

PROGRAMA HEMISFÉRICO DE ERRADICACIÓN DE LA FIEBRE AFTOSA PHEFA

Plan de Acción 2011-2020



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Salud Pública Veterinaria
Centro Panamericano de Fiebre Aftosa

PANAFTOSA - OPS/OMS

PROGRAMA HEMISFÉRICO DE ERRADICACIÓN DE LA FIEBRE AFTOSA PHEFA

Plan de Acción 2011-2020



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

**Salud Pública Veterinaria
Centro Panamericano de Fiebre Aftosa**

INDICE

A. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	03
B. DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PHEFA 2011-2020 012	
1. Propósito	09
2. Objetivos	09
2.1 Objetivo general	09
2.2 Objetivos específicos	09
3. Principios y valores	09
4. Lineamientos estratégicos del Plan de Acción	10
4.1 Lineamientos político-institucionales	10
4.2 Lineamientos técnico epidemiológicos	11
5. Metas - Resultados Esperados (Período 2011 - 2020)	12
6. Supuestos para el cumplimiento de las metas	13
7. Planes de acción según zonificación en relación a la condición sanitaria	13
7.1 Zona sin reconocimiento de libre	13
7.2 Zona libre con vacunación	19
7.3 Zona libre sin vacunación	21
8. Componentes programáticos necesarios de incorporar en los planes nacionales	23
8.1 Estructuración y gestión de servicios veterinarios	23
8.2 Legislación, normativas y regulaciones	24
8.3 Sistema de información	25
8.4 Vigilancia epidemiológica	26
8.5 Diagnóstico de laboratorio	27
8.6 Inmunización y control de calidad de las vacunas	29
8.7 Educación sanitaria y comunicación social	30
8.8 Programas integrales en el marco de la producción familiar	31
8.9 Participación comunitaria con énfasis en el nivel local	33
9. Gestión del Plan Hemisférico	36
9.1 Planes subregionales de gestión y coordinación	36
9.2 Monitoreo y evaluación	36
9.3 Coordinación y fortalecimiento de la cooperación técnica internacional	37
10. Financiamiento	38
C. ANEXOS	
Anexo 1 Principales aspectos favorables para la ejecución del nuevo Plan de Acción del PHEFA	41
Anexo 2 Principales aspectos desfavorables que representan desafíos para la ejecución del nuevo Plan de Acción del PHEFA	42
Anexo 3 Cuadro 1 - Rol de los Organismos Internacionales e Instituciones asociadas a la Cooperación Técnica del PHEFA	43
D. RESOLUCIONES	44

Programa Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa – PHEFA

Plan de Acción 2011-2020

A. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La Fiebre Aftosa (FA), continúa siendo una de las más importantes enfermedades de la ganadería mundial. Esta importancia está dada por su alto poder infeccioso y capacidad de adaptación; el daño clínico que produce en varias especies animales con significativo impacto directo en el bienestar animal, y económico en la productividad del agro negocio; y por las serias dificultades de acceso a mercados de ganado y productos ganaderos, originadas por las restricciones al comercio establecidas por los servicios veterinarios de países importadores, con muy negativas consecuencias económico sociales para los países y zonas afectadas, principalmente de restricciones comerciales dirección sur - norte.

Asimismo, la FA perjudica también a los pequeños productores siendo una amenaza para su seguridad alimentarla, incluso aquellos que producen aves y porcinos que en los casos de brotes no pueden movilizar sus producciones y tienen acentuadas caídas de sus ingresos financieros.

En la última década, la Fiebre Aftosa ha sido causa permanente de preocupación a nivel global, dadas las frecuentes introducciones y el impacto negativo de la enfermedad en alguno de los territorios libres con o sin vacunación. Claros ejemplos fueron los brotes de FA del Reino Unido y en el Cono Sur de las Américas en el 2001, los que tuvieron consecuencias económicas sociales devastadoras, cuyas pérdidas alcanzaron los 8 mil millones de libras, en Reino Unido y sobre 2 mil millones de dólares en los miembros del MERCOSUR con importantes repercusiones políticas. En todos estos países, los brotes comprometieron no solo a la producción animal, sino que a otros segmentos importantes de la economía, como el abastecimiento y consumo de carnes, servicios agropecuarios, industria de alimentos e insumos animales, afectó fuertemente la convivencia de las comunidades rurales y el turismo campestre, generando consternación social por los impactos medioambientales y de bienestar animal al tener que sacrificar miles de animales. La preocupación por los riesgos de introducción de la FA en los países y zonas libres se refleja también en los altos gastos en prevención, preparación para emergencias, controles fronterizos, establecimiento de bancos de vacuna y laboratorios de alta bioseguridad, los que son justificados por evaluaciones de riesgo y beneficio/costo, mediante estimación de los cuantiosos impactos económicos de eventuales introducciones de la enfermedad en sus territorios. Recientemente, por iniciativa de los países y de organismos internacionales se realizó una conferencia global sobre la FA en Asunción, Paraguay, donde se definió a la prevención, control y erradicación de la FA como acciones de bien común internacional.



En Sudamérica, posterior a su ingreso en el siglo XIX, la Fiebre Aftosa llegó a ser endémica prácticamente en todo territorio con poblaciones ganaderas de importancia a inicios del siglo XX. A raíz de la introducción de la enfermedad a Canadá 1949 y México 1950, se despertó la preocupación regional, que propició la creación del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), en 1951 en un acuerdo entre la Organización de Estados Americanos (OEA) y el Gobierno de Brasil dejando como entidad responsable a la Organización

Panamericana de la Salud (OPS). Desde esa fecha el Centro ha venido dando cooperación técnica a los países, generando conocimiento y herramientas que dieran soporte a las acciones de control, entre otras desarrollando vacunas y métodos diagnósticos y creando la red sudamericana de laboratorios diagnósticos, el sistema continental de información de los países, la caracterización epidemiológica de ecosistemas de enfermedad ligada a los sistemas de producción bovina, en conjunto con un amplio plan de capacitación y desarrollo de recursos humanos, principalmente en los servicios veterinarios de los países. Asimismo, a iniciativa del OPS - PANAFTOSA se creó en 1972 la Comisión Sudamericana de Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA), instancia regional de participación público privada de coordinación y seguimiento de las acciones de intervención. Posteriormente, la OPS a través de PANAFTOSA, por mandato de los países crea la Comisión Hemisférica de Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA), y en un trabajo coordinado y armónico con los servicios oficiales y en estrecha colaboración con el sector privado (entidades ganaderas y entidades de la industria pecuaria) se diseñó e implantó en 1988 el Primer Plan de Acción del Programa Hemisférico de Erradicación de la FA. El Plan de Acción del PHEFA planteó el desafío regional de erradicar la enfermedad hasta el 2009, y diseñó las estrategias y objetivos de acción con el compromiso y voluntad política de los países.

Mesa de la apertura de la 38a COSALFA
abril de 2011 - Recife, Brasil



A la fecha el PHEFA ha tenido un sobresaliente cumplimiento de las metas y compromisos, llegando a conseguir tener sobre el 85% de la población bovina de los cerca de 350 millones de bovinos de Sudamérica con reconocimiento de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) como libre de la enfermedad con o sin vacunación (Tablas Nro. 1 y 2). Estos sorprendentes resultados se lograron gracias al gran esfuerzo técnico y financiero de los países, la eficiente cooperación técnica de PANAFTOSA sumada a la positiva contribución de otros organismos internacionales como OIE y FAO; y al sistemático trabajo sanitario de los cerca de 5 millones de ganaderos que han valorizado la sanidad de su ganado como una prioridad y también como un bien común social. Este es un logro sanitario histórico a nivel global, tanto por la dificultad técnica del desafío, como por la magnitud de la inversión hecha en la región con cerca de un billón de dólares anuales, de los cuales en la mayoría de los países en gran parte es financiada directamente por los productores.

Los países miembros de la COHEFA reunidos en Houston, Texas en 2004 resolvieron reorientar el PHEFA a modo de apuntar a los países y zonas de mayor riesgo en el periodo de 2005-2009 para lo cual se crea el Grupo Interamericano para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (GIEFA), con el propósito de orientar la elaboración del nuevo plan y de buscar recursos nacionales e internacionales para su financiación.

El avance significativo en la situación sanitaria en relación a Fiebre Aftosa ha permitido a los países de la región mejoras importantes en indicadores bio productivos al eliminar el impacto de la enfermedad en los animales, e hizo posible crear la base sanitaria para sustentar un creciente y sostenido proceso exportador de productos animales (principalmente carne de bovinos y cerdos). Asimismo ha permitido a América del Sur, en particular Brasil y los demás países del Cono Sur, transformarse en el mayor polo de producción ganadera del mundo. El extraordinario desarrollo al-

Tabla Nro. 1.

Zonificación de la Fiebre Aftosa en Sudamérica al año 2009 por países y zonas según estatus de reconocimiento de OIE.

Zonificación	País	Superficie en Km2	No. de rebaños con bov/bub.	Número de bov/bub.	No. de Unid. Locales de Atención Veterinaria	Autos Camionetas y Motos	Casas Rodantes	Personal de campo		
								Veterinarios	Auxiliares	
Zona Libre	Con vacunación	Argentina Bolivia Brasil Colombia	2.290.326 160.143 4.843.117 1.097.429	212.245 3.548 1.900.408 560.746	55.803.147 443.715 176.083.433 21.748.604	333 8 1.185 91	502 27 4.621 160	43 6 137 9	380 23 3.636 96	646 15 6.930 174
	Subtotal		8.391.015	2.676.947	254.078.899	1.617	5.310	195	4.135	7.765
	Sin vacunación	Argentina Brasil Colombia Peru	490.199 95.346 17.116 1.100.742	5.557 193.238 857 523.792	683.392 3.921.993 103.242 2.841.526	20 90 4 78	28 328 11 113	4 13 2 4	18 453 2 36	26 617 4 12
	Subtotal		1.703.403	723.444	7.550.153	192	480	23	509	659
Zona no Libre	Con vacunación	Bolivia Brasil Colombia Ecuador Peru Venezuela**	895.238 3.474.645 12.248 248.360 108.828 914.873	54.006 590.469 1.119 427.217 198.193 104.270	6.661.043 22.205.156 135.170 4.474.917 1.083.493 12.203.176	79 320 24 245 23 134	154 1.383 86 129 49 --	11 45 0 0 4 --	127 918 32 43 33 --	83 1.394 37 5 113 --
	Subtotal		5.654.192	1.375.274	46.762.955	825	1.801	60	1.153	1.532
	Sin vacunación	Ecuador*** Peru	8.010 75.646	297 124.844	11.104 570.244	1 23	179 12	0 0	1 48	0 0
	Subtotal		83.656	125.141	581.348	24	191	0	49	0
País Libre	Sin vacunación	Chile Guyana	1.813.716 98.630	125.402 3.618	3.719.507 280.310	63 18	200 4	26 3	103 13	63 16
	Subtotal		1.912.346	129.020	3.999.317	81	204	29	116	79
	Con vacunación	Paraguay Uruguay	406.752 175.086	117.180 51.948	11.643.386 11.735.796	78 42	165 244	1 17	119 76	522 341
Subtotal		581.838	169.128	23.379.182	120	409	18	195	863	
Zona Tampón	Bolivia Brasil Colombia	43.200 101.769 14.975	562 17.026 13.339	140.225 1.185.625 319.224	3 16 11	12 65 30	4 2 0	5 31 12	13 55 8	
Subtotal		159.944	30.927	1.645.074	30	107	6	48	76	
Total General		18.486.393	5.229.881	337.997.428	2.889	8.502	331	6.205	10.974	

Fuente de datos: Informe de los países a la COSALFA 37.

Elaboración: Unidad de Epidemiología. PANAFTOSA - OPS/OMS

Tabla Nro. 2.

Resumen de zonificación de Sudamérica de acuerdo a situación de la Fiebre Aftosa en el año 2009 según estatus de reconocimiento de OIE.

Situación Sanitaria Mayo 2010	Superficie		Rebaños con bovinos y bubalinos		Total bovinos y bubalinos	
	Nro. (KM2)	%	Nro.	%	Nro.	%
Libre Sin Vacunación	3.779.306	20,3	319.671	6,8	11.335.154	3,4
Libre Con Vacunación	8.814.564	47,3	2.670.199	56,9	272.578.829	81,0
Zona Tampón	260.168	1,4	73.711	1,6	1.894.285	0,6
No Libre	5.794.691	31,1	1.628.167	34,7	50.546.192	15,0
Total	18.648.729	100	4.691.748	100	336.354.460	100

Fuente de datos: Informe de los países a la COSALFA 37.

Elaboración: Unidad de Epidemiología. PANAFTOSA-OPS/OMS

canzado en las dos últimas décadas ha brindado a esta región una posición privilegiada en el comercio mundial de carne y de otros productos de origen animal, con innegables beneficios económicos y sociales a los países, que ya alcanzó, según FAO, mas de 8 mil millones de dólares anuales en 2008. Asimismo, en algunos países como Brasil, los aumentos de producción generaron importantes crecimientos en el abastecimiento interno y en la actualidad, aún con el aumento de las exportaciones, sobre el 80% de la producción se destina al mercado interno de los países, mejorando la disponibilidad y acceso a la población sin variaciones significativas de precios produciéndose importantes incrementos de consumo medio por habitante.

Las estimativas hechas por varios organismos internacionales (FAO, Banco Mundial, Depto. de Comercio de EUA) coinciden en indicar que en los próximos 20 años, la demanda mundial de carne se duplicará, lo que trae una gran ventaja comparativa para América del Sur como proveedora mundial, teniendo en cuenta los avances logrados en los sistemas de producción lo que ha permitido aumentar en forma significativa la productividad tanto por unidad animal como por superficie ganadera. Asimismo, las condiciones son favorables para la producción ganadera de pastoreo, en condición natural ventajosa para la protección del ambiente, y obtención de carne con menos grasa y más saludable. Este favorable escenario futuro de la ganadería en la mayoría de los países de América del Sur, plantea nuevos desafíos productivos y sanitarios, en particular el consolidar y mantener los avances del PHEFA y lograr la erradicación definitiva de la enfermedad.

A pesar de los avances descritos, y habiendo transcurrido dos décadas de ejecución del Programa Hemisférico, la meta de erradicación de la FA en todos los países de América del Sur para el 2009 no fue alcanzada, y aún persisten países y zonas donde la enfermedad continua en forma endémica. Esto mantiene vulnerable a toda América del Sur y pone en riesgo el notable esfuerzo hecho durante décadas por los programas oficiales de lucha contra la fiebre aftosa, los ganaderos y por todos los integrantes de la cadena de producción bovina para erradicar esta enfermedad, todavía la principal barrera sanitaria al comercio de animales y sus productos a nivel regional. En efecto, Ecuador y Venezuela no han logrado cumplir con la meta del PHEFA de eliminar los casos clínicos de la enfermedad hasta 2009 y siguen como países endémicos. En Bolivia, se observan debilidades estructurales en su servicio veterinario, con dificultades operativas en los sistemas de vigilancia epidemiológica, de control de tránsito, y detección y atención de brotes, y que aunque no ha reportado casos clínicos desde 2007, en estos últimos casos no se logró encontrar el origen de la infección lo que supone la existencia de nichos endémicos aún no identificados. En la Amazonía y en algunas zonas fronterizas no se ha completado la caracterización de riesgo y por lo tanto la condición o status de la fiebre aftosa, sigue siendo desconocido. Asimismo, se requiere consolidar los esfuerzos de intervención que mitiguen los riesgos de aparición de brotes esporádicos en zonas de frontera de Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay, y en otras zonas fronterizas como las del área andina en las fronteras de Colombia, Ecuador y Venezuela.

