberculosis entre el bienio anterior y el próximo ha sido cubierta en gran parte.

El Gobierno de Suecia prometió renovar su colaboración con el Gobierno de la India, por conducto de la OMS, aportando una cuantía de más de US\$ 1 millón por año durante los próximos cinco años. Además, la Fundación del Golfo Árabe para las Organizaciones de Desarrollo de las Naciones Unidas (AGFUND) ya ha concedido US\$ 400 000 para un programa en cuatro países en 1983-1984.

En lo concerniente a la formación, se debe tener presente que durante los últimos 15 años se ha celebrado anualmente en Tokio, en idioma inglés, un curso realizado conjuntamente por la OMS y el Japón sobre la lucha contra la tuberculosis para la formación de administradores de programas. Con arreglo a un acuerdo reciente con el Gobierno de Francia, comenzará pronto un programa análogo de formación en idioma francés. Así, es de agradecer la colaboración de los dos gobiernos citados.

Por último, la estrecha asociación de trabajo entre la OMS y la Unión Internacional contra la Tuberculosis ha sido un modelo ejemplar de cooperación internacional. El Director General desea valerse de la oportunidad actual para expresar el profundo reconocimiento de la OMS por la ayuda de la Unión para los programas nacionales de lucha antituberculosa patrocinados por la Organización. Se ha extendido la asociación a la esfera de las infecciones agudas de las vías respiratorias y otros programas contra enfermedades de las vías respiratorias.

La Sra. ROUILLON, Unión Internacional contra la Tuberculosis, expresa su agradecimiento a la OMS y los Estados Miembros por la confianza que han depositado en la Unión Internacional contra la Tuberculosis. Sus reacciones positivas ante la labor de la Unión serán un estímulo para que las asociaciones que forman parte de la misma aumenten sus esfuerzos para apoyar y complementar las decisiones adoptadas por los gobiernos y la Organización. Tanto en lo que se refiere a la tuberculosis como en lo que respecta a las infecciones agudas de las vías respiratorias y otras enfermedades de las vías respiratorias, la Unión está poniendo a la disposición de los Estados Miembros su red de comunicación directa para transmitir informaciones útiles.

Un tema relativo a la tuberculosis no ha sido, tal vez, examinado detalladamente. Se trata del costo del tratamiento. Tanto la OMS como la Unión, algunas veces conjuntamente y otras de forma independiente, han hecho esfuerzos para lograr una reducción en el costo de los medicamentos. La Unión ha conseguido recientemente precios muy preferenciales para la utilización de una combinación de rifampicina e isoniacida y de pirazinamida en programas correctamente evaluados. Se han realizado muchos estudios sobre la mínima dosis posible de rifampicina que sea eficaz, a fin de reducir el costo del tratamiento. Además, es imposible exagerar la importancia de la labor que se está haciendo conjuntamente con la OMS para aumentar y mejorar la cobertura del diagnóstico y el tratamiento con el fin de lograr resultados epidemiológicos auténticos.

El Dr. SANSARRICQ, Lepra, dice que ha tomado nota de las observaciones hechas por la delegación de los Países Bajos con relación al carácter ambicioso de los objetivos asignados al programa contra la lepra desde el punto de vista de la detección y el tratamiento de casos. El delegado de Egipto también señaló debidamente a la atención la necesidad de realizar tantas encuestas como fuera posible con el fin de evaluar, con exactitud, la amplitud del problema de la lepra. A ese respecto, se acaba justamente de terminar un manual que permite realizar encuestas con muestras tomadas al azar sin tener que recurrir a los servicios de especialistas de la estadística.

Los delegados de Egipto y los Países Bajos han expresado su preocupación en lo que concierne a los recursos presupuestarios del programa de lucha antileprosa. A ese respecto, hay dos cuestiones que se deben señalar a la atención.

En primer lugar, en los últimos años, las principales contribuciones extrapresupuestarias para el programa de lucha antileprosa se recibieron con cargo al Fondo Sasakawa para la Salud en una cuantía que oscilaba entre US\$ 1 millón y US\$ 1 300 000 por año. Los US\$ 600 000 de la contribución de 1982 se utilizaron para el tratamiento con medicamentos múltiples. Asimismo, la Federación Internacional de Asociaciones contra la Lepra (ILEP) proporcionó contribuciones que oscilaban entre US\$ 400 000 y US\$ 800 000 por año.

