



36^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

COMISION A

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA 13^a SESION

Palais des Nations, Ginebra
Viernes, 13 de mayo de 1983, a las 9.00 horas



PRESIDENTE: Dr. J. M. SOTELO (Perú)

INDICE

	<u>Página</u>
1. Primer informe de la Comisión A	2
2. 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
Apoyo al programa	13

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 el 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).

13ª SESION

Viernes, 13 de mayo de 1983, a las 9.00 horas

Presidente: Dr. J. M. SOTELO (Perú)

1. PRIMER INFORME DE LA COMISION A (documento (Proyecto) A36/35)

El Dr. MAKUTO (Zimbabwe), Relator, da lectura al proyecto de primer informe de la Comisión.

Queda adoptado el informe.

2. PROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS PARA EL EJERCICIO 1984-1985: Punto 20 del orden del día (documentos PB/84-85 y EB71.R3 y Anexo 1, 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, A36/6, A36/INF.DOC./2, 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, págs. 219-297, y EB71/1983/REC/1, Parte I, resolución EB71.R11 y Anexos 4 y 5, Parte II, párrafos 42-46) (continuación)

El Dr. EHRLICH, Oficina Regional para las Américas, respondiendo a las peticiones de información acerca de la considerable provisión de fondos para la Región de las Américas con destino al programa 13.10 (zoonosis), dice que a la Región se le ha asignado un volumen de fondos relativamente grande a causa del especial interés mostrado por los países que la integran. La Oficina Regional tiene un programa especial de veterinaria de salud pública y además presta un apoyo sustancial tanto al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, de Río de Janeiro, como al Centro Panamericano de Zoonosis, de Buenos Aires, el cual dedica particular atención a la rabia, la tuberculosis, la brucelosis, la hidatidosis, la leptospirosis y la encefalitis equina. En el presupuesto ordinario de la OMS para el ejercicio 1984-1985, ha sido posible una reducción de aproximadamente US\$ 500 000 en comparación con el de 1982-1983, como consecuencia de: a) la decisión adoptada en 1982 por el Comité Regional de reducir el programa del Centro de Buenos Aires; b) la disponibilidad de fondos complementarios que provendrán del proyecto de presupuesto ordinario de la OPS para el ejercicio 1984-1985 y de los dos gobiernos huéspedes, y c) las modificaciones en los tipos de cambio del dólar de los Estados Unidos con respecto al cruceiro del Brasil y del dólar de los Estados Unidos con respecto al peso de Argentina.

El Dr. MATYAS, Veterinaria de Salud Pública, dice que la OMS ha intensificado últimamente su cooperación con los Estados Miembros en la planificación y ejecución de programas nacionales amplios de vigilancia, prevención y lucha contra las principales zoonosis y contra las enfermedades de origen animal transmitidas por los alimentos, entre ellas la rabia, la salmonelosis, la equinococosis/hidatidosis y la brucelosis. Durante el Sexto Programa General de Trabajo, se planearon e iniciaron proyectos prácticos en más de 20 países de todas las regiones, excepto las Américas, donde ya estaban bien elaborados los programas nacionales e internacionales de lucha contra las zoonosis y otras enfermedades afines transmitidas por los alimentos. Los programas cooperativos de lucha antirrábica han reportado ya una reducción de la incidencia de casos en algunos países, especialmente de América Latina, Asia Sudoriental y Europa. Establecimientos de lucha contra las zoonosis, como el Centro Panamericano de Zoonosis, el Centro de Zoonosis del Mediterráneo y el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, así como otros mecanismos - basados todos en el concepto de cooperación técnica y económica con Estados Miembros y entre Estados Miembros - se han convertido en poderosos instrumentos para el desarrollo del programa.

El delegado de Zambia ha mencionado este método y, en efecto, el programa de lucha antirrábica, en el que Estados de África oriental y austral han comenzado últimamente a colaborar, está mostrando unos resultados muy prometedores. Por ejemplo, en uno de los Estados Miembros participantes se ha iniciado la producción local de una vacuna antirrábica para perros, sencilla pero eficaz.

El delegado de la República Federal de Alemania ha insistido en la necesidad de continuar las actividades del Programa mediterráneo de lucha contra las zoonosis, un programa que fue apoyado económicamente por el PNUD, (en particular por su Oficina para Europa) de 1978 a 1982. Hay que agradecer sinceramente al PNUD ese apoyo, sin el cual no habría sido posible el Programa. Sin embargo, todavía no se ha decidido si continuará o no prestándose. Pese a sus múltiples actividades positivas en los últimos cinco años, con la cooperación de diversos países participantes y de la oficina del PNUD para Europa, el programa no ha logrado hasta la fecha movilizar el apoyo necesario por parte de la oficina del PNUD para los Estados Arabes, en complementariedad con el elemento europeo. El Director General de la OMS y el Administrador del PNUD han enviado recientemente una misión a los países que ya participan y a los que podrían hacerlo, y el informe de esa misión lo examinan actualmente en Nueva York la OMS y el PNUD. Aunque en enero de 1983 se celebró en Riyad una reunión intergubernamental de Estados Arabes, bajo los auspicios del PNUD, con objeto de establecer prioridades para el programa regional del PNUD, en ella no se estudiaron las prioridades en relación con los proyectos. Otro factor que complica la situación es que en la actualidad el PNUD está sujeto a unas limitaciones económicas muy estrictas.

El delegado de los Países Bajos ha insistido en la necesidad de que se elaboren manuales destinados a la planificación y ejecución de programas de lucha contra determinadas zoonosis. Hay, además, pruebas evidentes de que en los Estados Miembros se utilizan ampliamente, para formular sus programas nacionales de lucha, las guías prácticas publicadas hasta la fecha por la OMS sobre rabia, equinocosis/hidatidosis, brucelosis, leptospirosis y fiebre del valle del Rift, sobre prevención de los riesgos de salud pública asociados con la presencia de animales en zonas urbanas y sobre diversos aspectos de higiene de los alimentos (los alimentos de origen animal). Esa labor continúa, y durante 1983 se editarán algunos otros manuales: sobre salmonelosis, virología alimentaria, vigilancia para la lucha contra las enfermedades transmitidas por los alimentos, etc.

Con la erradicación de la viruela y la introducción de medidas preventivas eficaces contra las seis enfermedades que abarca el Programa Ampliado de Inmunización, se debe reconocer una prioridad aún mayor en los planos nacional e internacional, a las zoonosis y las enfermedades transmitidas por los alimentos ya que se trata de enfermedades transmisibles graves y extendidas.

Las limitaciones presupuestarias del programa de lucha contra las zoonosis significan que hará falta una auténtica aportación extrapresupuestaria de los Estados Miembros y de los organismos donantes para satisfacer las expectativas de los Estados Miembros.

El Dr. CAUSSE, Infecciones Bacterianas y Venéreas, respondiendo a una petición de información del delegado de Nigeria, dice que la OMS presta particular atención al creciente problema del herpes genital, especialmente en los países industrializados, en los que es la causa principal de las úlceras genitales. En algunos de esos países, la tasa de incidencia ha aumentado en 5% a 6%. En la mayoría de los países en desarrollo, el problema evoluciona con mayor lentitud, si bien en algunos de Africa es la causa del 2% al 13% de las úlceras genitales. La gravedad del trastorno, que tiende a recidivar, es evidente por el riesgo de transmisión al recién nacido y por su aparente asociación con el cáncer de cuello del útero. La OMS propicia las investigaciones sobre fármacos que, aunque todavía no se ha probado que sean plenamente eficaces, reducen la frecuencia y el grado de la recidiva. El departamento de Virosis organiza una consulta, sobre infecciones producidas por el virus herpético, que se celebrará en 1983 y en la que se estudiará debidamente el herpes genital.

