

INFORME FINAL Y DOCUMENTOS SELECCIONADOS

14^a REUNIÓN INTERAMERICANA
A NIVEL MINISTERIAL
EN SALUD Y AGRICULTURA
(RIMSA 14)



**AGRICULTURA Y SALUD:
SINERGÍA PARA EL
DESARROLLO LOCAL**

Ciudad de México, D.F., México, 21-22 de abril de 2005

INFORME FINAL Y DOCUMENTOS SELECCIONADOS

14^a REUNIÓN
INTERAMERICANA
A NIVEL MINISTERIAL
EN SALUD Y AGRICULTURA
(RIMSA 14)



Agricultura y Salud:
Sinergia para Desarrollo Local

CIUDAD DE MÉXICO, D.F., MÉXICO, 21 – 22 DE ABRIL DE 2005



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

UNIDAD DE SALUD PÚBLICA VETERINARIA
525 Twenty-third Street, NW • Washington, DC 20037, EUA
20037

CONTENIDO

PREFACIO	5
DISCURSO DEL EXCELENTÍSIMO PRESIDENTE DE MÉXICO, VICENTE FOX QUESADA	9
DISCURSOS DE BIENVENIDA	13
Mirta Roses Periago, Directora, Organización Panamericana de la Salud	13
Luis Ernesto Derbez, Secretario de Relaciones Exteriores de México	15
DISCURSOS	17
Jaime Alfonso Campos Quiroga, Ministro de Agricultura de Chile	17
Chelston W. D. Brathwaite, Director General, Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA)	19
Bernard Vallat, Director General, Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE)	25
CONFERENCIA DE APERTURA	27
Julio Frenk, Secretario de Salud de México. "25 años después de la Declaración de Alma-Ata: colaboración entre la agricultura y la salud en la atención primaria"	27
INFORME FINAL DE LA 14ª REUNIÓN INTERAMERICANA A NIVEL MINISTERIAL EN SALUD Y AGRICULTURA (RIMSA14)	33
PANEL SOBRE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM) RELACIONADOS CON LA ERRADICACIÓN DE LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE: ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y DESARROLLO LOCAL	61
Perspectiva sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre en América Latina y el Caribe	63
La participación comunitaria en la cadena de producción alimentaria e inocuidad de los alimentos	81
Tecnología apropiada: los pequeños productores y la seguridad alimentaria	83
Colaboración intersectorial para la promoción de la producción agrícola y pecuaria y el desarrollo humano: el caso de Uruguay	99
Apoyo especial a los estados insulares pequeños para aumentar la capacidad en materia de inocuidad de los alimentos y comercio internacional	111
PANEL SOBRE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL FRENTE A PROBLEMAS EMERGENTES EN EL ÁMBITO DE LA AGRICULTURA, LA GANADERÍA Y LA SALUD ...	123
La situación actual de las zoonosis nuevas y emergentes: el código zoosanitario internacional como base para las políticas y el comercio	125
Iniciativas para la seguridad e inocuidad alimentarias y las enfermedades animales transfronterizas	131
Las funciones de los sectores público y privado de la agricultura, la ganadería y la salud en la erradicación del hambre y la pobreza extrema en las zonas rurales en Chile: movilización de la cooperación internacional	143

La cooperación entre países en materia de comercio internacional de alimentos y sus consecuencias para la salud y el desarrollo	153
Las enfermedades desatendidas en las poblaciones postergadas, con énfasis en las zoonosis	163
La cooperación regional centroamericana en salud y agricultura: el papel catalizador de los organismos regionales especializados	175
PANEL SOBRE MANDATOS DE LAS CUMBRES: ADELANTOS REALIZADOS EN LA SEGURIDAD HUMANA MEDIANTE ENFOQUES INNOVADORES CENTRADOS EN EL DESARROLLO LOCAL.	
Iniciativas financieras del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para apoyar los mandatos de las Cumbres de las Américas en el desarrollo rural y social	185
Sanidad agropecuaria y desarrollo rural sostenible.	199
Política agropecuaria: la ciencia y la tecnología aplicadas a la cadena de producción alimentaria.	207
Empoderamiento y ampliación del papel de las mujeres en el ámbito de la seguridad alimentaria y el desarrollo local	215
Rol de las organizaciones locales y movilización de las comunidades indígenas para la entrega de servicios básicos a la comunidad	241
La pobreza rural: salud y estilo de vida	249
PRESENTACIÓN ESPECIAL.	
Convergencia de la pericia en salud humana y sanidad animal y los recursos en la respuesta mundial a zoonosis nuevas y emergentes (Influenza aviar y SARS)	259
Eliminación de la Rabia Humana en América Latina - Situación Actual	271
INFORMES	
Informe sobre la 10ª Reunión del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA 10).	281
Informe de la 4ª Reunión de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA 4).	289
DISCURSO DE CLAUSURA.	
"Fortalecimiento de las Estrategias para fomentar la Inocuidad de Alimentos de Origen Agropecuario". Javier Usabiaga Arroyo, Secretario de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación de México	301
ANEXOS	
Agenda	309
Lista de Participantes	313
Lista de Abreviaciones y Acrónimos	335

PREFACIO

La 14ª. Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA14) se celebró en las instalaciones de la Secretaría de Relaciones Exteriores de México, Ciudad de México, del 21 al 22 de abril de 2005, al tiempo que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) iniciaba una etapa de transformación institucional para responder mejor a las necesidades de los países y utilizar nuevas modalidades de cooperación técnica. La RIMSA14 tuvo como tema central “Agricultura y salud: sinergia para el desarrollo local”, mediante el cual se buscó reforzar las alianzas intersectoriales para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre por medio del desarrollo local.

El enfoque intersectorial entre la salud y la agricultura es crucial para comprender y actuar en la prevención y el control de las enfermedades zoonóticas que se consideran una amenaza potencial para la salud pública y la economía de los países, en particular las emergentes, como la influenza aviar, tema que fue abordado en esta reunión. En el último decenio, 75% de las nuevas enfermedades que han afectado a los seres humanos han sido causadas por agentes patógenos originados en los animales o en los productos de origen animal. En este sentido, la agenda de la reunión incluyó temas relacionados con el comercio de alimentos y el Código Zoonosanitario Internacional. Además de las nuevas amenazas, existe en la Región una agenda inconclusa de enfermedades zoonóticas desatendidas que afectan principalmente a las poblaciones postergadas. Esta situación representa un desafío para el cumplimiento de los ODM, pero puede beneficiarse de los nuevos compromisos con la Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud, tema que también fue revisado en la reunión. Asimismo, los delegados recibieron las recomendaciones de la 4ª. Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (4ª. COPAIA) y de la 10ª. Reunión del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (10ª. COHEFA). La RIMSA14 contó con discusiones y debates muy positivos en el área de la salud pública veterinaria y aprobó ocho resoluciones.

Es notorio el progreso alcanzado en temas relacionados con la fiebre aftosa, la rabia transmitida por el perro y la inocuidad de los alimentos, pero aún hay mucho por hacer en el control de otras zoonosis y en el cumplimiento de nuevos mandatos. No obstante, el fortalecimiento del trabajo intersectorial ya es una realidad en las Américas. Hoy tenemos nuevos mecanismos institucionales como el Grupo Interamericano para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (GIEFA) —el cual involucra al sector privado además del público y contribuye a la erradicación de la fiebre aftosa en el continente americano— y la COPAIA —la cual también integra el sector público y privado y tiene como objetivo mejorar la inocuidad de los alimentos, sobre la base de un enfoque integral de la cadena alimentaria.

Expreso mi profundo agradecimiento al Excelentísimo Señor Presidente de México, Lic. Vicente Fox, por el apoyo de su Gobierno y su participación personal en la reunión. También agradezco a los secretarios del Gobierno de México, Dr. Luis

Ernesto Derbéz, Secretario de Relaciones Exteriores; Dr. Julio Frenk, Secretario de Salud; y Dr. Javier Usabiaga, Secretario de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación. Asimismo, agradezco al presidente de la RIMSA13, Dr. Jaime Alfonso Quiroga, Ministro de Agricultura de Chile, y a los delegados de la RIMSA14 por el apoyo prestado para el desarrollo de este importante foro.

Me complace presentar esta obra, que continúa la serie de informes de las reuniones de RIMSA que la OPS ha venido publicando desde hace 37 años.

Mirta Roses Periago
Directora
Organización Panamericana de la Salud



SESIÓN DE
INAUGURACIÓN

DISCURSO DEL EXCELENTÍSIMO PRESIDENTE DE MÉXICO VICENTE FOX QUESADA



Desde 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos estableció, de manera muy clara, lo siguiente: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".

En efecto, la salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano. Así, Salud para Todos no es solo una meta, sino también una obligación para con nuestros semejantes; una obligación que solo podemos cumplir con la urgencia que se requiere mediante la más amplia unión de nuestros esfuerzos; un verdadero trabajo en equipo, con la debida coordinación.

Por ello, me da mucho gusto dar hoy, a todos ustedes, la bienvenida más cordial a esta su casa, a México. Estoy seguro que este encuentro de ministros de salud y agricultura de las naciones americanas, así como el intercambio de conocimientos y experiencias, permitirá a nuestros países estrechar su cooperación en beneficio de la salud de las mujeres y los hombres del Continente.

A lo largo de los años, este alto foro regional para la colaboración y la coordinación en materia de salud y agricultura nos ha permitido trabajar juntos y lograr resultados en la prevención, el control y la erradicación de plagas agrícolas. Nos

ha permitido también unir esfuerzos para controlar y erradicar enfermedades como la fiebre aftosa, que hoy prácticamente está desaparecida en el continente; sin embargo, los retos son aún muy importantes.

Hoy en diversas regiones del mundo surgen nuevas enfermedades animales que ponen en peligro la salud humana. Ello constituye un nuevo riesgo para nuestra Región que es necesario prevenir, anticipar y atender sin dilación, puesto que las plagas y las enfermedades no reconocen fronteras. Por ello, resulta fundamental asociar estrategias y políticas fitosanitarias y de desarrollo agropecuario con políticas de salud humana.

Es esencial que profundicemos la cooperación entre nuestros países, a fin de asegurar mejores resultados y garantizar la seguridad alimentaria en América, al igual que mantener el continente libre de plagas y enfermedades. También debemos impulsar la más amplia cooperación técnica y científica entre los sectores público, privado y académico. Requerimos de todo el apoyo técnico y financiero posible por parte de las instituciones internacionales correspondientes.

Se trata no solo de proteger la producción y el comercio agropecuario de nuestros países, factor fundamental en cada una de las economías de América, sino ante todo, proteger la salud de la población. Ambos objetivos son complementarios y propician una sinergia positiva. Al proteger la salud de la población contribuimos a mejorar su bienestar y a elevar su productividad. Esto, a su vez, incide positivamente en todas las ramas de la actividad económica, de manera destacada en la producción agropecuaria, generando así un círculo virtuoso.

La experiencia de México es que trabajar intensamente en sanidad animal, sanidad vegetal e inocuidad alimentaria para lograr la salud individual y de la población genera un círculo virtuoso que rinde buenos dividendos; esto lo hemos podido constatar por la elevación de la producción nacional de alimentos, el crecimiento de la exportación de los mismos y el ingreso adicional para los habitantes del medio rural. En nuestro país se ha cerrado de manera importante la brecha de ingreso entre las zonas urbanas y las zonas rurales, y me permito atribuir buena parte de ese resultado precisamente a las políticas de sanidad animal y vegetal.

En América Latina, más de 220 millones de personas viven en condiciones de pobreza y casi la mitad de ellos, más de 100 millones, en extrema pobreza. A pesar de los avances sociales que han acompañado a la democratización del continente, a pesar de los esfuerzos de todos los países. En México, particularmente, en años recientes se ha logrado disminuir en 65% la condición de pobreza extrema bajo el indicador del dólar al día per cápita: de 10,5% de la población en esa situación, hemos avanzado a que el día de hoy solo 4% de familias en el país vivan en condiciones de pobreza extrema o con ingresos diarios inferiores al dólar. De igual manera, la categoría de pobreza moderada y pobreza extrema, juntas, se han reducido en 35% en los últimos años, debido en gran medida al trabajo en el medio rural y al logro de haber reducido, de manera importante, la brecha de ingresos.

Democracia, al final, significa un conjunto de libertades; democracia significa legalidad e imperio de la ley; democracia, también, significa justicia social y oportuni-

dades para los ciudadanos de nuestras naciones. Una democracia integral implica el ejercicio pleno de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas; democracia significa, entre otras cosas, salud y alimentación de calidad para todos. Hoy tenemos el deber y la oportunidad de construir este tipo de democracia fincada en el Estado de Derecho, en el goce pleno de las libertades, en la promoción de los derechos humanos y en el aseguramiento de oportunidades para todas las familias. Una verdadera política social integral.

El desarrollo futuro de nuestras naciones dependerá de que todos y cada uno de los habitantes del hemisferio cuenten con las oportunidades necesarias para desarrollar sus talentos y capacidades en beneficio propio y de su comunidad. La estabilidad, la seguridad, la tranquilidad y la paz de nuestros países dependen de la capacidad que tengamos para impulsar un desarrollo que beneficie a todas y a todos.

Estoy convencido de que desarrollo es el nuevo nombre de la paz; de que la paz, la salud de la población, la alimentación y la seguridad internacionales tienen un impacto importante en el desarrollo humano de nuestros países.

Albert Einstein decía: "hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la electricidad y la energía atómica: la voluntad". Los invito a que en este importante encuentro convirtamos nuestra voluntad política en una nueva alianza por la salud y la alimentación de calidad para todas y todos; a que reafirmemos nuestro compromiso con el desarrollo y la paz en el continente Americano.

Muchas gracias por su participación en este foro, gracias por venir a visitarnos aquí, en México. Les deseo lo mejor para este esfuerzo de trabajo que hacemos juntos los países de América y estaremos muy atentos a sus resoluciones para ponerlas de inmediato en práctica.

DISCURSO DE BIENVENIDA

Mirta Roses Periago

Directora, Organización Panamericana de la Salud

Deseo expresar mi satisfacción por el honor de contar hoy, en la apertura de la 14^ª. Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA14) con la presencia del Presidente Vicente Fox. Conociendo sus múltiples compromisos de Estado, reservó tiempo para presidir esta ceremonia y saludar a esta asamblea de ministros de salud y agricultura, lo que refleja claramente el interés y compromiso de su Gobierno con el área social y de salud, con la producción primaria y la agroindustria, áreas tan importantes para nuestros países en las Américas.

Asimismo, a nombre de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) agradezco al Gobierno de México por ser sede de esta Reunión y reconozco el magnífico y generoso apoyo recibido de las Secretarías de Relaciones Exteriores, Salud y Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación en la organización de la misma.

México posee una larga historia de liderazgo en iniciativas continentales en temas relacionados con la salud y a la agricultura. Fue uno de los 11 países signatarios de la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1902, representado en esa ocasión por un brillante médico y científico, el doctor Eduardo Liceaga, quien entre otras contribuciones fue el introductor de la vacuna antirrábica en México, luego de ser descubierta por Louis Pasteur en 1885. En las deliberaciones para instituir el Código Sanitario Panamericano en 1924, México tuvo participación activa a través de su delegado el doctor Alfonso Pruneda. Este instrumento fue de vital importancia para el saneamiento de los puertos americanos respecto a enfermedades como la fiebre amarilla, el cólera y la peste, entre otras, las cuales dificultaban la circulación de los buques y por ende el comercio en nuestro continente. Hoy día, el Reglamento Sanitario Internacional gana importancia y está siendo actualizado por la OMS para hacer frente a nuevos desafíos en materia de enfermedades emergentes, la mayoría de origen animal, que exigen mayor eficacia y coordinación entre los países en las acciones preventivas y de eventual control.

En el área agropecuaria, son reconocidas las contribuciones científicas aportadas por los institutos de investigación mexicanos liderados por la Secretaría de Agricultura, como el Instituto Nacional de Investigaciones Forestales, Agrícolas y Pecuarias, que ha desarrollado técnicas de control de la rabia parálitica bovina o derriengue, hoy utilizadas en toda América Latina y el Caribe.

El tema central de esta 14^ª. RIMSA es promover la sinergia entre los sectores de salud y de agricultura para la utilización óptima de recursos humanos y financieros para acelerar el proceso de desarrollo. Mirando hacia 1968, año en que se rea-

lizó la primera Reunión Interamericana a Nivel Ministerial sobre Control de Fiebre Aftosa y otras Zoonosis (RICAZ) podemos afirmar con orgullo que los resultados alcanzados han sido altamente satisfactorios. La fiebre aftosa se encuentra en la fase final de erradicación, así como la rabia humana transmitida por perros que todavía persiste en pocas áreas de algunos países. Nuevamente, México ha sido uno de los países que lideraron esta lucha, logrando el objetivo principal que es eliminar la muerte de ciudadanos por esta enfermedad conocida desde la antigüedad, pero que sin embargo todavía mata a cerca de 40.000 personas por año en otras regiones del mundo. El plan regional de inocuidad de los alimentos está siendo implantado progresivamente y ha contribuido a mejorar nuestro conocimiento sobre las enfermedades transmitidas por los alimentos, que afectan la salud e impactan negativamente a las áreas turísticas y la modernización de los servicios de inspección. Estos mandatos fueron originados en el seno de la RIMSA, único foro de esta naturaleza en el mundo.

Estamos reunidos 32 ministros y viceministros de 26 Estados Miembros, junto con representantes de universidades, organizaciones no gubernamentales, organismos internacionales, asociaciones profesionales, sociedad civil y sector privado, para identificar nuevas estrategias y fortalecer los mecanismos que permitan articular la salud con la agricultura y el desarrollo local. Analizaremos de qué manera podremos avanzar más rápidamente en las metas para disminuir la pobreza y eliminar el hambre, acordadas colectivamente en los ODM y en las Cumbres de las Américas. Tenemos que avanzar en la reducción de la brecha social, todavía marcada en nuestros países. Los sectores de salud, agricultura y educación constituyen los pilares para aumentar la inclusión social de poblaciones menos favorecidas, la mayoría de las cuales vive en las áreas rurales. En la OPS estamos convencidos de que podemos compatibilizar la agricultura de escala con la agricultura familiar y evitar que nuestras poblaciones campesinas sean desplazadas del campo por la maquinización y automatización. Podemos juntos ampliar la atención a los pequeños productores para que produzcan alimentos de calidad para el autoconsumo y puedan también participar en el mercado nacional e internacional, principalmente en rubros donde la mano de obra es indispensable (apoyo a las pequeñas y medianas empresas y organización de cooperativas). En este sentido, la OPS viene apoyando diversas iniciativas como la de municipios y comunidades productivas y saludables, mercados saludables y escuelas saludables, entre otras.

Agradezco una vez más al Gobierno de México por el gran apoyo en la realización de esta reunión, así como a todas las personas e instituciones — el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), el Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA) y el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) — que colaboraron de diferentes maneras en la organización. Mi especial agradecimiento a los conferencistas por haber aceptado contribuir con sus conocimientos a la orientación de tan importantes temas y a todos los participantes por prestigiar este evento con su presencia.

Finalmente, deseo que este hermoso escenario de la plaza de las tres culturas, donde el México ancestral y moderno convergen, pueda inspirar a todos y cada uno de nosotros en la búsqueda de nuevas ideas e iniciativas que sean en beneficio de los pueblos de las Américas.

DISCURSO DE BIENVENIDA

Luis Ernesto Derbez

Secretario de Relaciones Exteriores de México

Es un honor para México recibir a los Ministros de Salud y Agricultura del continente americano y de los países europeos que forman parte de la Organización Panamericana de la Salud en calidad de estados participantes y observadores, así como a la Directora y altos funcionarios de la Organización en esta celebración de la 14^ª. Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura, único foro de alto nivel en el continente americano en temas de política agropecuaria y salud pública, áreas que tienen un papel crucial para la promoción del desarrollo sostenible en todos los países del hemisferio.

Las reuniones interamericanas de esta naturaleza permiten una coordinación intersectorial entre los campos de la salud y agricultura, a fin de conseguir el suministro de alimentos inocuos y la armonización científica de las reglamentaciones, normas y directrices para facilitar el comercio regional y mundial de estos productos.

Esta 14^ª. Reunión Ministerial cubrirá una agenda amplia que incluye temas como la erradicación de la fiebre aftosa, la inocuidad de los alimentos, la respuesta mundial frente a las zoonosis nuevas y emergentes, la eliminación de la rabia humana y la cooperación internacional frente a problemas emergentes en el ámbito de la agricultura, la ganadería y la salud.

Todos estos temas se tratarán en reuniones plenarios y en tres paneles con especialistas en sus respectivas materias; además la agenda de la reunión abordará los ODM relacionados con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre en la Región.

El carácter estratégico de los temas de esta reunión demuestra la importancia de impulsar soluciones multilaterales a problemas que trascienden las fronteras nacionales y que por ello requieren de una amplia cooperación internacional, para atenderlos con eficacia.

Los trabajos de los dos días que durará la reunión se beneficiarán no solo de la visión hemisférica sobre los diversos temas, sino también, del aporte de los países europeos participantes, lo cual dará un carácter más amplio a esta reunión.

Invito a todos los participantes en este encuentro ministerial a conjuntar sus esfuerzos para obtener resultados concretos de cooperación que satisfagan la confianza que nuestros pueblos y gobiernos depositan en nosotros, y de esta forma contribuir al fortalecimiento y la consolidación de nuestros intercambios para la solución conjunta de las metas que enfrentamos.

No me resta más que reiterarles a todos ustedes nuestro compromiso como país en este esfuerzo internacional para hacer frente a los retos que tiene el hemisferio en materia agrícola y sanitaria, y desearles una muy buena permanencia en nuestra nación.

DISCURSO

Jaime Alfonso Campos Quiroga*

Ministro de Agricultura de Chile

Para Chile, para este Ministro de Agricultura como también para el Ministro de Salud de mi país, que nos acompaña, ha sido un gran honor haber tenido la posibilidad de presidir RIMSA en los últimos dos años. Por ese motivo saludamos de una manera muy especial a todas las delegaciones de los ministerios de salud y agricultura de los distintos países de América y, sobre todo, destacamos el trabajo que han desplegado durante todo este tiempo en cumplimiento de las metas y las propuestas que nos planteamos en Houston. Del mismo modo, celebramos la cooperación que organismos internacionales como FAO, OMS, OPS, OIE, *Codex Alimentarius*, IICA, OIRSA, PANAFTOSA nos han prestado en este tiempo para avanzar en nuestras metas. No nos cabe la menor duda de que esta 14.ª RIMSA celebrada en México va a constituir un gran impulso al cumplimiento de los objetivos que nos son comunes.

Al concluir esta gestión, queremos destacar por lo menos tres grandes hechos. En primer lugar, valorar el hecho de que RIMSA es el único foro regional que existe en América para que los ministerios de salud y agricultura se reúnan y discutan temas comunes. Y esto no es de trascendencia menor, puesto que, como bien lo anunciaba el Canciller Derbez, el tema de la inocuidad alimentaria y las exigencias del mundo y de nuestros propios consumidores en esta materia exigen mayores y mejores niveles de coordinación entre nuestros ministerios. En segundo lugar, RIMSA es la gran instancia, el gran espacio que tenemos los países americanos para coordinar nuestros esfuerzos. Sabemos que nuestra energía y nuestros recursos son limitados, porque somos mayoritariamente países pobres, pero solo en la medida en que nos unamos y que podamos contar con la cooperación de organismos internacionales especializados en esta materia, vamos a poder avanzar en despejar las dudas y las inquietudes que nos asisten. Por último no se olviden nunca de que América es el gran productor de alimentos del mundo. Es en nuestros países donde está la mayor concentración de producción agrícola mundial y ese es un peso específico que como continente tenemos que ejercerlo en función de los objetivos que a todos nosotros nos animan.

Por supuesto tenemos problemas y no me cabe la menor duda de que podrán surgir muchos más; por ejemplo, vemos con inquietud la aparición de enfermedades emergentes a las que la humanidad no puede controlar y que limitan nuestra actividad. Creo que no hemos avanzado lo suficiente en la armonización de las normativas sanitarias, de manera que hay espacios en los cuales todavía podemos transitar. Finalmente, vemos con desazón que, a pesar de que actualmente el mundo está

* Presidente de la 13ª Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura

produciendo más alimentos que nunca, todavía existen 800 millones de seres humanos que desgraciadamente están en niveles de extrema pobreza y que no ingieren los alimentos necesarios para su supervivencia. Entonces, amigas y amigos, representantes de los ministerios de salud y de agricultura de los países de América, creo que el trabajo que nos queda por desplegar recién está comenzando, pero no me cabe la menor duda de que, en la medida en que sigamos aunando nuestras voluntades, en algo vamos a contribuir a la construcción de un mundo mejor y en algún grado al bienestar de nuestros conciudadanos.

DISCURSO

Chelston W. D. Brathwaite

Director General, Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA)

En la Declaración de Nuevo León firmada en Monterrey, México, en enero de 2004, los jefes de estado y de gobierno de las Américas respaldaron el Plan de Acción AGRO 2003-2015, adoptado en la Segunda Reunión Ministerial sobre la Agricultura y la Vida Rural celebrada en Panamá en noviembre de 2003.

En la Declaración, los jefes de Estado y de Gobierno afirman que el bienestar de sus pueblos requiere el logro de tres objetivos: el crecimiento económico con equidad para reducir la pobreza, el desarrollo social, y la gobernabilidad democrática; asimismo, reconocen la importancia de la agricultura por el desarrollo integral de naciones.

La Declaración dice: "Nos comprometemos a mantener un esfuerzo sostenido para mejorar las condiciones de vida de las poblaciones rurales, al promover las inversiones y crear un entorno favorable para el mejoramiento sostenible de la agricultura, a fin de que contribuya al desarrollo social, la prosperidad rural y la seguridad alimentaria".

Además, exhortan a ocho organizaciones internacionales y regionales, incluido el IICA, a "que fortalezcan su coordinación y continúen profundizando su apoyo, a través de sus respectivas actividades y programas, comprometiendo los recursos apropiados para implementar y hacer seguimiento de los Planes de Acción de las Cumbres de las Américas, así como de esta Declaración, y que presten su asistencia en los preparativos de la Cuarta Cumbre de las Américas a celebrarse en 2005".

El Plan de Acción AGRO 2003-2015 traza el curso para llegar al futuro deseado para la agricultura y la vida rural en 2015 y contiene un programa hemisférico para promover la prosperidad en las comunidades rurales, la seguridad alimentaria, la mitigación de la pobreza y el desarrollo sostenible de agricultura y el medio rural.

Las acciones estratégicas propuestas incluyen el desarrollo de empresas competitivas, mayor inversión en el medio rural, mejor conectividad y mayor acceso a la información, el manejo ambiental en las cadenas económicas no agrícolas, mejorar la participación de la población rural, condiciones conducentes al desarrollo agroindustrial y la generación de empleo, etc.

En la acción específica del Plan, los ministros de agricultura asignan alta prioridad a las políticas regionales sobre sanidad animal y vegetal e inocuidad alimentaria, así como al fortalecimiento de los sistemas nacionales y regionales; además, reafirman su compromiso con las organizaciones competentes reconocidas por el Conve-

nio de la Organización Mundial de Comercio (OMC) en la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias, las organizaciones internacionales relevantes — *Codex Alimentarius*, la Organización de Sanidad Animal Mundial (OIE), la Convención Internacional de Protección Fitosanitaria (CIPF) — y las organizaciones regionales.

Todos los Estados Miembros están de acuerdo en que los alimentos deben ser inocuos y las normas sobre sanidad alimentaria deben proporcionar un marco para asegurar el desarrollo del comercio. Conforme el comercio agrícola mundial aumenta, también se incrementa el riesgo de introducir plagas agrícolas, enfermedades animales extrañas y agentes patógenos transmitidos por los alimentos de significativa importancia para la economía y la salud pública.

Los brotes de encefalopatía espongiforme bovina y de influenza aviar se agregan a una lista creciente de sucesos recientes relacionados con la salud agropecuaria y la inocuidad de los alimentos, estos han repercutido negativamente en la confianza del consumidor, en el comercio del sector privado y, sobre todo, en los servicios oficiales de los países, responsables en gran parte de proteger la salud pública y el estado sanitario y fitosanitario del sector agroalimentario.

Estos brotes destacan la importancia del aumento de la capacidad en salud agropecuaria y los servicios de inocuidad de los alimentos para cumplir con las normas internacionales y con los reglamentos de importación y exportación. Estos a su vez, son las bases para:

- ← Mantener la cadena de producción de alimentos segura y transparente;
- ← Adoptar un enfoque de manejo de riesgos que proporcione los fundamentos para decisiones basadas en una ciencia “buena” para la protección de la salud humana y animal;
- ← Responder a los temas emergentes sobre salud agropecuaria e inocuidad de los alimentos, que dan lugar a un retraso mínimo al reanudar el comercio.

Las naciones deben seguir colaborando para asegurarse de que todos tengan acceso a los alimentos aptos para el consumo, suficientes y de alta calidad. Como miembros de la Organización Mundial del Comercio (OMC), cada país del Hemisferio debe cumplir con las obligaciones establecidas bajo el Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (Acuerdo MSF). El Acuerdo MSF establece mecanismos internacionales que los países pueden usar al enfrentar crisis agrícolas y sugiere distintas maneras para que las naciones puedan recuperar el acceso al mercado. Bajo el Acuerdo MSF, se prohíbe a los países miembros imponer sanciones permanentes o arbitrarias contra los productos sin una justificación científica.

Desde 1999, el IICA, en colaboración con el USDA, ha conducido una iniciativa de aumento de la capacidad para alentar los países a que participen en las reuniones del comité MSF/OMC. La asistencia de casi 100% de los representantes de las Américas durante el último año ha dado lugar a una mayor participación y comprensión de la importancia del Acuerdo MSF para sus economías.

Las normas internacionales para la salud animal, vegetal y humana son igualmente importantes. Los países son alentados a participar activamente en las reuniones de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), el *Codex Alimentarius*, la Convención Internacional de Protección Fitosanitaria (CIPF), que son los responsables del establecimiento de normas para la sanidad animal, la inocuidad de los alimentos y la sanidad vegetal, respectivamente.

Además de la participación eficaz en los foros internacionales de establecimiento de normas, todos los países necesitan una infraestructura nacional en salud agropecuaria e inocuidad alimentaria fuerte y suficientemente sostenible para proteger el suministro de alimentos, mantener la confianza de consumidor y manejar los riesgos. La manera más eficaz y menos perjudicial para aumentar la protección de la inocuidad alimentaria es prevenir los incidentes en el país de origen.

Las enfermedades, las plagas y la inocuidad de los alimentos deben ser tratadas integralmente a lo largo de toda la cadena alimentaria, desde la granja hasta la mesa. Este trabajo se ha tornado más difícil en la medida en que la producción de alimentos y la agricultura se han convertido en empresas cada vez más internacionales, comenzando con la compra de insumos primarios para la producción en un lugar y el consumo de los productos finalizados en otro, a menudo extendiéndose a través de mil de millas que cubren más de un país.

El pensamiento y la función tradicional de la salud agropecuaria y los servicios nacionales de inocuidad de los alimentos también deben evolucionar para reflejar las nuevas realidades en la cadena de producción agroalimentaria; la salud agropecuaria y los servicios de inocuidad de los alimentos están siendo impulsados para operar con mandatos más amplios y desde una perspectiva más internacional. Hoy es especialmente importante que estos servicios protejan más allá de la producción primaria para incluir otras áreas, como el comercio internacional, el turismo, el ambiente, la salud pública, la seguridad alimentaria y la contaminación accidental o deliberada por agentes biológicos o químicos.

Muchos países en desarrollo del hemisferio necesitan implementar una visión de sus servicios nacionales más allá de los ya proporcionados, para responder eficazmente a las crisis sanitarias agrícolas o humanas. Es esencial que estos países tengan acceso al capital financiero y humano necesario para mejorar la salud agropecuaria nacional y los servicios de inocuidad de los alimentos, en el esfuerzo fundamental para proteger los suministros alimentarios y reducir al mínimo los trastornos al comercio internacional de alimentos. Mientras más tarden las naciones para desarrollar, modernizar y fortalecer estos servicios nacionales, habrá mayor oportunidad para desarrollar graves problemas de contaminación de los alimentos que afecten la salud y la economía.

Nuestro Instituto está instando a los países a que modernicen su salud agropecuaria y servicios alimentarios en cuatro áreas:

- a) Al mejorar los recursos humanos para dar a la salud agropecuaria y a los servicios de inocuidad de los alimentos las capacidades para producir resultados.

- b) Estamos trabajando con organismos de salud agropecuaria y de inocuidad de los alimentos en todo el hemisferio para coordinar e integrar la participación del sector privado.
- c) Estamos fortaleciendo la salud agropecuaria y los servicios de inocuidad de los alimentos para cumplir con las normas mundiales y asegurar que estas no sean una barrera para el comercio agrícola y el acceso al mercado.
- d) Estamos promoviendo el mejoramiento de la capacidad técnica de los servicios de salud agropecuaria y de inocuidad de los alimentos para ejecutar las medidas sanitarias con una base científica.

En junio de 2002, el IICA y la OPS firmaron un Memorando de Entendimiento que creaba una alianza estratégica para la promoción de la salud y la prosperidad en las comunidades rurales de las Américas.

Desde entonces, el IICA y la OPS han estado profundizando su cooperación en las áreas de fortalecimiento de las capacidades institucionales y la formación de capacidad técnica nacional. En conjunto, nuestras misiones complementarias en esta área servirán para aumentar la protección para la salud humana, la sanidad animal y vegetal en las Américas.

El IICA y la OPS, como socios en el seguimiento de la Cumbre de las Américas, apoyan plenamente el compromiso asumido por los jefes de Estado y de Gobierno en la Declaración de la Tercera Cumbre. Estamos comprometidos a:

- ← Realizar esfuerzos adicionales para alcanzar los objetivos internacionales de desarrollo, especialmente la reducción en un 50% para el año 2015 de la proporción de las personas que viven en condiciones de pobreza extrema.
- ← Impulsar programas para mejorar la agricultura y la vida rural y promover la agro-industria como contribución esencial a la reducción de la pobreza y el fomento del desarrollo integral.

En consecuencia, reafirmamos la importancia de mancomunar nuestras capacidades para apoyar los esfuerzos y promover el desarrollo en nuestros Estados Miembros. Estamos comprometidos con:

- ← El principio del panamericanismo, que requiere la cooperación con los países de las Américas para que, al trabajar conjuntamente, puedan promover su desarrollo;
- ← El desarrollo equitativo y el logro de los objetivos de salud para todos en el hemisferio, y la reducción de las diferencias en los indicadores de salud entre y dentro de los países;
- ← La promoción de la prosperidad en las comunidades rurales, incluso la reducción de las desigualdades entre sus habitantes y, sobre todo, el aumento de las libertades humanas.

Seguiremos fortaleciendo nuestras acciones de cooperación técnica conjuntas, con miras a ayudar los países de las Américas a lograr salud y prosperidad en sus comunidades rurales. Haremos esto apoyando los esfuerzos de los ministerios de agricultura y salud, con la participación activa de las comunidades rurales.

De la experiencia sabemos que nuestras naciones pueden trabajar juntas en la cooperación continental para asegurarse de que nuestros pueblos tengan acceso a los alimentos aptos para el consumo, que son fundamentales para el bienestar social y económico. Nuestra visión es contribuir al desarrollo de una salud agropecuaria perfecta y un sistema de inocuidad de los alimentos que funcione sin tropiezos y suministre alimentos aptos para el consumo de la más alta calidad para nuestros pueblos.

DISCURSO

Bernard Vallat

Director General, Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE)

En nombre de los Estados Miembros de la OIE, quisiera agradecer a la Directora General de la OPS, Dra. Mirta Roses, por el honor de invitarme nuevamente a la RIMSAs. Quiero enfocar mi intervención en el tema de la colaboración entre médicos y veterinarios, mediante los mecanismos apropiados del manejo de la interfase entre las patologías humanas y animales.

Sesenta por ciento de los patógenos humanos son zoonóticos; 75% de las enfermedades humanas emergentes son de origen animal; y 80% de los patógenos que podrían ser utilizados para el bioterrorismo son también de origen animal. En la preparación y adopción de las normas internacionales, la OIE toma en cuenta estos elementos, incluido el tema de los patógenos animales transmitidos por los alimentos. Trabajamos mano a mano con el *Codex Alimentarius* para proveer a nuestros países miembros propuestas de nuevas normas que tomen en cuenta los riesgos que puedan ocurrir a lo largo de toda la cadena alimentaria.

En este marco común con *Codex Alimentarius*, la OIE trabaja en la elaboración de normas y estándares para la prevención de organismos patógenos como salmonella, trichinella, *Escherichia coli*, entre otras, aunque estas no siempre representan un riesgo directo para los animales. La OIE también trabaja en el campo de la rastreabilidad y resistencia antimicrobiana, así como en las buenas prácticas de manejo en la granja y en el diseño de controles de los servicios veterinarios, en toda la cadena alimentaria.

A nivel nacional, en muchos de nuestros países miembros faltan mecanismos eficaces de colaboración permanente entre médicos y veterinarios, no solamente para manejar enfermedades zoonóticas existentes, como la rabia, sino también para detectar y reaccionar rápidamente a las enfermedades emergentes que pueden ocurrir en cualquier momento en una granja de cualquier país, sin importar el grado de desarrollo.

A menudo, una enfermedad emergente zoonótica se puede detectar primero en el hombre; en este caso, la información procedente del sector humano puede ayudar a que los veterinarios respondan rápidamente, tanto a nivel de las granjas como en otros lugares. Esto es de vital importancia para bloquear al agente patógeno y evitar su propagación, ya sea accidental o intencional, lo que modificará sustancialmente el manejo del evento sanitario.

Cabe mencionar que la RIMSAs es una herramienta única en el mundo, ya que permite el intercambio formal de opiniones y la adopción de resoluciones comunes

entre ministros de agricultura y de salud pública de todo el continente, lo que representa para América un avance muy importante en el campo de la prevención de los riesgos biológicos.

De manera conjunta con *Codex Alimentarius*, queremos proponer a los Estados Miembros modelos para mejorar los mecanismos de colaboración existentes entre médicos y veterinarios a nivel nacional, en donde sea necesario. En este sentido, llama la atención que el nuevo proyecto de Reglamento Sanitario Internacional de la OMS, propuesto para ser adoptado por los Ministros de Salud en Ginebra, no contiene ninguna referencia directa a esta colaboración, ni a nivel nacional y ni a nivel internacional; es decir, no se consideran las normas de la OIE y del *Codex Alimentarius*, el cual es un mecanismo manejado conjuntamente por la misma OMS y por la FAO. Con base en lo anterior, la OIE, la FAO y la OMC proponen de manera conjunta añadir una referencia explícita en el artículo 12 del proyecto de Reglamento Sanitario Internacional.

Quiero añadir que tenemos ahora una alianza formal y a nivel global con la FAO y la OMS, Programa Global para el Control Progresivo de las Enfermedades Transfronterizas de los Animales (GF-TADs), con un Comité Directivo Mundial y un Comité Directivo, a nivel Regional. La primera reunión constitutiva del Comité Directivo de América, se realizó en Buenos Aires, con la presencia de la OIE/FAO, OPS, OIRSA, IICA, Países Andinos, Comité Veterinario Permanente del Sur. El Dr. Peter Fernández, de APHIS/USDA, fue elegido Presidente del Comité Directivo Regional, y los representantes de OPS y OIRSA como vicepresidentes. El Secretario Permanente es el Dr. Luis Barcos, Representante de la OIE para América.

No hemos creado una nueva estructura burocrática, sino un mecanismo de coordinación de políticas de control de salud animal y zoonosis entre todos los actores, incluyendo el sector privado y los donantes. También nos reunimos con el Banco Mundial en Washington, D.C., con el objetivo de convencer a los funcionarios de más alto nivel que deciden las políticas de asignación de recursos para que inviertan en este sector, en particular en el fortalecimiento de los servicios veterinarios públicos y privados, y la propuesta de la OIE fue muy bien recibida.

CONFERENCIA DE APERTURA

Julio Frenk,
Secretario de Salud de México

*“25 Años después de la declaración de Alma-Ata:
colaboración entre la agricultura
y la salud en la atención primaria”*

Alma-Ata es uno de los legados más valiosos de la salud internacional. Vista a la distancia de un cuarto de siglo, aquella declaración histórica cobra una dimensión más profunda por su pertinencia ante los retos que impone sobre nuestros sistemas de salud el mundo complejo que nos ha tocado vivir.

En un momento crítico de la humanidad, que veía en la irracionalidad de la guerra fría el espectro de su propia destrucción, la convocatoria de Alma-Ata, en 1978, se erigió en el llamado a la conciencia de los Estados y los gobernantes.

Evocar en esta reunión el espíritu de Alma-Ata nos ofrece una gran oportunidad para delinear los elementos esenciales para la construcción de un concepto de “ciudadanía” que incluya el ejercicio pleno, universal e incluyente del derecho a la salud.

Pero antes de desarrollar esta idea, quisiera detenerme un momento para recuperar uno de los elementos más valiosos de Alma-Ata, que tiene que ver con la definición de dos conceptos fundamentales: “Salud para Todos” y “Atención Primaria a la Salud”, mismos que en ocasiones se utilizan equivocadamente de manera intercambiable.

Salud para Todos es, ante todo, una afirmación de valores, una visión y una aspiración. Es una sentencia ética y al mismo tiempo un ideal y una manera de concebir las políticas públicas de salud. Es, en efecto, la visión, incluida desde la constitución misma de la Organización Mundial de la Salud, de considerar a la salud como un derecho social, cuyo ejercicio universal constituye un objetivo compartido por todos los sectores de la sociedad.

Atención Primaria a la Salud es, en cambio, una estrategia concreta, estructurada, para darle contenido a la aspiración sintetizada en Salud para Todos. Por lo tanto, debe estar sujeta a una evaluación crítica y a acciones de mejora.

El término “atención primaria” se ha utilizado en ocasiones para referirse a los servicios de primer contacto; es decir, los establecimientos que sirven como puerta de entrada al sistema de salud. En otras ocasiones, el término se ha utilizado como equivalente al primer nivel de atención, con lo que el adjetivo “primaria” se emplea

para identificar lo simple, lo elemental. Me parece que estas dos interpretaciones son limitativas y que desgraciadamente en muchas ocasiones, al ser llevadas a la práctica, han conducido no a una atención primaria sino a una atención primitiva de la salud.

En mi opinión, una interpretación correcta nos debe referir a la capacidad de actuar sobre las causas primarias o primeras de la buena salud y la enfermedad. Esta interpretación permite darle sentido a tres elementos fundamentales del proceso de atención primaria a la salud: el enfoque local, la participación de la comunidad y el abordaje multisectorial.

En síntesis, de las muchas aportaciones de Alma-Ata, me parece que dos son pertinentes para los trabajos de esta reunión. La visión de "Salud para Todos" como el reconocimiento de un derecho social fundamental y la estrategia de "Atención Primaria a la Salud" como el proceso integral que permite darle contenido concreto a ese derecho.

Desde luego, la traducción práctica de estos dos conceptos ha generado avances distintos en diversas sociedades a lo largo de los últimos 25 años. Una de las grandes ventajas de reuniones como esta es que, al compartir las experiencias, se genera un proceso de aprendizaje compartido entre las naciones.

En el caso de mi país, poco después de la declaración de Alma-Ata, en 1983, se introdujo una enmienda constitucional para reconocer el derecho a la protección de la salud. Desde entonces, el mundo ha cambiado notablemente. Hemos sido testigos de acontecimientos trascendentales que marcan la historia de la humanidad de nuestros días. Entre otras transformaciones profundas, hemos vivido en nuestro continente la consolidación de la democracia.

La democracia plena, sin embargo, no se agota en el ejercicio de los derechos civiles y políticos. Debe abarcar también el ejercicio real y efectivo de los derechos sociales incluyendo, de manera vital, el derecho a la protección de la salud.

En la mayoría de los países de nuestra Región hemos alcanzado la democracia en las urnas y con ello las libertades básicas. El reto ahora, en las palabras de un informe reciente del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, es pasar de una democracia de electores a una democracia de ciudadanos, donde se den las condiciones para un ejercicio pleno y universal de todos los derechos ciudadanos.

Por ello, ahora que en México, como en la mayoría de los países de la región, todos los ciudadanos pueden ejercer sus derechos civiles y políticos, es necesario complementar la transición democrática garantizando el ejercicio efectivo de los derechos sociales.

Para el gobierno mexicano esa es, justamente, la noción de la democratización de la salud que el Programa Nacional de Salud 2001-2006 propone como principio rector. La democratización de la salud implica que el acceso a los servicios no puede ser visto como el resultado de transacciones mercantiles, privilegio de grupos o actos de caridad, sino como el ejercicio de un derecho social producto de una ciudadanía integral.

El concepto de ciudadanía integral parte del supuesto de que la libertad, la igualdad ante la ley y el ejercicio de los derechos políticos son nociones parciales, a menos que todos los habitantes de un país hayan alcanzado un nivel decoroso de vida.

De esta manera, el desarrollo pleno de los pueblos requiere de una verdadera ciudadanía social. Para hacerla realidad, debemos llevar el concepto de democratización al corazón mismo de la salud, lo cual significa contar con un sistema de atención cercano a la gente; que responda con calidad y respeto a sus necesidades y expectativas; que amplíe sus posibilidades de elección; que proteja a toda la población contra los gastos médicos excesivos; que cuente con instancias sensibles y eficientes para la presentación de quejas; que no segregue a los ciudadanos según criterios sociales, económicos o laborales, sino que sea auténticamente universal; y que implante mecanismos efectivos para que los ciudadanos puedan participar en todas las decisiones que afectan su salud.

Para poner en práctica este principio, es menester traducir el precepto que señala el derecho a la protección de la salud en ámbitos de acción concretos. No basta reconocer un derecho en nuestras constituciones; hay que garantizar su ejercicio real. En este sentido, la protección de la salud comprende tres dimensiones fundamentales que se vinculan con los retos de equidad, calidad y protección financiera que enfrentan los sistemas de salud. Estas tres dimensiones forman los tres pilares de la reforma estructural de la salud que ha emprendido el Gobierno del Presidente Vicente Fox.

El primero de estos tres pilares está orientado a mejorar la equidad y se traduce en la protección de la población contra riesgos a la salud, mediante los programas de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades y accidentes, atención en casos de urgencias epidemiológicas y desastres, así como la modernización de la regulación y el fomento sanitarios.

El segundo pilar de la reforma estructural es la protección del derecho de los usuarios de los servicios a recibir una atención de alta calidad que garantice la seguridad de los pacientes, la efectividad de los servicios y el trato digno hacia los usuarios y sus familiares.

Finalmente, el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud requiere de un financiamiento justo y solidario. Por ello, el tercer pilar de la reforma estructural consiste en ampliar la protección social en salud a la población hasta ahora excluida de los esquemas tradicionales de seguridad social. En México estamos alcanzando este propósito mediante el nuevo Seguro Popular, que a lo largo de los próximos años irá brindando protección financiera a cerca de 50 millones de personas, para así lograr el ideal de un aseguramiento universal.

En suma, la protección contra los riesgos a la salud, la protección a los derechos de los usuarios de los servicios y la protección social en salud conforman las tres dimensiones que dan contenido concreto al derecho constitucional respectivo y que permiten su ejercicio universal como parte vital del gran proyecto democratizador de México.

En la última parte de mi intervención, quisiera enfocarme en la primera de estas tres dimensiones, que es la más relevante a esta reunión conjunta de ministros de salud

y de agricultura. Me refiero a la protección contra los riesgos a la salud y, más específicamente, a la necesidad del trabajo multisectorial en esta materia. Este enfoque parte de un principio muy simple: para contribuir al desarrollo no solo se requiere diseñar buenas políticas de salud en el sentido estrictamente sectorial del término, sino que además es indispensable impulsar políticas saludables que involucren a todos los sectores del quehacer público.

Con el propósito de lograr este objetivo y darle una expresión institucional, tras un análisis muy cuidadoso de la situación en México y de las mejores prácticas internacionales, creamos una agencia del gobierno federal con autonomía técnica, administrativa y de gestión para conducir las acciones de protección de la población contra los riesgos a su salud. Esta agencia la denominamos Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios.

Hasta antes de la creación de la Comisión, las acciones reguladoras estaban dispersas en distintas unidades administrativas de la Secretaría de Salud Central. Lo anterior tenía como consecuencia la falta de claridad en la diferenciación de las áreas responsables del diseño de las políticas en la materia, de la rectoría, del ejercicio de la autoridad sanitaria y de la prestación de servicios. Además, la inexistencia de una instancia federal única para la aplicación de las acciones de regulación y fomento sanitarios daba como consecuencia una coordinación poco efectiva con otros sectores y con las autoridades locales.

Con la creación de la Comisión muchas de estas dificultades están siendo superadas. En un ejercicio de racionalidad administrativa, se reunió en un organismo a todas las áreas involucradas en esta tarea bajo una concepción distinta que permite una organización profesional más funcional, orientada por procesos y no por sujetos de las acciones reguladoras. Esta reingeniería nos ha permitido, además, una mejor coordinación multisectorial, recuperando una parte esencial del espíritu de la Declaración de Alma-Ata.

Sin duda, uno de los mejores ejemplos de este enfoque integral es el relativo a la inocuidad de los alimentos. En esta materia partimos de un principio fundamental: lejos de ser objetivos en conflicto, el fomento a la producción agropecuaria y la protección a la salud de la población pueden reforzarse mutuamente si existe una política armónica.

En efecto, al garantizar la inocuidad de los alimentos a través de las buenas prácticas sanitarias se protege la salud de la población y también se crea la confianza del consumidor que estimula las acciones de producción y comercialización.

Desde luego, lo anterior requiere alcanzar un equilibrio entre el fomento a la producción y la protección de la salud. En nuestra opinión, este equilibrio se consigue empleando como fiel de la balanza las evidencias científicas para fundamentar las políticas y las prácticas en ambos terrenos.

Del trabajo coordinado de ambos sectores se desprende además otro beneficio inestimable en este mundo globalizado: la apertura de nuevos mercados para nuestros productores.

Todo lo anterior subraya que no debemos ver a la salud solamente como un área especializada de la administración pública, sino como un objetivo social compartido, alrededor del cual pueden movilizarse todos los recursos de políticas públicas de que dispone el estado.

Para ilustrar lo anterior permítanme finalmente utilizar otro ejemplo que ilustra la intersección entre la agricultura y la salud. Me refiero al tabaco. Gracias a la extraordinaria iniciativa de la Organización Mundial de la Salud plasmada en el Convenio Marco de Lucha contra el Tabaco, ha sido posible articular un conjunto de políticas públicas contra el tabaquismo, el cual es ya la principal causa de muertes prevenibles en el mundo. Por cierto, México fue el primer país en la Región de las Américas que ratificó el Convenio Marco, el cual constituye el primer tratado internacional en materia de salud pública.

De nuevo destaca el elemento multisectorial. Así, en México hemos adoptado medidas inéditas para eliminar la publicidad en los medios electrónicos de comunicación, incrementar el tamaño de las leyendas precautorias en las cajetillas, ampliar el número de clínicas para la rehabilitación de los fumadores y aplicar acciones de protección a los no fumadores.

Por otra parte, gracias al apoyo de la Secretaría de Hacienda, el congreso autorizó un incremento muy importante de los impuestos al tabaco. La evidencia internacional señala que esta medida de política fiscal saludable es el principal instrumento para desalentar que los jóvenes se inicien en la adicción al tabaco.

Para completar la perspectiva integral, nuestra Secretaría de Agricultura está llevando un trabajo muy intenso de apoyo a los productores de tabaco con el fin de que sustituyan sus cultivos por otros que incluso resultan más rentables.

Las acciones de inocuidad alimentaria y de lucha contra el tabaquismo son apenas dos ejemplos de la forma en que los ministerios de agricultura y de salud encuentran sinergias multisectoriales para elevar el bienestar de la población y con ello contribuir a la construcción de una ciudadanía social que culmine nuestra transición democrática.

Tenemos por delante la responsabilidad de fortalecer la salud para ampliar los valores, los principios y las prácticas de la democracia hacia el ejercicio universal y pleno de los derechos sociales. Ese es el sentido profundo del espíritu de Alma-Ata que se sintetiza con claridad en el primer párrafo de la declaración:

“...La salud... es un derecho humano fundamental y ...El logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social... cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos...”

Este es el valioso legado que hoy tenemos la oportunidad de enriquecer a través de nuestro trabajo común. Hoy, al igual que hace 25 años, la salud sigue siendo un punto de encuentro, un puente hacia la prosperidad compartida, una fuente de seguridad que une a todas las naciones del mundo.



INFORME FINAL
DE LA 14^A REUNIÓN
INTERAMERICANA A NIVEL
MINISTERIAL EN SALUD Y
AGRICULTURA (RIMSA14)

INFORME FINAL

La 14^a. Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA14) se celebró en la sede de la Secretaría de Relaciones Exteriores de México, en la Ciudad de México los días 21 y 22 de abril de 2005. Fue convocada por la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) en cumplimiento a la Resolución CD17.R19, aprobada en el 17^o Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1967, y la Resolución CD43.R5, ratificada por el 43^o Consejo Directivo en 2001.

MESA DIRECTIVA

Por unanimidad, la Mesa Directiva de la Reunión quedó constituida de la siguiente manera:

Presidencia	México,	Dr. Julio Frenk, Secretario de Salud y Dr. Javier Usabiaga, Secretario de Agricultura.
Vicepresidencia	Uruguay,	Dra. Maria Julia Muñoz, Ministra de Salud Pública. Venezuela, Ing. Betsaida Viáfara Rey, Directora del Servicio Autónomo de Sanidad Agropecuaria, Ministerio de Agricultura y Tierras.
Relatoría	Haití,	Ing. Agr. Philippe Mathieu, Ministro de Agricultura y Recursos Naturales y Desarrollo Rural.

La Dra. Mirta Roses Periago, Directora de la OPS, fue Secretaria *ex officio* de la RIMSA14 y el Dr. Albino Belotto, Jefe de la Unidad de Salud Pública Veterinaria de la OPS, actuó como Secretario Técnico de la Reunión.

PARTICIPANTES

Estados Miembros

Los siguientes Estados Miembros estuvieron representados en la Reunión: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Francia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Países Bajos, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Reino Unido, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

Estados Asociados

Asistieron representantes de Puerto Rico.

Estados Observadores

Asistieron representantes del Gobierno de España.

Observadores de otros países y territorios

Asistieron en calidad de observadores representantes de Suecia, Italia, Taiwán, República de Túnez y la Unión Europea.

Otros Observadores

Naciones Unidas y organismos especializados representados fueron: la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las organizaciones intergubernamentales representadas fueron: el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), la Organización de los Estados Americanos (OEA) y el Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA).

ORDEN DEL DÍA Y PROGRAMA DE SESIONES

El orden del día y el programa de reuniones (Documentos RIMSA14/1, Rev. 4 y RIMSA14/WP/1, Rev. 3) se aprobaron sin modificaciones.

SESIONES

Se celebraron una sesión inaugural y cuatro sesiones plenarias.

Sesión inaugural

En nombre del país anfitrión, el Dr. Luis Ernesto Derbéz, Secretario de Relaciones Exteriores de México, pronunció las palabras de bienvenida a los delegados y participantes de la RIMSA14. Señaló que este foro, único a nivel de la Región en salud animal, agricultura y salud humana, es de gran importancia política para la Región de las Américas y su país se sentía honrado servir de anfitrión.

Después, el Presidente de la RIMSA13, Dr. Jaime Campos Quiroga, Ministro de Agricultura de Chile, hizo uso de la palabra, resaltando la importancia de la RIMSA para la articulación de actividades en inocuidad de los alimentos, enfermedades emergentes, armonización de normativas y seguridad alimentaria.

El Dr. Chelston W.D. Brathwaite, Director General de IICA, expresó la importancia de la Declaración de Nuevo León 2004, la cual enfatiza la seguridad alimentaria y el desarrollo

rural; también destacó los cinco puntos importantes de la Declaración, todos relacionados con la RIMSA: la competitividad y la interconectividad, el ambiente, la participación rural y los agronegocios.

La Dra. Mirta Roses Periago, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, extendió su bienvenida en nombre de la OPS. Señaló que el tema de la RIMSA14 era promover la sinergia entre los sectores salud y agricultura para la utilización óptima de recursos humanos y financieros, con el fin de acelerar el proceso de desarrollo. Destacó que estaban reunidos un total de 32 ministros y viceministros, acompañados por delegados de 36 Estados Miembros, unidos para identificar las estrategias y fortalecer los mecanismos con un enfoque articulador de la salud con la agricultura y el desarrollo rural. Concluyó refiriéndose a lo significativo de estar reunidos en la Plaza de las Tres Culturas, donde el México ancestral y el moderno convergen, y deseó que este ambiente fuera inspirador de nuevas ideas e iniciativas entre salud y agricultura para el beneficio de los pueblos de las Américas.

El Excelentísimo Presidente de México, Lic. Vicente Fox, se dirigió a la asamblea y pronunció el discurso inaugural. Inició su discurso enfatizando la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de las Naciones Unidas, que establece que: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". Resaltó que la salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano y que la Salud para Todos no es solo una meta, sino también una obligación con todos los seres humanos; una obligación que solo se puede cumplir mediante la más amplia coordinación. Destacó que la RIMSA ha sido el foro regional para la colaboración y la coordinación en materia de salud y agricultura con otros sectores. Dijo estar convencido de que el desarrollo es el nuevo nombre de la paz; de que la paz, la salud de la población, la alimentación y la seguridad internacionales tienen un impacto importante en el desarrollo humano de nuestros países. Declaró la reunión oficialmente abierta.

Antes de iniciar la primera sesión de trabajo, el Presidente de la RIMSA 13, Dr. Jaime Campos Quiroga, Ministro de Agricultura de Chile, ofreció la palabra al Dr. Bernard Vallat, Director General de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), para que saludara a los participantes.

Primera sesión

En la primera sesión, el Secretario de Salud de México, Dr. Julio Frenk, dirigió a la asamblea su discurso de apertura "25 años después de la Declaración de Alma-Ata: colaboración entre la agricultura y la salud en la atención primaria". Reflexionó sobre los legados de Alma-Ata, la salud como un derecho social y la reforma institucional en México. Se refirió a la Atención Primaria de la Salud (APS) como una estrategia concreta, estructurada, sujeta a una evaluación crítica. Señaló que en 1983 México llevó a cabo una enmienda constitucional para incluir el "derecho a la protección de la salud" y que desde entonces el mundo ha cambiado sustancialmente, de tal forma que la consolidación de la democracia debe abarcar el derecho social y efectivo. Citó dos ejemplos que se dan en México: "la

protección alimentaria y la lucha contra el tabaquismo". Concluyó que Alma-Ata ha dejado un valioso legado y que la salud sigue siendo un punto de encuentro que une a todas las naciones del mundo.

Se ajustó el programa de reuniones para que el Dr. Shigeru Omi, Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para el Pacífico Occidental (OMS/WPRO) pudiera hacer su presentación especial, sobre: "Convergencia de los recursos y pericia en salud humana y animal en la respuesta mundial frente a las zoonosis nuevas y emergentes (Influenza Aviar y Síndrome Respiratorio Agudo Severo - SARS)" (Documento RIMSA14/24). El Dr. Omi describió la experiencia de los países de Asia frente a los brotes de SARS e influenza aviar. Concluyó recomendando que los países de la Región de las Américas establezcan planes de preparación para enfrentar una pandemia de influenza y que en ello participen mancomunadamente los sectores de salud y agricultura.

Tomó la palabra después el Dr. Albino Belotto, Jefe de la Unidad de Salud Pública Veterinaria de la Oficina Sanitaria Panamericana, quién proyectó el video "Agricultura y salud: sinergia para el desarrollo local", el cual ilustra la naturaleza de los retos que enfrentan los participantes en RIMSA14, y presentó el tema "Salud pública veterinaria: informe de progreso del cumplimiento de la Secretaría a los mandatos de los Cuerpos Directivos de la OPS, 2004-2005" (Documento RIMSA14/3). Resaltó que la Unidad intensificó sus esfuerzos para la integración efectiva entre los sectores de salud y agricultura, público y privado. Enfocó el fortalecimiento de las políticas nacionales y regionales en temas de inocuidad de los alimentos, zoonosis y fiebre aftosa para mejorar las condiciones de vida de las poblaciones.

El Delegado de Argentina solicitó cambiar el mapa presentado con la situación epidemiológica de la fiebre aftosa en 2004, donde Argentina y Paraguay aparecen como infectados, a un mapa de 2005 donde ambos países están bajo la condición de libres con vacunación.

Seguidamente, el Dr. Eduardo Correa, Director del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), describió el Plan de Acción de PANAFTOSA 2006-2007 (Documento RIMSA14/4). Resumió la situación actual de los programas de fiebre aftosa y zoonosis, apuntando los éxitos alcanzados y también algunas deficiencias en los programas nacionales, principalmente con respecto de la vigilancia epidemiológica. El Plan de Acción de PANAFTOSA 2006-2007 fue aprobado por unanimidad.

El Informe sobre la 10ª Reunión del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA10) (Documento RIMSA14/5), así como las resoluciones aprobadas, fueron presentados por el Dr. José Ángel del Valle Molina, Director General de Salud Animal de la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, México (SAGARPA), Presidente de la COHEFA10. El Presidente de la COHEFA10 hizo hincapié en los acontecimientos sobresalientes, especialmente en la aprobación del Plan de Acción 2005-2009 de la Comisión Hemisférica para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA) y su inmediata implementación, para lo cual se hace indispensable concretar el Memorando del Entendimiento entre OPS y el Grupo Internacional de Erradicación de la Fiebre Aftosa (GIEFA).

Durante la discusión que prosiguió a los dos puntos anteriores, temas 6 y 7 de la agenda, los delegados reconocieron la labor realizada por la OPS/OMS en materia de eliminación de la fiebre aftosa y la necesidad de continuar los esfuerzos para proteger las áreas libres, a la vez que alcanzar la meta del Plan Hemisférico de Erradicación de Fiebre Aftosa.

Los delegados del Uruguay y Brasil destacaron las experiencias desarrolladas en sus países para dar cobertura a los pequeños productores y las áreas locales, bajo la estrategia de municipios saludables y productivos, favoreciendo el desarrollo.

Varios delegados plantearon la posibilidad de fortalecer las actividades de cooperación para el control, prevención y eliminación, en algunos casos, de otras zoonosis de importancia regional o subregional como la *leishmaniasis*, la *rabia silvestre*, la *triquinelosis* y el fortalecimiento de las acciones para la eliminación de *hidatidosis*.

El Delegado de Chile enfatizó la importancia de definir indicadores precisos para poder evaluar los trabajos y esfuerzos que se hacen en materia de desarrollo de municipios productivos y saludables.

El Delegado de Cuba enfatizó lo expresado por el Delegado de Chile y describió la importancia que para su país han tenido los municipios productivos y saludables para el desarrollo local, indicando la importancia de incorporar sistemas de vigilancia para el control y la prevención de enfermedades endémicas, pero también para minimizar los riesgos de introducción de agentes exóticos, como es el caso del virus asociado a la epidemia de influenza aviar que afecta a varios países asiáticos.

Tomó luego la palabra el Dr. Genaro García, Asesor Regional de Inocuidad de los Alimentos, Unidad de Salud Pública Veterinaria de la OSP, quién describió la "Propuesta de plan de acción de cooperación técnica en inocuidad de los alimentos de la OPS/OMS, 2006-2007" (Documento RIMSA14/6). Inició su presentación explicando el contexto actual de la inocuidad de los alimentos en la Región. En particular hizo énfasis en cómo las enfermedades transmitidas por los alimentos causan un impacto directo en la salud, e indirecto en el turismo y el comercio internacional. Presentó el plan de cooperación técnica y explicó que el mismo está armonizado con la estrategia global de la OMS y el Programa Regional de Inocuidad de los Alimentos. El plan tiene como objetivo reducir los daños directos a la salud y el impacto económico y social de las enfermedades diarreicas causadas por contaminantes microbiológicos y químicos. El plan de acción consta de tres proyectos: evaluación, manejo y comunicación de riesgos, con cinco resultados esperados.

A continuación tomó la palabra la Dra. Graciela Rosso, Secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud y Ambiente de la República Argentina, quien señaló que el tema de la provisión de recursos adecuados articulados con planes de acción concretos a nivel internacional, nacional, y en particular a nivel local, es esencial para poder avanzar las metas del plan regional de inocuidad de los alimentos. Enfatizó que en este sentido la políticas de los organismos multilaterales deben ser claras y transparentes, particularmente cuando la inocuidad de los alimentos se ha definido como política global prioritaria por los Estados Miembros de la OPS y de la OMS.

La Dra. Graciela Rosso, Secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud y Ambiente de la República Argentina, presentó el "Informe sobre la 4.ª Reunión de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA 4) (Documento RIMSA14/7), con las conclusiones y recomendaciones adoptadas. Destacó que la seguridad e inocuidad alimentaria son fundamentales para garantizar la calidad de vida de la población; acordó que ambas contribuyen al alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente en la disminución del hambre y la pobreza. También afirmó que con el abordaje intersectorial en los programas de control en inocuidad de los alimentos se contribuye a la salud, al turismo y al comercio de productos alimentarios.

Segunda sesión

La segunda sesión se dedicó al "Panel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre: estrategias de atención primaria de salud y desarrollo local". Este panel fue moderado por el Dr. Satyadeow Sawh, Ministro de Agricultura de Guyana.

El tema "Perspectivas sobre los ODM relacionados con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre en América Latina y el Caribe" (Documento RIMSA14/8), fue presentado por la Dra. Alicia Bárcena, Secretaria Adjunta de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). En la ponencia apuntó la necesidad de tener en cuenta el contexto socioeconómico en el cual se pretenden alcanzar los ODM, la influencia que ejerce el proceso de globalización, las altas tasas de migración y el crecimiento económico inestable de gran parte de los países de la Región. El problema más significativo que enfrenta América Latina si pretende alcanzar los ODM es la fuerte inequidad regional en la distribución de la renta. Concluyó diciendo que debe considerarse la posibilidad de establecer objetivos más adecuadas a la realidad de la Región, que en algunos casos pueden incluso llegar a ser más ambiciosos que los actuales; también mencionó que hay que alcanzar acuerdos que reduzcan el servicio de la deuda externa y mantener políticas sociales estables.

La presentación de este tema, "Perspectivas sobre los ODM relacionadas con la erradicación de la pobreza extrema y hambre en América Latina y el Caribe", generó una discusión muy amplia. El Delegado de Venezuela señaló que, a pesar de los problemas políticos internos en los años 2002 y 2003, el Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela ha recuperado un crecimiento económico sostenido y sostenible. Indicó que la atención primaria a nivel local en las poblaciones más vulnerables y en todo el país ha sido una prioridad, y que han contado con el apoyo del gobierno de Cuba. Igualmente señaló que, por medio de la Constitución promulgada en 1999 y acorde con lo que establecen las leyes, se inició un programa para una mejor utilización y productividad agrícola, lo cual se ha traducido en un aumento de la seguridad e inocuidad alimentaria.

El Delegado de Cuba enfatizó dos puntos: primero que es esencial el apoyo del Estado en la solución de los problemas prioritarios, pero que también se requiere la participación de la comunidad; segundo, que las metas de eliminación del ham-

bre y la pobreza en su país se analizan con base en grupos de riesgo, por lo que pueden destacar que las metas relacionadas con el hambre se han alcanzado. En cuanto a los indicadores de pobreza, dijo que generalmente no se contabilizan los ingresos a los servicios gratuitos que la población cubana recibe como un beneficio social, ya que en Cuba la salud es totalmente gratuita.

El Delegado de Argentina dijo que los indicadores de pobreza fueron afectados negativamente por la crisis económica de 2002. Sin embargo, la Argentina ha experimentado un crecimiento económico, lo cual debería reflejarse en el análisis presentado por la CEPAL, y también utilizar esta experiencia documentada para referencia de otros países que pudiesen pasar por crisis similares.

El Delegado de Antigua y Barbuda se refirió a los altos precios del petróleo y derivados y a cómo esto afecta particularmente a los estados insulares pequeños. Sugirió la necesidad de tecnologías y prácticas alternas y naturales para la generación de energía, como la solar y la eólica.

El Delegado del Brasil señaló la importancia de incluir este tema en el Orden del Día de la RIMSA14. Se refirió a distintos programas que el Gobierno del Brasil lleva a cabo para avanzar en el logro de los ODM, en particular la eliminación del hambre y de la pobreza, aunque indicó las dificultades para alcanzar estas metas, en comparación con las de salud. En la eliminación de la pobreza y la miseria deben incluirse indicadores que tomen en consideración la economía informal y no solo el PIB. En relación con la salud y el hambre, mencionó que en su país hay estrategias a nivel nacional como el Programa Hambre Cero, que combina políticas de transferencia de la renta interna para afrontar el problema del hambre y la malnutrición en sus diferentes aspectos, incluso problemas como la obesidad. Sin embargo, destacó que en adición a las políticas de Estado se deben incluir estrategias que faciliten el desarrollo local sostenible para consolidar el empoderamiento de las comunidades y así garantizar su desarrollo autónomo y sostenible.

La representante de la CEPAL, respondiendo a algunas de las inquietudes planteadas, señaló que en los casos de Argentina y Venezuela efectivamente tienen un comportamiento económico distinto al resto de los países de la Región, debido a las crisis descritas por sus delegados. Sin embargo, reconoció que su situación e indicadores deben ser analizados en conjunto con las coyunturas económicas y políticas. También subrayó el crecimiento económico de los dos países durante el período de 2004 a abril de 2005. Recalcó que Cuba es un país que cumple con las metas de nutrición y está en vísperas de superarlas, como lo demuestra el índice de 3.000 kilocalorías per cápita/día. En relación con la pobreza en Cuba, la CEPAL está concluyendo un estudio en coordinación con el Ministerio de Economía y Planificación de Cuba a fin de comparar los resultados con un estudio realizado hace tres años. Resaltó el comentario del Delegado del Brasil sobre la importancia de reconocer que si bien el crecimiento económico es un requisito para el desarrollo, por sí solo no es suficiente y por lo tanto tiene que ir acompañado de una política redistributiva, tanto económica como social. Destacó varias experiencias exitosas de la CEPAL en Bolivia, Brasil, Colombia y México en el tema de alimentación y nutrición, donde se ha realizado una transferencia directa de recursos a las comunidades e impactado positivamente los indicadores de hambre y pobreza.

Finalmente, reconoció que la CEPAL se basa en las encuestas de hogares y que ciertamente hay variabilidad en los indicadores utilizados por diversas instituciones; por eso considera conveniente que se organice una reunión de las mismas incluyendo organismos multilaterales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo con otros organismos de la Naciones Unidas, para establecer indicadores de evaluación estandarizados.

El tema “Participación comunitaria en la cadena de producción alimentaria e inocuidad de los alimentos” (Documento RIMSA14/9) fue presentado por el Dr. Norman Jirón Romero, Director General de Acreditación y Regulación del Ministerio de Salud de Nicaragua. Discutió las desventajas del modelo tradicional de servicios de salud, donde la atención es más curativa que preventiva y las actividades son parte de programas dentro de las instituciones del sector, sin un papel protagónico para otros actores y las poblaciones beneficiarias. Lo comparó con el nuevo modelo aplicado en Nicaragua, donde las actividades son integrales dentro del sector salud e interconectadas con todos los actores y sectores involucrados, con operaciones integradas, con un papel protagónico asignado a las poblaciones beneficiarias.

El tema “Tecnología apropiada: los pequeños productores y la seguridad alimentaria” (Documento RIMSA14/10) fue presentado por el Lic. Víctor Gabriel Barrios, Ministro de Asuntos Campesinos y Agropecuarios de Bolivia, quien apuntó los principales indicadores que muestran la situación de pobreza existente, especialmente en las áreas rurales. Para enfrentar esta situación el Gobierno impulsa la construcción de la Estrategia Nacional de Desarrollo Agropecuario y Rural (ENDAR); esta comprende un diagnóstico del sector y prioriza siete líneas políticas, entre las que destacan el desarrollo de comunidades productivas y de mercados, la seguridad alimentaria, y la construcción y mejoramiento de la infraestructura.

El tema “Colaboración intersectorial para la promoción de la producción agrícola y pecuaria y el desarrollo humano. El caso de Uruguay” (Documento RIMSA14/11), fue presentado por el Dr. Francisco Muzio Lladó, Director General de Servicios Ganaderos del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca del Uruguay. Después de una introducción, habló de los antecedentes del país, la realidad económica, los indicadores de producción, el producto interno bruto y el índice de desarrollo humano, y proporcionó datos estadísticos pasados y presentes. Resaltó que la cooperación técnica para fortalecer el desarrollo local debe considerar lo siguiente: movilización de recursos, diseminación de la información, capacitación, desarrollo de planes y normas, promoción y asesoría técnica directa.

El tema “Apoyo especial a los estados insulares pequeños para aumentar la capacidad en materia de inocuidad de los alimentos y comercio internacional” (Documento RIMSA14/12) fue presentado por el Dr. Richard Harrison, Secretario Permanente del Ministerio de Agricultura de Jamaica. Se refirió a la situación geopolítica del Caribe, con énfasis en los avances para alcanzar los ODM. El impacto de la globalización en la región — que es importadora neta de alimentos — conlleva dos grandes desafíos: aumento de la producción e implementación de ajustes para cumplir con nuevas regulaciones que permitan hacer frente al déficit de la balanza comercial. Concluyó que la globalización, el libre comercio y las Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (MSF) deben considerarse como parte inherente del comercio

internacional actual y son retos a enfrentar, a la vez que se consolidan y desarrollan los recursos de la región. No obstante, los ajustes producto de la globalización han tenido una gran respuesta en materia de inocuidad de los alimentos y son optimistas en el progreso para alcanzar los ODM.

A continuación, la Dra. Josette Bijou, Ministra de Salud y Población de Haití, presentó el documento "Eliminación de la rabia humana en América Latina: situación actual" y un video sobre el mismo tema (Documento RIMSA14/13 y RIMSA14/INF/1). Instó a los Estados Miembros a que se reafirme el compromiso internacional para brindar apoyo prioritario a los países con casos de rabia humana y canina, así como para su eliminación.

Varios delegados destacaron los esfuerzos sostenidos para el control de la rabia humana transmitida por el perro, lo que permitió una significativa reducción de los casos humanos y caninos. Asimismo, reconocieron la labor de la OPS por el apoyo técnico a los países y destacaron la iniciativa de revisar el programa regional y preparar un plan de acción para la prevención y el control de la rabia en las Américas para la etapa 2005-2009, lo que sin duda permitirá una mejor coordinación de las acciones a nivel nacional y regional.

El Delegado de los Estados Unidos de América destacó la necesidad de fortalecer la cooperación para un mejor conocimiento de la epidemiología de la rabia silvestre, sus reservorios y distribución, y también para la evaluación de estrategias de control como el uso de vacunas orales.

El Delegado de Bolivia describió el plan de control de la rabia humana transmitida por el perro en su país. Agradeció a países vecinos la donación de vacunas antirrábicas de uso canino y humano. Dijo que el programa se basa en cuatro estrategias básicas: la comunicación y educación a la población, la vacunación de perros, el tratamiento a personas expuestas a riesgo y el control de la población de perros callejeros.

El Delegado del Brasil indicó la presencia de rabia canina endémica en las regiones del Norte y Nordeste, particularmente con casos en cachorros. Con base en esta situación epidemiológica se están realizando acciones de descentralización para mejorar la vigilancia, el diagnóstico y la atención de personas expuestas en áreas de riesgo. También señaló la presencia de rabia transmitida por murciélagos en animales domésticos, con la aparición esporádica de brotes de rabia en poblaciones humanas en alto riesgo. Finalizó indicando que se requieren acciones coordinadas entre los ministerios de salud y de agricultura con el sector productor, a fin de mejorar la vigilancia y el control de la rabia humana transmitida por murciélagos y minimizar sus impactos en la ganadería.

La Delegada de Uruguay señaló la ausencia de rabia en su país. Destacó la necesidad de reforzar acciones de vigilancia para prevenir su acceso y realizar estudios sobre la presencia de virus en poblaciones de quirópteros.

Tercera sesión

La tercera sesión se dedicó al "Panel sobre la cooperación internacional frente a

problemas emergentes en el ámbito de la agricultura, la ganadería y la salud”, que fue moderado por el Sr. Roberto Rodrigues, Ministro de Agricultura y Abastecimiento del Brasil.

El tema “La situación actual de las enfermedades animales nuevas y emergentes: el Código Zoonosario Internacional como base para las políticas y el comercio” (Documento RIMSA14/14) fue presentado por el Dr. Bernard Vallat, Director General de la Organización Mundial en Salud Animal (OIE). Presentó una guía para la toma de decisiones políticas y técnicas en el campo de la salud animal y la salud pública. Destacó que en materia de seguridad alimentaria, las directrices para la reducción de riesgos previos a la faena y durante la transformación primaria de productos cubren todas las medidas a nivel de granja para minimizar los riesgos en el producto final.

A continuación de la presentación del Dr. Vallat, intervinieron delegados de los Estados Unidos de América y Canadá, quienes coincidieron con la opinión que considera inconveniente la reapertura de la discusión del artículo 12 del Reglamento Sanitario Internacional, debido a que este había sido discutido ampliamente por los Estados Miembros de la OMS. El Delegado de los Estados Unidos enfatizó que hacía esta sugerencia sin tener los antecedentes de la presentación del Dr. Vallat. Igualmente señaló que la propuesta de hacer mención de la OIE en el artículo 12 fue realizada por su país y en las discusiones se llegó al acuerdo de mencionarla, y que en su opinión estaba claro que la OMS cooperaba en asuntos de salud pública internacional con otras organizaciones relevantes. Finalizó indicando que consideraba inapropiado que un cuerpo como la RIMSA se insertara en esta discusión, pero que su delegación estaba dispuesta a reabrir el proceso en la próxima Asamblea Mundial de Salud en mayo de 2005, si así fuere requerido en su oportunidad.

Las delegaciones de Cuba y el Ecuador manifestaron su acuerdo con lo propuesto por el Dr. Vallat en el sentido de que se hiciera mención de instituciones como la OIE y la FAO y otras agencias que trabajen en el campo de salud humana y salud animal en el Reglamento Sanitario Internacional. Todos los delegados que tomaron la palabra mencionaron la necesidad de coordinar las actividades de cooperación entre las diferentes agencias internacionales, para evitar duplicidad y mejorar la eficiencia e el impacto.

La Delegada de Canadá expresó su satisfacción porque la OIE haya adoptado la propuesta de reducir (de cinco a tres) los criterios para la caracterización de países en relación con el encefalitis espongiforme bovino (EEB), así como también la propuesta de incluir al tejido músculo esquelético, la sangre y los subproductos de origen bovino en la categoría de productos de mínimo riesgo que no requieren certificación adicional.

El Dr. Vallat respondió a los comentarios y preguntas reconociendo que ciertamente los Estados Unidos de América fue uno de los pocos países que propusieron la inclusión de la OIE y otras organizaciones internacionales en materias relevantes de salud pública en el Reglamento Sanitario Internacional. En relación al EEB, indicó que ciertamente la propuesta descrita por la Delegada de Canadá va a ser considerada en la próxima reunión de la OIE en mayo de 2005.

El tema "Iniciativas para la seguridad e inocuidad alimentarias y las enfermedades animales transfronterizas" (Documento RIMSA14/15) fue presentado por el Dr. Moisés Vargas Terán, de la Oficina Regional de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO) para la América Latina y el Caribe. Expuso el mandato de la FAO relativo a la nutrición de la población mundial y destacó que el hambre es una aberración moral y económica, ya que produce no solo enfermos sino también trabajadores y estudiantes con baja productividad.

Varios delegados intervinieron para señalar nuevamente la necesidad de coordinar la cooperación técnica entre organizaciones internacionales. El Delegado de Venezuela solicitó específicamente en nombre de su país la cooperación técnica de la FAO para implementar las buenas prácticas de agricultura en el sector primario de la cadena alimentaria, a lo cual el Representante de la FAO respondió positivamente.

El tema sobre "Las funciones de los sectores público y privado de la agricultura, la ganadería y la salud en la erradicación del hambre y la pobreza extrema en las zonas rurales: movilización de la cooperación internacional" (Documento RIMSA14/16) fue presentado por el Dr. Jaime Alfonso Campos Quiroga, Ministro de Agricultura de Chile. Destacó la persistencia y agudización de la pobreza, el hambre y la indigencia, a pesar de la disponibilidad excesiva de alimentos en el mundo. Señaló que esta realidad es por demás conocida y que lo que resta es identificar los procedimientos para trasformarla. Sugirió, a manera de ejemplo, que la suspensión de los subsidios a la producción agrícola, un día por semana, podría afectar positivamente a esta realidad. Ilustró luego las medidas políticas que en Chile han contribuido al crecimiento de la producción agropecuaria, a la contención de la migración del campo a la ciudad y al mejoramiento de la calidad de vida de la población rural.

La presentación del Ministro de Agricultura de Chile generó reacciones positivas de varias delegaciones, quienes expresaron su agradecimiento por compartir estas experiencias. El Delegado de Guyana indicó que el Ministro de Salud de Chile había expresado algunas consideraciones relevantes para el panel en su totalidad, y que había dicho: "conocemos el problema del hambre; sabemos las acciones que tenemos que tomar y como llegar a soluciones concretas." Igualmente, dijo que había enfatizado la verdad de que existen suficiente comida para alimentar a la población del mundo, pero sabemos que 18 millones de personas en el mundo van a la cama en la noche sin alimentos y con hambre.

Varios delegados se refirieron a la necesidad de prestar atención a la inconveniencia de los subsidios a productos agrícolas en países desarrollados, lo cual colocaba en desventaja a los países en desarrollo y con vocación agrícola y estimulaba la migración del campo a las ciudades, generando condiciones negativas para un desarrollo armónico, sostenible y la paz social.

El Ministro de Agricultura de Chile agradeció los comentarios de los delegados y enfatizó que ese era el camino que estaba transitando Chile. Destacó que el fundamento de la política chilena en esta materia se basaba en la pregunta: ¿Cómo se generan, desde el Estado, las condiciones para que la población y la actividad

agropecuaria contribuya a la erradicación de la pobreza y la indigencia?; en otras palabras, ¿cómo se usa cada vez mejor la potencialidad que tiene el mundo agrícola a fin de que el Estado contribuya de manera más eficiente y efectiva al desarrollo de los pueblos? Finalizó enumerando tres condiciones necesarias a su juicio para avanzar en este propósito: 1) vinculación de los temas de salud y seguridad e inocuidad alimentaria como una necesidad para responder a los requisitos de la salud pública y del comercio de productos agropecuarios; 2) el surgimiento de economías de mercado en un mundo globalizado y competitivo; y 3) la consideración de la importancia de estos temas, lo cual ha llevado a algunos países a la creación de ministerios de alimentación, o agencias de seguridad alimentaria para responder a los retos nacionales, subregionales y globales.

El tema sobre la cooperación entre países en el comercio de alimentos y sus consecuencias para la salud y el desarrollo (Documento RIMSA14/17), fue presentado por el Lic. Oscar Manuel Gutiérrez Rosales, Director Ejecutivo del Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA). Resaltó que la cooperación abre el camino de nuevas oportunidades. Desarrolló tres tópicos: a) las decisiones políticas y la necesidad de coordinación e integración de países, b) la relación entre la industria agropecuaria y la inocuidad de los alimentos; y c) los avances alcanzados y sus implicaciones en la salud y desarrollo agropecuario. Por último recomendó que se deben coordinar los esfuerzos de todos los sectores e instituciones de cooperación para armonizar las normas que permitan cumplir con las Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (MSF) establecidas.

La Dra. Mirta Roses Periago, Directora de la OPS, presentó el tema “Las enfermedades desatendidas en poblaciones postergadas, con énfasis en las zoonosis” (Documento RIMSA14/18). Señaló que varias enfermedades transmisibles, muchas de las cuales son zoonosis, tienden a ser excluidas del sector salud en el mundo en desarrollo, a pesar de que representan una carga pesada para las personas que viven en la pobreza. Estas enfermedades desatendidas suponen un desafío importante para el cumplimiento de los ODM. Hizo énfasis en la necesidad de establecer alianzas con otros sectores, en particular agropecuario, ambiental y educativo, capaces de adoptar medidas eficaces para reducir y controlar eficazmente las zoonosis desatendidas. Estas enfermedades son también indicadores socioeconómicos de la pobreza y de la distribución sesgada de la renta, que afectan a los grupos más vulnerables de la población; al mismo tiempo, la pobreza es el factor extrínseco más importante para la existencia de estas enfermedades y la OPS las enfoca como una problemática social, económica y sanitaria.

Varios delegados expresaron su satisfacción por la ponencia presentada por la Dra. Roses, Directora de la OPS. La Delegada de Argentina señaló que los países no han prestado una atención adecuada a las zoonosis. La verticalidad en los programas de salud ha determinado la pérdida de la noción holística e integral de la salud. Así, en el caso de las zoonosis, como en muchas áreas de salud, se deben considerar no solo las enfermedades, sino también los contextos ambiental, social y económico como factores determinantes del estado de salud de la población. Sugirió que en la próxima RIMSA se incluyan temas que integren al medio ambiente, considerando de importancia de los cambios que se generan en el mismo a nivel local, regional y global.

El tema “La cooperación regional centroamericana en salud y agricultura: el papel catalizador de los organismos regionales especializados” (Documento RIMSA14/25) fue presentado por el Lic. Bernardo López, Viceministro de Agricultura de Guatemala. En su ponencia describió la situación actual de la agenda intersectorial y la cooperación de los organismos regionales, en particular la estrategia centroamericana de gestión integrada de los recursos hídricos, la seguridad alimentaria y nutricional, los organismos vivos modificados y la agrobiotecnología, la reducción de la vulnerabilidad frente a amenazas naturales y el manejo seguro de sustancias químicas. Concluyó diciendo que el marco jurídico actual del sistema de integración centroamericana favorece el abordaje intersectorial, lo cual ha generado una agenda de trabajo regional concertada y en ejecución entre los sectores de salud, agricultura y ambiente.

Esta sesión se cerró con los comentarios del Ministro de Agricultura del Brasil, moderador del panel, quien indicó que la globalización ha tenido efectos positivos y negativos. Entre los positivos, destacó el incremento del comercio de bienes y servicios y, por ello, mayor producción y riqueza en el mundo. Dentro de las consecuencias negativas mencionó mayor exclusión social y una concentración cada vez mayor de la riqueza del mundo. Estas son las dos caras de la moneda, enfatizó. La exclusión y concentración son negativas en sí mismas, pero la exclusión está creciendo en forma tan alarmante que se transforma en una amenaza para la paz social y las democracias en el mundo entero. Por eso, uno de los mayores retos de la humanidad en el siglo XXI es reducir la brecha entre pobres y ricos, y la brecha entre ricos y pobres al interior de los países. Así, la apertura comercial a productos agropecuarios como un derecho y una necesidad — y no como un favor o una dádiva —, debe considerarse como una estrategia fundamental para alcanzar la paz y el desarrollo de los pueblos. Finalizó con el siguiente mensaje: “Todos estamos de acuerdo en que una acción fundamental para avanzar en el logro de los ODM es la redistribución de la renta. Sin embargo, la gente piensa que eso se debe hacer con los ingresos de los otros, no con los propios, y este es el otro lado de la moneda al que me referí antes. Pienso que debemos tomar acciones concretas para disminuir la brecha entre ricos y pobres, con lo que se defiende la democracia y la paz del mundo; en consecuencia, se defiende la felicidad de las personas, porque sin paz y sin democracia no hay felicidad”.

Cuarta sesión

En la cuarta sesión tuvo lugar el “Panel sobre mandatos de las cumbres: adelantos realizados en la seguridad humana mediante enfoques innovadores centrados en el desarrollo local”. El Dr. Peter Fernández, Administrador Asociado del Servicio de Inspección Agropecuaria del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos de América (APHIS/USDA), moderó este panel. Resaltó los objetivos de las Cumbres de Miami, Santiago de Chile y Quebec, los que confluyen en el desarrollo sostenible y la inclusión social. Añadió que la próxima Cumbre pondrá énfasis en la generación de empleo y gobernanza local.

El tema “Iniciativas financieras del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para apoyar los mandatos de las Cumbres de las Américas en el desarrollo rural y social”

(Documento RIMSA14/19), fue presentado por el Dr. Gabriel Montes Llamas del BID. Señaló que el Banco ha apoyado activamente las resoluciones de las Cumbres Presidenciales, a pesar de la complejidad de sus agendas. Procedió a revisar detalladamente los principales compromisos, particularmente los relativos a la erradicación de la pobreza, la educación, la inclusión de la mujer y las etnias indígenas, el mejoramiento de la vida rural, la protección del medio ambiente y el acceso a los servicios médicos, entre otros. Concluyó en la necesidad de integrar estos proyectos, pues no existen soluciones aisladas para cada uno de ellos. Ilustró su presentación con la asignación de fondos de la cartera del BID a los proyectos de desarrollo social.

El Delegado de Venezuela expresó algunas reflexiones sobre esta ponencia. Indicó que, después de la Segunda Guerra Mundial, en los países de América Latina se implementó de manera homogénea un modelo de desarrollo basado en la revolución verde. Sin embargo, este modelo ha fracasado porque no consideró, entre otros aspectos, la diversidad agroecológica y cultural de los pueblos, sino que promovió los monocultivos con efectos devastadores en el ambiente. Este modelo no se acompañó de otras acciones básicas y fundamentales como: a) tenencia de la tierra; b) capacitación y tecnología apropiada; c) recursos financieros y técnicos oportunos y suficientes; y d) una política de Estado para que las poblaciones rurales, los pequeños productores y las poblaciones indígenas tuviesen acceso a los mercados. También se refirió a la propuesta de libre comercio y a la imposibilidad de los países más vulnerables y en desarrollo de competir con países ricos, donde se excluye la posibilidad de acceso a sus mercados debido a la aplicación de subsidios y otras medidas proteccionistas, como se ha reiterado en esta RIMSA.

