

# Salud y Cohesión social

Junio-Julio 2008:

La protección social en salud en América Latina

## EDITORIAL

### Intersectorialidad y transversalidad, por una mejor promoción de la cohesión social



Jean-François Girard  
Presidente del IRD

La *Protección social en salud en América Latina* es el eje principal de las acciones apoyadas por el Consorcio *EUROSociAL Salud*. En efecto, cerca del 20% de la población latinoamericana no se encuentra protegida por los sistemas nacionales de seguridad social<sup>1</sup>.

Esta realidad nos obliga a reflexionar sobre el sentido<sup>2</sup> y las modalidades de financiación del sistema de salud, sobre la gobernanza hospitalaria y el mejoramiento de la atención primaria y de la salud materno-infantil, así como a anticipar el impacto del cambio climático sobre la salud.

1. ROSSEMBERG (Hernan), ANDERSSON (Bernt), "Repensar la protección social en salud en América latina y el Caribe", Revista Panamericana de Salud Pública, 8(1/2), 2000

2. Financiamiento del sistema de salud : gasto o inversión ?

Nuestros resultados serán el producto de nuestra determinación, de la mutualización de nuestras acciones con las de otros actores de la cohesión social y del apoyo recíproco que estos nos aportarán.

El nacimiento, en 2008, del *Boletín Salud y cohesión social*, después de la aparición de sus hermanos *Finanzas, Educación, Justicia y Empleo*, está marcado por el desafío de la *intersectorialidad*. Solicitada por los ciudadanos, reivindicada por los profesionales y promovida por los donantes internacionales y los gobiernos, el enfoque intersectorial es el tema de trabajo central del encuentro de redes *EUROSociAL* que se lleva a cabo en México D.F., del 23 al 25 de junio de 2008.

La primera edición del *Boletín Salud y Cohesión social* presenta los primeros resultados del Proyecto, obtenidos gracias al compromiso de la *Oficina de Coordinación salud -OCS-* y de las 36 instituciones miembros de la red *EUROSociAL Salud*. Que todos los que han contribuido a su redacción reciban nuestro sincero agradecimiento, especialmente la Dra. María Luisa Ávila, Ministra de Salud de Costa Rica y el Sr. Adolfo Jimenez, Secretario General de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social -OISS.

Finalmente, en nombre de los miembros fundadores del consorcio *EUROSociAL Salud*, deseo dar la bienvenida a los nuevos miembros asociados: el Ministerio de Salud de Chile, el Ministerio de Salud de Costa Rica y la Agencia para el Desarrollo y la Coordinación de las Relaciones internacionales (ADECRI, Francia). Representa para nosotros un honor acogerles en el seno de nuestro Consejo de dirección.

Jean-François Girard  
Presidente del IRD

#### Sobre el Boletín Salud y Cohesión social

El boletín *Salud y cohesión social* es el fruto del trabajo participativo realizado por miembros de la red *EUROSociAL Salud*, el equipo de la Oficina de Coordinación Salud (OCS) y los miembros del consorcio.

Se trata de una publicación bimestral que destaca en cada edición una temática central a través de la cual se presentan las iniciativas y actores del Proyecto. En la sección *Un país EUROSociAL Salud*, se expondrá la experiencia en materia de salud y protección social en salud de uno de los 23 países de la red. En las próximas ediciones, un espacio será reservado al trabajo intersectorial. Así, la sección *La voz de los otros sectores* podrá ser visitada de manera alternante por los sectores *Educación, Justicia, Empleo y Fiscalidad*. ¡Que la lectura del boletín les sea de interés!

## EUROSociAL Salud en cifras



En el segundo año de actividades de *EUROSociAL Salud*, hemos podido constatar el interés creciente de los ministerios latinoamericanos en nuestro proyecto. La participación a nivel político en las diferentes actividades ha sido relevante. Ministros y Ministras, Viceministros, Directores y Gestores de las Instituciones de Protección Social de varios países latinoamericanos han participado en las actividades. Además, los Puntos Focales de *EUROSociAL Salud* han recibido el apoyo de sus instituciones para desarrollar su trabajo con rigor.