Por otro lado, los avances logrados se sustentan básicamente en masivas campañas de vacunación sistemática, debiéndose aplicar sobre 500 millones de dosis anuales, que son financiadas prácticamente es su totalidad por los productores. A estos actores sociales, a su vez, les es cada vez más difícil comprender la necesidad de continuar vacunando toda vez que en la mayoría de los territorios que han alcanzado la condición de libre con vacunación, la enfermedad no se detecta hace más de 10 años.

De prolongarse la necesidad de vacunación sistemática en los actuales niveles por causa de la persistencia de la infección en la región, y los productores no perciban avances de la condición sanitaria y mejora de las expectativas comerciales, puede generarse desmotivación y dificultades para mantener altas coberturas lo que representa un riesgo importante de aumento de la susceptibilidad poblacional, y aumento de los riesgos de infección, con la eventual reaparición de la enfermedad, y consecuente retrocesos sanitarios perdiendo gran parte de los esfuerzos y avances logrados.

Se concluye que a pesar de los significativos avances del PHEFA, la misión de la erradicación para Sudamérica es aún una tarea inconclusa, por lo que es necesario en el marco de un nuevo PHEFA con el objetivo final de la erradicación de la Fiebre Aftosa, fortaleciendo los programas nacionales con sus capacidades instaladas y las acciones de cooperación y de asistencia solidaria y efectiva a países prioritarios, con un conocimiento y seguimiento en tiempo real por parte de la Coordinación Ejecutiva del PHEFA.

Reconociendo el importante desafío que se enfrenta, la experiencia acumulada en el desarrollo del PHEFA 1988-2009 por los países integrantes de la COSALFA y por PANAFTOSA, inédita a nivel mundial, demuestran que el conocimiento sobre los instrumentos sanitarios y estrategias adecuadas ya permitieron lograr la erradicación de la enfermedad en vastos territorios de América del Sur, donde al inicio del plan tenían una situación endémico – epidémica, por lo que la meta de la erradicación es una tarea posible.

A modo de síntesis, en los anexos 1 y 2 se identifican, respectivamente, los aspectos favorables en que se sustenta la ejecución del PHEFA, así como los aspectos desfavorables que se debe enfrentar como desafíos para conseguir el objetivo de la erradicación.

Durante la 36ª Reunión Ordinaria de la COSALFA el panorama anteriormente descrito fue expuesto por PANAFTOSA y analizado por los delegados oficiales y del sector privado de los países miembros. El Director de PANAFTOSA, en su condición de Secretario *Ex Officio* de la COSALFA resaltó además las dificultades presupuestarias actuales del Centro para sostener el nivel y volumen de actividades de cooperación técnica necesarios para afrontar los problemas identificados en esta fase final de la erradicación de la fiebre aftosa.

Los delegados de los países, sensibilizados y conscientes que el momento es de decisión para que la fiebre aftosa pase a ser historia en América del Sur, manifestaron que para esto es necesario: 1) sostener los logros alcanzados y avanzar hacia que todos los países logren la certificación de libres de fiebre aftosa con vacunación y gradualmente se vaya creando las condiciones para certificación de libres sin vacunación; 2) Mantener el fortalecimiento político y financiero para puesta en marcha de las estrategias y acciones prioritarias preconizadas en el PHEFA, incluyendo la coordinación regional establecida.

En este sentido, la Resolución III de la COSALFA 36 trata del fortalecimiento de la cooperación técnica en fiebre aftosa y solicita a PANAFTOSA que constituya un grupo de trabajo (GT) para elaborar propuesta de nuevas formas de financiamiento. Asimismo la Resolución IV remarcó la necesidad de garantizar la provisión de reactivos de referencia.

PANAFTOSA constituyó el GT y presentó el *Proyecto para el fortalecimiento de la cooperación técnica de PANAFTOSA hacia la consolidación del Programa Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA)* (en adelante Proyecto Bienal de Cooperación) que fue aprobado en la COSALFA 37. Entre sus elementos más importantes se destacan:

1. Elaboración por parte de PANAFTOSA de Proyectos Bienales de Cooperación;
2. Dar prioridad inicial a las áreas críticas, en particular a Bolivia, Ecuador y Venezuela sin desatender la prevención en todos los territorios;
3. Indicar a PANAFTOSA como la unidad aglutinadora y coordinadora del Plan de Acción del PHEFA bajo un marco de participación coordinada y activa de los distintos organismos internacionales que actúan en la Región. Esta coordinación exige que PANAFTOSA desarrolle un nuevo Plan de Acción del PHEFA con foco en las medidas prácticas en campo para conseguir la erradicación de la enfermedad; y
4. *Establecimiento de un Fondo Fiduciario*, con distintas alternativas de aportes, para financiar las acciones del Proyecto bienal de cooperación. Dicho Fondo acaba de ser aprobada su creación por la Directora de la OPS. Este fondo contemplará principalmente el financiamiento de las medidas a nivel del campo para asegurar la erradicación de la enfermedad.

El primer Proyecto Bienal de Cooperación aprobado para la COSALFA 37 contempló la formulación de un nuevo Plan de Acción del PHEFA como una actividad crítica por elaborar, en razón a que el anterior Plan de Acción 1988-2009 y su adecuación 2005-2009, cumplió sus plazos de ejecución. La COSALFA 37 mediante la Resolución II pidió formalmente a PANAFTOSA la elaboración del nuevo Plan de Acción 2011-2020 del PHEFA, por considerar de vital importancia disponer de un nuevo Plan de Acción que dé el marco político estratégico y operacional que enmarque y oriente las acciones de erradicación en los próximos 10 años. Los Proyectos Bienal de Cooperación se harán con programas de trabajo de dos años (bianuales), y contendrán la descripción y cronograma de actividades necesarias de realizar con indicadores y metas de cumpliendo con detalle para cada bienio.

El presente documento describe la propuesta de Plan de Acción del Programa Hemisférico de Erradicación en un horizonte de 10 años (2011-2020), elaborada por OPS/PANAFTOSA con la colaboración de un grupo de profesionales de los servicios veterinarios de los países y consultores vinculados a los programas de erradicación y prevención del continente.

B. DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PHEFA 2011-2020

1. Propósito

La eliminación y prevención de la Fiebre Aftosa de las poblaciones de animales de producción de los países de Las Américas, contribuye de manera relevante al desarrollo socio-económico de todas sus sociedades en particular al sector rural, a través del incremento de la producción primaria, del procesamiento/ industrialización, distribución/ comercialización (interna, intra-regional y fuera de la Región) de animales y sus productos, de la prestación de servicios y del consiguiente mejoramiento de la renta y del nivel de empleo, así como del consumo, al mismo tiempo que hace aumentar la recaudación de los Estados.

Como parte de las actividades de erradicación y prevención de la FA, en las comunidades ganaderas de productores rurales familiares y de subsistencia, mejorar el acceso y equidad de la atención veterinaria, para elevar el nivel sanitario y la capacidad productiva de sus rebaños, que les permita mejorar su propia seguridad alimentaria e incrementar su participación en el abastecimiento del mercado interno, y así aumentar el ingreso, mejorar sus condiciones económico-sociales y bienestar, contribuyendo al arraigo de estas comunidades al medio rural.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Erradicación de la Fiebre Aftosa de las poblaciones de animales susceptibles de los países de América del Sur y el establecimiento de mecanismos de prevención del riesgo del re-ingreso de la enfermedad en los países del continente.

2.2 Objetivos específicos

- a. Promover el lineamiento de los planes nacionales de erradicación de la fiebre aftosa con las directrices del plan hemisférico, apoyando su implementación en los países;
- b. Efectuar el seguimiento, monitoreo y evaluación sistemáticas de los planes nacionales y subregionales de erradicación de la fiebre aftosa por parte de la coordinación regional del Plan Hemisférico;
- c. Lograr que los territorios no libres, obtengan la condición de libre de la Fiebre Aftosa;
- d. Asegurar los territorios libres de fiebre aftosa con vacunación y avanzar en el proceso de erradicación de la enfermedad hacia territorios libres sin vacunación; y
- e. Preservar los territorios libres de FA.

3. Principios y valores

El programa se sustenta en los siguientes principios y valores:

- a. Espíritu de obtención de un bien público sanitario regional y compromiso de responsabilidad de los actores con las metas del Plan;
- b. Transparencia en la gestión sanitaria y respeto a los compromisos de acciones conjuntas;
- c. Solidaridad y equidad social;

- d. Base técnico científica en las decisiones; y
- e. Observancia de los acuerdos y directrices internacionales (OIE, OMS, OMC, etc.).

4. Lineamientos estratégicos del Plan de Acción

4.1 Lineamientos político-institucionales

- a. Establecer claros y decisivos compromisos políticos de los países con los objetivos de la erradicación, y adhesión y cumplimiento irrestricto con los principios y acciones que se establezcan en el plan. Este compromiso debe ser respaldado por un documento explícito a nivel gubernamental inserto en los acuerdos regionales y globales;
- b. En el ámbito internacional, establecer apoyo solidario, preferencial y efectivo desde los países con mayor experiencia y recursos técnicos y humanos hacia los países donde aún persiste circulación del virus, para establecer, fortalecer y complementar los programas de erradicación que conduzcan a tener el estatus de libre en el plazo más breve posible;
- c. En el ámbito nacional, apoyo desde los sectores que han recibido mayores beneficios con los avances de la erradicación hacia los sectores menos favorecidos para hacer más equitativos los costos y beneficios de las acciones sanitarias, promoviendo políticas públicas de fomento sanitario integral en las comunidades de pequeños ganaderos, la agricultura familiar y comunidades indígenas;
- d. Fortalecimiento de la participación de la comunidad ganadera en la gestión sanitaria responsable de sus rebaños;
- e. Fortalecimiento de la acción conjunta a nivel regional en particular la toma de decisiones importantes que exijan la participación de más de un país (sistema de atención veterinaria) en forma coordinada y con la participación de todos los involucrados, con la presencia permanente del sector privado, reforzando y estimulando todas las instancias regionales y subregionales de cooperación y coordinación;
- f. Fortalecimiento de la gestión de la cooperación técnica de PANAFTOSA, mejorando sus capacidades de diagnóstico de referencia, y de evaluación de la situación sanitaria regional, con visión crítica y constructiva, dotado de autonomía e idoneidad técnica compatible con las necesidades del proceso de erradicación;
- g. Fortalecimiento de la coordinación del PHEFA que tendrá como eje PANAFTOSA-OPS/OMS, manteniendo y reforzando la labor de evaluación y dirección estratégica que tienen el COHEFA, en el ámbito continental y la COSALFA en el ámbito de Sudamérica. La coordinación deberá dar prioridad a la notificación rápida y oportuna, así como asegurar la necesaria transparencia de los eventuales episodios de la enfermedad;
- h. Promover la formación de un bloque inter-institucional formal de cooperación conjunta con los Organismos Internacionales que persiguen los mismos fines que el PHEFA para evitar esfuerzos no armonizados y mejorar la eficiencia del uso de los recursos; y
- i. Definición e implementación de una política de comunicación que indique la conveniencia de la erradicación de esta enfermedad y contemple datos de los beneficios económicos y de otra índole que reciben, sobre todo los pequeños productores de especies susceptibles, a veces imperceptiblemente.

4.2 Lineamientos técnico epidemiológicos

- a. Zonificación de las acciones según estatus sanitario actual.
Zonificación del continente de acuerdo a la actual situación sanitaria de FA según: detección de ocurrencia clínica y evidencias epidemiológicas y de laboratorio de circulación viral, la aplicación o no de programas de vacunaciones, y el reconocimiento internacional de la condición de libre en los territorios respectivos. De acuerdo a esto se han identificados los siguientes territorios:
 - i. La Región Libre sin vacunación: que comprende los territorios (países y zonas) donde no se aplica la vacunación, se mantiene indemne de la enfermedad y tiene reconocimiento internacional;
 - ii. La Región Libre con vacunación: que comprende los territorios (países y zonas) donde se aplica la vacunación, se mantiene indemne de la enfermedad y tiene reconocimiento internacional
 - iii. La Región No libre: que comprende territorios (países y zonas) donde se pueden distinguir:
 - Territorios con circulación viral endémica.
 - Territorios con presencia esporádica de la enfermedad por ingresos de fuentes de infección externa.
 - Territorios sin evidencias de circulación viral.
- b. Utilización como marco orientador de las estrategias de intervención, la caracterización epidemiológica de los sistemas de producción y ecosistemas de la FA, los factores de riesgo del proceso epidémico de la enfermedad, implementando una combinación de herramientas que han probado en la región ser más eficaces para cortar el ciclo endémico-epidémico de la enfermedad, conseguir la erradicación de la enfermedad y preservar la condición de libre;
- c. Priorización e intensificación de acciones en zonas deficitarias, direccionando el apoyo regional y la cooperación técnica hacia las zonas y países aún no libres de la enfermedad y zonas libres con riesgo de vulnerabilidad a nivel de sus fronteras;
- d. Consolidación de los importantes avances de las acciones de erradicación, preservando las actuales zonas libre con y sin vacunación, y fortalecimiento de los mecanismos de prevención de ambas zonas;
- e. Establecimiento de planes de seguimiento y evaluación de la ejecución del Plan de Acción del PHEFA y de los compromisos de los países en sus programas nacionales, a través de procesos de evaluación llevados adelante bajo la coordinación de PANAFTOSA en el marco de los acuerdos de COSALFA y COHEFA, que proporcionen elementos objetivos para medir la condición de avance, de acuerdo a los parámetros establecidos para las distintas regiones según su condición epidemiológica;
- f. Mantenimiento y fortalecimiento de los planes subregionales, incentivando la integración y coordinación de acciones de diferentes programas entre los diversos bloques de países, que contemplen acciones conjuntas a nivel de territorios fronterizos compartidos;
- g. A nivel de Sudamérica, establecer la coordinación del programa que tendrá como eje de acción a PANAFTOSA-OPS/OMS, con la participación activa de la COSALFA a través de un Grupo Permanente de Seguimiento del PHEFA integrado por un representante del

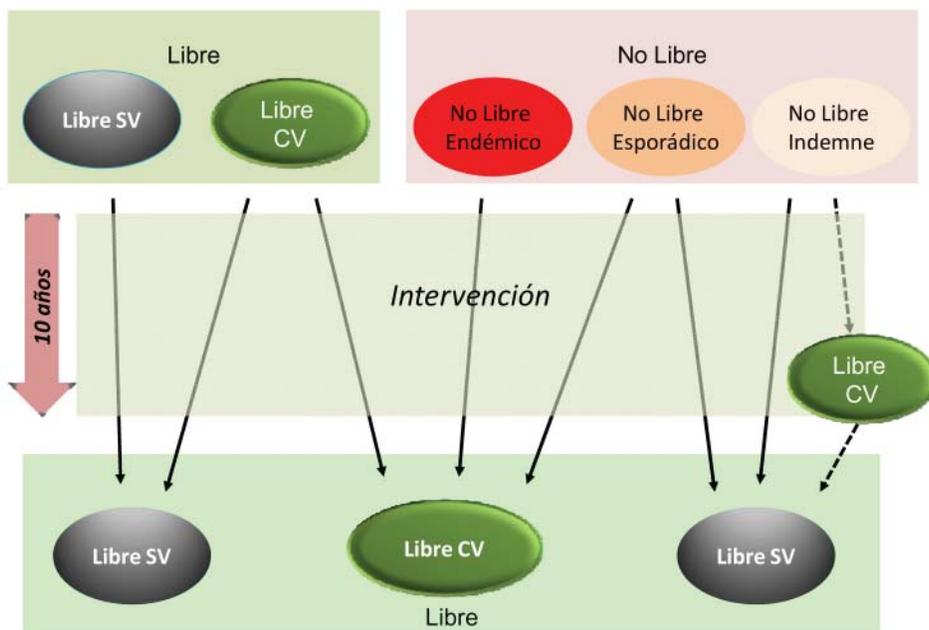
sector oficial y otro del sector privado de cada una de las subregiones trabajando integralmente con PANAFTOSA, manteniendo y reforzando la labor de evaluación y dirección estratégica, reportando sus trabajos a la COHEFA, en el ámbito continental y la COSALFA en el ámbito de Sudamérica;

- h. Adecuación y fortalecimiento de la estructura de atención veterinaria con base en la identificación de factores críticos de desempeño de acuerdo los requerimientos estratégico operativos, así como al marco legal y reglamentario que de soporte a las acciones de bien público (regulatorias) necesarias de ejecutar en el programa; y
- i. Estructuración de los programas nacionales de prevención, control y erradicación ajustados a las necesidades de acción con base a lineamientos estratégicos y condiciones epidemiológicas.