El Representante del BID intervino para señalar que se han empleado diversos modelos de desarrollo rural en América Latina; por ejemplo, el de investigación y extensión, la reforma agraria de los años sesenta y un modelo de desarrollo integrado. Algunos de estos modelos aportaron elementos positivos y otros no. También mencionó que uno de los factores asociados al fracaso de los modelos han sido los subsidios del Estado, que generalmente llegaron a las manos de los grandes productores y compañías agrícolas. Propuso la hipótesis de que quizás otros resultados pudiesen haberse obtenido si los recursos dedicados a los subsidios se hubieran dedicado a investigación, extensión, capacitación y, en general, a bienes y servicios básicos para atender las necesidades de los pequeños productores.

El tema "Sanidad agropecuaria y desarrollo rural sostenible" (Documento RIMSA14/20) fue presentado por el Dr. Chelston W.D. Brathwaite, Director General del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA). Se refirió a la Cumbre de Quebec de 2001, en la cual se destacó la importancia de la sanidad agropecuaria y de la inocuidad de los alimentos como factores clave para la competitividad comercial de los países. Por estas razones es necesario establecer planes coordinados para mejorar los servicios sanitarios y de inocuidad.

El tema "Política agropecuaria: la ciencia y la tecnología aplicadas a la cadena de producción alimentaria" (Documento RIMSA14/21) fue presentado por el Dr. João Carlos de Souza Meirelles, Secretario de Estado de Ciencia y Tecnología de São Paulo, Brasil. Se refirió a la evolución de la agroindustria brasileña y la incorporación de nuevas tecnologías, así como a sus altos niveles de competitividad y excelencia. Mencionó que — ante las

interdependencias crecientes entre las cadenas productivas, por ejemplo de la soya, el azúcar y las carnes — se requieren acciones coordinadas de los distintos sectores y actores sociales para la aplicación de la metodología del análisis de riesgo, a fin de facilitar un manejo eficiente en todos los países de las Américas. Recomendó realizar una evaluación de la realidad existente en cada país, para así establecer estrategias efectivas para la aplicación de procedimientos de gestión de la inocuidad y calidad de alimentos con la coordinación y el apoyo técnico de OPS. Por último, indicó que se requieren decisiones políticas para facilitar y acelerar la meta de tener una América saludable y competitiva.

El tema “Empoderamiento y ampliación del papel de las mujeres en el ámbito de la seguridad alimentaria y el desarrollo local” (Documento RIMSA14/22) fue presentado por la Dra. Susana Malcorra, Directora Adjunta del Programa Mundial de Alimentos (PMA). Destacó que, aunque las mujeres aseguran los alimentos para su familia, ellas y los niños son los que más sufren la pobreza y la inseguridad alimentaria, por lo que son una prioridad para el PMA. Recomendó proporcionar apoyo técnico integral para el desarrollo de la mujer, quien es el centro de la seguridad alimentaria para su familia y la comunidad.

Varias delegaciones intervinieron para felicitar a los organizadores de la RIMSA14 por la inclusión del tema del empoderamiento de la mujer en relación con los mandatos emanados de las diferentes reuniones de las Cumbres de las Américas. El Delegado de la República Dominicana expresó que en su país están fomentando la creación de pequeñas unidades pecuarias para dar a las mujeres una fuente alternativa de alimentos y de ingresos.

El Delegado de Chile indicó la importancia que tiene la inclusión del tema de la mujer como un recurso clave para el desarrollo. Señaló que en su país muchas mujeres trabajan como jornaleras en el campo y esta situación las expone a riesgos ocupacionales, como por ejemplo los pesticidas usados en agricultura que, además de los efectos agudos, pueden causar una serie de problemas crónicos, incluso malformaciones congénitas. Recomendó que este tema debe rescatarse y expresó que su país tiene algunas experiencias en el desarrollo de inversiones en el sector rural acompañadas de servicios sociales para la población.

Debido a compromisos ineludibles de última hora, la Dra. Pilar Mazzetti Soler, Ministra de Salud del Perú no pudo estar presente. El moderador del panel refirió a los delegados a la lectura del Documento RIMSA14/23, “Las funciones de las organizaciones locales y las comunidades indígenas como agentes para la movilización de los servicios comunitarios básicos”, preparado por la Dra. Mazzetti.

El tema “La pobreza rural: salud y estilo de vida” (Documento RIMSA14/26) fue presentado por el Dr. Trevor A. Hassell, Presidente de la Fundación Interamericana del Corazón. Hizo un resumen acerca de esta Fundación, la cual incluye 36 organizaciones en 19 países. Su objetivo es destacar la importancia de las enfermedades cardíacas y los progresos en su prevención y tratamiento. Finalmente recomendó que los gobiernos implementen acciones de promoción de la salud, aborden el problema en todos sus niveles, fortalezcan la coordinación entre organizaciones nacionales y regionales, y estimulen a la industria de alimentos a producir alimentos inocuos y nutritivos, particularmente con menos contenido de grasas.

El Delegado del Brasil señaló la necesidad de estimular la inversión del sector privado en el desarrollo rural; propuso que en la siguiente RIMSA se incluyan, de ser posible con la OIE y otras organizaciones internacionales, experiencias sobre cómo fortalecer el análisis de riesgo sanitario y económico, a fin de poder establecer prioridades de inversión pública y privada.

El Moderador, Dr. Peter Fernández, concluyó dando gracias a los panelistas y a los delegados por sus intervenciones.

Durante la discusión y aprobación de los proyectos de resoluciones de la RIMSA14 se consideró la recomendación referente al proyecto del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que se presentará en la próxima Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra. Se recomendó incluir una referencia formal a la colaboración y coordinación entre OMS, FAO, OIE y otros organismos que trabajan en el campo de la salud humana y animal. Esta recomendación no fue respaldada por la delegación de los Estados Unidos de América.

Sesión de clausura

El Dr. Javier Usabiaga Arroyo, Secretario de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentos de México (SAGARPA) intervino en el acto de clausura, en el cual destacó las resoluciones de la reunión vinculadas con el fortalecimiento de las estrategias de inocuidad de los alimentos y su impacto en la salud de los consumidores, la protección al medio ambiente y la respuesta al mercado globalizado. Señaló los esfuerzos gubernamentales de los países en los aspectos normativos, así como las limitaciones relacionadas con dificultades en los ámbitos de competencia institucionales. También enfatizó los esfuerzos y las experiencias innovadoras europeas relacionadas con agencias de seguridad alimentaria y de iniciativas similares en el Canadá y los Estados Unidos, orientadas a la fusión de instancias especializadas en materia de inocuidad de los alimentos. Detalló los esfuerzos que vienen desarrollándose en México en aspectos legales y de información y orientación al consumidor en el contexto de las cadenas agroalimentarias. Concluyó su intervención señalando que los resultados de la RIMSA14 contribuirán a mejorar los esfuerzos del país y la Región en la protección de la salud de los consumidores (Documento RIMSA14/27).

El Secretario de Salud de México, Dr. Julio Frenk, agradeció a la OPS por medio de su Directora, la Dra. Mirta Roses, por haber honrado a México como sede de la RIMSA14 y reiteró el agradecimiento a los ministros de salud y agricultura, a los jefes de las delegaciones y a los representantes de los organismos internacionales que participaron en la reunión. Destacó que en nuestro mundo globalizado, la soberanía tiene límites muy acotados y necesitamos tener las instancias internacionales que permitan a los países agregar las voluntades, generar una acción colectiva y perseguir objetivos comunes.

La Dra. Mirta Roses agradeció al Gobierno de México las atenciones y facilidades recibidas para la realización de la reunión; destacó la óptima participación de los asistentes y la madurez en el tratamiento de los temas, aspectos que se vieron favorecidos por el excelente marco organizativo. Agradeció las atenciones del Estado

Mayor Presidencial, así como al personal de las tres Secretarías de Estado y de la Representación de la OPS/OMS en México por su contribución al éxito de la reunión. Terminó su intervención señalando los avances de la cooperación en el área de salud pública veterinaria y los nuevos compromisos y formas de abordarlos.

RESOLUCIONES

La RIMSA14 adoptó las ocho resoluciones siguientes:

RIMSA14.R1 *Erradicación de la fiebre aftosa de la Región*

LA 14ª REUNIÓN INTERAMERICANA, A NIVEL MINISTERIAL, EN SALUD Y AGRICULTURA,

Teniendo en cuenta la Declaración de Houston, emitida en la Conferencia Hemisférica para la Erradicación de la Fiebre Aftosa celebrada en Houston, Texas, EUA, el 3 y 4 de Marzo de 2004 (Documento RIMSA14/INF/2);

Habiendo examinado el informe de la 10.ª Reunión del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA10) (Documento RIMSA14/5), en especial lo relacionado con el Plan de Acción 2005-2009 del Plan Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA), elaborado por el Grupo Interamericano para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (GIEFA) en conjunto con los servicios veterinarios y el sector privado de los países de la Región, y

Considerando el importante progreso alcanzado en la erradicación de la fiebre aftosa en los países de América del Sur, y el mantenimiento de las áreas libres de América del Norte, América Central y el Caribe, dentro del marco del PHEFA, ejecutado con la cooperación técnica de OPS/OMS, a través del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), así como también la identificación de las áreas críticas de persistencia de la enfermedad en la Región,

RESUELVE:

1. Felicitar a los países de la Región por los avances logrados en la erradicación de la fiebre aftosa, así como por la preservación de las áreas libres en el hemisferio.
2. Hacer suya la resolución de COHEFA10, en particular el Plan de Acción 2005-2009 del PHEFA.
3. Instar a los países donde aún persiste la presencia de fiebre aftosa a incrementar sus esfuerzos para lograr su eliminación en los plazos establecidos.
4. Instar a los Estados Miembros a que renueven su compromiso político, técnico administrativo y financiero, tanto a nivel público como privado, a fin de alcanzar las metas establecidas en el Plan de Acción mencionado.
5. Felicitar al Grupo Interamericano para la Erradicación de Fiebre Aftosa (GIEFA),

a los servicios veterinarios, al sector privado de la Región y a las organizaciones internacionales por su trabajo, e instarlos a continuar sus esfuerzos para la aplicación y ejecución del referido Plan.

(Cuarta sesión, 22 de abril de 2005)

RIMSA14.R2 4ª Reunión de la Comisión Panamericana de Inocuidad de Alimentos (COPAIA4)

LA 14ª REUNIÓN INTERAMERICANA, A NIVEL MINISTERIAL, EN SALUD Y AGRICULTURA,

Habiendo estudiado el informe de la 4ª Reunión de la Comisión Panamericana de Inocuidad de Alimentos (COPAIA 4) (Documento RIMSA14/7);

Teniendo presente la necesidad de acelerar la ejecución del Plan Estratégico para la Protección de Alimentos apoyado por los Cuerpos Directivos de la OPS;

Reconociendo la importancia de las actividades conjuntas de colaboración de la OPS y la OMS en el campo de la inocuidad de los alimentos, como la Iniciativa de Mercados Saludables, la Red Internacional de Autoridades de Inocuidad de los Alimentos (*The International Food Safety Authorities Network*, INFOSAN) y la validación del manual sobre cinco claves para una mayor inocuidad de los alimentos, entre otras;

Reconociendo que la seguridad e inocuidad alimentaria son fundamentales para asegurar la calidad de vida de la población acorde con los principios básicos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas; y que ambas contribuyen al alcance de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, particularmente en la disminución del hambre y la pobreza, reducción del impacto de la morbilidad y mortalidad infantil y en el desarrollo sostenible, y

Consciente de la necesidad de fortalecer la protección del suministro de alimentos a nivel local,

RESUELVE:

1. Hacer suyas las conclusiones, recomendaciones y acuerdos de la COPAIA 4, en particular establecer bajo el liderazgo de la OPS:
 - a) un sistema de auto-evaluación de los programas de inocuidad de los alimentos a nivel de los países;
 - b) proyectos de intervenciones a lo largo de la cadena alimentaria que sean efectivos en producir alimentos inocuos, usando análisis basados en evidencias científicas;
 - c) programas de inocuidad de los alimentos a nivel local, a través de las iniciativas de los municipios saludables y productivos, y
 - d) programas de monitoreo de alimentos y vigilancia epidemiológica de enfer-

medades transmitidas por los alimentos, con una integración efectiva de los laboratorios.

2. Instar a los Estados Miembros a que manifiesten su apoyo político y financiero para la implementación de las recomendaciones de la COPAIA4.
3. Estimular a los países de la Región de las Américas a establecer un día sobre los alimentos saludables, como se realizó en el Uruguay.
4. Proponer en la próxima Asamblea Mundial de la Salud que el tema de inocuidad de los alimentos sea considerado para el Día Mundial de la Salud.
5. Exhortar a los ministros de agricultura, ganadería y salud a que reafirmen su compromiso de acción intersectorial en los temas relacionados con la inocuidad de los alimentos, a fin de reducir los riesgos para la salud humana, el turismo y el comercio de alimentos.
6. Solicitar a la Directora que intensifique la cooperación técnica en materia de inocuidad de los alimentos, específicamente a nivel local, dentro de los enfoques de comunidades productivas y saludables.

(Cuarta sesión, 22 de abril de 2005)

RIMSA14.R3 *Eliminación de la rabia humana*

LA 14ª REUNIÓN INTERAMERICANA, A NIVEL MINISTERIAL, EN SALUD Y AGRICULTURA,

Habiendo analizado el progreso realizado en los programas para la eliminación de la rabia transmitida por el perro en América Latina (Documentos RIMSA14/13 y RIMSA14/INF/1);

Habiendo recibido el informe y las recomendaciones de la 10ª Reunión de Directores de Programas Nacionales de Control de la Rabia en América Latina (REDIPRA10) (Documento RIMSA14/INF/1);

Teniendo presente la resolución RIMSA3.R18, mediante la cual se puso en marcha el Programa Regional de Eliminación de la Rabia Urbana en América Latina en 1983, y

Teniendo en cuenta el mandato de la resolución R13.R3, en la cual se solicita a la Directora que examine y fortalezca la cooperación técnica con los Estados Miembros con el propósito de consolidar la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro y al mismo tiempo promover la vigilancia y el control de la rabia en los animales silvestres,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:

- a) a que reafirmen su compromiso político a fin de que se disponga de suficiente apoyo financiero para consolidar la fase final de la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro en América Latina;
 - b) a que se reafirme el compromiso internacional para brindar apoyo prioritario a los países con casos de rabia humana y canina en el logro de su eliminación;
 - c) a que se identifiquen recursos que faciliten el refuerzo de las actividades de vigilancia, caracterización epidemiológica y control de la rabia en la fauna silvestre;
 - d) a que se organicen medidas locales para prevenir la reintroducción de la rabia transmitida por el perro en localidades y zonas que están libres de la enfermedad, así como que se refuerce el rol de los gobiernos municipales en el control de los perros callejeros, y
 - e) a que se refuerce la legislación para el control de la rabia canina en relación con la notificación de la enfermedad, la vacunación de perros y el control de población canina.
2. Hacer suyas las conclusiones y recomendaciones de la 10ª Reunión de Directores de Programas Nacionales de Rabia de Latinoamérica (REDIPRA10), en particular la solicitud a la Directora de:
- a) elaborar el correspondiente Plan de acción para 2005-2009;
 - b) solicitar que invite a representantes del sector de la agricultura y la ganadería a reuniones futuras de la REDIPRA a fin de garantizar la coordinación intersectorial imprescindible para la identificación, el diagnóstico y la respuesta rápidos a brotes de rabia en la fauna silvestre, y
 - c) reforzar las acciones educativas dirigidas a sociedades protectoras de animales y a la población en general, orientadas a mantener los logros alcanzados y avanzar hacia la erradicación de la rabia humana transmitida por animales domésticos, tales como la tenencia responsable y el cuidado de mascotas, la vacunación y otras acciones de prevención.

(Cuarta sesión, 22 de abril de 2005)

RIMSA14.R4 *El riesgo mundial de las zoonosis nuevas y emergentes*

LA 14ª REUNIÓN INTERAMERICANA, A NIVEL MINISTERIAL, EN SALUD Y AGRICULTURA,

Habiendo analizado la ponencia especial sobre la convergencia de la pericia y los recursos en salud humana y animal en la respuesta mundial a las zoonosis nuevas y emergentes, influenza aviar y síndrome respiratorio agudo grave (Documento RIMSA14/7);

Teniendo presente que las zoonosis emergentes probablemente persistan debido al aumento de la interacción entre los seres humanos y los animales, el aumento de la producción de alimentos derivados de animales, los cambios en

los métodos de producción y elaboración de alimentos y la invasión de hábitat selváticos animales por poblaciones humanas, y

Consciente de los riesgos a la salud ocasionados por el aumento del comercio y el transporte mundial de animales y productos de origen animal,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que evalúen sus políticas y refuercen sus estrategias para responder a las zoonosis nuevas y emergentes, teniendo en cuenta su rápida identificación y confirmación, notificación oficial y contención;
 - b) a que utilicen el Código Zoosanitario Internacional y el Reglamento Sanitario Internacional como base para la política en relación con las enfermedades de los animales y la salud humana, respectivamente;
 - c) a que promuevan la movilización y el despliegue coordinado de servicios y recursos de la medicina veterinaria y la medicina humana en la organización de medidas preventivas y de control, especialmente a nivel local, y el fortalecimiento de los programas nacionales de control de zoonosis;
 - d) a que consideren como temas prioritarios para la Región el Síndrome Pulmonar por Hantavirus (SPH) y zoonosis olvidadas o no controladas que constituyen importantes riesgos sanitarios en los Estados Miembros, caso de la enfermedad de Chagas para varios países, y
 - e) a que refuercen la mantención de estrategias de colaboración subregional para el abordaje de estos problemas, especialmente el Proyecto Cono Sur en Control y Vigilancia de Hidatidosis.
2. Solicitar a la Directora que examine y refuerce la cooperación técnica con los Estados Miembros en la formulación de un plan de acción y en la movilización de los recursos respectivos para una respuesta regional, nacional y local eficaz a las zoonosis emergentes que constituyen una amenaza mundial.
3. Instar enfáticamente a las organizaciones internacionales responsables de la salud animal y humana como la Organización Mundial de la Salud Animal (OIE), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) a que velen por la coordinación de sus mandatos y la convergencia de recursos, a fin de presentar una respuesta unificada y coherente a la amenaza de las zoonosis nuevas y emergentes.

(Cuarta sesión, 22 de abril de 2005)

RIMSA14.R5 *La sinergia entre la agricultura, la ganadería y la salud: seguridad alimentaria y desarrollo local*

LA 14ª REUNIÓN INTERAMERICANA, A NIVEL MINISTERIAL, EN SALUD Y AGRICULTURA,

Teniendo en cuenta los temas y asuntos abordados por los paneles sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre: estrategias de atención primaria de salud y desarrollo local (Documentos RIMSA14/8, RIMSA14/9, RIMSA14/10, RIMSA14/11 y RIMSA14/12) y sobre la cooperación internacional frente a problemas emergentes en el ámbito de la agricultura, la ganadería y la salud (Documentos RIMSA14/14, RIMSA14/15, RIMSA14/16, RIMSA14/17 y RIMSA14/18);

Reconociendo la sinergia entre la agricultura, la ganadería y la salud para el desarrollo local en la lucha contra el hambre y la pobreza (Documento RIMSA14/24), y

Teniendo presente los mandatos de las resoluciones RIMSA8.R10, RIMSA9.R9 y RIMSA11.R11 relativos al apoyo especial a los pequeños estados insulares en desarrollo del Caribe,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que promuevan la movilización de recursos de los sectores público y privado para prestar servicios de prevención y control de las zoonosis desatendidas, que afectan a las poblaciones predominantemente pobres;
 - b) a que trabajen mancomunadamente, en particular con los pequeños estados insulares, en la elaboración de modelos basados en la experiencia exitosa de municipalidades productivas para promover la seguridad alimentaria y la inocuidad de los alimentos a nivel local;
2. Solicitar a la OPS, otras organizaciones internacionales o bilaterales y diversos organismos de financiamiento que proporcionen asistencia especial para:
 - a) adoptar enfoques integrales de la prevención y el control de las zoonosis desatendidas, especialmente en localidades donde son endémicas, en el marco de proyectos de desarrollo rural, y
 - b) desarrollar la infraestructura en los pequeños estados insulares del Caribe a fin de cumplir las normas internacionales relativas a la inocuidad y el comercio de alimentos.

(Cuarta sesión, 22 de abril de 2005)

RIMSA14.R6 *Promoción de la seguridad alimentaria y el desarrollo local por medio de enfoques innovadores*

LA 14ª REUNIÓN INTERAMERICANA, A NIVEL MINISTERIAL, EN SALUD Y AGRICULTURA,

Habiendo analizado los temas y asuntos abordados por el panel sobre los Mandatos de las cumbres: adelantos realizados en la seguridad humana mediante enfoques innovadores centrados en el desarrollo local (Documentos

RIMSA14/19, RIMSA14/20, RIMSA14/21, RIMSA14/22 y RIMSA14.23);

Teniendo presente los mandatos de los Cuerpos Directivos de la OPS en relación con “La mujer, la salud y el desarrollo” (resolución CSP26.R21) y la “Iniciativa para la salud de los pueblos indígenas” (resolución CD37.R5) (Documentos RIMSA14/INF/4 y documento RIMSA14/INF/5);

Teniendo en cuenta los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer; internacionalmente acordado y contenido en la Declaración del Milenio;

Consciente de la alianza para la competitividad de la agricultura, la ciencia y la tecnología en la promoción de una mayor productividad y el acceso a la disponibilidad de alimentos, y

Considerando la importancia de promover el desarrollo local para asegurar un modo de vida sano en las comunidades rurales (Documento RIMSA14/26),

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que desarrollen el marco local necesario para promover y movilizar una mayor participación de las poblaciones indígenas y las organizaciones femeninas, a fin de garantizar el acceso a alimentos inocuos y servicios comunitarios básicos;
 - b) a que velen por el cumplimiento de la obligación del Estado de proteger el acceso a recursos productivos y financiamiento asequible, a fin de que las mujeres y las poblaciones indígenas rurales puedan alcanzar la autosuficiencia alimentaria y maximizar la contribución rural al desarrollo nacional, y
 - c) a que promuevan políticas y mecanismos para reducir la brecha tecnológica, mejorar la productividad, aumentar el acceso y fomentar el comercio en toda la cadena alimentaria, que abarca productores, elaboradores, envasadores, distribuidores y consumidores.
2. Solicitar a la Directora que mantenga su apoyo y compromiso a fin de ayudar a los Estados Miembros a cumplir los mandatos de las cumbres y de la OPS, utilizando enfoques innovadores en los sectores de la agricultura, la ganadería y la salud, con respecto al empoderamiento de la mujer y la participación de los pueblos indígenas en el desarrollo local y en la seguridad alimentaria.

(Cuarta sesión, 22 de abril de 2005)

RIMSA14.R7 Recursos para el plan de acción de inocuidad alimentaria

LA 14ª REUNIÓN INTERAMERICANA, A NIVEL MINISTERIAL, EN SALUD Y AGRICULTURA,

Considerando el documento RIMSA14/6 “Plan de Acción de Cooperación Técnica en Inocuidad de Alimentos de la OPS/OMS, 2006-2007” y el informe de

la 4.º Reunión de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA4);

Teniendo presente que el mencionado Plan establece resultados esperados e indicadores, con relación a los recursos de cooperación de los Estados Miembros y la OPS;

Teniendo presente también que la inocuidad de los alimentos es una de las 10 áreas prioritarias de cooperación aprobadas por la última Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 2004, y

Preocupada porque se han detectado limitaciones presupuestarias y financieras que podrían dificultar el logro de las metas planteadas,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a presentar el documento RIMSA14/6 como marco de referencia ante agencias de cooperación regionales e internacionales, mercados comunes subregionales, agencias multilaterales y otras agencias donantes, para la puesta en marcha del referido Plan;
 - b) a incluir a las universidades y centros de investigación y de formación académica en la preparación de proyectos, y en su ejecución, y
 - c) a presentar ante la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2005 la preocupación de los países de la Región de las Américas con relación al financiamiento de las actividades incluidas en los mandatos de la RIMSA14 relacionados con inocuidad de los alimentos.
2. Solicitar a la Directora que:
 - a) facilite la coordinación interna de los recursos de la OPS para la cooperación en inocuidad de los alimentos;
 - b) promueva en conjunto con otras agencias de cooperación regional e internacional la movilización de recursos externos mediante el apoyo en la preparación de proyectos específicos prioritarios, y
 - c) someta, en coordinación con los países, estos proyectos a consideración de los Foros Económicos Regionales y Subregionales como: el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (*North American Free Trade Agreement*, NAFTA), la Comunidad Caribeña (*Caribbean Community*, CARICOM), la Secretaría General del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y otros existentes.

(Cuarta sesión, 22 de abril de 2005)

RIMSA14.R8 *Agradecimiento al Gobierno de México***LA 14ª REUNIÓN INTERAMERICANA, A NIVEL MINISTERIAL, EN SALUD Y AGRICULTURA,**

En vista del ofrecimiento del Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos de servir de sede de la 14.ª Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA14);

Reconociendo el alto grado de organización y apoyo logístico proporcionado por la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), la Secretaría de Salud (SSA) y la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA) del Gobierno de México;

Honrada por la presencia del Excelentísimo Lic. Vicente Fox, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos;

Consciente de los resultados fructíferos de la reunión, que elevó y cimentó aún más la convergencia de los sectores de la agricultura, la ganadería y la salud hacia la promoción del desarrollo local y la seguridad alimentaria para los pueblos de las Américas, y

Conmovida por la hospitalidad y la atención recibidas por los delegados y participantes.

RESUELVE:

1. Expresar por unanimidad su sincero agradecimiento y profunda gratitud a las autoridades de los Estados Unidos Mexicanos, encabezadas por el Excelentísimo Lic. Vicente Fox, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, y a las secretarías de relaciones exteriores, salud y agricultura.

(Cuarta sesión, 22 de abril de 2005)



PANEL SOBRE LOS OBJETIVOS
DE DESARROLLO DEL
MILENIO (ODM)
RELACIONADOS CON LA
ERRADICACIÓN DE LA
POBREZA EXTREMA Y EL
HAMBRE: ESTRATEGIAS DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD Y DESARROLLO LOCAL

PERSPECTIVA SOBRE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM) RELACIONADOS CON LA ERRADICACIÓN DE LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE¹

Alicia Bárcena Ibarra
Secretaria Ejecutiva Adjunta
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El presente documento presenta un panorama regional de la situación de la pobreza en América Latina y el Caribe en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Destacan dos aspectos de primordial importancia para avanzar en el desarrollo de América Latina y el Caribe, que surgen de los análisis realizados por la CEPAL en la última década. El primero es la necesidad de lograr un crecimiento económico estable con equidad social. El segundo estriba en la imposibilidad de avanzar en el cumplimiento de los ODM sin reducir rápida y sostenidamente las pronunciadas disparidades existentes al interior de la Región y dentro de los países.

Objetivo, metas e indicadores

Objetivo 1	Meta 1	Indicadores
Erradicar la extrema pobreza y el hambre	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas con ingresos inferiores a un dólar	<ol style="list-style-type: none">1. Porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar por día2. Coeficiente de la brecha de la pobreza a 1 dólar por día3. Proporción del ingreso o consumo que corresponde a la quinta parte más pobre de la población

No cabe duda que los países de América Latina y el Caribe inician este siglo en medio de evidentes contrastes, emergiendo de una década de luces y sombras

¹ Este trabajo tiene como base el Documento Interagencial sobre la Situación de los Objetivos del Milenio para América Latina y el Caribe que coordina CEPAL.

(Ocampo *et al.*, 2001). El optimismo que reinaba a comienzos de la década de 1990 fue dando paso a un sentimiento de desazón respecto de los resultados del período de reformas, que tuvo a la apertura comercial, la liberalización de los mercados financieros nacionales y la creciente liberalización de las corrientes de capitales con el exterior como elementos comunes a todos los países y, con excepciones, comprendió además las privatizaciones y el sistema tributario.

En relación con la evolución de la economía de América Latina y el Caribe, la mayor frustración ha sido la persistente divergencia en términos del producto por habitante entre la Región y el mundo desarrollado, que se ha registrado desde inicios de la década de los años setenta y que ha continuado aumentando en los últimos años. El crecimiento económico de la Región, además de magro, se caracterizó por su elevada volatilidad. La recuperación del crecimiento en 2003 (1,5%) y 2004 (5,5%) no revierte la situación descrita, a pesar de ser positiva. Esta divergencia ha ido acompañada, además, por una acentuación de las disparidades en materia de distribución del ingreso y por el aumento de la pobreza y la indigencia en prácticamente todos los países de la Región.

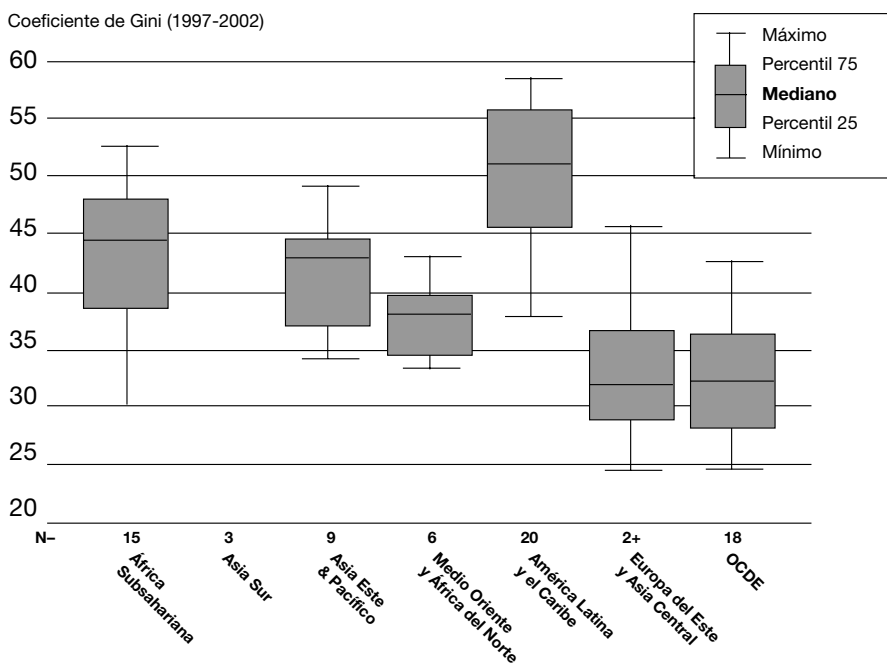
El desempleo aumentó de 6,9% a comienzos de los años noventa a 10,3% en 2004, acompañado de un ascenso en el empleo informal. Más de 63% de los miembros económicamente activos de 40% de las familias más pobres de la Región trabajan en el sector informal y dedican la totalidad de sus ingresos laborales a subsistir. De esa manera, la disminución de la proporción de la población con empleo formal determinó una menor cobertura de la seguridad social en toda la Región. La mayor flexibilidad de los mercados de trabajo asociada a la apertura y a las reformas cambió la lógica de la protección social asociada al trabajo que había prevalecido hasta comienzos de los ochenta. La flexibilidad laboral en una época de bajo crecimiento aumenta la desprotección social relacionada con el empleo. La insuficiencia e incertidumbre en el empleo cuando no existen mecanismos de protección adecuados que respeten ciertos estándares mínimos, se traduce en un dramático menoscabo de la integración y protección social y de la realización de las capacidades humanas. Más aún, cuando el desempleo se convierte en un fenómeno prolongado o sistemático para ciertos grupos, debilita seriamente la cohesión social en torno al proyecto colectivo y mina los canales democráticos de participación, a lo cual se suma la desprotección de los hogares ante imprevistos (pérdida de beneficios de salud), además de agravar las situaciones de pobreza.² El porcentaje de asalariados urbanos formalmente afiliados a algún sistema de seguridad social declinó en toda América Latina. Estos son temas que están en el centro de gravitación de las democracias de la Región.

En el frente social, la CEPAL concluyó que uno de los principales dividendos de la extensión de regímenes democráticos en la Región fue sin duda el esfuerzo realizado por los gobiernos para aumentar el gasto público social, que se elevó de 10,1 a 13,8% del PIB entre 1990 y 2002. Pese a ello, de acuerdo con las últimas estimaciones de la CEPAL sobre pobreza e indigencia en la Región, el inicio del nuevo siglo se caracteriza por un estancamiento en el proceso de superación de la

² Véase OIT (2004) para el análisis de algunas dimensiones de la desprotección social.

pobreza en la Región, particularmente a partir de la reciente crisis. Si bien entre 1990 y 2004 el porcentaje de personas en situación de pobreza disminuyó, esta caída se explica por lo ocurrido en la primera mitad de los años noventa. Entre 1990-1997 la población bajo la línea de pobreza pasó de 48,3% a 43,5%, para mantenerse alrededor de estos niveles a lo largo del resto de la década y alcanzar 42,9% en 2004 (222 millones de personas). La población en situación de indigencia también disminuyó entre 1990 y 1997 (de 22,5% a 19%), pero también se registró un leve deterioro hacia 2004, hasta alcanzar 18,6% (96 millones). Junto a la persistencia de los niveles de pobreza e indigencia, la desigualdad en la distribución del ingreso en América Latina tampoco ha mostrado resultados alentadores (CEPAL, 2004). Además, América Latina y el Caribe ostentan la lamentable singularidad de ser la región más inequitativa del mundo (figura 1).

FIGURA 1. Regiones del mundo: coeficiente de concentración de GINI 1997-2002 (concentración del ingreso per cápita a partir de grupos decilicos)



Fuente: Banco Mundial. World Development Indicators [en línea] (<http://www.worldbank.org/data/>).

La inequitativa distribución del ingreso es reflejo de lo que ocurre con la muy desigual distribución de los activos (tierra, capital, educación y tecnología) y con las distintas oportunidades de acceso a ellos. En varios países de Asia que crecieron aceleradamente en los últimos años, el crecimiento estuvo precedido por una sustancial redistribución de ingresos y, en algunos casos, de activos físicos; también hubo un amplio acceso a la educación, lo que no solo contribuyó a explicar la expansión económica de estos países sino también a reducir considerablemente la pobreza. Un elemento clave en este proceso fue el provecho que dichos países lograron sacar de

su “bono demográfico”, es decir, la concentración coyuntural de sus poblaciones en las edades económicamente activas, como resultado de las reducciones de fecundidad del pasado. En contraste, en América Latina y el Caribe no solo no se mejoró la distribución de activos, sino que el bajo y volátil crecimiento económico contribuyó a agravar la situación de los grupos más vulnerables de la población.

En síntesis, a pesar de algunos logros, América Latina y el Caribe han crecido a tasas reducidas y han sido incapaces de estrechar la desigualdad en la distribución del ingreso. Por lo tanto, la Región enfrenta el doble reto de integrarse con más dinamismo al mundo global y, al mismo tiempo, de cerrar las brechas de equidad, exclusión y deterioro ambiental.

El primer ODM está planteado como “erradicar la extrema pobreza y el hambre”. Si bien en América Latina y el Caribe ambos fenómenos están estrechamente vinculados, es preciso aclarar que no son equivalentes y que cada uno de ellos requiere ser abordado desde una perspectiva propia. La falta de acceso a alimentos es una de las manifestaciones más graves y urgentes de la pobreza extrema, pero no es de ninguna manera la única. A su vez, la alimentación inadecuada afecta no solamente a quienes viven en condiciones de extrema pobreza, sino también a estratos más amplios y a grupos que residen en determinadas zonas o regiones con una inseguridad alimentaria permanente. La necesidad de tratar ambos problemas por separado también se demuestra en que la propia Declaración del Milenio establece metas diferenciadas para la reducción de cada uno de ellos. Es por ello que en este documento se aborda solamente el tema de pobreza y pobreza extrema.

HACIA LA ERRADICACIÓN DE LA POBREZA EXTREMA

La primera meta del milenio, “reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyo ingreso es inferior a un dólar al día”, busca dar solución a las privaciones extremas que afectan la capacidad básica de las personas para desempeñarse adecuadamente en la sociedad. Dicha meta ocupa un lugar central en el conjunto de los ODM, por cuanto la pobreza extrema no solo es un determinante sino también una consecuencia de la multiplicidad de necesidades básicas y de carencias contempladas en los demás objetivos y metas de desarrollo de la Declaración del Milenio. Así, las insuficiencias en materia de salud y alimentación afectan a la población en pobreza extrema y se traducen en desnutrición, mortalidad infantil, mortalidad materna y en una alta incidencia de enfermedades como el VIH/SIDA y la malaria. Del mismo modo, la baja escolaridad, la falta de acceso a agua potable y saneamiento, y habitar en viviendas inapropiadas o en condiciones de hacinamiento, constituyen graves obstáculos para el desarrollo de las capacidades individuales y la posibilidad de disponer de los recursos necesarios para escapar de la situación de extrema pobreza. Por otra parte, la superación de la pobreza absoluta en la Región no puede ignorar la necesidad de velar por la generación de empleo — en cantidad y calidad adecuada —, toda vez que la mayor parte de los recursos de los hogares para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros provienen de los ingresos laborales.

El empleo constituye el principal mecanismo de inserción social, de integración a la sociedad y de logro de autonomía económica de las personas. Como lo ha

destacado la CEPAL (2000), el acceso a un empleo de calidad "... representa para el individuo su canal de inserción en el esfuerzo colectivo de creación de riqueza económica y cultural, haciéndolo partícipe e integrante de un proyecto colectivo, factores que refuerzan su identidad y comunión con los valores que la sociedad propugna".

LA MAGNITUD ACTUAL DE LA POBREZA EXTREMA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

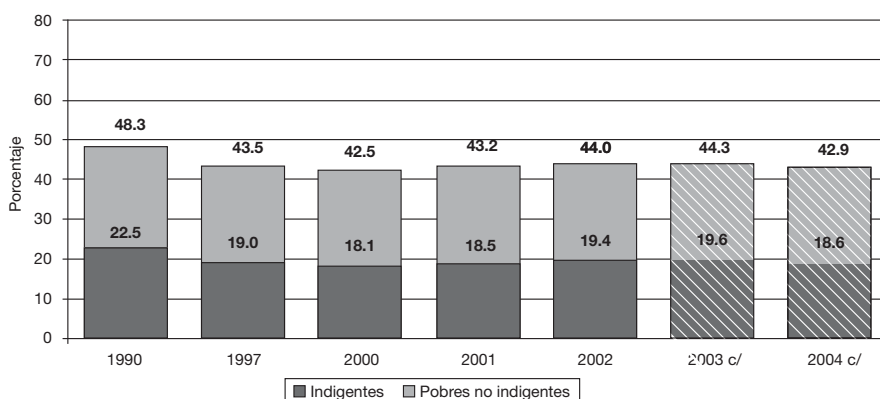
Este análisis sobre la pobreza extrema se hace a partir de cifras calculadas por la CEPAL (2000); es decir, las "líneas de indigencia" (o de pobreza extrema) se basan en el costo de satisfacer las necesidades básicas de consumo alimentario de la población de cada uno de los países de la Región. Esta opción, alternativa al uso de la línea de "un dólar al día" mencionada en la primera Meta del Milenio, es compatible con la sugerencia formulada por la División de Estadística de las Naciones Unidas de utilizar líneas de pobreza nacionales en caso de estar disponibles. Por diversas razones, estas líneas nacionales se consideran más representativas de la situación social en los países de la Región y por tanto más pertinentes para medir la magnitud de la pobreza e identificar los grupos de población más afectados. Las mediciones que resultan de la utilización de estas líneas nacionales ponen de manifiesto que la pobreza extrema en la Región afecta a un contingente de latinoamericanos y caribeños más elevado que el que se calcula mediante el uso de la línea de "un dólar al día", expresada en dólares de paridad adquisitiva.

De acuerdo con las proyecciones para 2004, 96 millones de personas, es decir 18,6% de la población total de América Latina, se encontrarían en situación de pobreza extrema, en tanto que el número de pobres (incluidos esos 96 millones) se estima en 222 millones de personas, 42,9% de la población regional (figura 2).

Cerca de 52 millones de personas en pobreza extrema residen en zonas urbanas y casi 45 millones en las áreas rurales. La similitud entre ambas cifras en una Región en la que alrededor de 75% de la población total reside en zonas urbanas se explica por la mayor incidencia de la pobreza extrema en las zonas rurales (37%), en comparación con las urbanas (13%). La magnitud de la pobreza extrema difiere notablemente entre los países de la Región. En Bolivia, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay, afecta a más de 30% de la población; en Argentina, Colombia, El Salvador, Perú, República Dominicana y Venezuela la pobreza extrema o indigencia fluctúa entre 20% y 24%. En cambio, en Brasil, Ecuador, México y Panamá varía entre 12% y 19%. Solo en Chile, Costa Rica y Uruguay se registran niveles de indigencia inferiores a 10%.

Más de la mitad de la población en extrema pobreza se concentra solo en tres países: Brasil (25%), México (14%) y Colombia (12%). Por su parte, Argentina, Perú y Venezuela participan con 9%, 7% y 6% del total de la población indigente regional. Lo anterior pone de manifiesto que el mayor número de personas afectadas por el fenómeno se concentra justamente en los países de mayor tamaño poblacional, que además son los que han alcanzado un nivel de ingreso por habitante

FIGURA 2. América Latina:^a evolución de la pobreza,^b la indigencia y el PIB per cápita, 1990-2004 (porcentaje de personas)



Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Estimación correspondiente a 19 países de la región.

^b Incluida la indigencia.

^c Las cifras para 2003 y 2004 corresponden a una proyección.

cercano o superior al promedio regional. En efecto, solo alrededor de un sexto de la población en extrema pobreza de América Latina reside en los países de menor ingreso por habitante (Bolivia, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay). Esta característica juega un rol importante al momento de evaluar la factibilidad de cumplimiento de la meta para la Región como un todo, ya que esta depende en gran medida de la situación de un pequeño conjunto de países y es más bien insensible a lo que sucede en muchos otros, entre ellos los más pobres.

Haití es el país con mayor incidencia de pobreza y de indigencia no solo del Caribe, sino de toda la Región, y uno de los casos más dramáticos de privación extrema, agravada por los conflictos recientes y que debiera recibir la atención especial de los esfuerzos internacionales para mitigarla.

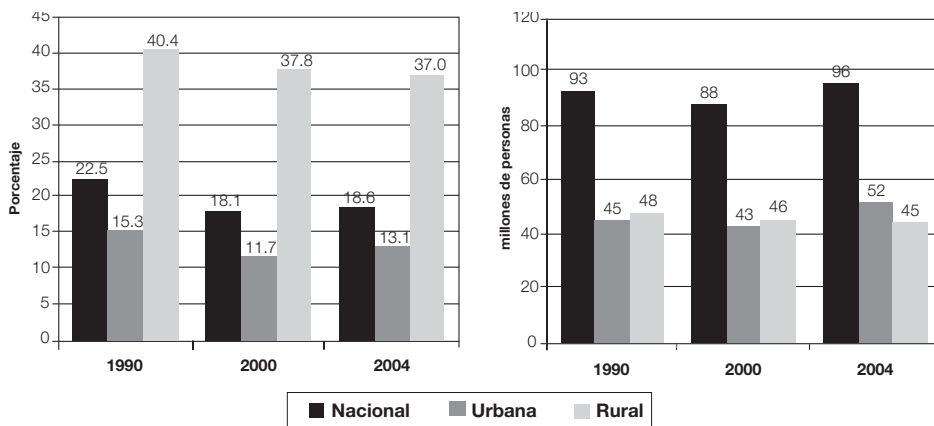
A su vez Dominica, Granada, Guyana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Suriname presentan tasas elevadas de pobreza. En el extremo opuesto, los niveles de pobreza absoluta en Antigua y Barbuda, Bahamas y Barbados son particularmente bajos, y similares a los de países con un alto grado de desarrollo económico. Mención especial amerita el caso de Cuba, donde para medir la pobreza se utiliza el concepto de "población en riesgo", que se refiere a los sectores con ingresos insuficientes para adquirir una canasta básica de bienes, alimenticios y no alimenticios, pero que al mismo tiempo disfrutaban de la protección que se da mediante la garantía al acceso a servicios gratuitos y subsidiados de educación, salud, seguridad y asistencia social. Según este método, 20% de la población urbana de Cuba vivía en 1999 en condiciones de "riesgo".

Se constata también que los valores de la brecha de la pobreza, que varían entre 2,3% en Barbados y 12,4% en Guyana, son relativamente bajos y que la partici-

pación de 20% de la población más pobre en el ingreso o en el consumo nacional (que varía entre 3,5% en Bahamas y 10% en las Islas Vírgenes Británicas), no es tan baja como la que prevalece en Latinoamérica. Mientras en América Latina esa participación alcanza en promedio algo más de 4%, en la subregión del Caribe supera 6%. En la mayoría de estos países la desigualdad distributiva tendría, según estos antecedentes, una incidencia relativamente menor en la magnitud de la extrema pobreza que en América Latina.

Al igual que en Latinoamérica, en el Caribe la incidencia de la pobreza en las áreas rurales es mayor que en las urbanas. En Jamaica, por ejemplo, la pobreza rural triplica la incidencia de la pobreza urbana, mientras que en Guyana, casi toda la población de las áreas rurales es pobre. Algo similar ocurre en Belice, Dominica, Granada, Guyana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, y San Vicente y las Granadinas. En Barbados, en cambio, los antecedentes disponibles indican una mayor incidencia de pobreza urbana que rural (figura 3).

FIGURA 3. América Latina:^a evolución de la indigencia, 1990-2004^b (en porcentajes y millones de personas)



Fuente: CEPAL, a partir de proyecciones efectuadas sobre la base de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Estimación correspondiente a 18 países de la región más Haití.

^b Las cifras para 2004 corresponden a una proyección

La reducción de la pobreza extrema en América Latina

La evolución de la pobreza extrema en América Latina se caracteriza por una disminución relativamente rápida durante los primeros años de la década de los noventa, seguida de un estancamiento y posterior retroceso en los años más recientes. En efecto, la tasa de indigencia pasó de 22,5% en 1990 a 19,0% en 1997, para luego caer a 18,1% en el año 2000. De esta manera el progreso en la reducción de la extrema pobreza en América Latina hasta el año 2000 era equivalente a la fracción de tiempo transcurrido dentro del período 1990-2015 (40%), lo que daba cuenta de un ritmo adecuado para la consecución de esta meta.

No obstante, en los años 2001 y 2002 se produjo un retroceso económico y social en la mayoría de los países de la Región, incluyendo fuertes crisis económicas en Argentina y Venezuela, con el consiguiente incremento de la pobreza extrema. Después de un relativo estancamiento en 2003, solamente en 2004 cabría esperar una nueva disminución de la misma como consecuencia de las más elevadas tasas de crecimiento económico registradas en numerosos países en ese año. Sin embargo, esta reducción resulta insuficiente para compensar el retroceso en promedio del período previo. En consecuencia, el porcentaje de avance hasta 2004 es del orden de 34%, pese a que ha transcurrido más de la mitad (56%) del tiempo previsto para el logro de la meta.

Chile es el único país de la Región que al año 2000 ya había cumplido con la meta; la última estimación disponible (2003) muestra que la extrema pobreza en este país continuó reduciéndose después del año 2000, aunque a un ritmo algo menor que en los años previos. Ello ilustra las dificultades crecientes que se enfrentan para progresar hacia la erradicación de la pobreza extrema una vez que se han alcanzado porcentajes relativamente bajos de la misma, del orden de 5% o menos.

La elevada desigualdad en la distribución del ingreso que predomina en los países latinoamericanos califica a la Región como la más rezagada en el mundo en términos de equidad. En efecto, la mala distribución del ingreso en América Latina queda en evidencia al constatar la reducida participación en el ingreso del quintil de hogares más pobre,³ que contrasta notablemente con la participación del grupo más rico: 20% de los hogares situados en la parte inferior de la distribución del ingreso capta entre 2,2% (Bolivia) y 8,8% (Uruguay) de los ingresos totales; por su parte, el quintil superior se apropia entre 41,8% (Uruguay) y 62,4% (Brasil) de los ingresos totales.

La dificultad que enfrentan los países de América Latina para introducir mejoras a la distribución del ingreso está asociada a la mala repartición de los activos. De hecho, la distribución del ingreso per cápita de los hogares refleja de manera cercana la forma (desigual) en que la educación, el patrimonio y el acceso al empleo se distribuyen entre la población de los países de la Región. En relación con esto último, cabe recordar que la mayor parte de los ingresos de los hogares provienen de las remuneraciones al trabajo (más de 80% de los mismos en al menos 11 países), al tiempo que dentro de esos ingresos los sueldos y salarios juegan un papel preponderante. Ello pone en evidencia nuevamente la centralidad que tiene el mercado de trabajo en la determinación de los niveles de bienestar de la población y, por consiguiente, su importancia en el diseño de políticas de superación de la pobreza.

Son numerosas las razones por las cuales las desigualdades distributivas representan un perjuicio para las sociedades. En primer lugar está el argumento moral, según el cual no resulta admisible que algunas personas posean recursos casi ilimitados cuando otras carecen de lo mínimo indispensable. Este argumento cobra fuerza en sociedades que han alcanzado un nivel de bienestar que permitiría satisfacer las necesidades más básicas de toda la población si este se distribuyera con patrones menos inequitativos, semejantes a los de otras sociedades con un ingreso

³ Propuesto por Naciones Unidas (2001) como un indicador complementario para el seguimiento de la primera meta del milenio.

por habitante que no difiere mayormente del de varios países latinoamericanos. Pero las desigualdades extremas también resultan aberrantes en los países más pobres, donde vastos grupos de la población que no acceden a niveles mínimos de bienestar compatibles con una vida decente, coexisten con otros que concentran muy elevadas cuotas del ingreso y del patrimonio y que generan exclusión y desintegración social, las que traban el crecimiento económico necesario para superar dicha situación.

En segundo lugar, desde la perspectiva estrictamente económica, la mala distribución del ingreso implica que los recursos de la sociedad no se están asignando a quienes podrían obtener de ellos un mayor beneficio marginal, y por tanto ello reduce el bienestar colectivo. De hecho, existe abundante evidencia de que una elevada desigualdad en la distribución del ingreso atenta contra el proceso de desarrollo en sí mismo, afectando negativamente las tasas de crecimiento económico. Pero más allá de ello, la desigualdad distributiva explica en gran medida la falta de avances en la reducción de la pobreza. Tal como se señala más adelante, si el crecimiento económico fuera acompañado de una distribución del ingreso más equitativa, el efecto de este sobre la reducción de la pobreza sería mayor, haciendo más viable el cumplimiento de la primera meta del milenio.

Diferencias en la magnitud de la pobreza extrema por área geográfica

Es sabido que la pobreza y la indigencia son fenómenos que se manifiestan de modo distinto en las áreas urbanas y rurales, en cuanto a magnitud, intensidad y características. La identificación de estas diferencias es esencial para el diseño de políticas adecuadas de reducción de la pobreza, que respondan a las necesidades y formas de interacción social y productiva en cada una de estas áreas.

En la Región, la incidencia de pobreza extrema expresada en términos porcentuales sigue siendo considerablemente superior en las áreas rurales respecto de las urbanas. En América Latina, 37% de la población rural es indigente, a la vez que en las áreas urbanas la tasa asciende a 13%; los países del Caribe exhiben desigualdades semejantes. No obstante, en gran parte debido a la creciente urbanización en la Región, desde el año 2002 el número de indigentes urbanos supera el correspondiente a las zonas rurales. Según las estimaciones al año 2004, 52 del total de 96 millones de personas en extrema pobreza en América Latina viven en zonas urbanas

Existen, sin embargo, pronunciadas diferencias entre los países en cuanto a la distribución de la pobreza extrema entre ambas zonas de residencia. En Costa Rica, Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguay y Perú hay un claro predominio de la pobreza extrema rural, pues 65% o más de los indigentes residen en dichas áreas. También en Bolivia, El Salvador, México y Nicaragua prevalece el número de pobres extremos rurales por sobre los urbanos, aunque en un grado menor (entre 56% y 64% de los pobres extremos). En cualquier caso, el contexto geográfico del hogar resulta una variable fundamental al momento de determinar si un hogar es indigente o no. En 9 de 14 países, residir en áreas rurales incrementa en al menos 15% la probabilidad de que un hogar sea clasificado como pobre extremo. El

avance hacia la obtención de la meta de reducción de la pobreza extrema ha sido más lento en las áreas rurales de América Latina que en las urbanas.

Consideraciones desde la perspectiva de género

La promoción de la equidad de género — el tercero de los ODM — no es solo un fin en sí mismo sino un medio indispensable para la consecución de la meta de reducción de la pobreza.

En América Latina y el Caribe, las mujeres sufren una serie de desventajas respecto a los hombres, que van del trabajo doméstico no remunerado y la falta de reconocimiento social, al mayor desempleo y la discriminación salarial, así como la desigualdad del acceso, uso y control sobre los recursos productivos y la lentitud del progreso de su participación política. Como consecuencia, hombres y mujeres experimentan la pobreza de manera diferente.

Sin embargo, desde la perspectiva de género, la medición de la pobreza por ingresos resulta insuficiente para comparar la situación de hombres y mujeres e identificar los factores que hacen que unos y otras enfrenten dificultades distintas para superarla. La mayoría de los indicadores de pobreza en uso no son sensibles al género en la medida en que son agregados cuya unidad de análisis es el hogar y no los individuos, y no se hace una imputación del ingreso del trabajo doméstico no remunerado. Además, en esta opción metodológica, se asume que hay una distribución equitativa de los recursos entre todos los integrantes del hogar y que sus necesidades son equivalentes.

Los datos disponibles muestran que en la Región las mujeres contribuyen de manera significativa a la reducción de la pobreza, pero sufren con mayor severidad sus efectos, lo que constituye una razón adicional para buscar acceder al mercado del trabajo. De hecho, durante los años noventa, la tasa de participación laboral de las mujeres creció a un ritmo mayor que la de los hombres, y la participación de las mujeres pobres aumentó de 36% en 1994 a 43% en 2002. Sin embargo, a pesar de que las mujeres están más ocupadas y trabajan en puestos remunerados más que antes, sus tasas de desempleo siguen muy superiores a las de los hombres, reciben salarios inferiores a los de ellos y gozan de menos protección social.

Origen étnico de la población y extrema pobreza en América Latina y el Caribe

Los países de América Latina y el Caribe deberían alcanzar la meta de reducción de la pobreza en un contexto de equidad de oportunidades para todos sus ciudadanos, sin distinción de raza o etnia. Este es un reto particularmente importante en una región en la cual las estimaciones de la población indígena oscilan entre 35 y 55 millones de personas y donde los afrodescendientes serían entre 120 y 150 millones.

En América Latina, los pueblos indígenas — que representan más de 25% de la población en Bolivia, Ecuador, Guatemala y Perú — y los afrodescendientes — que constituyen más de un cuarto de la población en Brasil, Nicaragua y Panamá — son, en gran

medida, los más pobres de la Región, presentan los peores indicadores socioeconómicos y tienen escaso reconocimiento cultural y acceso a instancias decisorias.

Entre los factores de su situación de pobreza destacan la pérdida progresiva de tierras, el quiebre de las economías comunitarias, el menor acceso a los servicios educativos y de salud, y la estructura y dinámica de la inserción laboral. Los indígenas y afrodescendientes — que son frecuentemente víctimas de prejuicios étnico-raciales — reciben menores remuneraciones por trabajos comparables a los del resto de la población y tienen más probabilidades de trabajar en el sector primario de la economía, insertándose en pequeñas empresas o en el sector informal. Influyen, asimismo, las dificultades de acceso al crédito y a nuevas tecnologías que podrían permitirles aumentar y mejorar su producción.

En los países del Caribe de habla inglesa, los afrodescendientes constituyen por lo general la mayoría de la población, aunque en países como Belice, Dominica, Guyana, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tobago otros grupos étnicos representan también una parte importante de la población.

En estos países, la situación de los afrodescendientes es diferente respecto al resto de la Región, ya que no experimentan la exclusión propia de las sociedades latinoamericanas, gracias al hecho de representar en gran medida la mayoría demográfica, a los cambios estructurales que tuvieron lugar antes y después de la independencia y, particularmente, a la igualdad en el acceso a la educación. Sin embargo, estimaciones de pobreza de los años noventa, indican que en países del Caribe como Guyana y, en menor medida, Dominica, también existen desigualdades de índole étnica, ya que las poblaciones amerindias están sobrerrepresentadas entre los más pobres.

La superación de las desigualdades por razones de raza y etnia y el cumplimiento de la meta de reducción de la pobreza entre las poblaciones indígenas y afrodescendientes requiere de políticas gubernamentales en el ámbito de educación, salud, empleo y propiedad de la tierra que hagan efectivo su acceso a los derechos económicos, sociales y culturales. Para orientar estas políticas, un importante punto de partida es el mejoramiento de los instrumentos de recolección de datos — censos y encuestas de hogares — a través de la inclusión de una serie de preguntas estandarizadas sobre etnia.

Envejecimiento y pobreza

El paulatino envejecimiento⁴ de la población de América Latina y el Caribe, presenta dos rasgos principales: se trata de un proceso generalizado en la Región⁵

⁴ Los adultos mayores son, actualmente, alrededor de 47,5 millones de personas. Vale decir, 8,6% de la población total, y se proyecta que para 2015 ese porcentaje se elevará a 10,8%. Asimismo, se estima que entre 2000 y 2050, la proporción de personas mayores de 60 años se triplicará y uno de cada cuatro latinoamericanos será un adulto mayor (CEPAL, 2005).

⁵ En todos los países de América Latina y el Caribe existe un incremento sostenido de la proporción de personas mayores de 60 años, aunque dicha tendencia se presenta con marcada heterogeneidad entre países según la etapa de transición demográfica en la que se encuentran.

y se ha producido a un ritmo mucho más rápido que el que caracterizó a los países desarrollados. Junto con lo anterior, este proceso transcurre en un escenario social, económico y cultural caracterizado por una alta incidencia de pobreza, una persistente inequidad social, una baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia el deterioro de las estructuras familiares de apoyo a los adultos mayores.

El examen de 15 países de la Región (áreas urbanas) revela que en 11 de ellos la incidencia de pobreza entre los adultos mayores es algo menor que en la población de 15 a 59 años. Solo en República Dominicana estos son relativamente más pobres que el resto de la población, en tanto que en Costa Rica, El Salvador y Honduras los niveles de pobreza son similares al promedio nacional.⁶

No obstante, las condiciones de seguridad económica en la vejez en los países latinoamericanos son, por regla general, deficientes, aunque desiguales y poco equitativas. En efecto, más de la mitad de las personas mayores de 65 años no dispone de ingresos de la seguridad social,⁷ lo que refuerza su necesidad de permanecer o reinsertarse en el mercado laboral,⁸ principalmente en actividades informales.

Si el envejecimiento no va acompañado de acciones específicas destinadas a mejorar las condiciones de empleo y de protección social durante la vida activa de la población, tenderá a elevarse la incidencia de pobreza entre los adultos mayores, convirtiendo a este grupo etario en extremadamente vulnerable al deterioro de sus condiciones de vida. Esto plantea grandes desafíos al Estado que, además de seguir atendiendo las necesidades de los niños y jóvenes, deberá destinar crecientes recursos a un segmento que tendrá una gravitación cada vez mayor en el conjunto de la población latinoamericana.

Tasas de crecimiento económico requeridas para alcanzar la primera meta del milenio

De acuerdo con simulaciones efectuadas con base en las encuestas de hogares más recientes para los países de América Latina, el producto por habitante debería crecer 2,9% anual durante los próximos once años para cumplir con la meta de reducir la pobreza extrema a la mitad, bajo el supuesto de que la distribución del ingreso

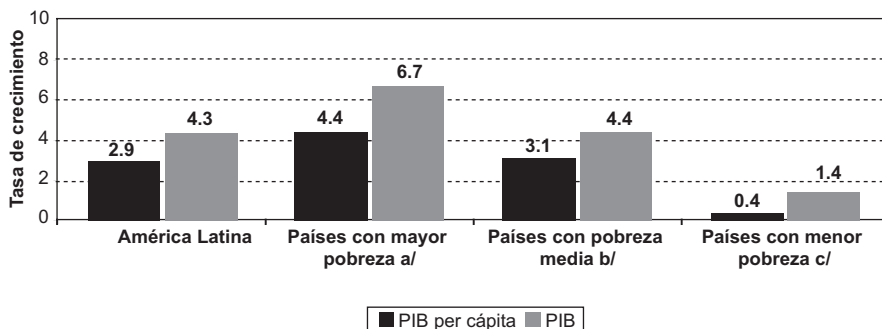
⁶ Para una interpretación de estos resultados, véase Población, Envejecimiento y Desarrollo, Trigésimo Período de Sesiones de la CEPAL, San Juan, Puerto Rico, 28 de junio al 2 de julio de 2004. CEPAL, LC/G.2235(SES.30/16), 8 de junio de 2004.

⁷ Aunque en promedio los ingresos por jubilaciones o pensiones superan el valor de la línea de pobreza, una proporción significativa de los adultos mayores, entre 50% y 80% del total, obtiene beneficios exiguos que los mantienen en situación de alta dependencia económica y vulnerabilidad social (CEPAL, 2000).

⁸ Se estima en la Región que al menos 41% de las personas mayores de 60 años es económicamente activa, según datos de 11 países analizados en el año 2000 (Bertranou, 2003).

se mantenga inalterada en todo el período.⁹ Dicha tasa equivale a un crecimiento del producto total de 4,3% anual (figura 4).¹⁰

FIGURA 4. América Latina: PIB total y *per cápita* necesarios para reducir a la mitad el nivel de pobreza de 1990 en el lapso entre 2004 y 2015



Fuente: CEPAL, a partir de proyecciones efectuadas sobre la base de las encuestas de hogares de los respectivos países.

a Bolivia, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay

b Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Perú y Venezuela

c Chile, Costa Rica y Uruguay

Este ritmo de crecimiento del producto necesario para alcanzar la meta difiere entre los países de acuerdo al nivel de pobreza extrema de los mismos. En los países con menor pobreza — Chile, Costa Rica y Uruguay —, el producto por persona debiera incrementarse tan solo 0,4% por año. Lo reducido de este valor se explica principalmente por los casos de Chile, que ya alcanzó la meta, y Uruguay, que está muy cerca de la misma, y solo necesitan un incremento de su producto total semejante al crecimiento poblacional.

Entre los países con incidencias medias de indigencia se encuentran Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Perú y Venezuela.¹¹ Reducir a la mitad los niveles de pobreza extrema en ellos requiere una tasa anual de crecimiento por habitante en los próximos 11 años del orden de 3,1% anual. Dicho valor se ve fuertemente influenciado por la situación de Argentina y Venezuela,

⁹ Una descripción sucinta del método utilizado para efectuar las proyecciones que se presentan a continuación se encuentra en CEPAL (2004), que difiere levemente de la desarrollada originalmente en CEPAL / IPEA / PNUD (2002), *Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America*, LC/G.2188-P, Santiago de Chile.

¹⁰ La tasa de crecimiento mencionada es compatible con lo señalado por el Banco Mundial en su documento "Global Economic Prospects 2005", según el cual un crecimiento del PIB per cápita de 2,4% anual hasta el año 2015 reduciría la pobreza extrema a un 61% del nivel de 1990, y por tanto es insuficiente para cumplir la meta.

¹¹ Cabe destacar que la clasificación de Argentina en la categoría intermedia no refleja el grado de desarrollo social alcanzado por el país en las últimas décadas. Esta obedece en particular al grave deterioro en materia de pobreza extrema que se produjo a partir de la crisis de fines de 2001, en la que la tasa de indigencia prácticamente se cuadruplicó.

cuyos retrocesos en materia de pobreza en relación con los niveles de años anteriores se evidencian en la necesidad de crecer a ritmos muy elevados, si es que no se producen cambios en la distribución actual del ingreso.

Por su parte, Bolivia, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay, países con niveles de indigencia superiores a 30%, deberían incrementar su PIB per cápita a 4,4% anual durante los próximos once años, una expansión de 6,7% por año del producto total. También al interior de este grupo de países hay importantes diferencias, con un rango de tasas anuales de crecimiento por habitante que va desde 2,1% en Guatemala hasta 6,7% en Bolivia.¹²

Una forma alternativa de evaluar la viabilidad de alcanzar la primera Meta del Milenio consiste en estimar el número de años requerido por los distintos países para ello, suponiendo un ritmo de crecimiento acorde con la evidencia histórica (1991-2004). Este ejercicio revela que, además del país que ya cumplió la meta (Chile), solamente México, Panamá y Uruguay estarían en condiciones de alcanzarla en 2015 o antes.¹³ En el supuesto de que Brasil, Costa Rica, Ecuador, Guatemala y Perú lograsen crecer a un punto porcentual por encima de su rendimiento promedio del período 1991-2004, podrían reducir sus niveles de pobreza extrema a la mitad dentro del tiempo previsto.

Efecto de la distribución del ingreso sobre la reducción de la pobreza

Para evaluar el efecto que tiene una reducción de la concentración de los ingresos es conveniente valerse de un indicador sintético que resuma en una sola cifra la situación de esta, como el coeficiente de Gini. El cambio simulado en la distribución del ingreso de los hogares se representa por el porcentaje de variación de dicho coeficiente, cuyo promedio simple para los países de América Latina se encuentra en torno al valor 0,540.

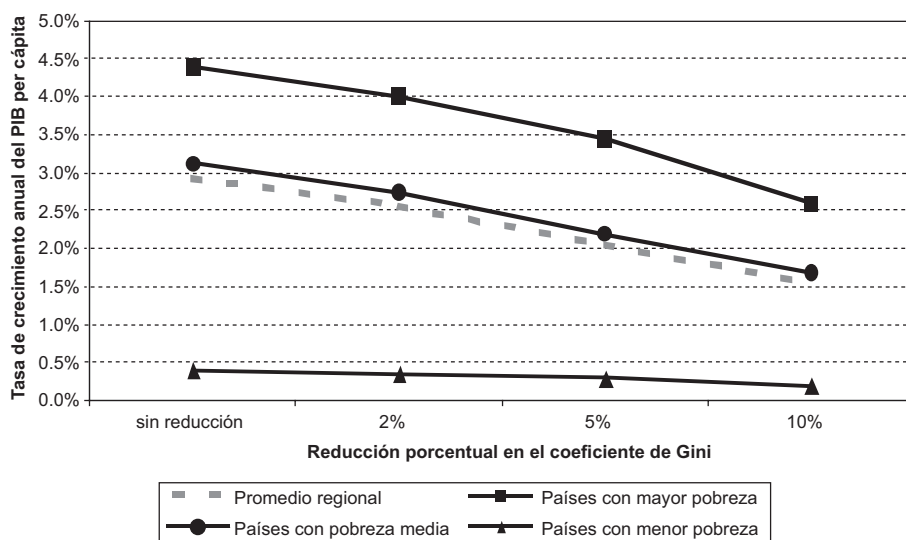
Tal como la CEPAL ha señalado reiteradamente, una mejor distribución del ingreso puede potenciar el efecto de la expansión económica en la reducción de la pobreza. Se estima que la tasa de crecimiento regional proyectada para alcanzar la meta de pobreza extrema podría reducirse en aproximadamente 0,2 puntos porcentuales

¹² La amplia variedad de tasas de crecimiento que requieren los países para alcanzar la meta queda claramente ilustrada en el siguiente ejercicio: si durante los próximos 11 años el producto por habitante de cada país creciera al 2,9% anual, América Latina en su conjunto cumpliría con la meta, pero solamente ocho países compartirían dicho logro (Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Panamá y Uruguay).

¹³ Puede llamar la atención que países que figuran con porcentajes de avance adecuados en el gráfico II.3a no cumplan la meta al 2015 con un crecimiento igual al histórico. Ello se debe en parte a que el crecimiento requerido para reducir un punto adicional de indigencia es cada vez mayor, particularmente cuando la indigencia se sitúa en niveles muy bajos. Otro factor tiene que ver con que el crecimiento promedio de las economías no refleja necesariamente el ritmo de aumento del ingreso de los grupos indigentes, ya que este puede haberse visto afectado significativamente por ciertas medidas de política específicas (por ejemplo, incrementos del salario mínimo o de las pensiones de vejez) que no incidieron mayormente en el crecimiento del PIB, y que tampoco son aparentes en la distribución de ingresos a nivel general.

por cada punto porcentual de reducción en el coeficiente de Gini. De esta manera, con una reducción de 5% en dicho indicador, que se traduce en aumentos de la participación en los ingresos del primer quintil de hogares en torno a 0,35 puntos porcentuales, el producto regional por habitante debería crecer 2,1% anual, en lugar del 2,9% referido más abajo (figura 5). Desde otra perspectiva, una mejora distributiva como la mencionada, junto con una tasa de crecimiento igual al promedio histórico, permitiría a los países reducir sus niveles de indigencia a la mitad entre 2 y 6 años antes de lo que lograrían en caso de mantener su distribución constante.

FIGURA 5. América Latina: cambio en las tasas de crecimiento requeridas para reducir la pobreza extrema a la mitad según el grado de cambio distributivo



Fuente: CEPAL, a partir de proyecciones efectuadas sobre la base de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Lo anterior pone de manifiesto la importancia de una mejora distributiva para el cumplimiento de la meta de reducción de la pobreza extrema en la Región, particularmente en un escenario en el que las tasas de crecimiento requeridas para alcanzarla son de difícil consecución, sobre todo en los países con más altos niveles de pobreza. En este sentido, el aumento de la inversión social y de los programas asistenciales, así como la mejor integración de las personas de bajos recursos al aparato productivo, resultan elementos fundamentales para avanzar en la dirección propuesta.

Reflexiones sobre las políticas necesarias para la reducción de la pobreza

Debido a que la pobreza se manifiesta en ámbitos muy diversos de la vida de las personas, las políticas destinadas a superarla deben actuar de manera simultánea sobre sus principales determinantes. Por tanto, es necesario desplegar estrategias de carácter integral, que apunten a remover las limitantes estructurales asociadas

a la producción y reproducción de las situaciones de pobreza, al mismo tiempo que aborden las carencias más inmediatas de la población menos favorecida en materias tales como la nutrición, la educación, el empleo, los ingresos, la salud y la vivienda, entre otras. De allí que varias de las orientaciones de política que se van recogiendo a lo largo de este documento, referidas a dichas dimensiones, constituyen también políticas para la reducción de la pobreza.

En primer lugar es importante destacar que el crecimiento económico con estabilidad es una condición necesaria para la reducción de la pobreza, particularmente cuando se traduce en más y mejores empleos para los pobres. Las mayores oportunidades de trabajo decente son una premisa fundamental para que las familias pobres se desarrollen con autonomía financiera a partir de su propio esfuerzo.¹⁴ Sin embargo, la evidencia ha demostrado que por sí mismo el crecimiento no es suficiente para garantizar reducciones significativas en las tasas de pobreza. La experiencia de América Latina y el Caribe corrobora que en los episodios de crisis la pobreza se incrementa de manera ostensible, en tanto que en los períodos de bonanza económica las reducciones operan claramente a un menor ritmo.

De allí que la viabilidad de cualquier estrategia de reducción de la pobreza demande la participación activa de los gobiernos, a partir de acciones universales y focalizadas. Al Estado le corresponde la responsabilidad de corregir las desigualdades sociales más agudas y garantizar para todos los ciudadanos el disfrute de sus derechos básicos, articulando el desarrollo económico, social y ambiental en un marco de equidad e inclusión. Por un lado, la necesidad de remover los factores estructurales asociados a la reproducción de la pobreza sugiere poner en marcha políticas públicas que expandan el acceso de los pobres tanto a los activos productivos tales como el capital — especialmente la tierra —, la educación general, la capacitación para el trabajo, la tecnología y la asistencia técnica, como a la protección social.¹⁵ Por otra parte, se requiere destinar recursos para ampliar y mejorar la infraestructura social, como por ejemplo los centros educativos y de atención a la salud, así como a la provisión de viviendas para disminuir la vulnerabilidad.

En la Región existe un grupo importante de países con altos porcentajes de población en el área rural y elevada incidencia de la pobreza en esa zona, como es el caso de los países de América Central, Haití y Paraguay, entre otros. Considerando que la pobreza rural está asociada con una baja dotación y deficiente calidad de los activos físicos y el capital humano, para elevar los ingresos de los hogares rurales pobres de manera sostenida es necesario entonces fortalecer la acción pública en la formación de capital físico y humano — concentrándose particularmente en inversiones en manejo de suelo, riego y drenaje, infraestructura vial, de comunicaciones y energía, gestión del riesgo agropecuario, educación e investigación agrícola.¹⁶

¹⁴ Dinamizar las economías regionales —incluyendo el mejoramiento de la productividad de la mano de obra ocupada en el sector agropecuario— es también una premisa fundamental para mejorar las condiciones de vida de los hogares pobres y desalentar los procesos migratorios.

¹⁵ Un mecanismo eficaz para dotar a las personas de acceso al capital productivo es el crédito. De hecho, existen experiencias exitosas de reducción de la pobreza que han basado su estrategia en sistemas de crédito de bajo costo para la formación y consolidación de empresas pequeñas y microempresas.

¹⁶ Véase IFPRI (2002).

Diversos análisis muestran la especial importancia de la calidad de la fuerza laboral — su educación, salud, destreza y conocimientos tecnológicos — como determinante del crecimiento productivo.¹⁷ Cualquier estrategia de reducción de la pobreza rural, por lo tanto, deberá tener como elementos indispensables la expansión de la educación agrícola formal, la capacitación técnica y la difusión masiva de conocimientos útiles al medio rural.¹⁸

Un reto fundamental que deben enfrentar los programas de reducción de la pobreza es el de la sostenibilidad. En algunos casos el financiamiento de este tipo de iniciativas representa una alta carga fiscal que no puede ser soportada de manera continua; en otros, los nuevos gobiernos deciden modificar considerablemente los programas con el objeto de mostrar “cambios” respecto al gobierno anterior. Un pacto fiscal y un acuerdo político-social son, por lo tanto, indispensables para lograr la continuidad de ciertos programas que se consideran esenciales.

REFERENCIAS

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 1999-2000. Santiago: CEPAL; 2000.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2004. Santiago: CEPAL; 2004.
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Equity, development and citizenship. Santiago: ECLAC; 2000. (Document LC/G.2071 (SES.28/3).
- Ocampo, J., Bajraj, R., Martin, J., coordinators. Una década de luces y sombras: América Latina y el Caribe en los años noventa. Bogotá: Alfaomega/CEPAL; 2001.

BIBLIOGRAFÍA

- Ferranti, D., Perry, G.E., Ferreira, F.H.G., Walton, M. Desigualdad en América Latina y el Caribe: ¿ruptura con la historia? [Executive Summary]. Washington, DC: Banco Mundial; 2003.
- Busso, M, Cicowiez, M., Gasparini, L. Ethnicity and MDGs in Latin America. La Plata, Argentina: Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (CEDLAS), Universidad Nacional de La Plata: 2004.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2002-2003. Santiago: CEPAL; 2003.

¹⁷ Véase Cáceres (1998), Mankiw, Romer y Weil (1992), Schultz (1988) y Serna (2000).

¹⁸ Es importante también fortalecer la capacidad de los pobres agrícolas de adaptar y difundir tecnologías provenientes de países con condiciones agroclimáticas similares, así como promover la diversificación agrícola e introducir técnicas que aumenten la productividad (Ruttan 2002).

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Secretaría de Cooperación Iberoamericana. Construir equidad desde la infancia y la adolescencia en Iberoamérica. Santiago: CEPAL; 2001. (Documento LC/G.2144/E).

Machinea, J.L. Institucionalización de la Política Social para la Superación de la Pobreza. Conferencia del Secretario Ejecutivo de la CEPAL. Ciudad de México, 28 de septiembre de 2004.

Naciones Unidas. Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio. Informe del Secretario General. Nueva York: Naciones Unidas; 2001. (Documento A/56/326).

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa; 2004.

Sen, A. Poor, Relatively Speaking. In: Sen, A. Resources, Values and Development. Cambridge: Harvard University Press; 1984.

LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA CADENA DE PRODUCCIÓN ALIMENTARIA E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

Norman Jirón Romero,
Director General de Regulación de Profesionales,
Medicamentos y Alimentos
Ministerio de Salud de Nicaragua
Managua, Nicaragua

El modelo tradicional de prestación de salud se caracteriza por su enfoque en la atención al daño más que en la prevención, y en los problemas de salud más que en las personas. También se distingue por sus acciones verticales insertas en estructuras orgánicas sectoriales, desvinculadas de otros programas o iniciativas intra o extra sectoriales, con protagonismos individuales, y al margen de las diferencias sociales, culturales y económicas que inciden en la situación de salud.

La Política Nacional de Salud 2004-2015 establece el cambio hacia un modelo basado en acciones de salud integrales y horizontales, vinculadas a otros actores y sectores, priorizando la promoción de la salud y el papel principal de las poblaciones beneficiarias. El nuevo modelo incluye lineamientos, políticas y estrategias para transformar la situación de salud de las personas, familias y comunidades, así como su entorno ecológico y social, con base en los determinantes de salud y desarrollo humano, acorde al perfil epidemiológico nacional y su entorno cultural, político, étnico y geográfico.

La desnutrición crónica, problema prioritario de salud, afecta a 20% de la niñez menor de cinco años, y a 27% del grupo de 6 a 9 años que ingresa por primera vez a la educación primaria. Por ser multifactorial, su abordaje requiere de acciones integradas de gobierno, sociedad civil, municipalidades y comunidad organizada.

El Ministerio de Salud, dentro su marco regulador y cumpliendo los mandatos de los presidentes y ministros de salud de América Central, reconoce su papel rector en la promoción de la seguridad alimentaria y nutricional para el abordaje integral de la desnutrición, y opera esta iniciativa en municipios con altos niveles de marginalidad y pobreza, en el contexto del desarrollo humano sostenible.

Estas experiencias — novedosas por el cambio de modelo de trabajo, fortalecimiento de las capacidades locales, promoción de la autogestión local y respeto a su identidad

cultura — han motivado la movilización y optimización de recursos externos y locales; fomentado la participación intersectorial; concretizado el discurso de equidad; fortalecido el liderazgo del Ministerio de Salud, e incrementado los niveles de salud y nutrición comunitaria, reforzando así la visión de desarrollo humano.

El éxito en la implementación de este nuevo modelo de atención en salud depende del liderazgo sectorial para el logro de alianzas intersectoriales en cumplimiento de la agenda sanitaria nacional, y la orientación de los recursos hacia las prioridades nacionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. La seguridad alimentaria y nutricional: un enfoque integral. Síntesis de los desafíos y experiencias en Centroamérica. Guatemala: INCAP; September 2004.
- Nicaragua, Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud. Managua: Ministerio de Salud; September 2004.
- Nicaragua, Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud. Managua: Ministerio de Salud; May 2004.
- Nicaragua, Ministerio de Salud. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Managua: Ministerio de Salud; 2001.
- Organización Panamericana de la Salud. Seguridad alimentaria y nutricional en municipios fronterizos entre Nicaragua y Costa Rica. Managua: OPS; 2003.

TECNOLOGÍA APROPIADA: LOS PEQUEÑOS PRODUCTORES Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

Victor Gabriel Barrios Arancibia,
Ministro de Asuntos Campesinos y Agropecuarios de Bolivia
La Paz, Bolivia

RESUMEN

Bolivia recibe el nuevo siglo con un rostro urbano; la población rural constituye solo 38% de la población total y sin embargo concentra los mayores índices de pobreza y abarca la mayor parte del territorio nacional, puesto que 301 de los 314 municipios (96%) son predominantemente rurales. Por otro lado, 30% de la población económicamente activa está dedicada al sector agropecuario. Además, 70% de los rubros potenciales de negocios identificados en el Diálogo Nacional Bolivia Productiva realizado 2004 son del sector agropecuario.

Es así que el gobierno impulsó la construcción colectiva de la Estrategia Nacional de Desarrollo Agropecuario y Rural (ENDAR) mediante más de 40 talleres (8 nacionales, 9 departamentales, 24 regionales), con la participación de más de 200 organizaciones de productores y la asistencia de más de 2.500 personas que reflejaron la pluralidad cultural y territorial del país.

La ENDAR hace un exhaustivo diagnóstico del sector, define objetivos y metas. También prioriza siete *líneas de política*:

- i) desarrollo de comunidades productivas, campesinas, colonizadoras, indígenas y originarias;
- ii) desarrollo de mercados, mayor productividad y competitividad;
- iii) seguridad alimentaria;
- iv) tierras;
- v) oportunidades de ingreso no agropecuario;
- vi) construcción y mejoramiento de infraestructura productiva, y
- vii) nuevo desarrollo alternativo.

Asimismo, incluye cuatro *políticas transversales*:

- i) sostenibilidad ambiental y uso productivo de los recursos naturales;
- ii) formación técnica para el desarrollo rural;
- iii) capacitación empresarial rural, y
- iv) enfoque de género para el desarrollo.

Además, establece tres *dominios de intervención* para su implementación:

- i) el desarrollo económico local;
- ii) las cadenas productivas, y
- iii) las transferencias a comunidades.

Finalmente, se rescata una experiencia de desarrollo local y la interculturalidad en un municipio rural, que consta de dos ámbitos: la recuperación de los recursos naturales y las bases productivas con el mejoramiento de los campos nativos de pastoreo y la construcción de reservorios de agua; y la introducción de instrumentos de administración y gestión empresarial que superaban el ámbito organizativo y político de los sindicatos. El incremento de ingresos no proviene solo del aumento en la productividad, sino también de factores culturales; los cambios provienen de los seres humanos y estos son posibles cuando se revaloriza el capital social, proceso que no es otro que la educación.

INTRODUCCIÓN

Bolivia atraviesa por una severa crisis económica desde hace un quinquenio. Entre los factores internos para el deterioro de la economía nacional se destacan: la caída de la capacidad de compra de la población; el escepticismo y bajo nivel de inversión privada nacional y extranjera; la remisión de utilidades al exterior; el desequilibrio en las finanzas públicas, principalmente el déficit fiscal, y decisiones gubernamentales como tratar de imponer un sistema progresivo de impuestos a los salarios en una economía en crisis, situación que llevó al país a una convulsión social y política, en febrero de 2003.

Democracia, modernización, desarrollo tecnológico y valores culturales, conviven y chocan cada día con la concentración de la riqueza, la exclusión social, la discriminación étnica y de género, la dependencia de los factores externos y la inserción marginal en el sistema económico internacional. Se vive un tiempo de cambios y confrontación entre la sociedad tradicional y la nueva, con nuevos actores, nuevos paradigmas y nuevas visiones, en diferentes procesos paralelos¹ y de formulación de políticas y estrategias nacionales.

ANTECEDENTES

Bolivia recibe el nuevo siglo con un rostro urbano, pues la población rural constituye solo 38% de la población total; sin embargo 301 de los 314 municipios (96%) son predominantemente rurales, lo que significa que alrededor de tres millones de habitantes viven con alto grado de dispersión,² hecho que dificulta la dotación de

¹ El Diálogo Nacional, el Referéndum del Gas, la Asamblea Constituyente, las elecciones municipales, de prefectos y la propuesta de un referéndum relacionada a la autonomía regional.

² La población rural para el Instituto Nacional de Estadística (INE) es aquella que no supera los 2.000 habitantes en una división cartográfica; por ello existe población rural aun en las ciudades (barrios alejados y casi despoblados), y población urbana (concentración de población) en municipios predominantemente rurales.

servicios básicos e infraestructura caminera y por consiguiente la superación de la pobreza. Por otro lado, 30% de la población económicamente activa está dedicada a la agricultura, cuyos niveles de productividad son muy limitados.

Estos sectores sociales deprimidos son los que demandan una estrategia de desarrollo para el área rural; por ello, el gobierno impulsó la construcción colectiva de la Estrategia Nacional de Desarrollo Agropecuario y Rural (ENDAR) mediante más de 40 talleres (8 nacionales, 9 departamentales, 24 regionales), en los que participaron más de 200 organizaciones³ de productores y asistieron más de 2.500 personas que reflejaron la pluralidad cultural y territorial del país.

Por tratarse de una estrategia integral de desarrollo para el área rural, el Consejo Nacional de Políticas Económicas y Sociales (CONAPES) designa la responsabilidad conjunta y compartida de la conducción estratégica de la ENDAR⁴ — bajo la coordinación del Ministerio de Asuntos Campesinos y Agropecuarios — a los ministerios de: Relaciones Exteriores y Culto; Educación; Salud y Deportes; Desarrollo Económico; Desarrollo Sostenible; Servicios y Obras Públicas; Participación Popular; Hacienda; Defensa; Pueblos Indígenas y Pueblos Originarios.

La ENDAR hace un exhaustivo diagnóstico del sector, define objetivos y metas, prioriza siete líneas de política y cuatro políticas transversales, y establece tres dominios de intervención para su implementación.

SITUACIÓN ACTUAL DEL ÁREA RURAL EN BOLIVIA

Desde hace más de medio siglo, a pesar de la reforma agraria, el voto universal, la liberación de los precios agrícolas, la revolución verde y las reformas institucionales al Estado, poco ha cambiado el bienestar de los campesinos, indígenas, originarios y colonizadores del país. El PNUD sostiene que cada habitante del área rural de Bolivia dispone de apenas 10 a 15 centavos de dólar como máximo para vivir al día. Así, 82% de pobladores del área rural son pobres y 59% de ellos son indigentes y poseen no más de 13% de la tierra cultivable.

Del total de la tierra agrícola, 87% (28 millones de hectáreas) está en manos de 7% de los propietarios; los campesinos poseen 4 millones de hectáreas (13% de la tierra); una circunstancia agravante es la agudización del minifundio en las tierras del altiplano y los valles, en las que se generan aproximadamente 16.000 minifundios más por año, cuyos propietarios se benefician con apenas 1,6% del PIB de Bolivia.

³ Entre las organizaciones más representativas: Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB), Consejo Nacional de Ayllus y Marcas del Qollasuyo (CONAMAQ), Confederación Nacional de Colonizadores de Bolivia (CSCB), Confederación Indígena del Oriente, Chaco y Amazonía Boliviano (CIDOB), Bloque Oriente, Asamblea de Pueblos Guaraníes (APG), Cámara Agropecuaria del Oriente (CAO), Comité Integrador de Organizaciones Económicas Campesinas (CIOEC), Movimiento Sin Tierra (MST), Federación de Mujeres Campesinas Bartolina Sisa.

⁴ Resolución No. 116/2004 del Consejo Nacional de Políticas Económicas y Sociales (CONAPES).

La desigualdad en áreas rurales de Bolivia es resultado de un proceso de concentración de recursos naturales y productivos en manos de pocos sectores que tienen acceso a mercados y medios de acumulación; por otra parte, refleja la situación de pequeños productores excluidos de los mercados, carentes de infraestructura productiva y medios de inversión, quienes viven con bajos ingresos y escasos medios de consumo.

El desarrollo económico del país y la pobreza⁵

La economía boliviana creció a un promedio de 1,9% anual durante el período 1999-2003, cifra menor al crecimiento de la población de 2,8%, lo que determinó una caída en el ingreso per cápita nacional a \$870 anuales y a \$400 en el ámbito rural. El desempeño de la economía se explica principalmente por un entorno internacional desfavorable y factores internos que afectan negativamente la dinámica de la actividad económica.

Sesenta y tres por ciento de los bolivianos se encuentran por debajo de la línea de pobreza⁶ y no cuentan con ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas; 37% no pueden cubrir ni siquiera sus necesidades alimenticias (son indigentes). En el área rural (38% de la población nacional), 81,7% está por debajo de la línea de pobreza y 58,8% de los pobres rurales son indigentes.

El grado de insatisfacción de las necesidades básicas de alimentación, vestimenta y vivienda, entre otras, llega a 90% en el área rural, lo que sumado a la falta de dotación de servicios básicos como energía eléctrica, que abastece solamente a la cuarta parte de los hogares rurales, demuestra que el ámbito rural es el principal foco de concentración de la pobreza y la falta de desarrollo.

Inseguridad y vulnerabilidad alimentaria

De las aproximadamente 16.000 comunidades rurales del país, 53% se encuentran en situación de vulnerabilidad alimentaria (FAO, 2003), la mayor parte de las cuales se concentran en la zona de los valles interandinos, particularmente en el sudoeste de Cochabamba, norte de Potosí, el centro de Chuquisaca y parte del norte de Tarija. Aproximadamente uno de cada dos habitantes de Potosí y de Chuquisaca viven en comunidades con vulnerabilidad alimentaria.

La población rural es altamente vulnerable a la inseguridad alimentaria, muchas veces incrementada por la incidencia de fenómenos climáticos adversos (inundaciones, sequías, heladas y otras) y por la pérdida de capacidad productiva de los ecosistemas agrícolas.

A pesar de que la producción agropecuaria ha experimentado un incremento per cápita de 7% en los últimos cinco años, los habitantes rurales del país han mejo-

⁵ Pobre es aquel carente de recursos para satisfacer sus necesidades básicas y que además sus derechos le están siendo arrebatados por un sistema que no le permite ser ciudadano activo y le niega dignidad. (PNUD: Informe de Desarrollo Humano 2002).

⁶ De acuerdo a datos del Banco Mundial, INE y UDAPE.

rado solo 0,02% su ingestión diaria de kilocalorías, apenas por encima de los niveles registrados en las hojas de balance alimentario de los últimos 25 años.