Como consecuencia de la participación del Consorcio en la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina -REMSAA- (Abril 2008) se han fortalecido los lazos de colaboración con los Ministerios de esta región y se está avanzando en el enfoque regional de la salud. Así lo confirma la reciente visita a *EUROSociAL Salud* en París de la Ministra de Salud Pública del Ecuador -actual presidenta de la REMSAA-, quien es embajadora de la iniciativa *Agenda Suramericana en Salud*. También, durante la REMSAA, *EUROSociAL Salud* fue invitado a visitar al Ministerio de Salud del Perú, institución que presentó 10 propuestas de participación de su país en el Proyecto.

Por parte de la Comisión Europea, funcionarios de las Delegaciones de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay han tomado parte en las actividades del Proyecto.

Hasta el momento, *EUROSociAL Salud* ha brindado apoyo a la elaboración de varios documentos marco para cambios y reformas de políticas de salud y se han organizado en total 84 actividades: 10 seminarios, 14 talleres, 38 pasantías, 3 cursos, 1 asistencia técnica, 2 jornadas de trabajo, 8 visitas de experiencias, 8 Consejos de Dirección y 2 Encuentros de Redes.

Pero los desafíos del este año no se hacen esperar: extensión y fortalecimiento de la red, conformación y apoyo a los grupos de trabajo nacionales, participación en las iniciativas de integración subregional en salud, desarrollo del enfoque intersectorial... En definitiva, estos son los retos que afrontaremos juntos, guiados por el afán de contribuir a mejorar la Cohesión Social.

José Jaime De Domingo  
Coordinador OCS

#### Numero de actividades en las que han participado los países de la Red

Argentina: 12	El Salvador: 7
Bolivia: 10	Guatemala: 11
Brasil: 13	México: 12
Chile: 17	Honduras: 4
Colombia: 14	Nicaragua: 2
Costa Rica: 21	Panamá: 17
Ecuador: 7	Perú: 7
España: 15	Uruguay: 13
Francia: 10	Venezuela: 2
Italia: 6	



Adolfo Jiménez F.  
Secretario General  
OISS

## Perspectiva de la Protección Social en América Latina

En este siglo XXI, puede apreciarse que la agenda social está pasando a tener un papel relevante en los Estados Iberoamericanos que, en este sentido, parecen haber iniciado un cierto giro en sus políticas, para basarse ya no sólo en el crecimiento macroeconómico, sino también en un mejor reparto de los beneficios procurados por el mismo.

Ello hace, por ejemplo, y como exponente de esas nuevas tendencias, que la cohesión social haya sido precisamente el lema de la última Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno (Santiago de Chile, 2007), o que uno de los principales programas de cooperación de la Unión Europea con América Latina en la actualidad, como es el programa EUROsociAL— del que la Organización Iberoamericana de Seguridad Social es impulsora— se dirija también al fomento de esa cohesión social.

Esa circunstancia tiene, sin duda, un reflejo en el panorama de la Seguridad Social Iberoamericana. Un panorama que empieza a plasmarse en un proceso de apertura de reformas tendientes, en sus objetivos básicos, a corregir las disfuncionalidades existentes y, prioritariamente, a lo que sin duda constituye la mayor de ellas, que era y es la existencia de capas muy amplias de población carentes de acceso a los beneficios de la protección social en salud, prestaciones económicas o servicios sociales.

Un contexto en el que también adquiere singular importancia la atención a los movimientos migratorios que, en el seno de la Comunidad Iberoamericana, fueron objeto de atención en la XV Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno (Salamanca 2005) y constituyeron el motivo central de la XVI Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno (Montevideo, 2006). Estos

movimientos son en muchos casos generadores de la pérdida de derechos sociales que provoca la desprotección de los ciudadanos y a la que pretende dar respuesta el Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social, impulsado desde sus inicios por la OISS y que fue aprobado por la XVII Cumbre de Santiago de Chile. El convenio ya ha sido firmado por 13 países.

Sin duda estamos ante el inicio de una nueva etapa, caracterizada por el criterio de extender la cobertura protectora a sectores más amplios de la población que hasta ahora se veían excluidos, en un camino hacia la universalización, que es una característica básica y una de las principales aspiraciones de los modernos sistemas de Seguridad Social.