5. Metas - Resultados Esperados (Período 2011 - 2020)

- a. En los territorios con enfermedad endémica, al final del período del presente plan, haber alcanzado el estatus libre con vacunación;
- b. En los territorios hoy libres con vacunación, al final del período, haber logrado el reconocimiento de libres sin vacunación de la mayoría sus territorios en los cuales se haya evaluado la factibilidad epidemiológica, económica e institucional de retiro de la vacunación; y
- c. En los territorios libres de FA sin vacunación, al final del período haber preservado su condición de libre y fortalecido los mecanismos de vigilancia, detección precoz y respuesta temprana, y prevención.

Esquema de evolución de la situación sanitaria propuesto como meta para el Plan de Acción PHEFA 2011-2020.



6. Supuestos para el cumplimiento de las metas

- a. Decisión política nacional;
- b. Compromiso regional;
- c. Solidaridad y apoyo técnico a las regiones, comunidades y ganaderos de menores recursos;
- d. Suficientes recursos humanos y financieros asignados a las actividades pertinentes en sanidad animal incluidos en los Programa de Fiebre Aftosa de cada país, con flujo de recursos condicionado a cumplimiento pleno de tareas y metas predefinidas;
- e. Autoridad Sanitaria fortalecida con independencia técnica en sus decisiones;
- f. Fuerte compromiso de participación activa en el Programa de los ganaderos y demás segmentos de la cadena productiva pecuaria; y
- g. Gobiernos y organizaciones internacionales regionales y subregionales, comprometidos con la lucha contra la Fiebre Aftosa, consolidando un bloque que permita una efectiva coordinación de las acciones, complementando sus actividades y haciendo más eficiente el uso de los recursos.

7. Planes de acción según zonificación en relación a la condición sanitaria

7.1 Zona sin reconocimiento de libre

a. Descripción situación sanitaria:

La zona no libre, en la actualidad comprende los territorios completos de Ecuador y Venezuela; parte de los territorios de Bolivia excepto la Chiquitanía y Dpto. de Oruro (libres con vacunación), parte de la zona del norte y nordeste de Brasil, y la zona costa centro – norte de Perú. Aunque todos los territorios están en una condición de no libre, existen importantes diferencias epidemiológicas que deben ser consideradas para delinear las estrategias de intervención. En general en esta zona se pueden diferenciar tres condiciones epidemiológicas diferenciadas:

- circulación endémico/epidémica: en Ecuador y Venezuela donde coexisten ecosistemas endémicos primarios y secundarios, para-endémicos (brotes esporádicos), y donde las acciones de intervención no han sido eficaces, y como consecuencia el riesgo de infección por virus FA está prácticamente en toda la población de animales susceptibles;
- brotes esporádicos (ocurrencia reportada en los últimos 6 años): en Bolivia (Santa Cruz de la Sierra, y región de los valles) con una condición caracterizada como para-endémica dependiente de ecosistemas endémicos primarios aún existentes pero no identificados; Zona Amazónica de Brasil (caja del Rio Amazonas) probablemente con una situación endémica primaria en donde la intervención sanitaria no había sido una prioridad hasta solo recientemente (Amazonía Brasil);
- sin detección por más de 6 años: territorio no libre de Perú, zona de los valles y altiplano de Bolivia (excluyendo el Depto de Oruro – libre con vacunación), Norte y Nordeste de Brasil (algunos de estos territorios con más de 10 años sin detección) con una condición

compatible con zona indemne a la FA, aunque en algunos casos con debilidades de estructura sanitaria para sustentar una zona con reconocimiento de libre. La mayoría de estas zonas son dependientes de ingreso de animales desde otras zonas lo que implica un riesgo de vulnerabilidad; y

- zona aún no colonizadas: incluyen importantes territorios sin presencia de población bovina y muy escasa población humana, principalmente zonas de reservas biológicas como la región amazónica.

b. Caracterización del riesgo:

Los niveles de riesgo son significativamente diferentes siendo: los territorios de Ecuador y Venezuela de muy alto riesgo de infección; aquellos con brotes esporádicos de mediano a bajo riesgo dependiendo del nivel de exposición de fuentes infectantes externas y de las acciones de mitigación; y aquellos de condición de ausencia prolongada (probablemente indemnes), de bajo a muy bajo riesgo dependiendo de que se mantengan las condiciones de baja vulnerabilidad que permitió la condición de ausencia prolongada de brotes. En las zonas no colonizadas, el riesgo dependerá de ingreso de especies susceptibles y de su condición sanitaria.

c. Necesidades y desafíos:

- Zona endémica: La situación sanitaria condición endémico-epidémica se ha mantenido estable por los últimos años. Durante este tiempo, los servicios veterinarios de los países han tenido serias dificultades de montar un plan básico de erradicación producto de dificultades organizacionales y de infraestructuras, falta de apoyo político para el programa, y dificultades de coordinación con el sector privado. Consecuentemente, y no obstante las altas coberturas de vacunación reportadas, el nivel inmunitario poblacional en ningún momento han alcanzado niveles suficientes para cortar el ciclo endémico-epidémico. Además, las debilidades o inexistencia de un control de movimiento de animales y la dificultad para imponer medidas de control cuarentenario en los focos, hace posible el libre desplazamiento de fuentes de infección contribuyendo a la diseminación de la enfermedad. Por tanto se requiere elaborar o replantear un plan de erradicación con base en campañas masivas y obligatorias de inmunización, diseñadas con base en las realidades epidemiológicas locales y zonales, estableciendo paralelamente una estructura sanitaria oficial mínima que gerencie el plan, consiguiendo la participación y apoyo del sector privado en las acciones que les son propias.
- Zona brotes esporádicos: La situación de aparición esporádica revela también dificultades técnico epidemiológicas para gestionar el riesgo, considerando que estas zonas han avanzado en el control de la enfermedad. Si bien existe acciones implementadas a través de un programa de erradicación, se advierten situaciones de debilidad en las coberturas vacinales y en los controles de tránsito, y en general en la gestión de aspectos críticos del programa. Consecuentemente, se requiere un fortalecimiento de la estructura de atención veterinaria y de un re-direccionamiento de las acciones de vigilancia y mejora de las coberturas inmunitarias que mitiguen sus riesgos de vulnerabilidad, así como a la intervención de las zonas de influencia de riesgo externas, que les permita entrar en la fase final del proceso de erradicación.

- Zona con ausencia clínica prolongada: La ausencia de la enfermedad por más de 6 años es un indicador de situación sanitaria promisorio, aunque se advierten debilidades en los servicios veterinarios producto de rezago en las prioridades de acción hacia estas zonas, donde se privilegiaron territorios con ganadería más avanzada y mayor potencial de exportación. Consecuentemente, se requiere el establecimiento de esquemas de caracterización de riesgos y de vigilancia que permita ratificar su condición de indemne y un fortalecimiento de la estructura de atención veterinaria que asegure cumplir las exigencias internacionales para obtener la condición de libre.

d. Objetivos:

Establecer y fortalecer programas de intervención para quebrar la condición endémica. Esto implica aplicar las directrices de trabajo del presente plan, fortalecer las estructuras de atención veterinaria y mejorar la coordinación con el sector privado.

e. Estrategias de acción:

- Caracterización del riesgo epidemiológico; y
- Planeamiento y operación de un programa de intervención que debe considerar:
 - Disminución de la susceptibilidad mediante una campaña masiva de inmunización con base en las características epidemiológicas y de dinámicas poblacionales, en conjunto a la mitigación del riesgo de difusión mediante el control por parte de los servicios oficiales del tránsito de animales ligado al cumplimiento de las campañas de inmunización;
 - Campaña de movilización social para apoyar las acciones de erradicación incluyendo abogacía a los niveles políticos más altos del país; y
 - Fortalecimiento de los servicios veterinarios:
 - Afianzando su inserción en la estructura jurídica y organizacional del estado con mandato jurídico y asignación presupuestaria y cargos funcionarios estables;
 - Fortaleciendo las capacidades de gestión sanitaria a través de un plan de educación continua tanto en los niveles nacionales, zonales y locales; y
 - Redefiniendo la participación y reinserción del sector privado en la ejecución de las acciones del programa en los roles que les son propios.

f. Resultados esperados:

- Zona endémico/epidémica: iniciando de forma inmediata un plan de intervención, se espera que, en el plazo de tres años la estructura del servicio veterinario oficial (SVO) alcance la consistencia, fortaleza, y cobertura territorial y poblacional adecuadas para la gestión eficiente del programa de erradicación. En forma paralela al fortalecimiento del SVO, se establece un esquema de vacunación bajo control oficial para que en un plazo de tres años logre: coberturas de inmunidad altas y sostenidas, un esquema de control oportuno y efectivo de los focos presentados con un adecuado diagnóstico en corto tiempo.

po y un control de tránsito efectivo que darán por resultado la disminución drástica de las ocurrencias. Manteniendo en forma permanente la cobertura inmunitaria y el control de tránsito, se logra la ausencia clínica de la enfermedad en un período de dos años y se establece esquemas de monitoreo de circulación viral que permita al final de ese período demostrar ausencia de circulación viral. Con estos resultados se elaboran los estudios de factibilidad técnico epidemiológico, económico y operacional para transformar el territorio como libre de FA con vacunación y se elabora la documentación pertinente para presentarla a OIE, y se obtiene el reconocimiento de libre con vacunación.

Una matriz de evolución de los resultados esperados se muestra a continuación:

Situación Sanitaria endémico epidémica												
Componentes y Parámetros		Evolución del desarrollo de componentes y parámetros de resultados en programas nacionales (por año)										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Componentes	Desarrollo e implementación del plan nacional de erradicación											
	Formación y fortalecimiento de estructura de atención veterinaria oficial responsable por el programa											
	Implementación y ejecución de plan de inmunización masiva bajo control oficial											
	Implementación y ejecución de un sistema oficial de control epidemiológico-sanitario de tránsito animal											
	Plan de movilización social para que la comunidad comprenda, apoye y participe de acciones											
	Estructuración y operación sistema de información del programa que apoye toma de decisiones											
	Estructuración y operación sistema vigilancia epidemiológica, evaluación de riesgo y monitoreo sanitario											
	Estructuración e implementación sistema de gestión y administración del programa											
Parámetros de Resultados	Cobertura vacinal (% población bovina)	50	60	70	80	90	95	95	95	95	95	95
	Nivel inmunitario (% población bovina)	30	40	55	70	80	85	90	90	90	90	90
	Movimiento ganado bajo control oficial (% del movimiento)	0	10	20	40	70	90	95	95	95	95	95
	Presentación clínica (establecimientos afectados por año)	>200	<200 >100	<100 >50	<50 >20	<20 >10	<10 >2	1 a 2	0	0	0	0
	Tiempo de ausencia (meses sin enfermedad)	0	0	0	0	2	4	6	12	24	36	48
	Estatus sanitario de la enfermedad	End	End	End	End	End	Esp	Esp	Esp	Ind	Ind	Lib CV

% Cumplimiento	0	20	40	60	80	100	End	Endémico	Esp	Esporádico	Ind	Indemne	Lib CV	Libre Con Vac
----------------	---	----	----	----	----	-----	-----	----------	-----	------------	-----	---------	--------	---------------

- **Zona de brotes esporádicos:** En el plazo de dos años completar el fortalecimiento de la estructura de atención veterinaria de modo que identifique y maneje adecuadamente los riesgos de vulnerabilidad, y re-direccionar las campañas de inmunización de modo de aumentar las coberturas poblacionales, con especial énfasis en zonas con más alta vulnerabilidad, junto a un control efectivo de los eventuales brotes y su investigación epidemiológica para identificar fuentes de infección, unido a un mejoramiento del control de tránsito con base en criterios de movimientos de riesgo. Conseguido lo anterior, lograr la ausencia clínica de la enfermedad por un período mínimo de dos años, y establecer esquemas de monitoreo de circulación viral que permita al final de ese período demostrar ausencia de circulación viral. Al final del período realizar los estudios de factibilidad técnico-epidemiológica, económico y operacional para transformar el territorio como libre de FA con vacunación y elaborar la documentación pertinente para presentarla a OIE.