Desempleo y subempleo

El insuficiente crecimiento económico nacional se traduce en la creación de empleos precarios, principalmente en el sector informal, con salarios de subsistencia para gran parte de la población. Este efecto negativo del ingreso primario (del ingreso que proviene directamente de la actividad productiva, y por lo tanto del crecimiento del PIB) sobre el ingreso de los hogares sustentados principalmente por jefes de familia no calificados, o que trabajan en el sector informal, o que están en ambas situaciones, empuja a sus miembros activos a multiplicar sus fuentes de ingreso, y a los inactivos a insertarse a la fuerza laboral en condiciones de desventaja, reduciendo los salarios y agravando el cuadro de pobreza en el país.

En este contexto, la grave crisis económica que Bolivia ha atravesado en el último quinquenio ha dado lugar a serios problemas de desempleo y subempleo, con énfasis en el sector rural, situación que está generando movimientos sociales. De una familia de cinco miembros, de los cuales tres están en condiciones de trabajar, uno o ninguno trabaja.⁷

Exclusión económica y social

El Gobierno de Bolivia considera a la educación como un instrumento importante para reducir la pobreza; por ello, la Reforma Educativa está dirigida a mejorar la calidad del servicio de la educación pública y es necesario extenderla a toda la población en edad escolar. La educación alternativa es igualmente importante y, en este marco, la formulación de políticas y estrategias de educación técnica agropecuaria, elaboradas de manera conjunta por el MACA y el Ministerio de Educación, tienen por objetivo la capacitación productiva y el desarrollo de mecanismos de educación permanente.

La población del altiplano es la que enfrenta mayor carencia de establecimientos de salud (hospitales, puestos sanitarios, servicios médicos), de modo que tienen una tasa de mortalidad de niños elevada y el más bajo nivel de esperanza de vida. Además, habitan viviendas precarias, más de 90% con carencia de servicios básicos.

En el país es evidente que la mujer es responsable de la política económica familiar y sobre ella recae el reto de trabajar en todo lo que puede, para lograr que el núcleo familiar subsista. Además de ser el cimiento de la base familiar, las mujeres también son un eje central en la vida económica, social y política del país; sin embargo perciben un desfase entre su responsabilidad en la reproducción básica de la sociedad y su representación política pública. Es una percepción general que las mujeres no participan con la misma intensidad que los varones ni en las organizaciones sociales, ni en el parlamento, ni en el poder ejecutivo, porque hay un sesgo en desmedro de ellas.

⁷ Fuente: Central Obrera Boliviana (COB).

Inserción a mercados

La agudización de la crisis por la que atraviesa el país pone en el centro del debate el tema de la competitividad de la economía boliviana y de la pobreza como el factor estructural de un patrón de competitividad que funciona bajo una lógica de enclave, que está basada principalmente en la explotación y exportación de materias primas con poco valor agregado. Este patrón de comportamiento ofrece poco incentivo para mejorar la calificación de la mano de obra y mantiene a la economía nacional vulnerable a los cambios externos y al deterioro continuo de los términos de intercambio.

Dificultad de acceso a mercados externos

Bolivia ha logrado preferencias arancelarias en los mercados de sus socios comerciales, pero el aprovechamiento ha sido mínimo por su limitada oferta exportable, baja competitividad de sus productos e incumplimiento de normas de calidad. También han influido los subsidios de los países destinatarios a sus propios productos, así como las barreras para-arancelarias que han impuesto a nuestros productos nacionales, dando lugar a una competencia desleal y al contrabando. Esta situación es más grave para nuestros productos agropecuarios nacionales, tanto por su dependencia de los factores climáticos (inundaciones, sequías, heladas, granizadas, etcétera) como a la falta de apoyo para mejorar la capacidad exportadora de los distintos sectores.

Estrechez del mercado interno

La estrechez del mercado interno constituye un problema estructural que condiciona la demanda de productos agropecuarios. La baja demanda efectiva tiene que ver con la escasa capacidad adquisitiva de la población (cuyo ingreso per cápita en el área urbana es de \$870 y en el área rural de \$400) y se agrava por la inequitativa redistribución del ingreso.

Baja productividad agropecuaria

En 2003, Bolivia ocupó el último lugar entre 85 países en términos de competitividad, lo que refleja la dificultad para producir bienes y servicios de acuerdo con los parámetros internacionales de costo, calidad y oportunidad para permanecer en el mercado de manera rentable.

Uno de los problemas más críticos en el sector agropecuario es su baja productividad. Este problema limita la obtención de ingresos por parte de los productores, impide que los productos locales compitan con los productos importados y obstaculiza el ingreso de la producción nacional a los mercados de exportación. La baja productividad afecta también a los consumidores nacionales, al incrementar los precios de los productos agropecuarios en el mercado local.

Deficiente infraestructura de apoyo a la producción

La insuficiente red vial interna afecta la cadena de producción al impedir una efi-

ciente articulación de los centros de materias primas no solo con los de procesamiento agrícola y transformación industrial, sino también con los mercados de consumo. Asimismo, los elevados costos de transporte son un factor limitante en la competitividad de los productos nacionales; inciden en dichos costos el inadecuado estado de la infraestructura y las grandes distancias entre los dispersos centros poblados y los puertos de exportación.

Los problemas de infraestructura no se limitan únicamente al transporte, sino también a la escasa infraestructura para riego, infraestructura de energía y red de telecomunicaciones, que muestran un limitado desarrollo. A manera de referencia, se destaca lo siguiente:

- ← **La infraestructura para riego** es escasa, a pesar de que Bolivia cuenta con vastos recursos hídricos superficiales y subterráneos. No obstante que la agricultura campesina es la fuente más importante de empleo en el área rural y la principal proveedora de alimentos, los productores agropecuarios enfrentan graves dificultades por la falta de infraestructura para riego. Apenas 10% de la superficie cultivada en el país cuenta con infraestructura de riego y la eficiencia en el uso de agua para este fin no supera 25%. Las inversiones en riego son insuficientes para mejorar la productividad a niveles comparables con los países vecinos; lo anterior exige un esfuerzo nacional más decidido y agresivo, relacionado con el fortalecimiento institucional, el ordenamiento de los recursos hídricos y la programación de inversiones.
- ← Los **servicios eléctricos** tienen muy baja cobertura en el área rural, y en las zonas electrificadas se utiliza para consumo doméstico apenas 15% de la capacidad instalada. Del total estimado de 764.000 hogares en el área rural, solo 187.000 (24,5%) cuentan con electricidad.⁸
- ← Los caminos vecinales alcanzan una extensión de 38.240 Km, que representan 70% del total de la red vial existente en el país; la construcción y el mantenimiento de caminos se encuentra bajo la responsabilidad de los municipios, cuya capacidad técnica es insuficiente para cumplir esas funciones, además de que carecen de normas de regulación y de asistencia técnica adecuada. A pesar de las inversiones efectuadas en este rubro durante los últimos cinco años, es un compromiso de largo aliento la articulación de más de 16.000 comunidades productivas agropecuarias con vías de acceso permanentes que les permitan asegurar su presencia en los mercados de consumo interno y externo.
- ← **Las telecomunicaciones.** A pesar de los avances logrados en los últimos 10 años, Bolivia es uno de los países con más bajos índices de cobertura de servicios de telefonía, Internet y otros, particularmente en las áreas rurales.

Tenencia de la tierra: acceso y regularización

A pesar del cambio histórico a que ha dado lugar la Reforma Agraria, la tenencia de la tierra está lejos de ser equitativa para la mayoría de los campesinos de Bolivia.

⁸ Fuente: Plan de electrificación rural (2004).

Las unidades agrícolas de 5 ha o menos, que incluyen la agricultura tradicional, representan 68% de las unidades agrícolas y 1,4% de la superficie agrícola total; las propiedades campesinas de una hectárea o menos representan casi la tercera parte del número total de propiedades y apenas 0,1% de la superficie total agrícola. Por otra parte, 85% de la superficie es ocupada por unidades agrícolas superiores a las 500 ha y los beneficiarios equivalen a 1,8% de las unidades agropecuarias totales; estas cifras demuestran la desigualdad extrema en la distribución de la tierra, aspecto que además afecta seriamente a su productividad.

Deficiente formación de recursos humanos

Desde la revolución de 1952 hasta la aprobación de la Ley 1565 Reforma Educativa en julio de 1994, se contó con servicios educativos en el sector rural que no resolvían los problemas de fondo en la educación de la población rural y menos aún su capacitación técnica agropecuaria, constituyéndose en un serio obstáculo al desarrollo de la economía nacional. Es evidente que grandes segmentos de la población tienen una mínima o nula formación técnica, lo que se agrava por el escaso monto de recursos presupuestarios públicos destinados a este fin.

Con la Reforma Educativa se modernizó el sistema educativo conforme a las necesidades de un Estado multilingüe, pluricultural y democrático. Además, se diseñaron propuestas educativas que incluyeron la participación, la educación intercultural y bilingüe y la educación productiva e integral (Ministerio de Educación, 2004).

Migración interna y externa

La situación económica del país y las reformas introducidas desde 1985 han inducido el proceso de redistribución espacial de la población en el territorio nacional y generado migración externa, principalmente debido a la reubicación de la población minera. Las cifras del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001, comparadas con las del censo de 1992, reflejan esa tendencia. Los datos indican que los llanos concentran 29,54% de la población y absorben 41,3% del incremento poblacional del país generado en el período intercensal (1992-2001), situación que le permitió crecer a un ritmo superior al del período anterior (4,06% promedio anual en período); la población del altiplano disminuyó 41,3% en el mismo período, reteniendo solo 30,5% del incremento poblacional; los valles no muestran cambios significativos en cuanto al peso relativo de su población en el contexto nacional. En función a las tasas de migración neta, Pando, Santa Cruz, Tarija y Cochabamba son los departamentos de atracción, en tanto que Potosí, Oruro, Beni, Chuquisaca y La Paz son considerados departamentos expulsores de población (CODEPO, 2004).

Circuito económico coca-cocaína

El impacto del circuito coca-cocaína en la economía del país se ha reducido considerablemente, producto de la aplicación sistemática de las políticas antidroga. De acuerdo a estimaciones de USAID/Bolivia, en 1988 el impacto económico de la

coca y sus derivados ilícitos ascendía a 9,2% del PIB y equiparable a 87,3% de las exportaciones legales (\$461 millones). En 1998 estas cifras se habían reducido a 2,2% del PIB y a 7,3% de las exportaciones legales, mientras que para 2003 se estima que el impacto en el PIB descendió a 1,4% de ese indicador.

En los últimos 15 años, Bolivia ha logrado grandes avances en la lucha antidroga con un elevado costo social, político y económico; ha eliminado 51% de los cultivos ilícitos y reducido la producción potencial de cocaína en 70%, logrando una nueva imagen ante la comunidad internacional, libre del estigma de la producción y del tráfico ilícito de drogas. A pesar de este avance, persiste la percepción del escaso impacto del desarrollo alternativo, principalmente relacionado con los mecanismos de ejecución de los programas.

ESTRATEGIA NACIONAL DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y RURAL (ENDAR)

La sistematización del proceso participativo de construcción de la ENDAR permitió identificar problemas, potencialidades y soluciones para alcanzar el desarrollo agropecuario y rural. Este proceso coincidió con los resultados de un análisis de más de 400 convenios suscritos entre organizaciones sociales y los diferentes gobiernos, en el período comprendido entre los años 2000-2004, que reúnen aproximadamente 10.000 temas; en este análisis se identificó que 60% de las demandas de carácter productivo tienen que ver con acceso y seguridad jurídica sobre la tierra, infraestructura productiva, crédito, capacitación y asistencia técnica, apertura y consolidación de mercados, estrategias de desarrollo e industrialización de productos agropecuarios.

Los resultados del Diálogo Nacional "Bolivia Productiva", también concuerdan en señalar los mismos problemas, cuya solución requiere de la toma de decisiones estructurales en los campos normativo, institucional y de financiamiento. Del análisis e interpretación de estos resultados, que se encuentran en anexos, la ENDAR prioriza tres problemas de urgente solución para alcanzar el desarrollo agropecuario y rural: 1) escasa inserción en mercados; 2) desempleo y subempleo, y 3) acceso y regularización sobre la tenencia de la tierra.

Sobre el contexto estructural mencionado y los tres problemas priorizados, se construyeron los objetivos, las políticas y los dominios de intervención de la ENDAR.

La ENDAR propone organizar y reorientar las acciones que se ejecutan en el medio rural con una lógica diferente, estableciendo estrategias de intervención que permitan mayores niveles de desarrollo. Su objetivo central es el de "Contribuir a incrementar el ingreso y empleo de los productores agropecuarios y rurales,⁹ dotándoles de conocimientos y medios para insertarse de manera sostenida y competitiva en los mercados, en un marco de inclusión, equidad social, cultural y de género".

⁹ Para fines del presente documento, cuando se hace referencia a los productores campesinos, indígenas, colonizadores y originarios, se incluye tanto a hombres y mujeres, partiendo del reconocimiento de sus distintos intereses.

La inserción en los mercados es una meta a la que aspiran tanto los productores del sector agropecuario empresarial, como los vinculados al área de producción tradicional, y constituye también un patrón de referencia para quienes subsisten en el autoconsumo. Proporcionar apoyo para conseguir dicho logro es un objetivo estratégico del gobierno nacional y del sector agropecuario y rural. Los objetivos específicos para alcanzar esta meta son:

- ← Promover acciones de inclusión económica, social y cultural de campesinos, indígenas, originarios, colonizadores y pequeños productores agropecuarios, con enfoque de género.
- ← Mejorar las condiciones de inserción de los productos nacionales de origen agropecuario a los mercados internos y externos, articulando los procesos productivos agropecuarios y rurales a la demanda interna y externa de manera que desarrollen una oferta competitiva.
- ← Mejorar la seguridad alimentaria de la población nacional, permitiendo la disponibilidad a los alimentos y su acceso por parte de la población, para reducir los niveles de desnutrición de importantes sectores de la población.
- ← Generar oportunidades para mejorar y diversificar el empleo y el ingreso de la población rural.
- ← Promover la construcción y el mejoramiento de infraestructura productiva y de apoyo a la producción, mediante el impulso a la competitividad de los procesos productivos, además de promover y hacer eficiente la inversión pública en electrificación rural, vías de transporte, sistemas de riego y otra infraestructura productiva.
- ← Coadyuvar en el otorgamiento de protección jurídica sobre la tenencia legal de la tierra y permitir el acceso a la misma, orientando a su aprovechamiento productivo y sostenible.
- ← Modificar la dinámica económica y social generada por la producción excedente de coca y sus derivados ilícitos, potenciando el desarrollo socioeconómico integral, participativo y sostenible.

Políticas priorizadas

La estrategia asume como plataforma orientadora siete líneas de política prioritarias:

- a) Desarrollo de comunidades productivas, campesinas, colonizadoras, indígenas y originarias.
- b) Desarrollo de mercados, mayor productividad y competitividad.
- c) Seguridad alimentaria.
- d) Tierras.
- e) Oportunidades de ingreso no agropecuario.
- f) Construcción y mejoramiento de infraestructura productiva.
- g) Nuevo desarrollo alternativo.

La *política de desarrollo de comunidades productivas, campesinas, colonizadoras, indígenas y originarias* busca la promoción del desarrollo productivo con identidad cultural; el fortalecimiento de la educación técnica intercultural; la orientación al desarrollo económico autogestionario y con equidad de género; la promoción para la conformación de organizaciones productivas; el mejoramiento de la capacidad de gestión de las organizaciones productivas; la consolidación de espacios de participación de las organizaciones productivas, y los mecanismos de comercialización de productos y servicios.

El *desarrollo de mercados, mayor productividad y competitividad*, esta orientada a la maximización del acceso al mercado externo; el desarrollo del mercado interno; el fortalecimiento del sistema de sanidad animal e inocuidad alimentaria; la innovación y transferencia tecnológica; el desarrollo de los servicios de asistencia técnica rural; los servicios financieros adecuados para el sector agropecuario, y el fortalecimiento de las organizaciones de productores.

La *política de seguridad alimentaria* busca el incremento de la producción y productividad agropecuaria para mejorar la disponibilidad de alimentos; la promoción de la transformación de alimentos con alto valor nutritivo; la protección de la producción y los mercados agropecuarios nacionales; el apoyo a la generación de ingresos extraprediales en centros poblados dinámicos; el fomento a la creación de pequeñas empresas productivas y de transformación; el establecimiento de un sistema de información de precios y mercados; la implementación de una Estrategia Nacional de Educación Alimentaria Nutricional; la universalización el desayuno escolar y subsidio alimentario de lactancia, y la constitución de una red institucional pública-privada de apoyo a la Seguridad Alimentaria.

La *política de tierras* contempla la regularización y protección adecuada del derecho propietario sobre la tierra; el acceso y uso sostenible de la tierra, y el enlace del derecho propietario con la actividad productiva.

La *política de oportunidades de ingreso no agropecuario* busca la diversificación del ingreso rural y el empleo rural no agropecuario; la promoción del enfoque de desarrollo territorial integral; el desarrollo de las capacidades de gobiernos locales, y el desarrollo de centros poblados dinámicos.

La *construcción y mejoramiento de infraestructura productiva* está orientada a mejorar la infraestructura de riego, la construcción y mantenimiento de caminos vecinales, la electrificación y las telecomunicaciones rurales.

El *nuevo desarrollo alternativo* busca la generación de condiciones de desarrollo lícito en las zonas productoras de coca; el apoyo al desarrollo social y económico de las áreas de intervención, y el aprovechamiento racional y sostenible de los recursos naturales.

Complementariamente se plantean las siguientes políticas transversales:

- ← Sostenibilidad ambiental y uso productivo de los recursos naturales.
- ← Formación técnica para el desarrollo rural.

- ← Capacitación empresarial rural.
- ← Enfoque de género para el desarrollo.

Dominios de intervención

Los protagonistas centrales del desarrollo agropecuario y rural son los propios productores y el conjunto de actores económicos vinculados a la producción, comercialización y transformación de bienes y servicios generados en el contexto rural. En ese marco, el Estado tiene un papel promotor de las actividades de dichos actores, así como de apoyo a sus decisiones de inversión, trabajo y generación de ingresos, cuidando porque estas contribuyan a la seguridad alimentaria, la reducción de la pobreza, la equidad social y el desarrollo nacional.

La estrategia se aplicará a partir de criterios ordenadores centrales que servirán para priorizar y diferenciar las intervenciones de apoyo al sector agropecuario y rural. Se trata de mecanismos e instrumentos operativos para la aplicación de las siete políticas planteadas en la ENDAR desde los ámbitos nacional, departamental y municipal. Las modalidades de intervención abarcan tres dominios: 1) el desarrollo económico local, 2) el desarrollo de cadenas agro-productivas, y 3) las transferencias directas de recursos para las comunidades más deprimidas.

Desarrollo económico local

Consiste en la conjunción del esfuerzo público y privado, con una visión compartida de desarrollo y en un territorio determinado; permite establecer estrategias y alianzas vinculantes para promover inversiones concurrentes, plasmadas en agendas de responsabilidad compartida y priorizadas en los planes de desarrollo departamental y municipal, con la finalidad de generar ingresos y empleo.

Cadenas productivas

Enfoque que busca la inserción competitiva de productos nacionales en el mercado interno y externo, mediante la articulación eficiente de los actores de cada eslabón del proceso productivo y de los servicios vinculados, hasta llegar al consumidor final, como actor determinante. Este enfoque considera cierto nivel preexistente de organización de los eslabones de la cadena.

Transferencias a comunidades

Proceso por el cual se otorgan recursos financieros y en especie, de manera directa y no reembolsable, a organizaciones productivas, comunidades campesinas, colonizadoras, indígenas y originarias; el propósito es que se movilicen recursos y/o ejecuten proyectos productivos sostenibles, de conformidad con normas específicas, en un marco de control social y con aportes propios de los beneficiarios.

Implementación de la estrategia

En el Diálogo Nacional Bolivia Productiva se inició la implementación de la ENDAR, al incorporar en la metodología de las mesas municipales¹⁰ el enfoque del desarrollo económico local, que se centra en las agendas de responsabilidad compartida público-privadas, donde se definen las funciones de cada uno de los actores para promover el desarrollo.

El Diálogo Nacional Bolivia Productiva en el nivel municipal y departamental ha priorizado productos o rubros productivos con potencial de mercado interno o externo, para que se puedan mejorar las condiciones y la calidad de vida de la población. Este proceso movilizó a cerca de 67.750 personas¹¹ en sus diferentes fases.

De las Estrategias Productivas Integrales, 70% priorizan rubros productivos vinculados al sector agropecuario. Estos resultados determinan una visión de un país productivo, cimentado en bases agropecuarias para luchar contra la pobreza, la exclusión social y económica, la falta de empleo e ingresos dignos.

Este aspecto constituye una potencialidad, a la vez que responsabilidad, para el Ministerio de Asuntos Campesinos y Agropecuarios y los ministerios ligados al desarrollo agropecuario y rural del país; por ello corresponde establecer, en el contexto de la ENDAR, las propuestas para lograr un adecuado marco normativo, institucional y fiscal para la implementación de las Estrategias Productivas Integrales.

EXPERIENCIA DE DESARROLLO LOCAL EN EL MUNICIPIO DE COMANCHE

La ENDAR se basa en experiencias de desarrollo local ya ejecutadas, como esta que se presenta y que corresponde a un proceso con la participación de pueblos aymaras en zonas semiáridas, en el municipio de Comanche del departamento de La Paz. Cabe mencionar que los aymaras¹² no solo son la mayoría demográfica en el altiplano boliviano, sino que sus decisiones influyen en todo el país debido al peso cultural y político que ejercen.

¹⁰ Las 314 mesas municipales realizadas obtuvieron varios resultados: 1) la priorización de hasta seis productos o negocios potenciales para el municipio; 2) la formulación de las Estrategias Productivas Integrales para cada uno de los productos o negocios probables, con base en las potencialidades y limitaciones identificadas; 3) los roles que deben jugar los actores involucrados en cada uno de estos negocios; 4) propuestas para las mesas departamentales, y 5) propuestas para la mesa nacional.

¹¹ Ese total se corresponde al siguiente desglose: 42.000 participantes en el Prediálogo de Organizaciones, 3.000 en el Prediálogo de Sectoriales, 1.000 en el Prediálogo de FAM, 18.300 en las mesas municipales, 2.200 en las mesas departamentales, 450 en la mesa nacional y 800 técnicos movilizados.

¹² Los aymaras han desarrollado estrategias de supervivencia y tienen cuatro elementos importantes: 1) la tierra y el territorio, que consideran parte de su persona, inseparable de sí mismos, un ser superior vivo; 2) la familia extensa ampliada que es importante, incluyendo a los "fíos"; 3) la unidad doméstica de producción, y 4) la filosofía de la reciprocidad

Este proceso se inició a fines de los años ochenta, con la construcción de nuevas herramientas participativas y de concertación, a partir de la creación del Consejo de Desarrollo de Comanche. Sin embargo, el objetivo de lograr mejoras en el nivel de ingresos y la calidad de vida no se habría alcanzado si no se hubieran generado primero cambios culturales e ideológicos que resultaron en cambios de actitudes de los comancheños y permitieron sentar las bases para un proceso de desarrollo sostenible y de mejoramiento de sus condiciones de vida.

Es por eso que los procesos de interculturalidad se construyeron en dos ámbitos: uno, en el de la recuperación de los recursos naturales y las bases productivas, mediante el mejoramiento de los campos nativos de pastoreo y la construcción de reservorios de agua; el otro, por la introducción de instrumentos de administración y gestión empresarial que superaban el ámbito organizativo y político de los sindicatos.

Así, es posible entender que el incremento de ingresos no proviene solo de aumentos en la productividad y que la cultura abarca más que el concepto tradicional. Los cambios provienen de los seres humanos y solo son posibles cuando se revaloriza el capital social, proceso que no es otro que la educación.

Esta experiencia se desarrolló a partir de varios componentes: 1) planificación participativa; 2) acuerdos público-privados (Municipio de Comanche-Central, Campesina de Comanche); 3) actividades de recuperación y manejo de suelos y agua, y 4) desarrollo de ganadería y cultivos de quinua, papa y cañahua.

El Altiplano es un ecosistema único en el mundo con una gran variedad de especies de flora, fauna y diversidad genética. Este ecosistema se halla en proceso de degradación de sus recursos naturales (suelo, vegetación y agua) que está conduciendo a la amenaza de extinción de especies de animales y vegetales. La degradación de los suelos se debe a procesos de erosión natural y antrópica estimada en 14 toneladas por hectárea por año, lo que implica una pérdida anual de 11%. Este proceso de desertificación acelerada conlleva a una pérdida no solo de la diversidad de la flora y la fauna, sino de la capacidad productiva de los suelos.

El deterioro de la diversidad de la flora es consecuencia de la deforestación (extracción de leña para combustible familiar e industrial); el pastoreo con sobrecarga animal; la introducción de animales exóticos (ovinos y bovinos) al ecosistema; la sobreexplotación de plantas medicinales nativas para usos comerciales y los severos cambios climáticos (sequías, heladas, incremento de los rayos UV-B).

El proceso de aculturación en los sistemas sociales aymaras y quechuas se ha acelerado en los últimos 40 años, conduciendo a un deterioro de la gestión territorial y organización tradicional. Lo anterior se debe a cambios en la tenencia de la tierra, pérdida del control de pisos ecológicos, erosión del conocimiento sobre el manejo y conservación de los recursos, y la desestructuración de las organizaciones originarias, que está conduciendo a un agravamiento de los niveles de pobreza.

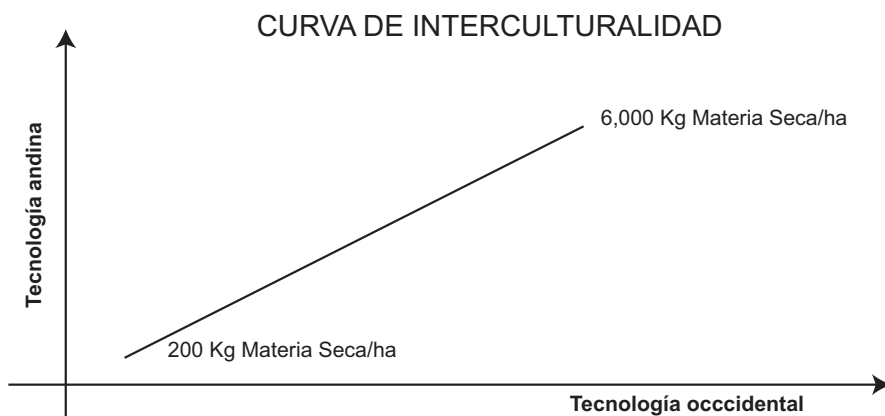
Sin embargo, estas poblaciones presentan importantes potencialidades, como son sus estrategias y prácticas de ocupación, organización y uso del espacio biofísico, sus prácticas agrícolas de base ecológica, conocimientos y tecnologías sostenibles, y una fuerte identidad cultural que contribuye decididamente a la identidad nacional.

Se recuperaron y validaron experiencias locales e institucionales, en las siguientes acciones:

- ← Identificación y establecimiento de bancos de germoplasma *in situ*, selección y validación de ecotipos.
- ← Intercambio de recursos genéticos, experiencias de conservación y multiplicación entre comunidades.
- ← Organización de una feria de exposición e intercambio de germoplasma intercomunal, municipal y provincial.
- ← Incorporación de tierras recuperadas al proceso productivo.
- ← Recuperación y gestión de praderas nativas.
- ← Implementación de practicas mecánicas (zanjas de infiltración y desviación) y agronómicas (abonamiento).
- ← Recolección y siembra de semillas nativas e introducidas.
- ← Capacitación tecnológica.
- ← Implementación de sistemas agroforestales, y barreras vivas y muertas (terrazas).
- ← Implementación de reservorios de agua que permitan aliviar la falta de este elemento vital.
- ← Cultivos de papa, quinua y cañahua.
- ← Una propuesta de formación y capacitación basada en la conjunción del intelecto cognitivo y del emocional, en un marco de interculturalidad orientada a la valoración y revalorización de su historia, de sus tradiciones y de su idioma, poniendo en alto la autoestima, desechando procedimientos educativos discriminatorios o alienantes y estableciendo un diálogo en igualdad de derechos y condiciones.

La experiencia de un trabajo educativo destinado al cambio de actitudes de los campesinos de Comanche, de recuperación de la base productiva, demostró que la combinación de la tecnología andina y la tecnología occidental genera una curva de interculturalidad que tiende a mejorar la productividad de los cultivos, ya que en este sistema se ha logrado un incremento en la producción de materia seca de 200 a 6.000 Kg por hectárea (figura 6).

FIGURA 6. Producción de materia seca, experiencia de desarrollo local en el municipio de Comanche, Bolivia



REFERENCIAS

- Bolivia, Consejo de Población para el Desarrollo Sostenible. Estudio de la migración interna en Bolivia. La Paz: CODEPO; 2004.
- Bolivia, Ministerio de Educación. Política nacional de formación profesional, técnica para el desarrollo rural. La Paz: Ministerio de Educación; 2004.
- Bolivia, United States Agency for International Development. Bolivia's Coca/Cocaine Economy in 1998: A Computer Model - July 1999. La Paz: USAID; 1999.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Rome: FAO; 2003.

COLABORACIÓN INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA PRODUCCIÓN AGRÍCOLA Y PECUARIA Y EL DESARROLLO HUMANO. EL CASO DE URUGUAY

Francisco Muzio Lladó,
Director General de Servicios Ganaderos
Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca del Uruguay
Montevideo, Uruguay

ANTECEDENTES

Uruguay es un país integrante del Cono Sur de América que tiene una superficie de 176.000 km² y una población de 3.340.000 habitantes, de la cual más de 90% están en el ámbito urbano y menos de 10% en el rural.

Los indicadores socioeconómicos y de producción han sufrido un severo impacto negativo desde la crisis del año 2002, lo que expresa un significativo trastorno del tejido social. El PIB, que era de US\$ 299.311 en el año 1998, descendió a 246.351 en 2002 y se recuperó a 252.506 en 2003, pero sin salvar las consecuencias en materia de equidad social.

El índice de desarrollo humano creció gradualmente de 0,759 a 0,828 en el período 1975-2001, ubicando a Uruguay en el puesto número 37 de los países del mundo; para 2004, el país ocupaba el lugar 46 a escala mundial y el cuarto para América Latina. En este marco, han aumentado las diferencias sociales como lo indica la estimación de que el 20% más pobre de la población percibe 4,8% total del ingreso, mientras que el 20% más rico alcanzaría 50,1%.

Pese a que Uruguay se encuentra en el grupo de países de alto índice de desarrollo humano, su avance en los últimos años ha sido más lento comparado con países ubicados en un nivel similar, lo que se ha manifestado en tres dimensiones del desarrollo humano: salud, educación y nivel de ingreso.

En salud, el gasto por persona es 35% superior a los restantes países latinoamericanos; pese a esto, la esperanza de vida ajustada por discapacidad —que es una medida de inequidad de acceso a los beneficios del sistema de salud— muestra importantes desventajas relativas para Uruguay, ya que resulta inferior a Chile y Costa Rica.

En el contexto regional, la población de Uruguay registra altos niveles de escolarización, aunque en los últimos años se ha alterado la tradicional accesibilidad

y sostenibilidad de la formación primaria y secundaria de algunos sectores de la sociedad uruguaya.

En materia de crecimiento económico, el país ha ido distanciándose de los países desarrollados desde la década de los años cincuenta, cuando se consideran temas como el de los ingresos.

Uno de los fenómenos más preocupantes del país es la polarización social, que comprende la exclusión de sectores de población o de áreas geográficas determinadas, resultado de fenómenos económicos fundamentados en políticas propias y de manifestaciones globales de mercado.

En este contexto y situación del Uruguay del año 2005, se propone el impulso estratégico de una colaboración intersectorial para promover la producción agrícola y pecuaria en el desarrollo humano, con base en la dimensión local y comunitaria.

COMPONENTE DEL PROGRAMA DE OPCIÓN PRODUCTIVA:
MUNICIPIOS PRODUCTIVOS Y SALUDABLES COMO PARTE DEL
DESARROLLO LOCAL EN ÁREAS RURALES O SUBURBANAS DE
PRODUCCIÓN FAMILIAR

Iniciativa de Acciones Conjuntas Salud-Agricultura y Comunidades Locales patrocinada por la OPS/OMS mediante la RIMSA

La OPS/OMS viene promoviendo desde hace décadas la coordinación y sinergia de actividades entre los sectores de salud y agricultura, así como con otros sectores conexos (ambiente, salud ocupacional y educación, entre otros).

En este caso, se pretende materializar la interacción salud-agricultura y sectores conexos mediante la estrategia de Municipios Productivos y Saludables (MPS) en áreas rurales de pequeños productores agropecuarios de tipo familiar; en algunos casos, esta iniciativa puede incluir áreas urbanas y peri-urbanas de municipios rurales, donde sus habitantes tienen dificultades de acceso a los alimentos.

Este planteamiento se realiza por medio de un enfoque articulador de la agricultura con la salud y el desarrollo local; se busca darle un nuevo significado a los modos de vida de las comunidades rurales y suburbanas, pero sin dejar de considerar la dimensión productivo-económica. Esto, como medio para alcanzar mejores ingresos, comprende las actividades asociadas al quehacer agropecuario, tales como la diversificación de las actividades agrícolas, la localidad de los productos y la generación de empleo y renta, lo que sin duda contribuirá a mejorar la situación de salud de las poblaciones.

Iniciativa para promover el desarrollo local en áreas de pequeños productores

En los países en desarrollo, una de las alternativas sociales de mayor potencial para reducir el hambre y la pobreza reside en mejorar la producción agropecuaria

de los pequeños productores. La Acción Conjunta Intersectorial Salud-Agricultura, patrocinada por OPS/OMS, se pone en práctica mediante la estrategia de municipios productivos y saludables como parte del desarrollo local, en áreas de pequeños productores familiares.

PRESENTACIÓN DE LA INICIATIVA DE ACCIONES CONJUNTAS SALUD-AGRICULTURA

La Estrategia de Municipios Productivos y Saludables (MPS) como parte del desarrollo local

Los productores y trabajadores rurales, las organizaciones públicas y privadas, las autoridades locales y los miembros de la comunidad en general, dedican constantes esfuerzos para mejorar la producción de alimentos sanos, extendiendo en lo posible esas acciones al procesamiento y a la comercialización de sus productos. El propósito es garantizar la seguridad alimentaria y nutricional individual y familiar, al mismo tiempo que se sistematiza en forma continuada el cuidado, la protección y la promoción de la salud de los miembros de la comunidad rural.

De esta manera, se promueve el mejoramiento de las condiciones de vida, incluyendo la generación de renta y empleo, así como la educación de los miembros de la comunidad (en especial, pero no solamente, de niños y jóvenes); a la vez, se crean condiciones que dan legitimidad a la identidad social de las familias rurales y a la preservación de la cultura local, y que valorizan la vida en el campo. Todo esto se pretende en un marco armonioso con los recursos naturales y el medio ambiente, para lo cual se debe dar una atención preferente a su preservación.

Asimismo, se fortalece la capacidad de participación y movilización social de las comunidades, para mejorar la convivencia, el diálogo, la cooperación, la capacidad de negociación y de consenso, la práctica de la solidaridad y de ciudadanía, así como la cogestión y el control social de los procesos.

El municipio constituye un escenario territorial local, económico-productivo, social, histórico, político y cultural, caracterizado por una dinámica particular de interacción entre los actores sociales internos, y de estos con los externos.

RESULTADO ESPERADO

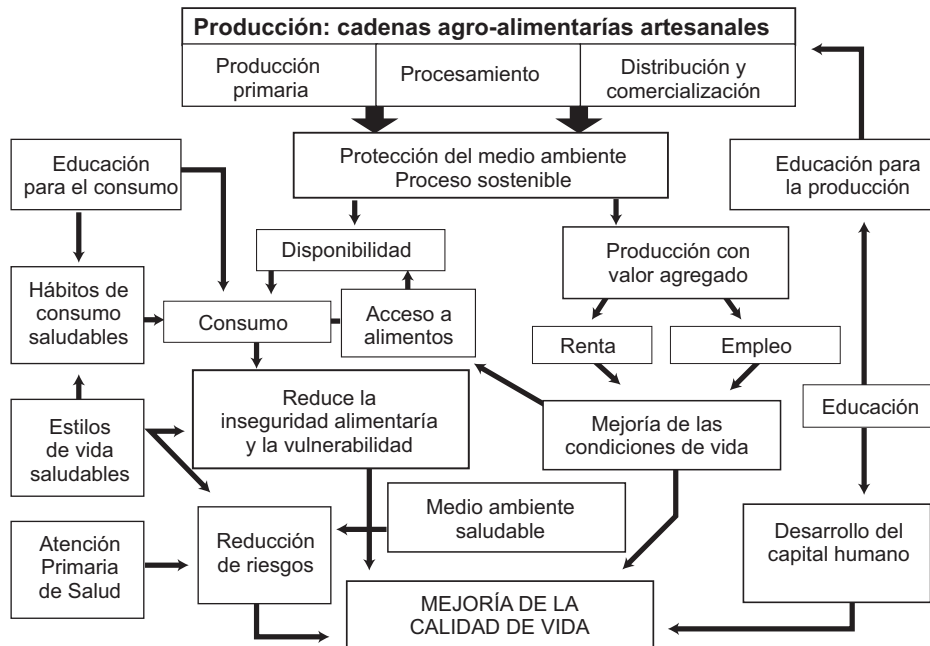
Producir para vivir de manera digna, saludable, participativa, solidaria y de una forma que sea sostenible.

EL DESARROLLO LOCAL

Para reducir la pobreza y las desigualdades no se busca exclusivamente promover el crecimiento de los aspectos productivos y económicos de la producción agro-

pecuaria en áreas de pequeños productores rurales; con esta iniciativa (figura 7) se persigue alcanzar una nueva forma de desarrollo social y económico de las comunidades de pequeños productores rurales que responda a preguntas: ¿cómo reducir la pobreza existente en innumerables poblaciones rurales?; ¿cómo influir en la formulación de iniciativas públicas que tengan un fuerte substrato basado en la equidad y en la inclusión social?

FIGURA 7. Municipios productivos y saludables como parte del desarrollo local. Componentes de la iniciativa



Fuente: Astudillo, 2004 (a).

La propuesta de desarrollo local fue planteada en el marco de la formulación de iniciativas públicas, donde lo local expresa un territorio vivo de interacciones; en este fluye la vida social, económica, cultural, política y espiritual de una comunidad de pequeños productores rurales, que se manifiesta y se construye en la práctica de la ciudadanía y que busca la cohesión social en un medio impregnado de intereses diversos y de conflictos (Akerman, 2004).

El fortalecimiento de la democracia en América Latina ha sido una importante conquista, pero hasta el momento no se ha llegado a traducir en una mejoría de las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables de nuestras sociedades, entre ellas las comunidades rurales formadas por productores familiares. Es conveniente fortalecer, en forma concomitante, otras formas de la democracia que permitan establecer alianzas y pactos entre actores gubernamentales y no gubernamentales. Estos pactos deben traducirse en compromisos públicos por la equidad y

la inclusión social, contruidos localmente entre los diversos actores sociales habitantes de esas comunidades locales, asegurando así derechos y promoviendo la práctica de la ciudadanía (Akerman, 2004).

Todo este proceso se traduce en una importante sinergia entre la sociedad civil y la democracia política que, como base para la formulación de iniciativas públicas, debe priorizar la dimensión colectiva de las necesidades y la solidaridad. De esta manera, la equidad y la inclusión social pasan a ser principios que orientan el proceso de desarrollo, que sería nada más un medio para el fortalecimiento de la ciudadanía y la promoción de derechos sociales.

El desarrollo local busca hacer viable el proceso de construcción de la capacidad social en un territorio o localidad, encaminado a promover acciones conjuntas y participativas, convergentes hacia fines colectivos y democráticamente aceptados, dirigidos a obtener un resultado final que presente un mayor impacto en la situación inicial.

En general, se puede decir que el concepto de desarrollo local se caracteriza por un abordaje endógeno de los problemas de una comunidad que habita una localidad, como determinante de las estrategias de promoción del proceso de desarrollo.

El desarrollo local representa un proceso de construcción, ante todo mediante la conquista de los derechos básicos de la ciudadanía; es decir, por medio del rescate de la percepción del ciudadano en cuanto a actor de un proceso social, con deberes y derechos, como protagonista de un proceso en el cual está inserto (Couto Rosa, 2004).

DESARROLLO LOCAL Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Acciones colectivas de diversos actores sociales de una comunidad (personas, grupos, organizaciones, instituciones) interesados en la iniciativa MPS, pueden enfrentar los retos de la realidad específica. Estas acciones materializan un proceso que incluye tomar parte en las interpretaciones de la realidad, las deliberaciones interpretativas, la elaboración de propuestas de solución, las negociaciones, las decisiones, la movilización de recursos, la adjudicación de responsabilidades y compromisos, la evaluación procesos y resultados, producto de la aplicación de la iniciativa Municipios Productivos y Saludables.

El proceso participativo involucra poner en práctica una serie de importantes características para la formación de los participantes, por el hecho de ser un proceso dialógico, pertinente, consensual, sinérgico, comprometido, solidario, creativo y efectivo. Los siguientes son los fundamentos que orientan la participación:

- a) Es un derecho y un deber de las personas.
- b) Desarrolla la conciencia crítica (cambios de comportamiento y actitudes).
- c) Su práctica implica el uso de proceso de "enseñanza-aprendizaje".

- d) Convierte a las personas y a la comunidad en protagonistas de su propio desarrollo.
- e) Mejora la autoafirmación de las personas.
- f) Su práctica permite adquirir poder.
- g) Desarrolla el respeto "hacia el otro", en cuanto otro.

Los espacios de articulación entre los miembros de la comunidad participante son variados, tales como foros, consejos, comités, talleres y grupos temáticos. Por otra parte, existen modos para formalizar las interacciones entre grupos, instituciones, organizaciones e individuos; por ejemplo, alianzas, pactos, acuerdos intersectoriales, consorcios, convenios, contratos y otras formas. En todos los casos, independientemente de la estrategia de articulación que se adopte, está presente la necesidad de poner en práctica habilidades de diálogo, de negociación y de mediación de conflictos (Astudillo, 2004(b)).

EL DESARROLLO LOCAL Y LAS ALIANZAS: ACUERDOS INTERSECTORIALES, PACTOS ESTRATÉGICOS Y FORMACIÓN DE REDES SOCIALES

Las expectativas de solución de los problemas sociales pasan por la identificación de nuevas formas de articular los actores sociales públicos y privados participantes, sean instituciones, organizaciones, grupos o simplemente individuos. Ello requiere una visión amplia e integrada de los problemas que afectan a la comunidad, y una acción conjunta y sinérgica de las diversas instituciones, organizaciones, grupos y fuerzas sociales que se movilizan para el desarrollo de políticas o iniciativas como la de Municipios Productivos y Saludables.

Las alianzas corresponden a cualquier acuerdo formal de colaboración, cooperación o coordinación, entre dos o más grupos sociales u organizaciones públicas o privadas, con el propósito de mejorar determinados beneficios mutuos, llevar adelante ciertos emprendimientos o proyectos, y alcanzar algún resultado específico que satisface el bien común de la comunidad.

La práctica intersectorial entre la comunidad y las instituciones que existen en la localidad se da por la necesidad de aprovechar las competencias y experiencias que poseen esos sectores, organizaciones y grupos sociales actuantes. El prisma de enfoque intersectorial corresponde a la articulación de conocimientos, prácticas y experiencias en la planificación, ejecución y evaluación de propuestas de solución de problemas de las comunidades rurales, con el propósito de atender a sus necesidades y expectativas en forma sinérgica e integral.

De esa forma, será posible emprender soluciones integrales y optimizar la aplicación de recursos, ya que la complejidad de la realidad social requiere un enfoque que "no se agota en el ámbito de una política social única". Hasta hoy, lo que se ha hecho en el medio rural es encauzar una política social específica sin considerar al ciudadano en su integridad o totalidad problemática, ni tampoco la operación de

otras políticas sociales. La intersectorialidad — por ser un enfoque que trasciende un único sector y además incluye a los usuarios o clientes de cada sector —, en este caso representa una forma de organizar y coordinar efectivamente experiencias, conocimientos y modos de acción con el fin de obtener resultados integrados en situaciones complejas, como una manera de superar la fragmentación sectorizada de las políticas sociales (Junqueira, 2000).

Las redes sociales corresponden a una construcción social que vincula los componentes (personas, grupos, organizaciones o instituciones) que forman parte de la red (nudos), tornándolos interdependientes entre sí. Esas interdependencias (interacciones) están en constante transformación a través del tiempo. Por las interconexiones de la red circulan información, influencias, recursos, compromisos, etc. El concepto de red valoriza el patrón de relación entre las partes interdependientes y no con las aisladas. Los vínculos entre las partes de la red generan sinergismo entre ellas, volviendo más efectivas sus acciones. Las redes sociales son un instrumento gerencial que privilegia la comprensión de la realidad compleja (variaciones de las interdependencias), dando gran capacidad para promover respuestas adaptativas frente a los cambios, debido al aumento de las comunicaciones horizontales. Así, la comunidad pasa a contar con un enorme capital social (Junqueira, 2000).

DESARROLLO LOCAL Y EL EMPODERAMIENTO SOCIAL

El empoderamiento social corresponde a un proceso de tipo participativo, que fortalece la capacidad de la comunidad local de tornarse agente, gestora y beneficiaria de su propio desarrollo, reforzando su capacidad real y efectiva de hacer presión, de influir (tener poder) en las decisiones que afectan su bienestar y calidad de vida.

El empoderamiento de una comunidad hace posible la creación y operación de nuevas empresas, construcción de nuevas organizaciones sociales, generación de sinergias, cambio de valores, actitudes y comportamientos, aumento de la autoestima, movilización en defensa de los intereses de la comunidad, mejoramiento de la calidad de vida y ejecución de acciones que afiancen y mejoren el desarrollo local.

DESARROLLO LOCAL Y CAPITAL SOCIAL

El capital social corresponde a la acumulación de un importante número de experiencias participativas y organizacionales que ocurren en la base de una comunidad, y que crea en ella un vasto conjunto de interacciones locales.

Eso fortalece los lazos de cooperación, solidaridad, confianza e iniciativa entre personas, grupos sociales y organizaciones comunitarias, lo que facilita el trabajo conjunto en pro de objetivos comunes de desarrollo.

Cuanto mayor es la disponibilidad de recursos sociales (asociaciones, consejos, grupos, movilización), mayor es la capacidad de asociación y por tanto mayor es el capital social disponible. Lo que en conjunto torna a la comunidad más competente para avanzar en el desarrollo local.

EL DESARROLLO LOCAL Y LA GOBERNANZA LOCAL

La gobernanza corresponde a una interacción entre el gobierno y la sociedad civil, de acuerdo a la dinámica democrática en el ámbito local, cuando se trata de la gestión de conflictos en la administración local que requieren la incorporación de la participación social en las decisiones, especialmente cuando se refieren al futuro del desarrollo socioeconómico de la comunidad. Debe quedar claro que se trata de un proceso de gobernabilidad democrática a nivel local (PNUD, 2004), por lo que gobernanza local no es sinónimo de gobierno oficial local, en el sentido convencional de una institución de gobierno con una autoridad formal legalmente constituida para implementar políticas públicas debidamente instituidas.

La gobernanza local se refiere a un comportamiento decisorio dirigido hacia actividades apoyadas en objetivos comunes, que pueden o no derivar de responsabilidades legales y formalmente establecidas.

Las funciones públicas del sector oficial, donde el gobierno es el único actor dominante, están en proceso de transformación. Se vive hoy un gran cambio en la concepción de gobernabilidad y una nueva forma es la gobernanza, entendida como la capacidad de toda la sociedad para ejercer influencia significativa en los procesos de decisión de tipo político, social y económico en un espacio territorial dado.

Todo lo anterior está basado en un sistema de redes sociales, integradas por una multiplicidad de actores sociales dotados de variados recursos (técnicos, legales, materiales, financieros, de poder, etc.). La gobernanza implica la gestión de las interacciones y las interdependencias del gobierno y de la administración oficial con el ambiente sociopolítico de una comunidad. Bajo esa perspectiva, el eje de análisis se disloca de la capacidad gubernamental de gestión para la relación de cooperación y conflicto entre diversas categorías de actores sociales, teniendo en cuenta la gestión del desarrollo local. De esta manera, la noción de gobernanza sugiere que la capacidad de gobernar no está únicamente relacionada con el aparato institucional oficial, sino con la construcción de alianzas entre los actores sociales en función de diversos factores como la interacción de intereses, etc.

Un nuevo tejido público está siendo construido abriendo camino a nuevas acciones políticas de desarrollo y a un nuevo papel del sector oficial. En este tejido nuevo se fortalecen nuevas formas de gobernabilidad como la gobernanza y la participación de los ciudadanos en la vida pública de las comunidades locales. Este nuevo proceso exige cambios de mentalidad y de comportamiento de los actores sociales públicos y privados (Couto Rosa, 2004).

Componentes de cooperación técnica para la operación de acciones conjuntas salud-agricultura

- a) Diagnóstico de las áreas rurales, suburbanas y eventualmente urbanas que puedan recibir este tipo de acciones. Selección de opciones productivas por:
 - Aceptabilidad.
 - Factibilidad.

- Capacidad local.
- Contexto social, económico y cultural.
- Rentabilidad eventual.

Establecimiento del perfil de salud del área y la población para la implementación de un proyecto Atención Primaria de Salud (APS) integral y sostenible.

- b) Diagnóstico de los actores institucionales (nacionales, departamentales y de la sociedad civil organizada) y comunitarios que participen de las etapas de diagnóstico, planificación, organización, ejecución, supervisión y evaluación del plan.

Aportes de los actores locales (institucionales y comunitarios) al desarrollo del proyecto.

- c) Planificación y organización de las acciones en agricultura y salud, con referencia a cada comunidad participante.
- d) Desarrollo de acciones piloto.
- e) Implementación general de las actividades definidas.
- f) Ejecución y supervisión de actividades:
- Agrícolas productivas.
 - De consumo y comercialización.
 - De atención primaria de salud.
 - De atención primaria ambiental (APA).
 - Supervisión técnica y comunitaria de lo ejecutado.
- g) Evaluación de resultados por medio de indicadores de proceso y producto establecidos en la planificación, con el nivel técnico y la comunidad.
- h) Extensión de la experiencia, con componentes técnicos y comunitarios, hacia otras poblaciones y comunidades postulantes.

COOPERACIÓN TÉCNICA OPS/OMS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN DE ACCIONES CONJUNTAS DE SALUD Y AGRICULTURA EN EL MARCO DE LOS MUNICIPIOS PRODUCTIVOS

Mobilización de recursos

Identificación de recursos humanos, materiales y financieros con el propósito de catalizar procesos de gestión, para la ejecución de acciones de agricultura, atención primaria ambiental y atención primaria salud.

Diseminación de información

- Aportar la información necesaria al plan propuesto.
- Generar información propia de los proyectos, editarla e imprimirla, con diseminación consecuente bajo forma de manuales, guías, informes y textos.

- Plan de comunicación social e información a la comunidad y a la población.

Capacitación

- Gestión de municipios saludables.
- Gestión de municipios productivos.
- Gestión de APA y APS en sistemas locales.
- Operación de municipios productivos.
- Acciones concretas del plan de desarrollo y producción que la comunidad hubiera seleccionado.

Se capacitará en el exterior a futuros replicadores de conocimiento y de cursos, talleres y seminarios locales, con personal docente nacional o local.

Desarrollo de planes y normas

Atención al desarrollo de planes y normas, para delinear procesos integrales y evaluables de producción, atención al ambiente y atención a la salud, en el nivel local.

Promoción de investigación

Se fomentarán proyectos de investigación aplicada en el desarrollo de las acciones dirigidos a:

- Implementar mejores acciones.
- Crear modalidades de evaluación y supervisión.
- Definir los procesos nacionales de municipios productivos en pro de mejorar los procesos.

Asesoría técnica directa

Aporte de recursos humanos con experticia en las materias implicadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Akerman, M. Prácticas sociales en salud pública para contribuir al desarrollo local: conceptos, desafíos y acciones. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2004. (Unpublished document).
- Astudillo, V. Desarrollo local: comunidades rurales productivas y saludables. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2004. (Unpublished documento).
- Astudillo, V. Municipios productivos: una contribución al desarrollo local. Document presented at the First International Convention on Food and Nutritional Security –

Community Development: A Challenge for the New Millennium. Pinar del Río, Cuba, 2004.

Couto Rosa, S. ¿Qué es el desarrollo local? Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2004. (Working documento).

Junqueira, L.A. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. Rio de Janeiro: RAP.FGV; 2000.

APOYO ESPECIAL A LOS ESTADOS INSULARES PEQUEÑOS PARA AUMENTAR LA CAPACIDAD EN MATERIA DE INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS Y COMERCIO INTERNACIONAL

Richard Harrison,
Secretario Permanente, Ministerio de Agricultura de Jamaica
Kingston, Jamaica

RESUMEN

Nuestra visión del futuro de los pequeños estados insulares de la Región tiene que valerse de información sobre los hechos que están produciéndose en el escenario comercial internacional, hechos actualmente determinados por la globalización; en tal situación, el comercio de productos agropecuarios y las cuestiones afines en materia de inocuidad de los alimentos siguen ocupando un lugar destacado.

Si bien se han dispuesto medidas de trato especial y diferenciado para ayudar a los países en desarrollo a hacer los ajustes necesarios para que puedan sobrevivir en el nuevo medio comercial liberalizado, no es seguro que los países desarrollados, que mantienen el control, estén dispuestos a acoger estas solicitudes de algún modo significativo.

Por consiguiente, la sabiduría convencional dicta que los pequeños estados insulares de la Región deben tratar de acelerar la modernización y reposicionamiento de sus sectores principales, junto con su infraestructura comercial de apoyo, para poder cumplir con los requisitos mundiales que se impondrán en breve.

Frente a estos antecedentes, como región estamos también intentando cumplir nuestro compromiso de erradicar la pobreza extrema y el hambre, de acuerdo con los ODM; es así como, con asistencia de nuestros asociados internacionales, hemos adoptado una modalidad colaboradora para acrecentar la capacidad infraestructural en el comercio internacional, en lo que atañe a la observancia de asuntos relacionados con la inocuidad de los alimentos. Nos complace informar que hemos logrado cierto grado de éxito en este ámbito. Sin embargo, dada la escala de nuestras economías, las medidas paliativas que deben cumplirse están iniciándose conjuntamente con la aplicación de políticas macro y microeconómicas para reducir la pobreza, por lo que todavía queda mucho por avanzar.

PANORAMA: SITUACIÓN GEOPOLÍTICA DEL CARIBE Y REQUISITOS ESPECIALES DE LOS PEQUEÑOS ESTADOS INSULARES EN DESARROLLO EN RELACIÓN CON LOS ODM

La globalización, en la medida en que procura abrir los mercados y eliminar los subsidios agropecuarios, presenta muchas oportunidades comerciales y de inversión para los países productores más grandes, más desarrollados, más eficientes. Al mismo tiempo, es innegable que ha repercutido negativamente en la producción y el comercio de alimentos del Caribe en el corto y mediano plazo; por ejemplo, la región se ha visto obligada a hacer reajustes serios y rápidos ante la creciente competencia de productores más eficientes en sus mercados primarios de exportación.

En el caso de la industria del plátano, por ejemplo, estos ajustes han sido resultado directo del fallo de la Organización Mundial del Comercio (OMC) acerca del régimen de importación de plátano de la Unión Europea (UE), que ha ocasionado reducciones en los beneficios preferenciales. Se prevé que en enero de 2006 la UE aplique un régimen basado solo aranceles y, si no se llega a acordar un arancel protector de 275 euros por tonelada, es muy probable que la industria del plátano de la región sufra un contratiempo adicional para su viabilidad. Esto tendrá un efecto negativo sobre los miles de agricultores y sus familias que dependen exclusivamente de este cultivo para su supervivencia económica.

La industria de azúcar del Caribe también viene afrontando retos fundamentales a raíz de la reforma del mercado azucarero de la UE, dada la necesidad de compatibilizar su régimen con la OMC. Por consiguiente, en esta región nos hallamos ante la posibilidad de una extraordinaria reducción de nuestros ingresos de exportación provenientes del azúcar.

En el caso de Jamaica, nuestra respuesta a estos y otros retos desencadenados por la globalización ha sido un intento de acelerar la reorganización y el reposicionamiento de nuestras industrias principales para hacerlas más competitivas y, donde sea posible, explorar la producción de nuevos productos básicos de valor agregado, así como oportunidades del mercado especializado que sean económicamente viables. Ahora bien, un reto igualmente complicado es el de los recursos necesarios para hacer tales ajustes, ya que las fuentes presupuestarias tradicionales han quedado bastante agotadas por causa de nuestras obligaciones relacionadas con el servicio de la deuda.

Jamaica, pues, como los demás pequeños estados insulares en la región, necesita toda la asistencia que pueda obtener de la comunidad internacional, a fin de ejecutar sus programas y estrategias de ajuste encaminados a asegurar su supervivencia y prosperidad en un ambiente de comercio más liberalizado.

Volviendo a la situación del Caribe, como importadora neta de alimentos la subregión afronta las consecuencias inminentes del aumento en las cuentas de importación de alimentos si la eliminación de los subsidios agropecuarios, sancionada por la OMC, genera aumentos en los precios de los alimentos. Habida cuenta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en cuanto a la erradicación de la

pobreza extrema y el hambre, la región necesariamente precisará recursos presupuestarios complementarios para cubrir el déficit acrecentado en su cuenta.

Aunque la región está preparada para los retos de la globalización y se esfuerza por elevar sus normas de inocuidad de los alimentos para los mercados tanto nacionales como de exportación el emergente énfasis en la inocuidad de los alimentos y en la mejora de las normas sanitarias y fitosanitarias en el medio comercial actual plantea retos adicionales

POLÍTICA MACRO Y MICROECONÓMICA PARA LA MITIGACIÓN DEL HAMBRE Y LA POBREZA EN JAMAICA

El Marco de Política Social y el Plan de Acción 2002-2007 de Jamaica detallan la estrategia del gobierno para establecer un modelo de desarrollo social sostenible. Este se diseñó con miras a proteger a los pobres y vulnerables a la vez que mejorar en general la calidad de vida para todos, brindando mayor acceso a los programas de desarrollo y más oportunidades socioeconómicas, así como una mayor armonía social. En el centro de esta estrategia se sitúa la reducción de la pobreza, a lograrse mediante una combinación de medidas que mejoren los ingresos, la autosuficiencia y los modos de vida de los grupos y comunidades más pobres. La estrategia de erradicación de la pobreza tiene tres componentes.

- ← El primero es de asistencia social, con transferencias de ingresos proyectadas bajo el Programa de Red de Seguridad Social del Gobierno.
- ← El segundo es desarrollar la capacidad de obtención de ingresos de los trabajadores pobres brindando oportunidades de adiestramiento, apoyo a microempresas y servicios financieros, mediante la aplicación de modalidades comunitarias.
- ← El tercero es proveer y mejorar la infraestructura social en las áreas pobres.

Antes del desarrollo del marco, los esfuerzos coordinados del gobierno por atender a las necesidades de los pobres y vulnerables empezaron con la ejecución del Programa Nacional de Erradicación de la Pobreza (PNEP), iniciado en 1995 después de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social celebrada en Copenhague aquel año. El PNEP coordina una amplia gama de proyectos relacionados con la pobreza y administrados por diversos ministerios y organismos, con la intención de aprovechar todos los recursos disponibles mediante el desarrollo integrado de la comunidad.

La Cumbre Mundial sobre la Alimentación fijó como objetivo para la erradicación de la pobreza y el hambre una reducción de 50% para 2015, haciendo hincapié en los tres elementos principales: disponibilidad, estabilidad y acceso.

Los datos disponibles señalan que ha habido una tendencia descendente, tanto en el nivel de pobreza como en el número de personas desnutridas en el país.

Aun así, a mediados de los años noventa el gobierno adoptó medidas para conservar la tendencia hacia la reducción de la pobreza aplicando varias iniciativas, entre ellas:

- ← La formulación y ejecución de una política industrial para crear un medio socioeconómico propicio para el crecimiento óptimo.
- ← La ejecución de proyectos para aumentar la producción de alimentos y la productividad.
- ← La puesta en marcha de iniciativas de erradicación de la pobreza por medio de varios mecanismos, incluido el establecimiento de un Fondo de Inversión Social (FIS) para realizar proyectos comunitarios destinados a los pobres.

En un informe en 2001, el gobierno destacó varios indicadores económicos positivos, los cuales respaldaban el hecho de que la pobreza efectivamente se estaba eliminando:

- ← Una reducción del nivel de la pobreza, de 33,9% en 1992 a 27,5% en 1995.
- ← Una reducción del nivel de inflación, de 77,3% en 1992 a 19,9% en 1995.
- ← El aumento del suministro de energía alimentaria (SEA), de 2.570 en 1984-1986 a 2.575 en 1992-1994.

REPERCUSIONES DE LA GLOBALIZACIÓN EN LOS PEQUEÑOS ESTADOS INSULARES EN DESARROLLO EN RELACIÓN CON LA PRODUCCIÓN Y COMERCIO LOCAL DE ALIMENTOS

La mayoría de los pequeños estados insulares en desarrollo del Caribe son importadores netos de alimentos, provenientes sobre todo de los países desarrollados. Al mismo tiempo son, invariablemente, exportadores relativamente grandes de una amplia variedad de alimentos frescos y procesados de origen animal y vegetal con destino a los países desarrollados. Como resultado, los requisitos regionales de comercio actualmente están dominados por las normas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los protocolos sanitarios y fitosanitarios, así como por la inspección y certificación veterinaria de los productos de origen animal.

Si bien la globalización en el comercio ha servido para aumentar la disponibilidad de los productos, también ha bombardeado la región con un número cada vez mayor de productos agropecuarios y de origen animal provenientes de varios países. Esto ha ampliado el riesgo de enfermedades exóticas que afectan tanto a plantas como animales. Además, la liberalización del comercio en todo el mundo ha exigido cambios significativos en la producción agropecuaria y los sistemas de procesamiento, lo que hace necesario imponer medidas de inocuidad de los alimentos más estrictas, ante la posibilidad de que aumenten los casos de enfermedades transmitidas por alimentos, entre ellas la encefalopatía esponjiforme de los bovinos (enfermedad de "las vacas locas"), la fiebre aftosa y la influenza aviar en las aves de corral.

Para los pequeños estados insulares en desarrollo de la región, la globalización ha planteado retos adicionales debido a recursos presupuestarios limitados, infraestructura

menos que óptima y legislación que suele ser inadecuada para reglamentar la inocuidad de los alimentos y los procesos de producción.

Iniciativas regionales sobre inocuidad de los alimentos

Se realizó una evaluación regional de las necesidades en materia de inocuidad de los alimentos, la cual destacó las deficiencias en lo que se refiere al cumplimiento de las normas para la inocuidad de los alimentos. Como resultado de esta evaluación, se han adoptado varias medidas a nivel tanto regional como nacional, entre ellas:

- ← Una mayor concientización sobre los temas de inocuidad de los alimentos dentro de la región.
- ← La aprobación por el jefe de agricultura, ganadería y salud de la región para que se establezca el Organismo del Caribe para la Salud Agropecuaria y la Inocuidad de los Alimentos (CAHFSA). Este organismo tiene como mandato la coordinación de todos los aspectos de la inocuidad de los alimentos y la salud agropecuaria dentro de la región.

Barbados y otros países de la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECS), con asistencia del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), están realizando activamente un programa de erradicación y control del acaro amblioma, ya que las ventas pecuarias de los países en los cuales existe infestación por esta garrapata se han restringido seriamente.

Asistencia técnica recibida dentro de la región

La Iniciativa IICA/USDA de las Américas es un programa de asistencia técnica, que durante los dos últimos años ha permitido que pequeños estados insulares en desarrollo de la región participen en reuniones del Comité de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias en Ginebra. Esta iniciativa ha generado una mayor concientización entre los interesados directos caribeños en relación con las medidas sanitarias y fitosanitarias y otros temas relacionados con la inocuidad de los alimentos; también ha acrecentado el diálogo entre los sectores privado y público en muchos de estos estados, para beneficio de los mismos. Además, muchos, incluido Jamaica, han avanzado positivamente hacia el cumplimiento de sus obligaciones bajo el Convenio de OMC/MSF, en lo que respecta a actualizar los reglamentos para que se ciñan más a la OMC, así como establecer Puntos de Averiguación/Notificación y formar comités de MSF.

El IICA, la FAO, la OPS y la OMC han suministrado financiamiento para el adiestramiento y el aumento de la capacidad en materia de inocuidad de los alimentos y MSF.

La OPS ha ayudado a Barbados a preparar y promulgar la legislación apropiada para abarcar la inspección y certificación veterinaria de productos de origen animal.

El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), con sede en Trinidad, ha prestado a la región el servicio de realizar investigación epidemiológica y diagnóstico de enfermedades transmitidas por los alimentos. Sin embargo, es preciso fortalecer las

capacidades de CAREC para que sus servicios sean más fácilmente accesiblemente a los países de la región.

Iniciativas sobre inocuidad de los alimentos emprendidas por Jamaica

Por su parte, Jamaica ha emprendido varias iniciativas para cumplir los requisitos de inocuidad de los alimentos dentro del contexto de la globalización, según se relacionan con la producción y el comercio de alimentos. Algunos de estos son:

- ← Mejoramiento de la infraestructura del Programa Nacional de Cuarentena para reglamentar la importación y exportación de animales vivos y productos de origen animal y vegetal. El programa, que es responsable de la inspección y certificación en el puerto de entrada:
 - Maneja un centro de cuarentena para la importación de ganado y animales domésticos.
 - Vigila la eliminación de desechos de barcos y aeronaves.
 - Realiza las evaluaciones de riesgos cualitativas de los productos de origen animal.
- ← El Ministerio de Agricultura, del cual depende la División Veterinaria, ha facilitado la elaboración de un programa de identificación de ganado. Esta iniciativa se ha tomado para cumplir las exigencias en cuanto a rastreabilidad de los productos de origen animal y posibles puntos de contaminación de alimentos dentro de la cadena de producción.
- ← El Gobierno de Jamaica — en colaboración con los Estados Unidos, la Comisión Mexicana, los Servicios de Inspección de Salud de Animales y Vegetales de APHIS/USDA y el Organismo Internacional de Energía Atómica — encabezó un programa nacional para la erradicación de la mosca del gusano barrenador del Nuevo Mundo, encaminado a erradicar esta plaga de Jamaica para proteger la calidad de los productos de origen animal.
- ← El gobierno también ha establecido el Servicio de Control de los Plaguicidas, con la responsabilidad legal de reglamentar la importación y el uso de estos productos para la producción de alimentos agropecuarios, de origen animal y vegetal.
- ← El Ministerio de Agricultura emprende continuamente programas de vigilancia epidemiológica de la enfermedad de Newcastle, influenza aviar, salmonela, tuberculosis bovina y brucelosis bovina.

REQUISITOS DEL DESARROLLO DE INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS HUMANOS Y ASUNTOS DE ECONOMÍA DE ESCALA

Dados sus respectivos retos económicos, los estados insulares del Caribe actualmente necesitan más recursos financieros y humanos para desarrollar y mantener una capacidad infraestructural adecuada y eficiente que les permita cumplir los protocolos de OMC/MSF y las normas de la OIE para la inspección y certificación veterinaria de los productos de origen animal.

Como importador neto de alimentos, el Caribe importa leche y productos lácteos, pescado y productos derivados, así como carnes y productos derivados. El cuadro 1 muestra la importación de productos de carne, pescado y mariscos en Jamaica durante el último año civil.

CUADRO 1. Importación de productos de carne, pescado y mariscos en Jamaica enero-diciembre de 2004

Tipo de carne	Cantidad en kilogramos
Caprina	64.003,98
Porcina	2.995.756,77
Ovina	4.025.753,52
Bovina	5.024.199,26
Pescados y mariscos	16.505.603,04
Aves de corral	38.313.342,76

Mientras la región, dada su incapacidad para satisfacer la demanda local, es gran importadora de carne vacuna y productos derivados, cerdo y productos derivados, aves de corral y productos avícolas, así como pescado, langosta, caracol y camarón en muchos casos no podemos reunir los requisitos de exportación para la leche de valor agregado, aves de corral y otros productos, como pasteles de carne, sopas, salsas y condimentos, para los cuales hay mercados lucrativos en el extranjero. Ello se debe a nuestra incapacidad para satisfacer muchos de los requisitos de OMC/MSF y de la OIE en lo que respecta a la inocuidad de los alimentos.

Las iniciativas de Jamaica para abordar estos asuntos

Nuestras principales operaciones de producción y procesamiento de alimentos en las industrias pesquera, avícola y láctea están adoptando y aplicando sistemas de inspección y vigilancia basados en APPCC, así como en las buenas prácticas de fabricación y sistemas de procedimientos de trabajo normalizados, que son necesarios para satisfacer normas internacionales.

Hemos promulgado la ley sobre exportación de carne y subproductos, la cual fija normas apropiadas para su producción y procesamiento. También hemos promulgado la ley de 1999 sobre exportación de productos y subproductos marinos de interior y de acuicultura, junto con sus reglamentos de autorización; y me satisface decir que Jamaica ha recibido acreditación en la "Tercera Lista de Países" de la UE, lo cual nos permite exportar pescado y productos derivados a los estados miembros de la UE.

Debe agregarse que también estamos adoptando medidas para implantar los procedimientos necesarios que nos permitan exportar una mayor variedad de alimentos procesados a los mercados de los Estados Unidos y Canadá.

Hemos ampliado nuestro laboratorio veterinario, adquirido equipo muy moderno y hemos puesto en marcha programas para mejorar los análisis microbiológicos y de residuos, así como programas de vigilancia de fármacos de uso veterinario para la

producción, cosecha y procesamiento de productos de pesquería.

La División de Servicios Veterinarios ha contratado personal adicional para inspeccionar y vigilar los sistemas alimentarios.

También me complace informar que Jamaica actualmente satisface los requisitos de certificación en relación con el análisis de residuos para la exportación.

Inocuidad de los alimentos

Pese a nuestros logros como países individuales, debido al tamaño pequeño de los estados insulares del Caribe y a los consiguientes problemas de escasez de recursos, es difícil cumplir las normas internacionales para la inocuidad de los alimentos, por su alcance y exigencia. Además de estos requisitos internacionales, los consumidores, muy concientes del peligro de enfermedades transmitidas por los alimentos, están ejerciendo enorme presión sobre los sistemas tradicionales para la inocuidad de los alimentos, que en la mayoría de los países en desarrollo están mayormente en manos del sector de procesamiento de alimentos; sin embargo, este se centra en retirar del mercado los alimentos contaminados después de los hechos.

Nuestros sistemas de inocuidad de los alimentos también enfrentan retos sin precedentes, que surgen de los cambios demográficos, la globalización del comercio alimentario, y las pautas de consumo cambiantes por el énfasis en modos de vida más sanos, la urbanización creciente y la producción de alimentos más intensificada. Los gobiernos regionales, pues, necesitan mancomunar sus escasos recursos donde sea posible, por ejemplo en aspectos como el análisis de residuos y la formulación de normas sobre inocuidad de los alimentos, a fin de aprovechar las economías de escala.

Personas en riesgo

La Organización Mundial de la Salud calcula que cada año, casi dos millones de niños de los países en desarrollo mueren de diarrea, causada principalmente por la contaminación microbiana de los alimentos y el agua; en los países industrializados se calcula que, cada año, hasta un tercio de la población padece enfermedades transmitidas por los alimentos.

Las enfermedades transmitidas por los alimentos pueden clasificarse como físicas, químicas o biológicas. Algunos ejemplos son:

- ← Zoonosis
- ← Infección por *Listeria monocytogenes*
- ← Infección por *Salmonella*
- ← Infección por *E. coli* O157, H7
- ← Contaminantes industriales
- ← Productos químicos agropecuarios

En Jamaica, el Servicio de Control de Plaguicidas, de reciente formación y compuesto por representantes de diversos organismos, incluido el Ministerio de Salud, se encarga de reglamentar la importación, distribución y uso de productos químicos agropecuarios. Además, la División de Servicios Veterinarios tiene un Programa de Monitoreo de Residuos de Fármacos de uso Veterinario para agentes antimicrobianos, hormonas, plaguicidas, metales pesados y toxinas.

Entre los residuos de fármacos de uso veterinario encontrados en los alimentos se incluyen antibióticos y hormonas promotoras del crecimiento, y se considera que el uso generalizado e indebido de tales medicamentos puede haber contribuido a la aparición de microorganismos farmacorresistentes. Estos microorganismos pueden pasar del animal al hombre por medio de la cadena alimentaria.

Métodos para mejorar la inocuidad de los alimentos

Tradicionalmente, se consideraba que los alimentos de origen animal mal cocidos eran la causa primaria de enfermedades transmitidas por los alimentos. Ahora se está prestando más atención a elementos como las frutas, las verduras y los jugos de fruta.

El sistema de inocuidad de los alimentos actual, que se basa en la reglamentación y el control de los productos, debe combinarse con medidas preventivas para controlar la introducción de elementos peligrosos en la cadena alimentaria. Algunos se refieren a esta combinación como la modalidad “de la granja a la mesa” o “de la granja al tenedor”. Tal sistema requiere:

- ← La aplicación de las buenas prácticas agropecuarias en la producción, el tratamiento, el procesamiento y el manejo posterior a la cosecha de alimentos, lo cual reduce el riesgo de contaminación microbiana y química. Al respecto, el Ministerio de Agricultura, junto con organismos como el IICA, está formulando dichas prácticas para el sector agropecuario, incluida la agroindustria.
- ← La aplicación de las buenas prácticas de fabricación, que también se refieren a establecimientos o centros de sacrificio y procesamiento. Jamaica ha tenido cierto éxito en la aplicación de dichas prácticas en los centros de procesamiento, especialmente los que preparan productos de acuicultura para el mercado de exportación. No obstante, queda todavía mucho por realizarse en cuanto a establecer normas similares para otros establecimientos de sacrificio y procesamiento de alimentos.
- ← La reglamentación de las operaciones de procesamiento de alimentos, que debe basarse en el Sistema de Análisis de Riesgos y Puntos de Control Críticos (APPCC). Este sistema identifica y vigila los puntos más vulnerables en una cadena de producción de alimentos.

RECOMENDACIONES

Los gobiernos nacionales y regionales deben asignar prioridad a la aplicación de medidas integradas para la inocuidad y seguridad de los alimentos, junto con la

legislación apropiada, a fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas sobre la mitigación de la pobreza y el mejoramiento de la salud agropecuaria.

Deben realizarse esfuerzos para implantar en las industrias alimentarias locales sistemas de bioseguridad basados en el APPCC, así como en los sectores de producción, procesamiento y distribución.

Los gobiernos regionales deben colaborar en la formulación y el mantenimiento de normas eficaces y eficientes sobre inocuidad de los alimentos (por ejemplo, programas de inspección y certificación de servicios veterinarios).

Para ajustarse a los requisitos de la OIE, los servicios veterinarios regionales deben recibir apoyo legislativo para facilitar la puesta en marcha de sus programas de sanidad animal respectivos. Tales programas deben incluir:

- ← Prevención, vigilancia, erradicación y control de enfermedades de los animales.
- ← Actividades de cuarentena (importación, exportación) y control del movimiento de animales y productos derivados.
- ← Pruebas/análisis de laboratorio y diagnóstico de enfermedades animales, zoonóticas y transmitidas por los alimentos.
- ← Inspección y certificación sanitaria veterinaria de los productos de origen animal.
- ← Ejecución de programas de inocuidad de los alimentos, incluidos sistemas de inspección de APPCC, en lo que atañe a la producción pecuaria, el procesamiento, el sacrificio y la preparación de productos de origen animal.
- ← Programas de salud pública veterinaria.
- ← Sistemas de identificación y rastreabilidad de animales.
- ← Medidas de análisis de riesgos para proteger la sanidad humana y animal contra la amenaza de enfermedades transmitidas mediante la importación de productos de origen animal.
- ← Monitoreo de residuos de fármacos de uso veterinario.

CONCLUSIONES

Para finalizar, la realidad es que la globalización, el libre comercio y los consiguientes protocolos sanitarios y fitosanitarios de la OMC deben considerarse ahora como parte del panorama agropecuario actual. Considerando el reto planteado por nuestra incapacidad para explotar el potencial económico total del comercio internacional de productos agropecuarios, unido a los efectos de la pobreza persistente, como son la malnutrición y los riesgos constantes planteados por alimentos no aptos para el consumo, los estados insulares del Caribe necesitan consolidar sus

recursos y voluntades colectivas, si es que pretenden alcanzar realmente los ODM en lo que respecta a la erradicación de la pobreza extrema y el hambre.

Así, me gustaría reiterar la necesidad urgente de contar con apoyo adicional, en forma de programas de asistencia técnica acelerados, para cumplir las muchas obligaciones mundiales en materia de inocuidad de los alimentos; de esta manera, se podría asegurar que la región contara con poblaciones sanas y productivas, capaces de aprovechar al máximo las oportunidades comerciales y otras que se están desencadenando a raíz de la globalización.

Dado lo anterior, es particularmente alentador ver que las recomendaciones para este tipo de asistencia encuentran respaldo en el artículo 9 del Acuerdo MSF, que habla de "asistencia técnica" y en el artículo 10, que aborda el tema del "trato especial y diferenciado". A modo de aval adicional, también es alentador ver que actualmente, a nivel de las reuniones del Comité de OMC/MSF, se está discutiendo la ampliación de estos dos artículos importantes citados en el Convenio, con el objetivo de lograr el pronto cumplimiento por parte de los pequeños estados insulares en desarrollo, lo cual facilitaría un mejor acceso al comercio internacional.

Al final de cuentas, no obstante los ajustes formidables que la globalización ha exigido dentro de la región, hemos tenido un grado razonable de éxito en el mejoramiento de la capacidad de nuestros sectores agropecuario y de salud, en nuestro empeño por promover más eficiencia e inocuidad en la cadena de producción de alimentos. Si bien hemos tomado la iniciativa en este sentido, el proceso ha recibido el inestimable apoyo financiero de nuestros socios internacionales. Frente a esta situación, estamos seguros de que podremos seguir avanzando positivamente hacia el cumplimiento de los ODM en materia reducción del hambre y la pobreza, con el compromiso continuo de dar apoyo a nuestras iniciativas futuras.



PANEL SOBRE LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL
FRENTE A PROBLEMAS
EMERGENTES EN EL
ÁMBITO DE LA
AGRICULTURA, LA
GANADERÍA Y LA SALUD

LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ZONOSIS NUEVAS Y EMERGENTES: EL CÓDIGO ZOOSANITARIO INTERNACIONAL COMO BASE PARA LAS POLÍTICAS Y EL COMERCIO

Bernard Vallat,
Director General, Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE)
Paris, Francia

Los acontecimientos sanitarios importantes actuales deben manejarlos las autoridades médicas en colaboración con las autoridades veterinarias. Enfermedades que tienen múltiples huéspedes:

- ← 60% de los agentes patógenos de seres humanos son zoonóticos.
- ← 80% de los agentes patógenos de animales tienen huéspedes múltiples.
- ← 75% de las enfermedades emergentes son zoonóticas.
- ← 80% de los agentes de uso potencial en bioterrorismo son organismos patógenos zoonóticos.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

El *Codex Alimentarius* está a cargo de elaborar normas internacionales relativas a la inocuidad de los alimentos y la salud pública, mientras que la OIE está a cargo de las normas de sanidad animal y zoonosis. Así, se requiere una mayor colaboración entre la OIE y el *Codex* para contar con nuevas normas que sirvan de puente entre los intereses públicos y los relacionados con los animales, en el proceso continuo que va desde la "producción hasta el consumo".

En el marco de esta colaboración, las metas de inocuidad de los alimentos de la OIE son reducir los riesgos de los seres humanos de adquirir enfermedades transmitidas por los alimentos, mediante la prevención, la eliminación o el control de los riesgos causados por los animales, ya sea antes de su matanza o del procesamiento primario de productos, con énfasis ante todo en las medidas de inocuidad de los alimentos pertinentes a nivel de la granja.

La labor de la OIE respecto a la inocuidad de los alimentos la coordina un grupo de trabajo permanente de inocuidad de los alimentos sobre zootecnia. Este grupo de

trabajo incluye a representantes de alto nivel del *Codex Alimentarius* (presidente y secretario general), la OMS, la FAO y los jefes de los servicios veterinarios de todos los continentes. Las prioridades de dicho grupo son:

- ← Buenas prácticas agropecuarias para reducir al mínimo los riesgos a ese nivel.
- ← Normas no actualizadas relativas a las zoonosis transmitidas por alimentos que abarcan los riesgos de salud pública en el Código de la OIE (por ejemplo, tuberculosis), y agentes patógenos importantes en salud pública que no siempre afectan a los animales (por ejemplo, *Listeria*, *Trichinella*).
- ← Resistencia a los antimicrobianos, principalmente condiciones de uso prudente.
- ← Rastreadibilidad de los animales, con un enlace técnico con la rastreadibilidad de productos y procedimientos.
- ← Examen de las normas existentes de la OIE y del *Codex* de interés común, y detección de deficiencias y repeticiones.
- ← Participación de la OIE en el trabajo de diversos comités del *Codex*.
- ← Aclaración y promoción de las funciones dobles de los servicios veterinarios en la cadena alimentaria que tienen que ver con objetivos de salud pública y de sanidad animal. Por ejemplo, la dualidad de los objetivos en la inspección ante y *post mortem* en los mataderos es una de las áreas de integración e inspección.

La colaboración y la interdependencia entre las autoridades de salud pública y sanidad animal a nivel internacional, regional y, principalmente, nacional son cruciales para el control de los riesgos actuales con respecto a la inocuidad de los alimentos. También son esenciales para hacer frente a las enfermedades emergentes transmitidas por los alimentos y a las enfermedades epidémicas del futuro.

ZOONOSIS

La labor de la OIE en el campo de la influenza aviar

Han ocurrido brotes significativos desde finales de los años noventa, especialmente en Asia. Desde el comienzo de 2004 se ha observado una situación sin precedentes, en la que se han registrado pérdidas considerables en las zonas rurales, la industria, los mercados externos y las economías nacionales de 10 países. Existe un riesgo potencial de pandemia en seres humanos, pero nadie puede establecer la probabilidad científica de un vínculo entre la aparición de una pandemia y un posible reordenamiento del virus animal.

La OIE y la FAO están colaborando para proporcionar conocimientos técnicos y métodos de control a los países donde se registra la infección. Asimismo, organizan conferencias científicas internacionales y regionales en las que participan los mejores especialistas y personas competentes en gestión de riesgos.

Las recomendaciones principales son:

- ← Tener en cuenta la pertinencia de las medidas clásicas de control en animales para reducir la propagación vírica (por ej., sacrificio de urgencia, cuarentena, control de movimientos).
- ← Vacunar a las aves de corral para reducir considerablemente los niveles víricos, cuando fracase la aplicación de medidas clásicas de control por falta de recursos de servicios veterinarios.
- ← Reducir a un mínimo los contactos posibles con aves infectadas en los mercados de aves de corral vivas.

La OIE y la FAO lanzaron una red mundial de pericia en influenza aviar (OFFLu) con los siguientes objetivos:

- ← Desarrollar la investigación y ofrecer pericia veterinaria a los países para ayudar a controlar la influenza aviar.
- ← Colaborar con la red de gripe humana de la OMS en cuestiones relacionadas con el contacto entre animales y seres humanos al proveer cepas víricas animales a fin de elaborar pronto vacunas para seres humanos.
- ← Evitar la duplicación del trabajo.

La OIE está elaborando nuevas normas internacionales relativas a la influenza aviar, para:

- ← La seguridad del comercio internacional de aves de corral y productos avícolas, al abordar mejor los riesgos que presentan diferentes productos básicos y al diferenciar entre la probabilidad de transmisión de la gripe sumamente patógena y la gripe poco patógena;
- ← Estrategias y métodos de vigilancia que deben usarse con miras a mejorar la detección y respuesta tempranas y la notificación y transparencia nacional e internacional.

Es evidente que la mejor política para el control de la influenza aviar en los animales y en los seres humanos consiste en detener el virus en su origen.

Es más eficaz en función de los costos invertir en el control de los animales, por ejemplo, al reforzar los servicios veterinarios de los países pobres que enfrentan esta enfermedad y no cuentan con las habilidades y las infraestructuras apropiadas.

Labor de la OIE en el campo de la Encefalopatía Espongiforme Bovina (EEB)

Las normas actuales de la OIE incluyen:

- ← Un sistema complejo de cinco categorías del estado sanitario de países o zonas, establecido en un enfoque basado en la prevalencia.

- ◀ Directrices para la vigilancia, establecidas hace muchos años y desprovistas de una orientación apropiada para el uso óptimo de las nuevas pruebas rápidas de tamizaje.
- ◀ El capítulo actual siempre permite el comercio de carne fresca en ciertas condiciones, incluso de los países clasificados en la categoría de alto riesgo.

Sin embargo, muchos países que dan prioridad a cuestiones políticas no respetan el capítulo actual de la OIE. Por esta razón, la OIE propondrá este año un nuevo capítulo con un enfoque de tres categorías, basadas en el riesgo (no en la prevalencia):

- ◀ Riesgo desdeñable de EEB sin o con medidas de mitigación de riesgo especiales para productos básicos.
- ◀ Riesgo desdeñable de EEB con medidas de mitigación de riesgo especiales para productos básicos.
- ◀ Riesgo indeterminado.

El nuevo capítulo se centra en:

- ◀ Medidas especiales para productos básicos.
- ◀ Evaluación de los factores de riesgo y el momento en que se han adoptado medidas apropiadas para abordarlos.
- ◀ La vigilancia es importante, pero el hallazgo de un caso no cambia las medidas de comercio de forma innecesaria.

La Comisión del Código de la OIE está proponiendo que, independientemente del país de exportación de la EEB, a la lista existente de productos básicos inocuos (leche, semen, embriones, cuero y pieles, etc.) se agregue:

- ◀ Carne músculo-esquelética deshuesada (en ciertas condiciones y con exclusión de la carne separada mecánicamente).
- ◀ Sangre y productos sanguíneos (en ciertas condiciones, por ejemplo, algunos métodos de matanza).

La adición de estos productos resultó de la ausencia de datos probatorios de transmisión. Respecto a otros productos básicos, las condiciones se vinculan con el estado de la población bovina del país o la zona de exportación.

PERSPECTIVAS SOBRE LA VARIANTE DE LA ENFERMEDAD CREUTZFELDT-JAKOB (vCJ)

- ◀ Muchos modelos anteriores predijeron la probabilidad de una epidemia severa de la enfermedad de vCJ.

- ← La EEB ahora parece ser menor comparada con otros problemas de salud pública.
- ← Un artículo publicado por la Real Sociedad del Reino Unido hace un “mejor cálculo” de 70 defunciones futuras, además de las 150 registradas hasta la fecha.

SALUD PÚBLICA VETERINARIA: NECESIDAD DE COLABORACIÓN

Esta colaboración está cobrando impulso a niveles nacional y mundial. Es lamentable que al mismo tiempo la OMS esté preparando un nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de manera totalmente aislada.

El Reglamento Sanitario Internacional actual no reconoce la necesidad de una colaboración especial con su propio *Codex Alimentarius*, ni con la OIE. El borrador actual del reglamento tampoco menciona claramente la colaboración entre los servicios médicos y veterinarios nacionales en el campo de la zoonosis. Por esta razón, la OIE está proponiendo una modificación del texto propuesto al Artículo 12 del Reglamento Sanitario Internacional:

“La OMS cooperará y coordinará sus actividades, según convenga, con otros cuerpos u organizaciones intergubernamentales competentes, como la FAO y la OIE, en la ejecución de estos reglamentos, incluso a través de la conclusión de convenios y otros arreglos similares.”

INICIATIVAS PARA LA SEGURIDAD E INOCUIDAD ALIMENTARIAS Y LAS ENFERMEDADES ANIMALES TRANSFRONTERIZAS

Moisés Vargas-Terán,
Oficial de Salud Animal
Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe
Santiago, Chile

RESUMEN

El presente documento presenta una síntesis de las principales actividades conjuntas entre la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones internacionales, para la asistencia técnica en temas emergentes como la seguridad alimentaria, la calidad e inocuidad de los alimentos y el control progresivo de las enfermedades transfronterizas; a la vez, se presentan propuestas sobre la manera como los países pueden participar. Se describe la situación actual del estado de la subnutrición en el Continente Americano y los avances conseguidos en las líneas de acción fijadas por la Cumbre Mundial de la Alimentación; se relata la operación del Fondo Fiduciario de la FAO para la seguridad alimentaria; se citan los proyectos dentro del Programa Especial para la Seguridad Alimentaria, a la vez que se da cuenta de las principales labores de la Comisión FAO/OMS del *Codex Alimentarius* y la implementación del Sistema de Prevención de Emergencias para Enfermedades de Animales y Plantas, así como sobre el lanzamiento del Programa Global de la FAO/OIE para el Control Progresivo de las Enfermedades Transfronterizas de los Animales. Las recomendaciones se pueden sintetizar en fomentar la competitividad del productor rural para mejorar la seguridad alimentaria; incrementar la participación activa de los países en las labores fundamentales del *Codex Alimentarius*, y fortalecer los servicios veterinarios y de salud pública veterinaria, para evitar la introducción de enfermedades transfronterizas a los países de la Región.