Se concede alta prioridad al grave problema de la creciente resistencia a los antibióticos, del que han hecho mención los delegados de la India y de los Estados Unidos de América. La causa principal de resistencia, y en algunos casos de resistencia combinada de las bacterias, está en una terapéutica y una profilaxis inadecuadas, o en otros usos o abusos de antibióticos en medicina humana y veterinaria. Como consecuencia se hace cada vez más necesario recurrir a antibióticos nuevos, que suelen ser costosos. Además, los riesgos de infecciones nosocomiales son cada vez mayores y más frecuentes, debido a las bacterias de resistencia combinada. La OMS ha organizado varias reuniones científicas sobre el tema y sugiere a los países que se elaboren programas normalizados de vigilancia sobre la sensibilidad de las bacterias a los antibióticos con objeto de mantener al personal de salud al corriente del tratamiento más eficaz y de las medidas apropiadas para evitar que siga aumentando esa resistencia. También se elaboran programas aplicables a todos los niveles de los servicios de salud, para prevenir las infecciones nosocomiales. Existe asimismo el plan de preparar manuales y cursos de adiestramiento con la finalidad de fomentar nuevas aptitudes ante las infecciones nosocomiales.

Los delegados de Chile y de los Estados Unidos de América han destacado la gravedad de la transmisión congénita y perinatal en el contexto de las enfermedades de transmisión sexual, aspecto que también la OMS considera digno de especial interés. Hay pruebas de transmisión congénita en el 30% al 40% de las madres sifilíticas. Las oftalmías, tanto clamidiales como gonocócicas, en los lactantes se transmiten de la madre al niño con la misma frecuencia, y la última es frecuentemente causa de ceguera permanente. En estrecha cooperación con el correspondiente servicio de la OMS (Prevención de la ceguera), se está aplicando un programa para prevenir la transmisión perinatal de la ceguera. Se toman medidas asimismo en el plano de la atención primaria de salud mediante programas de información y educación para el personal sanitario - en particular las parteras profesionales y las enfermeras - y para las madres. A fines de 1983 se reunirá en Ginebra un grupo de trabajo para estudiar los problemas y proponer medidas de aplicación en todos los niveles de los servicios de salud.

El delegado de la República Unida del Camerún ha destacado la necesidad de elaborar y aplicar técnicas de diagnóstico rápido de las enfermedades de transmisión sexual. Si bien sigue siendo cierto que los métodos de diagnóstico en que se fundamenta un tratamiento eficaz suelen exigir laboratorios y personal especializados, están investigándose los componentes antigénicos - gonocócico, clamídico y treponémico - que originan la infección, y los anticuerpos monoclonales de los agentes etiológicos, a fin de establecer unos sistemas de diagnóstico rápidos y sencillos que puedan emplearse en atención primaria de salud; algunos métodos están ya aplicándose con buenos resultados. Estas investigaciones de biotecnología producen también técnicas de inmunización específica.

Respecto a la pregunta del delegado de Ghana relativa a la fecha de publicación del manual de adiestramiento sobre el pian y otras treponemosis endémicas, como la sífilis y la pinta endémicas, se procede a su revisión, y el manual debe publicarse a finales de 1983. Varias organizaciones han anunciado ya que encargarán muchos ejemplares.

Por lo que hace a la extensión de las medidas para combatir las enfermedades de transmisión sexual a nivel de atención primaria de salud - pregunta planteada por los delegados del Gabón y Sri Lanka - se ha elaborado, aplicado y evaluado un sistema simplificado con ese fin. Para 1984-1985 se organizan seminarios de adiestramiento de personal, y se los ha incluido en el proyecto de presupuesto por programas. Han sido muy constructivas las observaciones del delegado de Zambia sobre el desarrollo de los programas destinados a combatir las enfermedades de transmisión sexual en su país, con participación de los servicios de atención primaria de salud.

El delegado de Chile ha pedido datos sobre la actividad de la OMS en relación con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Este síndrome se identificó en 1981 en los Estados Unidos de América y suscita seria preocupación en diversos países por la detección de un creciente número de casos, la elevada tasa de mortalidad y la incertidumbre que rodea su etiología, diagnóstico temprano y tratamiento. Se ha mostrado irreversible en muchos casos y, a causa de la disminución de la resistencia y de la inmunodeficiencia natural o adquirida, los individuos están expuestos a contraer muchas enfermedades diferentes - entre ellas infecciones pulmonares debidas a Pneumocystis carinii, aspergilosis del sistema nervioso, infección micobacteriana atípica, infecciones virales y cáncer, lo que ocasiona la muerte en el 30%-40% de los que padecen el síndrome. Desde 1981 hasta abril de 1983 se han identificado unos 1500 casos; en los Estados Unidos se detectó diariamente un promedio de un caso durante 1981, pero a comienzos de 1983, ese promedio ha aumentado a dos o tres casos por día; 1361 de todos los casos identificados se han registrado en Estados Unidos, y los demás en 15-20 países de los continentes de América, Europa y África. En las primeras etapas se observó el síndrome en homosexuales, buena parte de los cuales había recibido drogas por vía intravenosa; luego, en mujeres que habían tenido relaciones sexuales con personas que mostraron después signos del síndrome o que habían recibido drogas por vía intravenosa, así como en inmigrantes oriundos de Haití sin antecedentes de homosexualidad o de haber recibido drogas por vía intravenosa, en niños que vivían con personas que presentaban factores de riesgo y en algunos niños que sufrían hemofilia y necesitaban la administración regular intravenosa de productos sanguíneos: en algunos casos se estableció que estos productos provenían de la sangre de personas expuestas a un elevado riesgo. Los estudios etiológicos y epidemiológicos realizados por algunos grupos de investigadores, especialmente en los Estados Unidos de América, sugieren que el origen del síndrome es viral y que puede transmitirse sexualmente o por contacto directo.

Partiendo de la preocupación considerable expresada por los grupos de alto riesgo y por el personal de salud, así como con objeto de orientar y coordinar las investigaciones y dar a conocer los métodos de investigación y diagnóstico y las medidas preventivas, la OMS proyecta organizar un grupo especial de trabajo a fines de 1983. Varios departamentos de la sede de la OMS y de las Oficinas Regionales para las Américas y Europa están en estrecho contacto a fin de coordinar ese sistema.

El Dr. ARITA, Erradicación de la Viruela, dice que la infección por poxvirus de los monos es una zoonosis que se registra en las zonas higrofiticas tropicales del Africa occidental y central. No se conoce el reservorio de la infección. En el ser humano esta infección se descubrió por primera vez en el Zaire, en 1970. Los rasgos más importantes de la enfermedad son que su cuadro clínico se parece al de la viruela y que el agente etiológico, denominado "poxvirus de los monos", pertenece a la familia de ortopoxvirus de la que forman parte el de la viruela bovina, y el de la viruela.

Al anunciar en 1980 la erradicación de la viruela, la Asamblea Mundial de la Salud hizo suyas las recomendaciones relativas a la política para la era de la posterradicación de la viruela formuladas por la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Viruela. En las recomendaciones se decía, entre otras cosas, que, como la viruela de los monos en el hombre la ocasiona un poxvirus distinto del virus de la viruela, y tiene una capacidad limitada de difusión en el ser humano, no constituye un peligro para la erradicación de la viruela. La Comisión Mundial recomendaba, por otra parte, que en el Africa occidental y central prosiguieran la vigilancia y las investigaciones sobre el poxvirus de los monos.