Una matriz de evolución de los resultados esperados se muestra a continuación:

Situación Sanitaria de brotes esporádicos												
Componentes y Parámetros		Evolución del desarrollo de componentes y parámetros de resultados en programas nacionales (por año)										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Componentes	Readecuación del plan nacional de erradicación											
	Fortalecimiento de estructura de atención veterinaria oficial responsable por el programa											
	Readecuación del plan de inmunización masiva bajo control oficial											
	Fortalecimiento del sistema oficial de control epidemiológico-sanitario de tránsito animal											
	Fortalecimiento del Plan de movilización social para que la comunidad comprenda, apoye y participe de acciones											
	Readecuación del sistema de información del programa que apoye toma de decisiones											
	Readecuación del sistema vigilancia epidemiológica, evaluación de riesgo y monitoreo sanitario											
	Fortalecimiento del sistema de gestión y administración del programa											
Parámetros de Resultados	Cobertura vacinal (% población bovina)	70	80	90	95	95	95	95	95	95	95	95
	Nivel inmunitario (% población bovina)	60	70	80	85	90	90	90	90	90	90	90
	Movimiento ganado bajo control oficial (% del movimiento)	70	80	90	95	95	95	95	95	95	95	95
	Presentación clínica (establecimientos afectados por año)	<10 >2	1 a 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tiempo de ausencia (meses sin enfermedad)	4	6	6	12	24	36	48	60	72	84	96
	Estatus sanitario de la enfermedad	End	End	End	End	Ind	Ind	Lib CV				

% Cumplimiento	0	20	40	60	80	100	End	Endémico	Esp	Esporádico	Ind	Indemne	Lib CV	Libre Con Vac
----------------	---	----	----	----	----	-----	-----	----------	-----	------------	-----	---------	--------	---------------

- Zona con ausencia prolongada de detección de casos clínicos: En un período de dos años fortalecer las capacidades de los servicios de atención veterinaria para evaluación de riesgo de vulnerabilidad y receptividad y redireccionar las acciones para aumentar la sensibilidad de los sistemas de vigilancia y detección precoz aumentando la eficacia de los sistemas de información. Posteriormente en un plazo de uno a dos años establecer una caracterización epidemiológica de las condiciones de riesgo de la población de especies susceptibles, junto a estudios sero epidemiológicos que permitan demostrar ausencia de circulación viral y estime los niveles de cobertura inmunitaria existentes en la zona. Dependiendo de los resultados de la evaluación y del nivel de cobertura inmunitaria alcanzada decidir la evolución hacia una zona libre con o sin vacunación. La opción por una zona libre con vacunación deberá tener una justificación con base al análisis de riesgo y consistente entonces con una cobertura inmunitaria adecuada al riesgo. En este caso en un período de un año realizar las adecuaciones a las campañas de inmunización en base al riesgo y proceder a realizar los estudios necesarios (descritos anteriormente) y elaborar la documentación pertinente para presentarla a OIE. Si la opción es establecer una zona libre sin vacunación, deberá suspenderse la vacunación y prohibir su uso en la zona. Completado los dos años cumpliendo los requisitos establecidos realizar los estudios sero epidemiológicos que demuestren ausencia de circulación viral y no uso de vacuna, y posteriormente elaborar la documentación pertinente para obtener el reconocimiento internacional.

Una matriz de evolución de los resultados esperados se muestra a continuación:

Situación Sanitaria de ausencia prolongada de casos clínicos												
Componentes y Parámetros		Evolución del desarrollo de componentes y parámetros de resultados en programas nacionales (por año)										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Componentes	Readecuación del plan nacional de erradicación											
	Fortalecimiento de estructura de atención veterinaria oficial responsable por el programa											
	Readecuación de plan de inmunización para vacunación estratégica y/o suspensión de vacunación											
	Fortalecimiento del sistema oficial de control epidemiológico-sanitario de tránsito animal											
	Fortalecimiento del plan de movilización social para que la comunidad comprenda, apoye y participe de acciones											
	Fortalecimiento del sistema de información del programa que apoye toma de decisiones											
	Readecuación del sistema vigilancia epidemiológica, evaluación y mitigación de riesgo de introducción y											
	Fortalecimiento del sistema de gestión y administración del programa											
Parámetros de Resultados	Cobertura vacinal (% población bovina bajo riesgo)	70	80	90	95	95	0	0	0	0	0	0
	Nivel inmunitario (% población bovina bajo riesgo)	60	70	80	85	90	70	20	10	0	0	0
	Movimiento ganado bajo control oficial (% del movimiento)	70	80	90	95	95	95	95	95	95	95	95
	Presentación clínica (establecimientos afectados por año)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tiempo de ausencia (años sin enfermedad)	>5	>6	>7	>8	>9	>10	>11	>12	>13	>14	>15
	Estatus sanitario de la enfermedad	Ind	Ind	Ind	Lib CV	Lib CV	Lib CV	Lib CV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV

% Cumplimiento	0	20	40	60	80	100	End	Endémico	Lib SV	Libre sin Vac	Ind	Indemne	Lib CV	Libre Con Vac
----------------	---	----	----	----	----	-----	-----	----------	--------	---------------	-----	---------	--------	---------------

7.2 Zona libre con vacunación

a. Situación sanitaria:

La zona comprende territorios de Paraguay y Uruguay, la zona central y norte de Argentina, la zona libre de Brasil (excepto Sta. Catarina); y prácticamente todo el territorio de Colombia excepto parte del Dpto. del Chocó, y la Zona de Alta Vigilancia de Arauca y Vichada. En esta zona, es donde se ha conseguido los avances más significativos de los programas sanitarios, transformando territorios y poblaciones bovinas desde una condición endémico-epidémica con alta incidencia de brotes de la enfermedad ocasionados por varios tipos de virus hacia una condición indemne sostenido por eficaces campañas sistemáticas de vacunación, y que permitió el reconocimiento internacional como libre con vacunación. Con todo, en el pasado hubo retrocesos significativos en la condición sanitaria de algunos países, ya que, producto del significativo avance del programa en algunas zonas, se tomó la decisión de retiro de la vacunación para avanzar hacia el reconocimiento de libre sin vacunación, sin adecuadas evaluaciones de riesgo y sin estructurar y fortalecer mecanismos de prevención necesarios. En casi todos estos territorios se produjo la reintroducción de la enfermedad causando epidemias de FA que obligaron a retomar la estrategia de vacunación sistemática.

Asimismo, y sin considerar la epidemia mencionada, en esta zona se pueden distinguir dos situaciones en relación la ocurrencia de FA: una donde existen prolongados períodos de ausencia de la enfermedad que no han tenido episodios de enfermedad posterior a su declaración de libre, y otra zona que ha tenido reiteradas apariciones de focos de la enfermedad incluso posterior al reconocimiento de zona libre. Estos episodios generalmente se detectaron en territorios cercanos a fronteras internacionales, y las investigaciones epidemiológicas realizadas no lograron identificar las fuentes de infección responsables por los brotes. La presentación de estos brotes revela dificultades técnico operativas de los servicios veterinarios para identificar zonas de riesgo potencial e intervenirlas adecuadamente como forma de mitigar el riesgo de aparición, en particular la dificultad por lograr coberturas inmunitarias poblacionales que eviten la presentación de brotes. En este escenario y a raíz de los brotes del 2005 y 2006 en Argentina y Brasil, se formalizó un acuerdo entre el Comité Veterinario Permanente (CVP) y la OIE para establecer en territorios fronterizos de Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay una zona de acciones sanitarias intensificadas denominada "zona de alta vigilancia", como forma de hacer posible el restablecimiento de la condición de libre del resto de los territorios suspendidos por los brotes (a la fecha se ha iniciado el proceso de reconocimiento de zona libre de FA con vacunación frente a OIE). Esta misma situación se dio en la frontera de Colombia con Ecuador y Venezuela a raíz de los brotes en estas zonas fronterizas.

b. Caracterización del riesgo:

Las zonas con ausencia prolongada de brotes por lo general son dependientes de las zonas con aparición esporádica de la FA, y estas a su vez dependen de territorios con circulación viral aún no identificados. En este escenario, y dada las evidencias históricas se estima que el riesgo de presentación de FA debe considerarse de mediano a alto (brotes cada dos a tres años).

c. Necesidades y desafíos:

La zona presenta la mejor evolución del PHEFA por la proporción de población (81% del total de Sudamérica) que logró modificar su situación de endémica a libre con va-

cunación. Sin embargo por una parte su avance se ve estancado por presentar factores de riesgo de vulnerabilidad que ocasionan ocurrencias esporádicas, los que no han sido eficazmente mitigados, y por otra parte, una proporción mayoritaria de sus territorios no presenta episodios por largos períodos de tiempo lo que plantea dificultades para sostener campañas masivas de vacunación cuando los productores no perciben riesgo de reintroducción y ven postergarse su aspiración de obtención de la condición de libre sin vacunación. En consecuencia se requiere consolidar la situación de libre alcanzada mejorando las acciones de caracterización de riesgo de espacios productivos con riesgo de vulnerabilidad (bolsones de susceptibilidad) y fortaleciendo las coberturas inmunitarias en zonas críticas. Por otro lado debe establecer esquemas de evaluación de riesgo del nivel de desafío externo de fuentes de infección con el fin de evaluar factibilidad de evolucionar hacia la condición de libre sin vacunación.

d. Objetivos:

Consolidar la condición de libre con vacunación y realizar los análisis de factibilidad para evaluar la posibilidad de avanzar en ciertos territorios hacia la condición de libre sin vacunación.

e. Estrategias:

- Caracterización del riesgo de vulnerabilidad.
- Fortalecimiento de las acciones de intervención en territorios más vulnerables, en particular en zonas de frontera con zonas endémicas.

f. Resultados esperados:

En el plazo de dos años establecer sistemas de caracterización de riesgo espacial para identificar territorios con mayor riesgo de vulnerabilidad, que a la vez permitan descartar circulación viral residual y fortalecer las acciones de mitigación de riesgo que incluya aumento de las coberturas inmunitarias y mejora de los mecanismos de control de movilización, en particular en las zonas de frontera. Paralelamente, establecer acuerdos para monitorear el riesgo regional en zonas epidemiológicamente relacionadas a estos territorios y establecer planes de vigilancia, detección y respuesta temprana que permitan enfrentar con éxito eventuales reintroducciones de la FA en estos territorios. Dependiendo de las evaluaciones de riesgo, en las zonas con factibilidad epidemiológica y económica positiva para avanzar hacia una zona libre sin vacunación, establecer un plan de retiro de vacunación sistemática que contemple planes de contingencia para enfrentar reintroducciones, fortalecimiento de vigilancia en zonas de riesgo, establecimiento de un banco de vacunas y antígenos, y creación de fondos de compensación para emergencias. Completado un año sin vacunación, realizar los estudios poblacionales para descartar ausencia de circulación viral y de uso de vacunación, y elaborar la documentación respectiva para solicitar el reconocimiento de libre de FA sin vacunación. Posterior a la obtención de libre, consolidar y mantener los sistemas de prevención de reingreso de infección, y mantener activado en forma permanente los mecanismos de alerta y respuesta temprana y los planes de contingencia frente a emergencias.

Una matriz de evolución de los resultados esperados se muestra a continuación:

Situación Sanitaria de Libre con Vacunación												
Componentes y Parámetros		Evolución del desarrollo de componentes y parámetros de resultados en programas nacionales (por año)										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Componentes	Readecuación del plan nacional de erradicación											
	Fortalecimiento de estructura de atención veterinaria oficial responsable por el programa											
	Readecuación de plan de inmunización para vacunación estratégica y/o suspensión de vacunación y formación de banco de vacunas											
	Fortalecimiento del sistema oficial de control epidemiológico-sanitario de tránsito animal											
	Fortalecimiento del plan de movilización social para que la comunidad comprenda, apoye y participe de acciones											
	Fortalecimiento del sistema de información del programa que apoye toma de decisiones											
	Readecuación del sistema vigilancia epidemiológica, evaluación y mitigación de riesgo de introducción y monitoreo sanitario continuo											
	Fortalecimiento del sistema de gestión y administración del programa											
Parámetros de Resultados	Cobertura vacinal (% población bovina)	90	95	95	95	95	0	0	0	0	0	0
	Nivel inmunitario (% población bovina)	80	80	85	85	90	70	20	10	0	0	0
	Movimiento ganado bajo control oficial (% del movimiento)	70	80	90	95	95	95	95	95	95	95	95
	Presentación clínica (establecimientos afectados por año)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tiempo de ausencia (años sin enfermedad)	>5	>6	>7	>8	>9	>10	>11	>12	>13	>14	>15
	Estatus sanitario de la enfermedad	Lib CV	Lib CV	Lib CV	Lib CV	Lib CV	Lib CV	Lib SV				

% Cumplimiento	0	20	40	60	80	100	End	Endémico	Lib SV	Libre sin Vac	Ind	Indemne	Lib CV	Libre Con Vac
----------------	---	----	----	----	----	-----	-----	----------	--------	---------------	-----	---------	--------	---------------

7.3 Zona libre sin vacunación

a. Situación sanitaria:

La zona comprende todos los territorios de Norte y Centro América y Caribe, y en Sudamérica, Chile, Guyana, Surinam (indemne sin reconocimiento) y Guyana Francesa, la región sur de Argentina, el Norte del Departamento del Chocó en Colombia, el Estado de Santa Catarina de Brasil, y la Región sur y centro este de Perú. Se pueden diferenciar dos tipos de territorios libre: aquellos que se encuentran en Norte y Centro América y Caribe, y los que se ubican en Sudamérica. Una diferencia está en que el nivel de exposición en general se considera mayor en Sudamérica que en el resto del continente, por tener aún territorios con circulación endémica. La otra diferencia está dada por el nivel de experiencia con FA. Los territorios de Sudamérica consiguieron erradicar la enfermedad después de exitosas campañas de inmunización, y han adquirido experiencia en la detección, control y erradicación de la enfermedad en los últimos 25 años. En cambio el resto del continente o nunca ha tenido la enfermedad en su territorios o las ocurrencias datan de más de 60 años como en Canadá, EUA y México, o más de 30 en algunos países del Caribe.

b. Caracterización del riesgo:

Las evidencias indican que en general los territorios libres de Sudamérica tienen niveles de vulnerabilidad más altos que los del resto del continente, y varios accidentes de reinfección se han registrado en territorios libres sin vacunación (Chile 1984 y 87; Argentina 2000-2001, Uruguay 2000-2001 y Brasil 2001 Rio Grande Do Sul). Por otro lado, todos los territorios libres sin vacunación comparten el riesgo de ingreso de virus existentes en Sudamérica como también los exóticos a la región. En este caso se observa que los niveles de riesgo pueden estar más concentrados en los países con activo intercambio comercial y de viajeros con países en condiciones endémicas. Algunos de estos presentan importantes debilidades en sus sistemas de prevención, detección, alerta y respuesta temprana, observados en algunos países de Centro América y el Caribe, los que tienen un mayor nivel de vulnerabilidad.

c. Necesidades y desafíos:

Reforzamiento de los mecanismos de prevención de forma de mitigar el riesgo de introducción de la enfermedad, y disponer de planes de contingencia capaces de detectar, controlar y erradicar precozmente la eventual introducción de la FA a la región.

d. Objetivos:

Mantener los territorios libres de FA sin vacunación.

e. Estrategias:

- Caracterización del riesgo de vulnerabilidad;
- Fortalecimiento de los planes de prevención, alerta, detección y respuesta temprana; y
- Disponer de planes de contingencia frente a emergencias que incluyan la formación de bancos regionales de vacunas y antígenos, junto a planes de compensación.

f. Resultados esperados:

- Mantener la condición de libre de la FA sin uso de vacunación; y
- Detectar, controlar y erradicar, en forma eficaz y eficiente los eventuales reingresos de la FA a estos territorios, con mínimos impactos económico sociales y ambientales posibles.