INTRODUCCIÓN

La FAO conduce las actividades encaminadas a erradicar el hambre, al brindar sus servicios tanto a países desarrollados como a países en desarrollo. Actualmente está integrada por 187 países miembros y una organización miembro, la Comunidad Europea; actúa como un foro neutral donde todos los países se reúnen en pie

de igualdad para negociar acuerdos y debatir políticas. También es una fuente de conocimientos y de información. La FAO ayuda a los países en desarrollo y a los países en transición a modernizar y mejorar sus actividades agropecuarias, forestales y pesqueras, con el fin de asegurar una buena nutrición para todos. Desde su fundación en 1945 ha prestado especial atención al desarrollo de las zonas rurales, donde vive 70% de la población mundial pobre y que pasa hambre.

El mandato de la FAO consiste en mejorar la nutrición, aumentar la productividad agrícola, elevar el nivel de vida de la población rural y contribuir al crecimiento de la economía mundial, para alcanzar la seguridad alimentaria para todos y asegurar que las personas tengan acceso regular a alimentos de buena calidad que les permitan llevar una vida activa y saludable.

La existencia del hambre en un mundo de abundancia no es solo un escándalo moral, sino que además revela poca visión desde un punto de vista económico: los hambrientos son malos trabajadores; si asisten a la escuela aprenden poco, están expuestos a enfermedades y mueren jóvenes. El hambre también se transmite a través de las generaciones, ya que las madres subnutridas procrean niños con deficiencia de peso, cuyo potencial mental y físico resulta deteriorado. La productividad de los individuos y el crecimiento de las naciones enteras se ven altamente comprometidos por el hambre generalizada; por lo tanto, su erradicación es por el propio interés de cada país.

Por ello, en noviembre de 1996, la FAO organizó la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (CMA), siendo la primera reunión mundial al más alto nivel político concentrada exclusivamente en la seguridad alimentaria. Con la aprobación de la Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y el Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, se renovó el compromiso de la comunidad internacional de garantizar alimentos para todos. La Declaración enuncia la meta última y el objetivo inmediato: "Prometemos consagrar nuestra voluntad política y nuestra dedicación común y nacional a conseguir la seguridad alimentaria para todos y a realizar un esfuerzo constante para erradicar el hambre de todos los países, con el objetivo inmediato de reducir el número de personas desnutridas a la mitad de su nivel actual, antes de 2015".

Seguimiento comparativo de las regiones en la consecución del objetivo de la CMA

A escala mundial, la última estimación indica que 798 millones de personas se encontraban subnutridas¹ en el bienio 1999-2001 en el mundo en desarrollo, lo que representa una disminución de solo 19 millones desde el bienio 1990-1992, período de referencia utilizado en la CMA. Por tanto, la disminución media anual desde la Cumbre solo ha sido de 2,1 millones, muy por debajo del nivel requerido para alcanzar el objetivo de la CMA. Esto significa que, para alcanzar el objetivo, el avance debe acelerarse ahora a 26 millones al año, casi 12 veces la actual tasa de reducción.

¹ Subnutrición: es la ingestión de alimentos insuficiente para satisfacer los requerimientos energéticos de las personas.

Sin embargo hay algunos países que han progresado en la reducción del número de subnutridos. Solo China alcanzó una reducción de 58 millones desde 1990-1992. Brasil, Ghana, Indonesia, Perú, Vietnam y Tailandia lograron una reducción de 3 millones o más, ayudando a contrarrestar un incremento de 76 millones en 47 países donde el avance se ha detenido. Pero, si se exceptúan China y esos seis países, el número de subnutridos en el resto del mundo en desarrollo se ha incrementado 59 millones a partir del período de referencia de la CMA.

En América Latina y el Caribe cerca de 54 millones de personas se encontraban subnutridas (1999-2001), en contraste con los 59 millones de 1990-1992. Dentro de este escenario, solo América del Sur y el Caribe han registrado un descenso en los últimos años, mientras que América Central y México han presenciado un aumento en el número de personas con déficit alimentario (cuadro 2). Lo anterior revela que el progreso hacia el objetivo de reducir a la mitad el número de personas aquejadas por el hambre es lento y que, de mantenerse la tendencia actual, la meta de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación no se alcanzará en el año 2015 sino apenas en 2030.

CUADRO 2. Prevalencia de subnutrición en América Latina y el Caribe

Región y países	Población total (millones)			Número de personas subnutridas (millones)			Porcentaje de personas subnutridas sobre el total de la población		
	1990-1992	1995-1997	2000-2002	1990-1992	1995-1997	2000-2002	1990-1992	1995-1997	2000-2002
AMERICA LATINA Y EL CARIBE	443,3	482,6	521,2	59,5	54,6	53,0	13	11	10
América del Norte (México)	84,8	92,7	100,5	4,6	5,0	5,2	5	5	5
América Central	28,8	32,8	36,8	5,0	6,5	7,4	17	20	20
El Caribe	28,5	30,2	31,7	7,8	8,9	6,8	27	30	21
América del Sur	301,2	326,9	352,2	42,1	34,2	33,6	14	11	10

Fuente: FAO. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo (SOFI), 2004.

Fondo Fiduciario de la FAO para la seguridad alimentaria y la inocuidad de los alimentos

En este contexto, durante la reunión en 2003 sobre la situación del hambre a siete años de la CMA y de conformidad con el Artículo 6.7 del Reglamento Financiero de la FAO, el Director General estableció el Fondo Fiduciario de la FAO para la seguridad alimentaria y la prevención de emergencias de plagas y enfermedades transfronterizas de los animales y las plantas, con un objetivo inicial de US\$ 500 millones. El Fondo Fiduciario de la FAO constituye una importante fuente de financiación basada en la demanda para complementar los fondos fiduciarios existentes, que prestan apoyo a los componentes fundamentales del Programa de Campo de la Organización, pero que últimamente se han concentrado sobre todo en las operaciones de urgencia. Ello a expensas de proyectos con una función catalizadora destinados a abordar las necesidades estructurales a largo plazo de la población pobre, en los sectores básicos de la creación de empleo y la generación de ingresos.

Este Fondo Fiduciario de la FAO se financia mediante contribuciones voluntarias de gobiernos, organizaciones intergubernamentales, organizaciones no gubernamentales y el sector privado. Los contribuyentes iniciales fueron la *Comunidad de Estados Sahelo Saharianos*, el *Gobierno de Italia*, el *Fondo de la OPEP para el Desarrollo Internacional y Arabia Saudita*. Los ámbitos de intervención son proyectos para apoyar a los Estados Miembros a fortalecer, acelerar y ampliar sus actividades, principalmente las relativas con la seguridad alimentaria, la calidad e inocuidad de los alimentos y las enfermedades transfronterizas de los animales.

SEGURIDAD ALIMENTARIA

Programa Especial para la Seguridad Alimentaria

En la mayoría de los países de bajos ingresos y con déficit de alimentos existen medios viables y sostenibles para aumentar la disponibilidad de alimentos; sin embargo, no se aplican a causa de una serie de limitaciones que impiden a los agricultores satisfacer sus necesidades básicas y aprovechar las oportunidades que surgen. Por ello se creó el Programa Especial para la Seguridad Alimentaria (PESA) de la FAO, aprobado por el Consejo de la Organización en su 106º período de sesiones, en 1994. El Programa trabaja con los productores agrícolas, pecuarios y otras partes interesadas para identificar y superar esas limitaciones, ya sean de índole técnica, económica, social, institucional o política.

Los proyectos que se financian con cargo al PESA comprenden actividades piloto de regulación del agua en pequeña escala, aumento de la productividad de los cultivos, diversificación en la cría de pequeños animales, pesca artesanal y acuicultura, análisis de las dificultades socioeconómicas y asesoramiento sobre políticas. Se promoverá la transferencia de tecnología, en particular en el marco de un plan de cooperación Sur-Sur, que constituye un instrumento de bajo costo para lograr un desarrollo apropiado desde los puntos de vista tecnológico, ecológico y sociocultural. En fechas recientes, en América Latina y el Caribe se han implementado las siguientes actividades relevantes.

Bolivia. Mediante el PESA se espera demostrar el potencial de las tecnologías mejoradas disponibles para incrementar la producción de los cultivos básicos seleccionados, que sirven de alimento a la población; fomentar el proceso de organización y planificación participativa para la identificación y difusión masiva de las tecnologías mejoradas en áreas priorizadas; promover la prestación de servicios de apoyo técnico y financiero para la producción agropecuaria y desarrollar un programa de capacitación que responda a los diferentes componentes técnicos que se requieran.

Ecuador. Por medio de asistencia en materia de seguridad alimentaria en la selva baja amazónica del Ecuador en el marco del Programa de Seguridad Alimentaria, el Gobierno del Ecuador viene implementando políticas dirigidas a superar la pobreza y la inseguridad alimentaria, que son los principales problemas socioeconómicos existentes. El Proyecto se desarrollará en las Provincias de Orellana y

Sucumbíos, localizadas al Oriente del país, zonas de la Región Amazónica con potencial productivo agropecuario.

Guatemala y Honduras. El PESA se enfoca en el aumento de la oferta alimentaria en agrosistemas con elevada presencia de población rural pobre. El objetivo es contribuir a mejorar la seguridad alimentaria en la zona de intervención, procurando aumentar la producción de alimentos, y mejorar el acceso a los mismos mediante el fortalecimiento de los sistemas de producción con el uso de tecnologías sostenibles.

Haití. El PESA, impulsado por el Gobierno con la cooperación de la FAO, tiene como objetivo aumentar la producción agrícola y las ganancias de los pequeños productores agropecuarios, gracias a la difusión de técnicas que puedan ser utilizadas por ellos, especialmente en las zonas de Laverdure, en la llanura de Artibonite y en Dubreuil, de la región de Cayes.

México. Desde 2003, el PESA brindó apoyo en la ejecución de la primera fase de un programa intersecretarial de reducción de la pobreza, que el Gobierno de México lleva a cabo para la población de las 250 microregiones de mayor marginación; en este contexto se inserta la ejecución del Proyecto, que tiene por objetivo contribuir a reducir la pobreza y mejorar la seguridad alimentaria de manera sostenible en 15 años. Se cubren áreas de Aguascalientes, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Puebla y Yucatán.

Venezuela. El propósito del PESA es reforzar los Ministerios de Agricultura y del Comercio para transformar y diversificar la producción agropecuaria de los pequeños productores, mejorando la seguridad alimentaria, tanto rural como urbana. El proyecto comprende: cooperación Sur-Sur Venezuela-Cuba, intensificación de la producción agropecuaria y sistema nacional de información agrícola.

LA INOCUIDAD Y CALIDAD DE LOS ALIMENTOS

La FAO también tiene entre sus tareas mantener y mejorar la calidad de los alimentos en los ámbitos internacional, regional y nacional. Promueve el establecimiento y aplicación en los países de marcos normativos compatibles con las normas internacionales, en particular las de la Comisión del *Codex Alimentarius*. A la vez, proporciona asesoría técnica para la creación de capacidad de los sistemas y programas de control nacionales y locales, a fin de garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos a lo largo de la cadena alimentaria.

La Comisión del *Codex Alimentarius* fue creada en 1963 por la FAO y la OMS para desarrollar normas alimentarias, reglamentos y otros textos relacionados, tales como códigos de prácticas bajo el Programa Conjunto FAO/OMS de Normas Alimentarias. Las materias principales de este Programa proteger la salud de los consumidores, asegurar unas prácticas de comercio claras y promover la coordinación de todas las normas alimentarias adoptadas por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Actividades globales

En febrero de 2003, FAO/OMS pusieron en marcha un proyecto y fondo fiduciario destinado a incrementar la participación de los países en desarrollo y en transición en la labor fundamental de la Comisión del *Codex Alimentarius*. Gracias a la generosidad de varios donantes, se alcanzó el umbral mínimo de US\$ 500.000 a principios de marzo de 2004, lo cual permitió que el Fondo fuera plenamente operativo.

La FAO y el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) organizaron conjuntamente en octubre de 2003, en Viena (Austria), el taller "Refuerzo de la capacidad de aplicación de las normas y directrices del *Codex*, así como el Código Internacional recomendado de prácticas para el control de la utilización de medicamentos veterinarios".

La FAO participó en varios actos relativos a las buenas prácticas agrícolas y la inocuidad de los alimentos, en particular en una Conferencia sobre la inocuidad de los alimentos para animales, organizada conjuntamente con la Federación Internacional de Industria de Piensos (IFIF), celebrada en octubre de 2004 en Roma, y un simposio internacional sobre inocuidad e higiene de los productos lácteos organizado con la Federación Internacional de Lechería (FIL), celebrado en Sudáfrica en marzo de 2004.

América Latina y el Caribe

La FAO, el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos (INPPAZ) de la OPS, el Centro de Epidemiología del Caribe y la Comunidad del Caribe realizaron en Puerto España (Trinidad y Tobago), en junio de 2004, un taller regional interinstitucional para el refuerzo y la coordinación de la vigilancia de las enfermedades transmitidas por alimentos, en apoyo de los programas de inocuidad de los alimentos en el Caribe.

En septiembre de 2002, la FAO inició un proyecto regional que se prolongó hasta diciembre de 2004, para reforzar la gestión de los comités nacionales del *Codex* y la aplicación de las normas del *Codex* en los países andinos. Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela participaron en el proyecto, cuyos principales objetivos fueron el refuerzo de la gestión de los comités nacionales del *Codex*, la elaboración de un programa nacional y subregional de capacitación y la promoción de la armonización de las normas nacionales del *Codex*.

En octubre de 2003 se inició un proyecto regional de la FAO, que terminará en junio de 2005, para promover el desarrollo y la cría adecuada de los camélidos sudamericanos en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador y Perú. A la vez, promueve el control de la sarcocistiosis (*Sarcocystis lamacanis* y *S. aucheniae*) y el reforzamiento de la capacidad en materia de calidad e inocuidad de los alimentos a nivel regional en América del Sur. Uno de sus principales componentes busca lograr la elaboración, a bajo costo y en condiciones sanitarias adecuadas, de productos basados en la carne de camélidos, así como la promoción de su consumo.

La Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos (INFAL), con secretaría *ex officio* en el INPPAZ-OPS y la Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe, están realizando una encuesta sobre laboratorios. La segunda

asamblea de la INFAL se celebró en Cancún, México, en junio de 2003. En la reunión se aprobaron algunas modificaciones a disposiciones reglamentarias, se eligieron los miembros del Comité Ejecutivo, se presentó la evaluación de la encuesta sobre los laboratorios y resultados de los ensayos interlaboratorios, y el plan de acción 2003-2005.

La Red Latinoamericana de Composición de Alimentos (LATINFOODS) prosiguió su labor de actualización de la Tabla Regional de Composición de Alimentos y distribuyó un CD-ROM con dicha tabla. En el XIII Congreso Latinoamericano de Nutrición, se celebró un taller FAO/LATINFOODS sobre la importancia de la composición de alimentos para la seguridad alimentaria y el comercio de alimentos, así como una reunión FAO/LATINFOODS, en la que se aprobó el plan de trabajo regional sobre composición de alimentos.

ENFERMEDADES TRANSFRONTERIZAS

Las enfermedades transfronterizas son aquellas que tienen importancia económica, comercial o esencial, o ambas, para la seguridad alimentaria de un grupo de países y que pueden ser fácilmente difundidas a otros y alcanzar proporciones epidémicas. Para su control y eliminación requieren de la cooperación entre países. Esto también puede tener efectos adversos con respecto a la inocuidad de los alimentos para los consumidores de todo el mundo. Lo mismo vale para las plagas de langosta y otras plagas migratorias, capaces de recorrer grandes distancias y transformarse en una amenaza para los cultivos, incluso a cientos o miles de kilómetros de distancia de su lugar de origen.

SISTEMA DE PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS PARA ENFERMEDADES DE ANIMALES Y PLANTAS (EMPRES)

A través del EMPRES, aprobado por el Consejo en el 106.º período de sesiones, la FAO aborda actualmente este viejo problema con un nuevo enfoque, que hace hincapié en la alerta, la reacción rápida y el establecimiento de redes de investigación para asegurar la utilización de métodos más eficaces y favorables al medio ambiente. El programa se dedica sobre todo a fortalecer los sistemas de vigilancia y lucha existentes en los países afectados.

En el ámbito mundial EMPRES ha efectuado varias intervenciones, principalmente en África y el Medio Oriente, para el control y erradicación de la peste bovina, fiebre aftosa (FA), peste porcina africana, fiebre del Valle del Rift y otras graves enfermedades transfronterizas. En América Latina y el Caribe, concretamente a solicitud del Gobierno de Cuba ante la notificación oficial de la presencia del gusano barrenador del ganado (GBG) en su territorio, se realizó una intervención del EMPRES para establecer un programa nacional de control, el cual posteriormente tomó carácter regional y abarcó a Haití, Jamaica y la República Dominicana que son endémicos al GBG. Esta acción fue catalizadora para que el Gobierno de Jamaica, con la financiación de los Estados Unidos de América del Norte y el apoyo de la OIEA,

lanzara un programa para erradicar el GBG de su territorio, meta que esta próxima a ser alcanzada.

En el Continente Americano la FA, la Peste Porcina Clásica (PPC) y el GBG son consideradas como las enfermedades de mayor importancia transfronteriza; por ende, la FAO brinda a los países miembros asistencia en programas nacionales y regionales para su prevención, control y posible erradicación, así como para fortalecer los servicios veterinarios.

El proyecto sobre la elaboración del Plan de Acción para la modernización de los servicios de sanidad agropecuaria y control de alimentos en Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela permitió abordar uno de los temas de mayor importancia para los países de la Región de manera innovadora y eficaz, con la participación de los diferentes actores de la cadena agroalimentaria. Se diseñaron planes nacionales de modernización y fortalecimiento de los servicios de sanidad agropecuaria y de control de alimentos acordes a los requerimientos de la OMC, mediante el delineamiento de perfiles de proyectos orientados a la búsqueda de soluciones en forma autónoma. También se aportaron los elementos técnicos y de organización que permitieron, a través de un proceso participativo, un diagnóstico de situación de los servicios oficiales de salud animal, sanidad vegetal e inocuidad alimentaria, y la búsqueda de soluciones. Sesenta por ciento no requieren de financiamiento externo, sino de ajustes institucionales y operativos de las organizaciones, de manera que puedan ir adaptándose a los cambios o ajustes de los mercados nacionales e internacionales.

En Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México, Paraguay, Perú y Uruguay, se implementó el proyecto regional para la evaluación y el reforzamiento del sistema de prevención de la Encefalopatía Espongiforme Bovina (EEB) y el sistema de control de calidad de piensos. Lo anterior resultó en la determinación de las debilidades y fortalezas de los países involucrados para prevenir la enfermedad; recomendaciones para establecer o mejorar las unidades nacionales de análisis de riesgo; un programa de capacitación continua mediante cursos de segunda generación en diagnóstico y vigilancia epidemiológica; la producción de material educativo y de divulgación para el reporte de síndromes nerviosos en bovinos sospechosos de EEB; la producción de un manual de buenas prácticas para la elaboración de piensos con el propósito de prevenir la EEB, y una página internet con información relevante sobre el control y la erradicación de la enfermedad.

En Cuba se ejecutó el proyecto de fortalecimiento para prevención y el control progresivo de la PPC en Cuba; esto permitió determinar su endemismo en el país y ratificar la circulación y reemergencia de cepas virales autóctonas en casi todo el territorio nacional. A la vez que fueron un apoyo al Programa Nacional de Control y Erradicación, estas acciones llevaron a que se dictara la Resolución N° 355/2003 del Ministerio de Agricultura que pone en vigor medidas adicionales al Programa, y aprobó la constitución del Consejo de Coordinación Nacional, integrado por equipos multidisciplinarios de distintos sectores. Para suplir la enorme necesidad de capacitación y divulgación de información sobre la enfermedad a nivel nacional, se elaboró un Libro Multimedia de PPC y un Manual Ilustrado de reconocimiento de la PPC.

En la Argentina se ejecutó un proyecto para crear un sistema epidemiológico molecular cuantitativo del virus de la FA, que permitió mejorar el diagnóstico en términos de rapidez, sensibilidad y simplicidad, complementando los métodos ya existentes. Concretamente, se pusieron a punto dos nuevas metodologías mediante la detección de anticuerpos contra proteínas no estructurales y la técnica RT-PCR (transcriptasa inversa-reacción en cadena de la polimerasa). Durante 2001 y 2002, Argentina, Brasil y Uruguay sufrieron un brote severo de FA y la metodología puesta a punto por el proyecto tomó mayor relevancia, ya que apoyó de manera importante el control del brote. Tanto así que la Cámara de Diputados de la Nación de Argentina declaró de interés parlamentario nacional la realización de un Plan Permanente de Epidemiología Molecular del Virus de la FA, y la creación de un banco nacional de secuencias geonómicas del virus de la fiebre aftosa. Mediante el proyecto, esta técnica también fue incluida en el Centro Panamericano de Control de la Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) de la OPS.

Plan continental para la erradicación de la Peste Porcina Clásica (PPC)

El cerdo es una especie muy importante para la seguridad alimentaria de zonas suburbanas y rurales de la Región, y el Continente Americano es el tercer productor mundial de carne de cerdo, con amplias posibilidades de mejorar este lugar. La PPC es la enfermedad más importante para esta especie después de la fiebre aftosa, ya que causa elevada mortalidad, mermas en la ganancia de peso y barrearas en el comercio. Debido a que no existía una estrategia regional para su eliminación, la FAO promovió en 2002 la creación del Plan Continental para la Erradicación de la PPC en las Américas, que es una alianza concertada entre los países miembros y organizaciones internacionales de salud animal para facilitar la coordinación de los programas nacionales y subregionales de control de la PPC, con el fin de conseguir su eliminación. Al Plan se adhirieron oficialmente 18 países de la Región y ha habido un avance sustancial en el control y erradicación de la PPC en América Central y el Caribe, mientras que en el Cono Sur, Argentina entró en 2004 en la fase final de erradicación.

Programa Global para el Control Progresivo de las Enfermedades Transfronterizas de los Animales (GF-TADs)

A pesar de los esfuerzos anteriores, las enormes pérdidas económicas mundiales del sector pecuario causadas por las enfermedades transfronterizas—como la fiebre aftosa entre 1997–2003; la peste porcina clásica en el Caribe y Europa 1996–2002; la peste bovina en Somalia durante 2001, y el brote de influenza aviar altamente patógena en 10 países asiáticos al inicio de 2004, incluso con mortalidad en seres humanos—, incrementaron la presión para mejorar el manejo de las enfermedades desde su inicio; es decir, antes de que se diseminen a través de las fronteras y alcancen proporciones devastadoras. Esto constituyó el principal estímulo para que la FAO y la OIE crearan en mayo de 2004 el Programa Global para el Control Progresivo de las Enfermedades Transfronterizas de los Animales.

El Programa Global es la unión de fortalezas de la FAO y la OIE con el fin de alcanzar objetivos comunes, que faciliten estrategias técnicas y alianzas financieras

regionales para la lucha contra las enfermedades transfronterizas de los animales. Este Programa Global inició su implementación en Asia y en abril de 2005 se lanzó en el Continente Americano, con la participación de los directores de los servicios veterinarios de los países miembros de las dos organizaciones y representantes de sus sectores privados dedicados a la actividad pecuaria.

RECOMENDACIONES

1. Fomentar la competitividad del productor rural: aumentar el acceso a tierras, insumos y tecnología para la producción del minifundista; facilitar el crédito rural a través del fomento de cooperativas de ahorro, del microfinanciamiento y de instituciones formales e informales que se vinculen con el acceso a crédito del medio rural.
2. Generar políticas adaptadas a la multidimensionalidad del sector rural: pasar de la atención centrada en el pequeño agricultor, a la familia rural amplia; del empleo agrícola, al multiempleo; de la producción agrícola, a los encadenamientos de esta con la agroindustria y los servicios. Fomentar y desarrollar los vínculos productivos del territorio rural con los centros urbanos y ciudades medias.
3. Establecer o en su caso fortalecer las Comisiones Nacionales del *Codex Alimentarius* y divulgar sus propósitos y alcances entre las instituciones gubernamentales, asociaciones de consumidores y público en general.
4. Incrementar la participación activa de los países en desarrollo y en transición sobre las labores fundamentales del *Codex Alimentarius*, como la elaboración de normas mundiales de calidad e inocuidad de los alimentos.
5. Otorgar apoyo político prioritario y fomentar el establecimiento de alianzas estratégicas de financiación con el sector privado, para mejorar la prevención, el control y en su caso la erradicación de enfermedades transfronterizas de los animales.
6. Fortalecer a los servicios veterinarios nacionales y a los encargados de la salud pública veterinaria, mediante la capacitación continua de los profesionales que los integran y crear o reforzar el servicio civil de carrera para mejorar la protección del capital pecuario y la salud pública del país.
7. Divulgar por todos los medios los procedimientos para conservar la calidad e inocuidad de los alimentos, y para la vigilancia y prevención del ingreso al país de las enfermedades transfronterizas de los animales.

BIBLIOGRAFÍA

Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Emergency Prevention System for Transboundary Animal and Plant Pests and Diseases (EMPRES) – Livestock Programme. Rome: FAO; 1999.

Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Organisation for

Animal Health (FAO/OIE). The Global Framework for the Progressive Control of Transboundary Animal Diseases (GF-TADs). Rome: FAO/OIE; 2004.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). 28.ª Conferencia Regional de la FAO para América Latina y el Caribe. Seguimiento de los Objetivos de la Cumbre Mundial sobre de la Alimentación y de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación: Cinco Años Después: Dimensiones Regionales. Santiago, Chile: FAO; 2004.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo, 2004. Roma: FAO; 2004.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). 14.ª Reunión - Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentarias, Comisión del Codex Alimentarius. Comité Coordinador FAO/OMS para América Latina y el Caribe. Santiago, Chile: 2004.

LAS FUNCIONES DE LOS SECTORES PÚBLICO Y PRIVADO DE LA AGRICULTURA, LA GANADERÍA Y LA SALUD EN LA ERRADICACIÓN DEL HAMBRE Y LA POBREZA EXTREMA EN LAS ZONAS RURALES EN CHILE: MOVILIZACIÓN DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Jaime Alfonso Campos Quiroga,
Ministro de Agricultura de Chile
Santiago, Chile

POBREZA E INDIGENCIA RURAL

La política nacional de desarrollo rural, implementada en Chile por los gobiernos de la Concertación desde 1990, ha tenido un importante impacto en la reducción de la pobreza y la indigencia rural, ya que conjuntamente alcanzaba a 39,5% de la población rural en 1990, en tanto que en 1993 afectaban a 20,1% de la misma (cuadro 3).

CUADRO 3: Pobreza e Indigencia Rural, 1990-2003 (Porcentajes Sobre el Total de la Población Rural^a)

Años	Pobreza %	Indigencia %
1990	39.5	15.2
1992	33.4	9.8
1994	30.9	9.8
1996	30.6	9.4
1998	27.6	8.7
2000	23.8	8.3
2003	20.1	6.2

^a El porcentaje de pobreza incluye a indigentes.

Fuente: Elaborado por ODEPA con información de Mideplan.

En efecto, las actividades silvoagropecuarias han experimentado un alto dinamismo durante la última década, que se manifiesta en un incremento en la participación en el PIB: 0,2 puntos porcentuales entre 1996 y 2003, cifra que ha aumentado en

los últimos años por el fuerte incremento de las exportaciones sectoriales. Así, en 2004 estas alcanzaron 7.400 millones de dólares, mientras que las importaciones llegaron a 1.600 millones de dólares, con un crecimiento de 15% en el mismo período.

El dinamismo de la actividad sectorial se origina en múltiples factores, entre los que destacan:

- ← Fuerte ampliación de los mercados externos, fruto de los tratados comerciales.
- ← Inversión pública en comunicaciones y pavimentación de caminos secundarios.
- ← Alta inversión pública en infraestructura de riego y en puesta en riego a nivel predial.
- ← Inversión pública en investigación y transferencia tecnológica.
- ← Inversión privada en tecnología, infraestructura de procesamiento y comercialización internacional.
- ← Fuerte dinamismo en los años venideros por la producción de nuevas plantaciones, nuevos rubros y el acceso a nuevos mercados, especialmente en Asia.

Por otra parte, el Estado ha implementado una política persistente y sistemática de incorporación de la pequeña agricultura y de combate a la pobreza rural.

La evaluación de la indigencia y la pobreza rural se efectúa mediante la encuesta CASEN, cuya metodología se ha mantenido constante desde la década de los ochenta. La encuesta solo considera los ingresos autónomos, es decir, los ingresos por trabajo o jubilación. Consecuentemente, sobreestima la indigencia y la pobreza al no considerar los subsidios que se otorgan a la población rural.

A nivel nacional la pobreza rural se ha reducido de 39,5% a 20,1% de la población rural (figura 9). A su vez, la indigencia, que en 1990 afectaba a 15% de la población rural, ha disminuido a 6,2%. (figura 10).

Entre los múltiples subsidios orientados a mejorar los ingresos y la calidad de vida de la población rural destacan:

FIGURA 9. Evolución de la indigencia rural, Chile, 1990-2003

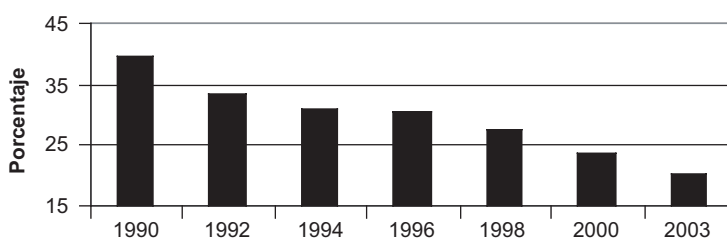
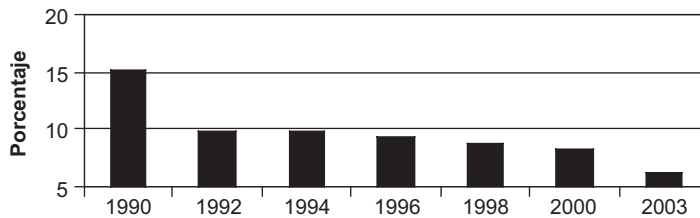


FIGURA 10. Evolución de la indigencia rural, Chile, 1990-2003

- ◀ El programa de alimentación escolar, que cubre a todas las escuelas urbanas y rurales. Así, todos los niños que asisten a escuelas matutinas reciben desayuno; los que asisten en la tarde reciben almuerzo y los que asisten jornada completa, que por una ley reciente se extenderá a todas las escuelas del país, reciben desayuno y almuerzo gratuito durante el horario escolar.
- ◀ Chile Solidario: es un Sistema de Protección Social creado por el Gobierno del Presidente Ricardo Lagos para apoyar a las familias más pobres de nuestro país. La responsabilidad de dirigirlo es del Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN). El objetivo del sistema es que entre los años 2002 y 2005, 225.000 mil familias — 15.000 de ellas compuestas por mayores de 65 años que viven solos — sean invitados a participar, para que trabajen junto al Gobierno en el mejoramiento de sus condiciones de vida. Para realizar esta tarea, MIDEPLAN se encarga de coordinar la red social pública y privada existente a nivel nacional, regional y local, en función de las necesidades y demandas de las familias que se integran a Chile Solidario. La meta es que para el año 2005, el Sistema de Protección y Promoción Social Chile Solidario esté trabajando con 225.000 familias que actualmente viven en condición de extrema pobreza.
- ◀ Pueblos indígenas. A partir de la Política de Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas se construyó una nueva relación entre la sociedad, el Estado y los pueblos indígenas en Chile, considerando y consolidando los avances ya logrados e incorporando temas emergentes como el establecimiento de propuestas de desarrollo con identidad, el reconocimiento y ejercicio de derechos y una nueva institucionalidad pública. Los principios orientadores de la política indígena que impulsa el Gobierno son el reconocimiento del carácter culturalmente diverso de la sociedad chilena; la construcción de una nueva relación entre sociedad, estado y pueblos indígenas; la dotación de tierras; la ampliación de derechos de los pueblos indígenas y la participación y pertinencia cultural como eje de la formulación, ejecución y evaluación de políticas.

EL DESARROLLO SILVOAGROPECUARIO Y LA PEQUEÑA AGRICULTURA

La pequeña agricultura chilena se compone de 330.000 explotaciones, de las cuales 103.000 corresponden a productores de subsistencia y 176.000 a pequeños productores empresariales. En conjunto, los pequeños agricultores tienen 22,6% de

la superficie agrícola (alrededor de 18 millones de hectáreas), trabajan 44% de la superficie con cultivos anuales y poseen 44% de la masa ganadera bovina.

No es posible pensar en el mejoramiento de los ingresos y las condiciones de vida de la población rural sin políticas públicas de fomento productivo que posibiliten la incorporación de la pequeña agricultura a la inversión y al desarrollo tecnológico, facilitando su incorporación al fuerte dinamismo que experimenta el sector silvoagropecuario, no solo en las producciones para el mercado interno, sino también en los rubros de exportación.

De allí que los gobiernos de la Concertación han desarrollado una amplia gama de instrumentos de fomento productivo orientados a este estrato de productores, entre los que destacan:

- ← Un sistema de transferencia tecnológica y capacitación, gestado por el Instituto de Desarrollo Agropecuario (INDAP), que ha permitido mejorar la productividad y rentabilidad de los cultivos tradicionales y la incorporación de nuevos rubros orientados a la exportación que resultan especialmente ventajosos para las pequeñas explotaciones como flores, bayas, cultivos forzados bajo plástico, ganadería, forestación, etc.
- ← Centros de gestión, establecidos a lo largo del país, especializados en la disponibilidad de información y el apoyo a la gestión de los pequeños agricultores.
- ← Subsidio de siniestralidad, a fin de cubrir créditos para inversiones afectadas por siniestros físicos o biológicos que escapan al control del productor.
- ← Concurso de proyectos de inversión para mujeres campesinas, los cuales permitan concretar inversiones que contribuyan al sostenimiento de sus actuales sistemas productivos, mediante subsidios que pueden alcanzar hasta 70% de la inversión.
- ← Crédito de corto plazo a organizaciones campesinas que financian acopio, selección, procesamiento y comercialización de producciones campesinas.
- ← Crédito de corto plazo individual, destinado a financiar necesidades anuales de las explotaciones.
- ← Bono de producción familiar, destinado a mantener y mejorar por cuenta propia la actividad agropecuaria de aquellos pequeños productores de mayor vulnerabilidad.
- ← Programa de modernización agrícola y ganadera, que apoya la diversificación agrícola y ganadera, la modernización tecnológica y la diferenciación por calidad.
- ← Apoyo técnico y financiero a los pequeños agricultores para acceder a los subsidios de la Ley de Fomento al Riego y al Drenaje.
- ← Programa de recuperación de suelos degradados, que subsidia hasta en 80% los costos asociados a enmiendas calcáreas; establecimiento o regeneración de praderas; rehabilitación de suelos; conservación de suelos y fertilización fosfatada.

- ← Programa de desarrollo de proveedores, con el fin de mejorar la calidad y oferta de los servicios prestados por los proveedores a los pequeños agricultores.
- ← Programa de internacionalización de la agricultura campesina, que está incorporado al Fondo de Promoción de Exportaciones Agropecuarias, orientado específicamente a la incorporación de la agricultura campesina a los mercados internacionales en condiciones competitivas, sostenibles y rentables.
- ← Programa de forestación campesina, que subsidia hasta 90% las primeras 15 ha forestadas por ellos y 70% para de la superficie adicional si se trata de suelos degradados o de aptitud forestal.

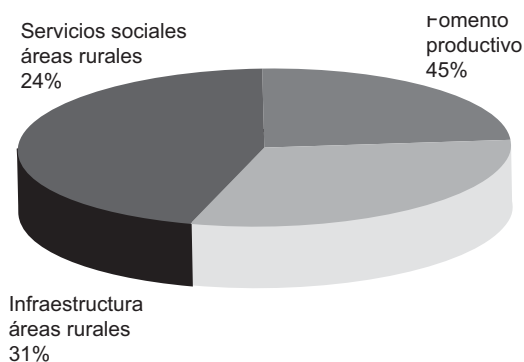
EL ESFUERZO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL ÁMBITO RURAL

Los logros en el desarrollo productivo agrícola y rural no pueden explicarse sin la inversión efectuada en todos los ámbitos de la infraestructura pública en el sector rural en el período 1996-2002 (cuadro 4). Entre estas destaca la meta de pavimentación de 5.000 km de caminos secundarios en 2003-2006. Los tres componentes básicos del gasto público: infraestructura, servicios sociales y fomento productivo, han mostrado en el país una composición bastante equilibrada durante los últimos años (figura 11), tal como la FAO ha sugerido. Estos datos incluyen solo programas ministeriales destinados explícitamente al ámbito rural. Por lo tanto, no incorporan inversiones y gastos efectivos en dichas áreas, provenientes de fondos presupuestarios generales no diferenciados, los cuales habría que incluir también.

CUADRO 4. Gasto público al sector agrícola y rural, 1996-2002 (en US\$ millones)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Fomento productivo	319.5	376,9	413.1	412.1	398.5	383.6	362.1
Infraestructura áreas rurales	277.6	350.0	278.6	219.8	249.7	237.8	188.2
Servicios sociales rurales	212.1	196.6	143.1	118.5	157.1	286.7	315.9
Total	809.2	926.6	834.8	760.4	860.3	908.0	866.2

FIGURA 11. Distribución del gasto público hacia el sector agrícola y las áreas rurales, monto promedio, Chile, 1996 - 2002

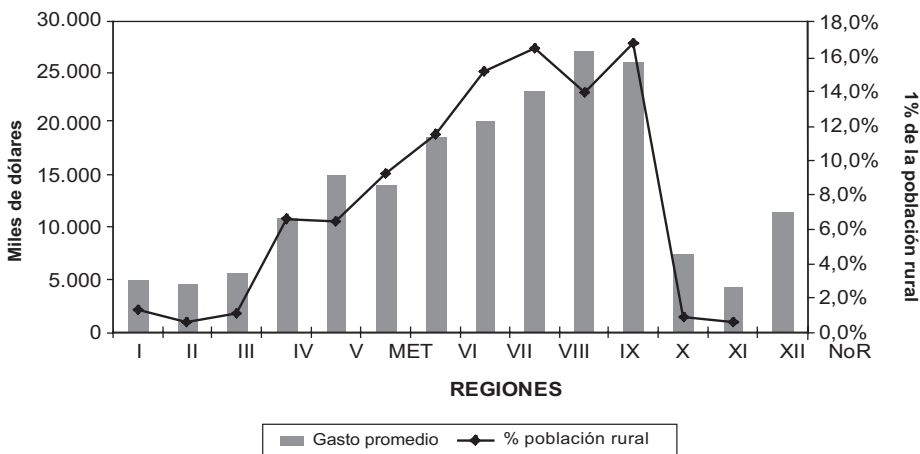


Regionalización del gasto

De acuerdo con la factibilidad de desagregación territorial de la información, la distribución interregional del gasto promedio de los últimos años en áreas rurales muestra una tendencia concordante tanto con el patrón de distribución de la población rural, como con el de las explotaciones agrícolas dentro del país.

De esta forma, los montos mayores de inversión se localizan en las regiones de la Araucanía (IX), de los Lagos (X), del Biobío (VIII) y del Maule (VII), regiones en las que también se han concentrado históricamente los mayores índices de pobreza rural. (figura 11).

FIGURA 12. Gasto público en áreas rurales y distribución de explotaciones agropecuarias según región. Montos promedio, periodo 1996-2002

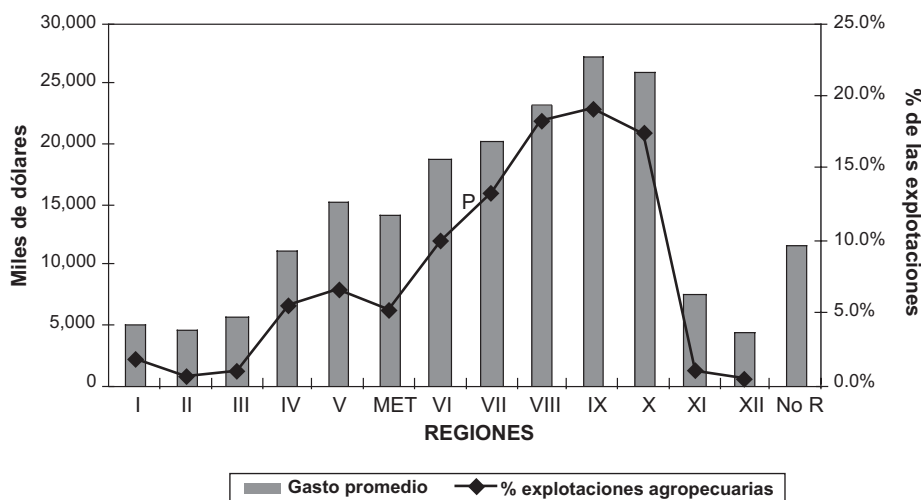


Asimismo, si se analiza el gasto público en áreas rurales en relación con la distribución de las explotaciones agropecuarias por región, este resulta consistente con el número de explotaciones de cada una de ellas. (figura 13).

UN NUEVO CAMINO: ESTRATEGIAS TERRITORIALES DE DESARROLLO

Especial significación tendrán en los años venideros los programas territoriales de inversión pública, en los que se amplifican los efectos de la misma con la inversión privada mediante planes que promueven un alto nivel de sinergias positivas, incorporando importantes niveles de participación y de consensos de los distintos actores rurales públicos y privados. De esta forma, durante el Gobierno del Presidente Lagos se inició en la VIII Región una nueva Estrategia Regional de gestión del desarrollo rural, descentralizada y participativa.

Es así como, a partir de la definición de territorios con vocaciones y recursos homogéneos, se han iniciado programas de desarrollo territorial al servicio de sus habi-

FIGURE 13. Gastos públicos en áreas rurales y distribución de explotaciones agropecuarias por región, promedios para el período 1996-2002

tantes, con un impulso decidido de la descentralización y a un desarrollo humano integral y participativo.

Como vías de acción más adecuadas para superar los obstáculos y potenciar las oportunidades detectadas, se determinaron los siguientes lineamientos básicos: desarrollo integral del territorio; desarrollo productivo integral, sostenible y competitivo; fortalecimiento del ámbito rural, mejorando los niveles de equidad y sostenibilidad; ciencia y tecnología para el desarrollo; gestión pública moderna y cercana a la gente; mejor calidad de vida y convivencia entre las personas, y la identidad regional, un desafío integrador de la diversidad.

Para la aplicación de dichos planes se han definido 14 unidades territoriales denominadas "Territorios de Planificación", que abarcan a todo el espacio regional y corresponden a agrupaciones de comunas o parte de ellas y fueron establecidas en función de parámetros de orden institucional, físicos y económicos. La propuesta de gestión incluye además la difusión y la evaluación, fases de vital importancia que dan continuidad al proceso integral de planificación regional, concebido como dinámico y participativo; cuando sea necesario, se deben incorporar nuevos enfoques o desafíos acordes al avance del desarrollo económico y social de la Región.

Esta experiencia exitosa, que incorpora en un proyecto común a todos los actores públicos y privados, a productores, profesionales y técnicos, ha tenido un alto impacto en la Región y en cada uno de sus territorios, lo que ha posibilitado una nueva perspectiva para el desarrollo rural: eficiente, descentralizada y participativa. Este nuevo enfoque sin duda incidirá en la conceptualización nacional del desarrollo rural y la gestión del mismo, y modificará los patrones tradicionales de los servicios públicos de carácter nacional vinculados al desarrollo agrícola y rural.

Cooperación internacional

A pesar de los avances surgidos de los procesos de integración mundial, todavía más de dos tercios de la población vive en condiciones de pobreza, lo que genera movimientos masivos de personas; degradación ambiental, megalópolis costosas e inmanejables; proliferación de enfermedades y tensiones políticas. De manera sinérgica, estos aspectos limitan los flujos de comercio e inversión, lo que a su vez (nuevamente, en términos del círculo vicioso), dificultan cualquier iniciativa orientada a la superación de la pobreza global.

Sin embargo, el problema subsiste a pesar de su gravedad y de los numerosos discursos y discusiones en foros y conferencias, dado que la implementación de los acuerdos logrados a nivel internacional para luchar contra la pobreza y el hambre ha sido escasa y lenta.

Consecuentemente, nuestro país, como nación de mediano nivel de desarrollo, no solo se beneficia de la colaboración de diversos programas externos orientados a desarrollar y potenciar proyectos en las áreas de mayor pobreza relativa, sino que progresivamente ha comenzado a participar en múltiples iniciativas de asistencia técnica, tanto multilaterales como bilaterales.

- ◀ Entre los aportes conjuntos más destacados en que participa Chile, se encuentra el programa multinacional de Combate Contra el Hambre y la Pobreza (liderado por la ONU e inspirado en la iniciativa Hambre 0 del presidente Lula del Brasil). El 30 de enero de 2004, los presidentes del Brasil, Chile y Francia, junto con los secretarios generales de las Naciones Unidas y de la FAO, suscribieron en Ginebra la Declaración Conjunta sobre la Lucha contra el Hambre y la Pobreza; esta busca fundamentalmente crear una alianza que reduzca al menos a la mitad el número de personas desnutridas hacia el año 2015. A partir de la tercera reunión técnica, el 11 de febrero de 2005 se incorporaron formalmente los gobiernos de España y Alemania.

Esta iniciativa conjunta, a la que se espera se sumen otras naciones participantes para afrontar las Metas del Milenio, pretende identificar diferentes formas de cooperación Norte-Sur desde una perspectiva técnico-política, mediante la creación de un fondo contra el hambre y la pobreza que se costearía con la tributación a determinadas transacciones de armas y operaciones financieras, entre otras fuentes. Cada país ha establecido un comité técnico, cuyos miembros se han empezado a reunir en forma regular en distintos países.

- ◀ Chile colaboró con la Unidad de Urgencias de la FAO en su trabajo de apoyo a Haití, dentro de la estrategia tendiente a paliar las consecuencias de su reciente crisis política y climática y su influencia en la seguridad alimentaria de la población. El Ministerio de Agricultura de Chile envió a dos de sus expertos, los cuales se integraron a los programas de asistencia técnica entre agosto y noviembre del año 2004. Se está en conversaciones para continuar con la iniciativa.
- ◀ Participación de Chile en el Programa Especial de Seguridad Alimentaria (PESA), desarrollado por la FAO en América Central desde el año 2000, mediante el

apoyo técnico-profesional al Gobierno de Guatemala. En la segunda etapa se busca continuar la labor orientada a mejorar los niveles de alimentación de la población de 28 municipios de la zona oriental de ese país.

- ← Programas de asistencia técnica orientados al mejoramiento sanitario y de inocuidad de los alimentos en el ámbito agropecuario, en diversos países de la Región.
- ← Desarrollo de diversos programas de asistencia técnica, dentro del marco del Programa de Cooperación Horizontal de Chile Sur-Sur, con América Central, el Caribe Hispano, CARICOM y América del Sur. Esta iniciativa, impulsada y coordinada por la Agencia de Cooperación Internacional del Gobierno de Chile, busca desarrollar líneas de trabajo tanto bilaterales como multilaterales con otras naciones u organismos de financiamiento o apoyo técnico. Entre otras agencias se encuentran la JICA de Japón; FAO; PNUD; IICA; GTZ de Alemania; Agencias de cooperación española y vasca; PESA; PMA, y Representación de la Organización Internacional de las Migraciones.
- ← Otro programa de apoyo técnico reciente, orientado a países del Caribe (Saint Kitts y Nevis, Antigua y Barbuda, entre otros), consiste en la búsqueda de estrategias de reconversión productiva, desde el monocultivo de la caña de azúcar y el algodón hasta el desarrollo de prácticas de hortofruticultura de pequeña y mediana escala, orientadas al empleo de la mano de obra excedentaria, a la protección de los suelos y recursos hídricos, así como a sustituir importaciones de alimentos básicos. También existe una amplia agenda para la cooperación en distintos ámbitos, como el mejoramiento de técnicas de agroprocesamiento y el reforzamiento de actividades de acuicultura.
- ← Desarrollo de un programa de asistencia técnica al Gobierno de Irak para la puesta en práctica de un modelo de alimentación escolar, similar al que lleva a cabo en Chile la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. En agosto de 2003, un experto de nuestro país visitó Irak, lo que fue precedido por la llegada a Chile de cinco funcionarios del Ministerio de Educación Iraquí, interesados de conocer en terreno la experiencia chilena en materia de alimentación infantil.

LA COOPERACIÓN ENTRE PAÍSES EN MATERIA DE COMERCIO INTERNACIONAL DE ALIMENTOS Y SUS CONSECUENCIAS PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO

Oscar Manuel Gutiérrez R.,
Director Ejecutivo, Organismo Internacional Regional de
Sanidad Agropecuaria (OIRSA)
San Salvador, El Salvador

INTRODUCCIÓN

Hace pocas semanas, en un viaje hacia uno de los países de América Central, leí un artículo muy interesante que consideré apropiado para el inicio de esta presentación, debido a que pude percibirlo como un ejemplo de cooperación en el campo fitosanitario.

El tema al que me refiero está relacionado con la cepa de uva "Carmenère", que fue llevada de Europa a Chile en el Siglo XIX. Esta cepa se perdió en el continente de origen debido a una enfermedad que arrasó los viñedos en la última década del siglo XIX; sin embargo, las cepas traídas a América sobrevivieron y hace poco tiempo se reclasificaron. Este recurso ha enriquecido la industria vinícola y ha hecho que florezca una nueva variedad de vino en este continente. La conclusión sanitaria que se obtiene de esta cooperación es que ha beneficiado a una industria y al país que recibió la cepa, al permitir comerciar con un bien que obtuvo debido a una plaga que afectó al país que otorgó el bien.

Entrando en el tema de este foro, la Organización Mundial de Comercio (OMC) ha favorecido desde su creación el comercio de animales, plantas, sus productos y subproductos; sin embargo, esto conlleva el aumento de riesgo de propagación de enfermedades y plagas hacia poblaciones susceptibles. Por ello la OMC, apoyada en el Acuerdo de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias en el marco de una economía cada vez más globalizada, permite a los países establecer reglas claras para un comercio agropecuario seguro. No obstante, a fin de lograr alcanzar los niveles adecuados de protección en los países, es indispensable la cooperación como instrumento para el desarrollo y fortalecimiento de las estructuras, que regulan, fiscalizan y certifican la producción pecuaria para generar confianza en los socios comerciales.

DECISIONES POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE COORDINACIÓN DE ACCIONES PARA EL COMERCIO ENTRE PAÍSES

Los procesos de cambio de las dos últimas décadas han transformado las relaciones entre países y abierto nuevas oportunidades comerciales. Frente a la formación de bloques económicos y la apertura de mercados, América Central ha asumido una actitud creativa y de creciente integración regional que debe profundizarse.

Los países que forman el istmo se perciben a sí mismos como parte de una región. A su vez, el conjunto de países de la Unión Europea, Estados Unidos y otros países importantes consideran y tratan a América Central como región.

Pese a que existen profundas desigualdades entre los siete pequeños países — Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá —, estas deben reducirse y desaparecer como condición para el desarrollo regional.

Nunca antes la integración revistió importancia tan decisiva y estratégica. No existe para América Central otro camino que no sea el de la integración creciente; el de la articulación de mecanismos de cooperación intrarregional, que consoliden el proyecto integracionista.

A partir de la segunda mitad de los años ochenta, los presidentes centroamericanos se centraron en la búsqueda de la paz y la democracia, como requisitos previos necesarios para la estabilización y desarrollo de la Región. A partir de la Cumbre de Esquipulas, en 1990, y particularmente en la cumbre celebrada en Antigua, Guatemala, los presidentes acordaron la reactivación del proceso de integración; para ello adecuaron su marco jurídico e institucional, con el objeto de dinamizar el proceso y facilitar su adaptación a las nuevas estrategias de desarrollo y realidades del nuevo orden internacional.

El primer resultado de este esfuerzo, fue la suscripción del Protocolo de Tegucigalpa a la carta de la Organización de Estados Centroamericanos (ODECA), el 13 de diciembre de 1991, mediante la cual se creó el Sistema de la Integración Centroamericano (SICA). Posteriormente se suscribió el Protocolo al Tratado General de Integración Centroamericana (conocido como Protocolo de Guatemala), que concentró su agenda en el campo económico y ha desembocado en la reestructuración del antiguo esquema de integración de los años sesenta. Esto ha generado un cambio radical, de las políticas de sustitución de importaciones a la de promoción de exportaciones, para así ligarse en mejor forma a las nuevas tendencias de regionalización y globalización de las economías y el mercado.

El objetivo principal del Tratado es el de promover el desarrollo económico de los países centroamericanos mediante su inserción en el mercado internacional; así, la integración se define como un proceso gradual, complementario y flexible de aproximación de voluntades mediante la coordinación, armonización y convergencia de políticas económicas, negociaciones comerciales extrarregionales, infraestructura y servicios.

En este contexto, el proceso de integración centroamericana constituye un plan estratégico regional orientado a crear condiciones para la competitividad a escala internacional. Este proceso origina el desarrollo sostenido del comercio exterior, a través de la definición de un arancel común externo, la adopción de una política comercial exterior centroamericana y la coordinación de las negociaciones comerciales con terceros.

De las declaraciones presidenciales surgidas en las diferentes cumbres, se desprende que la Región debe actuar simultáneamente en dos campos:

- ← Perfeccionamiento de la zona de libre comercio
- ← Utilización del comercio intrarregional para lograr la inserción en el mercado mundial.

El nuevo modelo de integración económica se plantea como un instrumento, no como un fin en sí mismo, para el logro de los siguientes objetivos estratégicos.

- ← Metas de desarrollo de cada uno de los países.
- ← Promoción de una interdependencia mutuamente beneficiosa entre las economías.
- ← Aceleración de la modernización de los sectores productivos y avance hacia una estructura productiva, regionalmente integrada.
- ← Promoción de formas progresivas de inserción comercial, basadas en una competitividad genuina que permita obtener mayores beneficios para los centroamericanos.
- ← Mejoras en el poder de negociación frente a terceros, por medio de la definición de posiciones comunes y sólidas, científicamente sustentadas.

LA SITUACIÓN DE LA SANIDAD AGROPECUARIA E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS EN LA REGIÓN

La adquisición de compromisos para facilitar el comercio mundial, relacionada con el incremento de las medidas sanitarias y fitosanitarias, se inicia después de la crisis social que convulsionó a varios países y después de la década perdida; en ese entonces, los gobiernos se vieron obligados a disminuir el gasto público, reducir las instituciones y descentralizar los servicios, con un incremento en la brecha entre los países en desarrollo y los desarrollados.

Las normas establecidas a fines del siglo XX, tendientes a proteger la sanidad agropecuaria y la salud de las personas, se han ido endureciendo o se han extendido a otras áreas, debido a una serie de alarmas y emergencias alimentarias en los países industrializados. Esta sobre-regulación ha repercutido en las exportaciones de los países en desarrollo, debido a la falta de visión en la prevención, el control y el seguimiento de todos los eslabones de la cadena agroalimentaria en los mercados internacionales de exportación y a la poca preocupación para incorporar oportu-

namente dichas normas, al menos en los productos de exportación. En la actualidad, los costos y el tiempo para cumplir con las exigencias hacen prever otra crisis, por la falta de previsión de los exportadores y las entidades gubernamentales.

Las oportunidades para realizar los cambios considerados por la OMC y los organismos internacionales de referencia se encuentran en:

- ← Unión Aduanera Centroamericana (UAC), conformada por cinco países centroamericanos.
- ← Plan Puebla Panamá (PPP), que integran a ocho países de mesoamericanos.
- ← TLC-CAUSA, que es el Tratado de Libre Comercio entre cinco países de América Central y los Estados Unidos de América, y a los que se han agregado Panamá y República Dominicana (CAFTA por su sigla en inglés, *Central America Free Trade Agreement*).
- ← Tratado de libre Comercio Europa – América Central
- ← Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA)

El comercio agropecuario entre los países de América Central cuenta con una serie de ventajas que permiten a los países comercializar sus productos libres de aranceles, con la excepción de los productos agropecuarios más sensitivos de la región; entre estos se encuentran: arroz, maíz amarillo y blanco, sorgo, frijol, soya, azúcar, carne de res, ganado vacuno en pie, leche fluida, carne de pollo, pollos vivos, huevos de gallina, carne de cerdo.

Con respecto a la composición del comercio intrarregional de alimentos, este se encuentra concentrado relativamente en pocos productos. En el caso de los productos agrícolas, ese comercio está concentrado en hortalizas y tubérculos, carnes, lácteos y frutas. En el caso de los productos agroindustriales, predominan las preparaciones de alimentos en sus diferentes modalidades, los aceites y las grasas.

En relación con la participación de los diversos países en el comercio regional, los mayores abastecedores de productos agrícolas son Guatemala y Nicaragua, mientras que los mayores proveedores de productos agroindustriales son Costa Rica, El Salvador y Guatemala. Honduras ha logrado incrementar sensiblemente sus exportaciones al mercado regional, pero su participación relativa sigue siendo bastante reducida.

Aunque en la actualidad el comercio intrarregional de alimentos solo representa 5,3% de las exportaciones totales de la Región, sin duda alguna su incremento es una respuesta a la notable mejoría en el ambiente de negocios en la Región; a su vez, esta mejoría es producto de los esfuerzos de pacificación y de la creciente liberalización del comercio regional, en especial el comercio de productos agrícolas.

No obstante lo anterior, el comercio regional de alimentos podría fortalecerse aún más, especialmente el de productos agropecuarios, si se realizaran esfuerzos adicionales a la liberalización regional del comercio; esto podría hacerse mediante una profundización del proceso de integración, que incluya la homologación de

una serie de normas y regulaciones que faciliten el comercio en lugar de obstaculizarlo.

Recientemente el Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA) ha realizado en los países miembros una evaluación de los sistemas de prevención y control de enfermedades y plagas de plantas y animales (servicios fitosanitarios y servicios veterinarios); también se ha actualizado un estudio para conocer la problemática de la inocuidad de los alimentos, con la finalidad de apoyar a los países en esas áreas.

El diagnóstico de la situación permitirá a los países establecer un programa de fortalecimiento institucional, orientado a satisfacer las demandas de los productores, industriales y exportadores, para mantener sus productos en el mercado, mejorar la calidad de los servicios que brindan y cumplir con los acuerdos bilaterales y multilaterales suscritos, así como asegurar los niveles de protección adecuados para los animales, plantas, ambiente y población humana de cada país.

Las áreas más sensibles del diagnóstico de situación corresponden a:

- ← Legislación.
- ← Armonización.
- ← Capacitación y recursos humanos.
- ← Sistemas de información.
- ← Cuarentena.
- ← Vigilancia epidemiológica.
- ← Análisis de riesgo fitozoosanitario.
- ← Rastreabilidad.
- ← Prevención y control de enfermedades.
- ← Inocuidad de los alimentos.

Actualmente, a pesar de los avances en la Región, los sistemas de inocuidad de los alimentos de algunos de los países presentan una serie de deficiencias, las cuales limitan su capacidad para garantizar la protección de los consumidores e impiden beneficiarse plenamente del sistema mundial de comercio. Destacan las siguientes:

- ← Las leyes, normas y reglamentos alimentarios, están desactualizados o incompletos.
- ← Las diferentes entidades encargadas del control de los alimentos tienen mandatos mal definidos, que a veces duplican acciones y no disponen de personal calificado necesario para desempeñar las funciones de inspección en materia alimentaria.

- ← Los laboratorios de control de alimentos carecen de instalaciones, equipamiento, suministros y personal técnico adecuados.
- ← La industria alimentaria y demás agentes del sector alimentario necesitan ajustarse a las normas vigentes sobre garantía de la calidad e inocuidad de los alimentos, incluida la aplicación de las buenas prácticas de higiene y fabricación y el sistema de análisis de peligros y de puntos críticos de control (HACCP).

La protección de los países de la Región contra la introducción de enfermedades animales exóticas por medio de la importación de animales y sus productos, sigue siendo un tema de preocupación para todos los países. Ante la presentación de enfermedades emergentes o de un incremento de enfermedades exóticas en países con los cuales existe intercambio comercial, deberán respetarse las normas internacionales que rigen la importación y exportación veterinaria, considerándolas como el requisito mínimo o como la base para el establecimiento de requisitos comunes para la Región.

La cooperación técnica entre los países de la Región en el campo de salud animal, sanidad vegetal e inocuidad de los alimentos puede darse entre aquellos que no necesariamente destaquen por su capacidad técnica puramente, sino por sus programas y logros, y por su manejo gerencial para la coordinación. Es necesario considerar estos aspectos para potenciar y hacer efectiva la cooperación técnica, si se quiere tener impacto sobre la eficiencia y efectividad de la misma.

En la Región, los procesos de adelgazamiento institucional y descentralización a los que han estado sometidos la mayor parte de los países, hace necesaria la participación de otros actores en la cooperación técnica; estos pueden ser universidades, asociaciones profesionales o gremiales, gobiernos regionales o municipales, además de programas nacionales para prevención y control de enfermedades específicas, o los ministerios de salud, los cuales son particularmente importantes en los proyectos fronterizos.

AVANCES ALCANZADOS E IMPLICACIONES EN LA SALUD Y EL DESARROLLO

Hoy en día, existe un alto nivel de conocimientos y experiencia en materia de calidad e inocuidad de los alimentos en los países desarrollados y en las organizaciones internacionales y regionales, los cuales pueden ser aprovechados por los países de la Región mediante convenios de cooperación en los diferentes tratados comerciales que se suscriben.

El cumplimiento de la normativa internacional sobre medidas sanitarias y fitozoosanitarias para garantizar la seguridad de la salud humana en el comercio de alimentos es muy complejo; por ello, requiere muchos esfuerzos en materia de legislación, inversiones, reasignación del gasto público, capacitación, información, etc. No obstante, es evidente que el trabajo realizado hasta ahora no ha sido suficiente.

En todos los países de la Región se trabaja en el proceso de renovación de las leyes de sanidad agropecuaria, uso de plaguicidas e insecticidas, producción y tratamiento de semillas, manipulación de material genético y otras relacionadas. En este sentido, es importante mencionar la elaboración del reglamento sobre la aplicación de medidas y procedimientos sanitarios y fitosanitarios en el comercio entre los países centroamericanos, esfuerzo en el que se han unido los ministerios de la Región encargados de comercio exterior, agricultura y salud.

En cuanto a la reforma institucional, se han desarrollado proyectos de modernización de los servicios agropecuarios en Honduras, Nicaragua y últimamente en Panamá. Asimismo, se han incrementado recursos complementarios en el sector público, aunque de manera insuficiente, en Costa Rica y Honduras, pero no en el resto de países del área.

Se han privatizado algunos servicios, como el de preinspección de vegetales para la exportación en Guatemala y el laboratorio de residuos para la carne en Honduras. En Costa Rica y El Salvador se han acreditado particulares para la prestación de servicios de inspección. En Costa Rica, vía la ley de reconversión productiva, se han efectuado avances para la ampliación de las funciones en cuanto a la certificación de calidad por parte del Consejo Nacional de Producción. En Guatemala y Honduras, se ha delegado en OIRSA la administración de los servicios de cuarentena agropecuaria, para su modernización.

La armonización de las medidas sanitarias y fitosanitarias es un proceso permanente y bien consolidado con el *Codex Alimentarius*, la Oficina Internacional de Sanidad Animal (OIE) y la Convención Internacional de Protección Fitosanitaria (CIPF); sin embargo, la participación de los países de la Región es limitada, lo que resulta en la elaboración de normas directivas y recomendaciones internacionales que no siempre reflejan las necesidades de los países en términos de cumplimiento. En contraste, la indexación de las MSF, con la nomenclatura arancelaria del sistema armonizado, es un proceso lento.

El OIRSA ha venido realizando una serie de iniciativas para armonizar las normas y procedimientos fitosanitarios en la Región; se han convocado no solo a las autoridades de cada uno de los países del área, sino también a diferentes asociaciones gremiales del sector privado y técnicos especialistas. Como resultado, se ha concluido el trabajo de consolidar las normas y procedimientos zoonosanitarios en bovinos, porcinos y equinos, así como los avícolas y acuícolas.

En el campo fitosanitario, se trabaja en las normativas de plaguicidas, insecticidas, semillas y normas fitosanitarias; además, se ha elaborado un documento con directrices regionales para la elaboración de normas y procedimientos.

En los últimos años, el OIRSA y otras instancias en el ámbito del control de la inocuidad de los alimentos y la protección de los consumidores, como el programa de asistencia técnica de la FAO, han desarrollado en los países de la Región una serie de actividades para el asesoramiento sobre aspectos técnicos específicos, incluida la elaboración de normativa en esta materia que abarca todos los elementos de un sistema de control de inocuidad de los alimentos. Sin embargo, este esfuerzo debe

incrementarse para atender la creciente demanda de los agentes de la cadena agroalimentaria y de comercio; esto se debe a que — aunque algunos de los países de la Región han avanzado en la definición de normas técnicas relativas al control e inocuidad de los alimentos y productos agropecuarios, utilizando como principal referencia el *Codex Alimentarius* —, prevalecen fuertes debilidades en los sistemas de aplicación de las mismas, con consecuencias negativas en la salud y nutrición de la población.

RECOMENDACIONES

Voluntad política para superar los retos y obtener los beneficios que conlleva la globalización

Para consolidar un bloque económico en el marco de interdependencia de los países de la Región es indispensable la determinación y voluntad política, para la armonización de medidas sanitarias y fitosanitarias que se vinculan; el reconocimiento de sistemas equivalentes, a fin de lograr niveles apropiados de protección; el establecimiento de sistemas de rastreabilidad confiables; la coordinación regional de esfuerzos, y el reforzamiento de las instituciones involucradas. Se debe considerar el hecho de que existen países de menor desarrollo relativo, que por sí solos no tienen un gran peso específico para influir en el ámbito internacional, pero que han logrado maximizar su efectividad concertando alianzas estratégicas.

Cooperación, capacitación e investigación aplicada como medios para robustecer la capacidad operativa de los servicios agrosanitarios y de inocuidad de los alimentos

Es necesario ampliar la cooperación sobre la inocuidad de los alimentos y la nutrición entre países, así como con los sectores de investigación y enseñanza, para difundir y aplicar los conocimientos y avances científicos en la materia. También se deben involucrar los diversos sectores de la cadena agroalimentaria en la responsabilidad de alcanzar el nivel de protección de la salud de los consumidores y sensibilizar a estos últimos sobre la importancia de exigir ese nivel de protección.

Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia, notificación e información

Es fundamental la colaboración a fin de reforzar, armonizar e integrar los sistemas de información necesarios en la prevención e identificación de riesgos en etapas tempranas; también se debe reconocer la importancia y llevar a la práctica la transparencia sobre los hallazgos derivados de la vigilancia e investigación de casos de enfermedades, plagas y contaminantes que impactan en la inocuidad de los alimentos y que ponen en riesgo los patrimonios pecuarios de los países.

Utilización de los sistemas de información en la definición de estrategias de gestión de riesgos

Es imperiosa la cooperación entre los países de la Región para el intercambio de información y la coordinación de respuestas, ante alertas y emergencias que comprometan la salud de las personas y el patrimonio agropecuario; esto se puede lograr mediante la definición de mecanismos de acción estratégicos y eficaces, así como el incremento de las capacidades institucionales de respuesta de los países.

Comunicación y cooperación interinstitucional

Con el fin de evitar la duplicidad de actividades y el desaprovechamiento de recursos en la esfera de inocuidad de los alimentos, se debe intensificar la cooperación entre expertos y órganos consultivos nacionales, regionales e internacionales.

Fortalecimiento de los sistemas de inspección y certificación

Para garantizar alimentos sanos y nutritivos a los consumidores, se requiere compromiso de los gobiernos en la supervisión, inspección y certificación para garantizar la inocuidad de los alimentos, en toda la cadena alimentaria. Ello requiere programas de desarrollo de capacidades y asistencia técnica, con el objeto de adoptar un enfoque de gestión de riesgos en los sistemas de inocuidad de los alimentos que englobe todas las etapas, desde el campo (o el mar), hasta la mesa.

Finalizo mi presentación con la siguiente reflexión: los países de la Región deben entender, a plenitud, el fenómeno de la globalización y el aumento de la competencia de los mercados, para contribuir en la construcción de un nuevo orden regional que permita posicionar estratégicamente a nuestros países en la economía global, apoyando y estimulando a las empresas a adaptarse a esos cambios y comprometiéndose a una acción proactiva de los gobiernos.

LAS ENFERMEDADES DESATENDIDAS EN LAS POBLACIONES POSTERGADAS, CON ÉNFASIS EN LAS ZONOSIS

Mirta Roses Periago,
Directora, Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Washington, D.C., E.E.U.U.

RESUMEN

En el mundo en desarrollo, varias enfermedades transmisibles, muchas de las cuales son zoonosis, representan una carga pesada para las personas que viven en la pobreza y tienden a ser excluidas del sector salud. Las enfermedades desatendidas en las poblaciones postergadas, con énfasis en las zoonosis, suponen un desafío importante para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de los compromisos contraídos por los Estados Miembros de la OPS, los cuales se mantienen en la agenda inconclusa desde la Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria de salud (1978).

En 50 años de logros en materia de control de las zoonosis en América Latina y el Caribe, se ha creado la infraestructura necesaria para abordar, de una manera integrada y global, el control de las zoonosis, la inocuidad de los alimentos y la erradicación de la fiebre aftosa dentro del campo abarcador de la salud pública veterinaria.

Dado que muchos factores determinantes de las zoonosis desatendidas en las poblaciones postergadas están fuera de la competencia del sector salud, suponen un desafío nuevo e importante. Deben abordar la multiplicidad de riesgos y factores protectores, y las estrategias deben basarse en la convergencia y las sinergias entre los recursos de sanidad animal y los de salud humana, que deben estar presentes en el ámbito comunitario e individual, tanto urbano como rural.

Al abordar los problemas en cuestión, la OPS despliega un empeño particular para trabajar con los cinco países clave señalados por los Cuerpos Directivos de la Organización (resolución CD45.R6 del 45° Consejo Directivo), a saber: Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua. El nuevo enfoque con estrategias dirigidas al ámbito local aumentará la sostenibilidad del programa en las poblaciones socialmente desfavorecidas y marginadas.

Las reuniones de RIMSAs convocadas por la OPS podrían brindar la oportunidad y el punto de partida de los enfoques integrados, intersectoriales e interprogramáticos orientados a enfermedades múltiples, para el control o la eliminación de las zoonosis desatendidas en las poblaciones postergadas.

Se espera que el presente tema estimule el diálogo, movilice la cooperación internacional y conduzca a que se adopten medidas por medio de la creación de asociaciones e intervenciones piloto en las comunidades locales, con la visión de velar por su sostenibilidad para apoyar los ODM.

LA IMPORTANCIA DE LAS ENFERMEDADES DESATENDIDAS Y LAS ZONOSIS

En un contexto histórico, los albores del siglo XXI marcaron el comienzo de un desarrollo tecnológico inigualable y las expectativas de una vida mejor. "¡Es una gran época para estar vivo!", expresó brevemente el Sr. Bill Gates. Sin embargo, los cambios demográficos y ambientales y la globalización, así como las consecuencias sociales y económicas que acarrearán, han convergido para dar lugar a una época contemporánea que supone desafíos nuevos: las enfermedades infecciosas humanas desatendidas han surgido de nuevo y otras enfermedades nuevas han aparecido. La mayoría de ellas son zoonosis, es decir, infecciones que han cruzado la barrera entre especies que existen entre los animales y los seres humanos.

En el mundo en desarrollo, algunas enfermedades infecciosas, la mayoría de ellas zoonosis, representan una carga pesada para las personas que viven en la pobreza. Estas personas tienden a ser excluidas del sector salud, al igual que muchas de las enfermedades que las afectan. Dichas enfermedades, actualmente denominadas enfermedades desatendidas de las poblaciones postergadas, suponen un importante desafío para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de los compromisos contraídos por los Estados Miembros de la OPS, los cuales se mantienen en la agenda inconclusa desde la Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria de salud (1978).

En la Región de las Américas hay una amplia gama de zoonosis víricas, bacterianas, micóticas, por clamidias, rickettsias y parasitarias, tanto en los seres humanos como en los animales. Un comité de expertos de la OMS definió las zoonosis como "enfermedades e infecciones que se transmiten naturalmente entre los animales vertebrados y el ser humano". Su importancia es mundial y regional debido a las repercusiones importantes que tienen sobre la salud y el desarrollo socioeconómico de muchos pueblos, y se intensifica aún más porque, además de la transmisión directa, un gran número de zoonosis se transmiten de los reservorios animales a los seres humanos por medio de los alimentos, los productos de origen animal y los desechos humanos y animales.

Algunas de las zoonosis desatendidas son las siguientes: peste, fiebre amarilla, leptospirosis, brucelosis debida a *Brucella melitensis*, tuberculosis y brucelosis bovinas, encefalitis equinas, leishmaniasis, enfermedad de Chagas, esquistosomiasis causada por *Schistosoma japonicum*, teniasis o cisticercosis (*Taenia solium*), infección debida a *Taenia saginata*, triquinosis, hidatidosis, fascioliasis, angiostrongilosis, clonorquiasis, equinostomiasis, opistorquiasis, paragonimiasis, esparganosis, difilobotriasis, toxocariasis y larva migratoria cutánea. En el cuadro 5 se enumeran algunas zoonosis desatendidas en la Región de las Américas.

CUADRO 5. Algunas zoonosis desatendidas en las poblaciones postergadas de América Latina y el Caribe

Zoonosis desatendidas	Distribución	Control o eliminación
Hidatidosis	Generalizada; zonas de endemicidad elevada en el sur de América del Sur (Argentina, sur del Brasil, Chile, Perú y Uruguay).	Programa entre países para el control o eliminación en marcha en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.
Teniasis o cisticercosis (<i>T. solium</i>)	Prevalente y generalizada en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, México y Perú. Presente, pero con transmisión esporádica, en Argentina, Chile, Costa Rica, Haití, Panamá, República Dominicana y Venezuela. Existen focos activos.	Existen pautas para el control y la posible eliminación en las zonas con focos activos, tanto urbanas como rurales.
Fascioliasis	Hay focos endémicos en humanos en Cuba, Chile, Costa Rica (cantón de Turrialba) y el altiplano boliviano. Se cree que está más generalizada de lo que se ha notificado en la bibliografía.	Prevenible y controlable mediante el enfoque integrado para la intervención en enfermedades múltiples.
Brucelosis (<i>B. melitensis</i>)	Prevalencia elevada de focos endémicos en Argentina, México y Perú.	Control y erradicación factibles mediante el enfoque integrado para la intervención en enfermedades múltiples.
Brucelosis y tuberculosis bovinas	Una de las enfermedades más graves del ganado bovino en América Latina y el Caribe. La exposición humana generalmente es ocupacional.	El programa continuo para el control o la erradicación está en curso, pero es limitado en muchos países de la Región.
Leptospirosis	Generalizada; en Brasil y Jamaica se han notificado brotes epidémicos en seres humanos como consecuencia de desastres naturales (lluvias intensas e inundaciones).	La prevención y el control son factibles mediante el enfoque integrado para la intervención en enfermedades múltiples.
HelminCIAS transmitidas por el perro (<i>Toxocara sp.</i> , <i>Ancylostoma sp.</i>)	La larva migratoria cutánea es común en las zonas tropicales y subtropicales. La notificación de los casos de toxocariasis es insuficiente debido a la falta de medios de diagnóstico.	La prevención y el control en la comunidad se llevan a cabo mediante el enfoque integrado para la intervención en enfermedades múltiples.
Encefalitis equinas (oriental, venezolana y occidental)	Se presenta exclusivamente en América. Se han notificado brotes en Argentina, Brasil, Cuba, Estados Unidos, Panamá y República Dominicana.	El fundamento de los programas de prevención y control es la vacunación equina en las zonas endémicas.
Triquinosis	Se han notificado brotes en Argentina, Canadá, Chile, Estados Unidos, México, Uruguay y Venezuela.	El control o la erradicación se llevan a cabo mediante el enfoque integrado para la intervención en enfermedades múltiples.
Rickettsiosis	Se han notificado brotes en Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos, México, Panamá, Perú y Uruguay.	La prevención y el control comunitario se llevan a cabo mediante el enfoque integrado para la intervención en enfermedades múltiples.

CUADRO 5. Algunas zoonosis desatendidas en las poblaciones postergadas de América Latina y el Caribe (cont.)

Leishmaniasis	Ocurre especialmente en el Brasil. Se presentan casos esporádicos en Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Suriname, Venezuela y las islas de Guadalupe y Martinica.	El control o la erradicación se lleva a cabo mediante el enfoque integrado para la intervención en enfermedades múltiples. Brasil elaboró un programa importante para controlar y prevenir esta enfermedad.
---------------	---	---

Se dice que las zoonosis están desatendidas porque, con la excepción de la peste y la fiebre amarilla que están sujetas a la notificación obligatoria en la mayoría de los países, generalmente afectan a los pobres, se desconocen o son poco conocidas y, por consiguiente, no se consideran problemas de salud pública. La mayoría de ellas no dan lugar a emergencias epidemiológicas notables y, en consecuencia, llaman poco la atención de los medios de comunicación y de los sectores oficial y privado. Más aún, el sector financiero y las empresas farmacéuticas multinacionales consideran que no representan una inversión lucrativa, hecho que obstaculiza de forma grave la obtención de medios de diagnóstico, medicamentos para el tratamiento y vacunas. Sin embargo, hay empresas farmacéuticas nuevas sin fines de lucro y alianzas público-privadas que comienzan a abordar este grupo de enfermedades, al menos la leishmaniasis y la enfermedad de Chagas.

Desde los años cincuenta, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, con ayuda de la cooperación técnica de la OPS, han reconocido y abordado las zoonosis como problemas de carácter simultáneamente social, económico y sanitario. Se han emprendido programas, algunos de los cuales todavía están en curso, para prevenir, controlar y erradicar la rabia, la tuberculosis y la brucelosis bovinas, la equinococosis, la teniasis y la cisticercosis, las encefalitis equinas, la brucelosis debida a *Brucella melitensis* y la fiebre aftosa, entre otras. Sin embargo, otras enfermedades, sobre todo zoonosis parasitarias, persisten y suponen una amenaza cada vez mayor conforme a las condiciones asociadas con la pobreza y la migración humana que fortalecen su transmisión y arraigo en los focos endémicos. Además, la Región se ve amenazada por nuevas zoonosis, como el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS por la sigla en inglés), la influenza y la encefalopatía espongiiforme bovina (EEB).

FUNDAMENTO Y REPERCUSIÓN SOCIOECONÓMICA
DE LAS ZONOSIS DESATENDIDAS

La carga de las zoonosis desatendidas es sobrellevada principalmente por las poblaciones pobres y vulnerables. Todos los días, miles de personas que viven en la pobreza se enferman y mueren a causa de enfermedades prevenibles. Dichas enfermedades explican la diferencia importante que hay entre las tasas de mortalidad y morbilidad de los países desarrollados y los países en desarrollo. Las enfermedades infecciosas, en particular las zoonosis desatendidas, son los indicadores aproximados del grado de desarrollo socioeconómico y son generalizadas en las regiones o países donde el Producto

Nacional Bruto (PNB) es bajo o donde la distribución de los ingresos está muy sesgada. Algunas de estas enfermedades desaparecerían si se aumentara el PNB y la distribución de los ingresos fuese más equilibrada.

Las zoonosis desatendidas representan una carga financiera elevada para el individuo, la familia, la comunidad, el país e incluso la Región, ya que obstaculizan el desarrollo social y económico. Por ejemplo, en América Latina, unos 75 millones de personas viven en zonas donde la cisticercosis debida a *Taenia solium* es endémica, y aproximadamente 400.000 padecen la enfermedad sintomática en zonas donde la neurocisticercosis es la principal causa de epilepsia. En el Cono Sur (Argentina, el sur del Brasil, Chile, los altiplanos del Perú y Uruguay) se encuentra la concentración más elevada de casos de hidatidosis humana. Antes de la implantación de los programas de control, en los años sesenta, la incidencia anual de casos quirúrgicos por 100.000 habitantes era de 1,0 en el Perú; 2,0 en la Argentina; 7,9 en Chile, y 20 en el Uruguay. Sin embargo, estos datos describen una imagen poco realista, ya que se refieren al país en su totalidad y no a la población rural, que es la que realmente está expuesta a la infección. Los costos directos de la atención médica y la intervención quirúrgica de estas dos zoonosis son incalculables, sin considerar los costos indirectos, sobre todo en las poblaciones que viven con menos de un dólar por día.

La pesada carga de las zoonosis desatendidas también puede recaer en otros grupos vulnerables de la sociedad, como las poblaciones indígenas y los grupos étnicos minoritarios; los lactantes y los niños en edad preescolar; los ancianos; las personas con limitaciones físicas, y las inmunocomprometidas (por ejemplo, las que tienen la infección por el VIH/SIDA). Las poblaciones muy expuestas a menudo abarcan a los trabajadores migratorios, a las personas que viven en los barrios pobres y a las que trabajan en los campos agrícolas y las plantaciones.

Los factores fundamentales determinantes de la salud están fuera del alcance del sector sanitario. Más aún, las políticas de los sectores que influyen sobre dichos factores negativos para la salud generalmente no se establecen de acuerdo con criterios de salud pública. En consecuencia, la tarea de abordar soluciones integrales y sostenibles para los problemas sanitarios ocasionados por las zoonosis desatendidas no puede corresponder únicamente al sector salud. La mayoría de las zoonosis parasitarias ilustran bien la naturaleza multisectorial y multifactorial de las enfermedades desatendidas, una esfera en donde las intervenciones para mejorar los programas de inocuidad de los alimentos, velar por la calidad del agua y la eliminación de excretas sin riesgos, suministrar tratamiento farmacológico periódico y educación sanitaria, son fundamentales para el control sostenible.

Será necesario establecer alianzas con otros sectores capaces de adoptar medidas eficaces, en particular los sectores agropecuario, ambiental y educativo, para reducir y controlar eficazmente las zoonosis desatendidas. El enfoque intersectorial, complementado con las estrategias de atención primaria de salud, la participación activa de la comunidad y el fomento de la tecnología adecuada en las zonas endémicas, contribuirá a la larga al desarrollo sostenible social y económico de las poblaciones indigentes de los países, así como al crecimiento económico regional en América Latina y el Caribe.

EL CONTROL DE LAS ZONOSIS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: 50 AÑOS DE LOGROS

En 1947, por mandato de la 13ª Conferencia Sanitaria Panamericana, el Dr. Fred Soper, quien a la sazón ocupaba el cargo de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, estableció el servicio de salud pública veterinaria para abordar el problema de las zoonosis en los países del continente americano. La medida se adoptó como consecuencia de varios hechos: la epidemia de carbunco que azotó Haití en 1943 y 1945; la ayuda que Panamá solicitó en 1946 debido a un brote de encefalitis equina; la introducción de la fiebre aftosa en México ese mismo año, y el problema alarmante de la rabia en la Región. Todo ello impulsó a los Gobiernos Miembros de la OPS a plantear la necesidad de adoptar medidas coordinadas y simultáneas en todos los países, con el fin de combatir las enfermedades de los animales transmisibles a los seres humanos.

Los Estados Miembros de la OPS reconocieron desde el principio la necesidad de una colaboración entre el sector sanitario y el agropecuario para abordar las zoonosis y otros problemas relacionados con la interacción entre la sanidad animal y la salud humana, por ejemplo, la fiebre aftosa. Por mandato de sus Cuerpos Directivos, la OPS institucionalizó en 1967 las reuniones de los ministros de agricultura y ganadería, al objeto de abordar problemas de interés tanto para el sector sanitario como para el agropecuario. La 14ª RIMSA (en un principio denominada RICAZ) es la culminación de un total de 36 reuniones ministeriales que tratan problemas de interés común, llevando a la práctica la coordinación intersectorial entre la salud y la agricultura y la ganadería en el nivel político más elevado.

Como fruto del esfuerzo de los Estados Miembros de la OPS, con el apoyo técnico y financiero de las organizaciones internacionales, en muchos países de la Región se ha logrado implantar la infraestructura necesaria para abordar, de una manera integrada y global, el control de las zoonosis, la inocuidad de los alimentos y la erradicación de la fiebre aftosa dentro del campo abarcador de la salud pública veterinaria.

En América Latina, el número total de casos de rabia humana y canina ha disminuido 90% entre 1982 y 2004. En 1990, Uruguay, que tiene una de las tasas más elevadas de enfermedad hidatídica humana de la Región, emprendió un programa para erradicar la hidatidosis en su territorio. Entre 1991 y 1997, la prevalencia de *Echinococcus granulosus* en los perros (la fuente primaria de la infección humana) disminuyó de 10,7% a 0,74%, con una reducción correspondiente del número de casos quirúrgicos (de un promedio anual histórico de 550 en 1974 a 246 en 1999). Varios países del Cono Sur — incluidos Argentina, Chile, Uruguay y la mayoría de los estados del Brasil — han logrado librarse de la fiebre aftosa, lo cual ha sido reconocido internacionalmente. En 1975, Jamaica lanzó un programa nacional para erradicar la tuberculosis y la brucelosis bovinas, zoonosis que en 1985 disminuyeron de 5% a menos de 0,1% y 0,5%, respectivamente. México y algunos países centroamericanos han mantenido sus programas de erradicación de la brucelosis y la tuberculosis bovinas, a pesar de la transición de una participación pública a una más privada. Estos son algunos de los logros más perceptibles, pero hay muchos otros.

LA IMPORTANCIA DE LAS ZONOSIS DESATENDIDAS EN LAS POBLACIONES POSTERGADAS

Con objeto de determinar la endemidad de las zoonosis desatendidas, es fundamental considerar un conjunto de factores, sobre todo socioculturales, así como limitar la distribución de los huéspedes intermediarios.

La naturaleza de los factores determinantes intrínsecos es biológica (constitución genética y respuesta inmunitaria) y la mayoría de ellos solo pueden controlarse mediante adelantos en la investigación biomédica y la tecnología; por ejemplo, disponibilidad de vacunas nuevas, medicamentos y medios de diagnóstico. El sector privado y las instituciones académicas han logrado avances importantes en la creación de herramientas nuevas, concretamente las dirigidas a los mercados lucrativos. Sin embargo, la posibilidad de utilizarlas en el campo de las enfermedades desatendidas, respaldada por el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales de la OMS y las empresas farmacéuticas multinacionales, ha tardado en concretarse. El acceso a las herramientas y la tecnología nuevas también ha sido difícil debido a su costo elevado.

Los factores determinantes extrínsecos son de orden económico, sociopolítico y ambiental (por ejemplo, la pobreza, las características ecológicas de los vectores, el comportamiento sociocultural, las ocupaciones y los desastres naturales) y sus consecuencias se deben al desarrollo agropecuario y de riego mal planificado, a la urbanización no controlada y al uso indiscriminado de insecticidas y medicamentos indebidos.

La pobreza es, sin duda, uno de los factores determinantes extrínsecos más críticos que repercuten en la salud de los individuos y grupos. También aumenta la vulnerabilidad a las enfermedades al restringir el acceso a la atención sanitaria de calidad, a alimentos inocuos y nutritivos, y a viviendas adecuadas. La gestión de dichos factores determinantes requiere la promoción intensiva de la causa, seguridad alimentaria, mejores condiciones de vida, educación sanitaria y ambiental, y participación comunitaria.

Las actividades humanas que alteran el ambiente favorecen las condiciones para la transmisión de las zoonosis desatendidas. Un ejemplo es la deforestación intensa que, aunada a las lluvias fuertes, ocasiona derrumbes de lodo e inundaciones que pueden dar lugar a un aumento de las enfermedades de transmisión vectorial y las transmitidas por los alimentos. El uso indiscriminado de insecticidas en la agricultura y la ganadería y las intervenciones de salud pública han provocado resistencia en algunos vectores. El uso generalizado y sin control de antibióticos y otros medicamentos (tanto en seres humanos como en animales) ha contribuido a la farmacoresistencia generalizada.

Los cambios climáticos, como el fenómeno de El Niño, han contribuido a la presentación de brotes epidémicos de las zoonosis desatendidas en las zonas endémicas. Como ejemplos podemos citar las epidemias de leptospirosis que surgen después de una inundación o las cosechas de maíz que atraen a las poblaciones de ratas hacia las comunidades humanas, dando lugar a un brote de peste devastador.

Las incursiones humanas en las zonas selváticas vírgenes, como la Amazonia, aumentarán el riesgo de que surjan zoonosis desatendidas a medida que las poblaciones locales sean obligadas a desplazarse y abandonar sus comunidades como consecuencia de la explotación de los recursos naturales y la apertura de rutas comerciales.

QUO VADIS? ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

Las zoonosis desatendidas en las poblaciones postergadas exigen que se adopten medidas inmediatas; sin embargo, las soluciones requieren una acción continua a largo plazo. La estrategia para prevenirlas y controlarlas se basa en enfoques de gestión intersectorial integrados, interprogramáticos y orientados a muchas enfermedades, los cuales abordan los múltiples riesgos para la salud y los factores protectores a corto y mediano plazo. Se requiere una movilización de recursos e iniciativas tanto públicas como privadas, en particular en los ámbitos local y comunitario.

En la Región de las Américas, debemos adaptar nuestros enfoques tanto a las poblaciones urbanas como a las rurales. Al abordar los problemas en cuestión, la OPS desplegará un empeño particular para trabajar con los cinco países clave señalados por los Cuerpos Directivos (resolución CD45.R6 del 45.º Consejo Directivo), a saber: Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua. Esperamos que el nuevo conjunto de enfoques con estrategias dirigidas al ámbito local aumente la sostenibilidad del programa de control de las enfermedades desatendidas, incluidas las zoonosis, y las campañas para su eliminación en las poblaciones socialmente desfavorecidas y marginadas.

Se prevé que dicho conjunto de enfoques fortalecerá aún más los servicios y sistemas de vigilancia existentes, y contribuirá a integrar los sistemas de identificación y control o eliminación orientados a enfermedades múltiples.