Como respuesta a las peticiones de información complementaria hechas por los delegados de los Estados Unidos de América y de la URSS, dice que la constante vigilancia epidemiológica realizada de 1970 a 1981 ha revelado la infrecuencia de la enfermedad. Durante todo ese periodo sólo se registraron 61 casos, con una incidencia anual que variaba entre 1 en 1974 y 13 en 1978. A lo largo de esos años se estableció en ocho ocasiones la transmisión de una persona a otra, y no se encontraron casos de transmisión terciaria. Así pues, los datos disponibles indican que la transmisión de una persona a otra es limitada. Sin embargo, de enero de 1982 hasta la fecha se ha registrado un número relativamente grande de casos, 37, de los cuales 32 en 1982 y 5 hasta la fecha en 1983. Todos los casos se han detectado en las zonas higrofiticas tropicales del Zaire, con presunta transmisión de una persona a otra en 5 ocasiones, incluida una transmisión terciaria.

En 1981 se intensificó la vigilancia basada en los hospitales en el Zaire, con la participación de 154 hospitales y dispensarios de tres regiones de elevada incidencia. Aunque probablemente la intensificación de la vigilancia también contribuyó al aumento del número de los casos registrados, hubo asimismo, al parecer, un incremento real.

El Comité sobre Infecciones por Ortopoxvirus se reunió en Ginebra en marzo de 1982 y, entre otras cosas, examinó las nuevas observaciones. El Comité volvió a confirmar que el poxvirus de los monos no constituye un problema de salud pública; es evidentemente, sin embargo, un problema más preocupante de lo que se supuso en un principio. El Comité opinó que para controlar de cerca la situación es imprescindible someter el poxvirus de los monos a una vigilancia especial. El informe del Comité se publicará en un próximo número de Weekly Epidemiological Record.

Los centros colaboradores de la OMS prestan su concurso a la investigación. Los casos sospechosos en zonas del Africa occidental y central distintas del Zaire también están siendo investigados a fondo mediante los esfuerzos conjuntos de los servicios sanitarios nacionales y de la OMS. Los fondos del presupuesto ordinario asignados al programa 13.12 (Vigilancia de la erradicación de la viruela) no serán probablemente adecuados para sostener todas esas actividades.

Respondiendo al delegado de Italia, dice que la OMS tiene acceso a reservas sustanciales de vacuna antivariólica que pueden ponerse a disposición de cualquier país en cualquier momento en cuanto investigaciones de laboratorio confirmen una situación de emergencia. Las reservas son suficientes para vacunar a 300 millones de personas. Para él será un placer consultar con el delegado de Italia sobre el tema de la producción de vacuna antivariólica en ese país.

El Dr. BEKTIMIROV, Virosis, dice que el delegado de la India ha puesto de relieve la importancia de la cooperación técnica para desarrollar la autorresponsabilidad nacional en técnicas de laboratorio sencillas y rápidas. Consciente de que las técnicas sencillas son las más importantes para los países que disponen de recursos limitados, la OMS presta gran atención a este problema, y una de las orientaciones principales del programa sobre enfermedades transmisibles es la elaboración de tales técnicas. Por otra parte, la OMS ha designado a

varios centros colaboradores de la Organización en el sector de las técnicas rápidas, por medio de los cuales ha apoyado a los laboratorios competentes del mundo en desarrollo en lo tocante a servicios bibliográficos y, hasta cierto punto, en la producción de reactivos de trabajo. Además, la OMS dirige varios grupos de trabajo sobre diagnóstico rápido en todas las regiones. El orador expresa su gratitud al Gobierno de la India, que ha acogido a varios seminarios interpaíses de la OMS. La aplicación de técnicas rápidas depende en buena parte de la disponibilidad de reactivos de diagnóstico, y por eso la OMS presta particular atención a la producción regional y subregional de tales reactivos, como también al adiestramiento. El establecimiento de centros regionales, subregionales y nacionales de producción de reactivos e inspección de su calidad, por medio de la cooperación técnica, es uno de los objetivos fundamentales del programa.

En respuesta a preguntas sobre la hepatitis viral, formuladas por los delegados de la URSS y de Ghana, dice que la OMS es el organismo principal de coordinación en esa esfera desde el gran paso adelante dado a comienzos del decenio de 1970 con la identificación del antígeno de superficie de la hepatitis B. Asegura a los Estados Miembros que la OMS mantendrá esa función directiva haciendo el mejor uso de las técnicas, en rápida evolución, para ayudar a los países, en particular a los países en desarrollo, que se enfrentan con grandes problemas en ese sector.

El Dr. THYLEFORS, Prevención de la Ceguera, dice que el delegado de Sri Lanka ha subrayado la necesidad de facilitar gafas a los enfermos que se operan de catarata. La entrega de gafas baratas a ciertos grupos de población ha sido objeto recientemente de estudios preliminares de viabilidad en varios países, atendiéndose sobre todo a los escolares y a los enfermos operados de catarata. Además, en un país de la Región del Mediterráneo Oriental está en marcha un proyecto piloto alentador. Se ha creado, para uso de los maestros, un sencillo procedimiento de detección para descubrir deficiencias de la visión en escolares; prosiguen los ensayos de este procedimiento. En colaboración con la División de Salud Mental se está planeando la evaluación de los efectos psicosociales de la corrección visual en escolares. Es posible que la actual tecnología de producción y montaje de las partes componentes de las gafas se preste bien a proyectos de la industria artesanal doméstica, y parece probable que las gafas construidas con elementos normalizados puedan ofrecerse al precio aproximado de US\$ 2 en casi todos los países interesados.

La delegación de Egipto ha recalcado la necesidad de medios de formación en asistencia oftalmológica, para el personal de atención primaria de salud. En breve se podrá disponer, gracias al programa de prevención de la ceguera, de material de instrucción destinado a dar a conocer el tratamiento, a nivel primario, de los trastornos comunes relacionados con la ceguera. El material se distribuirá profusamente, *inter alia*, por conducto de organizaciones no gubernamentales. Se han fijado pautas para manuales de asistencia oftalmológica primaria, y algunos de los Estados Miembros han creado manuales de esa índole teniendo en cuenta las circunstancias nacionales. En estos próximos años se insistirá cada vez más en aportar esos medios de formación.

También el delegado de Egipto planteó la cuestión de cómo van cambiando las causas de ceguera en el mundo, especialmente los problemas con que se tropieza en la epidemia de la queratoconjuntivitis vírica. Ciertamente es que varios países han podido dominar el tracoma como causa de ceguera, pero esa enfermedad sigue siendo muy grave en algunos países en desarrollo. El criterio por el que se rige el programa de prevención de la ceguera, con su objetivo de poner a disposición de todos una asistencia oftalmológica esencial, se presta a prevenir y dominar diversas dolencias. El tratamiento sencillo, pero temprano, de trastornos tales como la queratoconjuntivitis, es de la mayor importancia si se quiere evitar la ulterior aparición de complicaciones conducentes a la ceguera. Ese tratamiento podrían aplicarlo diversas categorías de personal a nivel periférico, dentro del marco de los sistemas de atención primaria de salud.

Expresa su gratitud por los muchos comentarios favorables formulados, que se tendrán en cuenta en el ulterior desarrollo del programa.