Adolfo Jiménez F.  
Secretario General  
Organización Iberoamericana de  
Seguridad Social – OISS

### Protección social en la Amazonía

Se estima que en América Latina casi 107 millones de personas no tienen acceso a servicios de salud por causa de restricciones geográficas

En un área de 5.2 millones de km<sup>2</sup> de la Amazonía brasileña, viven más de 13 millones de personas. Entre ellos se encuentran comunidades indígenas milenarias; grupos descendientes de ex - esclavos fugitivos que huyeron a la selva a fin de alcanzar su libertad en el siglo XIX; poblaciones migrantes que llegaron en busca del caucho, entre otros. Muchos de estos pobladores ganan el sustento diario como trabajadores temporeros, insertados en una economía de subsistencia. Son grupos que tradicionalmente han sido excluidos de los beneficios de las políticas públicas, dados el aislamiento geográfico y la dificultad de acceso.

Desde 1997 se ha puesto en marcha



en Brasil un proyecto de extensión de la protección social para estos grupos a través de la utilización de barcos que prestan servicios de salud, asistencia social y pensiones. Son 6 barcos de la seguridad social que cruzan los ríos en los estados de Amazonas, Pará y Rondonia funcionando como agencias flotantes en las que el beneficiario encuentra todos los servicios disponibles en las ciudades. En 2007, estos barcos fueron responsables de la atención de 11 500 personas, en 35 municipios aislados. En su ausencia, los beneficiarios tendrían que viajar durante 72 horas para acceder a sus derechos.

La presencia de los barcos ha generado efectos positivos sobre la cohesión social de la región, reflejados en la disminución de los niveles de pobreza,

de la mortalidad infantil y de los índices de criminalidad. Se observa, igualmente, menos depredación ambiental en las áreas cubiertas por el programa.

Para conocer esta buena práctica e intercambiar experiencias en materia de inclusión social de trabajadores temporeros, los sectores de EUROsociAL Salud y Empleo han sumado esfuerzos en la organización de un taller-visita flotante en Belém do Pará e Isla de Marajó (Brasil), del 14 al 18 de julio.

Vinicius Pinheiro, Experto OIT



### Protección social agrícola en Francia: Un régimen mutualista y participativo

El régimen agrícola de la protección social en Francia protege 4 millones de personas

Concluido el seminario de lanzamiento del intercambio *Extensión de la cobertura de protección social a trabajadores agrícolas*, l'ADECRI\* solicitó a la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole (MSA) compartir la experiencia francesa en la materia, a través de una pasantía en la que participaron instituciones latinoamericanas de seguridad social. Una delegación de 20 personas provenientes de 11 países pudieron así aprender de la originalidad de la MSA. La Mutualité Sociale Agricole es una institución descentralizada (1 caja central y cerca de 50 cajas en las regiones) cuya estructura es representativa de toda la población agrícola y es

elegida por votación. Todas las personas vinculadas al régimen, que cuentan con las condiciones de elegibilidad, constituyen la base electoral.

La MSA cubre todos los aspectos de la protección social: salud y maternidad, accidentes de trabajo, prestaciones familiares y jubilación. Esta institución administra la protección social legal y complementaria de 4 millones de franceses (más de 6% de la población total) y constituye la interlocutora única de las profesiones agrícolas en cuanto se refiere a la protección social.

Costa Rica, Chile, Paraguay y Bolivia, entre otros, expresaron durante esta

visita su deseo de continuar la cooperación con Francia a fin de identificar nuevas prácticas transferibles a sus contextos respectivos.

Laurence Moureau,  
Responsable de Proyecto, ADECRI



## Actores EUROsocial Salud

### La Dra. Maria Luisa Avila, Ministra de Salud de Costa Rica, comparte con nosotros sus convicciones sobre la protección social en salud

#### *Sobre el modelo costarricense*

El modelo costarricense esta fundamentado en la convicción que la salud es un derecho fundamental y se inspira de la definición según la cual *la salud no es la ausencia de enfermedad* sino el producto de la intervención en tres pilares fundamentales: la promoción de la salud como una "cultura de vida", la prevención de la enfermedad y la atención a la enfermedad. Esta intervención a tres niveles constituye una de las características del modelo costarricense pues se interviene frente a los determinantes de la salud que no son sólo sociales, sino también ambientales. Por otro lado, la inversión en salud y en educación siempre ha representado una prioridad nacional. Únicamente de esta manera hemos podido alcanzar índices similares a los de los países desarrollados.