La OMS ha preparado un plan para el control intensificado de las enfermedades desatendidas, que se incluye en el informe del taller internacional celebrado en Berlín en diciembre de 2003.

Muchos factores determinantes de las enfermedades desatendidas en las poblaciones postergadas, en particular las zoonosis, están fuera de la competencia del sector salud, entre ellos: las condiciones de vida desfavorables, el agua potable contaminada, los alimentos contaminados, el saneamiento y la eliminación de desechos inadecuados, el drenaje deficiente, la falta de eliminación de residuos sólidos, las viviendas deficientes y la contaminación del aire. Dichos factores perpetúan el ciclo de las enfermedades desatendidas; por consiguiente, la responsabilidad de obtener soluciones integrales y sostenibles debe compartirse entre todos los sectores dedicados a lograr una calidad de vida mejor para todos los ciudadanos.

La reducción de los factores de riesgo debe estar estrechamente relacionada con el fortalecimiento de los factores protectores, entre ellos, un ambiente menos contaminado; mejor educación; seguridad e inocuidad alimentarias, y oportunidades laborales respaldadas por un compromiso político y fiscal para lograr la sostenibili-

dad. El mejoramiento de la vigilancia y seguridad alimentarias y, por lo tanto, de la ingesta calórica y la nutrición en general, podría proteger contra la susceptibilidad a las zoonosis desatendidas, así como contribuir al bienestar social y aportar beneficios económicos.

La base conceptual del enfoque para abordar las zoonosis desatendidas en las poblaciones postergadas debe incluir la multiplicidad de riesgos y factores protectores, y las estrategias deben basarse en la convergencia y las sinergias entre los recursos de sanidad animal y salud humana, que deben estar presentes en el ámbito comunitario e individual, tanto urbano como rural.

Las intervenciones integrales para abordar enfermedades múltiples pueden ser rentables si la infraestructura de una determinada intervención para controlar una enfermedad se vincula con otra; por ejemplo, la erradicación de la fiebre aftosa con el control o erradicación de la tuberculosis y brucelosis bovinas; o bien, el control de la rabia en zonas urbanas con el control de las poblaciones de perros y el control de otras zoonosis urbanas.

La OPS ha concebido, en colaboración con el Brasil, tres situaciones hipotéticas en las que se aplica un enfoque integrado, intersectorial e interprogramático para abordar enfermedades múltiples en poblaciones muy distintas, a saber: un barrio pobre, una comunidad autóctona y una ciudad de tamaño mediano con una población mezclada. Los ejemplos se encuentran en la ciudad de Jaboatao dos Guararapes, localizada en la costa del estado de Pernambuco, para el control de la filariasis linfática, la esquistosomiasis, las infecciones por geohelminthos y las infestaciones de moscas domésticas; en las comunidades de los yanomani, en el Brasil septentrional (estados de Amazonas y Roraima), para la eliminación de la oncocercosis, con beneficios concomitantes para el control de las geohelminthiasis en los niños y adolescentes, así como el control de la tunguiasis en los perros; y en la ciudad de Emperatriz, en el estado occidental de Maranhão, para el control de la malaria, la leishmaniasis, la leptospirosis y el dengue.

La preparación y ejecución de un plan de acción intersectorial para el control o la erradicación de las zoonosis desatendidas en las poblaciones postergadas requiere una buena orquestación, dados los propios intereses percibidos de cada sector, los conflictos políticos, las tensiones existentes entre las prioridades sociales y económicas, y la maximización de las necesidades público-privadas.

La colaboración intersectorial, la tecnología apropiada, la participación comunitaria y la cooperación técnica y económica entre los países están incluidas en las estrategias centrales de la Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria de salud. La atención primaria de salud debe reflejar las condiciones económicas y los valores sociales de los países y sus comunidades, y evolucionar a partir de ellos.

Esperamos que el hecho de abordar el problema de las enfermedades desatendidas en las poblaciones postergadas, con hincapié en las zoonosis, estimule el diálogo, movilice la cooperación internacional y conduzca a la creación de asociaciones e intervenciones piloto en las comunidades locales, con la visión de velar por su sostenibilidad como respaldo a los ODM.

El mejoramiento de la coordinación y armonización de las estrategias para reducir la pobreza en las zonas rurales y periurbanas, centradas en el desarrollo local y el mejoramiento de la calidad de vida de las familias y las comunidades, tendrá una repercusión acelerada y sostenible en la eliminación de dichas enfermedades desatendidas.

BIBLIOGRAFÍA

- Acha, P.N., Szyfres, B. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales. 3ra. edición. Vol I: Bacteriosis y micosis. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003. (Publicación Científica y Técnica 580).
- Acha, P.N., Szyfres, B. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales. 3ra. edición. Vol II: Clamidiosis, rickettsiosis y virosis. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003. (Publicación Científica y Técnica 580).
- Acha, P.N., Szyfres, B. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales. 3ra. edición. Vol III: Parasitosis. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003. (Publicación Científica y Técnica 580).
- Arambulo, P., Amar, S. Thakur: Impact of Zoonoses in Tropical America. *Ann N Y Acad Sci* 1992;653:6-18. Borroughs, T., et al., eds. The Emergence of Zoonotic Diseases: Understanding the Impact on Animal and Human Health. Washington, DC: The National Academies Press; 2002.
- Borroughs, T., et al., eds. The Emergence of Zoonotic Diseases: Understanding the Impact on Animal and Human Health. Washington, DC: The National Academies Press; 2002.
- Cuentas Yáñez, G. El impacto de las zoonosis emergentes en la salud humana y en la salud animal. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2001. (Documento RIMSA12/18).
- Ehrenberg, J.P. Neglected diseases of neglected populations: new approaches to reshaping determinants of health and sustainable development in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2004. (Unpublished document).
- Fazen, L.E., Anderson, R.I., Marroquin, H.F., Arthes, F.G., Buck, A.A. Onchocerciasis in Guatemala. I. Epidemiological studies of microfilaruria. *Am J Trop Med Hyg* 1975;24(1):52-57.
- Fernández, H. Perspectivas para la eliminación de la hidatidosis en el Cono Sur. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2001. (Documento RIMSA12/16).

- Ferrari, A.A., Solymos, G.M., Castillo, R.M., Sigulem, D.M. Risk factors for protein-energy malnutrition in pre-school shantytown children of São Paulo. *Rev Paul Med* 1998;116(2):1654-1660.
- King, L.J., Marano, N., Hughes, J.M. New partnerships between animal health services and public health agencies. *Rev Sci Tech* 2004;23(2):717-725.
- Larrea, C., Freire, W. Social inequality and child malnutrition in four Andean countries. *Rev Panamam Salud Publica* 2002;11(5-6):356-364.
- Larrieu, E., Belotto, A., Arambulo, P., Tamayo, H. Echinococcosis quística: epidemiología y control en América del Sur. *Parasitol Latinoam* 2004;59:82-89.
- Louet, S.: Public-private partnerships boost research on neglected diseases. *Nat Biotechnol* 2003;21(11):1254-1255.
- Macpherson, C.N.L., Meslin, F.X., Wandeler, A. eds. Dogs, zoonoses and public health. New York: *CAB International*; 2000.
- Mandelbaum-Schmid, J: New generation of non-profit initiatives tackles world's neglected diseases. *Bull World Health Organ* 2003;82(5):395-396.
- Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología y control de la taeniasis/cisticercosis en América Latina. Report of a course/workshop. Guayaquil, Ecuador, 14-16 May 1993.
- Organización Mundial de la Salud. Zoonosis bacterianas y víricas. Informe de un Comité de Expertos de la OMS, con la participación de la FAO. Ginebra: OMS; 1982. (Serie de Informes Técnicos 682).
- Organización Mundial de la Salud. Zoonosis parasitarias. Informe de un Comité de Expertos de la OMS, con la participación de la FAO. Ginebra: OMS; 1979. (Serie de Informes Técnicos 637).
- Organización Mundial de la Salud. Higiene del pescado y los mariscos. Informe de un Comité de Expertos de la OMS convocado en cooperación con la FAO. Ginebra: OMS; 1975. (Serie de Informes Técnicos 550).
- Roses Periago, M. Human development and prosperity in rural communities. In: RIMSA 13: Final Report and Proceedings. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2003: 199-205.
- Schumacher, E.F. Small is Beautiful: Economics as if People Mattered. New York: Harper and Row; 1973.
- The World Bank. Perspectives on Development. Madrid: Pressgroup Holdings Europe S.A.; 2004.
- The World Bank. The World Bank Annual Report 2004, 2 vol. Washington, DC: World Bank; 2004.

- Trouiller, P., Olliaro, P., Torreele, E., Orbinski, J., Laing, R., Ford, N. Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure. *Lancet* 2002;359(9324):2188-2194.
- Usabiaga, J. Brucelosis y tuberculosis bovina – ¿control o eliminación? Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2001. (Documento RIMSA12/15).
- Vosti, S.A. Malaria among gold miners in southern Para, Brazil: estimates of determinants and individual costs. *Soc Sci Med* 1990;30(10):1097-1105.
- World Organization for Animal Health (OIE). Emerging zoonoses and pathogens of public health concern. *Scientific and Technical Review* 2004;23(2):420-725.
- World Health Organization. Primary health care. Report on the International Conference on Primary Health Care held in Alma-Ata, USSR. Geneva: WHO; 1978.
- World Health Organization. Zoonoses: second report of the joint WHO/FAO expert committee. Geneva: WHO; 1959. (WHO Technical Report Series 169).

LA COOPERACIÓN REGIONAL CENTROAMERICANA EN SALUD Y AGRICULTURA: EL PAPEL CATALIZADOR DE LOS ORGANISMOS REGIONALES ESPECIALIZADOS

Bernardo López Figueroa,
Viceministro de Agricultura, Recursos Naturales
Renovables y Alimentación de Guatemala
Ciudad de Guatemala, Guatemala

INTRODUCCIÓN

Este documento tiene como propósito hacer una breve revisión de la coordinación regional intergubernamental entre los sectores salud y agricultura en América Central, así como del papel catalizador de los organismos regionales especializados para lograr y fortalecer dicha coordinación.

Con este objetivo, primero se hace una revisión de la institucionalidad del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) para determinar si la normativa comunitaria favorece o no la interacción regional entre los sectores salud y agricultura.

Seguidamente, se analiza si dicha normativa comunitaria ha sido aprovechada mediante la concertación entre ambos sectores sobre áreas prioritarias para el trabajo conjunto a nivel regional y cuál ha sido el apoyo de los organismos regionales especializados para ejecutar la agenda intersectorial.

Finalmente, se presenta una serie de conclusiones y recomendaciones que se consideran importantes para las deliberaciones en el panel "La cooperación internacional frente a problemas emergentes en el ámbito de la agricultura, la ganadería y la salud", de la 14^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura.

INSTITUCIONALIDAD REGIONAL PARA LA COORDINACIÓN ENTRE LOS SECTORES SALUD Y AGRICULTURA

En 1991, por medio del Protocolo de Tegucigalpa a la Carta de la Organización de Estados Centroamericanos (ODECA), se creó el SICA, cuya instancia superior de decisión política está constituida por la Reunión de Presidentes de los Países Miem-

bros y vincula a todos los órganos e instituciones relacionados con la integración regional.

El SICA contempla el funcionamiento de consejos de ministros sectoriales, según los ramos de competencia y prevé una necesaria y coherente coordinación entre los mismos, para lo cual se establecieron las reuniones ministeriales intersectoriales.

En este sentido, desde hace varios años funcionan en la Región consejos sectoriales, tanto en el ámbito de la salud — Consejo de Ministros de Salud de América Central (COMISCA) — como en el ámbito de la agricultura — Consejo Agropecuario Centroamericano (CAC). Para la ejecución de sus acuerdos, ambos consejos de ministros cuentan con secretarías ejecutivas, que a su vez reciben cooperación técnica importante de organismos internacionales especializados.

Durante los últimos tres años, el Consejo Agropecuario Centroamericano ha aprovechado la normativa institucional comunitaria para sostener reuniones intersectoriales regionales con los ministros de economía y comercio exterior, de ambiente y de salud.

La I Reunión Intersectorial de Ministros de Agricultura, de Ambiente y de Salud de Centroamérica fue realizada en Guatemala en junio de 2004, con el propósito de concertar una agenda de trabajo en temas de interés prioritario para los tres sectores. Los temas seleccionados para el trabajo conjunto fueron: 1) manejo integrado de recursos hídricos, 2) seguridad alimentaria y 3) organismos vivos modificados, biotecnología y bioseguridad.

Además de estos temas, como producto de los acuerdos de la XXII Cumbre de Presidentes Centroamericanos, realizada en Costa Rica en diciembre de 2002, el sector agropecuario y el sector salud han realizado trabajos conjuntos en el área de prevención y mitigación de desastres en general y del Fenómeno de El Niño en particular. Asimismo, como producto de los acuerdos de la I Reunión Intersectorial de los Consejos de Ministros de Agricultura y de Medio Ambiente, realizada en Costa Rica en abril de 2003, también los sectores agricultura, salud y ambiente, han coordinado acciones a nivel regional para el tema del manejo seguro de sustancias químicas peligrosas.

Para realizar y coordinar las acciones en cada tema de interés conjunto, se ha contado, además de los apoyos de las secretarías sectoriales, con la participación de diversos organismos regionales e internacionales, que han mostrado su disposición para llevar adelante esfuerzos de coordinación interagencial en función de los objetivos definidos por las instancias intergubernamentales en el marco del SICA.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA AGENDA INTERSECTORIAL Y LA COOPERACIÓN DE LOS ORGANISMOS REGIONALES

A continuación se describen las principales acciones de cooperación regional establecidas conjuntamente por los sectores de salud, agricultura y ambiente, así como el apoyo que los organismos regionales especializados brindan a cada una de ellas.

Estrategia Centroamericana de Gestión Integrada de los Recursos Hídricos

El recurso hídrico es uno de los temas centrales de la agenda intersectorial centroamericana. El agua es el fundamento de la vida y un recurso productivo indispensable, finito y vulnerable.

Los Consejos Intersectoriales de Ministros de Agricultura, Salud y Ambiente han manifestado su voluntad de buscar soluciones conjuntas a los problemas relacionados con la disponibilidad de los recursos hídricos, con su uso y manejo, así como con el deterioro en su calidad. En respuesta al reto que representa este tema, la CCAD, el CAC y el COMISCA se han unido para elaborar una Estrategia Centroamericana para la Gestión Integrada de los Recursos Hídricos, que defina los grandes lineamientos de política que sustentarán los programas de cada uno de los países del Istmo y que permitirán alcanzar metas definidas y objetivos que garanticen la sostenibilidad de dichos recursos, la satisfacción de las necesidades humanas y ecosistémicas, así como el desarrollo económico y productivo de las naciones centroamericanas.

Para efectos de diseñar esta estrategia, se constituyó un equipo interagencial liderado por las Secretarías del CAC, CCAD y COMISCA. En este equipo se cuenta además con la participación del Comité Regional de Recursos Hidráulicos (CRRH); el Centro Agronómico Tropical de Investigación y Enseñanza (CATIE); el Global Water Partnership (GWP); la Unión Mundial para la Naturaleza (UICN) y la Red Centroamericana de Acción del Agua (FANCA). Asimismo, a nivel nacional se han designado funcionarios de los tres sectores (agricultura, salud y ambiente), para facilitar los procesos de consulta requeridos para la elaboración de la estrategia regional.

Entre los avances logrados por este equipo interagencial, se destacan: 1) la elaboración de la propuesta para la preparación de la estrategia; 2) la creación de un sitio Web que sirve como instrumento operativo para facilitar el proceso de elaboración y difusión de la estrategia; 3) gestiones puntuales de cooperación internacional; 4) talleres nacionales sobre la "Articulación local, nacional y regional en la gestión de los recursos hídricos en América Central", y 5) apoyo y participación en el Foro Centroamericano del Agua: Avances, retos y desafíos para una Gestión Integrada del Agua en América Central.

Seguridad Alimentaria y Nutricional

A pesar de la inversión que han realizado los países de la Región con apoyo de la cooperación internacional, la celeridad con que se avanza en este tema no ha sido suficiente y aún hay grandes sectores de la población que enfrentan severos problemas de inseguridad alimentaria y nutricional; al respecto, se estima que 1 de cada 2 centroamericanos no logra cubrir sus necesidades a nivel regional, situación que es más grave en el sector rural, donde 2 de cada 3 enfrentan esta situación.

Esto ha obligado a un replanteamiento de las prioridades y políticas que se vienen ejecutando. En este sentido, los Presidentes Centroamericanos en la XX Cumbre realizada en diciembre de 2002, establecieron el "Marco Estratégico para enfrentar

la situación de inseguridad alimentaria y nutricional asociada a las condiciones de sequía y cambio climático”.

Como respuesta a dicho acuerdo presidencial, se conformó la Instancia Técnica Conjunta Regional (ITCR), dirigida a promover la coordinación interagencial de la cooperación técnica y financiera para la promoción de la seguridad alimentaria y nutricional. Esta instancia busca convertirse en un ente de apoyo a los gobiernos de la Región para promover una política de ordenamiento y optimización de la inversión, tanto regional como de la cooperación internacional, alrededor de la agenda regional que definan las Cumbres de Presidentes y los Consejos Ministeriales relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional. La ITCR cuenta con un grupo coordinador en el cual participan SE-CAC, SISCA, CEPREDENAC, INCAP/OPS, CRRH, BCIE, FEMICA, SG-CECC y CSUCA.

En la reunión intersectorial de Ministros de Agricultura, Salud y Ambiente de América Central, en junio de 2004, los Ministros instruyeron a las Secretarías de sus Consejos Ministeriales para que, con el acompañamiento técnico del INCAP/OPS, brinden cooperación técnica con el propósito de:

- ◀ Fortalecer programas y componentes de alimentación y nutrición en los sectores de agricultura, ambiente y salud para la atención de grupos prioritarios.
- ◀ Fortalecer las capacidades y competencias para el desarrollo y la gestión de programas de seguridad alimentaria y nutricional (capacitación en gestión y seguridad alimentaria y nutricional).
- ◀ Agilizar la creación del Fondo Regional para la seguridad alimentaria y nutricional (FONSAN), para el desarrollo de proyectos complementarios a los esfuerzos locales, nacionales y regionales en la lucha contra la pobreza que genera hambre y desnutrición.
- ◀ Desarrollar un sistema regional de información y el observatorio regional en seguridad alimentaria y nutricional, como parte de una red de sistemas de información y observatorios nacionales y locales, a ser fortalecidos o establecidos según la particularidad de cada país.
- ◀ Vincular las acciones en el área de Seguridad Alimentaria y Nutricional con las acciones de la Estrategia Centroamericana de Gestión Integrada de Recursos, entre otros.

Para acompañar estas acciones, además de la participación de la ITCR, recientemente se ha logrado la aprobación y puesta en marcha del Programa Regional de Seguridad Alimentaria para América Central (PRESANCA) con la cooperación de la Comunidad Europea, así como otras acciones que se desarrollan con el apoyo de la FAO, USDA y Gobiernos amigos.

Con este mismo espíritu de cooperación, el 28 y 29 de abril de 2005 se realizó en El Salvador el Seminario Regional “Invirtiendo en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Reducir la Pobreza Extrema”, con la participación de los Ministros de Agricultura y de Salud. Esta actividad está siendo coorganizada por SISCA, SE-CAC e INCAP.

Organismos vivos modificados, agrobiotecnología y bioseguridad

Con el apoyo de un grupo interagencial conformado por IICA, OIRSA y CATIE y en coordinación con las Secretarías del CAC, COMISCA y CCAD, se elaboraron propuestas regionales para: 1) un Marco Regulatorio Tipo sobre Organismos Vivos Modificados para uso Agropecuario, 2) una estrategia regional en agrobiotecnología, y 3) un proyecto para fortalecer las capacidades nacionales en bioseguridad mediante cooperación recíproca entre países de América Central.

Para la elaboración de la propuesta del Marco Regulatorio Tipo sobre Organismos Vivos Modificados para uso Agropecuario, se contó con el apoyo de expertos de Colombia, Costa Rica, El Salvador y México; se realizaron procesos de consulta regional y una revisión a nivel nacional entre los sectores de agricultura, salud y ambiente. La versión final de esta propuesta se conocerá en la próxima Reunión Intersectorial de Ministros de Agricultura, Salud y Ambiente.

Con este marco regulatorio, se busca que los países que no disponen de normativa o reglamentación puedan adoptar elementos básicos comunes; cuando los países cuenten con la normativa, pueden ajustar los marcos existentes, con el propósito de avanzar hacia una armonización regional.

En cuanto a la Estrategia Regional en Agrobiotecnología, el objetivo es concertar y fortalecer las acciones en el ámbito nacional y regional; la idea es procurar el acceso y la utilización segura de productos agrobiotecnológicos, así como la optimización y armonización de la gestión, marcos legales y políticas relacionadas en beneficio de los sistemas agroalimentarios, la calidad de vida, la conservación y el uso sostenible de la biodiversidad, la protección del ambiente y el fortalecimiento de la economía.

Por otra parte, el proyecto para fortalecer las capacidades nacionales en biotecnología mediante cooperación recíproca entre países de América Central, tiene entre sus componentes:

- ← Gestión institucional regional.
- ← información y divulgación.
- ← Metodologías para el diseño de políticas, sistemas institucionales y programas nacionales.
- ← Capacitación en la práctica de la bioseguridad.
- ← Fortalecimiento institucional vía una red regional de profesionales en bioseguridad.

Reducción de la vulnerabilidad frente a amenazas naturales

América Central es una subregión expuesta a variadas amenazas naturales de carácter recurrente. Los países centroamericanos están concentrados en un espacio geográfico relativamente pequeño, en el cual es frecuente que un peligro natural afecte a varios o a todos los países y sectores. Las amenazas no respetan fronteras, y tanto las debilidades como sus causas tienden a ser compartidas. Asimismo,

muchas de las posibles soluciones para reducir las vulnerabilidades y los desastres pueden ser útiles a más de uno o a todos los países y sectores, lo cual favorece el abordaje regional e intersectorial del tema.

A nivel regional, se han logrado alianzas de trabajo entre los sectores agropecuario y de salud en materia de gestión del riesgo. Ejemplo de este trabajo conjunto es el taller regional sobre el fenómeno El Niño Oscilación del Sur, realizado en las instalaciones de la SG-SICA. Asimismo, se ha propiciado un intercambio de experiencias entre ambos sectores en la elaboración de documentos de planificación sectorial en el marco del Plan Regional de Reducción de Desastres, procurando un enfoque preventivo (y no reactivo, como en el pasado).

Estas actividades se han llevado a cabo en estrecha coordinación de las Secretarías de los Consejos Ministeriales de Agricultura y Salud, CRRH, CEPREDENAC, INCAP y la OPS. Asimismo, a nivel regional se han realizado diversos eventos de coordinación y seguimiento del fenómeno de El Niño Oscilación del Sur; por ejemplo, la Secretaría Ejecutiva del CAC organizó seminarios especializados en diversos países centroamericanos, con la participación de representantes de los sectores de salud y agricultura, entre otros.

Manejo seguro de sustancias químicas peligrosas

A partir de agosto de 2002, representantes de los ministerios de agricultura, salud y ambiente, a cargo de la regulación y las políticas relacionadas con químicos peligrosos, definieron áreas de interés común para el abordaje regional y nacional del tema y recomendaron desarrollar un plan de trabajo intersectorial que, entre otros aspectos, considera lo siguiente:

- ← Revisar y actualizar los compromisos regionales para la eliminación de productos incluidos en los convenios internacionales y acuerdos regionales, estableciendo sinergias y complementariedades, y teniendo a su vez como marco, los avances institucionales y legales nacionales e internacionales.
- ← Establecer un programa regional para el manejo seguro de sustancias tóxicas y peligrosas.
- ← Contar con una política regional de manejo seguro de sustancias químicas peligrosas, que implique la búsqueda de posiciones regionales en procesos de seguimiento y negociación de convenios internacionales.
- ← Crear un comité técnico regional de sustancias químicas peligrosas, como una instancia regional para dar seguimiento y facilitar la coordinación del cumplimiento de los convenios internacionales y regionales.

En forma adicional, actualmente se está trabajando en la creación de un centro de capacitación regional para el uso adecuado de sustancias químicas, en el cual también estarían involucrados los sectores de ambiente, agricultura y salud.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El marco jurídico y el arreglo institucional del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), favorece el tratamiento intersectorial de temas de interés común entre diferentes consejos sectoriales de ministros, en particular salud y agricultura.

En América Central existe una agenda de trabajo regional concertada y en ejecución entre los sectores Salud, Agricultura y Ambiente, en los temas de recursos hídricos, seguridad alimentaria, organismos vivos modificados, reducción de la vulnerabilidad ante amenazas naturales y manejo seguro de sustancias químicas peligrosas.

Dentro de las áreas concertadas para el trabajo conjunto en salud y agricultura a nivel regional, no se encuentran la prevención y el control de las zoonosis, ni la inocuidad de los alimentos. Ambas áreas deberían ser prioritarias y urgentes para atender en forma conjunta por los países de la Región y así fortalecer y coordinar las acciones que se desarrollan a nivel nacional.

Las zoonosis emergentes influyen en las relaciones entre países por sus consecuencias en la salud pública y en el mercado internacional de animales y alimentos, provocando muchas veces el cierre de exportaciones. Asimismo, la inocuidad de los alimentos es prioritaria para disminuir los riesgos de las enfermedades transmitidas a la población, y favorecer el turismo y el intercambio internacional de alimentos.

Ambas áreas, además de su importancia *per se*, resultan prioritarias para atenderlas en forma multinacional e intersectorial entre países, ya sea que estén en un proceso acelerado para conformar una Unión Aduanera y negociando o implementando tratados de libre comercio; dentro de estos últimos destaca el DR-CAFTA, por la magnitud del comercio agroalimentario en ambas vías.

El papel de los organismos regionales especializados es muy importante para apoyar la agenda intersectorial regional entre salud y agricultura, ya que permiten:

- ← Coordinar la elaboración de propuestas con visión regional.
- ← Apoyar la realización de encuentros técnicos y políticos de carácter regional.
- ← Dar seguimiento y apoyar las acciones acordadas regionalmente por los gobiernos.
- ← Buscar recursos provenientes de la cooperación internacional, complementarios a los de los países, para acciones regionales.
- ← Establecer sinergias entre sus programas de trabajo para evitar duplicidades y maximizar el uso de los recursos.
- ← Servir de memoria institucional y de enlaces entre los gobiernos.

No obstante, en las últimas reuniones de los ministros de agricultura de la región centroamericana, ha estado presente la preocupación por evitar la duplicidad de

acciones y lograr un mayor y mejor ordenamiento de la cooperación técnica internacional, para obtener mayor provecho y rendimiento de los recursos disponibles en general, y en materia de sanidad agropecuaria en particular.

En este sentido, las alianzas estratégicas y la firma de convenios interagenciales tales como IICA-OPS; OIRSA-IICA y OIRSA-OPS/INCAP son un buen punto de partida, pero deben transformarse en planes de trabajo concretos, debidamente concertados y ejecutados en coordinación con las instancias intersectoriales regionales pertinentes (reuniones intersectoriales salud-agricultura-ambiente).

Al respecto, también es oportuno mencionar que — por acuerdo de los Ministros de Agricultura de la Región (Resolución N° 4 de la XXXIV Reunión Extraordinaria del Honorable Comité Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria, realizada en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, el 11 de noviembre, 2004) — el 12 de abril de 2005 se realizó una reunión en la sede del OIRSA, para la coordinación de cooperantes en materia agrosanitaria. En dicha reunión participaron, además de OIRSA, representantes de INCAP/OPS, IICA, BID, SICA, CAC, BCIE, SIECA, FAO, USDA, JICA, China y la Cooperación Española, con el propósito de lograr acuerdos básicos para la coordinación regional en beneficio de los países centroamericanos y un mejor aprovechamiento y optimización de los recursos en áreas comunes de intervención.

Finalmente, cabe destacar que la complejidad que han adquirido los temas relacionados con la salud y la agricultura hace necesario articularlos a otros campos como el comercio y el ambiente. Esto impone el reto de una coordinación intersectorial múltiple con otros sectores, para lo cual también es indispensable el papel de la coordinación y apoyo de los organismos regionales especializados, tal como ha quedado de manifiesto en el caso de América Central.



PANEL SOBRE MANDATOS
DE LAS CUMBRES:
ADELANTOS REALIZADOS
EN LA SEGURIDAD HUMANA
MEDIANTE ENFOQUES
INNOVADORES CENTRADOS
EN EL DESARROLLO LOCAL

INICIATIVAS FINANCIERAS DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID) PARA APOYAR LOS MANDATOS DE LAS CUMBRES DE LAS AMÉRICAS EN EL DESARROLLO RURAL Y SOCIAL

Gabriel Montes Llamas,
Especialista Agrícola Principal,
Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
Washington, D.C., E.E.U.U.

RESUMEN

Las Cumbres de las Américas celebradas en Miami, Santiago y Québec, así como el establecimiento de las Metas de Desarrollo del Milenio en 2000, han consolidado una agenda ambiciosa de desarrollo sostenible, que compromete a las entidades internacionales de cooperación y a los países de la Región a realizar esfuerzos sostenidos para la promoción del comercio internacional; la reducción de la pobreza y el hambre; el incremento del capital humano de las personas mediante la promoción de la educación y la salud, y el desarrollo de las zonas de menor desarrollo relativo, especialmente de aquellas localizadas en el área rural. Estos esfuerzos deben realizarse en un marco de promoción de la equidad y la inclusión social. El Banco Interamericano de Desarrollo ha estado comprometido con el logro de estas metas desde la enunciación de los principios de su Octava Reposición de Capitales. Sin embargo, a raíz de los postulados de las cumbres y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ha renovado sus esfuerzos en materia de adecuación de sus estrategias institucionales (desarrollo social, desarrollo rural, salud) y en el desarrollo de nuevos instrumentos financieros que faciliten el acceso de los países a los recursos económicos necesarios para la ejecución de la agenda mencionada.

Los mandatos de las Cumbres

Mediante la realización de las sucesivas Cumbres de las Américas, realizadas en Miami (1994), Santiago de Chile (1998) y Quebec (2001), así como por el establecimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000), se ha venido consolidando una agenda para el desarrollo sostenible y la inclusión social en el continente y en el mundo. Por medio del establecimiento claro de prioridades, los líderes de las Américas y del mundo se han comprometido a la promoción de la democracia y los derechos

humanos; a la promoción del libre comercio; a reducir a la mitad, para 2015, las personas del mundo que están en extrema pobreza y que padecen de hambre; a erradicar la discriminación en el acceso a los servicios básicos; a promover un manejo ambiental sostenible basado en el uso racional de los recursos naturales. Los mandatos de las cumbres representan un compromiso mundial de proporciones históricas; comprometen a la comunidad internacional, de la cual el BID y la OPS forman parte, a focalizar sus esfuerzos en la reducción de la pobreza y el hambre, así como en la promoción de la educación y la salud, ya que son elementos importantes en la formación de capital humano y en el desarrollo de las áreas donde se concentra la pobreza extrema, especialmente las zonas rurales y en las zonas urbanas deprimidas.

Para el aprovechamiento de estos esfuerzos internacionales, los países en vías de desarrollo necesitan de asistencia para reformar sus políticas y fortalecer sus instituciones; recursos financieros para aumentar su infraestructura, y asistencia para el cumplimiento de sus compromisos en materia de normas internacionales, especialmente en el caso de los estándares en materia sanitaria y fitosanitaria.

Cumbre de Miami (1994)¹

En la declaración final de esta cumbre se encuentran los siguientes principios aplicables a este tema. El mandato de *promover un comercio libre, sin barreras y establecer el Área de Libre Comercio de las Américas* exige reforzar a los organismos que faciliten la participación de los países de ALC en este flujo incrementado de comercio, mediante el fortalecimiento de la competitividad y de las actividades e instituciones ligadas a la sanidad y la calidad de los alimentos.

La erradicación de la pobreza y de la discriminación en el hemisferio requiere fomentar los programas que permitan generar un crecimiento sostenible: promoción de la educación y la salud, y erradicación de la pobreza extrema, el hambre y el analfabetismo, con inclusión de todos los sectores sociales, sin distinciones de raza, grupo étnico o género.

Garantizar el desarrollo sostenible y conservar nuestro medio ambiente para las generaciones futuras. La calidad del capital natural es uno de los activos fundamentales de una sociedad para promover su proceso de desarrollo sostenible. Los servicios ambientales que se generan en el medio rural muestran beneficios económicos significativos traducidos en la conservación de los recursos, el repunte del ecoturismo, la industria de la biotecnología y los mercados de carbono.

Cumbre de Santiago (1998)²

En la declaración final se encuentran desarrollados los siguientes principios:

a) *La educación como clave del progreso.* Uno de los principales pilares para la lucha contra la pobreza es la formación de capital humano. La Región debe

¹ Cumbre de las Américas de Jefes de Estado y de Gobierno- Declaración de Miami, Diciembre de 1994

² Segunda Cumbre de las Américas. Plan de Acción. Santiago, Abril de 1998.

elevar los niveles de educación, salud y capacitación, para así elevar los niveles de vida de su población.

- b) *Fortalecimiento de las administraciones municipales y regionales.* La arquitectura institucional existente no ha sido suficiente para satisfacer los crecientes desafíos del desarrollo de las economías, especialmente en el sector rural. Por tal motivo, las estrategias deben dar un renovado énfasis a la modernización del Estado, a la generación de nuevas políticas, a la participación del sector privado y la sociedad civil, y sobre todo al fortalecimiento de los gobiernos locales.
- c) *Fortalecimiento de la ciencia y la tecnología.* Existen rezagos apreciables en la aplicación de las innovaciones tecnológicas a los sectores productivos y a los servicios sociales en la Región. Esto es especialmente cierto en materia del uso de nuevas tecnologías en materia de comunicación e información y en la aplicación de la biotecnología tanto en el sector agropecuario como en el de la salud humana.
- d) *Desarrollo de los mercados financieros y la microempresa.* América Latina y el Caribe necesitan consolidar y profundizar las reformas que han realizado en el funcionamiento de los mercados financieros, desarrollar nuevos instrumentos de intermediación, mejorar las estructuras de regulación y crear sistemas que permitan apoyar el desarrollo rural y la microempresa.
- e) *Registro de las propiedades.* El fortalecimiento de los derechos de propiedad, especialmente mediante un registro adecuado y un catastro actualizado, es un requisito indispensable para el crecimiento y la erradicación de la pobreza en las áreas rurales y urbanas marginadas. La seguridad jurídica facilita el acceso de los pobres al financiamiento, promueve la inversión y estimula la conservación de los recursos naturales.
- f) *La mujer y las poblaciones indígenas.* Uno de los mayores desafíos en América Latina sigue siendo la desigualdad y la inequidad. Si bien se ha aumentado la disponibilidad de servicios de educación, salud y otros, siguen existiendo grandes inequidades entre los grupos de mayor y menor ingreso, y entre la región urbana y las regiones rurales, no solo en materia de cobertura, sino en términos de calidad de los servicios. Además, los grupos excluidos por factores de raza, etnia y género presentan mayores necesidades insatisfechas, dadas las dificultades de acceso y la escasez de infraestructura para promover servicios adecuados a sus características socioculturales.
- g) *Hambre y malnutrición.* La erradicación de la pobreza en la Región implica también hacer un esfuerzo sustancial para eliminar el hambre, ya que la desnutrición afecta no solo la salud y bienestar, sino también la capacidad de producción.

Cumbre de Québec (2001)³

Se enlaza con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y enuncia las siguientes prioridades:

³ Summit of the Americas. Final Declaration- Quebec City, April 22, 2001.

- a) *Canalización de los esfuerzos para librar a la Región de la pobreza extrema.* Concuera con la meta del milenio de reducir para 2015 en un 50% el número de personas que viven en condiciones de extrema pobreza.
- b) *Un compromiso concreto para promover programas de mejoramiento de la agricultura, de la vida rural y de los agro-negocios como una contribución a la reducción de la pobreza y al desarrollo integral.* Uno de los hechos que definen la pobreza extrema en América Latina y el mundo es su carácter abrumadoramente rural. El sector agrícola es esencial para las perspectivas de desarrollo de muchos de los países de la Región. La reducción de la pobreza y la erradicación del hambre exigen centrarse en mejorar la función productiva y económica de los pobres en las zonas rurales, habilitándolos para que mejoren la productividad agrícola y eleven su ingreso. Los servicios sociales en las zonas rurales no serán sostenibles sino se efectúan inversiones de importancia en actividades productivas (FIDA, 2003).
- c) *Énfasis en que la buena salud y el acceso igualitario a los servicios médicos son críticos para el desarrollo humano y para alcanzar los objetivos políticos, económicos y sociales.* La reducción de las brechas de equidad, junto con el aumento de la inclusión social en la salud, generan las condiciones básicas para mejorar las condiciones de salud de los más pobres. La salud es un componente fundamental del capital humano y el incremento de sus servicios y su acceso por parte de la población en general contribuye de manera crucial al desarrollo económico y social sostenible (BID, 2004).

REDUCCIÓN DE LA POBREZA Y EL HAMBRE⁴

Reducción de la pobreza

Tal como está expresado en los ODM, el objetivo es reducir a la mitad entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas con ingreso inferior a US\$ 1 por día y reducir a la mitad el porcentaje de personas que padezcan de hambre.

La pobreza de la Región está fuertemente asociada a los bajos niveles de educación y salud y su incidencia es más aguda en las áreas rurales. La pobreza de las personas que solamente tiene educación primaria es ocho veces mayor que la de quienes alcanzaron educación secundaria. La pobreza es más aguda en el área rural, ya que duplica a la de las zonas urbanas (59% contra 26%). Los niños soportan la mayor carga de la pobreza: 44% son pobres contra 28% de los adultos. Preocupa la situación de las madres solteras, que encabezan la mayor parte de los hogares pobres.

Para reducir la pobreza hay que aumentar las oportunidades productivas para los pobres y los grupos excluidos; expandir su acceso a la infraestructura física y social; enfrentar las desigualdades en la distribución de los activos, y superar los

⁴ Banco Interamericano de Desarrollo. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe: Retos Acciones y Compromisos. Washington, D.C., BID, 2004.

problemas que mantienen marginados a ciertos grupos étnicos y sociales. Se deben apoyar las acciones que incrementen las oportunidades económicas y la productividad de los pobres; apoyar las instituciones que promuevan la inclusión de los pobres, y promover las acciones para eliminar las desigualdades estructurales en capital humano, especialmente en salud y educación.

Los préstamos del BID para la reducción de la pobreza y la promoción de la equidad entre 1995 y 2002 fueron de \$22 mil millones, cerca de 46% del monto total. De mantenerse esta tendencia, entre 2003 y 2015 el volumen será de 38 mil millones de dólares. Los préstamos de inversión focalizados en la reducción de la pobreza (un subconjunto de los anteriores) fueron de 15 mil millones y, si continúa esta tendencia, entre 2003 y 2015 serán de 24 mil millones de dólares.

En su estrategia para apoyar la reducción de la pobreza, el Banco ha utilizado instrumentos innovadores como los Fondos de Inversión Social (FISes) iniciados en Bolivia y duplicados en todos los países de la Región; programas dirigidos a la capacitación de jóvenes de bajos recursos en Chile, Guatemala, México, Panamá, Perú y República Dominicana; programas de transferencias monetarias condicionadas que fomentan la inversión en capital humano mediante nutrición, asistencia escolar y salud al estilo de Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) en México, seguido de otros en Brasil, Colombia, Honduras, Jamaica y Nicaragua. Asimismo, el BID ha financiado programas para la mejora de la nutrición y la salud de los más pobres en la Región, que abarcan el financiamiento de los costos recurrentes para el cuidado médico primario de los pobres.

La erradicación del hambre

Se estima que cerca de 54 millones de personas en América Latina sufren de hambre y que la tasa de desnutrición varía entre 5% para los países de ingreso alto a cerca de 30% en los países de bajos ingresos.

El BID financia programas de desarrollo agropecuario que tienen un doble fin, en términos de apoyar a la población objetivo y mejorar la calidad de los alimentos. En América Central, el Banco ha apoyado una serie de programas enfocados a mejorar la capacidad productiva de los pequeños agricultores, tales como PRO-CAMPO en México y el Programa de Desarrollo Agropecuario Sostenible en Costa Rica; en Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, el Banco está apoyando programas que favorecen la gestión de recursos naturales en cuencas, para aumentar los ingresos y proteger los recursos naturales.

DESARROLLO SOCIAL⁵

En materia social, la Región ha avanzado a nivel promedio para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, tales como lograr la enseñanza primaria uni-

⁵ Banco Interamericano de Desarrollo, Sustainable Development Department. Social Development: Strategy Document- Washington, DC - Agosto 2003.

versal y la igualdad de género con respecto a la educación. Sin embargo, persiste una marcada desigualdad entre países. Adicionalmente, se ha hecho relativamente poco progreso en la reducción de la mortalidad materna y en cuanto a la educación secundaria. Durante el decenio de los años noventa, los gobiernos aumentaron la proporción del gasto hacia los programas sociales. Sin embargo, el progreso desigual se debe a la persistencia de los problemas de pobreza y desigualdad; las debilidades en la implementación de los programas sociales de educación, salud y vivienda; la influencia de factores como la exclusión social por condiciones étnicas y de género, y la exclusión de ciertas regiones.

Sobre la base de las lecciones aprendidas por el Banco en las décadas pasadas, la estrategia de desarrollo social propone cuatro áreas de acción: 1) adecuar las reformas en educación, salud y vivienda, de acuerdo con las características de los países y regiones; 2) implementar una agenda de desarrollo humano a través del ciclo de vida; 3) promover la inclusión social, y 4) proporcionar los servicios con una perspectiva integrada a nivel territorial.

En materia de salud, el BID se ha propuesto la implementación gradual de las reformas de acuerdo a los perfiles de cada país y enfatizando el cumplimiento de los ODM. Se apoyará a los países para incrementar la eficiencia con que se invierten los recursos; reducir la brecha entre ricos y pobres; promover sistemas de salud comunitarios y con servicios descentralizados; reducir los problemas en recursos humanos, infraestructura y provisión de insumos, y alcanzar un mejor balance entre prevención y control.

En educación, el Banco asistirá a los países en alcanzar los ODM con respecto a la educación primaria y a cumplir la meta de las Cumbres de las Américas en lo referente a alcanzar 75% de cobertura de educación secundaria; todo esto enfatizando dos metas: equidad en el acceso y calidad en la educación. De manera paralela, el BID apoyará a los países en el mejoramiento de las condiciones de vivienda de las personas de bajos ingresos y en promover el uso efectivo de los recursos.

El Banco promoverá que en los programas se incluyan todos los individuos, independiente de su edad, género, grupo étnico o estado migratorio. Adicionalmente, se apoyará a los países para superar las enfermedades "sociales" como el trabajo infantil, el SIDA y la violencia social y doméstica. Los servicios deben proveerse de una manera integrada y con un énfasis territorial, ya que la pobreza por lo regular se concentra en las áreas de bajos ingresos de las ciudades o en las municipalidades rurales.

Entre 1994 y 2001, los préstamos en el sector social (educación, salud, saneamiento, vivienda y desarrollo urbano y préstamos de inversión social) cubrieron 39% del volumen total de préstamos y 37% de las operaciones del BID. Si se agregan otras operaciones que promovieron la equidad y la reducción de la pobreza, el Banco sobrepasó las metas establecidas en la Octava Reposición de Recursos de dedicar 40% del volumen de los préstamos a operaciones focalizadas a la reducción de la pobreza, la promoción de la equidad y las necesidades sociales. Las operaciones recientes enfatizan el apoyo a reformas amplias en salud, educación y vivienda; proyectos en protección social; desarrollo infantil y juvenil; mejoramiento de barrios y promoción de la paz social. En una gran diversidad de países se han utilizado los

FISes, ya que estos se han convertido en mecanismos eficaces de implementación, con políticas de adquisiciones simplificadas, desembolsos rápidos y resultados concretos y medibles. Durante el período se aprobaron cerca de mil subvenciones por US\$400 millones, la mayoría de ellas focalizadas en el desarrollo de niños, jóvenes y mujeres. En las operaciones del Banco ha habido un progreso fundamental en la incorporación de los temas de género y los temas indígenas (cerca de 28% de las operaciones del Banco incorporan la perspectiva de género y 10% atienden las inquietudes de indígenas).

EL DESARROLLO RURAL Y SANIDAD AGROPECUARIA

Desarrollo rural

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio que tienen una relación más directa con el sector rural son la erradicación de la pobreza extrema y el hambre. De manera indirecta son importantes las metas relacionadas con lograr la enseñanza primaria universal y promover la salud, en términos de reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna. En América Latina y el Caribe no se ha avanzado lo necesario en la erradicación de la pobreza extrema. Para lograr un avance moderado en esta meta se requiere de un renovado impulso en materia de desarrollo rural. Esto se debe a la marcada relación entre la ruralidad y la pobreza en la Región. La incidencia de la pobreza tiende a ser mayor en aquellos países donde hay una mayor participación del PIB agrícola en el total, o una mayor proporción de la población está en las áreas rurales.

El desarrollo del sector rural juega un papel importante en el cumplimiento global de las metas del milenio y en los desafíos establecidos por las diferentes Cumbres de las Américas. Las inversiones que mejoran la productividad y la competitividad del sector rural tienen como resultado el incremento de los ingresos rurales, lo cual se traduce en una menor pobreza global; una agricultura moderna y rentable, un mayor desarrollo de las regiones rurales, y un mayor acceso a la educación por parte de los niños pobres. Dada la alta participación de la mujer en las labores agrícolas, una mejora en la situación sectorial significa una contribución importante a la igualdad de género; igualmente, una adecuada oferta de alimentos implica una mejor nutrición y una menor mortalidad materna e infantil. Por lo tanto, una mayor inversión en el sector rural, especialmente concentrada en los bienes públicos más importantes (y no en subsidios a la producción) representa una contribución importante al cumplimiento de las metas en la agenda internacional del desarrollo (tanto metas del milenio, como cumbres).

El Banco Interamericano de Desarrollo ha venido trabajando en una nueva Estrategia de Desarrollo Rural que enfatiza la naturaleza territorial, multisectorial y heterogénea del mismo.⁶ La estrategia extiende el concepto de lo rural más allá de lo agropecuario; amplía el ámbito de los proyectos; basa las estrategias de reducción

⁶ BID. Departamento de Desarrollo Sostenible- Borrador de Estrategia de Desarrollo Rural- Febrero de 2005.

de la pobreza en la heterogeneidad de la población rural; trata de hacer coherente el desarrollo rural con sanos principios macroeconómicos; otorga un énfasis renovado al desarrollo institucional y a la modernización del Estado, así como al manejo sostenible de los recursos naturales. El desarrollo rural se concibe como un proceso simultáneo de transformación productiva, cambio institucional y desarrollo social, en un espacio rural determinado. El enfoque territorial del desarrollo rural resalta los vínculos urbano-rurales y complementa los programas tradicionales de sanidad, investigación y titulación de tierras que se han promovido hasta ahora con programas específicos a nivel de cada territorio.

Las acciones a promover se enmarcan dentro de la estrategia global del BID relacionadas con la competitividad, el medio ambiente, el desarrollo social, la modernización del Estado y la integración regional.

En materia de competitividad se apoyarían programas relacionados con reformas de políticas, fortalecimiento de la capacidad empresarial, modernización de los servicios (información tecnológica y sanidad), mercados de factores (tierras y aguas), mercados financieros rurales e infraestructura básica (riego y caminos rurales).

Con respecto al desarrollo social, se apoyarían programas relacionados con transferencia de recursos, pensiones rurales, salud, educación, nutrición, vivienda y mercados laborales en áreas rurales.

En cuanto al medio ambiente, se apoyarían los programas de mejoramiento de los marcos reguladores y la capacidad para aplicarlos; también los programas de mejoramiento de la capacidad de productores agropecuarios y forestales para el uso de prácticas ambientalmente sostenibles, así como el fortalecimiento de los mercados de servicios ambientales.

Respecto a la modernización del Estado, se apoyarían programas de modernización del sector público agropecuario (Ministerios de Agricultura y Desarrollo Rural, instituciones de Sanidad e Inocuidad, Investigación etc.); revisión y fortalecimiento de las capacidades de los gobiernos locales, y fortalecimiento de la capacidad técnica nacional y regional para el manejo de bienes públicos regionales.

Durante el decenio de los años noventa, la proporción de los recursos del BID que fueron destinados a préstamos agrícolas fluctuó alrededor de 4%-5%. Entre 1990 y 2001, el Banco aprobó 123 operaciones que tenían como centro el sector rural, por un valor de \$6.400 millones, de los cuales cerca de 31% se dedicaron a programas de reducción de la pobreza, 30% a programas sectoriales, 17% a la modernización de los servicios, 16% a caminos rurales y 3% a la administración de tierras. Los campos escogidos han sido consistentes con las metas de la estrategia de reducir la pobreza y mejorar la competitividad del sector rural. En materia de modernización de servicios se le ha dado prioridad a los servicios de investigación y sanidad. En materia de investigación se le da importancia a la financiación de la investigación a través de fondos competitivos, y en materia de sanidad y calidad, se apoya la modernización y el fortalecimiento institucional. Durante la década de 1990 se debilitó el apoyo del Banco a los proyectos en materia de infraestructura de riego y en materia de financiamiento rural (BID, 2003).

Los préstamos sectoriales son de la categoría de préstamos basados en reformas de políticas relacionadas con liberalización de precios y mercados, mercados financieros, mercados de tierras y apoyo para fortalecer las agencias gubernamentales y los servicios fundamentales. Los préstamos sectoriales fueron más exitosos en materia de liberación de precios y mercados y tuvieron menos éxito en materia de las reformas institucionales. Préstamos sectoriales se hicieron en Ecuador, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Suriname y Trinidad y Tobago.

Los préstamos en administración de tierras han tenido como objetivo fundamental la modernización de los procesos de catastro y registro, como contribución al funcionamiento eficiente de los mercados de tierras. Durante los años noventa se aprobaron 10 proyectos por un valor de \$195,8 millones. Los proyectos les dan a los productores la posibilidad de incorporarse a los mercados rurales, pero se necesita el complemento de mejorar el acceso al crédito y la tecnología.

En materia de caminos rurales se aprobaron 16 proyectos por un valor de \$798 millones. (El Salvador, Perú y Paraguay). En materia de servicios agropecuarios, principalmente de tecnología y algunos de sanidad, se aprobaron 17 proyectos entre el 1990 y 2002, por un total de \$713,9 millones. El énfasis en estos proyectos se ha desplazado de las inversiones en bienes de capital y en entrenamiento, al financiamiento directo de la investigación y la extensión a través de fondos competitivos, enfatizando la participación del sector privado y la tercerización de los servicios. Como ejemplo se pueden mencionar el Fondo Regional de Tecnología Agropecuaria (FONTAGRO), que financia proyectos de investigación a nivel regional, y en materia de sanidad, los préstamos en Argentina, Bolivia, Ecuador, Jamaica y Perú, así como el Fondo Multilateral de Inversiones (FOMIN) y los préstamos de asistencia técnica.

Entre 1995 y 2001, el BID aprobó cerca de 33 proyectos rurales focalizados en la pobreza (PTI, por su sigla en inglés: *Poverty Targeted Investments*) por \$1.967 millones, cerca de 4% del total de recursos de financiamiento del Banco para ese período y cerca de 20% de los PTI a nivel de todos los sectores. Estos préstamos se hicieron en 16 países: tres proyectos en Perú, y dos cada uno en Bolivia, Brasil y México. Estos PTI cubren el sector agrícola (25%), agua y saneamiento, y caminos rurales.

Sanidad y calidad alimentaria⁷

El constante crecimiento del comercio internacional y la tendencia hacia la reducción gradual de los aranceles han puesto en evidencia el papel crucial que juegan el fortalecimiento de las instituciones que manejan el tema sanitario en el ámbito vegetal y animal y los sistemas de control de calidad de los alimentos. De acuerdo a un informe elaborado por la Organización Mundial del Comercio (OMC)⁸ entre

⁷ Elizabeth Ortega: Participación del BID en el tema de Sanidad y Calidad Alimentaria- RE1/ EN1- Agosto 2004.

⁸ World Trade Organization, Committee on Sanitary and Phytosanitary Measures. The Development Challenge in Trade: Sanitary and Phytosanitary Standards, submission by the World Bank -July 2000. (G/SPS/GEN/195).

los años 1995 y 2000 los diferentes países presentaron 183 casos relacionados con preocupaciones comerciales provenientes de la aplicación de las Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (sanidad animal, sanidad vegetal y seguridad). Del total, 29% estaba relacionado con sanidad vegetal; 41% con sanidad animal; 27% con seguridad, y 3% con otros temas. Se pudo observar que la mayor proporción de casos estuvo relacionada con sanidad animal, la mayor proporción debida a EEB y en segundo lugar a la fiebre aftosa. Adicionalmente, los países en vías de desarrollo, en especial los del MERCOSUR, estuvieron muy activos en la presentación de casos.

Entre 1963 y 2003 el BID financió cerca de US\$600 millones en operaciones relacionadas con los servicios de sanidad y calidad agropecuaria. Ejemplos de operaciones recientes son el apoyo en Argentina al Programa de Servicios Agrícolas Provinciales por US\$125 millones en 1995 y al Proyecto de Servicios Agropecuarios en 1991, por US\$41 millones; en Bolivia se aprobó en 2000 el Programa de Servicios Agropecuarios por US\$34 millones; en Chile, el último préstamo aprobado data de 1992, Modernización y Mejoramiento sector Agropecuario, por US\$18 millones; en Uruguay se aprobó en 1998 el Programa de Servicios Agropecuarios por US\$19 millones; en América Central se han aprobado operaciones recientes en Belice (1999), El Salvador (2001), Guatemala (1998), Honduras (2000), Nicaragua (2003) y Panamá (1996), y en la República Dominicana en 2002. En la región andina y el Caribe de habla inglesa se aprobaron el programa Modernización de los servicios Agropecuarios en Ecuador (1995) y el Programa de Sanidad Agropecuaria en Perú (1997), y *Agricultural Support Services* en Jamaica (2000). La operación que está por concluirse en Perú fue particularmente exitosa porque contribuyó al fortalecimiento institucional del Servicio Nacional de Sanidad Agraria (SENASA), inició con buenos resultados el esfuerzo de erradicar la mosca de las frutas en la costa del Perú, presentó resultados exitosos en la campaña de librar vastas áreas del país de la fiebre aftosa y realizó campañas contra la tuberculosis bovina, la brucelosis bovina y caprina y la sarna en camélidos. Estas últimas campañas podrían servir de modelo en otros países para el trabajo con pequeños productores.

El BID también ha aprobado numerosas actividades de cooperación técnica y últimamente varios programas en el FOMIN para promover la participación privada en materia de sanidad y calidad (Ecuador). Como parte de la iniciativa de los "Clusters de Proyectos" para Facilitar el Comercio y la Inversión Internacionales, el FOMIN ha aprobado varios proyectos que contienen acciones en materia de sanidad y calidad agropecuaria (como el aprobado en el contexto del Plan Puebla Panamá, "Apoyo al comercio agropecuario, mediante la aplicación de las MSF) y otros proyectos similares en el contexto del área andina, MERCOSUR y CARICOM.

Actualmente se encuentran en preparación la segunda etapa del programa en Perú, concentrada en la erradicación de la mosca de las frutas; un programa de desarrollo rural y sanidad agropecuaria en Ecuador y está por iniciarse la ejecución de una segunda etapa o ampliación del Programa de Servicios Agrícolas Provinciales (PROSAP) en Argentina, con inversiones en materia de sanidad y calidad.

ESTRATEGIA DEL SECTOR SALUD⁹

El objetivo del BID es apoyar a los países de ALC a: 1) mejorar la salud de la población mediante el cumplimiento de los ODM adaptados a las características de cada uno de ellos, y 2) reducir las brechas de equidad en el estado de salud, promoviendo de forma prioritaria el acceso a los servicios de salud de los más pobres y excluidos socialmente. El énfasis del Banco en programas de salud viene de la Octava Reposición de Recursos, a la que posteriormente se agregaron los ODM en lo relativo a enfermedades transmisibles, mortalidad materna e infantil, reducción de la desnutrición y acceso al agua potable. La estrategia de salud es consistente con la estrategia transversal del Banco en materia de promoción del crecimiento sostenible y la equidad social, mediante sus estrategias específicas de modernización del Estado, desarrollo social, competitividad e integración económica.

El diagnóstico del sector salud en América Latina y el Caribe revela que se obtienen resultados menores que otras regiones, aun cuando se gasta más, lo cual revela un grave problema de eficiencia en la asignación de recursos. Sin embargo, durante el decenio pasado hubo mejoras en varios indicadores clave: la mortalidad infantil bajó de 39 a 29 por 1.000 nacidos vivos; el porcentaje de partos atendidos por profesionales aumentó de 78% a 86%; el porcentaje de menores de 1 año que recibieron el ciclo completo de vacunación pasó de 79% a 90%, y la esperanza de vida al nacer aumentó de 68 a 70 años. Hay también otros indicadores que muestran problemas en un grupo específico de países: la mortalidad materna es alta (cerca de 190 por 100.000 nacidos vivos); la incidencia de tuberculosis aumentó de 196 a 221 casos por 100.000 habitantes; los casos de malaria se duplicaron de cerca de 500.000 a un millón y aumentó la incidencia de SIDA. En las áreas urbanas existen problemas de violencia doméstica y social, alcoholismo, accidentes de tránsito, obesidad, contaminación ambiental y falta de sistemas adecuados de abastecimiento de agua y alcantarillados. Las tasas de mortalidad por causas externas se situaron en 136 por 100,000 en los hombres y en 33 por 100.000 en las mujeres.

El mayor problema sigue siendo el acceso para los grupos más pobres y la baja calidad de los servicios. Desde el punto de vista de la acción del BID, entre 1992 y 2001 se aprobaron cerca de 29 préstamos en el sector por un valor de \$1.700 millones, lo cual es una gran expansión si se le compara con los 10 préstamos y \$400 millones aprobados entre 1982 y 1991. Se hicieron préstamos para infraestructura sanitaria, reforma sectorial, formación de recursos humanos y atención primaria de salud, y se han iniciado programas de nutrición, vacunación y contra enfermedades transmisibles como el dengue, la enfermedad de Chagas y el SIDA.

La Estrategia de Salud recomienda ajustar la acción del Banco para: 1) vincular más estrechamente las reformas con el cumplimiento de los objetivos sanitarios nacionales; 2) lograr instituciones más eficientes y procesos participativos; 3) fortalecer un enfoque intersectorial; 4) adoptar un enfoque del ciclo vital, para resolver

⁹ Inter-American Development Bank. Health Sector Strategy (Framework for Bank Action in the Sector) Profile. Washington, DC: IDB; 2004.

los temas de transición entre diferentes etapas, y 5) promover la eficiencia y la equidad y proteger el gasto en salud en los momentos de restricción fiscal.

Un ejemplo es el Programa de Nutrición Básica en Guyana (US\$6,4 millones), cuyo objetivo es mejorar la situación nutricional de las poblaciones con carencias. El programa incluye la transferencia de recursos a las madres para alimentos que acuden con sus hijos al servicio de salud para controles, así como la reducción de anemia mediante el suministro de suplementos nutricionales a madres, mujeres embarazadas y niños en riesgo. Otro ejemplo es el Programa de Reformas a la Atención primaria de Salud en Paraguay, por US\$39 millones, cuyo objetivo es implementar un Plan Nacional de Promoción y Prevención de Salud Materno-Infantil. En el Perú se financia el Proyecto de Desarrollo del Sector Salud/Seguro Materno-Infantil por US\$125 millones, y en Nicaragua, el Programa de Atención Integral a la Niñez II, por US\$27,8 millones.

Los proyectos de reforma del sector salud apoyados por el BID también contribuyen al logro de estas metas de manera indirecta. En el año 2000 se aprobaron préstamos de este tipo a Bolivia y Brasil.

AGUA Y SANEAMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y CARIBE (ALC)¹⁰

Se estima que 7% de los habitantes de ALC no tienen acceso a agua limpia; 60% de las viviendas urbanas y rurales con conexión no disponen de agua continua, y 13% de la población urbana no tiene acceso a servicios sanitarios. En términos generales, para cumplir con los ODM se necesita aumentar el acceso a los servicios 33% de aquí al 2015.

Los principales retos tienen que ver con: 1) la creciente urbanización; 2) la modernización institucional incipiente; 3) la necesidad de políticas públicas que promuevan la eficiencia, y 4) la conciliación entre la oferta del servicio y la demanda.

La estrategia del BID se enfoca en: 1) financiamiento de inversiones en rehabilitación y expansión de sistemas; 2) apoyo de operaciones destinadas a lograr el sostenimiento empresarial; 3) búsqueda de economías de escala, participación del sector privado, desarrollo de marcos reguladores adecuados, entornos legales modernos y políticas sectoriales apropiadas.

Las operaciones en ejecución del BID en el sector de agua potable llegan a US\$3,8 mil millones, de los cuales US\$2,7 mil millones se concentran en préstamos grandes en Argentina, Brasil y México. En cuanto a la cooperación técnica, actualmente hay 30 operaciones en ejecución por un monto de US\$20 millones, concentradas en apoyar el fortalecimiento institucional de los proveedores, apoyar los procesos de reforma y el desarrollo de los marcos reguladores.

¹⁰ Christof Kuechemann. Agua y Saneamiento: El BID y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. BID/SDS.

REFERENCIAS

- Banco Interamericano de Desarrollo. Perfil de la estrategia de salud. Washington, DC: BID; 2004. (Documento GN-2321).
- Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola. Dar a los pobres de las zonas rurales la oportunidad de salir de la pobreza. Marco estratégico del FIDA (2002-2006). Roma: Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola; 2003.
- Inter-American Development Bank, Office of Evaluation and Oversight. Evaluation of the IDB's Program in the Agriculture Sector (1990-2001). Washington, DC: IDB; 2003.
- Inter-American Development Bank, Sustainable Development Department. Social Development: Strategy Document. Washington, DC: IDB, 2003.
- Inter-American Development Bank. Health Sector Strategy (Framework for Bank Action in the Sector) Profile. Washington, DC: IDB; 2004.
- Inter-American Development Bank. The Millennium Development Goals in Latin America and the Caribbean: Challenges, Actions, and Commitments. Washington, DC: IDB; 2004.
- International Fund for Agricultural Development. Enabling the Rural Poor to Overcome their Poverty: Strategic Framework for IFAD (2002-2006). Rome: IFAD; 2003.
- World Trade Organization, Committee on Sanitary and Phytosanitary Measures. The Development Challenge in Trade: Sanitary and Phytosanitary Standards. Submission by the World Bank. (G/SPS/GEN/195).

SANIDAD AGROPECUARIA Y DESARROLLO RURAL SOSTENIBLE

Chelston W. D. Brathwaite,
Director General, Instituto Interamericano de Cooperación
para la Agricultura (IICA)
San José, Costa Rica

La disponibilidad de alimentos inocuos en cantidades suficientes es fundamental para la buena salud y la productividad; además, constituye la base para el progreso y el alivio de la pobreza. Sin embargo, las enfermedades transmitidas por alimentos y las plagas agrícolas provenientes del extranjero retardan ese progreso, debido a sus efectos sociales y económicos negativos. El mantenimiento de instituciones y servicios de inocuidad de los alimentos y de sanidad agropecuaria eficaces y eficientes, que puedan proteger la salud pública y mantener el acceso a los mercados de exportación, es un componente esencial de la política nacional para lograr una mayor prosperidad nacional.

Para la gran mayoría de los países en desarrollo de las Américas, el nivel general de desarrollo y crecimiento económico se relaciona directamente con los avances logrados en los campos de la salud y la agricultura. En los países con bajos niveles de ingresos, los gastos asociados a alimentos requieren una parte significativa de sus ingresos totales y la gran mayoría de la fuerza laboral está empleada en la agricultura. En los países en desarrollo, más de la mitad de la población está empleada en la agricultura primaria, que da cuenta de una tercera parte del PIB. En América Central, 48% de todas las exportaciones se origina de la agricultura.

Los desafíos que enfrentamos a inicios de este nuevo siglo con el fin de disponer de suficientes alimentos inocuos para la creciente población mundial son formidables y requerirán la transformación de la agricultura mundial. De acuerdo con el informe revisado de las Naciones Unidas sobre población, dado a conocer en marzo de 2005, se estima que la población mundial pasará de los 6.500 millones de personas que actualmente existen a 9.100 millones en el año 2050. Ello constituye un aumento de 40% y todo ese crecimiento prácticamente se dará en los países en desarrollo. Para poder hacer frente a los desafíos nutricionales del futuro, el mundo hoy está mirando hacia las Américas. Con las más grandes áreas de tierras agrícolas no desarrolladas, América del Sur, liderada por el Brasil, está rápidamente convirtiendo las regiones interiores del continente en el nuevo granero del mundo.

El desarrollo agrícola responsable es la base para que los países en desarrollo cuenten con buenos niveles de salud pública, inocuidad de los alimentos y comercio. El aumento de la producción agrícola y de las exportaciones ayuda a impulsar la prosperidad y el desarrollo rural; sin embargo, sin mecanismos de control sólidos también puede incrementar los riesgos para la salud humana y los problemas aso-

ciados a la inocuidad de los alimentos y a la sanidad agropecuaria. La globalización ha estimulado la creación de redes internacionales de producción agrícola, procesamiento y distribución de alimentos más eficientes. Al aumentar la cantidad de estas redes y volverse más interdependientes, también se incrementan sus capacidades para difundir rápidamente enfermedades, toxinas y plagas transmitidas por alimentos, las cuales conllevan serios riesgos para la salud y pueden interrumpir el comercio internacional, debido a disputas sobre asuntos relacionados con las cuarentenas, la regulación o la inocuidad de los alimentos.

La Organización Mundial de la Salud reporta que en los países industrializados hasta 30% de la población sufren cada año alguna enfermedad transmitida por alimentos. Aunque está menos documentado, los países en desarrollo cargan con la mayor parte del problema, dada la presencia de una amplia gama de enfermedades transmitidas por alimentos, incluidas aquellas causadas por parásitos. El elevado predominio de enfermedades diarreicas en muchos países en desarrollo sugiere que en el área de la inocuidad de los alimentos existen grandes problemas subyacentes. Las dificultades asociadas a la contaminación de los alimentos y a la sanidad agropecuaria representan una gran carga social y económica para las comunidades y sus sistemas sanitarios.

En los años ochenta, la importación de alimentos adicionales para poder satisfacer los requerimientos nutricionales en América Latina y el Caribe representó en promedio alrededor de 30% y se proyecta que en 2009 será de 47% o mayor. El aumento del poder adquisitivo debido a las ganancias derivadas de las exportaciones, la reducción de las tarifas y el mejoramiento de las capacidades de importación, en conjunto con el rápido aumento de su población, han hecho de América Latina y el Caribe una de las regiones del mundo más dependientes de la importación de alimentos.

Para continuar aumentando o manteniendo los niveles actuales de salud pública, seguridad alimentaria y desarrollo rural, los servicios nacionales de sanidad agropecuaria e inocuidad de los alimentos deben estar preparados para facilitar el aumento de las importaciones y las exportaciones y satisfacer las crecientes demandas humanas y comerciales; a la vez, deben brindar protección a la salud y evaluar los riesgos, para no poner en peligro la producción doméstica.

Tradicionalmente los servicios nacionales han actuado en forma reactiva ante los problemas, atacándolos inicialmente en las fronteras de los países y avanzando luego hacia el interior de estos, con la misión general de proteger la agricultura doméstica de enfermedades y plagas. Hoy se reconoce ampliamente que estos enfoques tradicionales no son suficientes para responder a los desafíos, las oportunidades y los riesgos actuales relativos a la inocuidad de los alimentos en el ámbito global. Cada país debe ahora trabajar más intensamente para evitar que las enfermedades y las plagas entren por sus fronteras o salgan de estas y también debe dar respuestas rápidas para solucionar los problemas que puedan surgir en toda la cadena de la producción agroalimentaria.

En las Américas, las regulaciones, los estándares, las normas y las acciones (como la inspección, por ejemplo) de sanidad agropecuaria o inocuidad de los alimen-

tos facilitan exportaciones agrícolas valoradas aproximadamente en US\$125.000 millones e importaciones alrededor de US\$85.000 millones. Solo en los Estados Unidos cerca de cuatro millones de embarques de alimentos importados de más de 100 países se reciben cada año (General Accounting Office, 2001). La mayoría de estos embarques vienen de otros países de las Américas y en forma creciente están siendo objeto de estrictas regulaciones de sanidad agropecuaria e inocuidad y calidad de los alimentos, las cuales deben cumplir los exportadores.

Se debe recordar que el segundo mercado más grande para las exportaciones de América Latina es el comercio entre los propios países de esta región, donde las fronteras son más permeables y existen menos controles de inspección, y donde hay casi 50.000 km de fronteras terrestres compartidas, las cuales pueden resultar inexistentes para las enfermedades y las plagas. Se estima que cada año llegan a las Américas 120 millones de visitantes y turistas de todo el mundo, cada uno con la posibilidad de introducir en forma accidental una nueva enfermedad o plaga agropecuaria. El Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS), el virus del Nilo occidental, la influenza aviar, la fiebre aftosa, el cólera porcino, la roya del frijol y la leprosis de los cítricos son unos cuantos ejemplos recientes.

Está aumentando la toma de conciencia de que, como primer mecanismo de defensa, los servicios nacionales deben estar preparados para luchar contra los problemas de sanidad agropecuaria e inocuidad de los alimentos que existen o pueden emerger en los ámbitos nacional e internacional y de que las acciones para abordarlos deben realizarse integralmente en los ámbitos nacional y regional. Además, dado que las enfermedades y las plagas no responden a presiones políticas, las decisiones y acciones técnicas para su control deben estar basadas en principios científicos y no deben ser modificadas para responder a consideraciones políticas. En el mundo de hoy, donde las fases de los ciclos de producción de alimentos pueden tener lugar en varios países o en continentes diferentes, los desafíos son todavía mayores que los de antes.

Sin embargo, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe todavía deben adoptar e implementar nuevas visiones estratégicas para sus servicios de sanidad agropecuaria e inocuidad de los alimentos que vayan más allá de los servicios que tradicionalmente han brindado. Debido a las crecientes amenazas y a las fuerzas del mercado, los servicios nacionales se encuentran bajo la presión de operar con mandatos ampliados, de tener una mayor conciencia internacional y de aumentar sus capacidades técnicas, al tiempo que continúan recibiendo insuficientes cantidades de recursos. Estas instituciones vitales, tanto para los países desarrollados como para los que se encuentran en desarrollo, deben recibir el apoyo que les permita continuar fortaleciéndose y evolucionando para poder hacer frente a las nuevas realidades de la globalización en la cadena de la producción alimentaria.

La compleja naturaleza y el amplio impacto de los asuntos referentes a la sanidad agropecuaria y la inocuidad de los alimentos también están forzando a los servicios nacionales a ser más proactivos, de manera que amplíen la provisión de sus servicios, su influencia y las acciones de coordinación con otras agencias más allá de la producción primaria. Sus visiones estratégicas deben también considerar otras áreas no tradicionales en las que la sanidad agropecuaria y la inocuidad de

los alimentos también causan impactos, tales como la salud pública, el turismo, el comercio internacional, el ambiente, la seguridad alimentaria y la seguridad biológica (IICA, 2002).

En un informe reciente del Banco Mundial sobre los desafíos de la sanidad agropecuaria y la inocuidad de los alimentos en los países en desarrollo, claramente se determina que “el manejo de los riesgos relativos a inocuidad de los alimentos y sanidad agropecuaria debe ser considerado como una capacidad esencial para la competitividad de los países en desarrollo, especialmente en el contexto del comercio de productos alimenticios de alto valor” (Banco Mundial, 2005). Si no es considerado de esa manera, continuarán las debilidades institucionales y se incrementarán los costos asociados al cumplimiento de regulaciones para la sanidad agropecuaria y la inocuidad de los alimentos, lo que solo aumentará la marginación de los actores económicos más débiles, incluidos los países más pequeños, las empresas y los productores rurales.

Cuando los países tratan de reducir su dependencia en productos tradicionales y procesar más de sus productos para la exportación o sembrar cultivos no tradicionales, encuentran que los requerimientos para proteger la inocuidad de los alimentos y la producción agropecuaria se están haciendo cada vez más importantes; esto es no solo por el interés de prevenir incidentes serios de contaminación de alimentos y pérdidas económicas debidas a la interrupción de las exportaciones, sino también para poder mantenerse competitivos y defender los intereses nacionales. Al empezar a bajar las tarifas y las cuotas de importación de productos agrícolas debido a los acuerdos comerciales, hemos visto que los estándares, las regulaciones de calidad, los requerimientos de etiquetado y las certificaciones se utilizan cada vez más como obstáculos de facto para el comercio (Field, 2005).

Los estándares armonizados y las regulaciones transparentes, si son justificados científicamente, son herramientas poderosas requeridas en cada país para proteger la salud humana y la sanidad agropecuaria. En muchos países ha habido aumentos significativos de la incidencia de enfermedades causadas por microorganismos propagados principalmente por los alimentos, tales como *Salmonella*, *Campylobacter* y nuevas cepas mortales de *E. coli*. Los contaminantes químicos también continúan siendo una causa significativa de enfermedades transmitidas por alimentos, incluidas toxinas naturales como las micotoxinas, las toxinas marinas y los contaminantes ambientales, como el mercurio, el plomo y los plaguicidas.

La lista de casos altamente publicitados relacionados con la inocuidad de los alimentos y la salud humana continúa creciendo y se encuentran ejemplos de diferente naturaleza, tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en desarrollo. Cada caso o brote afecta las opciones de los consumidores y la confianza de los importadores para comerciar con los países afectados, debido al surgimiento de dudas sobre la capacidad de los servicios oficiales y el sector privado para garantizar la salud pública y certificar el estatus sanitario y fitosanitario del sector agroalimentario.

Las industrias en los países en desarrollo que dependen fuertemente de un mercado de exportación, o de uno o dos productos agrícolas principales, no podrán recu-

perarse fácilmente de los impactos económicos del cierre de un mercado debido a disputas reguladoras, o de la pérdida de la base de sus consumidores debida al brote de una enfermedad transmitida por alimentos. En los países menos desarrollados, las consecuencias económicas del surgimiento de un serio riesgo a la salud humana relacionado con alimentos o de una plaga o enfermedad agrícola llegada del extranjero podrían ser de tal magnitud que afectarían el desarrollo económico general, intensificarían la pobreza rural y pondrían en peligro la disponibilidad de alimentos.

La reaparición del cólera en un país andino en 1991 produjo una crisis en la salud pública y resultó ese año en la pérdida de US\$500 millones en las exportaciones de pescado y productos pesqueros (WHO, 2005). El mejor ejemplo del impacto económico debido a una pérdida de confianza relacionada con inocuidad de los alimentos es la EEB. Se estima que desde mayo de 2004 las pérdidas por EEB de la industria canadiense de la carne, valorada en US\$7.000 millones por año, han llegado a US\$5.000 millones. En este caso, el gobierno canadiense ha sido capaz de ofrecer alguna ayuda económica a la industria, pero pérdidas similares en el principal producto de exportación de un país en desarrollo podrían ser devastadoras para la economía.

Nuestros países deben continuar trabajando juntos para garantizar que todos sus habitantes tengan acceso a alimentos inocuos y saludables y que los países en desarrollo no sean objeto de restricciones comerciales injustificadas. Como miembros de la Organización Mundial del Comercio, los países del continente deben cumplir las obligaciones establecidas en el Acuerdo de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (MSF). El Acuerdo MSF establece los mecanismos internacionales que los países pueden usar para hacer frente a crisis en los sectores de la salud o la agricultura y brinda a las naciones medios para mantener el acceso a los mercados.

El Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (Acuerdo MSF) protege a los Estados soberanos de sanciones arbitrarias o permanentes impuestas sin justificación científica contra un producto agrícola por otras naciones. Por ello es tan importante que las naciones continúen participando en este Comité de la OMC. Gracias a un reciente programa del IICA, inicialmente financiado por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) con apoyo adicional del IICA, más de 95% de los Estados Miembros de la OEA estuvieron presentes en las últimas tres reuniones del Comité de MSF. Más de 70% de los asuntos comerciales que se discuten en este Comité son elevados directamente por los países de las Américas o reciben el apoyo de estos.

Las agencias encargadas de establecer los estándares internacionales para la salud humana y la sanidad animal y vegetal son igualmente importantes. Se insta fuertemente a los países para que participen activamente en el *Codex Alimentarius*, en la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y en la Convención Internacional de Protección Fitosanitaria (CIPF). Aumentar la cantidad de estándares internacionales puede ayudar a disminuir los conflictos y la confusión ante regulaciones nacionales divergentes, mediante el establecimiento de estándares mínimos de calidad, salud humana y sanidad agropecuaria que sean fácilmente adoptables y que estén basados en sólidos principios científicos. Estos estándares internacionales también

permiten a los países evaluar sus riesgos de mejor manera con base en principios científicos y responder más rápidamente a asuntos sanitarios y fitosanitarios.

El aumento de las disputas por cuestiones de sanidad agropecuaria e inocuidad de los alimentos y de las relacionadas con el comercio ha generado mayor publicidad, lo que ha ayudado a focalizar la atención internacional en este asunto crítico. Este mayor grado de conciencia debe verse como una oportunidad para estimular mayor modernización y colaboración institucional, que mejoren la efectividad y la estabilidad de las instituciones de inocuidad de los alimentos y los servicios de salud humana en América Latina y el Caribe.

Podemos lograr mayores adelantos, pero solo al promover soluciones a los problemas de la inocuidad de los alimentos en el ámbito continental, ejercer un liderazgo político más fuerte, tener una mejor comunicación entre los ministerios de salud, agricultura y otros, aumentar la colaboración entre los sectores público y privado y recibir más asistencia de los países desarrollados y las instituciones internacionales. Sin estos cambios, los servicios nacionales continuarán estirando sus ya limitados recursos para hacer frente a sus necesidades operativas diarias, incluso cuando aumentan las demandas a las que deben responder y se incrementan las amenazas para la salud humana y la disponibilidad de alimentos.

El IICA está brindando un fuerte apoyo a sus Estados Miembros para mejorar sus capacidades y facilitar la modernización de los servicios nacionales de inocuidad de los alimentos. El IICA está trabajando para fortalecer las capacidades de los servicios nacionales que les permitan aumentar la calidad de las exportaciones agrícolas, evaluar y manejar de mejor manera los riesgos asociados a cuestiones de sanidad agropecuaria e inocuidad de los alimentos, y modernizar instituciones para proteger de mejor manera la salud pública y la disponibilidad de alimentos, y aumentar su participación e influencia en el comercio internacional y en las organizaciones encargadas de fijar estándares.

Para colaborar en este esfuerzo, el IICA y la OIE desarrollaron conjuntamente el instrumento Desempeño, Visión y Estrategia (DVE) para la modernización institucional de los servicios veterinarios nacionales. Esta herramienta orienta a las instituciones de los países a determinar su nivel de desempeño y crea una visión compartida con el sector privado sobre cómo establecer de mejor forma las prioridades y facilitar la planificación estratégica, con el fin de hacer el mejor uso posible de los recursos presupuestarios y aprovechar plenamente las nuevas oportunidades. Dada su efectividad, el instrumento fue adaptado para ser aplicado en los servicios nacionales de inocuidad de los alimentos mediante un esfuerzo de colaboración con la OPS; también fue armonizado con los estándares FAO/OMS para sistemas de inocuidad de los alimentos, con el propósito de no duplicar esfuerzos institucionales.

Estos instrumentos para la modernización pueden ser herramientas muy útiles para que los países realicen caracterizaciones de sus capacidades institucionales y operativas, midan sus avances y definan acciones estratégicas de cooperación técnica. Al respecto, el IICA trabaja con sus países miembros para ayudar a sus servicios nacionales en cuatro áreas fundamentales, de manera que los países puedan:

- ← Reunir el talento humano y los recursos económicos que den a los servicios nacionales la sostenibilidad institucional y financiera que permita generar resultados.
- ← Coordinar e integrar la participación del sector privado en la ejecución de operaciones y en la realización de actividades y acciones conjuntas.
- ← Fortalecer las capacidades para vencer los obstáculos asociados a la salud, la sanidad y las regulaciones, con el fin de facilitar y fortalecer el comercio agrícola y el acceso a los mercados.
- ← Mejorar las capacidades técnicas y la modernización de sus servicios nacionales para aplicar de mejor manera medidas sanitarias, mediante el uso de métodos basados en principios científicos y procedimientos internacionalmente reconocidos.

Cada nación de nuestro continente tiene su propia cultura e infraestructura institucional. Sin embargo, el elemento común que se encuentra detrás de la mayoría de los cambios positivos en todos los países es la voluntad política y el liderazgo de individuos clave. Mediante su red de oficinas nacionales y especialistas regionales, el IICA trabaja en el marco de la realidad política de cada país para apoyar a esos líderes y fomentar cambios positivos. El IICA también trabaja para facilitar un mayor diálogo en los ámbitos regional y continental, para lo cual patrocina y participa en foros internacionales, mediante el contacto directo con los gobiernos y acciones de coordinación con otras organizaciones internacionales.

Los problemas que hoy enfrentan las naciones son más complejos y requieren una amplia comprensión técnica de los impactos directos e indirectos que las condiciones de la sanidad agropecuaria y la inocuidad de los alimentos de un país tienen sobre varios sectores, especialmente la salud humana. En reconocimiento de esta necesidad de un enfoque más multidisciplinario y de una mayor colaboración entre los sectores de la agricultura y la salud en los ámbitos nacional e internacional, el IICA y la OPS han estado aumentando su cooperación para promocionar la salud y la prosperidad agrícola en las comunidades rurales de las Américas. Nuestras misiones complementarias en esta área ayudarán a aumentar en forma conjunta la protección hemisférica de la salud humana y la sanidad animal y vegetal en las Américas.

El IICA está comprometido a ayudar a los gobiernos nacionales a llevar a cabo esfuerzos de modernización en las agencias de sanidad agropecuaria e inocuidad de los alimentos, que permitirán a los países aumentar el desarrollo rural y la calidad de vida mediante una mejor protección de la salud humana, la producción agropecuaria y el desarrollo económico. La experiencia nos ha enseñado que nuestras naciones pueden trabajar juntas para garantizar, a través de la cooperación hemisférica, que todos nuestros pueblos tengan acceso a alimento nutritivo, el cual es fundamental para el bienestar social y económico.

REFERENCIAS

- Field, A.M. The Standards Maze. *Journal of Commerce, Commonwealth Business Media*. January 2005.
- Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, Programa de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad de Alimentos. El nuevo y ampliado papel de las instituciones de sanidad agropecuaria e inocuidad de alimentos. San José, Costa Rica: IICA; 2002.
- Statistics Canada. www.statcan.ca. Consulted on 17 February 2005.
- United States General Accounting Office. Food Safety: Overview of Federal and State Expenditures. Washington, DC: GAO; February 2001. (GAO-01-177).
- World Bank. Food Safety and Agricultural Health Standards: Challenges and Opportunities for Developing Country Exports. Washington, DC: World Bank; 2005. (Report 31207).
- World Health Organization fact sheets. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs237/en/>.

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura. Sistema de Información del Área de Políticas y Comercio. San José, Costa Rica: IICA; 1999.
- United States Department of Agriculture, Economic Research Service. Food Security Assessment. Washington, DC: USDA; 1999. (GFA-11 December 1999).

POLÍTICA AGROPECUARIA: LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA APLICADAS A LA CADENA DE PRODUCCIÓN ALIMENTARIA

João Carlos de Souza Meirelles,
Secretario de Ciencia, Tecnología, Desarrollo Económico y
Turismo del Estado de São Paulo
São Paulo, Brasil

RESUMEN

La evolución de la agroindustria brasileña en el comercio internacional muestra que la adopción del concepto de cadena productiva y la incorporación de tecnología lleva a altos niveles de competitividad y excelencia. Algunas cadenas, como las de la soya, el azúcar y las carnes, obtuvieron resultados sorprendentes. La inocuidad de los alimentos, obtenida gracias a la tecnología, es factor fundamental de ese éxito. Con la interdependencia creciente entre las cadenas y la importancia de la producción de alimentos para el continente americano, urge una acción coordinada para la aplicación de una metodología de gestión de riesgos en todos los países de las Américas.

EVOLUCIÓN DE LA AGROINDUSTRIA BRASILEÑA EN EL COMERCIO INTERNACIONAL

Las ventajas comparativas de la agroindustria brasileña se transformaron en ventajas competitivas cuando los sectores dedicados a ella incorporaron el concepto de cadena productiva y, al mismo tiempo, absorbieron un factor desencadenante del desarrollo pleno: la tecnología.

Las cadenas que trabajaron en este sentido alcanzaron altos niveles de competitividad y excelencia. En pocos años, colocaron al Brasil en un nivel destacado entre los principales productores mundiales de alimentos con valor agregado alto, además de productos agropecuarios.

En 2004, la agroindustria fue responsable de 40% de las exportaciones brasileñas, habiendo alcanzado US\$ 39.000 millones en exportaciones a más de 150 países del mundo.

Es innegable la importancia que tiene la agroindustria en la economía del país. Entre todos los sectores, es el que ofrece más puestos de trabajo, el que más ha atraído el aporte de la tecnología y el de mayor potencial de expansión, principalmente en lo que respecta a rubros como la productividad y la calidad.

El cuadro 6 muestra los principales productos agroindustriales brasileños comercializados en el mundo. Las cifras son relevantes: en 2004, esas exportaciones provinieron principalmente de los estados de São Paulo (\$9.100 millones, 23%), Paraná (\$6.500 millones, 17%) y Rio Grande do Sul (\$6.200 millones, 16%).

CUADRO 6. Principales Productos Exportados, Brasil, 2003 y 2004

		2003 millones de US\$	2004 millones de US\$	Δ%	Part. %*
1	Soya	8.120	10.000	23,7	25,8
2	Carnes	4.100	6.400	50,4	15,7
3	Azúcar y alcohol	2.300	3.100	36,6	8,0
4	Madera	2.100	3.000	46,3	7,8
5	Papel y celulosa	2.800	2.900	2,8	7,5
6	Cuero y sus productos	2.400	2.900	17,5	7,4
7	Café	1.500	2.000	33,6	5,2
8	Tabaco (hoja y procesado)	1.100	1.400	30,8	3,7
9	Jugos de fruta	1.200	1.100	-8,7	2,9
10	Maíz	400	500	59,2	1,5

*Participación porcentual en relación al total exportado de la agroindustria en el período.

Fuente: Secex/MDIC – ALICE.

Entre los países de destino, se destacan los Estados Unidos, con casi 15% de participación (\$5.700 millones en 2004). Durante el año 2004, en comparación con 2003, hubo un aumento de las ventas a todos los bloques comerciales o regiones, notablemente a países como China (aumento de 31%) y Japón (aumento de 30%). El cuadro 7 muestra la participación de bloques y países en la adquisición de productos de la agroindustria brasileña.

CUADRO 7. Principales Destinos de Productos Agroindustriales, Brasil 2004 y 2005

Bloques económicos o países	Feb/03 a ene/04		Feb/04 a ene/05		Var.%
	Millones de US\$	Part. %	Millones de US\$	Part. %	
Unión Europea	11.300	36,5	13.400	34,2	18,7
Asia (excluido Oriente Medio)	5.700	18,3	7.700	19,6	35,6
TLCAN (excluido México)	5.200	17,0	6.300	16,2	20,7
Oriente Medio	2.000	6,6	2.400	7,2	38,8
Europa oriental	1.900	6,2	2.300	6,0	23,4
África	1.500	4,9	2.300	5,8	50,4
Resto de la ALADI (excluido MS)	1.200	3,8	1.700	4,5	46,7
MERCOSUR	1.000	3,2	1.100	2,9	16,4
Otros países de Europa occidental	500	1,8	700	1,8	32,2
Otros países de las Américas	400	1,3	500	1,3	25,4
Oceanía	100	0,4	200	0,4	35,8
TOTAL	31.000	100,0	39.300	100,0	26,8

Fuente: Secex/MDIC – ALICE.

Las importaciones de la agroindustria brasileña se mantuvieron estables a lo largo de 2004, produciendo una variación positiva en la balanza comercial. En 2004, Brasil exportó \$39 mil millones (un aumento de 27% en relación con 2003) e importó \$4.800 millones (un aumento de 2%), lo que arrojó un saldo de \$34.100 millones.

LA TECNOLOGÍA Y LAS CADENAS AGROALIMENTARIAS

Algunas cadenas productivas brasileñas vienen realizando una verdadera epopeya productiva, lo que les permitió ocupar un lugar importante en la producción mundial de alimentos.

Cabe señalar que, en Brasil, el concepto de cadena se ha venido asimilando cada vez más, lo cual ha llevado a la optimización de esfuerzos y resultados. Antes de entrar a describir las cadenas específicas, será útil que nos detengamos, rápidamente, en el concepto de cadenas productivas agroalimentarias.

Una definición sencilla, estrictamente económica, sería que la cadena productiva de un bien o servicio conlleva "el conjunto de agentes económicos que poseen una parte importante de sus negocios en la producción de ese determinado producto o servicio". O sea, integra una cadena productiva toda empresa o entidad que pueda ganar con su crecimiento o perder con su atrofia.

Esta definición, perfecta desde el punto de vista empresarial, peca por la falta de alcance desde el punto de vista de lo social.