Una matriz de evolución de los resultados esperados se muestra a continuación:

Situación Sanitaria de Libre Sin Vacunación												
Componentes y Parámetros		Evolución del desarrollo de componentes y parámetros de resultados en programas nacionales (por año)										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Componentes	Readecuación del plan nacional de prevención											
	Fortalecimiento de estructura de atención veterinaria oficial responsable por el programa de prevención											
	Formación y mantenimiento de banco de vacunas y antígenos											
	Establecimiento y/o fortalecimiento del sistema de emergencia sanitaria											
	Fortalecimiento del plan de educación sanitaria y comunicación social que favorezca la prevención											
	Fortalecimiento del sistema de información del programa que apoye toma de decisiones											
	Readecuación del sistema vigilancia epidemiológica, evaluación y mitigación de riesgo de introducción y monitoreo sanitario continuo											
	Fortalecimiento del sistema de gestión y administración del programa											
Parámetros de Resultados	Cobertura vacinal y nivel inmunitario (% población bovina)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Nivel de caracterización de eventos y lugares de riesgo de introducción (%)	50	60	80	90	95	95	95	95	95	95	95
	Nivel de control lugares riesgo de introducción (% de caract.)	70	80	90	95	95	95	95	95	95	95	95
	Presentación clínica (establecimientos afectados por año)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tiempo de ausencia (años sin enfermedad)	>5	>6	>7	>8	>9	>10	>11	>12	>13	>14	>15
	Estatus sanitario de la enfermedad	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV	Lib SV

% Cumplimiento	0	20	40	60	80	100	End	Endémico	Lib SV	Libre sin Vac	Ind	Indemne	Lib CV	Libre Con Vac
----------------	---	----	----	----	----	-----	-----	----------	--------	---------------	-----	---------	--------	---------------

8. Componentes programáticos necesarios de incorporar en los planes nacionales

8.1 Estructuración y gestión de servicios veterinarios

El programa de intervención (control, erradicación y prevención) de la FA, al tener carácter eminentemente oficial, debe estar bajo responsabilidad de los servicios veterinarios oficiales. La calidad de la gestión técnico operativa, organizacional y financiera del SVO será clave en el logro de los objetivos sanitarios (erradicación y prevención) del programa de FA.

En la capacidad de gestión de los SVO son relevantes los aspectos estructurales: organización, dotación, distribución, niveles de acción y de responsabilidades, bases jurídica y reglamentaria; los funcionales: planeamiento, gerencia y evaluación de programas en los niveles estratégicos, tácticos y operativos, apoyo técnico en diagnóstico, sistemas de información, entrenamiento capacitación, y apoyo logístico y de servicios generales; y los presupuestarios. La gestión de los SVO tales como misión, visión, pro-

pósitos y objetivos estratégicos deberá enmarcarse en las necesidades y objetivos de políticas públicas del país, y ajustarse a los estándares de calidad internacional, en especial para los efectos de la certificación sanitaria de animales y productos animales.

Dentro del accionar de los SVO la mejora continua de la calidad es un importante objetivo para asegurar eficacia y eficiencia de su gestión. En este sentido las recomendaciones del código de OIE en relación a los SVO y a la FA, así como al uso de instrumentos de evaluación como PVS (Desempeño, Visión y Estrategia) son importantes herramientas para la gestión de calidad de un programa nacional. Asimismo, en el marco de la gestión de los programas de Fiebre Aftosa, son importantes el planeamiento, ejecución y la evaluación de sus diversos componentes programáticos. Idealmente debe contarse con un marco programático o plan de acción (anual o bianual) donde se describan los objetivos, estrategias, metas y actividades, que indique niveles de responsabilidades, mecanismos de coordinaciones entre los diferentes niveles de la estructura.

Este plan debe ser elaborado en forma más participativa posible, y deberá ser conocido por todos y adoptado por los diferentes niveles de la estructura. Asimismo, en el funcionamiento del programa deberá darse preferencia al apoyo de las unidades operativas (niveles locales), tanto en los recursos humanos y materiales como de oportunidades de capacitación.

El planeamiento del programa deberá tomar en cuenta la situación epidemiológica de la enfermedad, sus factores de riesgo, y necesidades de intervención para asignar y determinar la cuantía de recursos humanos, los espacios jurisdiccionales y las respectivas poblaciones animales y unidades productivas que serán atendidas por cada unidad veterinaria local.

En el plan deberá quedar explícito los mecanismos de evaluación (auto evaluación o auditorías externas) de los avances del programa, de cada unidad, estableciéndose mecanismos de identificación y corrección de deficiencias. Finalmente, en todas las instancias de la estructura, se deberá dar a conocer ampliamente las acciones que contemplan el programa y mostrar y difundir sus avances y dificultades, así como también fomentar la participación en el programa del sector privado, en particular la de los ganaderos y sus organizaciones, así como los segmentos de la industria animal involucrados.

Todos estos aspectos forman parte de la herramienta PVS de la OIE, que brinda un enfoque sistemático tanto para la evaluación de estos componentes como para su adecuación a los requisitos necesarios para su correcto funcionamiento.

8.2 Legislación, normativas y regulaciones

Las acciones de lucha sanitaria contra la FA, dado su alta contagiosidad, rápida difusión y significativo impacto económico negativo, requieren de acciones rápidas y oportunas para su control, y de acciones sistemáticas de prevención, las que deben ser necesariamente acciones de carácter obligatorio bajo responsabilidad de los servicios veterinarios oficiales, así como los deberes y obligaciones de los ganaderos y el sector privado en general, que tendrán en el ámbito del Plan.

En este contexto, los programas nacionales de control y erradicación deben disponer (estar respaldados) de marco jurídico-reglamentario mínimo para que las acciones se realicen de acuerdo a los lineamientos técnicos dispuestos por los SVO, y que las acciones sean acatadas y cumplidas por la comunidad involucrada. Idealmente el marco legal contendrá:

- Una definición de las autoridades sanitarias competentes declarando como objetivo de bien común a la lucha la FA, y por tanto objeto de medidas sanitarias, ya sea de control, erradicación y prevención, así como también establece las normas, procedimientos y acciones que deberán ejecutarse para alcanzar los objetivos.
- Las atribuciones legales necesarias para que los SVO hagan cumplir las disposiciones reglamentarias, e indicar los deberes y obligaciones de los ganaderos en relación al programa, en particular el controlar su ganado, no hacer acciones contrarias al bien público, y notificar sospechas de signos clínicos a los SVO.
- Las exigencias reglamentarias sobre funcionamiento de locales de concentración de ganado, y de requerimientos para la movilización de animales, así como normas sobre funcionamiento de industrias productoras de insumos para el programa (inmunógenos y reactivos para diagnóstico) y de control oficial mismos así como aspectos de bioseguridad industrial.
- Disposiciones e instrumentos jurídicos para enfrentar las emergencias, que reglamente el uso de fondos de indemnización y otorgue facilidades operativas de urgencia para los servicios veterinarios.
- La necesidad de incentivar la adecuación de la normativa sanitaria de los países a los estándares de la OIE al respecto de la fiebre aftosa, apuntando a facilitar, sobre bases científicas, el comercio de animales, productos y subproductos, estimulando a aquellos países que hoy sufren restricciones comerciales.

8.3 Sistema de información

La adecuada gestión del programa de intervención de FA, sea de control, erradicación y prevención requiere disponer de un eficiente sistema de identificación, registro, comunicación y análisis de datos sanitarios que transformados en información sirvan de base para una adecuada toma de decisiones de intervención sanitaria.

En relación a FA, idealmente estas decisiones deben estar basadas en la mejor, más oportuna y calificada información de los factores de riesgo de introducción y diseminación de la enfermedad de modo de asegurar la efectividad de las acciones de control y prevención. Entre las informaciones críticas que deben manejarse, en particular a nivel de las unidades locales de atención veterinaria oficial están un adecuado y actualizado conocimiento de las poblaciones de susceptibles a nivel de las unidades primarias de producción, sus dinámicas y flujos de movimiento, la identificación del universo de propietarios y de las características de las propiedades rurales, de los lugares de concentración de ganado, y de los prestadores de servicios de sanidad animal. La información deberá estar dispuesta en forma integrada en bancos de información debiendo poder ser compartida con facilidad con el resto de la estructura (unidades sub-nacionales y nacionales).

Junto a lo anterior, deben integrar el banco de información el registro de ocurrencia de eventos sanitarios, las acciones de intervención efectuadas en las propiedades en especial las vacunaciones y visitas de inspección y sus resultados, y el registro de las autorizaciones de movimiento de ganado (en caso de que estos movimientos necesiten de autorización como en el caso de programas de control y erradicación de FA).

Para que la gestión de la información sea eficiente, deben disponerse de facilidades para el registro, acopio, almacenamiento, y acceso masivo de los datos idealmente georeferenciados, para realizar los análisis integrados de los datos críticos y transformarlos en información útil para la toma de decisiones. En este sentido se puede mencionar como ejemplo el SIVCONT (plataforma web del Sistema Continental de Información y Vigilancia) que ha permitido a los países usuarios mejoras significativas en la capacidad de gestión de la información sanitaria en todos los niveles de su estructura. El avance tecnológico y la disminución de costos de equipamientos y de sistemas de comunicación y transmisión de datos, abren grandes posibilidades para estructurar sistemas de información computarizados que hacen posible una gestión más eficiente del creciente volumen de datos producidos acortando los tiempos de proceso y aumentando la capacidad de análisis e integración. La implementación de SIS computarizados requiere de un adecuado diseño, con base en un modelo de datos ajustado a las necesidades del programa, con especial atención a las necesidades del nivel local, manteniendo criterios de simplicidad, operatividad, conectividad, portabilidad, junto a establecimientos de padrones y guías de gestión de datos disponibles para todos los niveles de usuarios.

En relación de la gestión del programa de FA, la información proporcionada por el SIS es relevante en la gestión de riesgo sanitario ya en los niveles locales donde es crítico el manejo de eventos sanitarios de riesgo como son los movimientos de animales y sus productos.

Es importante recordar que los países miembros de la OIE, tienen la obligación de notificar la ocurrencia de enfermedades a través de los sistemas que actualmente se encuentran en funcionamiento, tales como el WAHIS (Sistema Mundial de Información sobre Sanidad Animal). Esta obligación emana directamente de la condición de la OIE como órgano de referencia ante la OMC en los aspectos relativos a la sanidad animal, y es un componente fundamental del análisis de riesgos en el comercio internacional.

La complejidad y repercusión de las decisiones que a diario se toman en los diferentes niveles hace que la sistematización, disponibilidad y capacidad de análisis sean elementos críticos de un SIS que apoye al programa de erradicación.

8.4 Vigilancia epidemiológica

La vigilancia epidemiológica como componente de un programa de erradicación y prevención de Fiebre Aftosa, es la responsable de la observación sistemática y permanente de las poblaciones animales susceptibles, de las condiciones de presencia o ausencia de la FA y del proceso epidémico de la enfermedad y sus factores de riesgo de introducción, diseminación, mantención de nichos endémicos) (riesgos de vulnerabilidad y receptividad) de las poblaciones animales objetivos, así como de sus interacciones con los sistemas de producción.

La vigilancia epidemiológica comprende el uso de herramientas de sistematización y análisis de información, y la caracterización de los niveles de riesgo en relación a FA, que serán usados en las decisiones de intervención. Es por esto que la calidad de los procesos de la vigilancia depende fundamentalmente de la eficacia del sistema de información, y del nivel y capacidad analítica y de comunicación del riesgo sanitario.

En general se exige de un buen sistema de vigilancia que tenga adecuados niveles de sensibilidad para detectar cambios de situación sanitaria compatibles con una rápida respuesta, así como niveles adecuados de especificidad, de forma que no sobrecargue los servicios sani-

tarios en actividades de investigación. En este marco, adecuados niveles de conocimiento de los signos de la enfermedad en los animales por parte de la comunidad, así como un sistema de formación continua de recursos humanos (veterinarios y técnicos) en el diagnóstico clínico e investigación epidemiológica, unido al fortalecimiento del diagnóstico de laboratorio.

En general, para desarrollar la observación de las poblaciones objeto, la vigilancia epidemiológica utiliza mecanismos de acción tanto pasivos como activos.

Entre los mecanismos pasivos de observación de la condición sanitaria se encuentran el sistema de atención de notificación de enfermedades, inspecciones veterinarias pre y post mortem en lugares de faena, e inspecciones en lugares de concentración de ganado (ferias, rodeos, y remates). La adecuada sistematización y análisis de esta información sin duda hará más eficiente los procesos de vigilancia.

Entre los mecanismos activos se encuentran los estudios sero epidemiológicos, investigaciones epidemiológicas transversales de poblaciones en riesgo, y observación sistemática (estudios longitudinales) de poblaciones ubicadas en espacios productivos de mayor riesgo sanitario. En esta materia juega un rol importante adecuados procesos de planeamiento de las investigaciones, así como la identificación de procedimientos y metodologías para una adecuada interpretación de los resultados. En esto son críticos los conocimientos sobre la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de los diferentes métodos diagnósticos, tanto en campo como de laboratorio.

La vigilancia debe adecuar sus objetivos y estrategias al nivel de avance de los países y zonas en la lucha con la enfermedad. En los países y zonas donde la enfermedad aún se encuentra en forma endémica el objetivo de la vigilancia será fundamentalmente identificar las variables y factores críticos que hacen mantener la circulación viral, y caracterizar las mejores opciones de intervención para cortar el ciclo de propagación. Asimismo, junto con monitorear parámetros de morbi-mortalidad y frecuencia temporo-espacial de la ocurrencia clínica de la enfermedad, se deberá también dar seguimiento a las condiciones de susceptibilidad de las poblaciones, cuando estas son sometidas a procesos de vacunación sistemática. En este sentido, determinar el nivel inmunitario de la población puede jugar un rol decisivo en la evolución de los determinantes de la circulación viral, y de la eficacia de las campañas de inmunización.

En zonas en condiciones de presentación esporádica, la vigilancia debe concentrarse en identificar los factores de vulnerabilidad de estas poblaciones, así como identificar el origen de las fuentes de infección que causan los brotes esporádicos, así como la identificación de cómo debe ser intervenidos.

En los países y zonas indemnes o con reconocimiento internacional de libres, la vigilancia deberá proporcionar los análisis de riesgo de vulnerabilidad de estas poblaciones, identificando aquellas poblaciones y espacios productivos de mayor riesgo donde deberá concentrarse los mecanismos de detección precoz y respuesta temprana.

8.5 Diagnóstico de Laboratorio

El Diagnóstico de laboratorio tanto en ámbito de los programas nacionales como integrantes de la red regional de laboratorios de diagnóstico juega un rol decisivo en los avances del programa hemisférico contribuyendo con los procesos de vigilancia epidemiológica como en las acciones de intervención (control y erradicación). En este marco se requiere fortale-

cer y readecuar la capacidad de diagnóstico de laboratorios y de control de vacunas de la región, para responder a los desafíos que plantea la etapa final de erradicación de la FA del Continente, en especial lo relacionado con los aspectos de bioseguridad, bioprotección, garantía de la calidad y diagnóstico diferencial.

Las características de la explotación de bovinos en el continente y la biología del virus de la fiebre aftosa confieren al agente un alto poder de difusión, demandando que ante la ocurrencia de eventos sanitarios con signos clínicos compatibles con enfermedad vesicular, el diagnóstico laboratorial sea realizado a la brevedad posible. Esto exige de los laboratorios una adecuada capacidad para respuesta de emergencia en diagnóstico primario de vesiculares y diagnóstico diferencial para la FA, en las condiciones de bioseguridad requeridas para el virus de la FA y atendiendo normas internacionales de calidad para laboratorios de diagnóstico.