El Dr. GLASUNOV, Director, División de Enfermedades no Transmisibles, indica que la gran cantidad de observaciones hechas por los delegados refleja el gran interés que sienten por las actividades encaminadas a prevenir y combatir las enfermedades no transmisibles. Comparte la inquietud expresada por los delegados de Malta, Zambia y Cabo Verde ante los crecientes problemas que plantean las enfermedades no transmisibles en los países en desarrollo, y coincide con el delegado de los Estados Unidos en que la lucha mundial contra las enfermedades

buco-dentales, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares adquirirá creciente importancia de aquí al año 2000. Durante una reciente visita a la República Unida de Tanzania, un funcionario de salud observó que ya es hora de que comiencen en los países en desarrollo las actividades de lucha contra las enfermedades no transmisibles, y que en el desarrollo de la atención primaria de salud hay que hallar el debido equilibrio entre las actividades de lucha contra las enfermedades transmisibles y las no transmisibles.

Varias delegaciones han recalcado la necesidad de un criterio unitario para prevenir y combatir las enfermedades no transmisibles, especialmente la integración en la atención primaria de salud. Está clara la necesidad de contar con estrategias de base científica que aborden la prevención y la lucha contra más de una enfermedad simultáneamente, mediante la atención primaria de salud; de ello han citado ejemplos los delegados del Gabón e Islandia. La Secretaría ha tomado nota de varias sugerencias: la creación de sistemas de vigilancia de las enfermedades no transmisibles, sugerida por varios delegados; el desarrollo de programas completos de prevención y lucha que empiecen por la prevención multifactorial de la cardiopatía coronaria, según ha propuesto el delegado de la URSS, o por la diabetes, según sugiere el delegado de Malta, o por reconocimientos médicos completos, como sugiere el delegado de Checoslovaquia; y medidas con buena relación de costo-eficacia sobre cambios del estilo de vida y factores de riesgo, así como de factores anti-riesgo, según mencionó el delegado de la República Democrática Alemana. La OMS sigue activamente esas ideas. Un grupo de orientación de actividades, que se reunió en noviembre de 1982, ha llegado a la conclusión de que un programa integrado de prevención y lucha contra las enfermedades no transmisibles es una operación viable, que reúne de manera flexible y práctica los recursos y los criterios que hoy se aplican a determinadas enfermedades transmisibles y estados patológicos conexos, y que permite gestionar unificadamente un conjunto de acciones preventivas para el tratamiento general de las enfermedades no transmisibles y el fomento de la salud en las comunidades. La Sede colabora estrechamente con las oficinas regionales a ese respecto. Se desarrolla con vigor un programa de ese tipo en la Región de Europa, y también progresan las actividades en la Región de las Américas, así como en las Regiones de Asia Sudoriental y África.

Advierte la inquietud expresada por los delegados de Israel, el Gabón, Italia y Finlandia sobre la marcha del programa para combatir el hábito de fumar. El Dr. Masironi (División de Enfermedades no Transmisibles) expondrá el estado del programa y su desarrollo.

Expresa su gratitud a los muchos delegados que han subrayado la importancia del programa contra el cáncer y aprobado su actual orientación. El Dr. Stjernswärd contestará preguntas concretas. En cuanto a la inquietud manifestada ante la disminución de US\$ 53 900 en la consignación presupuestaria para la Región de África, señala que obedece a cierto descenso de las actividades interpaíses y al hecho de que esos fondos se están utilizando en otros programas que actualmente se consideran de mayor importancia para la Región de África.

Le satisface el apoyo que se presta al programa contra las enfermedades cardiovasculares. El Dr. Pisa, Director del Programa, describirá nuevas perspectivas del desarrollo y la expansión del programa, del que ha sido uno de los principales arquitectos, y es de esperar que siga asociado a su desarrollo después de alcanzar la edad de jubilación, ya muy próxima.

Varios delegados han expresado su apoyo al programa contra la diabetes y subrayado su importancia. La OMS acoge complacida esas manifestaciones y seguirá colaborando con los países en el desarrollo del programa.

La lucha contra las enfermedades hereditarias es también importante, y el orador agradece a los delegados de Chipre y Zambia el interés que muestran por el programa. Espera que la experiencia de ambos países en ese sector pueda utilizarse para seguir logrando progresos a nivel comunitario en la prevención y la lucha contra los trastornos de tipo hereditario.

El Dr. STJERNSWÄRD, Cáncer, acoge con agrado las constructivas observaciones formuladas por los delegados, todas las cuales se tendrán en cuenta en la evolución del programa contra el cáncer. La mitad de los delegados que han intervenido proceden de países en desarrollo, lo cual indica que por fin va perdiendo terreno la vieja idea de que el cáncer es un problema que afecta únicamente a los países industrializados.

El delegado de la República Federal de Alemania ha acogido favorablemente la mejora de la coordinación entre la OMS y el CIIC y elogiado la labor de esta última entidad en materia de carcinogénesis. El delegado de la URSS ha exhortado a que aumenten las actividades internacionales de coordinación, a que en éstas participen organizaciones no gubernamentales, y a que el CIIC emprenda más actividades preventivas. El delegado de la República Democrática Alemana

ha recalcado la importancia de la coordinación de las investigaciones, y ha instado a que se amplíe y acelere el programa a medio plazo, dando preferencia a los métodos epidemiológicos.

El Director del CIIC no ha podido, por desgracia, continuar en Ginebra, pero antes de partir ha pedido al orador que conteste en nombre de la OMS y del CIIC.

El Comité del Programa del Consejo Ejecutivo, en su informe contenido en el documento EB69/23, relativo a "planificación a largo plazo de la cooperación internacional en el sector del cáncer" ha manifestado que aprecia "la concisión y la claridad del documento en el que se describe la distribución de funciones entre el servicio que se ocupa del cáncer en la sede de la OMS y el CIIC". Y prosigue: "Se consideró que las propuestas de reorientación del programa eran realistas y se elogió el plan establecido para concentrar las actividades en los cánceres susceptibles de prevención. Se puso de relieve que el servicio de cáncer, las oficinas regionales y el CIIC han colaborado en realidad de manera muy estrecha, especialmente en algunos proyectos sobre el terreno. Mientras que el CIIC centró sus actividades en la carcinogénesis y en la epidemiología, en la Sede y en las regiones se prestó la máxima atención a la lucha contra el cáncer (prevención, diagnóstico precoz, terapéutica, asistencia ulterior e investigación operativa). De hecho, los dos programas son, por su naturaleza misma, interdependientes y complementarios".

El CIIC está emprendiendo trabajos de gran calidad también en materia de prevención, por ejemplo respecto del cáncer de esófago en China, sobre el cáncer cervical (acerca del cual se prepara una base científica para averiguar los intervalos óptimos de detección) y en el nuevo e importante campo de las relaciones entre la nutrición y el cáncer, al que se asignan unos US\$ 100 000. El Servicio de Cáncer de la Sede, junto con las regiones, concentra su esfuerzo en reorientar el programa de lucha anticancerosa, en la prevención primaria siempre que sea posible (por ejemplo en las medidas contra los principales carcinógenos en los Estados Miembros), contra los hábitos de fumar y masticar tabaco, y en la prevención del cáncer de hígado; así como en la prevención secundaria, por ejemplo la detección de cánceres cervicales en los Estados Miembros y el diagnóstico precoz y el traslado de casos en formas comunes de cáncer.

Como ha indicado el delegado de Sri Lanka, se dispone de conocimientos suficientes para abordar la enorme cuestión del abuso del tabaco a nivel nacional. Lo que ahora se necesita es actuar como conviene mediante programas nacionales. Como han señalado los delegados del Gabón y Finlandia, las dolencias inducidas por el tabaco son uno de los mayores riesgos evitables para la salud. Así, un tercio del total de los cánceres en muchos países occidentales se debe al tabaco, y se calcula que podrían evitarse alrededor de un millón de cánceres con la sola medida de eliminar el abuso del mismo. Además, como dedujo un Comité de Expertos en 1978, la lucha contra el hábito de fumar haría más por la salud pública que cualquier otra medida aislada en el campo de la medicina preventiva. Por ello sorprende que se hayan ejecutado tan pocos programas de acción con vigilancia de los efectos.