Se necesita tener en cuenta el aspecto estratégico, pues ninguna cadena es más fuerte que su eslabón más endeble. La acción del Estado penetra todos los eslabones de las cadenas; el Estado acompaña el proceso y actúa cuando es necesario para mantener el vigor de los eslabones de la cadena.

Es función del Estado articular la cadena para garantizar la sostenibilidad de los eslabones más endebles. La ruptura de un eslabón — o sea, de la cadena — puede provocar no solamente perjuicios financieros, sino también graves crisis sociales que habrán de caer sobre el Estado. Son muy graves las consecuencias de no pensar ni actuar en forma estratégica.

En las cadenas agroalimentarias, es función del Estado, entre otras, es fomentar, generar y, en algunos casos, financiar estudios de investigación tecnológica; usar su poder adquisitivo para corregir distorsiones puntuales, y tener un marco jurídico para actuar con firmeza en el campo sanitario.

Es también función del Estado adelantarse a los acontecimientos que puedan afectar a las cadenas y disminuir su competitividad o aun provocar su desintegración; en una cadena alimentaria, por ejemplo, se debe prever el efecto de una enfermedad animal que se pueda transmitir al hombre. Es tarea del gobierno prevenir esa posibilidad, mantener un cuerpo técnico competente y poseer sistemas de vigilancia.

Sin ello, una enfermedad animal puede desbaratar toda la cadena, provocando un impacto social gravísimo, con todas las consecuencias nefastas sobre la gene-

ración de empleo e ingresos. De este modo, un acontecimiento que podría ser un problema de fácil solución si hubiese mecanismos de control acaba acarreado descrédito al producto y al país, lo cual puede poner en riesgo años de evolución y propiciar que otros agentes económicos externos ocupen el espacio creado por la desintegración de la cadena.

Sabemos que para que los diversos sectores de la agroindustria de un país adopten el concepto de cadena productiva se necesita superar factores culturales. Históricamente, los representantes de los eslabones de las cadenas se enfrentaban en una mesa de discusión, culpándose mutuamente por los episodios sucedidos. Algunos eran acusados de conservadores o retrógrados, otros de manipuladores y oportunistas. Pero eso está en el pasado, tiene que superarse. Organizar una cadena productiva requiere transparencia y firmeza. El gran desafío es negociar los puntos de convergencia, aumentar los esfuerzos para superar los obstáculos y definir metas comunes para la cadena. Pensar y actuar estratégicamente es el lema para la unión que permite la estructuración de las cadenas productivas.

El resultado de esa nueva actitud puede ejemplificarse con las cadenas productivas brasileñas, que destacan por el gran adelanto tecnológico, por la capacidad de vencer desafíos y por la competencia exportadora.

Carne bovina

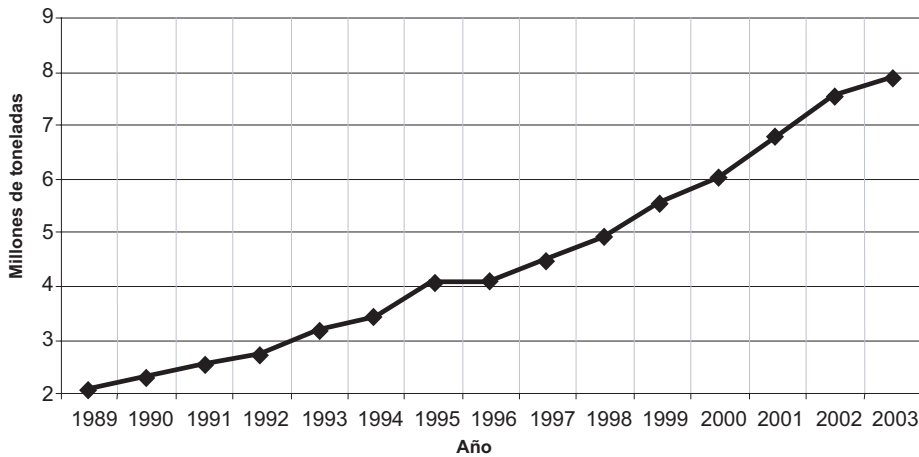
Hasta hace poco más de 20 años, Brasil aún era importador neto. En 2003 se convirtió en el mayor exportador mundial. Hoy, la carne brasileña se consume en 143 países y 83% de la producción nacional se destina al mercado interno. Todo eso solo es posible con un trabajo sumamente serio. La cadena de producción está efectivamente consolidada.

Son varios los motivos de esa evolución de la cadena productiva de la carne bovina brasileña. El éxito se dio mediante la optimización de factores zootécnicos, la calidad de los insumos y la concientización sanitaria; también se debió al bajo costo de producción, la ventaja comparativa y competitiva de extensas pasturas, y el perfeccionamiento tecnológico y de los procesos en la industria. Pero el factor más importante quizás sea la organización de la cadena y la capacidad de cada uno de sus eslabones de resolver problemas comunes, lo cual garantiza la competitividad de la cadena como un todo.

Avicultura

A pesar de ser una de las cadenas productivas más nuevas de la agroindustria del Brasil, en 2004 el sector presentó resultados espectaculares: produjo 9 millones de toneladas de carne avícola, lo que constituye 17% de la producción mundial. Se exportaron casi 2,5 millones de toneladas, el equivalente a 32% de la carne de pollo comercializada en el mundo. El incremento de la exportación en 2004, comparado con el año 2003, fue de 46%, lo que significó \$2.500 millones en la balanza comercial del país. La figura 14 ilustra la evolución de la producción de esa cadena productiva.

FIGURA 14. Evolución de la producción de carne de pollo, Brasil, 1989-2003 (millones de toneladas)



Fuente: ABEF (www.abef.com.br).

Esta evolución constante y positiva refleja el proceso positivo del sector: se trata de la cadena brasileña con mayor equilibrio entre sus integrantes. La interdependencia con otras cadenas productivas, como las de granos (soya y maíz), es bien administrada, con acciones sinérgicas.

Azúcar

Actualmente la cadena azucarera-alcoholera es responsable de un millón de empleos directos en el Brasil. Debido a que su localización está más concentrada en los estados del sudeste, principalmente en São Paulo, es un sector que presenta el mayor potencial de expansión tecnológica. Este se pone de manifiesto en la producción energética de biocombustibles, una energía renovable y limpia; en la producción de plásticos biodegradables y sus múltiples derivados; en la generación de energía eléctrica; en el aprovechamiento secundario de los subproductos de la caña de azúcar, y, principalmente, en la producción de alimentos.

No se trata solo del azúcar en sus formas diversas, sino de alimentos con alto valor agregado, como los aminoácidos (95% de la producción nacional se exporta) y dulces y confites, cada vez más elaborados, con marca y calidad certificadas.

En 2004, el Brasil, el mayor productor mundial del sector, exportó 36,6% más que en 2003, totalizando una facturación de US\$3.000 millones, con embarques destinados principalmente a la Unión Europea.

Soya

El complejo de la soya — que engloba aceite de soya, harina de soya y soya en grano — es la cadena más exportadora de la agroindustria brasileña: sumó más de \$10.000 millones en 2004.

La evolución inmensa del complejo de la soya se debe a grandes inversiones en estudios de investigación brasileños en los campos de genética, sanidad y adaptabilidad a las condiciones de la sabana brasileña, donde se hallan los grandes campos de producción. La soya tropical brasileña es, mundialmente, la que presenta el menor costo de producción. Ese factor, vinculado a la incorporación del concepto de cadena productiva, aumenta en gran medida la competitividad de la soya, lo que transformó al Brasil en un gran exportador mundial.

La cadena también es responsable del fortalecimiento de la avicultura y la porcicultura del Brasil, que aumentaron exponencialmente sus exportaciones gracias a la existencia de granos y harina a bajo costo y en cantidad suficiente para satisfacer la creciente demanda de los sectores citados.

En el cuadro 8 se puede observar la evolución de las exportaciones del complejo de la soya, comparando 2003 y 2004, cuando los valores totales aumentaron de US\$8,1 millones a US\$10,0 millones.

CUADRO 8. Evolución del complejo de la soya, Brazil, 2003 y 2004

Productos	2003			2004		
	Volumen en millones de toneladas	Valor US\$/ tonelada	Valor en millones de US\$	Volumen millones de toneladas	Valor US\$/ tonelada	Valor en millones de US\$
Grano	19,9	216	4,2	19,2	280	5,3
Harina	13,6	191	2,6	14,5	226	3,3
Aceite	2,5	496	1,2	2,5	549	1,4

Fuente: Secex/MDIC – AUICE.

Según los estudios de la proporción de los productos del complejo que se exportan, la tendencia es una disminución paulatina de la exportación de la soya en grano, de modo inversamente proporcional al aumento de la exportación de productos con mayor valor agregado, como aceite y piensos (listos para el consumo), además de carne de ave y puerco, que completan el ciclo de la cadena.

La inocuidad de los alimentos es un factor fundamental en este panorama de éxitos brasileños en el mercado externo. Y eso solo es posible gracias a la tecnología agregada. El mundo consume productos brasileños no solo por factores logísticos o por los precios, sino por la calidad que se obtiene con la inclusión de la alta tecnología en los procesos de producción e industrialización y, aún más, por la certificación de la calidad sanitaria y la eficiente gestión de riesgos.

La evolución de la gestión de riesgos en los procesos productivos de algunas cadenas de la agroindustria brasileña se debe, en gran parte, a una asociación del gobierno brasileño con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por medio del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), centro de excelencia perteneciente a la OPS, se concretó una asociación con el gobierno federal y los gobiernos de algunos estados del Brasil para la implantación de tecnologías de gestión de riesgos: buenas prácticas de fabricación (BPF) y análisis de peligros y puntos críticos de control (APPCC). El INPPAZ realizó la

calificación de agentes multiplicadores brasileños, que se dedicaron a fomentar esas tecnologías junto a las cadenas agroalimentarias. La incorporación de esas tecnologías y su aplicación en las diversas etapas de las cadenas fue, sin duda alguna, la gran diferencia positiva de competitividad de algunas cadenas frente al mercado globalizado.

ESTRATEGIAS CON MIRAS A LA INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS Y LA SALUD PÚBLICA

Con la optimización de las relaciones entre los eslabones de las cadenas y la globalización, se acentúa cada vez más la interdependencia entre cadenas que antes se consideraban distintas.

Como ejemplo de la toma de conciencia de esa realidad, está la aceptación de la propuesta de la Conferencia Hemisférica sobre la Erradicación de la Fiebre Aftosa, auspiciada por la OPS y el Departamento de Agricultura y Ganadería de los Estados Unidos (USDA) y realizada en Houston (Texas), en marzo de 2004. En esa ocasión hubo consenso en que, además de la cadena de la carne, otras, como la de la soya y la del maíz, deben estar integradas para la erradicación de la fiebre aftosa de todo el continente americano. El razonamiento es sencillo: esas cadenas también se verían seriamente afectadas por la aparición de un foco de la enfermedad, pues la producción de soya y maíz, en el caso de los Estados Unidos, se destina en gran parte a la alimentación animal.

Todos nosotros conocemos situaciones dramáticas provocadas por alimentos contaminados por elementos físicos, químicos o, principalmente, biológicos. Hoy en día, el consumidor mundial exige la seguridad de la calidad certificada, sin la cual no es viable el comercio internacional de alimentos.

En las cadenas agroalimentarias, los riesgos están cada vez más próximos y entrelazados. Es apremiante la necesidad de adoptar procedimientos correlacionados de gestión de riesgos sanitarios entre circuitos comerciales o continentes. La erradicación de enfermedades y otros trastornos de la salud humana ya no puede reducirse a los límites de los mapas; en el mundo de hoy es factor esencial tratar esas cuestiones teniendo en cuenta las zonas geográficas continuas.

Solo de ese modo podremos erradicar dramas que hoy son inadmisibles en el campo de la inocuidad de los alimentos destinados a circular por el mundo. No hay barrera política, económica o arancelaria capaz de controlar los riesgos. También la interrelación entre las cadenas productivas es inevitable, aunque solo sea porque en casi todos los países de las Américas, como en el caso del Brasil, la exportación de alimentos constituye la fuente principal de divisas.

Se trata de estimular y consolidar la vocación del continente americano de producir alimentos. El continente americano en conjunto es responsable de 54% de las exportaciones mundiales de carne bovina y posee 34,5% de los bovinos del mundo. En América del Norte, América Central y el Caribe se faena un tercio de los bovinos, y en América del Sur, dos tercios. Esto pone de manifiesto la importan-

cia de la cadena de carne en los países del continente en cuanto a la generación de trabajos e ingresos para sus poblaciones. Los países que dependen tanto de las exportaciones agroindustriales son más susceptibles a la adopción de medidas relativas a la gestión de riesgos.

Por lo tanto, es imprescindible que cada uno de los países — y todos en conjunto, solidariamente — realice un gran esfuerzo para que el continente alcance niveles excelentes de sanidad animal y vegetal. Para esos países, la inocuidad de los alimentos y la salud pública son cuestiones inherentes al desarrollo sostenible, capaces de permitir no solo una definitiva inserción de sus productos en el mercado mundial sino también de garantizar la generación de empleo e ingresos.

Urge adoptar instrumentos de gestión de riesgos en los procesos productivos de las cadenas agroalimentarias de las Américas, lo que equivale a implantar la gestión de la calidad de los alimentos en el continente, comenzando con las buenas prácticas agropecuarias, de transporte y almacenaje, y de fabricación y comercialización. La idea es instituir un programa sólido y dar prioridad justamente a los países en los cuales las exportaciones de productos de las cadenas agroalimentarias tienen importancia estratégica, social y económica.

Es urgente realizar un diagnóstico preciso de la realidad existente en cada país de las Américas en cuanto a la aplicación de procedimientos de gestión de la calidad de los alimentos. A la OPS le compete el apoyo, la articulación y el aporte tecnológico, y a los países miembros, la ejecución. Con el apoyo financiero proporcional de los Países Miembros, la OPS, junto con instituciones ya existentes en el campo de la seguridad alimentaria, realizaría la calificación técnica de profesionales que pudieran multiplicar las medidas por todo el continente. De este modo, se fomentaría la implantación de las técnicas de gestión de riesgo, lo cual armonizaría las normas de seguridad alimentaria en todos los países abarcados por el programa.

A mediano plazo, el continente americano, el mayor productor mundial de alimentos, se podrá convertir en el único con una actuación uniforme en el campo de la inocuidad de los alimentos, con posibilidad de proveer a todo el planeta productos de calidad certificada.

Es hora de compartir los procedimientos buenos de manera coordinada, pues los riesgos existen para todos, independientemente de la clasificación de los países en el cuadro económico mundial. Actuar estratégicamente, en el siglo XXI, es tomar medidas de alcance continental.

EMPODERAMIENTO Y AMPLIACIÓN DEL PAPEL DE LAS MUJERES EN EL ÁMBITO DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y EL DESARROLLO LOCAL

Susana Malcorra,
Directora Ejecutiva Adjunta, Departamento de Administración,
Programa Mundial de Alimentos (PMA)
Roma, Italia

RESUMEN

El papel desempeñado por las mujeres en la producción de los alimentos y, en consecuencia, en la seguridad de los mismos para sus familias y para la comunidad en general es un hecho bien reconocido. En todo el mundo, las mujeres cumplen una labor trascendental en la producción de alimentos. Lamentablemente, su contribución se ha pasado por alto durante mucho tiempo, y las limitaciones a las que las mujeres se enfrentan a causa de su condición femenina no se han tenido en cuenta en las leyes y estrategias agropecuarias. Las mujeres carecen de acceso a los recursos fundamentales para la producción de los alimentos: tierra, capital, créditos, dinero en efectivo, insumos agropecuarios, tecnología, capacitación y servicios de extensión; su acceso al escenario político y a la educación y, en consecuencia, a los mercados de trabajo no agropecuario es limitado. La industrialización y la globalización, que tienen efectos a largo plazo ostensiblemente positivos en el desarrollo de las comunidades rurales, a menudo han puesto realmente en peligro el papel de las mujeres en la producción de los alimentos, en las fases iniciales de introducción. En efecto, con su falta de acceso a los recursos, las mujeres se enfrentan con enormes dificultades para producir, a precios competitivos, para los mercados liberalizados. Las mujeres han adoptado diversos mecanismos para hacer frente a situaciones difíciles para preservar la seguridad de los alimentos, que comprenden desde actividades no agropecuarias adicionales y comercio en pequeña escala, hasta el cambio a nuevas actividades.

Para empoderar a las mujeres y mejorar su papel en la seguridad de los alimentos y en el desarrollo local se precisa un método integrado. La inversión deberá tener en cuenta los capitales natural, físico, humano, financiero y social, así como los marcos legales e institucionales para promoverlos. La inversión por partes no será eficaz, porque todos los factores son complementarios y necesarios para la autonomía de las mujeres.

La comunidad internacional reconoce la función de las mujeres en la seguridad de los alimentos y en el desarrollo local, y hace un esfuerzo extraordinario para su empoderamiento. El informe reciente del Grupo de Estudio del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas sobre la Educación y la Igualdad de Género ha hecho un llamamiento para una movilización mundial, a fin de lograr la igualdad para ambos sexos y la autonomía de las mujeres, que son cruciales para cumplir los ODM. Se precisan esfuerzos más tangibles para garantizar que las medidas y las reformas se extiendan a los pobres, en particular a las mujeres, y para lograr un verdadero cambio en sus vidas.

El Programa Mundial de Alimentos y otros organismos de las Naciones Unidas que trabajan en el campo de la seguridad de los alimentos hacen todo lo posible por hacer de la igualdad entre ambos sexos una realidad en sus actividades cotidianas.

INTRODUCCIÓN

El papel de las mujeres en la seguridad de los alimentos es un hecho bien reconocido. Tradicionalmente, las mujeres han producido alimentos y se han hecho cargo de la seguridad de los mismos para sus familias y la comunidad en general. A pesar de las nuevas tendencias en la producción de alimentos surgida a partir de la globalización, en la mayoría de los países en desarrollo las mujeres se ocupan de una parte importante de la producción de los alimentos. Durante decenios, las mujeres, especialmente las africanas, han combinado las actividades productivas agropecuarias y no agropecuarias como una estrategia de supervivencia, para asegurar los alimentos de sus familias y reducir el riesgo de inanición en los períodos de inseguridad alimentaria. Para proveer alimentos a sus familias, las mujeres son agricultoras, ganaderas, pequeñas comerciantes y trabajadoras informales, porque ninguna de estas estrategias por separado es capaz de mantenerlas. Asimismo, las mujeres son responsables de la reproducción y, no obstante, tienen que trabajar incluso cuando están embarazadas o amamantando.

A pesar de la importante función que las mujeres desempeñan en la seguridad de los alimentos y en el desarrollo local, sus necesidades y las limitaciones relacionadas con su condición femenina no se tienen en cuenta entre las causas de la baja productividad y la falta de seguridad de los alimentos. Este se conoce como el “factor invisible”. Las mujeres se enfrentan con diversas limitaciones para producir alimentos: falta de acceso a la tierra, capitales, crédito, dinero en efectivo, insumos agropecuarios, capacitación tecnológica y servicios de extensión; además, su acceso al escenario político y a los mercados de trabajo no agropecuarios es limitado debido a su falta de educación. Este factor invisible es sumamente pronunciado en los países africanos (Boserup, 1970; resumen de Christina Gladwin *et al.*, 2001).

Para empoderar a las mujeres y mejorar su función en la seguridad de los alimentos y en el desarrollo local, deben tenerse en cuenta diversos factores: el capital natural, físico, humano, financiero y social, y los marcos legales e institucionales para promoverlo. Cualquier esfuerzo para mejorar un factor sin considerar los otros será ineficaz, porque todos son factores complementarios necesarios para la autonomía de las mujeres.

La comunidad internacional y los gobiernos son cada vez más conscientes de la función que desempeñan las mujeres en la seguridad de los alimentos y en el desarrollo local, y realizan extraordinarios esfuerzos para empoderarlas. Sin embargo, el reto principal es garantizar que las medidas y las reformas beneficien a los más pobres, en particular a las mujeres, que a menudo no pueden aprovechar las oportunidades de desarrollo.

El informe de enero de 2005 del Grupo de Estudio del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas sobre la Educación y la Igualdad de Género finalizó con la siguiente declaración: "Los próximos 10 años ofrecen una nueva oportunidad para adoptar medidas en una escala mundial, a fin de lograr la igualdad para ambos sexos y empoderar a las mujeres, que son fundamentales para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio".

El Programa Mundial de Alimentos (PMA) está a la vanguardia de la batalla para lograr la autonomía de las mujeres y empoderarlas. Como rama de las Naciones Unidas para la ayuda alimentaria, el PMA usa los alimentos para satisfacer las necesidades urgentes y para apoyar el desarrollo económico y social. La declaración de principios del PMA ordena que trabaje para situar el hambre en el centro de la agenda internacional, promoviendo las políticas, estrategias y operaciones que beneficien directamente a los pobres y a los hambrientos. Dado que las mujeres y los niños son sumamente vulnerables a la pobreza y a la inseguridad alimentaria, el PMA los ha colocado en el punto de mira de sus operaciones. En 2003, el PMA adoptó la nueva Política de Género 2003-2007, con ocho Compromisos Ampliados Relativos a la Mujer (ECW, por su sigla en inglés: *Enhanced Commitments to Women*) que tienen la finalidad de lograr la igualdad para ambos sexos en todas las operaciones del PMA.

ANTECEDENTES

En el mundo en desarrollo, aproximadamente 800 millones de personas sufren actualmente la inseguridad alimentaria y es probable que esta situación empeore día a día. Las mujeres desempeñan un papel trascendental al garantizar la seguridad de los alimentos y el bienestar de sus hogares. Es preciso reconocer su contribución en la producción de alimentos, del 70% a 80% en África subsahariana, 65% en Asia y 45% en América Latina y el Caribe (IFPRI, 1995), para promover el desarrollo equitativo y sostenible de las comunidades rurales. La producción sostenible de alimentos es fundamental para la seguridad de los alimentos, así como la autonomía de las mujeres es fundamental para esta. La necesidad de satisfacer las necesidades de alimentación y nutrición de las personas que no los tienen seguros aumentará en los próximos años, especialmente en un entorno mundial de aumento de la pobreza, migración rural, conflictos y degradación del medio ambiente. Por lo tanto, deberá apoyarse a todos los participantes en el desarrollo, especialmente a las mujeres, para mantener sus medios de vida. "Dado el acceso equitativo a los recursos y al capital humano, las mujeres que trabajan en el campo pueden lograr rendimientos iguales o incluso, como algunos estudios demuestran, significativamente mayores que los de los hombres" (IFPRI, 1995). El acceso de las mujeres a tierra, créditos, servicios de

extensión agropecuaria, capacitación, educación, salud, tecnología e información, así como el control de todos ellos, son trascendentales para aumentar su contribución a la seguridad de los alimentos y al desarrollo local.

La sensibilización de la comunidad internacional sobre esta situación está aumentando; sin embargo, se precisan medidas más tangibles y eficaces para eliminar las diferencias entre ambos sexos. Por ejemplo, en los años setenta, la función de las mujeres en la seguridad de los alimentos se pasó por alto en las estadísticas y en los análisis de las limitaciones para la producción de alimentos. Esta tendencia está cambiando gradualmente. El PMA y otros organismos de las Naciones Unidas hacen un esfuerzo enorme para garantizar la igualdad para ambos sexos en sus operaciones cotidianas.

En lo que se refiere a los esfuerzos del PMA para la potenciación de las mujeres y la igualdad de ambos sexos, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, que tuvo lugar en Pekín, en septiembre de 1995, el PMA adoptó su Política de Género 1996-2001, los Compromisos con las Mujeres, que se vincularon a unos objetivos estratégicos en la Plataforma de Pekín para la Acción, y se basó en las funciones que las mujeres desempeñan como administradoras de los alimentos y como guardianes de la seguridad doméstica de los alimentos. Después de diversos exámenes de las lecciones extraídas de la puesta en marcha de los Compromisos con las Mujeres, en octubre de 2002, el PMA adoptó la nueva Política de Género (2003-2007), conocida como los Compromisos Ampliados Relativos a la Mujer, que supuso unos cambios institucionales principales y adicionales. La etapa final de estos cambios es su puesta en marcha en cada país, para contribuir a fortalecer los esfuerzos de los mecanismos nacionales para la igualdad entre ambos sexos.

SITUACIÓN ACTUAL DEL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES EN LA SEGURIDAD DE LOS ALIMENTOS Y EN EL DESARROLLO LOCAL

En la mayoría de las sociedades del mundo en desarrollo, las mujeres desempeñan una función principal en la producción agropecuaria de alimentos, incluidas la pesca, la selvícultura y la ganadería, así como en el desarrollo local (FAO, 1997). Con la nueva era de la globalización, la población más desfavorecida —es decir, los pobres, la mayoría de los cuales son mujeres— está cada vez más marginada y no se beneficia del crecimiento económico o resulta perjudicada por el mismo. Con la liberalización del comercio, está amenazada la industrialización y la comercialización de la producción de alimentos, la función tradicional de las mujeres en la seguridad de los alimentos y en el desarrollo. A pesar de que se prevé una repercusión positiva a largo plazo de estas nuevas políticas sobre la vida de las poblaciones rurales, las mujeres por lo general tienen dificultades para adaptarse a ellas durante el período de transición. Esto se debe a su baja capacidad para elaborar y vender productos competitivos en los mercados liberalizados, que a menudo se traduce en el empobrecimiento transitorio de la población rural, que a su vez afecta la seguridad de sus alimentos. Algunos agricultores y ganaderos eligen desplazarse a otros sectores como un mecanismo para hacer frente a situaciones difíciles, lo que a menudo es más difícil para las mujeres debido a su falta de acceso a los recursos y al control de los mismos.

En Perú, Chile y otros países del sur, las mujeres están luchando contra nuevas políticas que favorecen a sistemas monopolizadores y erigen sus propios sistemas comunitarios de alimentos y salud (Diverse Women for Diversity, 1997). Otras mujeres en las sociedades autóctonas se oponen al embargo de tierras y al uso de productos químicos peligrosos en la agricultura orientada hacia la exportación.

Para empoderar a las mujeres y ampliar su función en la seguridad de los alimentos y en el desarrollo local, deben tomarse medidas en diversos campos que desempeñan una función primordial en la producción económica; en el capital natural: el ganado, el agua, los árboles y los recursos naturales; en el capital físico: las casas y las infraestructuras colectivas (Quisumbing *et al.*, 2001). Los recursos también brindan seguridad en los períodos de crisis, porque la venta de recursos es uno de los primeros y más prácticos mecanismos para hacer frente a situaciones difíciles, al que una familia puede recurrir en una crisis. A pesar del importante papel que las mujeres desempeñan en la producción de alimentos, no se benefician igual que los hombres de estos recursos; muchas veces, los hombres tienen el control sobre estos, sean comunitarios o familiares. Para superar esta situación, a menudo las mujeres tratan de acumular otros bienes (como el ganado), que tienen un valor económico y proveen alimentos para la familia. El acceso cada vez mayor de las mujeres a la tierra y a los recursos conexos, así como a la tecnología, es fundamental para aumentar su productividad.

Uno de los mayores logros de la movilización de las mujeres en los decenios recientes ha sido la inversión en el capital humano femenino. Se han registrado aumentos significativos en la esperanza de vida de las mujeres, 20% mayor que la de los hombres (Quisumbing *et al.*, 2001); las tasas de fecundidad han descendido, y las brechas en la educación se han reducido. Estas inversiones en capital humano aumentan las capacidades de las mujeres, amplían su campo de oportunidades y les dan poder de decisión. Entre estas inversiones, la que más compensa es la educación, cuyos resultados influyen positivamente en todos los aspectos de la vida de las mujeres y su familia.

Otro campo importante en el cual se puede invertir para empoderar a las mujeres es el capital social y financiero. Se ha ayudado a las mujeres a organizarse en grupos para hacerlas autónomas y empoderarlas. Con ahorros en grupo, las mujeres pueden vencer la principal limitación de los requisitos para avalar los préstamos. Por medio de los grupos, las mujeres pueden movilizar el financiamiento desde esquemas de microfinanciamiento, desarrollar negocios en pequeña escala y reunir recursos más valiosos.

En último término, pero no menos importante, para facilitar el proceso de empoderamiento y autonomía de las mujeres mediante las inversiones anteriores, existe la necesidad de elaborar marcos legales e institucionales. Las leyes adoptadas aisladamente no son eficaces: deben ir acompañadas de medidas sólidas y prácticas para facultar a las instituciones encargadas de ejecutar las leyes. Es preciso adoptar un enfoque integral para las reformas legales; deben aclararse los procedimientos para facilitar el proceso de búsqueda de justicia para los pobres, en especial para las mujeres. Esta será la base para que las mujeres reclamen de manera legítima los recursos antes mencionados (Quisumbing, 2001).

LOS ESFUERZOS DEL PMA EN LA AUTONOMÍA Y LA AMPLIACIÓN DE LA FUNCIÓN DE LAS MUJERES EN LA SEGURIDAD DE LOS ALIMENTOS Y EN EL DESARROLLO LOCAL

La Política de Ayuda Alimentaria del PMA: permitir el desarrollo

La función de la ayuda económica alimentaria del PMA es diferente del de otros tipos de asistencia para el desarrollo. En su Política de Ayuda Alimentaria, el PMA procura permitirles a las personas marginadas, en especial a las mujeres, participar en el desarrollo y compartir sus beneficios, al concentrarse en cinco aspectos de la intervención: 1) llegar a las madres y a los niños; 2) la inversión en educación y en capacitación, en particular para las mujeres y las niñas; c) la obtención y la conservación de los recursos; 3) la mitigación de los desastres, y 4) la gestión de los recursos naturales. En todas estas áreas de intervención, el PMA garantiza que las mujeres se beneficien igual que los hombres.

Sin embargo, el PMA reconoce que la ayuda en alimentos por sí sola no puede dar resultados positivos para el desarrollo; necesita trabajar en colaboración con otros para vincular sus intervenciones con las oportunidades de desarrollo que proporcionan a las comunidades.

Para llegar a las madres y a los niños, el PMA funciona conjuntamente con las autoridades sanitarias nacionales y con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), para proveer alimentos complementarios a las mujeres embarazadas y lactantes, y para los niños que acuden a los servicios de salud. En los lugares en los que los servicios de salud pública no existen o son débiles, el PMA trabaja con las comunidades, los grupos de mujeres y las ONG que trabajan con mujeres para brindar alimentación complementaria; educación sobre la nutrición y la salud, y servicios de derivación sanitaria.

Con la finalidad de invertir en la educación y en la capacitación, el PMA pone en marcha actividades alimentarias y educativas, al centrarse en zonas donde no hay seguridad alimentaria, en las que hay índices bajos de asistencia a la escuela primaria o asistencia baja de las niñas. En colaboración con sus socios, el PMA también pone en marcha actividades de capacitación para las mujeres respecto a actividades generadoras de ingresos y desarrollo social.

El PMA también ayuda a las comunidades a ganar y a conservar los recursos, a fin de que los beneficiarios disfruten a largo plazo de los beneficios de las intervenciones. En este contexto, el PMA asegura que los pobres participen en el diseño y en la gestión de las actividades generadoras de recursos, y que se tengan en cuenta las necesidades de las mujeres durante la determinación de los recursos que deben crearse.

En los lugares en los que la disponibilidad de alimentos fluctúa con frecuencia, una intervención temprana puede impedir la venta de bienes embargados del capital doméstico crucial: herramientas, tierra o ganado, y evitar la mengua del capital humano, por ejemplo, al permitir a una familia que mantenga a sus niños en la escuela. Muchas

veces, para ayudar a reducir la gravedad de las adversidades, el PMA lleva a cabo intervenciones como la construcción de depósitos comunitarios de agua y carreteras secundarias, la plantación de bosques comunitarios y actividades educativas. Asimismo, procura que las mujeres se beneficien por igual de estos recursos.

Las mujeres y los niños son afectados por las crisis de un modo diferente al de los hombres; a menudo, sufren más porque tienen que soportar cargas adicionales. La función de las mujeres en la seguridad de los alimentos aumenta durante las crisis, en las que generalmente se espera que encuentren estrategias más imaginativas para enfrentarse a las situaciones. Las actividades de prevención y mitigación de desastres son componentes importantes de las intervenciones del PMA: comprenden desde la construcción o la reparación de las infraestructuras rurales para limitar el daño de las inundaciones o desacelerar el avance de la desertificación, hasta la construcción de diques marítimos pequeños o represas para aliviar el daño a las zonas costeras causado por los huracanes.

La gestión de los recursos naturales contribuye a lograr la seguridad de los alimentos. El PMA usa la asistencia alimentaria para permitir a las personas invertir en el aprendizaje y las prácticas de gestión sostenible que protegen sus recursos naturales. El PMA se dirige a las zonas sin seguridad alimentaria para aplicar los programas de prevención o detención de la degradación de los recursos naturales. Se han ideado otros programas para apoyar la transferencia de las prácticas no sostenibles a las sostenibles, antes de que los recursos se degraden hasta el agotamiento. El PMA también interviene para prevenir las emergencias “silenciosas” de los recursos naturales, como el avance de la arena en los terrenos cultivables.

En todas estas intervenciones, el PMA procura que sus ECW se incorporen para empoderar a las mujeres a fin de que mejoren su función en el desarrollo local en general y en la seguridad de los alimentos en particular. De los ocho ECW de la Política de Género 2003–2007, cuatro de ellos tienen la finalidad de mejorar el papel de las mujeres en la seguridad de los alimentos y tres contribuyen a aumentar el papel de las mujeres en el desarrollo local. Las nuevas características de los ECW son: a) mejor control de los alimentos por las mujeres; b) mayor énfasis en las adolescentes; c) alimentos para la capacitación dirigida a las mujeres y a las adolescentes como un nuevo objetivo del programa, y d) una mayor defensa de la función de las mujeres en la seguridad de los alimentos. Entre los resultados de la fase de autoevaluación de un reciente estudio inicial del PMA realizado en 2004 sobre la puesta en marcha de los ECW, se cuentan unos interesantes resultados en sus esfuerzos por lograr la igualdad para ambos sexos.

ECW's: COMPROMISOS AMPLIADOS RELATIVOS A LA MUJER PROMOCIÓN DEL PAPEL DE LAS MUJERES EN LA SEGURIDAD DE LOS ALIMENTOS

ECW I: Satisfacer las necesidades nutricionales específicas de las mujeres embarazadas y lactantes, y de las adolescentes, y mejorar su grado de conciencia en materia de salud y nutrición.

ECW IV: Contribuir a que las mujeres controlen las raciones domésticas de los alimentos cuando estos se distribuyen como medida de socorro.

ECW V: Asegurar que las mujeres participen de manera equitativa en los comités de distribución de alimentos y en otros organismos locales relacionados con el programa.

ECW VII: Contribuir a crear un ambiente que reconozca la importante función que las mujeres desempeñan para garantizar la seguridad de los alimentos y que promueva la participación tanto de los hombres como de las mujeres en la eliminación de las diferencias entre ambos sexos.

ECW's: COMPROMISOS AMPLIADOS RELATIVOS A LA MUJER PROMOCIÓN DE LA FUNCIÓN DE LAS MUJERES EN EL DESARROLLO LOCAL

ECW II: Ampliar las actividades que permiten a las niñas asistir a la escuela.

ECW III: Asegurar que las mujeres se beneficien al menos por igual de los recursos creados por medio de los proyectos de alimentos por capacitación y alimentos por trabajo.

ECW VI: Asegurar que el enfoque de género se incorpore a la programación de actividades.

Para poner en marcha estos compromisos con las mujeres, el PMA tuvo que emprender importantes cambios institucionales:

a) *Poner los alimentos directamente en las manos de las mujeres.* Esta fue una empresa muy importante, cuya ejecución no fue sencilla en regiones en las que las creencias culturales actúan en su contra, por ejemplo, en Afganistán, bajo el gobierno talibán. Son alentadores los resultados del estudio inicial de 2004 para evaluar la puesta en marcha de los ECW y los estudios de casos de 2004 sobre las prácticas óptimas relacionadas con el control de los alimentos por las mujeres en las operaciones de socorro en seis países.

En general, las mujeres beneficiarias, que poseen cartillas con derecho a recibir alimentos, expresaron un gran reconocimiento por esta medida. Declararon que su sentido del valor aumentó y les hizo pensar que tenían un papel que desempeñar en sus comunidades. El control de las raciones les permitió cerciorarse de que la parte destinada a sus hijos y a ellas mismas se quedó en casa, en lugar de desviarse a otros fines. Los resultados del estudio inicial son los siguientes:

← En 67% de las distribuciones de alimentos, tanto con fines de socorro como de desarrollo, se designó a las mujeres como depositarias del derecho a recibir alimentos en cada hogar o figuraban como tales en las listas de distribución de alimentos. En 56% de las distribuciones de alimentos, las esposas de las familias polígamas figuraban por separado como poseedoras del derecho a recibir alimentos.

- ← En 90% de las distribuciones de alimentos, se instó a las mujeres a que recogieran sus alimentos y se les informó de su derecho a nombrar a alguien para que recogiera en su nombre la ración doméstica de alimentos.

Los desafíos residen en la superación de las barreras socioculturales, especialmente en las sociedades conservadoras. Una enseñanza importante del campamento de refugiados Torbat-e-Jam, en Irán, es que el personal del PMA comprometió al imán en el proceso, y su apoyo fue fundamental para el éxito. La participación de los varones durante el diseño y el ciclo de vida de los programas es fundamental.

b) *Dejar que las mujeres tengan el control de los alimentos*, comprometiéndolas por igual en los comités de distribución de alimentos (CDA) y en otros organismos. El PMA desea que los alimentos se entreguen a las mujeres, pero estas tienen que desempeñar funciones de liderazgo en el proceso de distribución de alimentos. Esto plantea el tema de una participación significativa, en contraposición a simplemente alcanzar metas numéricas para las mujeres. En los estudios de casos, las mujeres beneficiarias señalaron que creían que la lucha por el reconocimiento de su derecho a hablar en la comunidad es valiosa y que, animadas por el apoyo del PMA, las mujeres en las funciones de liderazgo se ganaron el respeto de los varones, que anteriormente no era manifiesto. También indicaron que las actitudes de los varones hacia ellas están cambiando lentamente. El estudio inicial también reveló los siguientes resultados:

- ← En 92% de los documentos del proyecto alimentos por capacitación (APC) se declara que al menos la mitad de los representantes en los CDA a nivel de beneficiario deben ser mujeres; lo cual sucede solo en 78% de los documentos del proyecto alimentos por trabajo (APT).
- ← En 71% de los documentos del proyecto APT y en 78% de los documentos del proyecto APC se declara con claridad la meta de que al menos 50% de los miembros ejecutivos en los comités de distribución de alimentos sean mujeres.
- ← Los socios impartieron capacitación de liderazgo para las mujeres que participaban en los comités a nivel de beneficiario en 50% de las distribuciones de alimentos, 56% de las actividades de APC y 63% de las actividades de APT.

Los retos consistirán en conseguir que tanto los varones como las mujeres participen en la elaboración de un sistema de seguimiento y evaluación.

c) *Alivio de la carga de las mujeres*. Para el PMA se hizo manifiesto que, en algunos casos, la entrega del control de los alimentos a las mujeres aumentó su carga o, posiblemente, las puso en peligro. En los estudios de casos, las mujeres afirmaron que sus tareas diarias consisten en acarrear agua y transportar leña o ropa húmeda recién lavada, en ocasiones a distancias mayores que las que hay entre el punto final de distribución y sus hogares. El PMA está colaborando con la unidad logística para ver la manera de aliviar esta carga y garantizar la protección de las mujeres cuando recogen los alimentos. Se ha propuesto aumentar el número de puntos finales de distribución, reenvasar los alimentos en bolsas más pequeñas y organizar la distribución más frecuente de los alimentos. El desafío estará en combinar los problemas de la carga y la

seguridad, de una manera eficaz en función de los costos.

- d) *Buscar la igualdad de sexos en el personal.* En la Política de Género, el PMA aplicó las mismas normas, como hace con sus beneficiarios valorados, al buscar la igualdad de sexos en su personal. El PMA procura aumentar el personal femenino en todas las categorías, especialmente en los rangos directivos de las operaciones con fines humanitarios, en las que las brechas por género son más amplias. El PMA considera el bienestar de personal y las condiciones laborales, y busca otras maneras de mejorar el ambiente laboral para las mujeres y los varones. Se han adoptado medidas importantes a este respecto, aunque en el examen realizado recientemente, en la mitad del período, de la puesta en marcha de las ECW, se observó una pérdida del impulso con respecto a los años anteriores. El PMA investigará este hecho y tomará las medidas correctivas.

La fase de autoevaluación del estudio inicial se llevó a cabo en 48 países. Los resultados globales de Bolivia, Colombia, Haití, Honduras y Nicaragua son los siguientes: los ECW del PMA están ejecutándose bien; se ha logrado la meta de 50% de participación de las mujeres en los comités de distribución de alimentos y en los comités de gestión de los recursos, y se ha alcanzado en gran parte las metas de 70% de las mujeres en el proyecto de alimentos por capacitación. Sin embargo, es preciso reconocer que, a diferencia de otras regiones, en América Latina, en general, el PMA no se enfrentó con mucha resistencia a la autonomía de las mujeres en la distribución de los alimentos, porque ellas han estado a cargo de la manipulación de los alimentos y de cuestiones afines.

Puede encontrarse información detallada sobre los resultados del estudio inicial en los 48 países latinoamericanos y en determinados países en el anexo I, con los resultados globales de la parte de autoevaluación del estudio inicial en cinco países de América Latina y el Caribe, y en el anexo II, con los resultados en Nicaragua y Colombia, y los resultados de los estudios de casos en Colombia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para comprender plenamente el empoderamiento y la ampliación del papel de las mujeres en la seguridad de los alimentos y en el desarrollo local, se precisa una voluntad política firme y sostenida, y una participación en la toma de decisiones de los gobiernos y las organizaciones que trabajan en el campo del progreso de las mujeres. Todas las iniciativas de empoderamiento deben ir acompañadas de reformas institucionales y legales que beneficien a los pobres y logren un cambio en sus vidas, en particular para las mujeres. En la reunión de marzo de 2005 de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, en la Sede de las Naciones Unidas de Nueva York, muchos delegados de alto nivel leyeron convincentes discursos sobre las medidas, reformas y leyes de sus gobiernos para empoderar a las mujeres y promover la igualdad de los sexos. El desafío estriba en lograr que ellas se beneficien, localmente, de los efectos de esas leyes y medidas, estén bien informadas de su existencia y tengan el poder suficiente para reclamar sus derechos.

De nuestro análisis surgen cuatro recomendaciones principales:

- ◀ La inversión en la educación de las mujeres mejoraría su bienestar y el de sus familias, en cuanto a la salud, la nutrición, las oportunidades de empleo, la seguridad de los alimentos y el desarrollo en general.
- ◀ La inversión en los grupos de mujeres y en las redes y la acción colectiva que generan se reconocen como recursos en sí mismos. Por medio de estas redes, las mujeres pueden desarrollar negocios en pequeña escala, mejorar los resultados agropecuarios y crear recursos que alivien la carga de procesar los alimentos y recoger el agua. Las mujeres adquieren considerablemente más poder por medio de las redes en las que las desigualdades entre los sexos no son pronunciadas o en las que ellas tienen ventaja.
- ◀ Es necesario sancionar e institucionalizar reformas administrativas y legales para eliminar la discriminación con respecto a los recursos y promover los derechos de la mujer.
- ◀ En el ámbito organizativo del PMA, otros organismos de las Naciones Unidas y ONG, el empoderamiento de las mujeres aparecerá solo si las medidas que mejoran la igualdad entre ambos sexos se institucionalizan y se incorporan regularmente en las actividades y los mecanismos del programa; por ejemplo, en los planes de trabajo de la oficina nacional, en los documentos del programa y del proyecto, y en los convenios con los socios ejecutores.

REFERENCIAS

- Carletto, C. Household Food Security and the Role of Women: IFAD Experience in Guatemala. Rome: International Fund for Agricultural Development; 1998.
- Diverse Women for Diversity. 1996. The Leipzig Appeal for Women's Food Security. <http://www.navdanya.org/Templates/Templates/dwd/statement-leipzig.htm> (10 November 2006).
- Food and Agriculture Organization of the United Nations. FAO Fact sheet: Women, Agriculture and Food Security. Rome: FAO.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations. FAO FOCUS: Women and Food Security. Rome: FAO; 1997.
- Gladwin, C.H. et al. Food and Cash Crops: Which is the Key to Food Security? Stirling, UK: 2001.
- International Fund for Agricultural Development. Fact Sheet: Focus on the rural poor. Rome: IFAD.
- Ionescu, D. The Role of Women Entrepreneurs in Local Development. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2003.

- Lukkarinen, M. Women's Contribution to Local Development. IGA Gender Equality Committee. 1997.
- Quisumbing, A.R. et al. Women: The Key to Food Security. Washington, DC: International Food Policy Research Institute; 1995. (Food Policy Statement No. 21).
- Quisumbing, A.R., Meinzen-Dick, R.S., eds. Overview. In: Empowering Women to Achieve Food Security. Washington, DC: 2020 Vision; 2001. (2020 Focus No. 6).
- United Nations Millennium Project, Task Force on Education and Gender Equality. Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women. New York: United Nations; 2005.
- World Food Programme. Food Aid and Development Policy—Enabling Development. Rome: WFP; 1999.
- World Food Programme. Gender Policy 2003–2007—Enhanced Commitments to Women to Ensure Food Security. Rome: WFP; 2002.

ANEXOS

ANEXO I

ENCUESTA DE 2004 SOBRE LOS COMPROMISOS AMPLIADOS RELATIVOS A LA MUJER (ECW): RESULTADOS DE LA FASE DE AUTOEVALUACIÓN PARA LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Países comprendidos: Bolivia, Colombia, Haití, Honduras y Nicaragua.

ECW I: Satisfacer las necesidades nutricionales específicas de las mujeres embarazadas y lactantes, y de las adolescentes, y mejorar su grado de conciencia en materia de salud y nutrición.

En América Latina, se han cubierto ocho intervenciones nutricionales mediante la encuesta de autoevaluación.

- ← Las mujeres embarazadas y lactantes reciben mayor apoyo con **alimentos fortificados con micronutrientes** que las adolescentes: cinco (de ocho) intervenciones nutricionales en la encuesta proporcionan alimentos fortificados con micronutrientes a las embarazadas y a las mujeres que amamantan; solo dos proporcionan esta clase de alimentos a las adolescentes que participan en actividades extraescolares y de capacitación para la vida.
- ← En los países latinoamericanos encuestados, **los antihelmínticos** no son una prioridad: ninguno de los documentos del proyecto del PMA en estudio declara explícitamente que se administrarán antihelmínticos a las mujeres embarazadas y lactantes en el segundo y tercer trimestres del embarazo; además, solo la Oficina de Honduras informa que proporciona estos medicamentos.
- ← Seis (de ocho) documentos del proyecto del PMA declaran expresamente que se ofrecerán **sesiones de sensibilización** sobre nutrición, salud y prácticas de atención a los participantes y que actualmente en siete intervenciones nutricionales se ofrece este tipo de sesiones.

ECW III: Asegurar que las mujeres se beneficien al menos por igual de los recursos creados por medio de los proyectos de alimentos por capacitación y alimentos por trabajo.

En América Latina, se han cubierto cuatro actividades de alimentos por capacitación (APC) mediante la encuesta de autoevaluación.

- ← Según la autoevaluación de la Oficina Nacional, dos (de cuatro) actividades de APC establecen la **meta** de tener al menos **70%** de mujeres entre los alumnos. Sin embargo, en realidad, este objetivo solo se cumple en una actividad.

- ← Las **mujeres que participan** en las cuatro actividades de alimentos por capacitación en estudio representan 57% de los alumnos.

Para facilitar la asistencia de las mujeres y las adolescentes a las actividades de APC, la Política de Género 2003-2007 indica llevar a cabo un análisis de la situación desde el punto de vista específico del género, en la preparación del diseño del programa y en la prestación de servicios complementarios tales como las medidas de atención a los niños, los calendarios flexibles, el saneamiento, etc.

- ← Se ha llevado a cabo un **análisis de la situación relacionado específicamente con el género** para la preparación de dos (de cuatro) actividades de APC. Los socios que colaboran con el PMA prestan **servicios complementarios** en tres actividades de APC.

En América Latina se han cubierto ocho actividades de Alimentos por Trabajo (APT) mediante la encuesta de autoevaluación.

- ← Se ha realizado un **análisis de la situación relacionado específicamente con el género** en siete (de ocho) actividades de APT encuestadas.
- ← Lamentablemente, las **normas de trabajo** apropiadas para las mujeres se han implantado solo en una actividad de APT y su puesta en marcha se ha mencionado explícitamente en solo dos documentos del proyecto del PMA.

ECW IV: Contribuir a que las mujeres controlen las raciones domésticas de los alimentos cuando estos se distribuyen como medida de socorro.

En América Latina, siete actividades de distribución de alimentos como medida de socorro o de carácter general se han cubierto mediante la encuesta de autoevaluación.

- ← Se realizaron **consultas participativas con mujeres** antes de determinar la ubicación de los puntos de distribución de alimentos en tres (de siete) actividades de distribución de alimentos generales o de socorro.
- ← En dos actividades de distribución de alimentos generales o de socorro se realizó una evaluación para identificar la necesidad de **envases especiales**.
- ← En cinco actividades de distribución de alimentos generales o de socorro, las mujeres, fueran jefas del hogar o esposas, tenían el **derecho a recibir alimentos** (o figuraban como tales en las listas de distribución de alimentos o tarjetas de racionamiento domésticas). Además, en cinco actividades de distribución de alimentos generales o de socorro se proporcionó información a los beneficiarios acerca del derecho a recibir alimentos.
- ← En seis actividades de distribución de alimentos generales o de socorro se animó a las **mujeres a que recojan** sus alimentos y se les informó sobre su derecho de nombrar a otras personas para recolectar la ración doméstica.

ECW V: Asegurar que las mujeres participen de manera equitativa en los comités de distribución de alimentos y en otros organismos locales relacionados con el programa.

Distribuciones de alimentos generales o de socorro

- ← Tres (de siete) documentos del proyecto de PMA declaran expresamente que serán mujeres al menos la mitad de los representantes en los comités de distribución de alimentos a nivel del beneficiario, establecidos en relación con la distribución de alimentos generales o de socorro.
- ← Tres documentos del proyecto del PMA declaran expresamente que serán mujeres al menos la mitad de los miembros ejecutivos en los comités de distribución de alimentos para el beneficiario.

Alimentos por capacitación

- ← Tres (de cuatro) actividades de alimentos por capacitación adoptaron un **método participativo con hombres y mujeres** para la identificación de los beneficiarios. Dos actividades adoptaron un método participativo para la identificación y la formulación de actividades. Solo uno adoptó un método participativo para la elaboración de un sistema de seguimiento y evaluación.
- ← Tres documentos del proyecto del PMA declaran expresamente que al menos la mitad de los **representantes** en los comités de distribución de alimentos a nivel del beneficiario, en relación con las actividades de alimentos por capacitación, serán mujeres.
- ← Tres documentos del proyecto del PMA declaran expresamente que al menos la mitad de los **miembros ejecutivos** en los comités de distribución de alimentos, establecidos en relación con las actividades de alimentos por capacitación, serán mujeres.

Alimentos por trabajo

- ← Siete (de ocho) actividades de alimentos por trabajo adoptaron un **método participativo con los varones y las mujeres** para la identificación de los beneficiarios; seis actividades adoptaron un método participativo para: 1) la identificación de las actividades, y 2) la elaboración de un sistema de seguimiento y evaluación.
- ← Tres (de siete) documentos del proyecto del PMA declaran expresamente que al menos la mitad de los **representantes** en los comités de gestión de los recursos, establecidos en relación con la distribución de alimentos generales o de socorro, serán mujeres.
- ← Solo dos documentos del proyecto del PMA declaran expresamente que al menos la mitad de los **miembros ejecutivos** en los comités de distribución de alimentos, establecidos en relación con las actividades encuestadas, serán mujeres.

CONCLUSIONES

Logros

- ◀ En los documentos del proyecto del PMA, a menudo se mencionan (y, en realidad, se ofrecen) sesiones de sensibilización sobre la nutrición, la salud y las prácticas de atención.
- ◀ En la preparación de las actividades de alimentos por trabajo se ha realizado un análisis de la situación, relacionado específicamente con el sexo (femenino o masculino).
- ◀ Las mujeres, sean jefas del hogar o esposas, muchas veces poseen el derecho a recibir alimentos y la información sobre este derecho se proporciona a los beneficiarios a menudo.
- ◀ Con frecuencia se anima a las mujeres a que recojan sus alimentos y se les informa sobre su derecho de nombrar a otras personas para la recogida de la ración doméstica.
- ◀ Los documentos del proyecto del PMA declaran muchas veces que al menos la mitad de los representantes (y la mitad de los miembros ejecutivos) en los comités de distribución de alimentos para el beneficiario, establecidos en relación con las actividades de alimentos por capacitación, serán mujeres.
- ◀ Las actividades de alimentos por trabajo adoptaron muchas veces un método participativo con los varones y las mujeres para: 1) la identificación de los beneficiarios; 2) la identificación de las actividades, y 3) la elaboración de un sistema de seguimiento y evaluación.

Desafíos

- ◀ Aumentar el número de intervenciones nutricionales que proporcionan a las adolescentes alimentos fortificados con micronutrientes.
- ◀ Aumentar las actividades de alimentos por capacitación basadas en un análisis previo de la situación relacionado específicamente con el género y la prestación de servicios complementarios, para facilitar la asistencia de las mujeres.
- ◀ Aumentar la participación de las mujeres en las actividades de alimentos por capacitación, especialmente en aquellas zonas en las que la diferencia entre las aptitudes de las mujeres y de los hombres sea amplia.
- ◀ Implantar con regularidad normas apropiadas de trabajo para las mujeres, especialmente en los lugares donde muchas trabajadoras participan en las actividades de alimentos por trabajo.
- ◀ Aumentar las consultas participativas con las mujeres para determinar la ubicación de los puntos de distribución de alimentos y evaluar la necesidad de envases especiales.

- ◀ Adoptar (en las actividades de alimentos por capacitación) con mayor frecuencia un método participativo con los varones y las mujeres para la elaboración de un sistema de seguimiento y evaluación.
- ◀ Aumentar (en las actividades de alimentos por trabajo) la participación de las mujeres entre los miembros ejecutivos en los comités de gestión de los recursos.

ANEXO II.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA INICIAL EN NICARAGUA Y COLOMBIA, Y RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CASOS DE COLOMBIA

Nicaragua: resultados de la encuesta inicial en el lugar (Operaciones estudiadas:
Programa Nacional de Nicaragua 10044 y PRRO 10212)

ECW I: Nutrición

Se encuestó aproximadamente a 15% de los centros en los que se atendía a las mujeres embarazadas y lactantes.

- ◀ En todos los sitios encuestados se proporcionan alimentos fortificados con micronutrientes a todas las mujeres embarazadas y lactantes.
- ◀ En todos los sitios encuestados, al menos la mitad de las mujeres embarazadas y lactantes y de las adolescentes asisten a las charlas de sensibilización sobre nutrición, salud, prácticas de atención y prevención de la infección por el VIH/SIDA. Ningún varón asistió a estas sesiones.

ECW III: Los alimentos como recursos (alimentos por trabajo y alimentos por capacitación)

Alimentos por trabajo

Se muestrearon y se encuestaron cerca de 25% de los sitios de alimentos por trabajo.

- ◀ En promedio, 50% de los participantes en las actividades de alimentos por trabajo son mujeres.
- ◀ En promedio, las beneficiarias opinaron que participaron "suficientemente" en la definición de las actividades de alimentos por trabajo; que las necesidades de las mujeres se tomaron "mucho" en cuenta y que las actividades ofrecidas reflejaron lo que en realidad habían tratado en las consultas participativas.
- ◀ Las adolescentes participaron menos en todas las consultas en general, porque no hay ninguna actividad dirigida a ellas.
- ◀ Si a las mujeres y a las adolescentes se les asigna una tarea demasiado pesada, pueden pedir una más ligera.

- ← Se ofrece un horario flexible y la posibilidad de hacer cambios a causa de enfermedades, como servicios complementarios a las mujeres que trabajan en las actividades de alimentos por trabajo.
- ← En cada sitio, cada trabajador (varón o mujer) recibe una tarjeta de racionamiento con su nombre.

ECW V: Participación en los organismos de toma de decisiones y comités de alimentos por trabajo

En casi todos los sitios encuestados, se han implantado comités de distribución de alimentos y de gestión de los recursos para los beneficiarios.

Centros en los que el porcentaje de mujeres alcanza 50% entre los miembros y los miembros ejecutivos, en la distribución de alimentos para los beneficiarios y en los comités de gestión de los recursos, establecidos en relación con las actividades de alimentos por trabajo.

Comités de distribución de alimentos y de gestión de los recursos	% de los centros PRRO	% de los centros CP
Sitios en los que el porcentaje de mujeres en los comités de distribución de alimentos llega a 50%	69,4	36,8
Sitios en los que el porcentaje de mujeres en puestos directivos en los comités de distribución de alimentos llega a 50%	60,9	21,2
Sitios en los que el porcentaje de mujeres en los comités de gestión de recursos llega a 50%	80,7	36
Sitios en los que el porcentaje de mujeres en puestos directivos en los comités de gestión de recursos llega a 50%	73,4	19,3

- ← Las mujeres consideran que sus opiniones se tienen mucho en cuenta en los comités.
- ← En cerca de 50% de los sitios de alimentos por trabajo se ofrece capacitación directiva a las mujeres que participan en los comités.

ECW VIII: Recursos humanos

- ← Las dos funcionarias internacionales son mujeres.
- ← La única funcionaria nacional es mujer.
- ← Tres de cuatro miembros del personal de servicios generales son mujeres.

COLOMBIA: RESULTADOS DEL ESTUDIO INICIAL EN EL SITIO, Y DEL ESTUDIO DE LOS ESTUDIOS DE CASOS ECW IV Y V

La Operación Prolongada de Socorro y Recuperación 10158 (PRRO), Asistencia a las Personas Desplazadas por la Violencia en Colombia, cubre las necesidades de 375.000 personas desplazadas durante un período de tres años que comenzó

en octubre de 2003. La operación presta asistencia prolongada de socorro a las personas desplazadas en la transición entre el socorro y la recuperación, y se centra en las necesidades de las familias con un desplazamiento de 4 a 24 meses. El objetivo principal de la PRRO es brindar apoyo para la reintegración social y económica de las personas desplazadas, mediante la mejora de la seguridad de sus alimentos.

ECW I: Nutrición

Se hicieron encuestas aproximadamente en 25% de los centros en los que se atendía a las mujeres embarazadas y lactantes.

- ← En todos los sitios encuestados se proporcionan alimentos fortificados con micronutrientes a todas las mujeres embarazadas y lactantes.
- ← 50% de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en los sitios encuestados recibieron al menos una dosis de antihelmínticos.
- ← Aproximadamente en 75% de los sitios encuestados, al menos la mitad de las mujeres embarazadas y lactantes y de las adolescentes asisten a las charlas de sensibilización sobre nutrición y salud.
- ← Aproximadamente en 65% de los sitios encuestados, al menos la mitad de las mujeres embarazadas y lactantes y de las adolescentes asisten a las charlas de sensibilización sobre las prácticas de atención.
- ← Se ofrecen sesiones de sensibilización sobre la prevención de la infección por el VIH/SIDA solo en cerca de 40% de los sitios. Ningún varón asistió a estas sesiones.

ECW III: Alimentos por recursos (alimentos por trabajo y alimentos por capacitación)

En general, las mujeres y las adolescentes manifestaron creer que sus necesidades y sus expectativas se satisfacen mejor por medio del proyecto alimentos por capacitación, y no por el de alimentos por trabajo (APT).

Dado que la mayoría de los beneficiarios entrevistados eran anteriormente trabajadores del campo, la mayoría de los esquemas de los alimentos por trabajo consisten en trabajos agropecuarios. Esto causa algunos problemas en la participación de las mujeres, porque los establecimientos del proyecto de alimentos por trabajo están alejados de los pueblos y la carga física necesaria es pesada.

Por otro lado, es importante recalcar que estos proyectos productivos tienden a reproducir la división tradicional del trabajo por sexos que se encuentra en el ámbito doméstico. En efecto, los hombres realizan el "trabajo duro" en el campo, mientras que las mujeres se ocupan de la cocina, la jardinería y la crianza de los niños.

Alimentos por trabajo

Se muestrearon y se encuestaron cerca de 35% de los sitios de alimentos por trabajo.

- ← En promedio, 50% de los participantes en las actividades de alimentos por trabajo son mujeres.
- ← Por término medio, las beneficiarias opinaron que participaron “mucho” en la definición de las actividades de alimentos por trabajo; que las necesidades de las mujeres se tomaron “suficientemente” en cuenta y que las actividades ofrecidas reflejaron “suficientemente” lo que en realidad habían tratado en las consultas participativas. Por regla general, las adolescentes participaron menos en todas las consultas, porque no hay ninguna actividad dirigida a ellas.
- ← Si a las mujeres y a las adolescentes se les asigna una tarea demasiado pesada, pueden pedir una más ligera.
- ← Se ofrece un horario flexible y la posibilidad de hacer cambios a causa de enfermedades, como servicios complementarios a las mujeres que trabajan en las actividades de alimentos por trabajo.
- ← En cada sitio, cada trabajador (varón o mujer) recibe una tarjeta de racionamiento con su nombre.
- ← En los grupos de discusión, los varones manifestaron que las mujeres controlan los alimentos aunque no participen como trabajadoras. Las mujeres se benefician de los recursos creados aunque el proyecto de alimentos por trabajo no se concibió con esta finalidad.
- ← Las mujeres adoptaron muchas veces una función más activa en la comunidad porque estaban solas.

ECW IV: Distribución de alimentos de socorro

Se hicieron encuestas en cerca de 50% de los sitios en los que se distribuyen alimentos por trabajo.

Los alimentos se distribuyen por medio de las “cocinas comunitarias”, en las que los alimentos se proveen ya cocinados a los beneficiarios.

Las mujeres administran casi todo: reciben los alimentos, administran la lista de los beneficiarios que tiene derecho a la ración y organizan la cocina. En general, las mujeres adquieren poder por medio de esta actividad y opinan que su función social es reconocida por el resto de la comunidad.

RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CASOS EN COLOMBIA SOBRE LOS ECW IV

Tradicionalmente, en Colombia, las mujeres tienen un alto grado de control de los alimentos en sus hogares. La preparación, gestión y distribución de los alimentos se consideran responsabilidad de las mujeres. En situaciones de desplazamiento, las mujeres tienden a llevar una mayor carga que los hombres, ya que muchas veces también adoptan la función de generadoras de ingresos. Cuando las familias desplazadas se ven obligadas a adaptarse a un ambiente nuevo, generalmente urbano, es la mujer quien soporta la carga de mantener a la familia. Es más difícil que los varones encuentren trabajo porque no siempre son capaces de transferir las aptitudes del medio de vida rural a un medio urbano. Es más fácil que las mujeres encuentren una fuente de ingresos mediante el trabajo doméstico. En consecuencia, en las situaciones de desplazamiento, las mujeres muchas veces toman la función de generación de ingresos, además de otras responsabilidades.

En general, los puntos de distribución de los alimentos, que también actúan como establecimientos de almacenamiento de los mismos, se determinan conjuntamente por los comités de distribución de alimentos, los socios encargados de la ejecución y los beneficiarios. Los puntos de distribución se seleccionaron según varios criterios, entre ellos, la accesibilidad para los beneficiarios, la seguridad y la vigilancia, y la limpieza (ausencia de infestación por roedores) de los establecimientos de almacenamiento. Las sugerencias y las opiniones de las mujeres se tienen en cuenta en el proceso, especialmente porque la mayoría de los comités alimentarios están integrados por ellas, que son las que recogen las raciones.

Los beneficiarios son informados acerca del proceso de distribución de alimentos por el socio encargado de la ejecución, el personal de oficina del PMA, los comités de alimentos y de boca en boca. Se les informa sobre la hora y el lugar de las distribuciones, el tamaño de las raciones y su composición, y el hecho de que los alimentos son gratuitos y no están ligados a la situación política ni al conflicto armado en curso. En algunas comunidades, como Soacha, las fechas de entrega se anuncian por medio de un altavoz de la comunidad. Casi todos los beneficiarios entrevistados alegaron tener la información suficiente sobre la distribución de alimentos.

ECW V: Participación en la toma de decisiones

Alimentos por trabajo

En casi todos los establecimientos del programa de alimentos por trabajo que se encuestaron, se han implantado comités de distribución de alimentos para los beneficiarios.

Se han implantado comités de gestión de los recursos (CGR) en 65% de los sitios de alimentos por trabajo.

Centros en los que el porcentaje de mujeres alcanza 50% entre los miembros y los miembros ejecutivos en la distribución de alimentos para los beneficiarios, y en los comités de gestión de los recursos establecidos en relación con las actividades de alimentos por trabajo.

Comités de distribución de alimentos y de gestión de los recursos	% de los sitios
Sitios en los que el porcentaje de mujeres en los comités de distribución de alimentos llega a 50%	58
Sitios en los que el porcentaje de mujeres en posiciones directivas en los comités de distribución de alimentos llega a 50%	45,5
Sitios en los que el porcentaje de mujeres en los comités de gestión de los recursos llega a 50%	54
Sitios en los que el porcentaje de mujeres en puestos directivos en los comités de gestión de los recursos llega a 50%	53,6

- ← Las mujeres creen que sus opiniones se tienen “mucho” en cuenta en los comités.
- ← En cerca de 50% de los sitios de alimentos por trabajo se ofrece capacitación directiva a las mujeres que participan en los comités.

Socorro

En 73% de los centros de distribución de alimentos de alivio hay comités de distribución de alimentos para los beneficiarios.

Sitios en los que el porcentaje de mujeres alcanza 50% entre los miembros y los miembros ejecutivos de los comités de distribución de alimentos en relación con la distribución de alimentos generales o de socorro.

Comités de distribución de alimentos	% de los sitios
Sitios en los que el porcentaje de mujeres en los comités de distribución de alimentos llega a 50%	86,3
Sitios en los que el porcentaje de mujeres en posiciones directivas en los comités de distribución de alimentos llega a 50%	69,2

- ← Las mujeres creen que sus opiniones se tienen “mucho” en cuenta en los comités en relación con la distribución de alivio.
- ← En cerca de 50% de los sitios de alivio se ofrece capacitación directiva a las mujeres que participan en los comités.
- ← Durante las discusiones de los grupos de discusión, se observó que los varones y las mujeres son miembros de los comités, pero estos no tienen una estructura jerárquica. No hay “posiciones de liderazgo” reales. En efecto, todos asumen los mismos deberes y las mismas responsabilidades, que a veces se rotan entre los miembros.

RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CASOS EN COLOMBIA SOBRE LOS ECW V

El estudio de casos del país reveló que, en las regiones visitadas, las mujeres constituían la gran mayoría de los miembros de los comités de alimentos y de los comités de supervisión, incluidos los puestos de toma de decisiones. Las razones son varias.

Culturalmente, las mujeres administran y controlan los alimentos en sus hogares, así que los hombres no están interesados en formar parte de estos tipos de comités y lo consideran responsabilidad de las mujeres. Por lo tanto, brindan mucho apoyo a las mujeres que asumen las funciones principales; muchos hogares son dirigidos por una mujer; las mujeres y los niños constituyen la mayoría de los beneficiarios; las parejas siguen firmemente el Manual de procedimientos del PMA, que declara expresamente que las mujeres deberán formar la mayoría de los miembros del comité de alimentos.

ECW VIII: Recursos humanos

El 31 de diciembre de 2003:

- ← La única funcionaria nacional era mujer.
- ← 2 de 4 miembros del personal de servicios generales eran mujeres.

Desde el 1 de enero de 2003:

- ← 37 de 67 funcionarios nacionales reclutados eran mujeres.
- ← 3 de 6 miembros del personal de servicios generales reclutados eran mujeres.
- ← 9 de 11 monitores de ayuda alimentaria reclutados eran mujeres.

RESULTADOS PRINCIPALES DEL ESTUDIO DE CASOS DE COLOMBIA

El estudio exploró las percepciones de los beneficiarios masculinos y femeninos de las medidas y las prácticas usadas para la puesta en marcha de los Compromisos Ampliados Relativos a la Mujer IV y V, y recomendaciones para su repetición.

- ← La colaboración entre las contrapartes, que trabajan estrechamente con las ONG pequeñas, las organizaciones comunitarias y las redes de las mujeres, y el compromiso del personal del PMA, se consideraron los factores fundamentales en la aplicación eficaz de los ECW IV y V.
- ← Los socios y los beneficiarios notificaron experiencias positivas cuando el PMA contribuyó con las raciones de alimentos a los proyectos que tuvieron la finalidad de estimular el poder de decisión y la recuperación de las mujeres en las comunidades. Estos éxitos se lograron con la participación de organizaciones comunitarias sumamente comprometidas y conscientes de las diferencias entre los sexos, y de las mujeres de las comunidades, que trabajaban en una coparticipación estratégica con el PMA. Los socios locales encargados de la ejecución mostraron un enfoque de autoayuda específico a las mujeres, lo que creó un ambiente favorable para que el PMA pusiera en marcha los ECW IV y V.
- ← En la medida en que el conflicto armado continúe generando el desplazamiento de la población colombiana, debe prestarse atención a las necesidades y a los derechos humanos de las mujeres, sobre todo debido a que 52% de las

personas desplazadas son mujeres. En vista de la situación en el país, los ECW IV y V son esenciales para atender las necesidades de las mujeres, creando oportunidades para que ellas reciban ayuda humanitaria, tengan acceso a la ayuda alimentaria distribuida y a su control, y participen en la toma de decisiones, en particular con respecto al control de los recursos creados.

- ← En las operaciones de los programas del PMA, las mujeres tienen el control de la distribución de los alimentos y constituyen la mayoría de los miembros del comité de alimentos.
- ← Es preciso defender las transformaciones sociales a largo plazo a fin de conseguir más logros de los ECW y de empoderar a las mujeres. La distribución de raciones de alimentos por sí sola, sin la prestación de servicios complementarios por los socios, no acarrearía cambios en la sociedad y en la autonomía de las mujeres. Es preciso que el PMA se esfuerce para buscar y colaborar con organizaciones que pueden prestar servicios sin cargo, como capacitación en las actividades generadoras de ingresos.
- ← Los métodos para ambos sexos deben consistir en actividades dirigidas a los varones y también a las mujeres, si cabe prever cambios sostenibles de las funciones tanto en el hogar como en la comunidad. La autonomía de las mujeres es posible solo con la aceptación y la comprensión de los varones, que deberán participar en toda la capacitación relacionada con las diferencias entre ambos sexos. Esto podría asegurar el apoyo de los hombres para promover la participación de las mujeres en la toma de decisiones, tanto en la familia como en la comunidad. En lo que respecta a la naturaleza a largo plazo del aumento de la participación estructural en la sociedad, se han completado las oportunidades y las responsabilidades de las mujeres, iniciadas por medio del PMA, por ejemplo, mediante las organizaciones comunitarias y las ONG.

BUENAS PRÁCTICAS

Soacha

En Soacha, desde 2002, DISMAT, socio del PMA, ha puesto en marcha la iniciativa de un huerto comunitario como proyecto de alimentos por capacitación. Inicialmente, DISMAT impartió capacitación técnica sobre el cultivo de tierras en pequeña escala a 40 desplazados internos, 20 mujeres y 20 varones. El proyecto comenzó dominado por los beneficiarios masculinos, que asumieron las principales funciones en todos los aspectos del proyecto. Como consecuencia de ello, las mujeres fueron excluidas de todo, hasta del comité de distribución de alimentos. Para hacer frente a esta cuestión, el PMA y DISMAT colaboraron para sensibilizar a los varones y aumentar la participación femenina. El PMA realizó sesiones informativas con beneficiarios, para hacer hincapié en la importancia de la participación equitativa de las mujeres en las actividades del proyecto. El PMA instó a DISMAT a que proveyera liderazgo y capacitación en autoestima a los beneficiarios, haciendo hincapié en las mujeres. El proyecto fue vigilado de manera continua y se identificaron las oportunidades en las que las mujeres podían asumir una función principal. La participación de las mujeres en el proyecto aumentó extraordinariamente como resultado de estas iniciativas. En un lapso de dos semanas de la capacitación en liderazgo, las mujeres participaban activamente en los comités de alimentos. Al cabo de cuatro meses, las mujeres habían reorganizado el comité de alimentos y se habían hecho cargo del mismo. Actualmente, las mujeres ocupan puestos de toma de decisiones en el comité de alimentos y supervisan todos los aspectos del proyecto. Las mujeres también cambiaron los criterios de selección de los beneficiarios para que tuvieran en cuenta la condición femenina, asignando prioridad a las jefas de los hogares. El proyecto recibió ayuda alimentaria del PMA durante los dos primeros años y en la actualidad se mantiene de manera óptima bajo la dirección de las mujeres beneficiarias.

Cocina comunitaria de Dealce

En Quibdo, el proyecto de la cocina comunitaria de Dealce es coordinado y administrado por la Asociación de las Mujeres Desplazadas del Chocó (ADACHO) y ha estado en funcionamiento durante tres años. El PMA inició el apoyo con alimentos para la cocina en el último PRRO (6139), de diciembre de 2002 a junio de 2003, y continuó con otro PRRO (10158), de noviembre de 2003 a febrero de 2004. Las mujeres de la comunidad preparan y cocinan los alimentos, determinan el costo de las comidas y gestionan las operaciones cotidianas. El establecimiento ofrece desayunos, almuerzos y cenas, y sirve diariamente a 30 a 50 personas, la mayoría de las cuales son varones, jóvenes y estudiantes. Los desplazados internos recién llegados también tienen acceso a comidas gratuitas en la cocina. Con el transcurso del tiempo, la cocina de la comunidad ha evolucionado a algo mucho más que un lugar para conseguir una comida asequible o gratuita. Se ha convertido en un punto de reunión para establecer redes sociales y cohesionar a la comunidad. Por ejemplo, la cocina sirve de lugar para las reuniones informales y formales de la comunidad; las mujeres se reúnen para compartir y tratar los problemas y el asesoramiento; los niños vienen a la cocina para participar en actividades recreativas, y los jóvenes (estudiantes) organizan actividades para los niños, como fiestas de cumpleaños y juegos. Además, las mujeres se han asegurado, por medio de una ONG, la capacitación para la producción de estropajos, lo que se ha traducido en un proyecto de un convenio intergubernamental. La cocina se ha convertido en un lugar en el que las personas acuden para obtener apoyo y atención, así como alimentos.

Las mujeres beneficiarias notificaron muchos cambios positivos en sus vidas a consecuencia de su participación en los proyectos del PMA:

- ← Mejora de la autoestima y de la confianza en sí mismas.
- ← Aumento del grado de participación en los foros públicos.
- ← Un mayor respeto de las familias y de los miembros de la comunidad.
- ← El aumento de la toma de decisiones en los hogares y en las comunidades.
- ← La mejora de la nutrición y la salud de las familias

ROL DE LAS ORGANIZACIONES LOCALES Y MOVILIZACIÓN DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS PARA LA ENTREGA DE SERVICIOS BÁSICOS A LA COMUNIDAD

Pilar Mazzetti Soler,
Ministra de Salud del Perú
Lima, Perú

INTRODUCCIÓN

El análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas conlleva la necesidad de comprender desde diversas perspectivas la complejidad del proceso salud-enfermedad en esta población. En la mayoría de los casos este análisis supera el campo biomédico, para ubicarse en un ámbito más amplio donde intervienen principalmente las ciencias sociales, económicas y políticas.

Por otra parte, la heterogeneidad en la composición étnica y cultural de los pueblos indígenas hace difícil, si no imposible, la aplicación de programas únicos o modelos de atención universales. Es precisamente esta diversidad, acentuada en lo que se refiere a un aspecto tan sensible como la salud, la que obliga a considerar a cada pueblo indígena en su dimensión particular y a desplazar el énfasis hacia el desarrollo de estrategias de investigación y de atención, desde una perspectiva no solo local sino culturalmente específica.

La diversidad cultural en las Américas está determinada por la presencia de aproximadamente 45 millones de indígenas, pertenecientes a más de 400 pueblos indígenas diferentes. A pesar del progreso experimentado en la Región en la reducción de la carga de morbilidad y muerte, la disparidad en los indicadores de salud entre los pueblos indígenas y otras poblaciones vulnerables continúa siendo alarmante. Varios estudios revelan que el analfabetismo, el desempleo, la falta de tierra y territorio, y las altas tasas de morbilidad y mortalidad por causas evitables, así como las limitaciones en el acceso y utilización de servicios básicos de salud, educación, vivienda y otros, son problemas que afectan la mayoría de las comunidades indígenas e influyen en su calidad de vida y estado de salud.

Es necesario reconocer que una de las primeras respuestas a esta situación fue la generada por los países de la Región en el seno del Consejo Directivo de la OPS en 1993 y luego, en 1997, con el desarrollo e impulso de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas, la cual ponía énfasis en la participación permanente de los

propios pueblos indígenas en la solución de sus problemas y en el reconocimiento y respeto de su sabiduría ancestral.

La Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas se ha caracterizado por su capacidad de convocar los esfuerzos de los programas y propuestas de los propios países y ha sido efectiva no solo para abogar por el bienestar de los pueblos indígenas en foros regionales, nacionales y locales, sino para establecer alianzas estratégicas y redes que han promovido procesos para mejorar las condiciones de salud de estos pueblos. Entre otros resultados obtenidos, resalta la formulación de políticas, estrategias, planes, proyectos y programas de desarrollo de recursos humanos institucionales y comunitarios.

El desarrollo conceptual y metodológico del enfoque intercultural de la salud a partir de las experiencias concretas de los países de las Américas, ha sido un referente importante para acercar la atención de la salud a las comunidades indígenas y para mejorar la eficacia de la prestación de los servicios de salud considerando los recursos, perspectivas, prácticas, terapias y medicinas indígenas. La producción y difusión de la información técnica, científica y de divulgación ha permitido no solamente socializar la experiencia acumulada por los países, sino incidir en la producción y uso del conocimiento sobre la salud de los pueblos indígenas.

ANTECEDENTES

Cada pueblo indígena posee un perfil cultural diferente como resultado de una historia particular. No se puede homogeneizar a la población indígena, pues los diferentes pueblos tienen condiciones variadas y formas organizativas y culturales propias, que han sido afectadas de manera desigual por los procesos de desarrollo; habitan en medios ecológicos diversos con diferentes niveles de degradación o conservación, han desarrollado diferentes estrategias de supervivencia, resistencia o adaptación, han experimentado diferentes procesos de vinculación al desarrollo capitalista, y han reprocesado de manera distinta los procesos de aculturación.

La especificidad cultural que caracteriza a los pueblos indígenas se refleja en las diversas formas de concebir la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, que difieren de la concepción de la sociedad no indígena.

Dado que el perfil de morbilidad de la población indígena es diferente al de otros grupos sociales, las propuestas de atención diferenciadas y de "acciones diferenciales" cobran mayor validez. En la Región podemos apreciar diversas experiencias que han buscado esta atención diferenciada, entre ellas la iniciada por el Perú en 1998 con la creación de una nueva forma de extensión del servicio de salud hacia las comunidades de difícil acceso geográfico, cultural, económico y político, basada en brigadas itinerantes. La nueva propuesta de intervención incorporó, según el perfil epidemiológico de cada zona, un equipo multidisciplinario de profesionales del área de la salud y de las ciencias sociales: médico, enfermera, obstetra, psicólogo, biólogo, y un antropólogo o sociólogo. Actualmente se continúa con el trabajo de estas brigadas itinerantes en salud, denominadas ELITES, las que a lo largo de los años han ampliado la cobertura de atención a los grupos más

vulnerables de estas poblaciones, como son los niños menores de cinco años, las mujeres gestantes, los ancianos y otros.

Ello representa de alguna forma el acercamiento de los servicios de salud hacia las poblaciones más necesitadas, como las comunidades indígenas, así como la adecuación de la oferta de los servicios de salud considerando los aspectos étnicos, culturales, mítico-religiosos y sociales, especialmente.

SITUACIÓN ACTUAL

De acuerdo con la OPS/OMS,¹ las poblaciones indígenas son eminentemente jóvenes. Según el Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana, 50% de la población de esta área tenía entre 0 y 14 años, en comparación con 30% en Lima metropolitana (OPS, 2000). De todos los grupos etarios, la población infantil es la que se ve mayormente afectada por las enfermedades. Dado el nivel de subregistro de estadísticas vitales y de morbilidad, podemos suponer que los datos reales de morbilidad y mortalidad son mayores a los presentados.

En promedio, la mortalidad infantil en las comunidades indígenas de Panamá es de 84 x 1.000 niños nacidos vivos (nv), comparada con 17,2 x 1.000 nv del promedio nacional; 32 x 10.000 niños indígenas menores de 5 años mueren por diarrea, comparado con 6,4 x 10.000 en el ámbito nacional; es decir, más de 5 veces mayor en comparación con el promedio nacional (Ministerio de Salud, 2000). En Honduras sucede algo similar con respecto a la mortalidad materna, en los departamentos con mayor población indígena y afrodescendiente. La tasa de mortalidad materna es alarmante y supera en mucho al promedio nacional de 147 x 100.000 nv en los departamentos de Atlántida (159 x 100.000 nv), Lempira (190 x 100.000 nv), Colón (200 x 100.000 nv), Copán (203 x 100.000 nv), La Paz (229 x 100.000 nv) e Intibucá (255 x 100.000 nv) (PNUD, IDH, 1999; Secretaría de Salud, 1997; Soriano, 1999).

Las condiciones deficientes de saneamiento básico, como la falta de agua potable, y un inadecuado sistema de disposición de excretas figuran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad, principalmente infantil. En El Salvador, por ejemplo, 95% de las fuentes de agua superficiales están contaminadas, lo que determina 4,1 episodios de diarrea al año en los niños menores de 5 años; 40% de los niños indígenas son desnutridos en El Salvador, en comparación con 20% en el ámbito nacional. La desnutrición está asociada, entre otras causas, al parasitismo producto de las malas condiciones ambientales presentes (Informe del Proyecto sobre Condiciones de Saneamiento Ambiental en las Comunidades Indígenas, 2004). Estas malas condiciones, en ocasiones sumadas a índices altos de hacinamiento, contribuyen, entre otros problemas, a la incidencia de enfermedades infectocontagiosas en las comunidades indígenas, como el tracoma y la tuberculosis.

En México, las tasas de mortalidad por tuberculosis pulmonar entre los indígenas son dos veces más altas que en la población general (Comisión de Desarrollo de los

¹ Dra. Rocío Rojas. Programa de Salud de los Pueblos Indígenas 2005 – 2015. OPS/OMS

Pueblos Indígenas de México, 2004). En el Municipio de Chenalhó, Alto Chiapas, México, zona con una alta proporción de población indígena, datos de 1999 indican que entre las 10 primeras causas de muerte están el sarampión y la malaria. En Suriname, como en Guayana Francesa, 70% de los casos de malaria se originan en la cuenca del río Maroní, que es zona de asentamiento de pueblos indígenas y afrodescendientes.

La paradoja es que, junto a los traumas y problemas, estos pueblos han desarrollado mecanismos de supervivencia y una fuerza que solamente se puede explicar por la dureza de la situación y por la persistencia inquebrantable nacida de la misma adversidad. La potencialidad lingüística, organizativa y de liderazgo, y la superación de las fronteras políticas actuales que muchas veces ocultan la vivencia ancestral de los pueblos, son solamente algunas de las estrategias empleadas para durar en el tiempo. De hecho, un mapa supranacional de las Américas nos mostraría la presencia viva de pueblos indígenas multinacionales como los mayas de Belice, Guatemala y México; los quechua de Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú; los guaraníes de Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay. Todo esto nos lleva a afirmar que las fronteras actuales son relativas y que la cooperación entre los países es fundamental en el abordaje de la salud de estos pueblos.

En general, las poblaciones indígenas son poblaciones dispersas, en algunos casos móviles y en su mayoría localizadas en zonas urbano-marginales, rurales, fronterizas y de difícil acceso. La cobertura de atención de salud, ya de por sí baja en las zonas rurales, alcanza los niveles más críticos en las zonas indígenas. Si a esto se suman las barreras culturales entre los prestadores de servicios de salud y la población indígena, el problema del acceso real a atención de salud de calidad es crítico. Por ejemplo, en la Amazonía de Ecuador, las brigadas de salud visitan las comunidades indígenas una vez cada tres meses (OPS, 1998). Si bien los conocimientos colectivos, las prácticas, los terapeutas de la medicina indígena y los recursos comunitarios son de un valor inapreciable, ante un perfil epidemiológico tan complejo cubren solamente una parte de sus necesidades de salud.

En el Alto Río Negro en Brasil, por ejemplo, hay dos hospitales habilitados para diagnosticar y tratar los casos de tuberculosis. La región tiene aproximadamente 8 millones de hectáreas de superficie y la distancia entre los hospitales y las comunidades indígenas varía de algunos minutos a varios días de viaje sea a pie por la selva o en canoa, dependiendo del estado del tiempo. Las dificultades del acceso físico sumado al costo indirecto (precio del transporte, alimentación, alimentación para la familia que se queda en la aldea, gasolina, etc.) puede aumentar el período de tiempo entre la manifestación de los primeros síntomas y la búsqueda de la atención de salud (Buchillet, 2000).

Ante esta realidad es preciso identificar estrategias que permitan el acercamiento de la atención formal de salud a esta población. Esto supone tomar en cuenta, mediante propuestas innovadoras, las diferencias culturales en cuanto a lengua y comunicación, valores y creencias, organización social, formas de vida, organización del tiempo y recursos terapéuticos propios de la comunidad. En general, en muchas comunidades indígenas, el idioma nativo es el de comunicación cotidiana entre todos los grupos de edad, incluidos los niños. La tendencia hacia el monolin-

güismo en el idioma nativo se hace evidente entre las mujeres adultas y los adultos mayores que son, en muchos casos, quienes se quedan al cuidado de los niños.

La importancia que asume esta característica se evidencia cuando se considera que varios signos, síntomas y enfermedades son nombrados exclusivamente con términos en el idioma nativo o español coloquial; por lo general una palabra simplifica el diagnóstico y ataca al síntoma que entiende como la expresión de la enfermedad.

La calidad de la relación entre el proveedor de salud y la persona que busca atención de salud es decisiva. Habitualmente, el personal sanitario se limita a darle al paciente algunas explicaciones rápidas sobre su enfermedad o el modo de transmisión, la evolución y la necesidad de seguir el tratamiento prescrito, sin preocuparse de saber si esta información fue comprendida. Diversos estudios muestran que las explicaciones dadas en la lengua dominante del país a las poblaciones indígenas o culturalmente diferenciadas frecuentemente son ininteligibles para estas personas (Jackson, 1996). En ocasiones el paciente se hace acompañar por un pariente que es bilingüe y que sirve de intérprete, pero si el personal de salud no conoce el idioma indígena, no tiene ningún control sobre la información que es transmitida.

La capacitación efectiva del personal de salud es esencial e involucra el interés por el aprendizaje de los idiomas indígenas y los códigos de comunicación de las comunidades. Generalmente, las actitudes de incompreensión de la problemática de los pueblos indígenas provienen de un desconocimiento casi total de lo que estos pueblos son y saben, y no son raros los casos de discriminación y maltrato.

En una comunidad o región determinada, los recursos humanos involucrados en la atención de la salud de los pueblos indígenas deben conocer el número de personas y su distribución por etnia, edad y sexo. Los conocimientos técnicos son imprescindibles. De acuerdo al perfil epidemiológico de la enfermedad, se debe conocer el curso clínico de la misma y los métodos y habilidades del diagnóstico clínico y microscópico; también se deben tener conocimientos básicos de entomología y, particularmente, de la población y de los determinantes que influyen en las condiciones de vida y salud de estos pueblos. Por supuesto, la provisión adecuada de insumos de acuerdo al perfil epidemiológico de la población es importante y sobre todo el fortalecimiento de la capacidad gerencial, tanto para resolver situaciones de emergencia como para promover la salud de la población dentro del desarrollo social y económico de la comunidad.

Con esta muestra de información se ha ilustrado la magnitud de los problemas que afectan a los pueblos indígenas de las Américas, tratando de acentuar la importancia de contar con datos e investigaciones cuantitativas que brinden un panorama más exacto; sin embargo, son las investigaciones cualitativas las que permitirán conocer el contexto que configura esas cifras y así comprender los procesos del nexo salud-enfermedad desde la perspectiva de la cosmovisión indígena.