Específicamente en relación a la bioseguridad se debe limitar la manipulación de virus de FA infeccioso solamente a aquellos laboratorios que cuentan con condiciones de bioseguridad de nivel NBS 4 OIE. Adicionalmente deberá elaborarse un registro/catastro de los serotipos de virus de FA existentes en los laboratorios de la región, y crear los mecanismos necesarios de verificación y garantía de que estos se mantengan en condiciones de bioseguridad NBS 4 OIE. En este sentido, y dado su función de laboratorio de referencia del PHEFA, se requiere fortalecer el laboratorio de PANAFTOSA – OPS/OMS, incluyendo un área de laboratorio de nivel de bioseguridad NBS 4 OIE en el Laboratorio Nacional Agropecuario- LANAGRO/ MAPA de Pedro Leopoldo, MG. Entre las prioridades, se deberá dar especial atención al establecimiento de controles administrativos y técnicos para asegurar la confidencialidad de la información manejada por PANAFTOSA en la unidad desconcentrada de LANAGRO/MG, así como atención técnico-ingenieril para asegurar las condiciones de bioseguridad NBS 4 OIE que tendrá PANAFTOSA en las instalaciones de LANAGRO/MG.

Entre las funciones de referencia para el PHEFA, el laboratorio de PANAFTOSA deberá actuar en apoyo a los laboratorios nacionales de diagnóstico especialmente en el fortalecimiento de las capacidades de diagnóstico primario de los laboratorios en las áreas o países donde aún se presente la FA en forma recurrente y estar en capacidad de caracterizar y relacionar con las cepas vacunales aislamientos del agente en muestras que deben ser periódicamente enviada por los países. Se requiere además del laboratorio regional, el mantenimiento del abastecimiento en la región en materia de biológicos (kits, sets y otros) de referencia para el funcionamiento eficiente de los laboratorios de diagnóstico y control de vacunas de los países, la armonización de metodologías empleadas en la región, y la continuidad de proyectos de investigación y el fomento de alianzas estratégicas para definir líneas de investigación tendientes a adecuar los instrumentos de diagnóstico y producción y control de vacunas a la transición epidemiológica del Continente (Real Time PCR u otros).

Se hace conveniente que las acciones de cooperación para armonización de metodologías de diagnóstico empleadas en la región y el fomento de alianzas estratégicas para definir líneas de investigación, sean realizadas con la colaboración de otros laboratorios de referencia y centros colaboradores.

En el ámbito regional se requiere establecer los parámetros para la implantación de Bancos de Antígenos Vacunales/Vacunas, elaboradas con cepas de interés para el Continente, para futuras eventuales emergencias. Estas cepas y sus ceparios deben ser manejadas en laboratorios con bioseguridad NB4 OIE bajo control oficial.

8.6 Inmunización y control de calidad de las vacunas

La disminución de la susceptibilidad de las poblaciones animales al virus de la FA mediante la aplicación de inmunógenos en forma sistemática a través de campañas de inmunización, ha demostrado ser un medio eficiente y de bajo costo para cortar el ciclo de transmisión del agente en escenarios endémicos –epidémicos. Consistente evidencia histórica y reciente demuestra que cuando se usa en forma adecuada la inmunización masiva de los bovinos y bubalinos en el marco de programas de erradicación de la FA, se consigue la eliminación de la circulación viral en un horizonte de mediano plazo sin necesidad del sacrificio sanitario de los animales afectados y expuestos (aunque se destaca el uso del sacrificio como una herramienta muy útil en casos de emergencias). Estas evidencias son consistentes con la teoría de procesos epidémicos, en donde a través de la disminución intencional de la susceptibilidad poblacional (por inmunización) a niveles tales que la tasa reproductiva del virus (R_0) sea menor a la unidad, se consigue la interrupción de la cadena de transmisión en la población. De no presentarse nuevas fuentes de infección la población logra la condición de indemne.

En Sudamérica, donde se ha aplicado la vacunación masiva en las últimas 4 décadas, se ha acumulado gran experiencia y conocimiento en uso sistemático de la vacunación, y se ha logrado construir una eficiente industria productora de vacunas con adyuvante oleoso de buena calidad, que produce sobre 600 millones de dosis al año. Lo anterior ha permitido, a través de campañas sistemáticas estratégicamente ajustadas a las condiciones de riesgo de los sistemas de producción, en combinación con otras herramientas como el control de tránsito, lograr interrumpir el ciclo de transmisión viral. De esta manera se consiguió la condición de indemne (sin circulación viral) con el 80% del rebaño bovino/bubalino de Sudamérica reconocido por OIE como libre con vacunación. Por el contrario, es probado que en escenarios de circulación endémica-epidémica de FA, donde las campañas de vacunación han mostrado deficiencias en conseguir coberturas altas y sostenidas en el tiempo, la enfermedad mantiene su condición endémica en forma permanente.

Se concluye que las claves del éxito se obtuvieron gracias a significativas inversiones de la industria de biológicos veterinarios, uso de cepas virales estables y de amplio espectro de cobertura inmunológica como semillas para vacunas que inducen inmunidad contra las cepas existentes en campo, adecuados sistemas de control de calidad de vacunas, eficientes mecanismos de conservación y aplicación, y elevados y sostenidos índices de cobertura vacunal.

En el ámbito de la última etapa de la erradicación, y en tanto persistan riesgos de vulnerabilidad producto de circulación endémica en algunos países y zonas, se requiere continuar con los esquemas de vacunación sistemáticos en una parte importante de los territorios. Por tanto se requiere mantener y reforzar un conjunto de acciones que han probado ser eficaces en relación al uso de la inmunización como estrategia de erradicación. Ente otros factores se deben realizar las siguientes acciones:

- Mantener y fortalecer los controles oficiales de calidad de vacunas en el marco de las disposiciones del manual terrestre de OIE;
- Mantener reservas estratégicas regionales de vacuna para situaciones emergenciales, sea a través de un banco de antígenos inactivados o de vacunas completas de uso estratégico, de acuerdo a las exigencias epidemiológicas de las diferentes regiones existentes en el plan. Este banco debe contar con antígenos extra continentales, adquiridos en forma inactivada. El uso de cepas exóticas al continente debe ser autorizado bajo manipulación de un laboratorio oficial en condiciones de bioseguridad NBS 4 OIE;

- Mantener la capacidad técnica de PANAFOSA para brindar cooperación técnica a los países que la requieran para la adecuación/construcción/operación de laboratorios que manipulan el virus de la fiebre aftosa, siempre para que sea alcanzado el NBS 4 OIE, bajo el concepto de Gestión de Riesgo Biológico en Laboratorios;
- Coordinar, en conjunto con los organismos oficiales, visitas de evaluación y orientación anuales a cada uno de los laboratorios oficiales y privados que manipulan el virus de la fiebre aftosa para cualquier objetivo;
- Colaborar con los países y los laboratorios productores de vacuna de la región en el establecimiento de sistemas de control de calidad que considere además de los requisitos de potencia e inocuidad, los de pureza en relación a ausencia de PNC a fin de minimizar la interferencia en la interpretación de resultados de pruebas serológicas para vigilancia activa;
- Prestar cooperación técnica y exigir a los países el establecimiento de normas de bioseguridad armonizadas en la región así como en la creación y capacitación de Comisiones Nacionales de Bioseguridad para el virus de la fiebre aftosa;
- Asesorar a los países en la orientación de proyectos de adecuación de infraestructuras destinadas a la manipulación de virus aftoso en instituciones públicas y privadas;
- Fortalecer los sistemas de distribución de biológicos para asegurar que las vacunas lleguen oportunamente a su destino en adecuadas condiciones de conservación. Los proyectos nacionales, deben tener en cuenta en este proceso el rol de la cadena de frío, fomentando la cooperación de la industria privada en lo relacionado con la compra y el mantenimiento de equipos de refrigeración que atiendan las necesidades del programa y permitan la rastreabilidad total de la cadena de frío. Los productores de vacunas también deberán participar activamente en la obtención y uso adecuado de las condiciones requeridas para manejo y aplicación del biológico; y
- Fortalecimiento del control de la vacunación en el campo, de forma de asegurar niveles adecuados de inmunidad, cuyas fallas comúnmente están asociadas a deficiencias en el manejo y aplicación de las vacunas. Se hace necesario un riguroso control del manejo y aplicación de la vacuna anti aftosa. El control activo de las campañas debe ser planificado en función de riesgos y de antecedentes de los predios ganaderos. Los procedimientos rigurosos de control deberán estar bajo la responsabilidad y normatividad de los SVOs; sin embargo su operabilidad deberá ser compartida con el sector privado como ser: veterinarios particulares, industria productora de biológicos, organizaciones de ganaderos y otros.

8.7 Educación sanitaria y comunicación social

La eficacia de los programas de salud animal puede ser aumentada si a los componentes técnicos se le incorpore programas educativos y de comunicación social que guíen las diferentes actividades para facilitar los logros técnicos mediante la participación comunitaria y la integración intersectorial. Se espera que la utilización de un programa con adecuadas metodologías educativas y de comunicación ajustadas a la realidad de cada país o región, produzca los cambios conductuales de la comunidad, favorables para la solución de los problemas pecuarios y hagan más eficientes y menos costosas la labor institucional para el logro de una ganadería más saludable y productiva.

En el marco de los programas nacionales de erradicación el componente de educación sanitaria y comunicación social debe contribuir a formar conductas individuales y comunitarias que favorezcan la adopción y ejecución de acciones que el proyecto de erradicación necesita sean adoptadas para el logro de los objetivos, esto es, entre otros: conocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad y sus formas de contagio y diseminación, las formas de prevenir la enfermedad, donde sea necesario, la vacunación periódica y en las fechas indicadas por las autoridades de sus bovinos y bubalinos, junto con mantener sus animales dentro de las propiedades y evitar contacto con animales extraños, la adquisición de animales de origen sanitario conocido, la observación permanente del estado de salud de sus animales y comunicación rápida y oportuna de sospechas de enfermedades a las autoridades sanitarias.

El componente debe también facilitar la participación comunitaria promoviendo instancias de participativas colectivas que incluya a las autoridades locales y regionales. Lo anterior incluye la promoción de las acciones que contempla el programa mediante un proceso activo de comunicación social que incluya los medios de comunicación al alcance de los ganaderos, y de la mayoría de los diferentes actores que intervienen en el programa, en especial, a los propietarios y operadores de lugares de concentración de ganado (ferias, remates y mataderos) y de transporte de animales.

Para una adecuada elaboración y ejecución del componentes es recomendable un buen planeamiento del proceso educativo con base en un diagnóstico educativo y socio-comunitarios (valores, actitudes, y conocimientos) referentes a las acciones que impulsa el proyecto, que permita identificar los factores críticos para la adopción de las acciones. En su implementación deberán ser contemplados los principales referentes sociales a nivel de la comunidad en particular las escuelas rurales, centros comunitarios, asociaciones ganaderas y centros de atención de salud pública, entre otros. En este sentido, se tendrán en cuenta los programas de educación sanitaria que se están implementando en algunos países, inclusive en el marco de planes regionales e.j. Argentina, con el PAMA, está desarrollando un programa en escuelas rurales de zonas fronterizas con producción de material didáctico.

8.8 Programas integrales en el marco de la producción familiar

La experiencia en el trabajo de erradicación ha demostrado que el denominado segmento de la producción ganadera familiar, juega un rol importante en el nivel de avance de los programas nacionales, y en donde la inclusión de este segmento de ganaderos en las acciones de erradicación contribuyo significativamente en la obtención y sostenibilidad a las metas de la erradicación en los países y zonas que han logrado el reconocimiento de libre.

Es ampliamente conocido que sobre el 80% de los rebaños ganaderos están en manos de medianos y pequeños ganaderos, que incluyen a cerca del 70% de la población bovina. Este importante segmento de estos ganaderos presenta condiciones productivas, sociales y económicas diferenciadas en relación a los propietarios con mayor número de bovinos. Generalmente, no están integrados al proceso comercial siendo su producción preferentemente para consumo familiar o comunitario, tiene niveles pobres de desarrollo, y presenta niveles altos de pobreza y marginalidad. Sus índices de escolaridad son bajos y tiene poco acceso los sistemas de atención de salud pública y de atención veterinaria. En la práctica este segmento de ganaderos les es difícil conseguir atender las necesidades y obligaciones que demanda las acciones de erradicación, en particular en el manejo sanitario de sus rebaños (buena parte de ellos son manejados en forma comunitaria), y en el cumpli-

miento de las campañas de vacunación, sea porque no perciben bien los beneficios que esta práctica genera, o por las dificultades económicas propias de su nivel de ingresos.

Por otra parte, los beneficios logrados por la mejora de la FA dado por el crecimiento del comercio de exportación, las evidencias indican que estas ganancias han sido marginales o insignificantes para la ganadería familiar que no tienen condiciones de entrar en el proceso exportador, y donde los beneficios económicos directos por las acciones de lucha hechas por ellos (mejorar de ingresos versus vacunaciones y gastos sanitarios directos) no son percibidos como una inversión para mejora sino como gasto (obligatorio) al momento de financiar las acciones, agravado esto por el hecho que entre sus necesidades sanitarias objetivamente la FA, está lejos de ser una prioridad. En este contexto, para que las acciones sanitarias puedan tener resultados satisfactorios y de modo sostenible a nivel de la comunidad, es necesario la participación, aporte y el cumplimiento de todos, pero también la obtención de beneficios mínimos correlacionados a la proporción de los aportes y las ganancias sectoriales.

Dentro de las necesidades de inclusión y equidad social, se requiere mejorar sus procesos productivos y aumento del nivel sanitario de sus rebaños, por lo que las acciones que desarrolla el plan, en particular en las campañas de inmunización contra FA deben tener un abordaje integral en estas comunidades, idealmente integrarse al contexto de los planes de desarrollo de la producción local, especialmente a los programas ganaderos y de producción de alimentos. El objetivo es asociar la erradicación de la fiebre aftosa con los programas de salud animal y agropecuarios y si fuese posible a los de salud pública, con el objeto de utilizar más eficientemente la estructura de personal y racionalizar el costo operativo. Lo anterior plantea un desafío importante que debe ser abordado en forma prioritaria por los programas nacionales, en especial de aquellos donde aún se practica la vacunación, que de lo contrario puede implicar importantes efectos adversos en el grado de avance o riesgo de deterioro del sistema en su conjunto que es necesario enfrentar.

En este sentido, se identifican algunas acciones que pueden contribuir a fortalecer las condiciones de producción de la ganadería familiar aplicadas en forma conjunta a las actividades de programa nacional de FA, que sean coherentes con las características, vocaciones y potencialidades de cada localidad. Dentro de las estas acciones se menciona las siguientes:

- Promover una mayor y mejor asistencia técnica agropecuaria, específica y apropiada, de forma de mejorar la capacidad productiva de los rebaños y eventual diversificación de la misma en su fase primaria;
- Como parte de este proceso de mejoramiento productivo, contar con sólidos programas de Sanidad Animal y Zoonosis, así como de Sanidad Vegetal;
- Promover la aplicación de Buenas Prácticas de Campo adecuadas a las condiciones locales y el uso de técnicas apropiadas a la situación específica de la producción familiar;
- Fortalecer el potencial previsible de encadenamientos productivos buscando desarrollar la elaboración artesanal y comercialización directa de alimentos de calidad y saludables, por parte de los pequeños productores, dentro de padrones sanitarios compatibles con el consumo humano; y
- Para dar continuidad a los otros segmentos de la cadena productiva agro-alimentaria, promover el uso de Buenas Prácticas de Procesamiento Artesanal de Alimentos adecuadas a las condiciones locales de los productores familiares, que incluya el uso de técnicas apropiadas y eficaces para estas situaciones no industriales.