Se buscan medidas de prevención primaria contra el cáncer del hígado. El carcinoma hepatocelular primario es uno de los ocho tumores más conocidos en el mundo entero, y constituye una de las enfermedades predominantes en las Regiones de Africa, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental, calculándose en unos 250 000 los casos nuevos anuales. Le hepatitis crónica es en sí un importante problema sanitario, ya que el número de sus portadores se calcula en 200×10^6 . La Oficina Regional para el Pacífico Occidental ha celebrado una excelente reunión de trabajo para planear medidas de prevención primaria, y en la Sede se celebró recientemente una reunión OMS/CIIC con participantes de las Regiones de Africa y del Pacífico Occidental. Se indicó que se había llegado a un momento único en la historia del cáncer, ya que uno de los principales cánceres podía evitarse por inmunización. El virus de la hepatitis B figura en segundo lugar entre los carcinógenos, después del tabaco. Hay vacunas, pero son demasiado caras para usarlas en gran escala. Continúa la busca, con perspectivas alentadoras, de vacunas de segunda generación que puedan usarse sobre amplia base en todas las zonas del mundo donde se requieren con urgencia medidas de lucha. Asegura el delegado de la URSS que la colaboración con las organizaciones no gubernamentales es constructiva y que continúa. Se ha proyectado una reunión para 1984, en la que se tratará de fortalecer aún más esa colaboración.

Los delegados de Sri Lanka, Kenya, el Gabón, Zambia, Cabo Verde y China han señalado el alarmante aumento del cáncer en los países en desarrollo. Es probable que los problemas aumenten al crecer la expectativa de vida. A ese respecto, indica el orador que la expectativa de vida de la población de Sri Lanka ha llegado ya a los 68 años. Además, en el distrito de Shangai (China) el cáncer aparece ya como la causa principal de defunción. Además de un aumento de

los cánceres ya existentes, es también probable que se registre una epidemia de tumores debidos al tabaco en los países en desarrollo.

Contestando al delegado de Kenya, el Dr. Glasunov ha comentado ya la cuantía del crédito presupuestario asignado al cáncer para la Región de Africa. El orador desea sólo asegurar a los delegados de Kenya y Zambia - que mostraron inquietud ante la disminución de US\$ 53 900 en la consignación para la Región de Africa - que el programa regional se ha ideado de manera que represente la óptima inversión posible del dinero restante disponible, y el orador está seguro de que se han fijado con acierto las prioridades.

No cabe negar que puede haber habido, hace algún tiempo, un elemento de exceso de confianza en muchos países en desarrollo respecto del problema del cáncer. En lo que se refiere a varios cánceres numéricamente importantes, no es todavía demasiado tarde para aplicar medidas de prevención apropiadas. Para el año 2000, pudiera haberse perdido la batalla. El tiempo pasa y el asunto requiere atención urgente.

Es alentador enterarse de la labor que describe el delegado de Sri Lanka, labor que demuestra que se dispone de la tecnología necesaria y que ésta puede utilizarse mediante el sistema de atención primaria de salud, sin que forzosamente haya de resultar costosa. Sin embargo, hay que advertir que los recursos actualmente asignados a las actividades de lucha anticancerosa de la OMS siguen siendo insuficientes para conseguir lo que es claramente asequible. Por ello complace al orador que los delegados de la República Democrática Alemana, Zambia y Kenya hayan subrayado la necesidad de los recursos.

Vuelve a asegurar a los delegados de la República Democrática Alemana y de la URSS que la terapia anticancerosa no está siendo olvidada, ya que evidentemente no tendría sentido diagnosticar los cánceres con mayor prontitud si entonces no pudieran tratarse. A ese respecto se celebrará una reunión en octubre en la que se debatirá la cuestión de las directrices a que hayan de atenerse los programas anticancerosos nacionales en los países en desarrollo. No es posible basar la asistencia anticancerosa en la atención primaria de salud únicamente, conviene analizar la función de los centros más destacados en ese terreno

El delegado de la República Federal de Alemania ha prometido el completo apoyo de su país al programa dedicado a los enfermos de cáncer incurable. Por desgracia, en estos próximos años, los enfermos de cáncer, de casi todos los países en desarrollo, serán incurables, en el 80% de los casos, para cuando les llegue el momento del diagnóstico. En los países desarrollados, sólo una persona de cada cuatro fallece de cáncer. Asegura a la Comisión que se dispone de la tecnología precisa: lo que ahora se requiere es instrucción para aplicarla debidamente, que la población tenga acceso a los medicamentos, y que los Estados Miembros tengan la voluntad de actuar en nombre de sus enfermos incurables.

Le complace reconocer la excelente colaboración mantenida con la Federación Internacional de Asociaciones para Fabricantes de Productos Farmacéuticos, con la que se ha iniciado activamente el diálogo. Se han movilizado recursos extrapresupuestarios para ese programa en dos reuniones sobre financiación extrapresupuestaria, en las que se fijaron directrices para aliviar el dolor del cáncer. Todas las regiones están de acuerdo con el programa, que se ensayará en los tres próximos años en los Estados Miembros, en los 10 países objeto del programa que pueden servir para preparar indicadores. Es de esperar que para 1986 el programa esté dispuesto para ejecución a nivel mundial.

El Dr. PISA, Enfermedades cardiovasculares, contestando a puntos planteados en el debate sobre las enfermedades cardiovasculares, dice que la prevención de éstas en todas las poblaciones es y seguirá siendo el objetivo del programa de la Organización en esa esfera. Para alcanzar esa meta es esencial la estrecha colaboración con los Estados Miembros y, cuando éstos lo crean útil, la OMS podrá cooperar en la formulación, el desarrollo y la ejecución de sus programas preventivos nacionales. Por ello, cualquier aumento de los fondos disponibles deberá usarse principalmente con ese fin. Las enfermedades cardiovasculares son una elección oportuna para ese criterio, pues constituyen un grave problema sanitario en grandes zonas del mundo, su incidencia va en aumento en los países en desarrollo, y la tecnología para prevenirlas y combatir las existe en gran parte y está ya ensayada, como lo demuestra el proyecto de Karelia del Norte (Finlandia).

La estrategia preventiva propuesta por el Comité de Expertos en Prevención de la Cardiopatía Coronaria¹ se basa principalmente en un enfoque demográfico y se dirige a todos los grupos de edades de las poblaciones, incluidos niños y mujeres embarazadas. La estrategia requerirá

¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 678, 1982.

aplicar principios que la OMS está intentando introducir en la esfera sanitaria en general, tales como la participación comunitaria, la reorientación del personal sanitario hacia la prevención, el aprovechamiento eficaz de los servicios de salud, el desarrollo de sistemas de información sanitaria, el criterio interdisciplinario, la coordinación de las enseñanzas dirigidas al personal sanitario y al público, y la movilización de los recursos nacionales. Por último, y no es lo menos importante, la evaluación de los progresos en la prevención y la lucha contra las enfermedades cardiovasculares es hoy posible mediante la vigilancia sostenida de puntos terminales concretos y mensurables.