CONCLUSIONES

El año pasado terminó la Década de los Pueblos Indígenas del Mundo y continúan los procesos para lograr los ODM, ¿cuáles han sido los avances en el mundo?, ¿cuáles en nuestra región?, y ¿cuáles en cada uno de nuestros países? ¿Podemos especificar cuáles han sido en el cuidado de la salud de los pueblos indígenas y, dentro de ellos, de sus hombres, mujeres, jóvenes, ancianos y muy especialmente de sus niños? Con base en lo señalado anteriormente, he aquí algunas respuestas:

- ◀ Los pueblos indígenas en la actualidad forman un conjunto amplio y **heterogéneo** inserto en una sociedad ajena; no obstante conservan características diferenciales que los distinguen de esa sociedad nacional a la que se han visto incorporados.
- ◀ Las poblaciones indígenas son grupos particularmente **vulnerables**, con precarias condiciones de vida, especialmente marginados de los servicios más elementales, con muy pocas posibilidades de insertarse en los modelos de desarrollo y con un constante dilema entre incorporarse al mundo globalizado o quedar al margen del proceso y mantener su identidad.
- ◀ Cada pueblo indígena posee un **perfil cultural distinto** como resultado de una historia particular. No se puede homogeneizar a la población indígena, pues los diferentes pueblos tienen condiciones distintas y sus propias formas organizativas y culturales; han sido afectados de manera distinta por los procesos de desarrollo; habitan en medios ecológicos diversos con diferentes niveles de degradación o conservación; han desarrollado diferentes estrategias de supervivencia, resistencia o adaptación; han experimentado diferentes procesos de vinculación al desarrollo capitalista, y han reprocesado de manera distinta los procesos de aculturización.
- ◀ Los pueblos indígenas tienen diversas formas de **concebir la salud y la enfermedad**, la vida y la muerte, que difieren de la concepción de la sociedad no indígena.
- ◀ El acceso a información sobre los pueblos indígenas presenta serias limitaciones; existe un **subregistro** en la información censal, al no considerar en los registros la variable **étnica**, por lo que se desconoce el perfil de salud, educación, empleo y vivienda, entre otros.
- ◀ El personal de salud no indígena de los establecimientos de salud que atienden a poblaciones indígenas no recibe, en la mayoría de los casos, formación profesional con enfoque intercultural. Los ministerios de salud no han corregido estas deficiencias, por lo que los trabajadores no indígenas tienden a **subvalorar las prácticas sanitarias** y la medicina tradicional de los pueblos indígenas.
- ◀ Todo plan que busca mejorar la salud de una población debe estar basado en un adecuado diagnóstico situacional — principal objetivo de los procesos de **Análisis Situacional de Salud (ASIS)** desarrollados en el Perú — que per-

mita mantener actualizada la información sobre la situación de salud; identificar los factores que la determinan y condicionan; identificar los recursos de sus propios sistemas de salud y las condiciones de acceso a los servicios de salud estatal, y reconocer las brechas de inequidad para definir políticas y planes de acción que contribuyan a mejorar las condiciones de salud.

- ◀ Para lograr un adecuado diagnóstico situacional de los pueblos indígenas amazónicos, no basta el tradicional enfoque biomédico, sino que se deben incorporar las ciencias sociales, así como enfoques económicos y políticos, para permitir una visión integral de la realidad.

Con base en lo anterior puede concluirse que los problemas centrales de salud en la amazonía indígena son los siguientes:

- ◀ El sistema de salud pública no responde a las culturas y necesidades de los pueblos indígenas; los excluye en la gestión del mismo y trata de subordinar la medicina indígena a la occidental
- ◀ Los servicios de salud pública para los pueblos indígenas amazónicos se caracterizan por tener una baja cobertura de atención, ser poco accesibles a dicha población, contar con limitados recursos y capacidad de gestión y no estar definidos como prioridad nacional.
- ◀ La descentralización del sector salud en la amazonía indígena es un proceso incipiente, sumamente débil, inequitativo y con escasa participación de las organizaciones indígenas.
- ◀ Los recursos humanos de salud pública en la región amazónica son insuficientes, sin capacitación adecuada a la realidad cultural y sesgados hacia el ámbito intramural.
- ◀ La elevada morbilidad y mortalidad por enfermedades emergentes en los pueblos indígenas, en especial en la madre y el niño, las bajas coberturas en programas de control de enfermedades, la débil vigilancia epidemiológica y la falta de control de impactos ambientales y migratorios.

RECOMENDACIONES

Es mucho lo que queda por hacer y mayor la deuda moral que la sociedad tiene con los pueblos indígenas, por lo que planteamos algunas propuestas en la búsqueda de revertir esta situación:

- a) Alcanzar en las políticas una línea de coherencia, que permita establecer una adecuada articulación entre los marcos ético-normativo, programático y operativo instrumental. Es claro que no son suficientes las políticas de salud para alcanzar el impacto deseado en la realidad sanitaria y social de nuestras poblaciones indígenas. En esta línea de pensamiento, proponemos que el eje articulador de esfuerzos debe ser el enfoque de derechos humanos en salud como una forma de ver la realidad y de actuar sobre ella. Así, sus elementos de

inclusión, participación ciudadana, privilegio del ámbito local y de los grupos vulnerables y excluidos, cultura de transparencia y compromiso compartido, entre otros, deben sentar las bases para la construcción de la ciudadanía en salud como condición necesaria para la viabilidad y sostenibilidad de nuestras políticas, planes y programas.

- b) Las políticas públicas deben ser saludables, es decir, reflejar de manera explícita un nuevo pacto social que debe construirse a partir de la comprensión de una definición política de salud, que potencie la acción intersectorial y permita incidir sobre los determinantes clave de la salud; esto debe acompañarse por la convicción de que mediante su transformación lograremos crear las condiciones de desarrollo humano y social indispensables para lograr personas y sociedades saludables, que superen los déficit de inequidad y gobernabilidad que son características importantes de los países de nuestra Región.
- c) Impulsar el Programa de Salud de los Pueblos Indígenas que OPS/OMS ha desarrollado, tratando de que por medio de este Programa se brinde asistencia técnica a los países en sus esfuerzos por incorporar a los pueblos indígenas en la gestión de servicios básicos de sus propias comunidades.
- d) Exhortar a la comunidad internacional a cumplir los compromisos asumidos para reducir la pobreza y promover el desarrollo social de las comunidades indígenas. Esto incluye la necesidad de destinar al menos 0,7% del PBI de los países desarrollados como ayuda oficial al desarrollo.

Finalmente, es importante insistir que en el mejoramiento de la salud de estos pueblos deben concurrir tanto el marco jurídico nacional e internacional dentro del cual se ejecutan las acciones, como la participación indígena y la acción de la comunidad. Entre los convenios internacionales que así lo señalan podemos nombrar el Convenio 169 de la OIT (1989), la Declaración del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo de la ONU (1994), la Resolución CD37.R5 (1993) y la Resolución CD40R6 (1997) de la OPS/OMS, pero sobre todo los avances jurídicos nacionales que han facilitado la aproximación respetuosa a la realidad indígena y a sus sistemas de salud. Esto ha dado como resultado la posibilidad de armonizar los sistemas nacionales de salud y los sistemas de salud indígenas. En este contexto, es importante reconocer que los ámbitos internacional y nacional han sido un factor decisivo en los procesos de formulación, ratificación e implementación de estos acuerdos, declaraciones y convenios, así como en el liderazgo y la lucha permanente de los pueblos indígenas por sus derechos.

La enfermedad solo se supera cuando el individuo y la comunidad conocen sus derechos y toman en sus manos el control de su propio bienestar. Esta afirmación no es nueva. En 1978, hace más de 25 años, en la Declaración de Alma-Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud indicó que la atención primaria requiere y promueve el autodesarrollo y la participación comunitaria e individual en todos los niveles de la misma, incluyendo planificación, organización, desarrollo y control de la atención de salud. A quienes nos corresponde atender las necesidades de los pueblos indígenas nos toca tener muy en cuenta, por consiguiente, la perspectiva vital y cultural de las comunidades a las cuales servimos.

LA POBREZA RURAL: SALUD Y ESTILO DE VIDA

Trevor A. Hassell,
Presidente, Fundación Interamericana del Corazón
Bridgetown, Barbados

RESUMEN

Las enfermedades crónicas, incluidas las del corazón y los vasos sanguíneos, se encuentran entre las causas de discapacidad y muerte más comunes en casi todos los países del mundo, según información recogida en los últimos 20 años. Se pronostica que en 2020, como parte del fenómeno denominado transición epidemiológica, las enfermedades cardiovasculares serán una causa de más años de vida sana perdidos (o años de vida ajustados en función de la discapacidad) que las enfermedades infecciosas y parasitarias en todas las regiones del mundo, con la excepción del África al sur del Sahara. El proceso de la transición sanitaria ocurre en diferentes lugares a una velocidad distinta en los planos comunitario, nacional, regional y mundial; transcurre por fases, que a veces se dan simultáneamente, en particular en América Latina y el Caribe, donde existe un mosaico epidemiológico compuesto por una gran variedad de enfermedades y problemas de salud.

Las enfermedades crónicas que están emergiendo de manera significativa, incluidas las cardiopatías, comparten factores de riesgo predisponentes nocivos, muchos de los cuales tienen su origen en estilos de vida y comportamientos poco saludables. Entre los más importantes cabe señalar el tabaquismo, la alimentación malsana, la inactividad física y una serie de factores de estrés emocional en el trabajo, el hogar o la sociedad. Las enfermedades crónicas tienen consecuencias adversas en el bienestar y la felicidad de las personas, reducen la productividad en las comunidades e impiden la generación de riqueza nacional. Por estas razones, entre muchas otras, es preciso encontrar medios para prevenir y reducir la epidemia de enfermedades crónicas. Para atacar estos problemas, hay que aplicar las funciones de la salud pública relacionadas con la salud cardiovascular y la modificación de comportamientos entre los grupos rurales pobres de América Latina y el Caribe. Hay que incorporar evaluaciones del estado de salud, la protección y promoción de la salud y la vigilancia epidemiológica con el fin de evitar las enfermedades crónicas.

INTRODUCCIÓN

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002, 16,7 millones de personas mueren cada año en el mundo por enfermedades car-

diovasculares. Esta cifra equivale a la tercera parte de las muertes a escala mundial (WHO, 2004). Este grupo de enfermedades es la causa principal de muerte en 31 de los 35 países que notifican estadísticas. Las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares representan de 35% a 55% de las 800.000 defunciones anuales que se registran en América Latina y el Caribe.

Se reconoce que la cardiopatía reumática y la enfermedad de Chagas son formas de enfermedad cardíaca que prevalecen en ciertas zonas de algunos países de la subregión. Estas enfermedades se tratarán en el presente documento, que se concentra en la epidemia actual de arteriopatía coronaria.

Se prevé que en 2020 las enfermedades cardiovasculares en América Latina y el Caribe causarán tres veces más muertes y discapacidades que las enfermedades infecciosas. Además, la carga de las enfermedades cardiovasculares, expresada en años de vida ajustados en función de la discapacidad, excederá la carga de las enfermedades infecciosas y parasitarias en todas las regiones del mundo, salvo en el África subsahariana (Murray y López, 1997).

Las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles crónicas, que comparten muchos factores y condiciones de riesgo, son prevenibles. Es menester ampliar las actividades comunitarias, nacionales, subregionales e internacionales para lograr tal prevención. Por lo tanto, la Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura es el foro apropiado, dado su interés en la salud de la población rural, para examinar el tema de la salud del corazón y los estilos de vida de las comunidades rurales. Esto permitirá aumentar nuestros conocimientos acerca de algunos problemas, reflexionar sobre las circunstancias en las que ha surgido la epidemia de enfermedades cardiovasculares y crónicas, considerar las repercusiones en los pobres que habitan en las zonas rurales y encontrar medios para revertir o frenar el avance de la epidemia.

Hace unos 34 años, Omran propuso la teoría de la epidemiología de los cambios demográficos (Omran, 1971). En 1998, el autor modificó su teoría, a la cual nos referimos ahora con un nombre compuesto: transición epidemiológica. Esta teoría reconoce que en los países hay una evolución de los cambios en el perfil de morbilidad, de las enfermedades infecciosas a las no transmisibles, en particular a las cardiovasculares (Omran, 1998). En la actualidad se acepta que el proceso de la transición en salud ha constado de cuatro fases: primero fue la era de las pestes y la hambruna; la segunda fase se caracterizaba por la fiebre reumática residual y un aumento en las enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial; en la tercera, las enfermedades degenerativas y provocadas por el hombre, como las cardiopatías isquémicas y los accidentes cerebrovasculares, se volvieron epidémicas, y la última fase es aquella en la que las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares siguen siendo las causas dominantes de muerte, pero no solo entre las personas mayores.

Los países de América Latina y el Caribe no se encuentran en etapas bien delimitadas del proceso de la transición sanitaria, sino que tienen una combinación epidemiológica compuesta por una gran variedad de problemas de salud y enfermedades. Por ende, la declaración de la Dra. Catherine Le Gales-Camus, Subdirec-

tora General del Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OMS, en el sentido de que "las enfermedades no transmisibles crónicas están imponiendo una carga creciente en los países de ingresos bajos y medios, que cuentan con recursos limitados y siguen luchando para enfrentar los desafíos de los problemas que causan las enfermedades infecciosas", se aplica a casi todos los países y las comunidades rurales de la subregión.

En el *informe sobre la salud en el mundo 2002*, se expone el concepto de varias cadenas causales que conducen a enfermedades cardiovasculares, como el accidente cerebrovascular y la arteriopatía coronaria, y producen discapacidad o muerte (WHO, 2002). Estas causas son socioeconómicas distales, proximales, y fisiológicas y fisiopatológicas. La disminución o eliminación de uno o varios factores causales reducirá la discapacidad y la muerte provocadas por estos grupos de enfermedades.

Los tres factores de riesgo fisiológicos y fisiopatológicos más importantes en el mecanismo causal de las enfermedades cardiovasculares son la hipertensión arterial, las concentraciones anormales de lípidos o grasas en la sangre, y la intolerancia a la glucosa o diabetes. Las causas proximales, o relacionadas con el estilo de vida, más importantes son la obesidad y la inactividad física, la nutrición y el tabaquismo, y las causas socioeconómicas son la pobreza, la escolaridad baja y la ocupación.

La prevalencia estimada de hipertensión arterial en América Latina y el Caribe es de 8% a 30%. Dado que se utilizan diversos criterios para el diagnóstico del padecimiento y que las características de los procedimientos para el muestreo de datos no suelen ser uniformes, los datos recogidos varían considerablemente del nivel nacional al regional o local. Sin embargo, cuando se cuenta con datos, es sorprendente percatarse de la medida en la cual las personas encuestadas desconocían la información sobre hipertensión y los porcentajes tan bajos de personas hipertensas en tratamiento o control (Ordúñez *et al.*, 2001). Es un hecho lamentable, ya que se ha demostrado desde hace muchos años que el control de la tensión arterial reduce sustancialmente la probabilidad de que se presenten enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos.

La diabetes constituye un factor de riesgo de cardiopatía y en la subregión representa una carga de morbilidad importante y creciente, pero variable. Se estima que hay 35.000 personas que padecen diabetes en América Latina y el Caribe (Amos *et al.*, 1997), y en 1990 se atribuyeron a la diabetes 291.000 defunciones, que ascendieron a 465.828 en 2000 (King *et al.*, 2000). La prevalencia de la diabetes es más alta en nuestra subregión que en el resto del mundo; se prevé que, en 2025, 8% de la población de la subregión padecerá diabetes (King *et al.*, 1998).

El tabaquismo es la causa principal de muerte en el mundo y representa 1.000.000 de defunciones anuales, 46% de las cuales son de mujeres. La OMS estima que, en 2020, el tabaco por sí solo será la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, y que se registrarán unos 10 millones de defunciones anuales. En los países latinoamericanos, los porcentajes de adultos que consumen tabaco fluctúan de 14,8% en Paraguay a 40,5% en Venezuela. Los jóvenes que fuman rebasan 20% en

Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, México y Uruguay. En el Caribe, la situación es un poco mejor, aunque no hay que confiarse. En los países del Caribe de los que se tienen estadísticas, el tabaquismo en los adultos oscila entre 9,0% en Barbados y 25,1% en Trinidad y Tabago; además, en los jóvenes varía entre 13,0% en Antigua y Barbuda y 20,7% en Haití (WHO, 2002b).

Según la OMS, el riesgo de cardiopatía coronaria se reduce a 50% un año después de abandonar el hábito de fumar. En los 15 años siguientes, el riesgo relativo de que un ex fumador muera por esta enfermedad se acerca al de las personas que nunca en su vida han fumado (WHO, s/f). Hay que tratar de formular estrategias eficaces para ayudar a la población rural pobre en la Región a evitar la exposición al tabaco, sobre todo porque muchas de esas personas dependen del cultivo del tabaco para su sustento.

La obesidad es un factor de riesgo grave, sumamente prevenible mediante el cambio de comportamientos relacionados con el estilo de vida. Se encuentra en cualquier grupo de edad y está surgiendo en la subregión en una época en que la desnutrición sigue siendo un problema importante tanto en las comunidades rurales y como en las urbanas. La prevalencia de obesidad es muy variable en América Latina y el Caribe, de 2,65% entre las haitianas en 1995, a 12,1% en la República Dominicana en 1996. Las estadísticas de muchos países de la subregión indican que está aumentando la prevalencia de obesidad. En los últimos 10 años, la prevalencia de la obesidad ha ascendido en Jamaica, de 18% a 30%, y es probable que sea un reflejo de lo que está sucediendo en distintos grados en casi todos los países de la Región.

La función causal de los factores socioeconómicos en las enfermedades cardiovasculares y demás enfermedades crónicas se ha ido manifestando cada vez con más claridad. Hay bastantes datos probatorios fidedignos de la manera como el desempleo, el aislamiento social, la falta de autoestima, la pobreza, la impotencia, la escolaridad insuficiente, las deficientes habilidades de lectoescritura y el subempleo guardan una relación directa con la prevalencia de cardiopatías. Puesto que la vida en familia es el núcleo de la comunidad rural, la salud es un importante factor determinante de la capacidad de la familia para aprender y ganarse el sustento.

Hay circunstancias que repercuten en la salud y la atención sanitaria en las comunidades rurales que se caracterizan actualmente por su pobreza, como sucede en la mayor parte de los países de la subregión. La economía rural suele distinguirse por cultivos insostenibles, vivienda en malas condiciones, falta de transporte, recursos limitados para comprar alimentos, medicamentos y seguro médico, falta de recursos y tiempo para invertir en el mantenimiento de la salud física y de otra índole y en actividades de prevención, y pocas oportunidades de gozar de una vida mejor.

En las comunidades rurales a menudo hay escasez de profesionales y de establecimientos de atención de salud, incluidos los hospitales. El acceso a la asistencia se dificulta más por las distancias largas y los caminos peligrosos que hay que recorrer para acudir a estos establecimientos, donde el transporte público con frecuencia es inexistente. Las desventajas para la educación que suponen las limitaciones de fondos e instalaciones inadecuadas conducen a una escolaridad más baja y a menos

trabajadores calificados, muchos de los cuales ignoran sus opciones de salud y las formas de prevenir las enfermedades. Los programas dirigidos a mitigar o a prevenir la epidemia de enfermedades cardiovasculares y crónicas en las comunidades rurales deben considerar estos factores y ser conscientes de su función, así como de las limitaciones que imponen a la ejecución satisfactoria de los programas.

En los últimos tres años, la Fundación Interamericana del Corazón, con el fin de comprender mejor las circunstancias que rodean los trastornos cardiovasculares en la subregión, lanzó una iniciativa de investigación para la evaluación múltiple de los factores de riesgo cardiovascular en América Latina, que se conoce como CARMELA (por su sigla en inglés). El estudio se llevó a cabo en siete ciudades (Buenos Aires, Santiago de Chile, Bogotá, Quito, Ciudad de México, Lima y Barquisimeto). Su finalidad era determinar la prevalencia de hipertensión, diabetes y lipidemias, así como la relación que guardan estos padecimientos entre sí; valorar el efecto del nivel socioeconómico en el riesgo de cardiopatías, y, en cerca de 11.200 adultos de entre 25 y 64 años, determinar la prevalencia de otros factores de riesgo de trastornos cardiovasculares, el tratamiento y la adherencia al mismo. Los datos preliminares señalan una prevalencia alta de tabaquismo, exceso de diabetes y un alto porcentaje de hipertensión sin tratamiento ni control (Comunicación personal).

Los factores de riesgo de los comportamientos o estilos de vida que representan la mala alimentación, la inactividad física y el tabaquismo, junto con factores de estrés sociales y psicosociales, contribuyen no solo a la aparición de las cardiopatías coronarias, sino también de hipertensión, accidentes cerebrovasculares, trastornos respiratorios crónicos, cáncer, diabetes y obesidad, es decir, de enfermedades no transmisibles crónicas. Se las considera entidades nosológicas separadas, pero la propensión a estas enfermedades depende de modos de vida perjudiciales comunes en todas ellas. Las estrategias integradas para la prevención y el control simultáneos de grupos de enfermedades probablemente sean económicas, viables y eficaces, en lugar de focalizadas en una sola enfermedad no transmisible.

La reducción de la incidencia y la prevalencia de enfermedades no transmisibles crónicas, en especial de las cardiopatías coronarias, exige que los países y las comunidades combatan las causas de estas enfermedades desde ángulos individuales, comunitarios, regionales y nacionales.

La detección y la gestión de los factores de riesgo fisiológicos y fisiopatológicos que contribuyen a causar la hipertensión, la diabetes y las lipidemias deben considerarse prioritarias. Abundan las pruebas de lo que se ha aceptado por muchos años, es decir, que el control de la hipertensión reduce considerablemente el riesgo de cardiopatía coronaria. Recientemente se ha comprobado que lo mismo sucede cuando la diabetes se controla rigurosamente y se normalizan las concentraciones anormales de lípidos. Es preciso establecer programas e iniciativas destinados a lograr estos objetivos en las comunidades rurales.

La adopción para toda la vida de comportamientos y estilos de vida apropiados es un factor de éxito indispensable para prevenir las enfermedades no transmisibles crónicas y mantener el bienestar. La persona está obligada a adoptar una alimentación apropiada, realizar actividad física con regularidad y evitar la exposición

a los productos de tabaco. Estas decisiones personales hacen necesarias las condiciones ambientales de vida que faciliten y conduzcan a aplicarlas. En este sentido, los gobiernos y legisladores tienen una gran responsabilidad.

En nuestra búsqueda de razones comprensibles de la incidencia y la prevalencia elevadas de las enfermedades crónicas en nuestros países y entre los pobres de las zonas rurales, tenemos que encontrar la "causa de todas las causas". Es posible que no tengamos que buscar más allá de la pobreza y sus consecuencias. El informe de Douglas Black sobre las inequidades fue uno de los primeros que demostró la relación estrecha que guardan los niveles de ingreso con los resultados sanitarios; es decir, que mientras más baja es la situación socioeconómica, peores son los resultados, y lo contrario sucede cuando es más alta (DHSS, 1980). Michael Marmot ha ampliado el concepto y el tema y postula que el gradiente social relacionado con la salud confirma que sus causas se encuentran en las circunstancias en las que trabajamos y vivimos (Marmot, 2004). El gradiente social es, entonces, un problema de salud pública que necesita resolverse en todos los niveles. Esta situación compleja es un desafío, pero tiene que encararse para reducir la prevalencia de las enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas deberían abordarse en el contexto de un plan definido y determinado con precisión. Se recomienda firmemente que dicho plan se enmarque en un programa para la prevención y gestión de las enfermedades no transmisibles crónicas en conjunto, puesto que, como se dijo, muchos padecimientos crónicos comparten factores y condiciones de riesgo. Se han descrito y analizado muchos de esos planes. Hay que modificarlos, sin excepción, para adaptarlos a las circunstancias y condiciones locales.

El plan de acción a considerar debe ser integral y reconocer ciertos valores que determinan y fundamentan su filosofía; definir exactamente las metas sanitarias y determinar las estrategias para conseguir dichas metas. Reconocer la necesidad de fortalecer la capacidad es casi siempre una condición indispensable para la ejecución satisfactoria de un plan.

En los últimos 13 años, se han publicado declaraciones sobre la salud cardiovascular en Victoria, Canadá (International Heart Health Conference, 1992), Cataluña, España (International Heart Health Conference, 1995), Osaka, Japón (International Heart Health Conference, 2001) y Singapur, Singapur (International Heart Health Conference, 1998). Estas declaraciones hacen hincapié en la necesidad de reconocer la salud como un derecho fundamental, con implicaciones de equidad y rendición de cuentas, y recomiendan que los programas en las comunidades persigan el fin de promover la salud y de prevenir, detectar y tratar las enfermedades de la forma más eficaz en función del costo. Las estrategias para abordar los problemas socioculturales, las políticas públicas, el aumento de los conocimientos y las habilidades, la capacitación en materia de vigilancia, el fortalecimiento de la capacidad de investigación y el mejoramiento de los programas de tratamiento y los servicios de salud son otros elementos esenciales para lograr el éxito. Estas medidas dependerán de que se desarrolle y movilice la infraestructura de la comunidad entera junto con una aptitud de mando firme.

El mandato de la Fundación Interamericana del Corazón, un grupo no gubernamental de fundaciones y organizaciones similares de las Américas, es reducir las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares en la subregión. Reconoce que la epidemia de cardiopatías y enfermedades no transmisibles crónicas exige el esfuerzo de comunidades y países enteros para causar un impacto positivo y, por lo tanto, se ha comprometido a trabajar de cerca en la subregión con los grupos y organizaciones que deseen ayudar a la población a llevar una vida más sana y productiva.

REFERENCIAS

- Amos, A.F., McCarthy, D.J., Zimmet, P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diabet Med* 1997;14.
- Catalonia Declaration on Investing in Heart Health. Declaration of the Advisory Board of the Second International Heart Health Conference, Barcelona (Spain), 1 June 1995.
- King H., Aubert R.E., Herman, W.H. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998;21(9):1414-1431;1998.
- King, H, et al. Global burden of diabetes: estimates of mortality for the year 2000.
- Mackay, J. and Eriksen, M. *The Tobacco Atlas*. Geneva: WHO; 2002.
- Marmot, M. *Status Syndrome*. London: Bloomsbury; 2004.
- Murray, C.J., Lopez, A.D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349(9064):1498-1504.
- Omran, A.R. The epidemiological transition theory revisited thirty years later. *World Health Statistics Quarterly* 1998;51:99-119.
- Omran, A.R. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1971;49:509-538.
- Ordúñez, P., Silva, L.C., Rodríguez, M.P., Robles, S. Cálculos de prevalencia de la hipertensión: ¿tienen utilidad para la vigilancia? *Rev Panam Salud Publica* 2001;10(4):226-231. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS; 2002.
- Osaka Declaration. Health, Economics and Political Action: Stemming the Global Tide of Cardiovascular Disease. Declaration of the Fourth International Heart Health Conference, Osaka (Japan), May, 2001.
- Singapore Declaration. Forging the Will for Heart Health in the Next Millenium. Declaration of the Advisory Board, International Heart Health Conference, Singapore, 2 September 1998.

United Kingdom Department of Health and Social Security (DHSS). Inequalities in Health; Report of a Working Group Chaired by Sir Douglas Black. London: DHSS; 1980.

Victoria Declaration on Heart Health. Declaration of the Advisory Board, International Heart Health Conference. Victoria (Canada), May 1992.

World Health Organization. Atlas of Heart Disease and Stroke. Geneva: WHO; 2004.

World Health Organization. Cardiovascular diseases (webpage). www.who.int/ncd/cvd.

World Health Organization. World Health Report 2002. Geneva: WHO; 2002.



PRESENTACIÓN ESPECIAL

CONVERGENCIA DE LA PERICIA EN SALUD HUMANA Y SANIDAD ANIMAL Y LOS RECURSOS EN LA RESPUESTA MUNDIAL A ZOONOSIS NUEVAS Y EMERGENTES (INFLUENZA AVIAR Y SARS)

Shigeru Omi,
Director Regional, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en
el Pacífico Occidental (OMS/WPRO)
Manila, Filipinas

Al comienzo de 2003, en Asia hubo un brote del síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por su sigla en inglés) que rápidamente se propagó a todo el mundo. El SARS fue contenido en julio de 2003, gracias a los esfuerzos de todas las partes involucradas. Sin embargo, varios meses después un brote de influenza aviar alcanzó un nivel sin precedentes en Asia. Por consiguiente, la pregunta que todos debieran hacerse es: "Los brotes sucesivos de SARS e influenza aviar ¿son solo una coincidencia o existe alguna causa básica? Considero esencial intentar responder a esta pregunta como parte de nuestro esfuerzo conjunto para combatir las nuevas enfermedades emergentes.

A nivel mundial, desde 1983 hasta 2003 ha surgido en promedio una nueva enfermedad infecciosa por año y la mayoría de estas enfermedades son zoonosis (Cuadro 9). Esto significa, por tanto, que el intento por responder a la pregunta de los brotes sucesivos de SARS e influenza aviar es igual a tratar de responder a la pregunta de si la aparición frecuente de nuevas enfermedades zoonóticas es coincidencia o no.

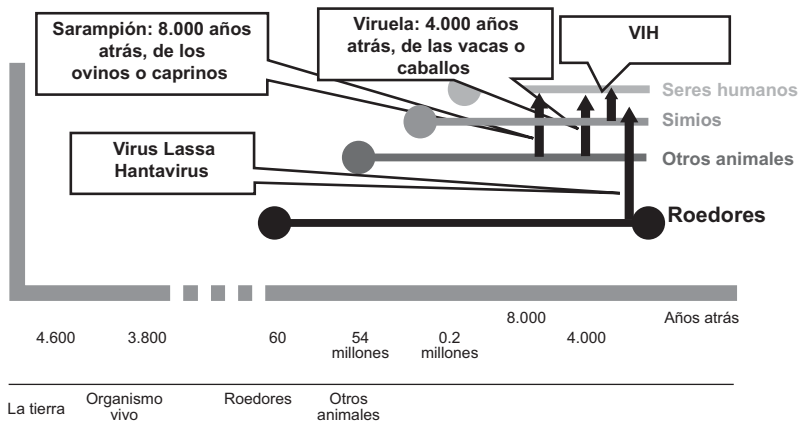
La historia de las enfermedades infecciosas, de manera muy simplificada, parte de la hipótesis generalizada de que la Tierra surgió hace 5 mil millones de años, los organismos vivos se originaron hace cerca de 4 mil millones de años y los roedores, hace aproximadamente 60 millones de años (Figura 15).

Los virus surgieron tal vez en alguno de estos momentos y se albergaron en animales y plantas. Por ejemplo, el virus del sarampión solía albergarse en ovinos y caprinos, pero parece que cerca de 8.000 años atrás este virus saltó de los ovinos y los caprinos a los seres humanos. Análogamente, el virus de la viruela, que solía ser una enfermedad de las vacas y los caballos, superó la barrera de las especies y hace 4.000 años se convirtió en una enfermedad de los seres humanos. De

CUADRO 9. Enfermedades infecciosas surgidas de 1983 a 2003

VIH 1	1983
VIH 2	1985
<i>Enterocytozoon bieneusi</i>	1985
Herpesvirus humano 6 (HHV 6)	1986
Virus de la hepatitis C	1989
Virus de la hepatitis E	1990
Virus de Guanarito	1991
Virus Barmah Forest	1992
<i>Bartonella henselae</i>	1992
Hantavirus sin nombre	1993
<i>Ciclospora cayatenensis</i>	1994
Virus sabia	1994
Virus hendra	1994
Herpesvirus humano 8	1994
Lyssavirus (en Australia)	1996
Virus nipah	1996
Nueva variante de CJD	1996
Virus de la influenza A (H5N1)	1997
SARS CoV	2003
Virus del Nilo Occidental	1999

FIGURA 15. Antecedentes de las enfermedades infecciosas

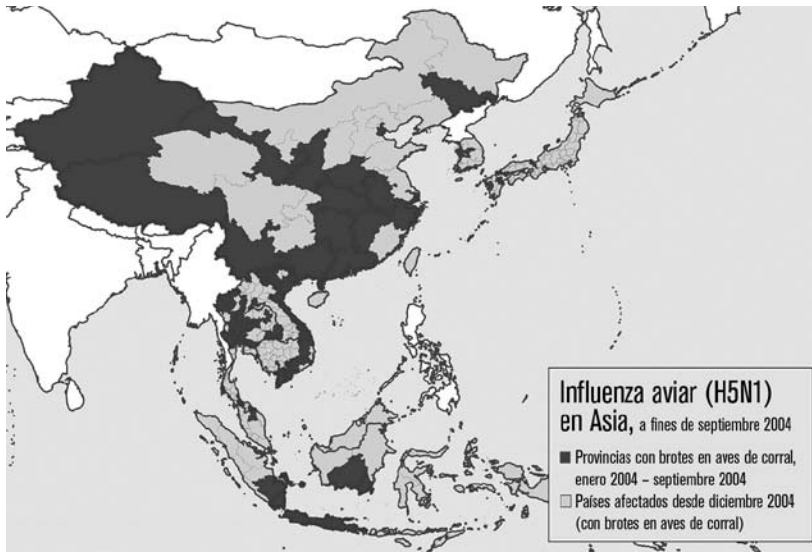


manera que, en ese entonces, los científicos y los periodistas habrían denominado al sarampión y la viruela como nuevas enfermedades zoonóticas emergentes. Y recientemente, el VIH pasó de los simios a los seres humanos y el virus lassa o el hantavirus, de los roedores a los seres humanos. Dado que las enfermedades zoonóticas se manifestaron en el pasado y se manifiestan en el presente, debemos

suponer que seguirán manifestándose en el futuro mientras haya contacto entre los animales y los seres humanos.

Quisiera insistir más en este tema y hacer hincapié en la situación actual de la influenza aviar como un caso representativo de enfermedad zoonótica. En la figura 16 se puede observar la situación de la influenza aviar en Asia hasta septiembre de 2004. Las áreas resaltadas indican las provincias en las que se manifestaron brotes en animales desde enero de 2004 a septiembre de 2004.

FIGURA 16. Situación de la influenza aviar en Asia hasta septiembre de 2004



Fuente: FAO/OIE/OMS; Autoridades nacionales.

En el cuadro 10 se muestran los casos humanos confirmados de influenza aviar H5N1 por país. Viet Nam es el país afectado más gravemente, con 60 casos y 35 defunciones. Hasta el presente, la tasa de letalidad general es de 66%.

CUADRO 10. Casos humanos confirmados de gripe aviar A (H5N1), diciembre de 2003 hasta el 29 de marzo de 2005

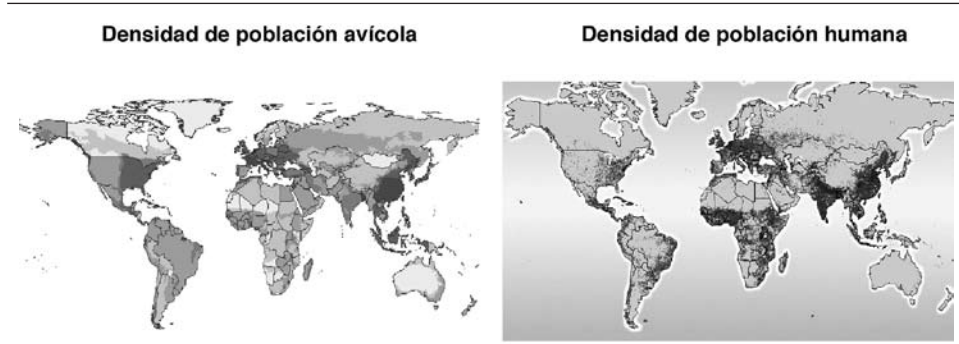
	Casos	Defunciones
Camboya	2	2
Tailandia	17	12
Viet Nam	60	35
Total	79	49

* Tasa de letalidad general: 66%

¿Por qué comenzó la influenza aviar en Asia? Desde luego, es imposible precisar un factor exclusivamente, ya que son muchos los factores determinantes. Pero sin duda las poblaciones humanas y avícolas densas que viven muy cerca unas de otras

constituyen un factor importante. En la figura 17 se observa que en Asia, en algunos de los países europeos y en algunas partes de América del Norte, la densidad de población es muy alta, tanto para los seres humanos como para las aves de corral. En África la densidad de la población avícola es relativamente baja, lo cual podría explicar la ausencia de brotes notificados de influenza aviar.

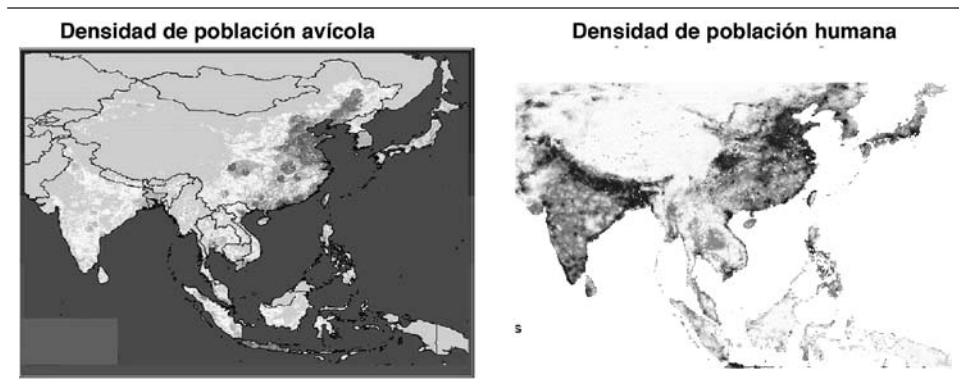
FIGURA 17. Densidad de población humana y de población avícola



Fuente: FAO

En la figura 18 se muestra en mayor detalle la densidad de población humana y avícola en Asia. Observarán que la India tiene una densidad de población muy alta, pero menor densidad avícola. Esta puede ser una de las razones por las cuales la India no tiene brotes graves de influenza aviar.

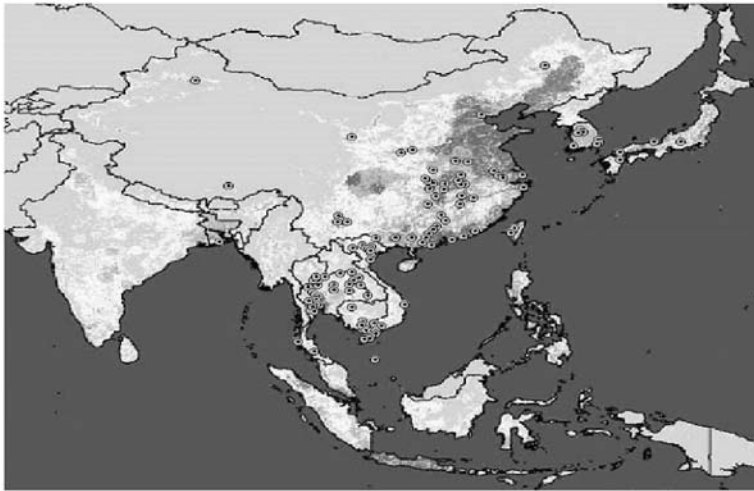
FIGURA 18. Densidad de población humana y avícola en Asia



Fuente: FAO

La figura 19 muestra la relación entre la densidad de población avícola y los lugares afectados por brotes de influenza aviar. Como verán, los brotes de influenza aviar ocurren en los lugares con densidades altas o medias de aves de corral. En Europa, por ejemplo, donde la densidad de población avícola es alta o media, hubo brotes de influenza, como lo acontecido recientemente en los Países Bajos.

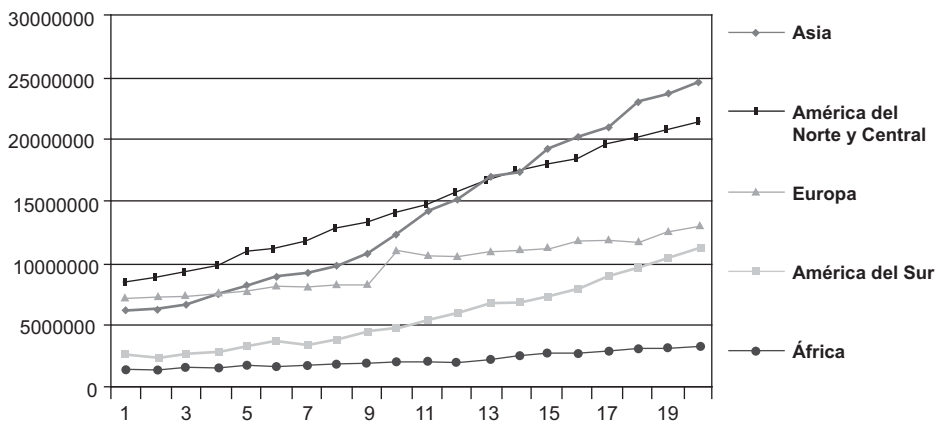
FIGURA 19. Densidad avícola y brotes de gripe aviar en Asia



Pero la situación en Europa no es tan grave como en Asia y una de las razones es que Europa ha adoptado prácticas de zootecnia más higiénicas.

La figura 20 muestra la tendencia de la producción avícola en el mundo. Puede verse que la producción avícola en Asia ha aumentado de manera más marcada, cinco veces, en los 20 últimos años. Esta también quizá sea una de las razones por las que Asia ha sido afectada más gravemente.

FIGURA 20. Tendencia de la producción avícola en el mundo



En lo referente a las prácticas de zootecnia en Asia, quisiera compartir con ustedes mi experiencia personal cuando visité algunas explotaciones agropecuarias domésticas en Phnom Penh, Camboya. La propietaria de una de las explotaciones que visité me comentó que en octubre de 2004 muchos de sus pollos murieron repentinamente. Me comentó que la mayoría de sus pollos en general están sueltos, por lo

cual han estado en contacto sistemáticamente con seres humanos y otras aves de corral como patos.

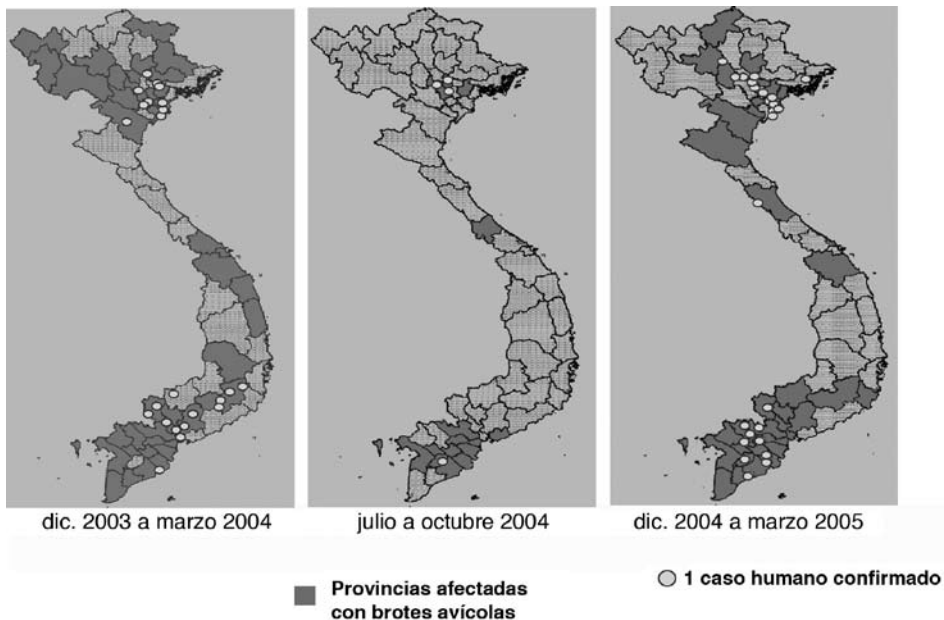
Cuando regresaba del patio, me encontré con una motocicleta que transportaba tantos pollos que me interesó seguirla. Acabamos en un mercado, donde la dueña de un puesto estaba pelando los pollos, colocando sus manos en los intestinos e incluso vendiendo la sangre fresca. Estoy seguro de que si los pollos estuvieran infectados, ella habría contraído la enfermedad. Este tipo de prácticas contribuye al brote de la influenza aviar en Asia. Cuando le pregunté qué sabía sobre el problema de influenza aviar actual, me contestó que nada sabía.

Hasta ahora hemos visto los antecedentes de este problema. Ahora llegamos al meollo de la cuestión: la posibilidad de una pandemia de influenza humana. Quisiera explicar por qué creemos que es posible una pandemia ante la continuidad de la situación actual.

La primera razón se desprende de una perspectiva histórica. Si analizamos la historia de las pandemias en el siglo XX, hemos tenido 3 brotes principales: en 1918, tuvimos la famosa gripe que se cobró la vida de 22 millones de personas; luego en 1957 la gripe asiática causó la muerte de 1 a 4 millones, y en 1968, la gripe de Hong Kong mató de uno a cuatro millones de personas. Por tanto, cada 30 ó 40 años hemos padecido pandemias de consideración, por lo cual algunos pueden decir que ha llegado la hora de la próxima pandemia.

El segundo motivo de preocupación es que el virus ya se ha consolidado en Asia (figura 20). En color oscuro se indican las provincias de Viet Nam donde hubo bro-

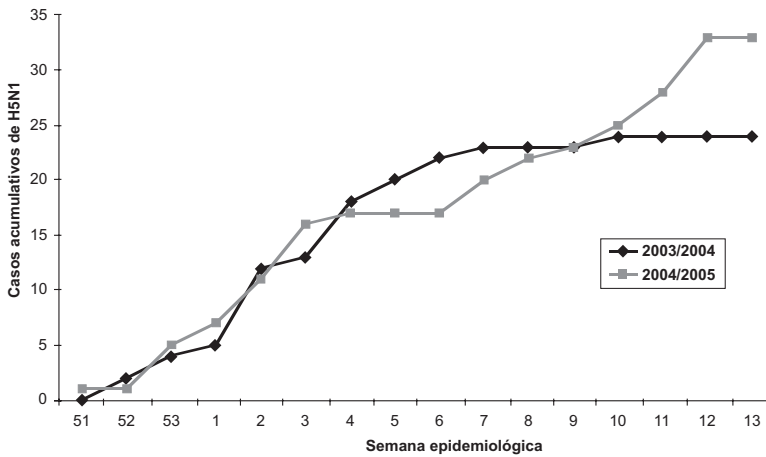
FIGURA 21. Provincias con influenza aviar en Viet Nam, 2003–2005



tes de la influenza aviar en tres períodos separados. Los puntos indican los casos humanos durante estos tres períodos. Se puede ver que el virus aún circula en Viet Nam 16 meses después del comienzo del brote.

La figura 22 revela casos acumulados de influenza aviar humana H5N1 en Viet Nam para dos brotes distintos. El primero comenzó a fines de 2003, y el segundo estalló a fines de 2004. Notarán que la segunda ola ya supera la primera. Según nuestra opinión, probablemente esta curva continuará en alza al menos durante algún tiempo.

FIGURA 22. Casos humanos acumulados de H5N1, Viet Nam

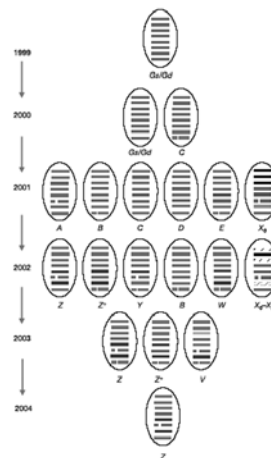


Nota: Fechas de aparición sin confirmación oficial hasta ahora por el MS, Viet Nam

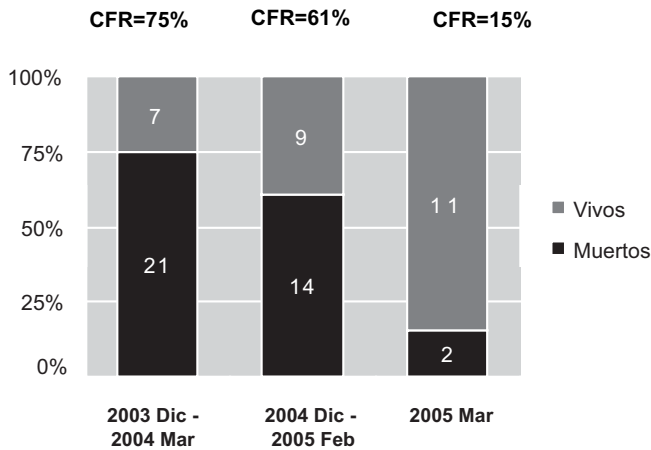
La tercera razón es que el virus es muy versátil y los análisis genéticos han demostrado que el virus ha cambiado considerablemente desde 1999. Los virus de la influenza tienen 8 segmentos de genes y en la figura 23 se indican en colores diferentes los segmentos de virus distintos de influenza aviar. Por ejemplo, el azul celeste señala segmentos derivados del virus llamado H9N2.

El cuadro clínico ha cambiado en cuanto a la tasa de letalidad (figura 24). Desde diciembre de 2003 a marzo de 2004, la tasa de letalidad alcanzó 75%. Y desde diciembre de 2004 a febrero de 2005, la tasa de letalidad fue de 61%, pero en marzo de 2005 descendió a 15%. Pareciera tratarse de una buena noticia pero no lo es necesariamente; dado que solo se manifiestan síntomas leves durante marzo, tal vez estemos obviando muchos casos reales que, a su vez, facilitan la transmisión adicional.

FIGURA 23. Capacidad de cambiar con el transcurso del tiempo



Fuente: [K. S. Li et al. Nature Vol. 430 p. 209-213]

FIGURA 24. Tasa de letalidad en casos confirmados en Viet Nam

No podemos negar la posibilidad de que, en los últimos tiempos, el virus se ha tornado levemente más infeccioso en las personas.

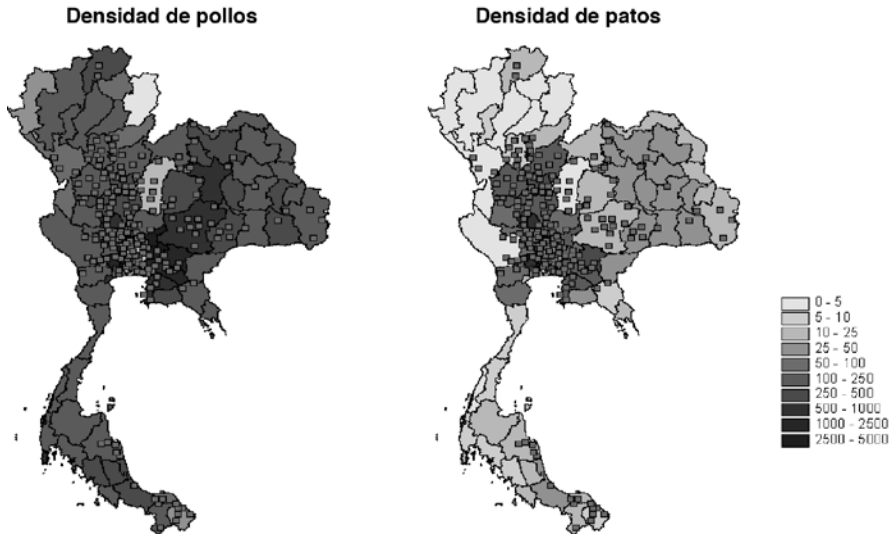
- 1) Hay más casos humanos; por ejemplo, un número más alto de personas infectadas por conglomerado: 2 a 3 anteriormente, 4 a 5 ahora.
- 2) Algunos casos se manifiestan con síntomas más leves.
- 3) El virus se detecta en algunos casos asintomáticos.
- 4) El virus ya está sufriendo cambios en la composición genética. Además, se trata de un virus versátil. Ya hemos encontrado este virus, H5N1, no solo en pollos y patos, sino también en cerdos y tigres.

La cuarta razón, la cual podría ser una de las más importantes, es que los patos se comportan como reservorios silenciosos en la actualidad. Esto indica que los patos están infectados, no revelan síntomas pero pueden transmitir el virus a pollos, e incluso a seres humanos. Tres pruebas indican que los patos se comportan como reservorios silenciosos.

La primera prueba revela que cuando se infectan patos domésticos con virus H5N1 en los laboratorios, estas aves excretan niveles altos del virus y esta excreción vírica tiene duración prolongada. Pero esos patos infectados no presentan síntomas. No obstante, transmiten el virus a otras especies, como pollos o seres humanos. Esto contrasta claramente con los pollos que manifiestan los síntomas. En realidad, la mayoría de los pollos muere una vez que ha contraído la infección. La segunda prueba se basa en las encuestas, algunas de las cuales todavía no se han notificado oficialmente, y muestra que casi 30% de los patos analizados tuvieron resultados positivos a este virus. La tercera prueba es que el virus sobrevive hasta 6 días, a 37 °C, en las heces de los patos.

Me gustaría compartir con ustedes más pruebas indirectas que indican que los patos desempeñan una función como reservorios silenciosos. La parte izquierda de la figura 25 muestra la distribución de la población de pollos y los brotes de influenza aviar; la imagen a la derecha explica la distribución de la población de

FIGURA 25. Brote de Influenza aviar

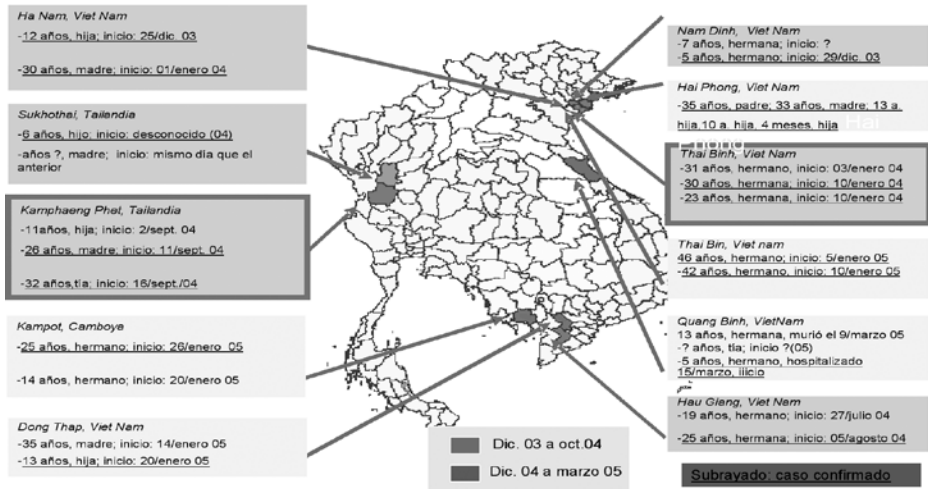


Fuente: FAO

patos y los brotes de influenza aviar. Observarán así, según se ve en la imagen a la derecha, que los brotes de influenza aviar ocurren en lugares con población de patos muy densa.

Finalmente, otro motivo de preocupación en relación con una posible pandemia es que ya se han notificado algunos casos presuntos de transmisión entre las personas. En la figura 26 se muestran los 11 conglomerados de familias notificados en Viet Nam,

FIGURA 26. Conglomerados de casos humanos de H5N1: ¿Posible transmisión entre personas?



Camboya y Tailandia. Sospechamos que 2 de 11 conglomerados fueron afectados por la transmisión entre las personas porque algunos de los miembros de las familias nunca estuvieron en contacto con pollos o patos infectados, pero atendieron muy de cerca al caso índice infectado. A la luz de estos antecedentes y teniendo en cuenta las fechas de inicio, la OMS cree que en estos conglomerados familiares hubo transmisión entre las personas.

Evidentemente, cuanto más persista la situación actual, mayor será la posibilidad de que el virus tenga el potencial para la transmisión eficiente entre las personas. Pero algunas personas tal vez digan: "Dr. Omi, en comparación con 1917, hemos logrado avances científicos, mejorado la vigilancia e informado más al público. Pero aún así, usted habla de una pandemia humana. En nuestra opinión, usted parece un alarmista".

Sí, tienen razón. En la actualidad hay muchos factores positivos en comparación con 1917. Sin embargo, tenemos que recordar que las fronteras en Asia y en otras partes son sumamente porosas. El movimiento transfronterizo de personas, animales y productos no tiene precedentes. Y lo que es igualmente perturbador es que la transmisión de la influenza aviar se centra más en las explotaciones agropecuarias en pequeña escala, lo cual dificulta en gran medida la buena vigilancia.

Ahora quisiera concluir mi presentación con algunas recomendaciones para adoptar medidas conjuntas entre las autoridades de salud y las autoridades de agricultura y ganadería. Como una medida inmediata, opino que es crucial la difusión rápida y transparente de información entre los países, los funcionarios de agricultura y ganadería, los profesionales de la salud y otros interesados directos. Un aumento del conocimiento del público, como el conocimiento de los que viven en huertos domésticos, es muy importante también. Otro elemento comprende el fortalecimiento de la vigilancia de los seres humanos y de los animales. También es pertinente realizar el análisis epidemiológico y de laboratorio rápido a través de la red.

Cuando ocurre un brote, la respuesta inmediata es crucial. También es importante contar con un mejor grado de preparación para las pandemias. Los planes de acción coordinados para el control de infecciones son necesarios, y el desarrollo de vacunas y el almacenamiento de los medicamentos antivíricos son relevantes también. Además, dado el ausentismo masivo que podría causar una pandemia, es de prever una perturbación social masiva. Cada país tiene que preparar planes para imprevistos con el objetivo de reducir al mínimo los problemas sociales.

Como todos saben, la causa fundamental de esta infección es que las demandas cada vez mayores de aves de corral han llevado a la crianza y a la comercialización de tantos pollos y patos en condiciones muy antihigiénicas. Por lo tanto, es muy importante abordar la causa fundamental para que podamos reducir al mínimo el contacto innecesario entre los seres humanos y las aves de corral. Por consiguiente, además de las medidas inmediatas que acabo de mencionar, necesitamos sugerir medidas a mediano y largo plazo para reestructurar las prácticas agropecuarias y del mercado en respuesta a la causa fundamental de la enfermedad.

El enfoque regional comprende reuniones conjuntas de ministros de agricultura, ganadería y salud, como esta reunión que está celebrando la OPS aquí. Y espero que otras regiones realicen reuniones similares con los ministros de agricultura, ganadería y salud. La estrategia conjunta de FAO/OIE/OMS debe emplearse en la cadena de producción y comercialización. Los planes nacionales de los países deben contemplar políticas, legislación y cumplimiento en la cadena de producción y comercialización.

El enfoque local incluirá el mejoramiento de las prácticas agropecuarias, en particular en las explotaciones agropecuarias domésticas, y el mejoramiento de los mercados de animales vivos (wet markets) mediante la colaboración multisectorial. Sin duda, existe el potencial para una pandemia humana. Permítannos colaborar para prevenir este escenario más desfavorable.

ELIMINACIÓN DE LA RABIA HUMANA EN AMÉRICA LATINA: SITUACIÓN ACTUAL

Josette Bijou,
Ministra de Salud y Población de Haití
Port-au-Prince, Haití

INTRODUCCIÓN

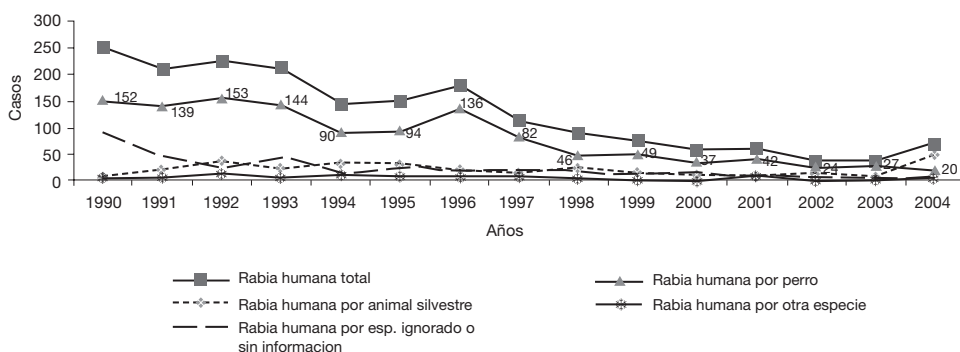
En la 3.ª Reunión Interamericana en Salud Animal a nivel Ministerial (RIMSA 3) y en el 29.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizados en 1983, los países de las Américas se comprometieron a eliminar la rabia urbana de las principales ciudades latinoamericanas.

Ese mandato dio lugar a la primera Reunión de Directores de Programas Nacionales de Control de la Rabia (REDIPRA 1) en Guayaquil, Ecuador (1983), en la cual se aprobaron las estrategias y el plan de acción para la eliminación de la rabia en las principales ciudades (OPS, 1983). En la REDIPRA 4 los objetivos se ampliaron a la eliminación de la rabia transmitida por el perro en toda la Región, incluyendo áreas rurales, con el año 2005 como meta para su alcance. También en esta reunión se enfatizó la importancia de la vigilancia de la rabia silvestre.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL Y LOGROS OBTENIDOS

Para alcanzar la meta señalada, los países vienen ejecutando con éxito el “Programa Regional de Eliminación de la Rabia Humana Transmitida por el Perro en América Latina”. En los últimos 20 años de su implementación hubo una importante reducción del número de casos. Así, entre 1982 y 2003 el número de casos humanos pasó de 355 a 35, lo que representa una reducción de 91%, muy semejante a la tendencia decreciente de la rabia en perros, que fue de 93% al disminuir de 15.686 a 1.131 casos (Figura 27).

Debido a la proximidad de la fecha límite para cumplir la meta de eliminación de la rabia humana transmitida por perros, la OPS promovió el estudio *Eliminación de la rabia humana transmitida por perros en América Latina* para analizar la situación actual de la rabia: lo que se ha logrado alcanzar y lo que falta avanzar hacia la meta deseada (OPS, 2005). Los resultados de este estudio fundamentarán las bases técnicas y la movilización política, social y financiera para elaborar un nuevo Plan Regional de Eliminación de la Rabia.

FIGURA 27. Tendencia de la rabia humana, América Latina, 1990-2004

Fuente: OPS de 1990 a 2000 y ministerios de salud de la Región de 2001 a 2003. Washington, DC: OPS; 2005.

En 65% de casos de rabia humana señalados se observa la importancia del perro como la principal fuente de infección, la que decrece en 82% para el período analizado, al pasar de 152 casos en 1990 a 27 en 2003. En el año 2004 fueron reportados 15 casos humanos transmitidos por perros (Figura 28). Para 2004 se constataron 20 casos de rabia humana transmitida por el perro en solo cinco países, el menor número desde que se inició el Programa Regional: Bolivia (4), Brasil (5), El Salvador (2), Haití (5), Paraguay (1) y Venezuela (3).

FIGURA 28. Casos de rabia humana transmitidas por perros, América Latina, 2004

Fuente: OPS. Eliminación de la rabia humana transmitida por perros en América Latina: análisis de la situación. Washington, DC: OPS; 2005.

El éxito señalado obedece fundamentalmente a una estrategia de acción basada en campañas masivas de vacunación antirrábica canina y en el tratamiento profiláctico oportuno de personas expuestas (Belotto, 2004).

Lamentablemente, para 2004 se incrementó a 70 el número de casos de rabia humana transmitida por las distintas especies, la mayoría de ellos (48) ocasionados por animales silvestres, hecho inusual si se considera que históricamente el mayor número de casos siempre estuvo asociado a rabia transmitida por el perro.

La presentación de rabia humana transmitida por el perro se ha focalizado en los últimos años en pocos países y en áreas delimitadas al interior de aquellos países, que tienen menores niveles de desarrollo social y económico, o que forman parte de la periferia de las grandes ciudades, en conglomerados humanos de bajos ingresos; algunos ejemplos son La Paz y Cochabamba, en Bolivia, ciudades del nordeste del Brasil, San Salvador en El Salvador y Puerto Príncipe, en Haití. En estas áreas existe regularmente un alto número de perros callejeros que facilita la circulación viral permanente como consecuencia de bajas e irregulares coberturas de vacunación, así como dificultades de acceso al tratamiento médico previo o posterior a la exposición, además del costo del transporte y la pérdida de horas de trabajo (OPS, 2005).

En relación con la rabia canina, en 2003 se notificaron 1.131 animales positivos, la mayoría de ellos distribuidos en pocos países (Argentina, Bolivia, Brasil, El Salvador, Guatemala, México y Venezuela), pero la mayoría de ellos con escaso número de casos, si se considera su alta población canina. Sin embargo, al igual que la rabia humana, la canina solo se focaliza en 68 (16,4%) de las 414 unidades de primer nivel geopolítico y que también corresponden a las áreas deprimidas social y económicamente: el estado de Jujuy en el norte de Argentina frontera con Bolivia, algunos Estados del Nordeste del Brasil como Bahía y el estado de Zulia en Venezuela, así como Bolivia, El Salvador y Guatemala, países en los que también estuvo presente la enfermedad en 2001 y 2002 (OPS, 2005). Para el año 2004 fueron reportados 903 casos de rabia canina (OPS/SIRVERA, 2005). La reducción de la rabia canina sintetiza la eficiencia del programa regional con respecto a la eliminación de la principal fuente de infección para el hombre.

El análisis de la frecuencia de casos de rabia canina por unidades de primer nivel en el período 2001-2003, permite clasificar al interior de la Región cinco áreas epidemiológicas diferentes. De entre ellas cabe destacar el área libre de la enfermedad desde hace más de 10 años, que abarca Panamá y Costa Rica en América Central y gran parte del cono sur de América del Sur: Argentina (excepto la parte que hace frontera con Bolivia), todo el sur del Brasil (incluidos los estados de São Paulo y Río de Janeiro), Chile, algunos departamentos de Perú, y Uruguay. En el otro extremo se observa una área con circulación activa de virus rábico en la especie canina, focalizada en espacios geográficos delimitados como el de la frontera Bolivia-Argentina y Bolivia-Perú, gran parte de Bolivia, el norte y nordeste del Brasil, el estado de Zulia en Venezuela, San Salvador, Guatemala y la zona de frontera Guatemala-México. Las otras son áreas de medio y bajo riesgo epidemiológico, con sistemas de vigilancia epidemiológica que operan adecuadamente en la mayoría de ellas. Varios estados de México están en vía de certificación de áreas libres de rabia canina (OPS, 2005).

Sin embargo, la rabia humana transmitida por especies silvestres — 75% ocasionada por murciélagos — cobra cada vez mayor importancia y son constantes los brotes epidémicos en áreas tropicales y subtropicales de la Región, que han derivado en situaciones sanitarias de emergencia. Durante el año 2004 se registraron 46 casos de rabia transmitida por murciélagos en cinco países de la Región, entre los que cabe señalar los asociados a los brotes epidémicos del Brasil con 22 casos humanos, Colombia con 14 y Perú con 8 (OPS/SIRVERA, 2005).

Entre los principales riesgos y dificultades para la prevención de la rabia silvestre en las comunidades afectadas se señalan: alteraciones del medio ambiente; actividades económicas en áreas tropicales y subtropicales que producen movimientos migratorios hacia zonas vulnerables sin mitigación de riesgos; extrema pobreza, limitados servicios de salud y dificultades de acceso; inexistencia de animales domésticos de interés económico; resignación de los pobladores a los ataques del *Desmodus rotundus*; duración y costo de los esquemas de profilaxis actualmente disponibles; deficiente interacción entre los sectores de salud, agricultura y recursos naturales para monitorear las situaciones de riesgo (Schneider, 1995).

ACCIONES DE CONTROL

Las principales acciones del Programa Regional consideran la atención adecuada a las personas expuestas, que incluye tratamientos previos o posteriores a la exposición, la vacunación masiva de perros y la vigilancia epidemiológica. Estas son acciones cuya eficiencia se relaciona directamente con procesos de acceso y disponibilidad de vacunas e inmunobiológicos de reconocida calidad, el control de focos, la formación de redes de laboratorios de diagnóstico y la utilización de estrategias de comunicación social, fundamentadas en la organización y participación comunitaria.

Atención a las personas expuestas

En América Latina, anualmente son atendidas cerca de un millón de personas expuestas al riesgo de rabia. En algunos países las agresiones por animales sospechosos de rabia se ubican entre las principales causas de consulta médica, asociadas al alto número de perros callejeros existentes en los grandes centros urbanos. En atención a ello, los programas nacionales han puesto énfasis fundamental en la descentralización de los tratamientos profilácticos, así como en el suministro de inmunobiológicos de calidad, de manera de asegurar el acceso y la atención de las personas afectadas.

La relación habitantes/puesto de salud con tratamiento disponible para la Región fue de 34.383 habitantes por puesto; la mediana fue de 16.397, con un rango entre 4.300 habitantes en Perú y 148.043 habitantes en Paraguay por puesto de salud. En algunas unidades del Cono Sur el tratamiento está menos descentralizado, seguramente porque la rabia ya no es una gran amenaza. En 2003, de 961.195 personas atendidas en América Latina por agresiones de animales, un promedio anual de 25,4% recibieron tratamiento posterior a la exposición. La mediana para la Región fue de 21,6% de las personas tratadas en relación a las atendidas, con un rango entre 3,2% en Cuba y 58,4% en Brasil (OPS, 2005).

En el período 2001-2003, se distribuyeron anualmente en la Región aproximadamente 2.500.000 dosis de vacunas antirrábicas de uso humano. La mayoría de países de la Región utilizan vacunas fabricadas en cultivo celular, entre ellos se destacan Brasil y México; sin embargo, siete países aún utilizan la vacuna tipo CRL. La inmunoglobulina es parte de la prescripción del tratamiento para los casos

graves, de acuerdo con las normas técnicas de la OMS, pero solamente 7 (33%) de los países lo utilizan, constituyéndose esta en una seria restricción de los programas nacionales (OPS, 2004).

Vacunación canina

La vacunación canina es la estrategia de control más importante para interrumpir la circulación viral. La estrategia se basa en la ejecución de campañas intensivas de vacunación, de uno o dos días de duración y con activa participación comunitaria.

En América Latina se vacunan anualmente cerca de 44 millones de perros y son los programas del Brasil (17 millones) y México (16 millones) los que aportan el mayor número de canes vacunados. Para el período 2001-2003, la cobertura anual media de vacunación para la Región fue de 68%. Sin embargo existen países y áreas en donde la cobertura en unos casos fue próxima a 100% y en otras inferiores al valor medio. La mayoría de los estados de Brasil, México y algunos de Perú tienen coberturas superiores a 80% (OPS, 2005).

Algunos países, en atención a la situación epidemiológica alcanzada, han suspendido la vacunación canina en todo o parte de su territorio y han fortalecido en cambio sus sistemas de vigilancia epidemiológica.

Vigilancia epidemiológica

La vigilancia epidemiológica es una acción fundamental para el momento actual por el que atraviesa el control de la rabia en América Latina. En áreas de silencio epidemiológico, caracterizadas por la inexistencia de registros de la notificación de casos de rabia, el Programa Regional ha puesto énfasis en la necesidad de fundamentar científicamente de que esa situación obedece a la ausencia de circulación viral y no a limitaciones de la vigilancia.

Para tener una idea sobre la calidad de la vigilancia epidemiológica, se ha tomado como base de referencia analítica el indicador de 0,1% como la cantidad adecuada de muestras para diagnóstico, en relación a la población canina estimada; de manera general, este indicador sugiere que hay muy buena vigilancia epidemiológica en los países, siendo que cuatro de ellos —Argentina, Brasil, México y Perú— sobrepasan el promedio de 0,1% (OPS, 2005). Esta evaluación, cuando se refiere a unidades de primer nivel, revela que países como Bolivia, Brasil, Chile, México y Perú, así como gran parte de Argentina, tienen una vigilancia epidemiológica confiable.

En algunas áreas del Cono Sur y América Central, donde ya no se registra circulación viral o se encuentran en un estado avanzado de control de la enfermedad, el número de muestras colectadas para diagnóstico es mínimo y ello debilita la vigilancia epidemiológica.

En 2003 se procesaron 73.752 muestras caninas en 138 laboratorios de diagnóstico de rabia existentes en América Latina, la mitad de ellos ubicados en Brasil y México. En

algunos países como Argentina, Colombia, Cuba, Ecuador y Perú, el diagnóstico está descentralizado en varios laboratorios existentes en el interior del país.

CONSIDERACIONES FINALES

Entre las principales fortalezas que permitieron los avances señalados en el control de la rabia humana y canina se pueden citar las siguientes:

- a) En las Américas la rabia no es una enfermedad postergada, a diferencia de otras regiones. Todos los casos reportados a los sistemas de salud reciben atención, son objeto de investigación epidemiológica y originan la ejecución de medidas correctivas.
- b) Existe una tradición y una evolución científica, por la cual se puede contar con una masa crítica de recursos humanos altamente calificados y con los instrumentos técnicos necesarios para el control de la enfermedad.
- c) Existe solidaridad entre los países que se traduce en acciones de cooperación internacional, en muchos casos expresada en la movilización de recursos humanos y materiales (inmunobiológicos).
- d) El problema de la rabia transmitida por el perro esta limitado a un número pequeño de municipios, lo que permite concentrar esfuerzos.
- e) En la mayoría de los países, particularmente en los que tienen mayor número de habitantes, se cuenta con biológicos suficientes (vacunas fabricadas en cultivo celular).
- f) Hay voluntad política de los ministros de salud y agricultura para trabajar coordinadamente en la prevención de casos de rabia transmitida por especies silvestres.

Resoluciones REDIPRA

La última Reunión de Directores de los Programas Nacionales de Control de la Rabia en América Latina (X REDIPRA), celebrada en Santo Domingo, Republica Dominicana, del 28 al 30 de octubre de 2004, en relación con la situación actual de la rabia formuló entre las siguientes recomendaciones.

- a) Preparar un anteproyecto regional de eliminación de la rabia para su fase final, a ser presentado en la RIMSA 14, a realizarse en la Ciudad de México.
- b) Realizar la certificación de las áreas libres de rabia canina bajo lineamientos a ser homologados por la OPS/OMS a partir de la experiencia de México.
- c) Asegurar el acceso y la disponibilidad de tratamientos antirrábicos eficaces para todos los habitantes de la Región.

- d) Fortalecer los esfuerzos cooperativos de los ministros de salud y agricultura y de otros sectores para la prevención de casos humanos de rabia silvestre. Para ello se reitera la necesidad de definir áreas de riesgo y estrategias específicas que incluyan la búsqueda activa de personas agredidas por vampiros, asegurar la disponibilidad masiva de inmunógenos y de la cadena de frío, así como la aplicación de tratamientos previos y posteriores a la exposición en áreas de riesgo.

REFERENCIAS

- Belotto, A.J. The Pan American Health Organization (PAHO) role in the control of rabies in Latin America. En: Schudel, A., Lombard, M., eds. Control of Infectious Animal Diseases by Vaccination. Basel: Karger; 2004: 213-216. (Developments in Biologicals, Vol 119).
- Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la rabia humana transmitida por perros en América Latina: análisis de la situación. Washington, DC: OPS; 2005.
- Organización Panamericana de la Salud, Sistema de Información Regional de Vigilancia Epidemiológica de la Rabia en las Américas (SIRVERA), Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (<http://www.panaftosa.org.br>) en 11/03/05.D:\docs.rabia\docs7\29C[1]. Est. de eval. de áreas de riesgo, metodología2.pdf (No se encuentra este "link". Favor de verificar los datos.)
- Organización Panamericana de la Salud. Propuesta del nuevo plan de acción para la prevención y control de la rabia en las Américas. Rio de Janeiro, 2005.
- Organización Panamericana de la Salud. Informe de la X Reunión de Directores Nacionales de Rabia (REDIPRA). Santo Domingo, República Dominicana, 2004.
- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la rabia humana en América Latina para el final de la década 1980. Guayaquil, 1983.
- Schneider, M.C., – Burgoa, C.S. Algunas consideraciones sobre la rabia humana transmitida por murciélago. *Salud Publica Mex* 1995;37(4):354-362.



INFORMES

INFORME SOBRE LA 10.^a REUNIÓN DEL COMITÉ HEMISFÉRICO PARA LA ERRADICACIÓN DE LA FIEBRE AFTOSA (COHEFA 10)

La 10.^ª Reunión Ordinaria del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (10.^ª COHEFA), se celebró en la Sala Magna de la Secretaría de Relaciones Exteriores de México, el 19 de abril de 2005, de acuerdo a la convocatoria cursada por la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP).

MESA DIRECTIVA

Presidencia	Dr. José Ángel del Valle Molina, Director General de Sanidad Animal, Secretaría de Agricultura, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA), de México.
1. ^ª Vicepresidencia	Dr. Antenor Nogueira, Presidente del Forum Nacional de Pecuaria de Corte, Confederación Nacional de Agricultura del Brasil
2. ^ª Vicepresidencia	Ing. Bolívar Ceballos, Subsecretario de Direccionamiento Estratégico Agroproductivo, Ministerio de Agricultura del Ecuador.
Relatoría	Dr. Emerio Serrano, Director General del Instituto de Medicina Veterinaria de Cuba.

El Dr. Albino Belotto, Jefe de la Unidad de Salud Pública Veterinaria de la OPS, en representación de la Dra. Mirta Roses Periago, Directora de la OSP, actuó como Secretario *ex officio* de la reunión, y el Dr. Eduardo Correa Melo, Director del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA-OPS/OMS), como Secretario Técnico.

PARTICIPANTES

Las siguientes personas representaron a sus respectivas regiones:

Por la Subregión Amazónica

Dr. Gabriel Maciel, Secretario de Defensa Agropecuaria del Ministerio de Agricultura, Pecuaria y del Abastecimiento del Brasil, y Dra. Miriam Melean, por la Confederación Nacional de Agricultores y Ganaderos de Venezuela (CONFAGAN).

Por la Subregión Andina

Ing. Bolívar Ceballos, Subsecretario de Direccionamiento Estratégico Agroproductivo, del Ministerio de Agricultura del Ecuador, y Dr. Jaime Giraldo Saavedra, Subdirector de la Federación de Ganaderos de Colombia.

Por la Subregión del Caribe

Dr. Emerio Serrano, Director General del Instituto de Medicina Veterinaria de Cuba, y Sr. Miguel Zaglul, Presidente del Patronato Nacional de Ganaderos de Santo Domingo, República Dominicana

Por la Subregión Cono Sur

Dr. Jorge Nestor Amaya, Presidente del Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria de Argentina, y Sr. Antenor Nogueira, Presidente del Forum Nacional de Pecuaria de Corte, Confederación Nacional de Agricultura del Brasil.

Por la Subregión de Mesoamérica

Dr. Cesar Sandoval, Director Nacional de Sanidad Animal del Ministerio de Desarrollo Agropecuario de Panamá, y Sr. Ronny Chaves Solano, Presidente de la Corporación para el Fomento Ganadero (CORFOGA) de Costa Rica

Por la Subregión de América del Norte

Dr. José Ángel del Valle Molina, Director General de Sanidad Animal, Secretaría de Agricultura, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA) de México, y Sr. Phillip E. Bradshaw, Presidente de la Illinois Soybean Board.

También estuvieron presentes representantes de organizaciones intergubernamentales, organizaciones no gubernamentales, representantes de gobiernos estatales del Brasil, e instituciones académicas y del sector productivo agropecuario de los países de la Región.

SESIONES

Se celebraron dos sesiones plenarias y una de clausura.

APERTURA DE LA REUNIÓN

La mesa estuvo formada por el Dr. Albino Belotto, Jefe de la Unidad de Salud Pública Veterinaria de la OPS, en representación de la Dra. Mirta Roses Periago, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana y Secretaria *ex officio* de la COHEFA; por

el Dr. Eduardo Correa Melo, Director de PANAF-TOSA y Secretario Técnico de la COHEFA, y por el Dr. José Germán Rodríguez Torres, Representante PWR/México, a.i.

Hizo uso de la palabra el Dr. José Germán Rodríguez Torres, quien dio la bienvenida en nombre de la Directora de la OPS; a continuación también dio la bienvenida el Dr. Del Valle Molina, en nombre del Secretario de Agricultura de México,

Elección del Presidente y Relator: el delegado oficial del Cono Sur propuso al Dr. Del Valle Molina para la presidencia de la reunión, lo que fue aprobado por aclamación. El Dr. Antenor Nogueira y el Ing. Bolívar Ceballos quedaron como primero y segundo vicepresidentes, respectivamente, y el Dr. Emerio Serrano, como relator.

ADOPCIÓN DEL ORDEN DEL DÍA

El Dr. Del Valle Molina, agradeció la presencia del Ministro de Agricultura de Haití, Sr. Phillipe Mathieu. A continuación puso a consideración de la Comisión la agenda de trabajo propuesta, la que fue aceptada integralmente.

INFORME DE LA SECRETARÍA DEL COMITÉ

Dr. Eduardo Correa Melo, Director de PANAF-TOSA-OPS/OMS, hizo una reseña histórica de los programas de combate a la fiebre aftosa, en el contexto del PHEFA y de la situación actual de la enfermedad, recalando los últimos acontecimientos en el bienio. En especial fue abordada la situación de endemismo de la fiebre aftosa en el Ecuador y Venezuela, y la presencia del virus tipo O y C en la región amazónica del Brasil. Comentó sobre la aparición de focos por virus tipo O en Lurín, Perú, y por virus tipo A en Tibú, Colombia.

Detalló las acciones tomadas por los países afectados y la cooperación de PANAF-TOSA-OPS/OMS en el control de su aparición. Informó también sobre los avances conseguidos por Argentina, Brasil, Colombia, Paraguay y Perú en cuanto a tener reconocidas zonas libres de la enfermedad y de los recursos, tanto de origen público como privado, aplicados por los países en sus programas nacionales. A continuación presentó un informe sobre las resoluciones acordadas en la COHEFA 9; en la Conferencia Hemisférica de Houston; COSALFA XXXI y XXXII. Citó además las resoluciones de la I COHEFA Extraordinaria, celebrada el 2 de Diciembre pasado en Brasilia, Brasil, e hizo hincapié en aquellas relacionadas con el desarrollo y perfeccionamiento del Plan de Acción del PHEFA 2005-2009, preparado por el GIEFA.

Comentarios

El Lic. Bolívar Ceballos, Subsecretario de Direccionamiento Estratégico Agroproductivo, mencionó su complacencia en fungir como vicepresidente de la reunión; notó

la calidad de la presentación y observó la importancia de la erradicación de la enfermedad para su país, que necesita de la cooperación entre los sectores público y privado para la consecución de este objetivo, que es una prioridad del gobierno nacional. El Sr. Antenor Nogueira agradeció su nominación e hizo mención a los esfuerzos de la Región en la búsqueda de la erradicación de la enfermedad, en especial en el Brasil. El Dr. Ronny Chaves, representante privado de América Central, observó la importancia del desarrollo del Plan de Acción 2005-2009 y el trabajo realizado por GIEFA, y lo que ello significa para el mantenimiento de la condición de países libres de la subregión.

El Dr. Belotto habló en nombre de la Dra. Mirta Roses e informó la visión de la OPS sobre los programas de erradicación de la fiebre aftosa; hizo un paralelo con la erradicación de la viruela humana, por el impacto en la salud animal y humana, la conjugación de esfuerzos público y privados, y la estructuración de programas nacionales de sanidad animal con impactos en otras enfermedades de importancia socio-económica en la Región. Mencionó la inquietud de algunos países miembros sobre la importancia de mantener dentro del sistema OPS un programa de cooperación técnica sobre fiebre aftosa, en el que el impacto social de la enfermedad tenga un peso en el ámbito de abrir nuevas oportunidades para el desarrollo local, el incremento de la producción y la reducción del hambre en la Región.

Sin otras intervenciones, la Presidencia consideró aprobado el informe de la Secretaría Técnica.

PROPUESTA DE PLAN DE ACCIÓN DEL PHEFA 2005-2009 AJUSTADO

El Dr. Alfonso Torres, miembro del GIEFA por la subregión de América del Norte, presentó la composición del grupo responsable de la elaboración del plan, con la cooperación de PANAFTOSA, y añadió que el grupo tiene representantes públicos y privados de todas las subregiones, a excepción del Caribe. Informó que esta versión resultó de las discusiones en las cinco reuniones realizadas y de la participación virtual de los miembros y observadores a través del sitio web de PANAFTOSA. Detalló la secuencia histórica de creación y desarrollo del GIEFA; explicó en detalle las partes del Plan de Acción para el período 2005-2009 e hizo hincapié en algunas condiciones que se deben atender para alcanzar el objetivo en la fecha prevista.

El Dr. Torres caracterizó la situación actual de los programas nacionales y sus éxitos; también detalló las zonas problema en los países considerados prioritarios, razón por la cual este plan apunta a suplementar las actividades bajo responsabilidad de los programas nacionales. Hizo mención a las estrategias diseñadas para cada subregión, de acuerdo con criterios creados para clasificar los niveles de desarrollo de cada programa nacional. Mencionó la participación de los organismos regionales o mundiales como miembros de la acción conjunta de cooperación técnica, con la importante participación del sector privado.

El capítulo sobre auditorías fue considerado prioritario como garantía de transparencia en la ejecución de las actividades desarrolladas, conforme el modelo

empleado en las auditorías en el Cono Sur. La prevención en las regiones libres también se incluyó en el plan, que considerará los niveles necesarios en cada país. Mencionó que los recursos necesarios para suplementar los programas nacionales alcanzan 48 millones de dólares, divididos en dos tipos: nacional, que se origina en el mismo país en el cual se aplicará, y de origen internacional, a ser usado en las zonas estratégicas identificadas, bajo el compromiso del país que los recibe. Se sugiere que la gerencia operativa quede a cargo de un grupo gestor, localizado en PANAF-TOSA, con personal propio e independencia para actuar. La unidad ejecutora mantendrá informados a todos los miembros del GIEFA y a los donantes sobre el uso de los recursos. Será necesario que se formalice un Memorando de Entendimiento entre el GIEFA y la OPS, el cual podría firmarse en la próxima RIMS.A.

Comentarios

El Dr. Jorge Amaya, representante del sector público del Cono Sur, agradeció en nombre del CVP la oportunidad de participar en el GIEFA y solicitó el esclarecimiento de los procedimientos para realizar las auditorías. El Dr. Correa contestó que es con base en la propuesta de elaboración de un cronograma anual de auditorías, en el Plan de Acción. El Dr. Emerio Serrano consideró que se llega a un hito importante en la programación del GIEFA respecto a la entrega del Plan de Acción y preguntó si hay alguna claridad en cuanto a la fuente y el volumen de recursos, así como sobre el comienzo de las acciones del grupo gestor. Para Cuba como país libre de fiebre aftosa, el plan reviste importancia por la posibilidad de colaborar con modelos de desarrollo del nivel local, una de las estrategias previstas. Se mencionaron las condiciones previas a la presentación de fondos, como la firma del Memorando de Entendimiento y la aprobación del plan de acción. La observación del representante del sector privado del Caribe fue respecto a la necesidad de desarrollar programas de prevención en aquellos países pobres de la subregión que están recibiendo productos y subproductos de origen animal.

El Dr. Correa resaltó que el Plan incorpora actividades de prevención, conforme a lo mencionado. El Sr. Nogueira apoyó la intervención de Cuba sobre los recursos y actividades del GIEFA; asimismo, caracterizó la necesidad de supervisar al GIEFA y la importancia de las auditorías como elemento de apoyo a los programas y de orientación en la canalización de los recursos; añadió la importancia de que el sector privado de los países del Cono Sur participen en el CVP.

El representante del sector público de la subregión andina mencionó su complacencia con el Plan, el detalle de caracterización de los avances en los programas nacionales y la participación de un consultor en los países considerados problema. El Dr. Hernán Rojas, de SAG/Chile, mencionó que este plan es el resultado de la participación de todos, del sector público y privado, con la cooperación de PANAF-TOSA; por esta razón, el compromiso de todos debe ser la línea conductora del plan, de manera más importante que los recursos. La auditoría es un instrumento de evaluación constante. En su opinión, el consultor considerado para algunos países debe fungir como asesor, y la conducción de los programas debe quedar a cargo de los países.

El Dr. Amaya explicó que se discute la posibilidad de la participación del sector privado en el CVP; con respecto a las auditorías, mencionó que también deberían realizarse con respecto a las emergencias. Dr. Ronny Chaves recalcó la importancia de que los países libres sean objeto de las auditorías, para evaluar su capacidad de prevención. Sugirió que OIRSA apoye la creación de una institución regional, que incluya a los productores, para impulsar las actividades de prevención a nivel regional. El Dr. Torres mencionó la capacidad técnica de la Región para erradicar enfermedades importantes. El Dr. Zaglul se refirió a su intervención anterior para resaltar el problema de las donaciones desde los países que no están libres de fiebre aftosa hacia los países pobres en la subregión, las que deben ser objeto de certificación de sus gobiernos de origen. El representante de OIRSA hizo mención a las actividades de prevención desarrolladas por el organismo en la subregión, tomando en consideración lo propuesto por el Dr. Chaves.

El Dr. Bradshaw declaró su agrado por lo presentado y dijo que los progresos obtenidos deberán ser informados a los sectores productivos de América del Norte. Mencionó que está seguro de que se podrán alcanzar los objetivos y remarcó la importancia de las auditorías y de la participación del sector privado en ellas. En su opinión, el hemisferio occidental será el responsable de la producción de alimentos para el mundo, y el flujo de personas a los Estados Unidos pone en riesgo su situación sanitaria; es importante comunicar esto al público en general.

El Dr. Héctor Acuña, ex Director de la OPS, congratuló a la Secretaría de la GIEFA por la calidad del Plan y sugirió que sea presentado a los ministros de salud y agricultura de los países para validar su aceptación en esta COHEFA; sugirió el desarrollo de planes alternativos que sean más aceptables por los países, que permitan la extensión o acortamiento de los plazos.

Dr. Jaime Giraldo, representante del sector privado de la subregión andina, observó que esa subregión presenta los mayores problemas en el Plan, por la falta de una cultura sanitaria y de la necesaria participación del sector privado; exhortó a PANAF-TOSA para que siga apoyando a los países en la ejecución de sus programas. La Lic. Melean, por la región Amazónica, citó las dificultades que pasan en Venezuela con la conducción del programa; los sectores público y privado siguen trabajando en conjunto, se formuló un proyecto de ley para erradicar la enfermedad y se presentó el proyecto de Zulia como modelo de la estructura de reorganización en el país.

CEREMONIA DE CLAUSURA

El Dr. Belotto agradeció la participación de todos en esta reunión, en la cual se observó un alto nivel de concordancia en las propuestas. El Dr. Gabriel Maciel del Brasil agradeció la oportunidad de participar en esta reunión y mencionó los avances obtenidos en los últimos seis años en el Brasil. Comentó los proyectos futuros de incluir a los estados de las regiones noreste y norte, contando con la colaboración del sector privado y los órganos estatales. El Dr. Correa agradeció a todos los presentes y recordó la importancia del combate a la fiebre aftosa en el mejoramiento de la condición económica y como base para el combate a otras enfermedades. El Dr. Del Valle Molina cerró la reunión y, en nombre del Secretario Usabiaga Arroyo,

agradeció a todos su participación en el desarrollo del Plan y el compromiso para llevar adelante los compromisos.