Estas actividades deberían ser complementadas de todas maneras por:

- Programas de Inocuidad de Alimentos, así como de Distribución Higiénica de Alimentos, en condiciones artesanales no industriales;
- Identificación y formalización de nuevos mercados, en la región o fuera de ella, para ampliar la comercialización de la producción local; y
- Promoción del apoyo y ayuda solidaria hacia las comunidades de producción familiar desde los grupos de productores rurales de mayor capacidad económica y técnica, y de las entidades asociadas a la cadena productiva, en especial los pertenecientes a la misma localidad o municipio.

8.9 Participación comunitaria con énfasis en el nivel local

El proceso de participación comunitaria en el PHEFA, en especial, pero no únicamente, en el ámbito local, tiene por finalidad hacer que los actores sociales interesados contribuyan con sus diversas perspectivas e intereses (interdisciplinar y multisectorial) a generar interpretaciones y soluciones más creativas y ajustadas a la realidad, convirtiéndose en sujetos históricos que construyan el futuro de este complejo campo. Es el caso del desafío de la Erradicación de la FA de los países de América del Sur, la no participación de los individuos y organizaciones involucradas, podría traer como consecuencia, además del desarrollo de planes disociados de la realidad, poco comprometimiento y auto-identificación con el PHEFA.

La participación social entendida como **colaboración** de los productores, y otros usuarios, con las organizaciones sectoriales (Servicios de Sanidad Animal/ Ministerio de Agricultura) es “dirigida” por el organismo sectorial en Sanidad Animal. La materialización del proceso participativo está relacionada a la disposición de los actores sociales a brindar colaboración para lo que les es solicitado por el sector oficial de Sanidad Animal.

Frente al proceso de Erradicación de la FA, la participación social en la **co-gestión** se entiende como la interrelación o articulación entre el conjunto de todos los actores sociales protagónicos (funcionarios oficiales, productores pecuarios y miembros de la comunidad interesados) con capacidades, habilidades y oportunidades para definir, realizar y negociar sus intereses en la perspectiva del desarrollo de la salud de los animales de producción.

Los Mecanismos Relacionales o de Articulación en la Participación Social son las Alianzas estratégicas; la Coordinación intersectorial; Redes sociales; Empoderamiento social (empowerment); Capital social y Gobernanza.

La conjugación de la colaboración y co-gestión en todas las fases de los procesos sociales que promueven la Erradicación de la FA permite que las metas propuestas sean más pertinentes aumentando la viabilidad e impacto de las acciones para alcanzarlas, generando beneficios, confianza y auto-estima entre quienes participan.

La participación social en el ámbito local debe materializarse en comités locales que deben relacionar problemas y necesidades zoonosológicas de los rebaños dado conocimientos (técnico y práctico) sobre la realidad objeto y los recursos intra y extra sector, de modo a definir los problemas, las necesidades y prioridades de atención, presentar alternativas de solución asignado y movilizando recursos y guiando el proceso hasta la solución o control de los problemas.

La solución o control de los problemas implica necesariamente en la mejora continua de la accesibilidad, disponibilidad, cobertura y equidad de la atención zoonosanitaria lo que exige del proceso participativo las funciones de conducción, compartir responsabilidades en la programación de actividades y gerencia.

El veterinario oficial del área debe ser el líder del proceso participativo, convirtiéndose en el más activo promotor de su desarrollo, por sus esfuerzos en sensibilizar y convocar a la comunidad ha asumir “deberes” en el trabajo zoonosanitario, por su habilidad de escuchar, de dialogar y de orientar, por la solidez de sus argumentos técnicos, por la efectividad de sus propuestas y por la integridad de su comportamiento. Además debe llevar en cuenta, en cada caso, el ambiente de cada municipio, en cuanto al orden político, social, económico, administrativo y cultural. La identificación y análisis de los problemas de entrega de servicios sanitarios, así como, la propuesta de soluciones no pueden ignorar lo que hay alrededor.

La función de conducción debe promover la participación y la co-gestión a partir de la:

1. Promoción y movilización de las diversas fuerzas sociales para preocuparse de los problemas de la Erradicación de la FA y sus soluciones;
2. Creación de “espacios de encuentro, de diálogo y de consenso” entre los participantes, como base para la constitución de los comités locales;
3. Promoción del consenso, armonizar intereses, articular esfuerzos, establecer alianzas en la búsqueda de implementar soluciones a los problemas sanitarios, de forma de lograr los objetivos perseguidos;
4. Estimulo y motivación a los participantes en el desarrollo de habilidades y destrezas, el trabajo solidario en conjunto, que permita el logro de actitudes sinérgicas, mejorando la capacidad de gestión sanitaria local;
5. Promoción permanente la movilización de voluntades, de influencias y de comunidad, así como el que sus agentes asuman compromisos y responsabilidades en la gestión sanitaria para tornar más efectivas las medidas específicas;
6. Reconocimiento de la existencia de diversas interpretaciones posibles en la co-gestión sanitaria lo que permite que se establezcan múltiples opciones para tratar los problemas de la entrega de servicios; y
7. Reconocimiento de que la complejidad, la incertidumbre y el conflicto de intereses son parte de los procesos donde intervienen diversos grupos sociales, y por tanto también son propios del campo de la atención sanitaria. Por eso que en esta actividad se debe tener flexibilidad en las soluciones, hacer un monitoreo de lo que ocurre, y de cada coyuntura hacer un balance entre lo deseado y lo posible.

La función de Responsabilidades Compartidas (incluye programación) comprende:

1. La caracterización (mapas) de los sistemas de exploración pecuaria, los flujos de comercialización de ganado, la localización de propiedades, remates-ferias, mataderos, plantas procesadoras e identificar "sub-áreas" de riesgo;
2. La identificación problemas que requieren de atención;
3. Hacer propuestas de solución;
4. Negociar y buscar consensos;
5. Movilizar recursos;
6. Asumir compromisos y responsabilidades;
7. Definir objetivos y metas a ser alcanzadas;
8. Establecer las acciones a desarrollar para lograr los objetivos y metas establecidos;
9. Monitorear y guiar el proceso de ejecución; y
10. Pedir y prestar cuentas sobre resultados, acciones y responsabilidades cumplidas.

La función de gerencia debe encargarse, una vez hecha la programación, de la aplicación de métodos y procedimientos administrativos, para:

1. Supervisar y monitorear la ejecución de las actividades en el ámbito local;
2. Coordinar acciones colaborativas con otras instituciones y sectores;
3. Modificar cursos de acción, rever responsabilidades, redistribuir recursos;
4. Dirigir la capacitación de profesionales oficiales y privados y de todos los actores sociales envueltos;
5. La gestión y control de los recursos disponibles;
6. Incentivar la participación social en el sistema de atención sanitaria: movilizar voluntades sociales y políticas, recursos financieros y materiales;
7. Impulsar el desarrollo del sistema de información y de vigilancia a nivel local;
8. Fortalecer en el campo el trabajo en red de los "grupos comunitarios de apoyo" que operan en los caseríos;
9. Fortalecer y promover la comunicación social del programa;
10. Incentivar las comunicaciones "horizontales" entre áreas de diferentes grados de riesgo, fomentando el trabajo sanitario preventivo;
11. Evaluar periódicamente acciones y resultados (indicadores), así como el cumplimiento de los compromisos, el desempeño de los funcionarios y de otros participantes;
12. El control social de la gestión: evaluación de logros alcanzados y compromisos cumplidos; y
13. La divulgación a la comunidad de los programas, dificultades y resultados.

9. Gestión del Plan Hemisférico

9.1 Planes subregionales de gestión y coordinación

Se debe dar continuidad a los planes subregionales establecidos en el plan de acción PHEFA 1988-2009, creados con el propósito de agrupar territorios que configuraban unidades contiguas que compartían con características ecológicas y productivas. Su función se define como entes coordinadores y gestores subregionales del plan de acción. Los planes subregionales están configurados como sigue:

- **Cono Sur:** comprende territorios de Argentina, Región no altiplánica de Bolivia, Región Sur, Centro Este y Centro Oeste de Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.
- **Región Andina:** comprende territorios de región altiplánica de Bolivia Colombia, Ecuador, Perú, y Venezuela.
- **Región Amazónica y Brasil Amazónico:** comprende territorios de Norte y Nordeste de Brasil, Guyana, Surinam y territorios amazónicos de Perú, Ecuador, Colombia y Venezuela.
- **Norte América:** Canadá, Estados Unidos y México.
- **Meso América:** Belice, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, y Panamá.
- Caribe.

Un tema de particular relevancia que debe ser abordado a nivel de los programas subregionales se relaciona con el manejo del programa a nivel de fronteras internacionales, en particular cuando la condición epidemiológica es diferente entre los países y zonas. En estas zonas deben establecerse procesos de coordinación y cooperación entre los programas de los países involucrados, como las zonas bi o tri-nacionales de frontera del Área Andina, Cono Sur y Área Amazónica. Se deben continuar con la consecución de acuerdos fronterizos entre dos o más países, estableciendo un plan de trabajo que considere entre otras acciones las siguientes: mantener actualizados los catastros ganaderos y comunitarios; identificación de los riesgos; armonización de las acciones de los programas nacionales en el área; vigilancia epidemiológica; información oportuna, transparente y continua entre ambos países; definición y aplicación de las medidas de mitigación de riesgos y evaluaciones periódicas conjuntas de las acciones del plan.

9.2 Monitoreo y evaluación

- PANAFTOSA continuará con la misión y mandatos para efectuar la coordinación y la gestión del PHEFA. Esto implica utilización de mecanismos específicos de monitoreo y evaluación operativa y de estructura de Servicios Veterinarios, que PANAFTOSA hará explícito en su plan de gestión presentado a la COSALFA, y dará cuenta del estado de avance del PHEFA a COSALFA y COHEFA. El plan de gestión contará con un sistema de información específico, para lo cual los países entreguen información en forma oportuna tanto desde el ámbito público como privado. El plan se ejecutará con los profesionales del Centro y con especialistas de la región. PANAFTOSA tendrá como marco de acción, asegurar la transparencia y el acucioso y oportuno informe de la situación sanitaria regional, como modo de asegurar la adhesión y apoyo político institucional de los países y las contribuciones de recursos de los sectores e instituciones privadas donantes.

- Los países harán entrega de los documentos e información a la COSALFA, a través de PANAFTOSA, de sus planes nacionales de acción y programas de trabajo anual, donde se describan objetivos, actividades, metas y recursos involucrados, y establezcan en forma explícita los compromisos de acción que den cumplimiento a los acuerdos y lineamientos políticos estratégicos y operativos del PHEFA.
- COHEFA y COSALFA en sus respectivos escenarios de actuación y mecanismos, serán responsables por la supervisión y apoyo a la gestión del PHEFA. El GIEFA, en coordinación con COHEFA y COSALFA, liderará los aspectos de abogacía, apoyo político y de movilización de recursos para el apoyo del PHEFA, preferentemente a los países y zonas prioritarias.
- El PHEFA será evaluado mediante procesos de auditoría externa con una frecuencia a determinar por el Comité en consulta con COHEFA.

9.3 Coordinación y fortalecimiento de la cooperación técnica internacional

Los organismos de cooperación técnica, sean de ámbito subregional, regional y mundial, en conjunto con la OPS, deben participar y contribuir al logro de la meta de erradicación. Esa participación requiere de acciones concertadas entre los distintos organismos de modo que sus respectivos programas de cooperación estén alineados con los objetivos y estrategias del PHEFA, propendiendo a la optimización de los recursos de los países, evitando la duplicación y sobre posición de actividades. En este sentido, esta etapa del PHEFA articulará las distintas iniciativas de los organismos internacionales teniendo en cuenta y reforzando las iniciativas presentadas en el Anexo 3, Cuadro 1: Rol de los Organismos Internacionales e Instituciones asociadas a la Cooperación Técnica del PHEFA. Esta cooperación deberá ser fortalecida con especial atención a los países de la Subregión Andina. Como ejemplo cabe señalar que en el ámbito del MERCOSUR, se está implementando el PAMA, programa que contempló desde sus inicios varios de los componentes del PHEFA, por lo que en los países que lo comprenden es de suma trascendencia la coordinación de las actividades entre ambos planes, de manera de optimizar la utilización de recursos y considerar los avances alcanzados (principalmente en los proyectos fronterizos).

10. Financiamiento

El plan de acción del PHEFA contempla un conjunto de fuentes de financiamiento con los que se plantea costear las acciones.

Dentro de estas fuentes se encuentran:

- Aportes directos de los sectores públicos y privados de cada país para sus propios programas de erradicación. En el caso de los países y zonas con vacunación sistemática, los gastos de la vacunación son de cargo de los productores;
- Convenios de asistencia técnica financiera directos bilaterales país – país (APHIS-USDA, MAPA-Brasil), o multilaterales de un grupo de países con una entidad financiadora (MERCOSUR- FOCEM; Proyecto FAO-UE-CAN);
- Aportes de entidades financieras con créditos reembolsables y no reembolsables para apoyar el fortalecimiento de los programas de intervención; y
- Fondo Fiduciario creado por OPS/OMS para apoyar la cooperación técnica de PANAFTOSA con aportes de entidades donantes de recursos interesadas en apoyar a los países con dificultades a modo de acelerar el cumplimiento del plan y conseguir la erradicación en el plazo más breve posible.

ANEXOS

Principales aspectos favorables para la ejecución del nuevo Plan de Acción del PHEFA

- El 85% de la población bovina de la región de Sudamérica ya alcanzó la condición de libre de FA con o sin vacunación.
- Existen herramientas tecnológicas efectivas desarrolladas en la región para diagnóstico, epidemiología, vigilancia, control de vacuna y evaluación de la circulación viral.
- En la región, hay producción de vacunas de alta calidad en cantidad suficiente para soportar las necesidades del PHEFA.
- Activa participación del sector privado principalmente en las zonas de producción empresarial.
- La mayoría de los servicios veterinarios están adecuadamente estructurados y tienen la experiencia y capacidad suficiente para enfrentar el desafío de la erradicación.
- Apoyo político efectivo de la mayoría de los países y de importantes sectores de la cadena de producción ganadera para las acciones de erradicación.
- Importantes beneficios en el proceso exportador se han logrado gracias al mejoramiento sanitario para la FA, permitiendo el cumplimiento de las exigencias sanitarias internacionales y mejorando las condiciones de certificación.
- Se produjeron importantes avances de desarrollo ganadero, con mejoras en la productividad y eficiencia productiva, así como promoviendo y facilitando la estructuración de sistemas de atención veterinaria en un número significativo de comunidades rurales en las áreas donde se consiguió avances en la erradicación.
- Sudamérica es la región en el mundo con más grande potencial de crecimiento en producción de carne bovina a bajo costo.
- Existencia de un Centro de cooperación técnica internacional (PANAFTOSA) que trabaja conjuntamente con los países en el control y erradicación de la FA por cerca de 60 años.
- Existencia de organismos de cooperación técnica regional como OIE, FAO, IICA, OIRSA y otros, así como organizaciones de coordinación regional como CMA/CVP/PAMA y CAN/COTASA que realizan aportes y apoyo a los países.
- La incorporación de estrategias diferenciadas a nivel de los países y en zonas específicas dentro de los mismos, lo que permitió incorporar las distintas realidades productivas y socio-económicas de cada país o zona.
- Momento político regional favorable con fuerte tendencia a la creación de acuerdos de integración político y económico social regional.
- Apoyo político de importantes sectores públicos y privados de la región que están dispuestos a financiar las acciones de erradicación y apoyar a zonas y sectores menos favorecidos.
- Escenario económico mundial favorable por aumento del consumo de carnes.
- Muy buenas posibilidades de conseguir mejores oportunidades de negociación económica de los productos pecuarios de especies susceptibles, eliminación de trabas sanitarias para la integración regional, y mejoramiento del perfil de competitividad de la industria ganadera por el progreso sanitario.
- Apoyo político institucional de la OPS para dar continuidad a la acción de PANAFTOSA y creación del Fondo Fiduciario para financiar la cooperación técnica.