La OMS, con sus centros colaboradores, contribuirá al desarrollo de la política y los programas nacionales en la prevención de las enfermedades cardiovasculares en todas las etapas, tales como: el enjuiciamiento de la situación, es decir, riesgos para la población y sus determinantes principales; la definición de los objetivos nacionales y de las metas que se han de alcanzar en distintas fases del desarrollo del programa; la formulación de una estrategia preventiva y la evaluación de los recursos disponibles y necesarios; las disposiciones que permitan intercambiar los conocimientos técnicos y la información; la vigilancia continua de los progresos del programa y de los resultados de éste, y el fomento de las investigaciones relacionadas con actividades de prevención, incluyendo las investigaciones relativas a factores de riesgo menos identificados, como son los factores ocupacionales y sociales y la correlación entre el medio ambiente y las predisposiciones genéticas.

La colaboración entre la OMS y los Estados Miembros se facilitará si los países interesados pueden identificar puntos focales nacionales, con objeto de garantizar la comunicación. La Secretaría ha escuchado con sumo interés lo dicho por el Dr. Hyzler acerca de la reunión de trabajo nacional que se celebrará en el Reino Unido, en septiembre, y cuyo propósito es formular un plan nacional de prevención de la cardiopatía coronaria. El orador espera que el informe de esa reunión se ponga a disposición de la OMS y de todos los países interesados, por cuanto puede servir de documento de trabajo para futuras conferencias nacionales o de la OMS.

La OMS está también copatrocinando, con la Sociedad y Federación Internacional de Cardiología, el primer congreso mundial de cardiología preventiva que ha de celebrarse en Moscú en 1985 y mediante el cual la Sociedad Cardiológica de la URSS piensa ayudar a promover los nuevos conceptos en la prevención de las dolencias cardiovasculares.

Todos los expertos coinciden en que tan pronto como empiecen a ejecutarse los programas preventivos de las enfermedades cardiovasculares, y a causa de su índole fundamental para preservar y fomentar hábitos saludables de vida, sus efectos se notarán también en el descenso de incidencia de otras enfermedades no transmisibles. La tarea es enorme y habrá que proseguir el programa en lo que queda de siglo; pero sus objetivos son realistas.

El Dr. MASIRONI, División de Enfermedades no Transmisibles, dice que la lucha contra el hábito de fumar constituye un requisito previo esencial en la prevención de importantes enfermedades no transmisibles, especialmente de la cardiopatía coronaria y determinadas formas de cáncer. Esa es la razón de que la OMS esté llevando a cabo actividades cuyo objetivo es ayudar a los países a evaluar la extensión del problema del tabaco y la salud en el ámbito nacional, a elaborar programas nacionales de lucha contra el hábito de fumar y a contrarrestar la propagación de dicho hábito en sus poblaciones.

El establecimiento del programa de la OMS sobre tabaco y salud se decidió apenas tres años antes, en aplicación de la resolución WHA33.35. Durante esos tres años, las actividades han aumentado progresivamente en número, en intensidad y en grado de diversificación, puesto que la lucha contra el hábito de fumar es una empresa multidisciplinaria. Por ejemplo, se han celebrado en fecha reciente o van a celebrarse próximamente varios seminarios nacionales e internacionales financiados por fondos extrapresupuestarios en Sri Lanka, Swazilandia, Nepal, la India, Mongolia, Tailandia y otros países en desarrollo. Se han celebrado seminarios en Egipto y en Kuwait en colaboración con la Unión Internacional contra el Cáncer. Los seminarios han sido útiles para evaluar la extensión del problema del tabaco y la salud en esos países, aumentar el interés y estimular la acción.

La Secretaría ha concentrado la ayuda a las investigaciones sobre el hábito de fumar y a la recopilación y difusión de datos sobre su prevalencia y tendencias y de otra documentación de ámbito mundial en el Centro de la OMS de Información sobre Tabaco y Salud, al que se ha referido el delegado de Finlandia. El Centro comenzó a funcionar gracias a una contribución financiera inicial del Gobierno de los Estados Unidos.

Otro proyecto es el relativo al análisis del contenido de alquitrán y nicotina de los cigarrillos que se venden en los países en desarrollo y a la asistencia prestada a algunos de

esos países en el análisis de sus propios cigarrillos. Se sabe que los cigarrillos de los países en desarrollo suelen tener un nivel de sustancias tóxicas muy superior al de los que se venden en países industrializados.

Un estudio de ámbito mundial publicado en 1982 sobre la legislación relativa a la lucha contra el hábito de fumar demostró que, mientras que en 1976 eran sólo 19 los países que contaban con algún tipo de legislación restrictiva del uso del tabaco, en 1981 su número era de unos 60. Esa es una prueba evidente de la creciente preocupación de los gobiernos por los perniciosos efectos para la salud de la extensión del uso del tabaco.

Se están iniciando estudios sobre temas oportunos y muy controvertidos, tales como la función del tabaquismo pasivo y los llamados cigarrillos "menos perjudiciales", que están inundando los mercados, pero no han contribuido a reducir los efectos perjudiciales del hábito de fumar.

La OMS ha copatrocinado una Conferencia Internacional sobre el Tabaco y la Juventud, así como la Tercera, Cuarta y Quinta Conferencias Internacionales sobre Tabaco y Salud. La Quinta Conferencia se celebrará en Winnipeg, Canadá, en julio de 1983.

En sus esfuerzos para combatir la propagación del hábito de fumar, los países pueden buscar orientación en los informes de tres comités de expertos, el último de los cuales se reunió en Ginebra en noviembre de 1982.

La Organización colabora en todas esas actividades con diversos organismos especializados y organizaciones gubernamentales, en particular con la UNCTAD y la FAO en relación con las repercusiones económicas y agrícolas de la supresión del cultivo del tabaco en favor de otros cultivos, con la UNESCO en determinados aspectos de la educación y con la Unión Internacional contra el Cáncer, la Unión Internacional para la Educación Sanitaria, la Unión Internacional contra la Tuberculosis y una red de centros colaboradores.

Espera que su información sobre esas actividades contribuya a aliviar la preocupación manifestada por los delegados de Italia y Gabón en el sentido de que si el programa de la OMS sobre tabaco y salud pierde fuerza, también se verán afectados los programas de los países. Hay que señalar, sin embargo, que la eficacia del apoyo de la OMS a los programas de los países depende del volumen del apoyo financiero disponible. La preocupación manifestada por el delegado de Finlandia acerca de la idoneidad del presupuesto para el programa puede verse disminuida por la información de que el tabaco y la salud se han incluido en el presupuesto por programas para 1984-1985 en la Oficina Regional para Europa como un nuevo programa. La asignación es de US\$ 200 000, la mitad de los cuales proceden del presupuesto ordinario y la otra mitad de otras fuentes. El hábito de fumar se debatirá también en las discusiones técnicas que se celebrarán en el Comité Regional sobre el tema de "vida sana".

Las perspectivas para 1984-1985 en la Sede no son tan prometedoras. La referencia a la página 296 del documento PB/84-85 pone de manifiesto que la única asignación del presupuesto ordinario para investigaciones sobre la lucha contra el hábito de fumar es de US\$ 33 000. La única fuente constante de fondos (US\$ 25 000 al año) ha sido hasta ahora el Fondo del Director General para Actividades de Desarrollo, aunque en los tres últimos años se han recibido contribuciones de la Arabia Saudita, Austria, los Estados Unidos de América, Finlandia, el Japón, Kuwait y Suecia, hasta alcanzar un total de unos US\$ 400 000, que se han utilizado en la realización de las actividades que ha descrito.