En segundo lugar, en Nueva Delhi en agosto de 1981 se celebró una reunión sobre planes de acción para la lucha antileprosa; asistieron a ella representantes de organizaciones bilaterales y voluntarias y todos los funcionarios encargados de la lucha contra la lepra en las oficinas regionales. La reunión permitió hacer progresos importantes. Las asociaciones que forman parte de la ILEP decidieron dar prioridad a la aplicación del tratamiento con medicamentos múltiples de conformidad con las recomendaciones de la OMS en todos los proyectos que reciben una ayuda financiera directa de esas asociaciones, que abarcan un total de aproximadamente 1 200 000 pacientes. La Fundación Damien en Bélgica estableció un fondo de medicamentos con una dotación inicial de US\$ 400 000, con el fin de apoyar los proyectos que reciben la aprobación técnica de la OMS. Es de esperar que otras asociaciones también contribuyan a esos proyectos. La Secretaría cree que las perspectivas de conseguir nuevas contribuciones extrapresupuestarias son razonablemente buenas. En cualquier caso, la Organización está sumamente agradecida a las organizaciones bilaterales y voluntarias mencionadas, y a otras que han proporcionado ayuda.

Ciencia y tecnología de la salud - promoción y protección de la salud (Sección 3 de la Resolución de Apertura de Créditos; documentos PB/84-85, páginas 119-218 y EB71/1983/REC/1, Parte II, párrafos 34-41) (continuación)

La salud bucodental en la estrategia de salud para todos

EL PRESIDENTE señala a la atención de los delegados un proyecto de resolución sobre la salud bucodental en la estrategia de salud para todos, propuesto por las delegaciones de los Emiratos Arabes Unidos, las Maldivas, Mozambique, Nigeria, Noruega y Suecia. Las delegaciones de Islandia, Lesotho y la República Islámica del Irán han expresado su deseo de que se les incluya en la lista de patrocinadores. El texto del proyecto de resolución dice lo siguiente:

La 36^a Asamblea Mundial de la Salud,

Advirtiendo que la salud bucodental se está deteriorando en los países en desarrollo, a pesar de que existen métodos preventivos eficaces que han mejorado y siguen mejorando considerablemente la salud bucodental en muchos países industrializados;

Reconociendo que la cooperación bilateral centrada en medidas destinadas a detener el deterioro de la salud bucodental en los países en desarrollo y a asegurar el mantenimiento permanente de las mejoras logradas es no sólo posible, sino particularmente necesaria en la época actual;

Enterada con satisfacción de la estrategia clara y práctica de que se dispone¹ para mejorar la salud bucodental en todo el mundo,

1. EXHORTA a todos los Estados Miembros a que, al establecer sus estrategias nacionales de salud bucodental, se ajusten a esa estrategia;
2. INSTA a todos los Estados Miembros a que recurran a los mecanismos de coordinación y colaboración de que se dispone por conducto de la OMS y en particular de su Programa Internacional de Colaboración para el Desarrollo de la Salud Bucodental mencionado en la estrategia que figura en el Anexo adjunto;
3. PIDE al Director General:
 - i) que, al establecer el Programa Internacional de Colaboración para el Desarrollo de la Salud Bucodental, movilice todos los recursos disponibles con el fin de responder eficazmente a las solicitudes de los Estados Miembros relativas a todos los aspectos de sus estrategias nacionales de salud bucodental, aprovechando así una oportunidad especial para redistribuir los recursos humanos y de otra índole con miras a lograr la salud para todos;
 - ii) que en su informe bienal dé cuenta de los progresos realizados a futuras Asambleas Mundiales de la Salud.

ANEXO¹

PROGRAMA DE ACCION POR PAISES EN CUATRO PUNTOS

1. Establecer un procedimiento coordinado de planificación en el sector de la salud bucodental, utilizando el sistema normal de la OMS para analizar las situaciones en este sector.
2. En los planes nacionales así formulados, destacar la prevención a nivel de la atención primaria de salud e integrar la salud bucodental en la infraestructura sanitaria general, con inclusión de un sistema adecuado de envío de casos.
3. Identificar los obstáculos a la realización de los planes nacionales.
4. Utilizar el Programa Internacional de la OMS de Colaboración para el Desarrollo de la Salud Bucodental a continuación mencionado para superar esos obstáculos.