ANEXO 2

Principales aspectos desfavorables que representan desafíos para la ejecución del nuevo Plan de Acción del PHEFA

- En los territorios aún no libres de la enfermedad se concentra el 15 % de la población bovina, donde existen serias debilidades estructurales y en algunos casos falta de apoyo político hacia los programas de erradicación, manteniendo la enfermedad en forma endémica.
- Una proporción significativa - 81 % - de la población se encuentra en estatus de libre con vacunación y solo el 3,4% está libre sin vacunación (objetivo final de la erradicación), lo que supone un desafío de conseguir voluntades, coordinación y esfuerzos de intervención de gran magnitud.
- Importantes costos operativos y alto gasto público y privado son necesarios para mantener la zona libre con vacunación.
- Hay desincentivo en las zonas libres con vacunación para mantener una vacunación sistemática con altas coberturas porque en la mayoría de los territorios no se detecta la enfermedad por más de 10 años.
- El avances de los programas y el aumento de las exportaciones genera ciertos desequilibrios entre los aportes hechos y los beneficios obtenidos. Los beneficios del avance sanitario necesitan extenderse también hacia los medianos y pequeños productores, ya que estos se concentran en los productores que exportan obteniendo un mayor beneficio en relación a sus aportes.
- Los productores familiares deben ser más involucrados en el proceso de la erradicación y deben recibir contribuciones y apoyo para su propio mejoramiento de sus condiciones de vida y de desarrollo en el medio rural.
- Las zonas libres sin vacunación deben mantener costosos mecanismos de prevención por el riesgo regional al mantener aún zonas endémicas.
- Deficiencias gerenciales en la conducción de los planes nacionales, especialmente en el control de su gestión.
- Mantenimiento de las condiciones de riesgo regional por la permanencia de países y zonas con situación endémica puede impedir los avances en las áreas libres con vacunación, desestabilizar la situación actual y producir serios retrocesos con los impactos económicos negativos difíciles de recuperar.
- Interés y prioridad política divergente de algunos gobiernos, principalmente en los países con endemismo de la FA, hacia los objetivos regionales de la erradicación, dificultan los avances requiriendo importantes esfuerzos de abogacía política de alto nivel para favorecer la causa de la erradicación.
- La mejora sanitaria se ve estancada en los últimos 5 años. Esto produce desmotivación por acciones repetitivas sin avance sanitario perceptible lo que puede provocar desinterés en mantener costosas campañas de vacunación y bajas en las coberturas vacúnales aumentando la susceptibilidad y por ende el riesgo de vulnerabilidad.
- Deficiencias en ciertos aspectos de la coordinación regional entre los programas nacionales para consensuar de mejor forma acciones estratégicas conjuntas, dificultada en algunos casos por fallas en las comunicaciones de eventos sanitarios de riesgo y en la toma de decisiones sanitarias unilaterales.
- La necesidad de incorporar mecanismos específicos para mejorar la coordinación entre los distintos organismos de cooperación involucrados en el Plan, de manera a hacer más eficiente y efectivas las acciones, incentivando aportes y apoyos entre los países priorizando las actividades en países y zonas críticas (Bolivia, Ecuador y Venezuela).
- Las comunidades ganaderas con pocos incentivos no colaboran con las acciones de erradicación y se pueden transformar en riesgo para el programa, por debilidades en las propuestas de acción integral que involucren a pequeños ganaderos.
- De mantener la situación sanitaria de los países con endemismo se potencia el riesgo de transmisión y reintroducción hacia las zonas libres.

Cuadro 1 - Rol de los Organismos Internacionales e Instituciones asociadas a la Cooperación Técnica del PHEFA.

OPS/PANAFTOSA	Coordina la gestión del PHEFA; desarrolla actividades de cooperación técnica en sistemas de información y vigilancia epidemiológica, referencia de laboratorio, planes para las intervenciones de prevención, eliminación y control de la FA; y secretaría ex officio de COSALFA y COHEFA.
OIE	Proceso de PVS y apoyo al fortalecimiento de los servicios veterinarios; seguimiento de acciones en países y zonas libres, revisión del Código de los Animales Terrestres; reconocimiento de países y zonas libres con y sin vacunación y zonas infectadas; y marco para la eliminación global de la fiebre aftosa - iniciativa GF-TAD (junto a FAO).
FAO	Marco para la eliminación global de la fiebre aftosa - iniciativa GD-TAD (junto a OIE); Proyecto Regional Integrado sobre el Control Progresivo de la Fiebre Aftosa en la Región Andina (GCP/RLA/178/SPA y GTFS/RLA/172/ITA:
IICA	Se promueve y apoya el desarrollo de capacidades y la modernización de la sanidad agropecuaria e inocuidad de alimentos.
CVP	Papel de rectoría y coordinación programa subregional. Programa de Acción MERCOSUR Libre de Fiebre Aftosa - PAMA
CAN/COTASA	Papel de rectoría y coordinación programa FA subregión andina
GIEFA	Mobilización de recursos para la ejecución del PHEFA, apoyo y abogacía político técnica en países prioritarios
CFIA, Canadá	Apoyo a los laboratorios de diagnóstico de la región andina
MAPA-Brasil	Convenio de cooperación con OPS/OMS para financiar el mantenimiento de las instalaciones de PANAFTOSA, y para apoyar cooperación técnica regional
OIRSA	Coordinación y rectoría programas de prevención en Centro América y México.
SENASA Argentina	Laboratorio de Referencia de OIE, y Centro Colaborador de Capacitación de los Servicios Veterinarios, y acciones de cooperación técnica en la región.
USDA/APHIS, USA	Alianza con PANAFTOSA para la eliminación de la aftosa, y cooperación bilateral hacia países de la región.

RESOLUCIONES DE LA SEGUNDA REUNIÓN EXTRAORDINARIA DEL COMITÉ HEMISFÉRICO DE ERRADICACIÓN DE LA FIEBRE AFTOSA (2ª COHEFA EXTRAORDINARIA)

RESOLUCIÓN 1

Plan de Acción 2011-2020 del PHEFA

CONSIDERANDO:

Que mediante la Resolución II de la 37ª reunión de la Comisión Sudamericana de Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA) se solicitó a PANAFTOSA que formule una propuesta de Plan de Acción del Programa Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA) para definir un nuevo marco político estratégico para apoyar el esfuerzo de erradicación de la fiebre aftosa del hemisferio.

Que dicha propuesta fue elaborada por PANAFTOSA con participación de expertos de los países; analizada por los jefes de servicios veterinarios, representantes del sector privado y de las organizaciones internacionales y regionales de cooperación técnica en una reunión ad hoc realizada en Montevideo el 15 de noviembre de 2010.

Que con la denominación Plan de Acción 2011-2020 del PHEFA, dicha propuesta fue puesta a consideración, discutida, analizada y perfeccionada por esta sesión extraordinaria de COHEFA.

Que los países miembros de la COHEFA propiciaron la creación del Grupo Interamericano para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (GIEFA), el cual ha tenido un papel destacado en la abogacía y apoyo de acciones de erradicación de la fiebre aftosa.

En consecuencia, el COMITÉ HEMISFÉRICO DE ERRADICACIÓN DE LA FIEBRE AFTOSA

RESUELVE:

1. Aprobar y hacer suya la propuesta de Plan de Acción 2011-2020 del PHEFA.
2. Solicitar a la Directora de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS, que en su función de Secretaria ex officio de COHEFA, de a conocimiento y promueva la adhesión al Plan de Acción 2011-2020 del PHEFA, especialmente: al más alto nivel político y técnico de los países y organizaciones representativas de la cadena productiva pecuaria; a la próxima Reunión Interamericana a nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA); a las uniones, alianzas y organismos multilaterales regionales y subregionales como el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA), el Mercado Común Centroamericano (MCCA), el Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA), la Comunidad del Caribe (CARICOM), la Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), la Comunidad Andina (CAN) para su adhesión y adopción en sus marcos correspondientes; a los organismos internacionales de financiamiento, especialmente al Banco Interamericano de Desarrollo y al Banco Mundial solicitando su apoyo; al Secretario General de la OEA para que fomente la adhesión a este plan en marco de los procesos de las Cumbres de las Américas; al Director General del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura; a los señores directores generales de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), organizaciones que promueven el programa global de erradicación de la fiebre aftosa, como contribución de la Región de las Américas a los objetivos globales.
3. Solicitar al GIEFA que continúe sus esfuerzos de abogacía y promoción al más alto nivel político en el marco del Plan de Acción 2011-2020 del PHEFA.

(Aprobada en Río de Janeiro, 15 de diciembre de 2010.)

RESOLUCIÓN 2

Liderazgo de la gestión del Plan de Acción 2011-2020 del PHEFA

CONSIDERANDO:

Que para apoyar la eliminación de la fiebre aftosa de los países del continente americano, mediante un acuerdo entre la Organización de Estados Americanos (OEA) y el Gobierno de Brasil fue creado el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) en 1951, quedando luego bajo administración de la Oficina Sanitaria Panamericana, secretariado de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Que a la fecha se avanzó en el cumplimiento de metas y compromisos hacia la erradicación de la fiebre aftosa gracias al gran esfuerzo técnico y financiero de los países y a la eficaz y eficiente cooperación técnica del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) sumada a la positiva contribución de otros organismos internacionales como OIE y FAO en especial desde el lanzamiento del Programa Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA) en 1988.

Que desde su creación PANAFTOSA ha venido dando cooperación técnica a los países, generando conocimiento y herramientas que dieron soporte a las acciones de control.

Que las razones de necesidad que dieron origen a los acuerdos y mandatos de creación de PANAFTOSA son a la fecha tan pertinentes como entonces para completar el proceso de erradicación de la fiebre aftosa y que, bajo el marco técnico y político expresado en el Plan de Acción 2011-2020 del PHEFA, el rol de PANAFTOSA resulta esencial para su liderazgo.

En consecuencia, el COMITÉ HEMISFÉRICO DE ERRADICACIÓN DE LA FIEBRE AFTOSA

RESUELVE:

1. Reafirmar que el liderazgo de la gestión del Plan de Acción 2011-2020 del PHEFA será ejercido por PANAFTOSA.
2. Solicitar a PANAFTOSA que conforme un grupo de trabajo con los países para el seguimiento del Plan de Acción 2011-2020 del PHEFA en el marco de la COHEFA.
3. Solicitar a la OPS/OMS, a sus estados miembros, a los organismos internacionales y a las instituciones públicas y privadas con interés en la erradicación de la fiebre aftosa, el apoyo para mantener y acrecentar las capacidades de PANAFTOSA para la gestión y coordinación técnica del Plan de Acción 2011-2020 del PHEFA.
4. Solicitar a PANAFTOSA que coordine los esfuerzos de cooperación técnica con las instituciones y agencias nacionales e internacionales de referencia y cooperación para la erradicación de la fiebre aftosa.

(Aprobada en Río de Janeiro, 15 de diciembre de 2010.)

RESOLUCIÓN 3 Reconocimiento

EL COMITÉ HEMISFÉRICO DE ERRADICACIÓN DE LA FIEBRE AFTOSA

RESUELVE:

Expresar nuestro agradecimiento al Gobierno de Brasil por el apoyo y la hospitalidad brindada durante la segunda sesión extraordinaria de COHEFA, a PANAFTOSA y a los integrantes de los grupos de trabajo, jefes de los servicios veterinarios y expertos de organismos internacionales por el excelente trabajo en la preparación de la propuesta de Plan de Acción 2011-2020 del PHEFA.

(Aprobada en Río de Janeiro, 15 de diciembre de 2010.)

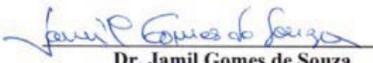


**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

EN FE DE LO CUAL, el Presidente de la Reunión, Dr. Jamil Gomes de Souza, Director del Departamento de Salud Animal del “Ministerio de Agricultura, Pecuária e Abastecimento” (MAPA) de Brasil y el Director del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa – PANAFTOSA-OPS/OMS, Dr. Ottorino Cosivi y los representantes del más alto nivel del sector público y privado de las seis subregiones que integran el Comité: Amazónica, Andina, Caribe, Cono Sur, Mesoamérica y Norteamérica, firman la lista de presencia a la 2ª Reunión Extraordinaria de la COHEFA, realizada en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil, en los días 14 y 15 de diciembre del año dos mil y diez.

Por la Subregión Amazónica:

 Dr. Jamil Gomes de Souza Director, Departamento de Saúde Animal Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Brasil	 Dr. Sebastião da Costa Guedes Presidente, Conselho Nacional de Pecuária de Corte - CNPC
--	---

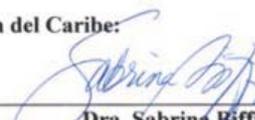
Por la Subregión Andina:

 Dr. Oscar Miguel Domínguez Jefe, Servicio Nacional de Sanidad Agraria SENASA/Perú	 Dr. Luis Fernando Salcedo Gerente Técnico Federación Colombiana de Ganaderos - FEDEGAN
---	--

Por la Subregión del Caribe:



Dr. Carlos Delgado
Subdirector, Instituto de Medicina
Veterinaria – IMV/Cuba



Dra. Sabrina Biffi
Secretaria Ejecutiva, Patronato Nacional
de Ganaderos de Santo
Domingo/República Dominicana

Por la Subregión del Cone Sur:

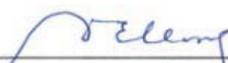


Dr. Francisco Muzio
Director General de Servicios Veterinarios
Ministerio de Ganadería, Agricultura y
Pesca/Uruguay



Dr. Juan Néstor Núñez Irala
Presidente
Asociación Rural del Paraguay – ARP

Por la Subregión de Centro America:



Dr. Franklin Clavel
Director, Comisión Panamá-Estados
Unidos para la Erradicación y Prevención
del Gusano Barrenador del Ganado
COPEG-MIDA



Ing. Aldo Mazzero
Representante
Confederación Centro Americana de
Ganaderos, Costa Rica

Por la Subregión de Norte América:



Dr. Laureano Fjdelmar Vázquez,
Coordinador Regional IV de la CPA,
Secretaría de Agricultura, Desarrollo Rural,
Pesca y Alimentación – México



Sr. Philip E. Bradshaw
Presidente,
Illinois Soybean Board – ISBR/Estados
Unidos

Por la Organización Panamericana de la Salud



Dr. Ottorino Cosivi
Director, PANAFTOSA-OPS/OMS

Editado en mayo de 2011 por el
Centro Panamericano de Fiebre Aftosa - OPS/OMS