El delegado del Gabón ha destacado acertadamente la presión que ejerce la industria tabaquera en su país - lo mismo que en casi todos los demás - y ha preguntado qué puede hacer la OMS para contrarrestarla. Comparado con los US\$ 2000 millones que invierte anualmente la industria tabaquera en publicidad y promoción, el nivel de los fondos anuales de la Sede apenas representa un 0,001% de esa suma. Con una limitación tan manifiesta, difícilmente podrá la OMS apoyar eficazmente a los países en sus esfuerzos para prevenir las enfermedades relacionadas con el tabaco.

El PRESIDENTE invita a la Comisión a aprobar el proyecto de resolución recomendado por el Consejo Ejecutivo en su resolución EB71.R11 sobre la lucha antituberculosa. Recuerda a la Comisión que el delegado de Rumania presentó varias enmiendas en una reunión anterior y que varios delegados se pronunciaron contra ellas. Pregunta al delegado de Rumania si desea mantener sus propuestas.

El Dr. BULLA (Rumania) dice que las enmiendas tenían por objeto conseguir una mayor fidelidad a los principios de un sistema completo de salud basado en la atención primaria de salud

de acuerdo con la Estrategia mundial de salud para todos. Su delegación ha hecho mucho hincapié en el ulterior desarrollo de servicios integrados en todos los niveles, a través de un criterio interdisciplinario además del multidisciplinario actual, con el fin de impedir cualquier posible tendencia a la desviación hacia programas antituberculosos verticales. También consideraba conveniente que temas como la designación de personal encargado en el plano de los países de programas concretos de lucha debía ser decidida por los propios países.

No obstante, por respeto a las opiniones expresadas por algunos delegados, su delegación no insistirá más en esos aspectos. Las propuestas pretendían ser sugerencias, y no enmiendas oficiales a la resolución EB71.R11.

Queda aprobado el proyecto de resolución propuesto por el Consejo Ejecutivo en la resolución EB71.R11.

El PRESIDENTE señala a la atención de la Comisión el siguiente proyecto de resolución propuesto por las delegaciones de la Costa de Marfil, el Sudán, la República Unida del Camerún, la República Unida de Tanzania y el Alto Volta, sobre la tripanosomiasis africana humana:

La 36^a Asamblea Mundial de la Salud,

Observando con satisfacción que el Comité Regional para Africa, en cumplimiento de las resoluciones WHA33.17 y WHA35.1, ha tomado parte activa en el examen de las actividades nacionales, regionales y mundiales desplegadas por la Organización para combatir la tripanosomiasis africana humana;

Compartiendo la preocupación de los Estados Miembros de las zonas afectadas donde la recrudescencia de la enfermedad del sueño es inminente y parece constituir una amenaza persistente para la salud de las poblaciones;

Recordando que la intensificación de las actividades de investigación en los últimos años ha permitido desarrollar medios sencillos de lucha que resultan sumamente adecuados para su empleo en los programas de atención primaria de salud;

Consciente del valioso apoyo prestado en materia de coordinación y adiestramiento por la Organización Mundial de la Salud, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y la Organización de la Unidad Africana, así como de las importantes aportaciones de algunos Estados Miembros y del Programa del Director Regional para Africa para actividades de desarrollo en 1982 y 1983;

Observando con preocupación que desde 1978 ha disminuido la parte del presupuesto ordinario destinada a la lucha contra esta enfermedad,

1. HACE SUYA la resolución AFR/RC32/1 aprobada por el Comité Regional para Africa en su 32^a reunión, celebrada en 1982;
2. INSTA a los Estados Miembros de las zonas endémicas a que adopten todas las medidas necesarias para utilizar con eficacia los nuevos métodos de lucha y para coordinar sus actividades mediante la cooperación entre países;
3. PIDE al Director General:
 - 1) que tome las disposiciones oportunas para reforzar el programa de coordinación internacional y de apoyo técnico encaminado a aplicar los nuevos métodos de lucha y a formar el personal necesario;
 - 2) que estudie la manera de distribuir y poner a disposición de los Estados Miembros interesados, estuches de diagnóstico para la detección sencilla y rápida de casos sobre el terreno, medicamentos para el tratamiento y manuales para difundir nuevas técnicas de lucha eficaces y baratas;
 - 3) que adopte las debidas medidas para intensificar la movilización de fondos extrapresupuestarios para el programa y, de ser necesario, que utilice los fondos destinados a la puesta en marcha de los Programas del Director General y de los Directores Regionales interesados para actividades de desarrollo.

El Dr. MAFLAMBA (República Unida del Camerún) presenta el proyecto de resolución y acoge con satisfacción a Mozambique y Uganda como copatrocinadores.

Como se ha señalado en el informe bienal del Director General para 1980-1981, la tripanosomiasis humana se está propagando en Africa. Están adquiriendo nueva actividad focos que estaban extinguidos o latentes en el Sudán, Uganda y el Africa central y occidental. Como se ha

señalado en un artículo publicado en un número reciente del Bulletin de la OMS¹, es uno de los principales problemas de salud pública en numerosos países del Africa tropical. Paradójicamente, la asignación a la tripanosomiasis africana humana, en el presupuesto ordinario de la OMS, ha disminuido progresivamente en los últimos cuatro años. Sin embargo, gracias a las investigaciones realizadas en el marco del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, se han conseguido avances, como las pruebas rápidas para la detección y el diagnóstico de la enfermedad.

Al presentar el proyecto de resolución, los patrocinadores no pretenden entablar una polémica con el Director General, sino hacer una llamada en favor de un mayor compromiso por su parte para combatir la tripanosomiasis, para concederle una prioridad superior a la actual y movilizar recursos suplementarios del presupuesto ordinario y recursos extrapresupuestarios para difundir información sobre los avances recientes en el diagnóstico y tratamiento de esa enfermedad que, en opinión de los patrocinadores, podría reducirse a proporciones manejables por medio de una acción coordinada enérgica.

Con el fin de rectificar determinadas omisiones inadvertidas en el proyecto de resolución, propone las siguientes modificaciones en el cuarto párrafo del preámbulo: En la primera línea, debe introducirse la palabra "investigaciones", entre las palabras "de" y "coordinación"; al principio de la tercera línea, después de la palabra "Alimentación", debe suprimirse la palabra "y" y añadir las palabras "el PNUD, el Banco Mundial y".

El Dr. SAVEL'EV (Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas) pregunta, en relación con el párrafo 1 de la parte dispositiva del proyecto de resolución, si es legalmente admisible para la Asamblea de la Salud "hacer suya" la resolución aprobada por un comité regional.

El Dr. SHUBBER, Oficina del Asesor Jurídico, dice que la Asamblea de la Salud es el órgano plenario de la Organización, y en virtud del Artículo 18 de la Constitución tiene poder para hacer suya una resolución de un comité regional; por consiguiente, desde el punto de vista jurídico no hay ninguna objeción.

Queda aprobado el proyecto de resolución sobre la tripanosomiasis africana humana en su forma enmendada.

El PRESIDENTE señala a la atención de la Comisión un proyecto de resolución sobre la prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares, propuesto por las delegaciones de Botswana, Bulgaria, China, Malasia, Mauricio, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, la República Unida de Tanzania, Sri Lanka, Swazilandia, Yugoslavia y el Zaire, presentado por el delegado de Yugoslavia en la 11ª sesión.

El Dr. SAVEL'EV (Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas) dice que en el quinto párrafo del preámbulo, después de la palabra "programa", sería preferible utilizar el mismo texto del párrafo 50.ii) del informe del Consejo Ejecutivo incluido en la Parte II del documento EB71/1983/REC/1, es decir, "en particular con miras a acelerar la aplicación de la estrategia del programa para la prevención de la cardiopatía coronaria". Propone asimismo la sustitución del párrafo 4.2) de la parte dispositiva por el siguiente: "que adopte las disposiciones adecuadas con el fin de impulsar la movilización de apoyo extrapresupuestario para actividades mundial, interregionales, regionales y nacionales en el marco del programa y que utilice, de ser necesario, los fondos del Programa del Director General para Actividades de Desarrollo o de los Programas para Actividades de Desarrollo de los Directores Regionales interesados".