#### *Sobre los resultados de la producción social de la salud en Costa Rica*

Vemos a la salud como un proceso que

se construye todos los días, con un Ministerio Rector y un proveedor de servicios de atención de la enfermedad que es la Caja Costarricense del Seguro Social. Además, el país ha organizado el sector incluyendo a otras instituciones como *Acueductos y Alcantarillados* que esta bajo nuestra rectoría.

#### *La contribución de EUROsocial a los desafíos de la protección social en Costa Rica*

Los intercambios de experiencias que son aplicables al contexto de la región y la asistencia técnica permiten que en materia de salud ambas regiones -Europa y América latina- salgan fortalecidas. *EUROsocial Salud* ha contribuido al posicionamiento y avances en materia de cohesión social.

#### *Un mensaje para sus homólogos latinoamericanos*

Que todos los países podamos unirnos

en torno a la salud y no trabajar de manera aislada. Que la salud sea una bandera que todos podamos enarbolar. Aprovechemos la fortaleza de compartir una misma lengua para *construir una salud sin fronteras*. En la región se cuenta con diferentes estándares en salud. El compartir de experiencias puede hacer avanzar el tema de la salud para todas las poblaciones de la región.

En nuestro país se ha hecho énfasis en el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de salud. Bajo este modelo el Ministerio de salud es rector y no un proveedor de servicios. El Ministerio debe ser un ente fiscalizador, promotor de políticas de protección social y salud. Deseamos que la experiencia de fortalecimiento de la rectoría sea el eje fundamental de nuestros intercambios con otros países, pues un Ministerio de salud rector trabaja esencialmente sobre los determinantes de la salud, sus factores de riesgo, con lo cual se *previenen* los problemas de la salud.



*Dra. Maria Luisa Avila, Ministra de Salud de Costa Rica*

*El seguro de salud en Costa Rica, regido por los principios de universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia, protege 87,5% de la población*

## Un país EUROsocial Salud: Brasil

### Protección social en salud en Brasil: acceso universal en el Sistema Único de Salud (SUS)

En Brasil, la universalización de la protección social en salud con la creación de un sistema público universal de salud –el Sistema Único de Salud, SUS– está directamente relacionado con las luchas de los movimientos sociales por el retorno a la democracia y por la conquista de la plena ciudadanía. La Constitución de 1988 reconoció a brasileñas y brasileños como sujetos portadores de derechos inéditos, individuales y colectivos. Entre estos, consagró el derecho universal a la salud y el deber del Estado de asegurarlos mediante políticas sociales y económicas dirigidas a reducir el riesgo de enfermedades y a garantizar el acceso universal e igualitario a los servicios en un sistema único de Salud (SUS).

El SUS garantiza –en sus servicios propios o privados contratados- acceso universal para toda la población de casi 190 millones de residentes, incluyendo trabajadores urbanos y rurales y poblaciones indígenas. Para estos últimos existe un subsistema propio:

los distritos sanitarios especiales indígenas. Cerca de 25% de la población usa el sistema privado.

Financiado con recursos fiscales y con acceso independiente de cotizaciones previas, el SUS produjo una importante extensión de la protección social y mejora del acceso a servicios de salud para poblaciones hasta entonces sin derechos efectivos.

Con la implementación del SUS, el sistema de salud brasileño pasó por una profunda transformación con descentralización hacia las municipalidades y Estados y creación de instancias de participación social. Hoy las 5.560 municipalidades del país cuentan con un Consejo Municipal de Salud – espacios de debate y fortalecimiento del sistema – brindan servicios de atención primaria de salud y, en conjunto con los Estados, se responsabilizan por garantizar la atención especializada y hospitalaria.