RESOLUCIÓN

Se aprobó la siguiente resolución en la segunda sesión de trabajo:

RESOLUCIÓN 1

LA 10ª REUNIÓN ORDINARIA DEL COMITÉ HEMISFÉRICO PARA LA ERRADICACIÓN DE LA FIEBRE AFTOSA,

Considerando:

El completo y pormenorizado informe presentado por la Secretaría Técnica de COHEFA sobre el estado de situación de los programas de prevención y erradicación de la fiebre aftosa del continente americano, y los positivos comentarios de los integrantes de la X COHEFA,

El Plan de Acción para el período 2005-2009 del Plan Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA), presentado en esta X COHEFA, elaborado por el Grupo Interamericano de Erradicación de la Fiebre Aftosa (GIEFA) en conjunto con los servicios veterinarios oficiales y el sector privado de los países, y los organismos internacionales de cooperación técnica actuantes en la Región,

El efectivo trabajo que han realizado los actuales miembros de GIEFA, que ha culminado con la preparación del documento del Plan de Acción 2005-2009 del PHEFA,

La importancia del mencionado Plan como guía para el quehacer de los programas nacionales en la consecución de las metas del PHEFA, en atención a la amplia participación de todos los actores en la elaboración del mismo,

La importancia que el proceso de auditorías adquiere en la aplicación del valor de la transparencia y en el seguimiento de las acciones efectuadas, así como la necesidad de que dicho proceso sea aplicado en la totalidad de los países de la Región, tanto en situaciones normales como de emergencia,

La necesidad de fortalecer la integración del sector privado a las acciones de prevención y erradicación en todo el continente,

La importancia de oficializar a la brevedad la relación entre GIEFA y la Organización Panamericana de la Salud, para el inicio efectivo y pronto de la ejecución del Plan de Acción,

RESUELVE:

1. Aprobar el informe de la Secretaría Técnica para el período 2003-2004, sin observaciones.

2. Aprobar el Plan de Acción 2005-2009 del PHEFA, en todos sus términos, encargando a la Secretaría Técnica su edición, publicación final y difusión.
3. Ratificar la extensión del mandato de los actuales miembros del GIEFA, y solicitar a la OPS la nominación de los representantes del sector público y privado de la subregión del Caribe.
4. Solicitar a los países que refuercen el compromiso para alcanzar las metas propuestas en el Plan de Acción dentro del marco del PHEFA, así como la utilización de dicho Plan como guía para los programas nacionales y la aplicación y optimización de los recursos.
5. Aplicar los procesos de auditoría a los programas nacionales de fiebre aftosa y a los servicios y sistemas de atención veterinaria que los llevan a cabo, en todos los países de la Región, tanto en situaciones normales como de emergencia, de acuerdo a las metodologías desarrolladas en el Cono Sur y validadas en el Área Andina, y definiendo programas anuales en la materia.
6. Instar a los países y organizaciones subregionales a fomentar la participación e integración del sector privado a las acciones de prevención y erradicación de la enfermedad, tanto en relación al financiamiento de las acciones como a su participación en la toma de decisiones.
7. Concretar la firma del Memorando de Entendimiento entre OPS y GIEFA, a fin de oficializar la relación entre ambas partes e iniciar la ejecución del Plan de Acción.
8. Agradecer a todos los miembros del GIEFA, y a PANAFTOSA-OPS/OMS, por los esfuerzos realizados
9. Agradecer a las Autoridades de los Estados Unidos Mexicanos por la hospitalidad y facilidades para la realización de esta reunión.

INFORME DE LA 4.^A REUNIÓN DE LA COMISION PANAMERICANA DE INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS (COPAIA 4)

La 4.^ª Reunión de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (4.^ª COPAIA), se celebró en la Sala Magna de la Secretaría de Relaciones Exteriores, el 20 abril de 2005, de acuerdo con la convocatoria de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP).

MESA DIRECTIVA

Presidente	Dra. Graciela Rosso, Secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud y Ambiente de la República Argentina.
Vicepresidente	Ing. Ernesto Perdomo, Director General de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Bolivariana de Venezuela.
Relatora	Dra. Anne Mackenzie, Asesora de Ciencia de la Agencia Canadiense de Inspección de Alimentos.

La Dra. Mirta Roses, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, actuó como Secretaria *ex officio* de la reunión y el Dr. Albino Belotto, Secretario Técnico.

PARTICIPANTES

Las respectivas regiones estuvieron representadas de acuerdo a lo siguiente:

Por la Región Norte

Dra. Anne Mackenzie, Asesora de Ciencia de la Agencia Canadiense de Inspección de Alimentos; Dr. Julio José Frenk Mora, Secretario de Salud de México; Ing. Fabián Vásquez Villalobos, Coordinador de Inocuidad de los Alimentos del Comité Estatal de Sanidad Vegetal de México; Dra. Caroline Smith DeWaal, Food Safety Director of the Center for Science in the Public Interest of the United States of America.

Por la Región del Caribe Inglés

Sr. James Paul, Chief Executive Officer, Barbados Agricultural Society; Hon. Dave Burgos, Minister of State, Ministry of Agriculture and Fisheries of Belize; Dr Josette Bijou, Ministre de la Santé Publique et de la Population Ministère de la Santé Publique et de la Population, Haïti; Mr. Robert A Best, Caribbean Poultry Association, c/o Livestock and Livestock Products Board of Trinidad and Tobago

Por la Región de América Central y Caribe Latino

Dr. Rolando Mateo Cabrera Marquetti, Especialista del Viceministerio de Higiene y Epidemiología del Ministerio de Salud Pública de Cuba; Ing. Mariano Jiménez Talavera, Ministro de Agricultura y Ganadería de Honduras; Dra. Estela Emilia Berliza de Ramírez, de República Dominicana

Por la Región Andina

Ing. Luis Chávez, Unidad de Alimentos de la Organización de Consumidores SEDECO de Bolivia; Sr. Christian Wahli, Presidente de la Asociación de Fabricantes de Alimentos y Bebidas de Ecuador; Ing. Ramón Ernesto Perdomo, Director General de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela.

Por la Región del Cono Sur

Dra. Graciela Rosso, Secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias, Secretaria de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud y Ambiente de Argentina; Sr. Jaime Alfonso Campos Quiroga, Ministro de Agricultura de Chile; Dr. Cláudio Roberto Gonçalves Martins, Diretor Executivo da Associação Brasileira dos Produtores e Exportadores de Frango e Associação Brasileiras das Industrias Productoras e Exportadoras de Carne Suina del Brasil; Dra. Raquel Sánchez, Nutricionista de la Organización de Consumidores de Uruguay

SESIONES

Inauguración

La Dra. Mirta Roses Periago, Directora de la OPS, dio la bienvenida a los presentes y afirmó que la COPAIA es un foro único a nivel global donde los sectores público y privado tienen la oportunidad de examinar los problemas, los progresos, las limitaciones y las innovaciones en el área de inocuidad de los alimentos. Destacó que la seguridad e inocuidad alimentarias son fundamentales para asegurar el derecho de cada individuo a tener acceso a alimentos nutricionales e inocuos, consagrado en la declaración sobre los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, y ratificado en la Conferencia Internacional sobre Nutrición, Roma, 1992. Enfatizó que la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria contribuyen al alcance de los Objetivos de

Desarrollo del Milenio, particularmente en la disminución del hambre y la pobreza, la reducción del impacto de la morbilidad y mortalidad infantil, y en la educación y el desarrollo sostenible.

Mencionó que, aunque no se conoce bien, se estima que el impacto económico directo e indirecto de las enfermedades asociadas al consumo de alimentos contaminados es de gran magnitud a nivel global, regional y nacional, particularmente en las poblaciones más vulnerables. Indicó que el programa de cooperación de la OPS se desarrolla dentro de la estrategia global de inocuidad de los alimentos de la OMS, considerando desde luego las particularidades y los problemas específicos de la Región de las Américas. El programa se fundamentará cada vez más en el uso del análisis de riesgo para la caracterización y priorización de los peligros y riesgos, el desarrollo de intervenciones para su manejo y la comunicación de los riesgos. También recibirán especial atención la educación en inocuidad de los alimentos y los manuales para la implementación de las cinco claves para la inocuidad de los alimentos dentro de la estrategia de entornos saludables.

Destacó la colaboración con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura y otras organizaciones internacionales en la promoción de sistemas nacionales de inocuidad de los alimentos, y destacó la importancia de incluir a todos los sectores público y privado de la cadena alimentaria, sin olvidar el importante papel que deben jugar los consumidores y productores. Señaló que en las últimas décadas, la OPS ha venido operando principalmente a través del INPPAZ, la COPAIA y los asesores en cada país dentro del Programa de Salud Pública Veterinaria.

La Dra. Roses mencionó que a la luz de la nueva Política Regional del Programa de Presupuesto aprobado en 2004, de los debates en el seno del grupo OPS Siglo XXI y de la estrategia de gestión para la OPS 2003 a 2007, se ha iniciado un proceso de revisión de todos los mecanismos institucionales, incluyendo los de gobernanza. Indicó que se está discutiendo una estrategia para los Centros Panamericanos, liberando más oportunidades y generando nuevas formas de cooperación técnica. En este contexto, se ha iniciado una discusión con el Gobierno de Argentina para la redefinición del INPPAZ.

Por último, destacó que la voluntad y decisión política de los Estados Miembros en la asignación y coordinación de recursos a nivel nacional, regional y global, así como en promover su movilización, es una condición *sine qua non* para avanzar en el objetivo común de reducir el impacto en salud, social y económico asociado a la presentación de las enfermedades diarreicas transmitidas por el agua y los alimentos, y a la presencia de contaminantes microbiológicos y químicos.

Finalizó enfatizando que esta Comisión, única a nivel global, tiene una gran oportunidad de examinar los problemas, los progresos, las limitaciones y las innovaciones, y de formular las recomendaciones para que todos como un equipo podamos facilitar el alcance de las metas propuestas. La OPS/OMS está en disposición de llevar a cabo las acciones que se deriven de sus deliberaciones.

INFORME DE LA SECRETARÍA TÉCNICA Y DE LAS RECOMENDACIONES DE LA 3.ª REUNIÓN DE LA COPAIA

El Jefe de Cooperación Técnica del INPPAZ, Dr. Enrique Pérez Gutiérrez, informó sobre las acciones de Cooperación Técnica de esa institución y del seguimiento de las recomendaciones de la 3.ª COPAIA.

Repasó el contexto actual en que se desenvuelve la inocuidad de los alimentos, la misión y los valores de la OPS y las líneas de acción aprobadas de la COPAIA, así como sus propósitos y objetivos.

Señaló el grado de avance de los sistemas de inocuidad de los alimentos, caracterizados por la metodología de análisis de conglomerados con variables de cinco marcos de trabajo:

- ← Leyes y regulaciones de los alimentos
- ← Gestión del control de alimentos
- ← Servicios de inspección
- ← Monitoreo de los alimentos y datos epidemiológicos
- ← Información, educación, comunicación, entrenamiento

Informó sobre el cumplimiento de todas las recomendaciones de la COPAIA 3 y de la RIMSA 13.

Concluyó expresando la función de la OPS como un centro articulador de la experiencia de los países y como canalizador de consultas, fundamentado en la difusión de información oportuna y relevante y en la capacitación para solucionar los problemas de inocuidad de los alimentos. Mencionó que el INPPAZ ha trabajado conjuntamente con la COPAIA y seguido las resoluciones de la RIMSA para promover los programas de control en inocuidad de los alimentos en la Región; además, ha impulsado la coordinación intersectorial a través de toda la cadena alimentaria. También ha establecido alianzas de cooperación con otras organizaciones internacionales y subregionales, y promovido activamente la participación de los Estados Miembro en las reuniones del *Codex Alimentarius*.

Panel sobre cooperación en un sistema de inocuidad de los alimentos entre los sectores salud, agricultura, productores y consumidores

El Ing. Ernesto Perdomo de Venezuela presentó el sistema integrado de inocuidad de los alimentos de su país. Enfatizó que, a diferencia de otros países de América Latina, Venezuela no tiene una tradición exportadora de productos agropecuarios, y que prevalece una economía netamente petrolera con fuerte tendencia hacia la importación de alimentos, tanto por parte del sector privado como del sector oficial. Este y otros motivos, políticos, económicos, sociales y culturales, hacen que el control de alimentos en Venezuela no obedezca a un modelo sistematizado,

como sucede en los países que deben atender las exigencias externas de calidad y donde, muchas veces, estas terminan extendiéndose hacia la producción destinada al consumo interno. El sistema venezolano de control de alimentos se ha caracterizado por la intervención de múltiples organizaciones, con diversos marcos jurídicos, funciones y responsabilidades, que actúan de manera desvinculada.

Sin embargo, el país cuenta con un marco constitucional favorable como base para desarrollar normativas actualizadas y armonizadas en apoyo a la modernización del control de alimentos; también existe una infraestructura de laboratorios y de servicios de inspección de alimentos en el ámbito nacional, adscritos a los diferentes ministerios, que pueden ser fortalecidos a través de una adecuada gestión que incluya la capacitación de los recursos humanos y la dotación adecuada de recursos materiales y demás aspectos gerenciales.

La Dra. Cristina Tirado, Asesora Regional en Inocuidad de los Alimentos de la OMS para la región de Europa, presentó la estrategia de cooperación técnica basada en inocuidad de los alimentos, nutrición y producción sostenible.

El Dr. Francisco Muzio, en representación del Ministerio de Salud del Uruguay, intervino para presentar la experiencia de su país sobre el Día Municipal del Alimento Saludable, en donde se realizan experiencias de “puertas abiertas” para la educación de escolares en los fundamentos de la inocuidad de los alimentos. Propuso que la OPS considere declarar el 20 mayo de cada año “Día Interamericano del Alimento Saludable”, como fecha conmemorativa y movilizadora del tema de inocuidad de los alimentos en la Región. En Uruguay en esa fecha se conmemora la creación del primer servicio municipal de inspección de alimentos para mercados, en 1897.

Panel sobre alianza estratégica entre organizaciones no gubernamentales y la OPS para la seguridad e inocuidad alimentaria en la Región de las Américas

La representante de los consumidores por la región norte, Dra. Caroline Smith DeWaal Directora de inocuidad de los alimentos del Center for Science in the Public Interest, explicó que, como consecuencia de la globalización del suministro mundial de alimentos, la contaminación alimentaria no conoce fronteras. A causa de las innovaciones en el transporte y la refrigeración, los alimentos son trasladados rápidamente entre países y continentes. Al mismo tiempo que los consumidores se benefician con la posibilidad de obtener alimentos frescos y accesibles provenientes de todas partes del mundo, los riesgos aumentan. La contaminación alimentaria que se origina en un área es ampliamente esparcida y puede causar enfermedad a un gran número de personas en puntos distantes. La globalización del suministro de alimentos mundial también aumenta los riesgos de contaminación intencional.

Los países de la Región de las Américas enfrentan una gran cantidad de problemas de inocuidad de los alimentos debido a condiciones económicas cambiantes, prácticas culturales y factores geográficos. En los Estados Unidos, aproximadamente 76 millones de personas contraen enfermedades transmitidas por alimentos, las que causan 325.000 internaciones y 5.000 defunciones por año. En los países en desarrollo, los índices de notificación de enfermedades transmitidas por alimentos

son muy bajos, por lo que no se puede medir en forma precisa su aparición. Sin embargo, entre 1993 y 2002, 21 países de América Latina y el Caribe informaron 10.400 brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos y el agua, por las cuales se enfermaron aproximadamente 400.000 personas y hubo 500 muertes, de acuerdo con la información recopilada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Algunos países tienen programas de inocuidad de los alimentos bien desarrollados, en tanto que otros carecen de los recursos adecuados para asegurar el total cumplimiento de las normas alimentarias. Incluso en los países más adelantados de las Américas, los programas de inocuidad de los alimentos enfrentan desafíos significativos.

Las organizaciones de consumidores juegan un papel cada vez más importante en la definición de aceptabilidad de los alimentos en el contexto del comercio internacional. La colaboración internacional para elaborar lineamientos y evaluar los programas nacionales de inocuidad de los alimentos ayudará a garantizar un mejor acceso a alimentos inocuos en los mercados domésticos, así como también mejorará la inocuidad y la posibilidad de comercializar los alimentos que llegan a los consumidores de otros países.

El representante de los consumidores de la región andina, Ing. Luis Chávez, explicó que el movimiento de consumidores de Bolivia sitúa los derechos y las responsabilidades de los consumidores en un contexto de búsqueda orientada al logro de justicia social y económica para todos. Las Directrices de las Naciones Unidas para la Protección del Consumidor, promovidas por *Consumers Internacional*, reflejan nuestra visión respecto a que los derechos y la protección de los consumidores representan una contribución significativa al logro de ese objetivo.

El Ing. Chávez enfatizó que para el Servicio de Educación y Defensa del Consumidor (SEDECO-Bolivia), la Seguridad Alimentaria es una de las materias prioritarias, debido a que la soberanía alimentaria y la seguridad alimentaria de nuestro país están siendo afectadas por varios factores. Entre esos factores se puede mencionar la inestabilidad política, la desigualdad, la discriminación étnico-racial y la corrupción, que aún persiste; también, de alguna manera, está la dependencia de las transnacionales, situación que en vez de disminuir se está incrementando, lo que empeora el problema del hambre y la malnutrición que sufre la población del país, especialmente los grupos vulnerables, las personas del área rural y la población infantil.

Finalmente concluyó diciendo que el Derecho a los Alimentos es parte de los Derechos Humanos. Este derecho es universal, comprende no solo el acceso a los alimentos, sino además que estos sean de calidad, seguros y que reflejen la diversidad ecológica, política y cultural. Por consiguiente, el acceso a los alimentos inocuos es un derecho fundamental, y garantizarlo es un aspecto de salud pública de vital importancia para el progreso y desarrollo de los pueblos, que debe ser una prioridad en las políticas de Estado, en las que todos los actores involucrados en la cadena alimentaria tienen un papel importante que cumplir. Si bien existen esfuerzos de diversos sectores para garantizar la inocuidad de los alimentos presentes en el mercado y disponibles para el consumidor boliviano, aún son insuficientes

y merecen ser priorizados en la agenda política del país, mayor atención de los organismos internacionales en el área y que todos los participantes en la cadena alimentaria asuman su responsabilidad y compromiso de garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos.

La representante de los consumidores por la Región Sur, Dra. Raquel Sánchez, mencionó que la Asociación de Consumidores y Usuarios Asociados Uruguay, miembro de *Consumers International*, tiene como misión social “El estudio y resolución de los problemas que atañen a los consumidores, orientación, asesoramiento y defensa del consumidor en sus derechos y obligaciones”; dentro de sus objetivos está: “difundir y estimular la promoción de los derechos y obligaciones del consumidor en materia alimentaria”, por lo que parte de ámbito de acción es el área de seguridad alimentaria e inocuidad de los alimentos, medio ambiente y biotecnología

Las enfermedades transmitidas por los alimentos aumentan en la Región por el incremento de la población, el turismo, la acelerada urbanización, el intenso comercio internacional de alimentos y la crisis socioeconómica regional, que aumentó la aparición de grupos vulnerables y de nuevas formas de contaminación química y microbiológica.

La alimentación es un derecho humano básico que precisa instrumentos jurídicos adecuados que garanticen su aplicación efectiva. No hay duda de que la inocuidad de los alimentos es un tema central para la salud pública mundial, pero las asociaciones de consumidores tienen también un papel importante en este desafío.

Mencionó que, como asociación de consumidores, buscan formar “consumidores responsables” que actúen como agentes de cambio en el tema de inocuidad de los alimentos, exijan la aplicación de buenas prácticas de manipulación, producción y comercialización, y se sensibilicen respecto a la relación entre alimentación, nutrición y salud para actuar activamente en la formación de hábitos alimentarios saludables. Para mejorar la inocuidad y calidad de los alimentos se necesitan voluntad política, inversión y creación de un compromiso de todos los involucrados en la cadena alimentaria, no solo de las instituciones públicas sino también de los sectores productivo, industrial, comercial y de la comunidad. Dado el avance y las interrelaciones que hay en el comercio y las comunicaciones a nivel regional e internacional, es difícil avanzar solos en temas de interés común para la Región; por ello consideró oportuno insistir en la necesidad de formar comisiones nacionales de inocuidad de los alimentos, integradas por organismos estatales, agencias intergubernamentales, sector privado y sociedad civil, con el fin de determinar las debilidades del sistema, proponer soluciones y trabajar en red con los países de la Región.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Considerando que:

La seguridad e inocuidad alimentaria son fundamentales para asegurar la calidad de vida de la población, acorde con los principios básicos consagrados en la

declaración de los derechos humanos; y que ambas contribuyen al alcance de las metas de desarrollo del milenio, particularmente en la disminución del hambre y la pobreza, la reducción del impacto de la morbilidad y mortalidad infantil y en el desarrollo sostenible.

Con el abordaje intersectorial en los programas de control en inocuidad de los alimentos se contribuye a la salud, al turismo y al comercio de productos alimentarios.

La 4ª COPAIA acuerda:

1. Aprobar el informe de la Secretaría Técnica para el período 2003-2004.
2. Que los Estados Miembros sigan promoviendo la voluntad y decisión en la movilización y coordinación de recursos a nivel nacional, regional y global para avanzar en el objetivo común de reducir los impactos en salud, sociales y económicos asociados a la presentación de las enfermedades transmitidas por alimentos contaminados.
3. Instar a la OPS-OMS para que continúe prestando cooperación técnica en el área de inocuidad de los alimentos conjuntamente con todos los sectores públicos y privados, agencias de cooperación internacional, agencias multilaterales y bilaterales.
4. Reconocer:
 - a. Los beneficios de un abordaje en inocuidad de los alimentos que cubre toda la cadena agroalimentaria de la “granja al plato”.
 - b. La utilización del análisis basado en evidencia para determinar cuáles intervenciones a lo largo de la cadena alimentaria son efectivas en producir alimentos inocuos.
 - c. La importancia de la aplicación de normas para el bienestar animal en la producción de alimentos.
 - d. Un alto grado de consciencia sobre el impacto que genera la falta de alimentos inocuos en la salud de la humanidad.
 - e. Una participación activa y creciente de las organizaciones de consumidores y productores en el desarrollo de una política nacional de inocuidad de los alimentos.
 - f. Que existen reportes de controles inadecuados de peligros a nivel del productor y otros eslabones de la cadena agroalimentaria en varios países miembros de COPAIA.
 - g. La implementación de un sistema integrado de inocuidad de los alimentos articulado por la OPS con apertura y transparencia.
 - h. La necesidad de la inclusión de la inocuidad de los alimentos como política de estado de cada gobierno.
 - i. La necesidad de trabajo multidisciplinario, intersectorial e interinstitucional,
 - j. La responsabilidad compartida en los programas de inocuidad de los alimentos de los países por los sectores: gubernamental, productivo y consumidores, con liderazgo del sector gubernamental.

5. Estimular a los países de la Región de las Américas a establecer un día sobre alimentos saludables como lo realizado en el Uruguay.
6. Proponer en la próxima Asamblea Mundial de la Salud que el tema de inocuidad de los alimentos sea considerado para el Día Mundial de la Salud.
7. Establecer bajo el liderazgo de la OPS un sistema de autoevaluación de los programas de inocuidad de los alimentos a nivel de los países, que permita demostrar que es efectivo en la práctica y logra los resultados buscados; en suma, que beneficia la calidad de vida de las personas.
8. Profundizar en la integración de los laboratorios como herramienta de los subprogramas de vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) y de contaminantes en alimentos.
9. La inocuidad de los alimentos es una función esencial de la salud pública para aumentar el nivel de vida de la población y aumentar la potencialidad exportadora de alimentos, poniendo fin a la falsa dicotomía salud-comercio.
10. Destacar la importancia de continuar fortaleciendo los programas de inocuidad de los alimentos a nivel local, a través de las iniciativas de los municipios saludables y productivos.
11. Promover el intercambio de experiencias entre los países de la Región sobre las diferentes áreas de inocuidad de los alimentos definidas por la OPS.
12. Agradecer a las autoridades de los Estados Unidos Mexicanos por la hospitalidad y facilidades para la celebración de esta reunión.



DISCURSO DE CLAUSURA

FORTALECIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA INOCUIDAD DE ALIMENTOS DE ORIGEN AGROPECUARIO

Javier Usabiaga Arroyo,
Secretario de Agricultura, Ganadería,
Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación de México
Ciudad de México, México

Es para mí un honor participar en esta 14.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura, que ha congregado a las señoras y señores ministros de 26 países del Continente Americano, así como a los más destacados especialistas internacionales en los importantes temas que aquí se han abordado. Yo confío en que su estancia en México haya sido placentera y que cuando regresen a sus respectivos países recuerden la calidez, la hospitalidad y la alegría que caracterizan a la sociedad mexicana. Quiero externarles mi agradecimiento por su labor a lo largo de esta reunión ministerial, ya que de ella, estoy seguro, han surgido nuevas propuestas para atender la problemática que compartimos en nuestros respectivos países y que seguramente nos permitirán avanzar más rápidamente en su solución.

Agradezco la oportunidad de presentar ante ustedes el tema "Fortalecimiento de las estrategias para fomentar la inocuidad de alimentos de origen agropecuario", el cual considero de gran trascendencia para la defensa y la preservación de la salud en todas sus manifestaciones. La actual es una época de cambio, en el que los esquemas tradicionales de producción de alimentos y su comercialización se modifican significativamente, de tal forma que se crea una nueva cultura enfocada a la protección del consumidor, las plantas, los animales y el ambiente, que es responsabilidad de todos. Por tal motivo, el desarrollo de los sectores agroalimentarios de México y, en general, de los países de la Región de las Américas, nos presenta el reto de responder a las exigencias de un mercado globalizado, donde los gobiernos establezcan medidas preventivas ante posibles riesgos de contaminación de origen químico, físico o microbiológico. Satisfacer la expectativa de los consumidores es una obligación que comparten igualmente los sectores productivos de cada país y sus gobiernos, cada uno atendiendo a sus intereses y obligaciones.

Los productores de frutas y hortalizas, de productos pecuarios, pesqueros y acuícolas de México y de otros países de la Región, han ido incorporando a sus operaciones normales las Buenas Prácticas de Producción y Buenas Prácticas de Manufactura que sus clientes directos les han requerido, ya sea por compromiso ético o por interés comercial. No obstante, independientemente de esta tendencia que se observa

en los sectores productivos, la mayoría de los gobiernos no ha definido la forma en que podrán cumplir con las acciones que les corresponde aportar, en el contexto de las nuevas obligaciones que ha impuesto la globalización del comercio de productos agropecuarios.

En diversos países se reconoce que es necesario establecer normas gubernamentales para los procesos de producción y manejo. Sin embargo, es una acción para la cual los ministerios de agricultura no tienen facultades legales — a pesar del indudable interés en su establecimiento y operación — y en donde los ministerios de salud cuentan con todas las facultades para establecerlas, pero se enfrentan con la dificultad de verificarlas.

Lo anterior se debe, en parte, a que la vigilancia de la inocuidad de los productos agropecuarios (muchos de los cuales todavía provienen de una actividad con prácticas artesanales) es solamente uno de los muchos temas que tienen obligación legal de atender. En tanto, los ministerios de agricultura han recibido las señales del mercado en el sentido de que el tema de la normalización obligatoria de las buenas prácticas de producción es prioritario.

Los gobiernos nacionales cuentan con los elementos necesarios para atender el tema de la inocuidad agroalimentaria, por medio de una serie de atribuciones que residen por separado en las secretarías de salud y de agricultura. Ambos ministerios cuentan conjuntamente con los elementos que, empleados sinérgicamente, podrían responder eficientemente a las exigencias de un consumidor global que tiene acceso a alimentos de diversos orígenes; un consumidor que confía en que las condiciones de producción responden a estándares de inocuidad y en que su cumplimiento ha sido vigilado por las autoridades federales.

Sin embargo, la mayoría de los países de la Región aún no ha establecido una estrategia para el desarrollo de sistemas de control y vigilancia de la inocuidad de los alimentos, que permita asegurar a sus ciudadanos que los alimentos que llegan a su mesa cumplen con la garantía de inocuidad. En otros países existe una indefinición sobre los ámbitos de competencia entre diversas autoridades encargadas de la inocuidad de los alimentos.

En la búsqueda de cuál es la mejor fórmula, hay países que han dado pasos estructurales bajo una modulación diferente donde, sin perder potestades, hay una responsabilidad directa en la inocuidad de alimentos que es compartida entre los Ministerios de Agricultura y de Salud. Un ejemplo de esto se encuentra en España, presente en esta reunión por medio de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, en donde la estructura de inocuidad sanitaria es compartida entre el ministerio de salud y el ministerio de agricultura. A partir de este modelo es posible, desde la plataforma amplia de los gobiernos federales, rebasar la lógica de que un solo ministerio debe atender los problemas complejos.

Otro ejemplo se encuentra en un grupo de países integrado por Alemania, Canadá, Dinamarca, Holanda, Irlanda, Nueva Zelanda y el Reino Unido, que han visto la conveniencia de establecer una sola agencia encargada de la regulación y vigilancia de los sistemas de inocuidad de los alimentos. Las razones que fundamentaron

esta decisión fueron la preocupación de los consumidores por acceder a alimentos inocuos, la necesidad de mejorar la efectividad y eficiencia de sus sistemas de inocuidad y, por supuesto, de mejorar su posición competitiva en el comercio agropecuario internacional.

La problemática a la que se enfrentaron estos países en un principio fue la de realizar una decisión política que viera el tema de inocuidad como un tema prioritario que tenía que ser inmediatamente atendido y por otra el de formar una nueva agencia que podría depender de un Ministerio en específico o ser independiente, así como cuáles serían sus responsabilidades específicas.

Si bien estos siete países decidieron que la mejor fórmula era una sola agencia, sus ámbitos de competencia fueron variables: mientras que en algunos casi todas las actividades relacionadas con la inocuidad de los alimentos se concentraron en esta agencia, en otros países la evaluación de riesgos, las inspecciones u otras actividades permanecieron en diversas dependencias.

Estos países han manifestado que para lograr ese cambio y fortalecer los sistemas de inocuidad de los alimentos, es necesario el consenso entre las organizaciones gubernamentales y de consumidores y la industria alimentarias. Su percepción sobre la formación de esta nueva agencia es positiva y tanto los oficiales como la industria de alimentos, los consumidores y todos los sectores involucrados consideran que los beneficios sobrepasan los costos que ha significado el crear una nueva estructura, ya que se visualiza una mejora en la efectividad y eficiencia de los sistemas de inocuidad de los alimentos. También cabe resaltar que en el Congreso y en el Senado de los Estados Unidos existen iniciativas para crear una agencia especializada que concentre las funciones que hasta ahora comparten la Administración de Alimentos y Medicamentos y el Departamento de Agricultura.

En el caso de México, hemos establecido una estrecha coordinación interinstitucional entre las secretarías de agricultura y de salud, bajo el criterio de que la primera se encarga del tramo de la producción y la segunda, del producto final. Sin embargo, todavía carecemos de las modificaciones de ley que permitan cambios estructurales para dar certidumbre al sector productivo y un horizonte futuro a la integración de estas responsabilidades. En esta materia destaca el papel que juegan los productores y operadores de toda la cadena agroalimentaria, quienes están comprometidos en implementar los sistemas de reducción de riesgos de contaminación, de tal forma que aseguren la inocuidad de los alimentos que llegan a los consumidores.

De esta forma, las funciones de los gobiernos en los sistemas de inocuidad serían la creación y vigilancia del cumplimiento de la normatividad aplicable; el establecimiento de estrategias que faciliten el comercio de los productos agropecuarios, y la comunicación al público de posibles riesgos asociados con los alimentos. Esto es trascendente, porque el compromiso de la inocuidad se tiene principalmente con los consumidores. Así, es preciso manifestar que la información al consumidor en relación con la inocuidad debe ser total y absolutamente transparente, precisa, oportuna, responsable y siempre basada en la ciencia. No es aceptable que se oculten los datos, pero tampoco lo es el manejo irresponsable de los mismos. No es

aceptable que se nieguen o minimicen los riesgos sanitarios, pero tampoco que se genere una alarma sin fundamentación científica, que se emita con el solo afán de obtener ventajas comerciales o de otra índole, ya que esto puede destruir mercados y sectores productivos completos. Y aquí es altamente importante que toda estrategia de inocuidad alimentaria vaya acompañada por un esquema de información y de orientación para el consumidor, de manera que esté capacitado para tomar sus decisiones y para obtener de los gobiernos una respuesta efectiva a sus inquietudes. Para ser eficientes, los sistemas de inocuidad alimentaria deberán estar enfocados hacia la cadena agroalimentaria organizada, donde se apliquen las disposiciones reglamentarias y voluntarias que establezcan las autoridades en esta materia.

Anteriormente, la inocuidad de los alimentos se aseguraba a través de controles sobre el producto disponible en el anaquel. Actualmente, los sistemas de inocuidad se orientan a las medidas de carácter preventivo, para evaluar y reducir los riesgos de contaminación que están presentes a lo largo de los procesos, todo ello con un enfoque integral de toda la cadena agroalimentaria, con la consecuente reducción de costos y la minimización de los riesgos. Los gobiernos exigen a los productores nacionales y extranjeros medidas tales como las Buenas Prácticas Agrícolas, Veterinarias y de Manufactura, o el Análisis de Riesgo y Control de Puntos Críticos.

Este mismo enfoque ha sido tomado por el *Codex Alimentarius*, el cual ha promovido los principios generales de higiene, en lugar de las tradicionales especificaciones del producto final. En el establecimiento o fortalecimiento de sistemas nacionales de inocuidad de los alimentos, los organismos internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Internacional de Epizootias y el *Codex Alimentarius* juegan un papel muy importante, ya que apoyan a los países en la elaboración del marco normativo, la homologación de reglas, la creación de capacidad, la asistencia técnica y el desarrollo de políticas internas. En la medida en que este apoyo se siga conservando, habrá un mayor número de países que puedan contar con una estrategia nacional en inocuidad de los alimentos, lo que beneficiará a los consumidores y permitirá un intercambio comercial de productos agropecuarios más seguro y más fluido.

Si bien ha sido muy relevante la labor que han llevado a cabo los organismos regionales e internacionales en apoyo al establecimiento de sistemas de inocuidad en países como Argentina, Guatemala, Panamá, Paraguay y Uruguay, y en otros países de la Región, es necesario fortalecer aún más la capacidad nacional en materia de supervisión y normatividad de los gobiernos, para que puedan cumplir con mayor efectividad su responsabilidad de vigilar la inocuidad de los alimentos. Asimismo, se impone avanzar más rápido en actividades de reconocimiento y aplicación de sistemas de reducción de riesgos de contaminación, a efecto de mejorar la calidad sanitaria de los alimentos y tener acceso al mercado globalizado de productos agropecuarios y de pesca. Otras áreas que requieren fortalecimiento y en donde los organismos internacionales pueden brindar apoyo para el establecimiento de estrategias de inocuidad son las relativas a la Red de Laboratorios Analíticos, tanto para contaminantes químicos, como biológicos, y a los sistemas de información epidemiológica que permitan visualizar la problemática de enfermedades transmitidas por alimentos.

En el caso de México, el gobierno cumple con una doble función, misma que sin duda estaremos atentos para reforzar: una es seguir estableciendo las reglas para que la sanidad y la inocuidad agroalimentaria se cumpla, y la segunda es mantener y acrecentar nuestro apoyo hacia las cadenas productivas, primordialmente a los productores, para que cuenten con los elementos necesarios que les permitan hacer lo que les corresponde. Quiero compartirles en esta reunión el gran esfuerzo que los productores de mi país han realizado para avanzar en el tema de la inocuidad alimentaria, con logros muy significativos. México hoy se ha convertido en referente obligado por sus sistemas sanitarios, que han probado su eficacia en la prevención de enfermedades. Estamos muy contentos con lo logrado, pero de ninguna manera estamos satisfechos. Sabemos que el reto de quienes compartimos este Continente, es armonizar la normalización de los procesos productivos de la agricultura y coordinar las acciones para avanzar juntos en el logro de obtener alimentos más seguros, que den confianza al consumidor a la vez que tengan acceso al mercado más exigente. Sin duda, el intercambio de información y experiencias que aquí se ha registrado nos permite como país y como Región estar a la altura de los retos en la materia, así como cuidar en todo momento a nuestro principal objetivo en materia comercial: los consumidores, tanto del propio país como de los países a los que se exporta. De ahí la responsabilidad con la que debemos atender este tema.



ANEXOS

ANEXO I

AGENDA

PROGRAMA PROVISIONAL DE REUNIONES

Sala Luis Padilla Nervo		
Jueves, 21 de Abril 2005		Otros
7:00	Inscripción*	
7:30		Reunión de los Jefes de Delegación (Sala Magna)
8:30 – 12:15	<p>Punto 1</p> <ul style="list-style-type: none">• Apertura de la reunión por el Presidente saliente• Palabras de bienvenida por la Dra. Mirta Roses, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana• Bienvenida en nombre del país anfitrión• Palabras del Excmo. Sr. Vicente Fox, Presidente de México <p>Punto 2</p> <ul style="list-style-type: none">• Discurso de Apertura: Veinticinco años después de la Declaración de Alma-Ata – Colaboración entre agricultura y salud en la atención primaria de la salud en las Américas: Experiencias y nuevas perspectivas Secretario de Salud, México <p>Punto 3</p> <p>Elección del Presidente, dos Vicepresidentes y Relator</p> <p>Punto 4</p> <p>Adopción del orden del día y del programa de sesiones.</p> <p>Documentos RIMSA14/1, Rev. 2 y RIMSA14/WP/1</p>	

* Se efectuará una pre-inscripción para las delegaciones en el Hotel Melia.

Jueves, 21 de Abril 2005 (cont.)		Otros
8:30 – 12:15	Punto 5	Salud pública veterinaria: Informe de progreso del cumplimiento de la Secretaría a los mandatos de los Cuerpos Directivos de la OPS, 2004-2005. Documento RIMSA14/3
	Punto 6	Plan de Acción del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, 2006-2007. Documento RIMSA14/4
	Punto 7	Informe sobre la 10.ª reunión del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA 10). Documento RIMSA14/5
	Punto 8	Propuesta de plan de acción de cooperación técnica en inocuidad de alimentos de la OPS/OMS, 2006-2007. Documento RIMSA14/6
14:00 – 18:00	Punto 9	Informe sobre la 4.ª reunión de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA 4). Documento RIMSA14/7
	Punto 10	Presentación especial: Convergencia de los recursos y pericia en salud humana y animal en la respuesta mundial frente a las zoonosis nuevas y emergentes (influenza aviar y SARS). Documento RIMSA14/24
	Punto 11	<i>Panel 1: Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre: estrategias de atención primaria de salud y desarrollo local</i> 11.1 Perspectiva sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre en América Latina y el Caribe. Documento RIMSA14/8 11.2 La participación comunitaria en la cadena de producción alimentaria y en la inocuidad de los alimentos. Documento RIMSA14/9 11.3 Tecnología apropiada — los pequeños productores y la seguridad alimentaria. Documento RIMSA14/10

Jueves, 21 de Abril 2005 (cont.)		Otros
	<p>11.4 La colaboración intersectorial para la promoción de la producción agrícola y ganadera, y el desarrollo humano. Documento RIMSA14/11</p> <p>11.5 Apoyo especial a los estados insulares pequeños para aumentar la capacidad en materia de inocuidad de los alimentos y comercio internacional. Documento RIMSA14/12</p>	
Viernes 22 de Abril 2005		
8:30 – 12:15	<p>Punto 12 Eliminación de la rabia humana en América Latina — Situación actual. Documentos RIMSA14/13 y RIMSA14/INF/1</p> <p>Punto 13 <i>Panel 2:</i> La cooperación internacional frente a problemas emergentes en el ámbito de la agricultura, la ganadería y la salud.</p> <p>13.1 La situación actual de las enfermedades animales nuevas y emergentes — el Código Zoonosanitario Internacional como base para la toma de decisiones políticas y comerciales. Documento RIMSA14/14</p> <p>13.2 Iniciativas para la seguridad e inocuidad alimentarias y las enfermedades animales transfronterizas. Documento RIMSA14/15</p> <p>13.3 Las funciones de los sectores público y privado de la agricultura, la ganadería y la salud en la erradicación del hambre y la pobreza extrema en las zonas rurales — movilización de la cooperación internacional. Documento RIMSA14/16</p> <p>13.4 La cooperación entre países en materia de comercio internacional de alimentos y sus consecuencias para la salud y el desarrollo. Documento RIMSA14/17</p> <p>13.5 Atención a las enfermedades desatendidas, con énfasis a las zoonosis, en poblaciones postergadas. Documento RIMSA14/18</p>	

Viernes, 22 de Abril 2005 (cont.)		
14:00 – 17:30	<p>13.6 La cooperación regional centroamericana en salud y agricultura — papel catalizador de los organismos regionales especializados. (Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios de México) Documento RIMSA14/25</p> <p>Punto 14 <i>Panel 3: Mandatos de las cumbres — adelantos realizados en la seguridad humana mediante enfoques innovadores centrados en el desarrollo local.</i></p> <p>14.1 Iniciativas financieras del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para apoyar los mandatos de las Cumbres de las Américas en el desarrollo rural y social. Documento RIMSA14/19</p> <p>14.2 Sanidad agropecuaria y desarrollo rural sostenible. Documento RIMSA14/20</p> <p>14.3 Política agropecuaria, la ciencia y la tecnología aplicadas a la cadena de producción alimentaria. Documento RIMSA14/21</p> <p>14.4 Empoderamiento y ampliación del papel de las mujeres en el ámbito de la seguridad alimentaria y el desarrollo local. Documento RIMSA14/22</p> <p>14.5 Las funciones de las organizaciones locales y las comunidades indígenas como agentes para la movilización de los servicios comunitarios básicos. Documento RIMSA14/23</p> <p>14.6 Pobreza rural — salud y estilo de vida (Presidente de la Fundación Interamericana del Corazón). Documento RIMSA14/26</p> <p>Clausura de la reunión</p>	
18:00	<p>Punto 15 Discurso: Fortalecimiento de las estrategias para fomentar la inocuidad de los alimentos de origen agropecuario. (Secretario de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, México)</p>	

ANEXO II

LISTA DE PARTICIPANTES

ESTADOS MIEMBROS

ANTIGUA Y BARBUDA

Agricultura

Hon. Charlesworth Samuel
Minister of Agriculture, Lands, Marine
Resources, and Agro Industries
Ministry of Agriculture, Lands, Marine
Resources, and Agro Industries

ST. JOHN'S

Dr. Kanyuira Gikonyo
Chief Veterinary Officer
Ministry of Agriculture
St. John's

Salud

Hon. H. John Maginley
Minister of Health, Sports, and Youth Affairs
Ministry of Health, High Street
St. John's

ARGENTINA

Agricultura

Dr. José Néstor Amaya
Presidente
Servicio Nacional de Sanidad y Calidad
Agroalimentaria
Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca
y Alimentos
Buenos Aires

Dr. Jorge Dillon
Director Nacional de Sanidad Animal
Servicio Nacional de Sanidad y Calidad
Agroalimentaria
Buenos Aires

Dr. Guillermo Spaini
Coordinador Técnico Administrativo de
la Dirección Nacional de Fiscalización
Agroalimentaria
Servicio Nacional de Sanidad y Calidad
Agroalimentaria
Buenos Aires

Salud

Dra. Graciela Rosso
Secretaría de Programas Sanitarios
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Dr. Matias De Nicola
Director
Instituto Nacional de Alimentos (INAL)
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Lic. Alfredo Eduardo Ladillinsky
Consultor - Comisión Cascos Blancos
Ministerio de Relaciones Exteriores
Capital Federal, Buenos Aires

Sr. Oscar G. Galié
Embajador de la República Argentina
México

Sr. Jorge E. Perren
 Secretario
 Embajada de la República Argentina
 México

BAHAMAS

Agricultura

Hon. V. Alfred Gray
 Minister of Agriculture, Fisheries, and Local
 Government
 Ministry of Agriculture, Fisheries, and Local
 Government
 Nassau, Bahamas

Dr. Simeon Pinder
 Director
 Department of Agriculture
 Nassau, Bahamas

Dr. Lyn Jeffrey
 Senior Veterinarian
 Ministry of Agriculture, Fisheries, and Local
 Government
 Nassau, Bahamas

BARBADOS

Dr. Mark Trotman
 Chief Veterinary Officer
 Ministry of Agriculture and Rural
 Development
 St. Michael

BELICE

Agricultura

Hon. Dave Burgos
 Minister of Agriculture and Fisheries
 Ministry of Agriculture and Fisheries
 Belmopan

Salud

Hon. Vildo Marin
 Minister of Health, Energy and
 Communications
 Ministry of Health, Energy and
 Communications
 Belmopan

Sr. Salvador Figueroa
 Embajador de Belice
 México, DF

Sr. Maximiliano Ruiz
 Consejero
 Embajada de Belice en México
 México, DF

BOLIVIA

Agricultura

Lic. Victor Gabriel Barrios Arancibia
 Ministro de Asuntos Campesinos y
 Agropecuarios
 Ministerio de Asuntos Campesinos y
 Agropecuarios
 La Paz

Dr. Ernesto Salas García
 Jefe Nacional de Sanidad Animal
 Servicio Nacional de Sanidad
 Agropecuaria e Inocuidad Alimentaria
 Trinidad, Beni

Salud

Dra. Lourdes Ortiz Daza
 Viceministra de Salud y Deportes
 Ministerio de Salud y Deportes
 La Paz

Dr. Walter Agreda
 Director de Control y Prevención de
 Enfermedades
 Ministerio de Salud y Deportes
 La Paz

Sr. Guido Rafael Capra Jemio
 Embajador de la República de Bolivia
 México, D.F.

Sra. Eunice del Rosario Vedia de Heins
 Ministra Consejera
 Embajada de la República de Bolivia
 México, D.F.

BRASIL***Agricultura***

Dr. Roberto Rodrigues
Ministro da Agricultura, Pecuária e
Abastecimento
Secretaria da Agricultura, Pecuária e
Abastecimento
Brasília, D.F.

Dr. João Carlos de Souza Meirelles
Secretário de Ciência, Tecnologia e
Desenvolvimento
Secretaria de Ciência, Tecnologia e
Desenvolvimento
Estado de São Paulo

Sr. Mauricio Cortés Costa
Embajador Asesor Especial del Ministro de
Agricultura de Brasil
Secretaria da Agricultura, Pecuária e
Abastecimento
Brasília, D.F.

Dr. Gabriel Alves Maciel
Secretario de Defesa Agropecuária
Secretaria de Agricultura, Ganadería y
Abasto de Brasil
Brasília, D.F.

Dr. Nelmon Oliveira da Costa
Diretor do Departamento de Inspeção de
Produtos de Origem Animal
Secretaria da Agricultura, Pecuária e
Abastecimento
Brasília, D.F.

Dr. Guilherme Antonio Da Costa Junior
Coordinador de los Asuntos en la OMC
Secretaria da Agricultura, Pecuária e
Abastecimento
Brasília, D.F.

Dr. Jamil Gomes de Souza
Coordinador General de Combate a
Enfermedades
Secretaria da Agricultura, Pecuária e
Abastecimento
Brasília, D.F.

Salud

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Júnior
Secretário de Vigilancia
Ministério da Saúde
Brasília, D.F.

Dr. Cleber Ferreira dos Santos
Gerente Geral de Alimentos
Agência Nacional de Vigilancia Sanitária
Brasília, D.F.

Sr. Luiz Augusto de Araújo Castro
Embajador de Brasil
México, D.F.

Sra. Ana Maria Morales
Jefa del Sector Económico y Financiero
Embajada de Brasil
México, D.F.

CANADÁ***Agricultura***

Mrs. Anne A. MacKenzie
Science Advisor
Canadian Food Inspection Agency
Ottawa

Salud

Dr. Susan Read
Science Program Coordinator
Laboratory for Foodborne Zoonoses
Public Health Agency of Canada
Guelph, Ontario

Mr. Daniel Burgoyne
International Relations Advisor
Canadian Food Inspection Agency
Ottawa

CHILE***Agricultura***

Dr. Jaime Campos Quiroga
Ministro de Agricultura
Ministerio de Agricultura
Santiago

Dr. José Antonio Valenzuela Silva
Asesor del Ministro de Agricultura
Ministerio de Agricultura
Santiago

Dr. Hernán Rojas
Jefe de División de Protección Pecuaria
Ministerio de Agricultura
Santiago

Dr. Oscar Videla
Jefe
Sistema de Inspección de Productos de
Origen Animal
Servicio Agrícola y Ganadero
Santiago

Salud

Dr. Pedro García
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

Dr. Roberto Tapia
Jefe de la Oficina de Cooperación y
Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Dra. Soledad Ubilla
Jefe División Políticas Públicas Saludables
Ministerio de Salud
Santiago

Sr. Oscar Troncoso Muñoz
Consejero Agrícola
Embajada de Chile
México, D.F.

COLOMBIA

Dr. José Triviño Padilla
Ministro Consejero
Embajada de Colombia
México, D.F.

Dra. Luz Marina Palacios González
Ministro
Embajada de Colombia
México, D.F.

COSTA RICA

Agricultura

Dr. José Joaquín Oreamuno Toledo
Director General
Ministerio de Agricultura y Ganadería
Producción Pecuaria
San José

Salud

Dr. Francisco Cubillo Martínez
Viceministro de Salud
Ministerio de Salud
San José

Sr. Ronald Gurdián Marchena
Embajador de Costa Rica
México, D.F.

Sra. Adriana Bagnarello
Consejero
Embajada de Costa Rica
México, D.F.

CUBA

Agricultura

Dr. Emerio Serrano Ramírez
Director General del Instituto de Medicina
Veterinaria
Ministerio de Agricultura
La Habana

Salud

Dr. Rolando Mateo Cabrera Marqueti
Especialista del Viceministerio de Higiene y
Epidemiología
Ministerio de Salud Pública
La Habana

ECUADOR

Agricultura

Dr. Rodrigo Mena Ramos
Presidente
Federación de Ganaderos de Ecuador
Quito

Emb. Reynaldo Huerta Ortega
Embajada del Ecuador
México, D.F.

Dra. Guadalupe Moreno Loayza
Ministra
Embajada del Ecuador
México, D.F.

EL SALVADOR

Lic. Rosa Elena Moreno
Ministra Consejera
Embajada de El Salvador
México, D.F.

Emb. Francisco Imendia Maza
Embajada de la República de El Salvador
México, D.F.

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Agricultura

Dr. Peter Fernandez
Associate Administrator
Animal and Plant Health Services
Washington, D.C.

Dr. Dan J. Sheesley
Associate Deputy Administrator
Animal and Plant Health Inspection Service
U.S. Department of Agriculture
Washington, D.C.

Dr. John Clifford
Assistant Deputy Administrator
Animal and Plant Health Inspection Service
U.S. Department of Agriculture
Washington, D.C.

Ms. Linda Swacina
Director, Food Safety Institute of the Americas
Food Safety and Inspection Service
Washington, D.C.

Dr. Kelly Preston
Acting Agricultural Attaché, Mexico City
Animal and Plant Health Inspection Service
U.S. Department of Agriculture
Brownsville, Texas

Mr. David L Bergman
State Director- Animal and Plant Health
Inspection Service
U.S. Department of Agriculture
Phoenix, Arizona

Dr. Micheal Dunbar
Program Manager -Wildlife Disease
Animal and Plant Health Inspection Service
U.S. Department of Agriculture
Ft. Collins, Colorado

Dr. Thomas J. DeLiberto
National Coordinator of Wildlife Diseases
Program
Animal and Plant Health Inspection Service
U.S. Department of Agriculture
Ft. Collins, Colorado

Dr. Laura Robinson
Zoonoses Control Veterinarian
Department of State Health Services
Animal and Plant Health Inspection Service
U.S. Department of Agriculture
Austin, Texas

Mr. Seth R. Swafford
Operational Support Staff
Animal and Plant Health Inspection Service
U.S. Department of Agriculture
Wild Services
Riverdale, Maryland

Dr. Gary L Nunley
State Director
Animal and Plant Health Inspection Service
U.S. Department of Agriculture
San Antonio, Texas

Dr. Luis Lecuona
USDA APHIS IS-Mexico
Animal and Plant Health Inspection Service
U.S. Department of Agriculture
Brownsville, Texas

Dr. Martin Mendoza, Jr.
Associate Deputy Administrator
Wildlife Services
Animal and Plant Health Inspection Service
U.S. Department of Agriculture
Washington, D.C.

Dr. Dennis Slate
National Rabies Program
U.S. Department of Agriculture
Concord, New Hampshire

Dr. John Lewis Shaw
U.S. Department of Agriculture (USDA)
Animal and Plant Health Inspection Service
(APHIS)
México, D.F.

Salud

Dr. Lester Crawford (Head of Delegation)
Commissioner, Food and Drug
Administration
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Dr. Robert Brackett
Director
Center for Food Safety and Applied
Nutrition
Food and Drug Administration
College Park, Maryland

Ms. Melinda Brackett
Director, Center for Food Safety and
Applied Nutrition
Food and Drug Administration
Washington, D.C.

Ms. Melinda Plaisier
Assistant Commissioner for International
Programs
Food and Drug Administration
Washington, D.C.

Mr. Charles Gaylord (Advisor)
Americas Desk Officer, Office of
International Affairs
Food and Drug Administration
Washington, D.C.

Mr. Richard Walling
Director, Office of the Americas and
Middle East
Office of the Secretary
Washington, D.C.

Dr. Charles E. Rupprecht
Chief, Rabies Section
Director, WHO Collaborating Centre for
Reference and Research on Rabies
National Centers for Disease Control and
Prevention
Atlanta, Georgia

Sr. Carlos A. González
Agregado de Agricultura
Embajada de los Estados Unidos
México, D.F.

Ms. Suzanne Heinen
Agricultural Minister- Counselor
Foreign Agriculture Service
U.S. Embassy
Mexico, D.F.

FRANCIA

Agricultura

Dr. Carol Buy
Deputy Counselor
Economic Mission, Agriculture Service
French Embassy
Washington, D.C.

Sr. Philippe Cheron
Asistente de Cooperación
Embajada de Francia en México
México, D.F.

Sra. Jeanne Texier
Ministra Consejera
Embajada de Francia
México, D.F.

Sr. Guillaume Mounier
Agregado de Cooperación Científica y
Técnica
Embajada de Francia
México, D.F.

GUATEMALA***Agricultura***

Ing. Bernardo López Figueroa
 Viceministro de Agricultura, Recursos
 Naturales Renovables y Alimentación
 Ministerio de Agricultura, Ganadería y
 Alimentación
 Ciudad de Guatemala

GUYANA***Agricultura***

Hon. Satyadeo Sawh
 Minister of Agriculture
 Ministry of Agriculture
 Georgetown

HAÏTÍ***Agricultura***

Mr. Ing. Philippe Mathieu
 Ministre de l'Agriculture, des Ressources
 naturelles et du Développement Rural
 Ministère de l'Agriculture, des Ressources
 naturelles et du Développement Rural
 Damien

Salud

Dr. Josette Bijou
 Ministre de la Santé publique et de la
 Population
 Ministère de la Santé publique et de la
 Population
 Port-au-Prince

Dr. Marie-Ghislaine Adrien
 Directeur d'unité de ressources humaines
 Ministère de la Santé publique et de la
 Population
 Port-au-Prince

Mr. Idalbert Pierre Jean
 Ambassadeur d'Haïti
 México, D.F.

Sr. Pierre Joseph Martin
 Ministre Consultatif
 Ambassade de Haïti
 México, D.F.

HONDURAS***Salud***

Dra. Reina Teresa Velásquez
 Jefa
 Departamento de Control de Zoonosis del
 Nivel Central
 Ministerio de Salud
 Tegucigalpa

JAMAICA***Agricultura***

Dr. Richard Harrison
 Permanent Secretary
 Ministry of Agriculture
 Kingston

Hon. Headley Edwards
 Director
 Veterinary Services Division
 Ministry of Agriculture
 Kingston

Salud

Dr. Linnette Peters
 Policy & Program Director
 Veterinary Public Health
 Ministry of Health
 Kingston

MÉXICO***Agricultura***

Dr. Javier Usabiaga Arroyo
 Secretario de Agricultura, Ganadería,
 Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
 Secretaría de Agricultura, Ganadería,
 Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
 México, D.F.

Dr. Víctor Villalobos
 Coordinador de Asuntos Internacionales
 Secretaría de Agricultura, Ganadería,
 Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
 México, D.F.

Sra. Lourdes Cruz
 Directora de Asuntos Internacionales
 Secretaría de Agricultura, Ganadería,
 Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
 México, D.F.

Dr. José Angel del Valle Molina
 Director General de Salud Animal
 Secretaría de Agricultura, Ganadería,
 Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
 México, D.F.

Dr. Miguel Angel García Díaz
 Subdirector de Inocuidad Pecuaria
 Secretaría de Agricultura, Ganadería,
 Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
 México, D.F.

Dra. Mayra Pérez Saudi
 Subdirectora Inocuidad Alimentaria
 Secretaría de Agricultura, Ganadería,
 Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
 México, D.F.

Dr. Igor Romero Sosa
 Director General de la Comisión México
 Americana para la erradicación de
 la Fiebre Aftosa y otras Enfermedades
 Exóticas de los Animales
 Secretaría de Agricultura, Ganadería,
 Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
 México, D.F.

Dr. Javier Trujillo Arriaga
 Director en Jefe del Servicio Nacional de
 Sanidad,
 Calidad e Inocuidad Agroalimentaria
 Secretaría de Agricultura, Ganadería,
 Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
 México, D.F.

Lic. Fernando Valderrabano Pesquera
 Subdirector Asuntos Multilaterales
 Secretaría de Agricultura, Ganadería,
 Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
 México, D.F.

Dra. Amada Vélez Méndez
 Subdirectora General de Inocuidad
 Agroalimentaria
 Acuicola y Pesquera
 Secretaría de Agricultura, Ganadería,
 Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
 México, D.F.

Salud

Dr. Julio José Frenk Mora
 Secretario de Salud
 Secretaría de Salud
 México, D.F.

Lic. Ernesto Enríquez Rubio
 Comisionado Federal
 Comisión Federal para la Protección
 Contra Riesgos Sanitarios
 Secretaría de Salud
 México, D.F.

Lic. Marcela Madrazo
 Coordinadora General
 Sistema Federal Sanitario
 Comisión Federal para la Protección
 Contra Riesgos Sanitarios
 Secretaría de Salud
 México, D.F.

Lic. Eduardo Jaramillo Navarrete
 Comisión Federal para la Protección
 Contra Riesgos Sanitarios
 Secretaría de Salud
 México, D.F.

Lic. Renée Salas
 Subdirectora de Operación Internacional
 Comisión Federal para la Protección
 Contra Riesgos Sanitarios
 Secretaría de Salud
 México, D.F.

Lic. Fernanda Martínez
 Comisión Federal para la Protección
 Contra Riesgos Sanitarios
 Secretaría de Salud
 México, D.F.

Dra. Carolina Castellanos
 Gerente
 Asuntos Internacionales en Alimentos
 Comisión Federal para la Protección
 Contra Riesgos Sanitarios
 Secretaría de Salud
 México, D.F.

Dr. Jaime Sepúlveda
 Coordinador General de los Institutos
 Nacionales de Salud
 Secretaría de Salud
 México, D.F.

Dr. Carlos Tena Tamayo
 Comisionado Nacional de Arbitraje Médico
 Secretaría de Salud
 México, D.F.

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención y Promoción
de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dra. Mercedes Juan López
Secretaría del Consejo de Salubridad General
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Mauricio Bailón
Director General
Dirección General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Eduardo Pesqueira
Director de Asuntos Regionales y Bilaterales
Dirección General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dra. Adriana Antillón
Subdirectora para América del Norte
Dirección General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Karen Aspuru
Subdirectora de Cooperación Internacional
Dirección General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Gabriela Sánchez
Dirección General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Secretaría de Relaciones Exteriores

Dr. Luis Ernesto Derbéz
Secretario de Relaciones Exteriores
México, D.F.

Min. Yanerit Morgan Sotomayor
Directora General
Dirección General de Organismos y
Mecanismos Regionales Americanos
Secretaría de Relaciones Exteriores
México, D.F.

Lic. Julián Juárez
Director General Adjunto
Dirección General de Organismos y
Mecanismos Regionales Americanos
Secretaría de Relaciones Exteriores
México, D.F.

Lic. Norma Angélica Contreras
Jefa de Departamento
Dirección General de Organismos y
Mecanismos Regionales Americanos
Secretaría de Relaciones Exteriores
México, D.F.

NICARAGUA

Agricultura

Ing. José Augusto Navarro
Ministro Agropecuario y Forestal
Ministerio Agropecuario y Forestal
Managua

Salud

Dr. Norman Jirón Romero
Director General de Acreditación y
Regulación
Ministerio de Salud
Managua

PAÍSES BAJOS

Ing. Pieter de Rijk
Consejero de Agricultura, Naturaleza y
Calidad Alimentaria
Embajada del Reino de los Países Bajos
México, D.F.

PANAMÁ**Agricultura**

Dr. Franklin Clavel
 Director Técnico
 Comisión Panamá - Estados Unidos para
 la Erradicación y Prevención del Gusano
 Barrenador del Ganado (COPEG)
 Panamá

Salud

Dra. Dora Jara
 Viceministra de Salud
 Ministerio de Salud
 Ciudad de Panamá

PARAGUAY**Agricultura**

Dr. Gerardo José Bogado Ayala
 Viceministro Agricultura y Ganadería
 Ministerio de Agricultura y Ganadería
 Asunción

Dr. Hugo Adolfo Corrales Irrazabal
 Presidente
 Servicio Nacional de Calidad y Salud
 Animal
 San Lorenzo

Dr. Manuel Adrián Barboza González
 Director General de Salud Animal,
 Identidad y Trazabilidad
 Servicio Nacional de Calidad y Salud
 Animal (SENASA)
 Paraguay

Salud

Dr. Julio Cesar Velázquez
 Ministro de Salud Pública y Bienestar Social
 Ministerio de Salud Pública y Bienestar
 Social
 Asunción

Dra. Sonia Noemí Chávez Galeano
 Primer Secretario
 Embajada del Paraguay
 México, D.F.

PERÚ**Agricultura**

Ing. Manuel Manrique Ugarte
 Ministro de Agricultura
 Ministerio de Agricultura
 Lima

Dr. Ernesto Salas García
 Jefe Nacional de Sanidad Animal
 Ministerio de Agricultura
 Lima

REPÚBLICA DOMINICANA**Agricultura**

Dr. Ángel Faxas
 Director General de Ganadería
 Secretaría de Agricultura
 Santo Domingo

Dr. Amilcar Romero
 Secretario de Estado de Agricultura
 Secretaría de Agricultura
 Santo Domingo

Salud

Dr. Rafael Schiffino
 Subsecretario de Salud Colectiva
 Secretaría de Estado de Salud Pública y
 Asistencia Social
 Santo Domingo

Dr. Guillermo Rosario
 Director del Centro Antirrábico Nacional
 Secretaría de Estado de Salud Pública y
 Asistencia Social
 Santo Domingo

SAN KITTS Y NEVIS**Salud**

Hon. Rupert Herbert
 Minister of Health and the Environment
 Ministry of Health and the Environment
 Kingtown

SANTA LUCÍA***Agricultura***

Hon. Darius Gabriel
Deputy Director of Agricultural Services
Ministry of Agriculture, Forestry and
Fisheries
Castries

SURINAM***Agricultura***

Dr. Edmund Rozenblad
Director Animal Husbandry
Ministry of Agriculture, Animal Husbandry
and Fisheries
Paramaribo

Salud

Hon. Dr. Mohamed Rakieb Khudabux
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

URUGUAY***Agricultura***

Sr. Francisco Muzio
Director General de los Servicios Ganaderos
Ministerio de Ganadería, Agricultura y
Pesca
Montevideo

Salud

Dra. María Julia Muñoz
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Dr. Enrique Delgado Genta
Embajador del Uruguay
México, D.F.

Sr. Bernardo Greiver
Ministro Consejero
Embajada del Uruguay
México, D.F.

VENEZUELA***Agricultura***

Ing. Betsaida Viáfara Rey
Directora - Servicio Autónomo de Sanidad
Agropecuaria
Ministerio de Agricultura y Tierras
Caracas

Salud

Ing. Ramón Ernesto Perdomo
Director General de Salud Ambiental y
Control Sanitario
Ministerio de Salud
Caracas

ESTADOS ASOCIADOS**PUERTO RICO*****Agricultura***

Dr. Jose Orlando Fabre Laboy
Ministro de Agricultura
Secretaría de Agricultura
Santurce

ESTADOS OBSERVADORES

ESPAÑA**Agricultura**

Dr. Arnaldo Cabello Navarro
Subdirector General de Sanidad Animal
Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación
Madrid

Sr. José Ma. Iturbe
Consejero de Agricultura, Pesca y
Alimentación
Embajada de España
México, D.F.

Salud

Dra. María Neira González
Presidenta de la Agencia Española
de Seguridad Alimentaria
Ministerio de Salud
Madrid

OBSERVADORES DE OTROS PAÍSES Y TERRITORIOS

COMUNIDAD EUROPEA**Salud**

Dr. Antoine van der Haegen
Head of Food Safety, Health and Consumer
Affairs Section
European Commission Delegation
Washington, D.C.

ITALIA

Dra. Gianfranca D'Ignazio
Embajada de Italia
México, D.F.

TAIWAN

Lic. Carlos Liao
Director General
Oficina Económica y Cultura
México, D.F.

TUNEZ

Dr. Faouzi Kechrid
Vice President
World Veterinary Association
Tunis

Dr. Ahlem Kechrid
Tunisian Small Animal
Veterinary Association
El Menzah

NACIONES UNIDAS Y AGENCIAS ESPECIALIZADAS

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN

Sr. Moises Vargas Terán
Animal Health Officer
Santiago

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Sra. Alicia Bárcena
Secretario Adjunta
Santiago

**UNITED NATIONS HIGH
COMMISSIONER FOR REFUGEES**

Mrs. Mérida Morales O'Donnell
Representative in Mexico
Mexico, D.F.

**UNITED NATIONS DEVELOPMENT
PROGRAMME**

Mrs. Rosa Santizo
Deputy Resident Representative
Mexico, D.F.

**PROGRAMA MUNDIAL DE
ALIMENTOS**

Ms. Susana Malcorra
Deputy Director
Roma, Italy

**ORGANIZACION INTERNACIONAL
DEL TRABAJO**

Sr. Marcelo Castro-Fox
Deputy Director
Office for Cuba
Mexico, D.F.

Mrs. Valentina Forastieri
Senior Specialist on Health and Safety at
Work and Environment
Mexico, D.F.

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA
SALUD (OMS)**

Dr. Shigeru Omi
WHO Regional Director for the Western
Pacific
Manila, Philippines

Dr. Jorgen Schlundt
Director
Food Safety Department
Geneva, Switzerland

Sra. Cristina Tirado
Consejera Regional en Inocuidad de Alimentos
Roma, Italia

REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES
INTERGUBERNAMENTALES

**INSTITUTO INTERAMERICANO DE
COOPERACION EN AGRICULTURA**

Dr. Chelston W. D. Brathwaite
Director General
San José, Costa Rica

Dr. Kevin Walker
Director de Sanidad Agropecuaria e
Inocuidad de Alimentos
San José, Costa Rica

Dr. Lizardo de las Casas
Director de la Oficina de Seguimiento del
Proceso de las Cumbres de las Américas
San José, Costa Rica

Sr. Edgardo Moscardi
Representante
México, D.F.

Sra. Gloria Abraham Peralta
Especialista Regional en Políticas y
Comercio
México, D.F.

Dr. Armando Mateos
Especialista en Salud Animal e Inocuidad
México, D.F.

**BANCO INTERAMERICANO DE
DESARROLLO**

Sr. Gabriel Montes Llamas
Especialista Principal en Agricultura
Washington, D.C.

**ORGANIZACION MUNDIAL DE
SANIDAD ANIMAL**

Dr. Bernard Vallat
Directeur Général
Paris, France

Sr. Alejandro Thiermann
Presidente
Comisión de Normas Sanitarias
Internacionales
Paris, Francia

Dr. Luis Osvaldo Barcos
Representante Regional, a.i.
Buenos Aires, Argentina

**ORGANISMO INTERNACIONAL
REGIONAL DE SANIDAD
AGROPECUARIA**

Lic. Oscar Manuel Gutiérrez
Director Ejecutivo
San Salvador, El Salvador

Dr. Oscar García Suárez
Coordinador Regional
Inocuidad de Alimentos
San Salvador, El Salvador

Dr. Oscar Umaña
Asesor Dirección Ejecutiva
Organismo Internacional Regional de
Sanidad Agropecuaria
San Salvador, El Salvador

Dr. Eduardo Serrano Pérez
Representante en México
Organismo Internacional Regional de
Sanidad Agropecuaria
México, D.F.

REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

FUNDACIÓN INTERAMERICANA DEL CORAZÓN

Dr. Trevor A. Hassell
President
Bridgetown, Barbados

OBSERVADORES

ARGENTINA

Dr. Federico Gonzalez Grey
Asesor
Sociedad Rural Argentina
Capital Federal, Buenos Aires

Dr. Juan Carlos López Musi
Presidente
Internacional Life Sciences Institute
Capital Federal, Buenos Aires

Dr. Rodolfo Bellinzoni
Director
Biogénesis S.A.
Garin, Buenos Aires

Dr. Carlos Alberto Diez
Presidente
Colegio de Veterinarios de la Provincia de
Buenos Aires
La Plata, Buenos Aires

Dra. Silvia González Ayala
Profesora Titular de Infectología
Universidad Nacional de La Plata
La Plata, Buenos Aires

BOLIVIA

Ing. Luís Chávez
 Unidad de Alimentos de la Organización
 de Consumidores
 Secretaría de Desarrollo Económico (SEDECO)
 La Paz

Sr. Roberto Yañez
 Presidente
 Confederación Agropecuaria Boliviana
 (CONFEAGRO)
 Confederación Ganadera Boliviana
 (CONGABOL)
 Federación de Ganaderos de Beni y Pando
 (FEGABENI)
 La Paz

BRASIL

Dr. Antenor Nogueira
 Presidente
 Fórum Nacional de Pecuária de Corte
 Confederação Nacional da Agricultura
 (CNA)
 Goiânia, Goiás

Dr. Luis Jacintho da Silva
 Presidente
 Coordenação dos Institutos de Pesquisa
 São Paulo, São Paulo

Dr. Cláudio Roberto Gonçalves Martins
 Diretor Executivo da Associação Brasileira
 dos Produtores e Exportadores de Frango
 e Associação Brasileiras das Indústrias
 Produtoras e Exportadoras de Carne
 Suína
 São Paulo, São Paulo

Dr. Germano Francisco Biondi
 Professor Adjunto
 Disciplina de Inspeção Sanitária de
 Alimentos de Origem Animal
 Faculdade de Medicina Veterinária e
 Zootecnia (UNESP)
 Departamento de Higiene Veterinária e
 Saúde Pública
 São Paulo, São Paulo

Dra. Nádia Maria Bueno Fernandes Dias
 Delegacia Federal de Agricultura no Estado
 de São Paulo
 Ministério da Agricultura, Pecuária e
 Abastecimento
 São Paulo, São Paulo

Dr. Francisco Konolsaisen
 Diretor
 Diretoria de Vigilância e Pesquisa
 Secretaria Estadual de Saúde
 Curitiba, Paraná

Dr. Julio Cesar Augusto Pompei
 Asesor Especial
 Ministério de Ciência, Tecnologia e
 Desenvolvimento
 São Paulo, São Paulo

Dr. Marcílio Magalhães Vaz de Oliveira
 Presidente
 Conselho Regional de Medicina Veterinária
 do Estado de Minas Gerais
 Belo Horizonte, Minas Gerais

Dr. Silmar Pires Büerer
 Secretario Executivo
 Conselho Estadual de Sanidade
 Agropecuária (CONESA)
 Curitiba, Paraná

Dr. Antonio Leonel Poloni
 Diretor Executivo
 Fundo de Desenvolvimento da Pecuária
 (FUNDEPEC)
 São Paulo, São Paulo

Dr. Roni Barbosa
 Diretor
 Departamento de Defesa Agropecuária
 Secretaria da Agricultura e Desenvolvimento
 Rural de Santa Catarina
 Florianópolis, Santa Catarina

Dr. Renato Broetto
 Diretor Geral
 Secretaria da Agricultura e Desenvolvimento
 Rural de Santa Catarina
 Florianópolis, Santa Catarina

Dr. Fernando Torbay Gorayeb
Chefe Gabinete
Assembléia Legislativa do Estado do Mato
Grosso
Cuiabá, Mato Grosso

Dr. Décio Coutinho
Presidente
Instituto de Defesa Agropecuária de Mato
Grosso (INDEA/MT)
Cuiabá, Mato Grosso

Dr. José Antonio de Ávila
Presidente
Fundo Emergencial de Febre Aftosa (FEFA/MT)
Cuiabá, Mato Grosso

Sra. Gisele Camargo
Assessor
Ministério da Agricultura, Pecuária e
Abastecimento
São Paulo, São Paulo

Dr. Daniel Ferreira
Assessor
Vallée, S.A.
São Paulo, São Paulo

Dr. Carlos Manuel Santos
Diretor Geral
Secretaria Estadual de Saúde
Curitiba, Paraná

Dr. Alexandre Antonio Jacewicz
Diretor
Federação da Agricultura do Estado do
Paraná
Curitiba, Paraná

Dr. Benedito Fortes de Arruda
Presidente do Conselho Federal de
Medicina Veterinária
Brasília, D.F.

Dra. Luciana Hardt
Diretora
Centro de Controle de Zoonoses
São Paulo, São Paulo

Dr. Geraldo Marcelino C. P. do Rêgo
Conselheiro do Conselho Federal de
Medicina Veterinária
Brasília, D.F.

Dr. Elio João Ventura
Tesoureiro do Conselho Federal de
Medicina Veterinária
Brasília, D.F.

Dr. Vicente Nogueira Netto
Diretor Dept. Econômico
Brasília, D.F.

Dra. Erlene Tedeschi Santos
Diretora da Escola de Saúde Pública do
Paraná
Secretaria de Saúde do Paraná
Curitiba, Paraná

Sr. Ricardo Pinto
Vice-Presidente
Sindicato Nacional da Indústria de Produtos
para Saúde Animal (SINDAN)
São Paulo, São Paulo

COLOMBIA

Dr. Jaime Giraldo Saavedra
Subdirector
Federación Colombiana de Ganaderos
Bogotá

Sr. Herney Gómez Martínez
Gerente División Sanidad Animal
Laverlan, S.A.
Bogotá

COSTA RICA

Sr. Ronny Chaves Solano
Presidente
Corporación para el Fomento Ganadero
San José

Dr. José Joaquín Oreamuno Toledo
Director General
Ministerio de Agricultura y Ganadería
Producción Pecuaria
San José

CUBA

Dr. Manuel Díaz Gonzalez
Subdirector de Epidemiología
Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri"
La Habana

ECUADOR

Sr. Christian Wahli
Presidente
Asociación de Fabricantes de Alimentos y
Bebidas
Quito

ESPAÑA

Dr. Francisco Orozco
Secretario General
Instituto de Salud Pública
Comunidad de Madrid
Madrid

Dr. José Luis Peñuelas
Instituto de Salud Pública
Comunidad de Madrid
Madrid

ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMERICA

Dr. Tom Sidwa
Project Director
Oral Rabies Vaccination
Department State Health Services
Austin, Texas

Dr. Robin W. Yeaton Woo
Team Leader
International Policy
US Food and Drug Administration
Center for Food Safety and Applied Nutrition
College Park, Maryland

Dr. Catherine W. Carnevale
Director
Office of Constituent Operations
Food and Drug Administration
Washington, D.C.

Sra. Nicole Detmann-Quisbert
Directora de Programas Latinoamericanas
Amigos de las Américas
Houston, Texas

Dr. Matías Fernández Madero
Consultant
University of Florida, Food Safety
Amigos de las Américas
Miami, Florida

Sr. Philip E. Bradshaw
President - Illinois Soybean Board
Griggsville, Illinois

Dr. Francois Elvinger
Director
Public Health Program Virginia-Maryland
Regional
College of Veterinary Medicine
Virginia Polytechnic Institute and State
University
Blacksburg, Virginia

Dr. Caroline Smith DeWaal
Food Safety Director
Center for Science in the Public Interest
Washington, D.C.

Mr. Marc Hall
Research Associate
TEXAS A&M University-Kingsville
Kingsville, Texas

Sr. Fale Maki
Director Regional U.S. Department of
Agriculture (USDA)
Animal and Plant Health Inspection Service
(APHIS)
Comisión México-América para la
Erradicación del Gusano Barredor del
Ganado
México, D.F.

Dr. John B. Welch
Director para Estados Unidos
U.S. Department of Agriculture (USDA)
Animal and Plant Health Inspection Service
(APHIS)
Comisión México-América para la
Erradicación del Gusano Barredor del
Ganado
México, D.F.

Dr. Charles O. Thoen
Professor
Dept. of Veterinary Microbiology and
Preventive Medicine
College of Veterinary Medicine
Iowa State University
Ames, Iowa

Dr. Ewen C.D. Todd
Director
National Food Safety & Toxicology Center
Michigan State University
East Lansing, Mississippi

Dr. Channa Reddy
Head
Department of Veterinary Science
Director of the Huck Institutes of the Life
Sciences
The Pennsylvania State University
University Park, Pennsylvania

Dr. Paulo C. Duarte
Animal Population Health Institute (APHI)
College of Veterinary Medicine and
Biomedical Sciences
Colorado State University
Fort Collins, Colorado

Dr. Rosa Alicia Yunes
McDonald's Corporation
McDonald's Plaza
Oak Brook, Illinois

Dr. Ricardo Angel Ertze
CADMS- Center for Animal Disease
Modeling and Surveillance
VM: Medicine and Epidemiology
University of California, Davis
Davis, California

Dr. Eldon K. Uhlenhopp
Associate Professor and Coordinator for
Livestock Security and Bioterrorism Defense
Outreach Academy for Veterinary Medicine
and Rural Community Development
Iowa State University
Ames, Iowa

Dr. Nolan Hartwig
Outreach Academy for Veterinary Medicine
and Rural Community Development
Iowa State University
Ames, Iowa

Dr. David Hansen
Outreach Academy for Veterinary Medicine
and Rural Community Development
Iowa State University
Ames, Iowa

Dr. Alfonso Torres
Associate Dean and Director
College of Veterinarian Medicine
Cornell University
Ithaca, New York

Dra. Louise Maranda
Assistant Professor
Tufts University School of Veterinary
Medicine
North Grafton, Massachusetts

Dr. Reba Carruth
Former Director
Transatlantic Policy and Global Market
Governance Project
School of Business and Public Management
The George Washington University
Washington, D.C.

MÉXICO

Dr. Jorge Cárdenas Lara
Secretario General de la Facultad de
Medicina Veterinaria y Zootecnia
Universidad Nacional Autónoma de México
Delegación Coyoacán, México, D.F.

Dr. Juan Garza Ramos
Universidad Nacional Autónoma de México
Delegación Coyoacán,
México, D.F.

Dr. Raúl Vargas García
Departamento de Medicina Preventiva y
Salud Pública
Facultad de Medicina Veterinaria y
Zootecnia
Universidad Nacional Autónoma de México
Delegación Coyoacán, México, D.F.

Sra. Ma. Cristina Acevedo Hernandez
Coordinadora del Programa Inocuidad
Alimentaria
Fundación México-Estados Unidos para la
Ciencia
México, DF.

Dr. Alejandro S. Parra Carretero
Facultad de Medicina Veterinaria y
Zootecnia
Universidad Nacional Autónoma de México
Delegación Coyoacán, México, D.F.

Dr. Arturo Campomanes Cortés
Subdirector Técnico
Comisión México-Estados Unidos para la
Prevención de la Fiebre Aftosa
México, D.F.

Dr. Víctor García
Subdirector de Inocuidad Agrícola
Comisión México-Estados Unidos para la
Prevención de la Fiebre Aftosa
México, D.F.

Dr. Jacobo Finkelman
Consultor Independiente
México, D.F.

Dr. Edgardo Pérez Román
Coordinador de Protección contra Riesgos
Sanitarios
Instituto de Salud
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Dr. Noe Angel Méndez Vázquez
Subdirector de Vigilancia Epidemiológica y
Control de Enfermedades
Secretaría de Salud
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Dr. José Pedro Cano Celada
Presidente
Federación de Colegios y Asociaciones
de Médicos Veterinarios Zootecnistas de
México
México, D.F.

Dra. María de los Angeles Julio Miranda
Gerente
Federación de Colegios y Asociaciones de
Médicos Veterinarios Zootecnistas de
México
México, D.F.

Dr. Osvaldo Pérez
Asistente Regional
Comisión México-Americana para la
Erradicación del Gusano Barredor del
Ganado
México, D.F.

Dra. Martha Chavez Niño
Agriculture Specialist Animal Health
Comisión México-Americana para la
Erradicación del Gusano Barredor del
Ganado
México, D.F.

Dra. Carmen Rodríguez
Especialista en Agricultura
Comisión México-Americana para la
Erradicación del Gusano Barredor del
Ganado
México, D.F.

Dr. Alejandro Perera
Especialista en Agricultura
Comisión México-Americana para la
Erradicación del Gusano Barredor del
Ganado
México, D.F.

Dr. Oscar Velázquez Monroy
Director General
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica
y Control de Enfermedades
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dra. Carmen González Almeida
Directora del Programa de Urgencias
Epidemiológicas
Centro Nacional de Vigilancia
Epidemiológica y Control de
Enfermedades
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Jorge Méndez Galván
Director del Programa de Vectores
Centro Nacional de Vigilancia
Epidemiológica y Control de
Enfermedades
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Luis Correa González
Subdirector de Seguridad Nacional
Centro Nacional de Vigilancia
Epidemiológica y Control de
Enfermedades
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Raúl Olmedo Núñez
Subdirector de Prevención de Cólera
Centro Nacional de Vigilancia
Epidemiológica y Control de
Enfermedades
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Fernando Vargas Pino
Subdirector del Programa de Zoonosis
Centro Nacional de Vigilancia
Epidemiológica y Control de
Enfermedades
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Miguel Lutzou Steiner
Coordinador
Centro Nacional de Vigilancia
Epidemiológica y Control de
Enfermedades
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dra. Verónica Gutiérrez Cedillo
Jefe de Departamento de Zoonosis
Centro Nacional de Vigilancia
Epidemiológica y Control de
Enfermedades
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Gustavo A. Rodríguez Heres
Director por México
Comisión México-Americana para la
Erradicación del Gusano Barredor del
Ganado
México, D.F.

Dr. Francisco Javier Rojas Castro
Subdirector Técnico
Comisión México-Americana para la
Erradicación del Gusano Barredor del
Ganado
México, D.F.

NICARAGUA

Ing. Alfredo Marín
Presidente
Industrial San Martín
Managua

PARAGUAY

Dr. Alberto Antonio Soljancic Vargas
Presidente
Asociación Rural del Paraguay
Asunción

PERÚ

Dr. Guillermo Leguia Puente
Decano
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Veterinaria y Zootecnia
Urb. Ingeniería, Lima

Dra. Amanda Chavez Velásquez
Profesora
Facultad de Medicina Veterinaria UNMSM
San Borja, Lima

REINO UNIDO

Ms. Saskia Hendrickx
M.Sc. Veterinary Epidemiology Candidate
2005
Royal Veterinary College
London

REPÚBLICA DOMINICANA

Sr. Miguel Zaglul
Presidente del Patronato Nacional de
Ganaderos
Santo Domingo

Dr. Estela Emilia Berliza de Ramírez
Representante del Sector Consumidores
Santo Domingo

SUECIA

Mr. Jorge Moreno-López
Professor of Virology
Biomedical Sciences and Veterinary Public
Health
Swedish University of Agricultural
Swedish

TRINIDAD Y TOBAGO

Mr. Robert A Best
 Caribbean Poultry Association c/o Livestock
 and Livestock Products Board
 St Augustine

Dr. Fernando Mattos Costa
 Presidente
 Asociación Rural del Uruguay
 Montevideo

URUGUAY

Dra. Raquel Sánchez
 Nutricionista
 Organización de Consumidores
 Montevideo

VENEZUELA

Dr. José Agustín Campos
 Presidente
 Confederación de Agricultores y Ganaderos
 de Venezuela
 Caracas

Dr. Antonio Escanellas
 Comisión Nacional Honoraria de Lucha
 contra la Hidatidosis
 Representante del Congreso de Intendentes
 Salto

SECRETARIADO**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)**

Dr. Mirta Roses Periago (Secretaría
ex-Officio)
 Directora
 Washington, D.C.

Dr. José Germán Rodríguez Torres
 Representante OPS/OMS en México, a.i.

Dr. Stephen J. Corber
 Gerente
 Área de Prevención y Control de
 Enfermedades
 Washington, D.C.

Dr. Albino J. Belotto (Secretario Técnico)
 Jefe
 Unidad de Salud Pública Veterinaria
 Washington, D.C.

Dr. Genaro García
 Asesor Regional
 Unidad de Salud Pública Veterinaria
 Washington, D.C.

Dra. Cristina Schneider
 Asesor Regional
 Unidad de Salud Pública Veterinaria
 Washington, D.C.

Dr. Primo Arambulo III
 Consultor
 Unidad de Salud Pública Veterinaria/
 Washington, D.C.

Dra. Daniela Fernandes
 Consultor
 Unidad de Salud Pública Veterinaria
 Washington, D.C.

Mrs. María Elena Cimino
 Asistente
 Gobierno, Política y Sociedades
 Washington, D.C.

Dr. Otavio Oliva
 Asesor Regional
 Unidad de Enfermedades Transmisibles
 Washington, D.C.

INSTITUTO PANAMERICANO DE PROTECCIÓN DE ALIMENTOS Y ZONOSIS (INPPAZ)

Dr. Enrique Pérez Gutiérrez
Jefe Cooperación Técnica
Buenos Aires, Argentina

Lic Jorge Torroba
Oficial de Servicios de Referencia
Buenos Aires, Argentina

Dr. Celso Rodríguez
Consultor
Buenos Aires, Argentina

Dra. Ana Oviedo de Díaz
Consultor
Buenos Aires, Argentina

Srta. Claudia Sedano
Secretaría Cooperación Técnica
Buenos Aires, Argentina

CENTRO PANAMERICANO DE FIEBRE AFTOSA (PANAFTOSA)

Dr. Eduardo Correa Melo
Director
Rio de Janeiro, Brasil

Dr. Miguel Angel Genovese
Asesor Regional en Planificación y Desarrollo Local
Rio de Janeiro, Brasil

Dr. Victor Saraiva
Jefe de la Unidad de Enfermedades Vesiculares
Rio de Janeiro, Brasil

Dr. Luis Fernando Leanes
Jefe del Área de Zoonosis
Rio de Janeiro, Brasil

Dr. José Naranjo
Jefe del Área de Epidemiología
Rio de Janeiro, Brasil

Lic. Rosane Lopes
Comunicación Social
Rio de Janeiro, Brasil

Sra. Ana Cristina Aguiar da Silva
Secretaria Directoria
Rio de Janeiro, Brasil

INSTITUTO DE NUTRICIÓN DE CENTRO AMÉRICA Y PANAMÁ (INCAP)

Dr. Hernán Leonardo Delgado Valenzuela
Director
Guatemala, Guatemala

CONSULTORES EN LOS PAÍSES

Dr. Lloyd A.W. Webb
Barbados

Dr. Jean Françoise Vely
Haïti

Dr. Sergio Garay
México

Dra. Melanie de Boer
México

Dr. José Moya
México

Dr. Hugo Cohen
México

Dr. Angel Betanzos
México

Dr. Mario Martínez
México

Dr. Hugo Tamayo
Perú

Dr. Alejandro López Inzaurrealde
Venezuela

Dr. Roberto Salvatella
Uruguay

Dra. Rosario Cabrera
República Dominicana

ANEXO III

LISTA DE ABREVIATURAS Y ACRONIMOS

ALADI	Asociación Latinoamericana de Integración
APS	Atención Primaria de la Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CARICOM	Comunidad del Caribe
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIPF	Convención Internacional de Protección Fitosanitaria
COHEFA	Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa
COPAIA	Comisión Panamericana de Inocuidad de Alimentos
COSALFA	Comisión Sudamericana de Lucha Contra la Fiebre Aftosa
EEB	Encefalitis Espongiforme Bovina
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación
GIEFA	Grupo Interamericano de Erradicación de la Fiebre Aftosa
IICA	Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura
INFOSAN	Red Internacional de Autoridades de Inocuidad de Alimentos de la sigla en inglés International Food Safety Authorities Network
MSF	Medidas Sanitarias y Fitosanitarias
ODMs	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIE	Organización Mundial de Sanidad Animal
OIRSA	Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMS/WPRO	Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para el Pacífico Occidental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana

PANAFTOSA	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa
PHEFA	Plan Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
REDIPRA	Reunión de los Directores de Programas Nacionales de Control de la Rabia en América Latina
RICAZ	Reunión Interamericana a Nivel Ministerial sobre Control de Fiebre Aftosa y otras Zoonosis
RIMSA	Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SARS	Síndrome Respiratorio Agudo Severo da sigla en inglés severe acute respiratory syndrome
SPH	Síndrome Pulmonar por Hantavirus



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



UNIDAD DE SALUD PÚBLICA VETERINARIA
Área de Prevención y Control de Enfermedades

525 Twenty-third St. NW,
Washington, DC 20037

<http://www.paho.com>