FUNCION DE LA OMS EN APOYO DEL PROGRAMA DE ACCION POR PAISES

1. Establecer un Programa Internacional de la OMS de Colaboración para el Desarrollo de la Salud Bucodental tal como se bosqueja en los documentos EB71/1983/REC/2, páginas 176-178, y A36/INF.DOC./2, página 3, en el que se prevea el despliegue óptimo de todos los recursos de que dispone la Organización.
2. Colaborar con los Estados Miembros en el análisis de las situaciones, en el establecimiento de políticas, metas, planes y programas nacionales, habida cuenta de esos análisis, y en la identificación de los obstáculos que se oponen al logro de esas metas.
3. Participar con los gobiernos en la determinación de las actividades y el apoyo necesarios, por conducto del Programa Internacional de la OMS de Colaboración para el Desarrollo de la Salud Bucodental.
4. Promover y coordinar las investigaciones sobre los servicios de salud y otras investigaciones requeridas para lograr que los países alcancen sus metas en lo que se refiere a la salud bucodental.

¹ Estrategia relativa a la salud bucodental resumida del proyecto de presupuesto para 1984-1985 y del documento A36/INF.DOC./2.

La Srta. DEBEY (Francia) dice que su delegación se tendrá que abstener en la votación. Como ya indicó en la octava sesión de la Comisión, no considera que la redistribución de personal que se ha propuesto permita resolver los problemas de dotación, en primer lugar, porque el personal que se redistribuirá no dispondrá de formación suficiente en la labor preventiva y, en segundo lugar, porque es una medida de sustitución y que está en contra de la noción de autorresponsabilidad de los países. La delegación de su país también expresó su preocupación por el aspecto financiero del programa de salud bucodental, basado en la financiación con fondos extrapresupuestarios y la tendencia a establecer una secretaría que representará una duplicación de la secretaría actual.

El Dr. ROSDAHL (Dinamarca) dice que su delegación comparte las reservas expresadas por el delegado de Francia. No obstante, seguirá a la mayoría de la Comisión y votará a favor del proyecto de resolución.

Se adopta el proyecto de resolución.

Sustancias de referencia para la inspección de la calidad de los medicamentos

El PRESIDENTE señala a la atención de los delegados un proyecto de resolución sobre las sustancias de referencia para la inspección de la calidad de los medicamentos (facilitación de su salida de los Estados Miembros y entrada en ellos), propuesto por el grupo de redacción, que dice lo siguiente:

La 36^a Asamblea Mundial de la Salud,

Consciente de que conviene disponer de sustancias óptimas de referencia para la inspección de la calidad de los medicamentos;

Advirtiendo las dificultades actuales para obtener sustancias de referencia, debido a retrasos o pérdidas en tránsito, o a que son retenidas indebidamente, en espera del cumplimiento de los trámites aduaneros, y almacenadas en condiciones que pueden menoscabar su calidad,

PIDE al Director General que estudie el asunto y adopte medidas adecuadas, habida cuenta de las funciones que la Constitución asigna a la Organización y de las prácticas conexas, y que informe de esas medidas a los Estados Miembros.

El Dr. WESTERHOLM (Suecia), Presidente del grupo de redacción, dice que el texto fue aceptado por los 15 países representados en el grupo de redacción.

El Dr. ZAKI (Egipto) se refiere al párrafo de la parte dispositiva del proyecto de resolución y pregunta si se enviará la información a cada Estado Miembro individualmente, o si se informará a los Estados Miembros, sobre las medidas adoptadas, en la Asamblea de la Salud.

El Dr. WESTERHOLM (Suecia) dice que la información se enviará a los Estados Miembros.

El Dr. SCHOUWER (Bélgica) dice que no se desprende claramente del texto si la información se facilitará antes o después de la adopción de las medidas.

El PRESIDENTE responde que la dificultad se debe a una ligera discrepancia entre el texto inglés y el texto francés. El texto francés se tendrá que ajustar al inglés.

El Dr. ADANDÉ MENEST (Gabón) declara que en muchos países la entrada de algunos productos está regida por la legislación. El propósito del texto es facilitar la entrada de esos productos. Muchos países que no tienen laboratorios de inspección necesitan importar productos de referencia de otros países. Con tal de que se informe a esos países de la importancia de los productos, adoptarán las medidas necesarias para facilitar la entrada y la salida de los mismos.

Se adopta el proyecto de resolución.

Se levanta la sesión a las 17.30 horas.