La expansión de la atención primaria

fue una marca del SUS. Hoy tenemos 27 mil equipos de salud familiar y más de 220 mil agentes comunitarios de salud asistiendo a más de 90 millones de personas. Cada año el SUS realiza más de 11 millones de hospitalizaciones y 600 millones de consultas médicas. La atención altamente especializada está también garantizada por el SUS que, por ejemplo, en el año 2007, realizó 12 mil trasplantes y 10 millones de sesiones de hemodiálisis.

La participación de Brasil en el *EUROsocial Salud* ha permitido, además del intercambio de experiencias que contribuye al mejoramiento de la organización del SUS, difundir nuestro modelo de protección social universal, estrechar lazos y promover la cooperación y solidaridad con los países latinoamericanos y europeos.

*Ligia Giovanella, Investigadora  
Fundación Oswaldo Cruz ENSP/FIOCRUZ  
Luis Fernando Rolim Sampaio, Director  
Departamento de Atención Básica  
Ministerio de Salud de Brasil*

#### Brasil

República Federal  
Capital: Brasilia

Población: 190 millones hab.  
Superficie: 8 547 877 Km<sup>2</sup>

*De una cobertura inferior al 50% en el sistema anterior, el SUS paso a garantizar la cobertura a 100% de la población*





## Actividades recientes

**25-29 de febrero**

### Visita experiencia en TIC, Belo Horizonte y Sao Paulo

Visita de altos responsables de instituciones de AL para conocer la formulación e implementación del Proyecto Nacional de *telesalud* dentro del programa de salud de la familia.

**28-29 de febrero**

### Taller nacional para la Promoción de la Donación Altruista de Sangre (DAS), Ciudad de Guatemala



Participaron en este evento 30 funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de la Seguridad

Social (IGSS). En esta ocasión fue constituida la Red Nacional de Promoción de la Donación Voluntaria de Sangre, que será dirigida por el IGSS y contará con el apoyo de la Cruz Roja.

**4 de marzo**

### Taller Nacional de fortalecimiento de la DAS, San José de Costa Rica

Los participantes trabajaron en la elaboración de una Guía de Trabajo que prioriza actividades a corto, mediano y largo plazo y promueve la articulación entre organizaciones y legislación. Asistieron 26 funcionarios del Ministerio de Salud, la OPS y la Cruz Roja.

**12-14 de marzo**

### Visita experiencia en TIC, Nayarit

Visita de altos responsables de instituciones de 6 países latinoamericanos al Estado de Nayarit (México) para conocer la experiencia y el impacto del uso de las TIC en el nivel local.

**12-14 de marzo**

### Jornada de Trabajo Fortalecimiento de los sistemas nacionales de transfusión sanguínea para la formulación de una política y estrategia de DAS, Santiago de Chile

Durante este taller fueron presentados los Documentos marco sobre reformas en políticas nacionales de DAS y se discutió sobre la calidad-acreditación, rectoría y centralización de bancos de sangre, temas que serán abordados por el intercambio de experiencias en el 2008. Además, esta actividad permitió compartir agendas de acción con la OPS/OMS y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja.

**9-10 de abril**

### XXIX Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina – REMSAA, Quito

Organizada por el Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU), en esta importante reunión participaron los Ministros de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú, Venezuela y Argentina. Los representantes



de *EUROsocial Salud* presentaron el Proyecto y establecieron contactos de alto nivel a fin de fortalecer la implicación de los Ministerios de Salud de la región en el proyecto.

**8-12 de abril**

### Pasantía sobre Extensión de la protección social en salud a trabajadores agrícolas, Santiago de Chile.

3 responsables bolivianos del Ministerio de Salud, un funcionario de la Seguridad Social y un Dirigente Sindical Agrícola visitaron el Fondo Nacional de Salud (FONASA) con el fin de conocer la experiencia chilena en la materia.

**8-9 de mayo**

### Visita al Ministerio de Salud del Perú, Lima.



Como resultado de esta visita de los responsables del Proyecto *EUROsocial Salud*, el Ministerio de Salud del Perú presentó 10

propuestas de trabajo en las 5 temáticas del Proyecto y designó a los coordinadores responsables de cada una de ellas al interior de la institución.