La Dra. KLIVAROVÁ (Checoslovaquia) apoya esas enmiendas.

Se adoptan las enmiendas.

Queda aprobado el proyecto de resolución en su forma enmendada.

Apoyo al programa (Sección 5 de la Resolución de Apertura de Créditos; documentos PB/84-85, páginas 298-314 y EB71/1983/REC/1, Parte II, párrafos 47-50)

El Dr. OLDFIELD, representante del Consejo Ejecutivo, dice que el apoyo al programa representa alrededor del 23% del presupuesto efectivo de la OMS; un 6% de ese 23% corresponde al

¹ Bulletin of the World Health Organization, 60: 35-40 (1983).

apoyo de información sanitaria y el 17% restante a servicios de apoyo. El programa 15 (Servicios de apoyo) abarca el personal, administración general, presupuesto y finanzas y equipo y suministros para los Estados Miembros. Esos programas prestan apoyo a todos los programas y proyectos, tanto financiados por el presupuesto ordinario como por fondos extrapresupuestarios, y representan alrededor del 11% de todos los fondos que tiene disponibles la OMS.

El Consejo reconoce la gran calidad de las publicaciones y documentos producidos en el marco del programa 14 (Apoyo de información sanitaria). Sin embargo, desea conocer las opiniones de los delegados acerca del interés de imprimir las actas taquigráficas de las Asambleas de la Salud, por lo menos en su forma actual. El Director General ha comunicado al Consejo que tiene el proyecto de preparar un informe sobre las consecuencias de suprimir la publicación de las actas taquigráficas y sobre otras posibles medidas, por ejemplo, poner cassettes a disposición de los Estados Miembros que lo soliciten. El Consejo informará a la Asamblea de sus deliberaciones sobre el tema.

El Sr. REZA (Bangladesh) advierte que numerosas delegaciones han manifestado una gran preocupación en el sentido de que los recursos disponibles deben utilizarse de manera más racional, y él la comparte. En cuanto al programa 15.1 (Personal), apoya los objetivos señalados en el párrafo 1 de la reseña del programa y espera que se realicen esfuerzos para conseguir un mayor equilibrio en el personal, tanto desde el punto de vista geográfico como de la proporción entre hombres y mujeres. Deberían aplicarse normas más estrictas a la contratación para garantizar un personal más capacitado. Se necesitan mayores esfuerzos para aprovechar al máximo los servicios de los consultores, con el fin de justificar su elevado coste. La participación de un consultor en un programa debe dar como resultado la introducción de mejoras importantes tanto en el contenido del programa como en su ejecución, y propone que con ese fin se prepare una descripción detallada de funciones para el consultor pertinente de acuerdo con las autoridades del programa del país, así como métodos de vigilancia del programa. Las consultas solamente tienen valor como complemento de un programa de formación de personal del país, a través de becas o por medio del fortalecimiento de institutos nacionales de formación.

Muestra su satisfacción por la inclusión en el programa 15.2 (Administración y servicios generales) de las encuestas de gestión en los objetivos enumerados. Al establecer la infraestructura de un sistema de atención primaria de salud, la gestión es esencial para la calidad de los servicios prestados. Puesto que no es probable que en un futuro próximo mejore la participación del sector de la salud en la planificación nacional conjunta, hay que hacer mayor hincapié en el perfeccionamiento de esos programas de salud tal como existían. El presupuesto por programas debería haber concedido mayor importancia a la función esencial de la gestión en el logro de la meta de salud para todos.

Por lo que se refiere al programa 15.3 (Presupuesto y finanzas), señala que la vigilancia de la ejecución del programa debe realizarse conjuntamente con las autoridades de los países. Existen grandes posibilidades de utilizar los mecanismos de vigilancia actuales, así como de introducir otros nuevos.

El Dr. EL GAMAL (Egipto) dice, en relación con el programa 14 (Apoyo de información sanitaria), que a la vista del elevado número de publicaciones de la OMS, el índice de documentos técnicos (WHODOC), así como el Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea y del Consejo Ejecutivo, son extraordinariamente útiles. Propone que los manuales preparados para el personal de atención primaria de salud se redacten en un lenguaje sencillo si se desea que sean eficaces. Respalda el párrafo 8 de la reseña del programa; los servicios de documentación sobre cuestiones de salud deben tender sobre todo a la promoción de políticas y medidas nacionales. También tiene gran importancia la documentación sanitaria, por ejemplo los principios rectores, directrices, manuales y planes de estudios.

El Dr. BANKOWSKI, Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, interviene por invitación del Presidente y dice que la confusión en la nomenclatura de las enfermedades constituye una importante barrera para la comunicación y para el almacenamiento y recuperación de información biomédica. Es muy pequeño el número de enfermedades con un solo nombre reconocido; algunas tienen hasta 20, y pueden utilizarse nombres semejantes con diferentes sentidos en distintos idiomas. En un momento en que la salud es objeto de un creciente esfuerzo internacional concertado, esa confusión crea dificultades en la comunicación y ocasiona pérdidas en los escasos recursos disponibles.

Esa es la razón de que el COICM, junto con la OMS, haya iniciado la preparación de una Nomenclatura Internacional de las Enfermedades (NIE), que pretende dar una definición de todas las enfermedades o síndromes. La NIE se prepara en colaboración con asociaciones profesionales internacionales y la revisa un millar de expertos. Los nombres recomendados en la NIE se utilizarán en la próxima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS.

Aunque la nomenclatura de las enfermedades puede no parecer a primera vista un instrumento eficaz para el logro de salud para todos, es, sin embargo, muy necesaria, y únicamente puede conseguirse a través de organismos internacionales como el COICM y la OMS. Hasta ahora se han publicado y distribuido tres volúmenes de la NIE, correspondientes a micosis, virosis y enfermedades de las vías respiratorias bajas. La nomenclatura de las enfermedades bacterianas y parasitarias está muy avanzada y se publicará en 1984, y las nomenclaturas de los trastornos neurológicos y psiquiátricos están en distintas fases de preparación. La NIE se está traduciendo actualmente al árabe y al alemán, y espera que otros países la traduzcan a otros idiomas.

La NIE debe facilitar la comunicación entre el personal de salud de todo el mundo, proporcionando un lenguaje de las enfermedades verdaderamente internacional. Desea expresar su agradecimiento a todas las organizaciones e instituciones, particularmente la OMS, que han colaborado con el COICM en esa aventura conjunta.

El Dr. WYSOCKI (Polonia), en relación con el programa 14 (Apoyo de información sanitaria), expresa su elevado aprecio del alcance y la calidad de las publicaciones de la OMS. Su delegación acoge con satisfacción el plan para adaptar progresivamente esas publicaciones a las necesidades de los Estados Miembros en el marco de las estrategias nacionales de salud para todos. Ese plan debe facilitar la producción de material práctico que pueda utilizarse en los sistemas de atención primaria de salud. En ese sentido, tendrán gran importancia los programas regionales de publicaciones, para la producción de material de especial interés para cada una de las regiones.

En relación con el párrafo 2 de la reseña del programa, pregunta de qué manera se piensa evaluar las repercusiones de las publicaciones de la OMS sobre las actividades sanitarias en el plano nacional.

Se levanta la sesión a las 11.15 horas.