**23 de mayo**

### Visita de la Excm. Ministra de Salud Pública del Ecuador, Dra. Caroline Chang Campos, a EUROsocial Salud, Paris.



Esta importante cita permitió profundizar la cooperación

entre *EUROsocial Salud* y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, institución que trabaja actualmente en un proceso de *transformación en salud* a nivel nacional y en la aprobación de la *Agenda Suramericana de Salud*, a nivel regional.

**2 y 3 de junio**

### Seminario Estrategias y Sistemas de Monitoreo y Apoyo a las Reformas Hospitalarias, Brasilia.



Realizado en la sede la OPS/OMS en Brasilia, en este seminario participaron representantes de 11 países de AL, ante quienes fueron presentadas las experiencias del Ministerio de la Salud, Juventud y deportes de Francia y de la *Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n° 5 Ovest Vicentino - Arzignano* de Italia.

### Otras actividades realizadas

- ✓ VIII Consejo de dirección del Consorcio *EUROsocial Salud*, 27 y 28 de marzo, Río de Janeiro
- ✓ Taller interno de organización del Intercambio *Política de medicamentos y uso racional*, 21 y 22 de Mayo, Madrid
- ✓ Reunión de coordinación de las instituciones francesas de la red *EUROsocial Salud*, 20 de mayo, París

### Curso on-line de Extensión de la protección Social en salud a trabajadores agrícolas no cubiertos y pueblos indígenas, con interculturalidad, 28 de febrero-18 de mayo de 2008

A través de las diferentes sesiones de trabajo, el curso *on-line* ha permitido intercambiar conocimientos y herramientas y generar espacios de reflexión colectiva – así como para el contexto de cada país- entre 30 gestores de salud y seguridad social de Latinoamérica



y 19 docentes provenientes de instituciones europeas y latinoamericanas. Su objetivo fue la promoción de la cohesión social a través de iniciativas de extensión de la cobertura de la protección social en salud dirigida a pueblos indígenas y trabajadores rurales. Como resultado de este curso, los y las participantes elaborarán una tesina de final con apoyo técnico de *EUROsocial Salud*. Se espera con este esfuerzo generar propuestas nacionales de extensión de la protección social en salud para los países participantes.

Atendiendo a la demanda de los entusiastas participantes, se continuarán los trabajos que se iniciaron en el marco del curso *on-line*, a través de un foro virtual que será lanzado en los próximos días en la página Web de *EUROsocial Salud*.

Pablo Aguilar, Técnico en Salud, OCS

## Actividades programadas

- ✓ Conmemoración del Día Mundial del Donante de Sangre, 14 de junio, Bogotá
- ✓ Reunión de puntos focales *EUROsocial Salud*, México, 26-27 de junio
- ✓ Taller-Visita *Extensión de la cobertura de la protección social en salud a trabajadores temporeros*, 14-18 julio, Belem de Pará
- ✓ Seminario *Formación del profesional de la APS y su permanencia en zonas desfavorecidas*, 16-18 de julio, Guaya

### Frase del mes

« Una gran filosofía no es la que instala la verdad definitiva, es la que produce una inquietud ». Charles Péguy

Comité de redacción para este número:  
Régine Lefait-Robin, IRD - Francia  
Hernán Monasterio, FONASA - Chile  
Alfredo Rivas, FCSAI - España

Responsable  
Zoraida Martínez Racini  
E-mail: zoraida.martinez-racini@ird.fr

© Fotografías:  
Base Indigo-IRD, Pierre Fréon-IRD, Patrice Cayré-IRD, OISS, OIT, M. Genest – CCMSA, Rolando González-IGSS, ORAS-CONHU, Ministerio de Salud de Costa Rica, Ministerio de Salud del Perú

Oficina de Coordinación del Sector Salud (OCS)  
C/ Santa Engracia, 4, 3º Dcha.  
28010 Madrid

Tel.: (34) 91 702 62 20  
E-mail: salud@programaeurosocial.eu

<http://salud.programaeurosocial.eu/index.php/>



Proyecto financiado por la Unión Europea

Esta publicación ha sido elaborada con la ayuda financiera de la Unión Europea. Su contenido es responsabilidad exclusiva del IRD y en ningún caso debe considerarse que refleja la opinión oficial de la Unión Europea.