

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
RED INTERAMERICANA DE VIVIENDA SALUDABLE

PROYECTO MULTICENTRO DE VIVIENDA SALUDABLE

*Alternativas de promoción de
vivienda saludable para Latinoamérica
y el Caribe*

Washington, agosto del 2002

INDICE DE CONTENIDOS

- [Resumen ejecutivo,](#)
- [Introducción,](#)
- [Datos generales sobre el proyecto regional y componentes nacionales,](#)
- Alternativas de promoción de vivienda saludable para Latinoamérica y el Caribe
 - [Contexto](#)
 - [Justificación del Proyecto](#)
 - [Fin del Proyecto](#)
 - [Propósito del Proyecto](#)
 - [Resultados esperados](#)
 - [Actividades](#)
 - [Insumos/recursos](#)
 - [Supuestos y riesgos](#)
 - [Indicadores y medios de verificación](#)
 - [Obligaciones previas y requisitos](#)
 - [Organización y administración](#)
 - [Sustentabilidad organizativa y financiera](#)
 - [Seguimiento del proyecto, presentación de informes y evaluación](#)
 - [Informes financieros y auditoría](#)
 - [Plan de ejecución del proyecto](#)
 - [Matriz resumida del marco lógico](#)

Figuras

- 1.- Deterioro de la Salud y el Desarrollo Humano
- 2.- Acción del eje deprivación – precariedad
- 3.- Deficiencias en la provisión y calidad de la vivienda
- 4.- Permanencia de los grupos de riesgo en diferentes espacios sociales
- 5.- Componentes del Proyecto Regional
- 6.- Vivienda Social
- 7.- Vivienda Rural

ANEXOS – proyectos específicos por país

- 1.- Componente Regional
- 2.- Componente Nacional de Argentina
- 3.- Componente Nacional de Bolivia
- 4.- Componente Nacional de Cuba
- 5.- Componente Nacional de Ecuador
- 6.- Componente Nacional de Haití
- 7.- Componente Nacional de Perú
- 8.- Componente Nacional de Venezuela

RESUMEN EJECUTIVO

El acceso desigual de la población a las oportunidades y los recursos en la Región Americana y la variabilidad de las condiciones socio-económicas en el eje precariedad –deprivación establecen una estratificación de la problemática de la vivienda como agente de salud y calidad de vida. Esta variabilidad abarca la falta de hogar o de espacio mínimo y seguro para la familia, estructuras precarias o ausencia de infraestructura, condiciones de insalubridad por saneamiento y finalmente condiciones ecológicas no adecuadas de la vivienda que inciden en la calidad de vida.

Diez países de la Región, miembros de la Red Interamericana de Vivienda Saludable, se involucran en el compromiso de fortalecer sus capacidades nacionales para promover viviendas saludables compartiendo lecciones aprendidas y divulgando sus mejores prácticas en el marco de un Proyecto Multicentro de Salud en la Vivienda, que contribuyendo a un modelo preceptual se dirige a buscar y ensayar métodos para reducir la precariedad en la vivienda de interés social en países de Latinoamérica y el Caribe, disminuyendo la exposición a los factores de riesgo de enfermedad, en el interés de elevar la calidad de vida en salud de la población residente.

El proyecto aplica a territorios seleccionados de los países implicados donde se asienta vivienda de baja calidad, tanto en zonas rurales como marginales y urbanas. Estas poblaciones tienen de común su bajo poder adquisitivo, su reducido estándar de vida y su mayor propensión a sufrir las inequidades de salud. En algunos casos, puede considerarse que se trata de población socialmente marginada.

El proyecto desarrolla un componente regional del cual participan 8 países y un componente nacional del cual se benefician 7 países de las Américas. El componente regional lleva a cabo un análisis basado en experiencias y se conduce a la propuesta de un modelo de marco conceptual para la vivienda saludable, a través de tecnología pedagógica colaborativa, con el fin de construir capacidad. Para ello impartirá educación a distancia a través de INTERNET, patrocinará Talleres y creará tres grupos de trabajo especializados en enfermedades no transmisibles, vectores y desastres que producirán herramientas para la aplicación de la disciplina.

Los componentes nacionales se diseñan para estudiar situaciones locales y probar alternativas para elevar la calidad de vida en busca de proteger la salud, relacionadas a la provisión y al mejoramiento de la vivienda urbana de interés social, al ensayo de autoconstrucción y al mejoramiento de la vivienda rural. Se definen como objetos de trabajo la falta de vivienda y la vivienda de baja calidad ubicada en asentamientos humanos, alternativas para ambientes marginales deteriorados, mejoría de la infraestructura de los asentamientos, tipologías de la vivienda social y generación de recursos de sostenibilidad por microempresas. También la reducción de la vulnerabilidad de la vivienda a desastres naturales y al ambiente, la provisión de vivienda saludable a víctimas de desastres, la prevención de malaria, parasitosis y enfermedades endémicas en pisos geográficos, la introducción de medidas de saneamiento en asentamiento indígena, la implementación de infraestructura de servicios en asentamientos rurales y sistemas productivos y la lucha contra la desnutrición materna e infantil.

La contribución educativa del proyecto –educación para la salud y educación continuada- buscará la sustentabilidad y replicabilidad de la experiencia, beneficiando en particular a la mujer, quien por su rol doméstico se expone con mayor severidad a los factores de riesgo de la vivienda y por su mayor susceptibilidad a la niñez, personas enfermas, ancianos y discapacitados. Pueden definirse dos grupos poblacionales de interés. Primero, el que está directamente involucrado en las áreas de intervención del proyecto, estimado en más de 1,500 personas en 7 países. Segundo, el que recibirá beneficios del trabajo profesional ulterior del personal capacitado a estos fines, estimado en 5 veces esta cifra en 10 países luego de tres años de concluido el proyecto.

El proyecto finaliza con experiencias y ensayos evaluados, es decir con lecciones aprendidas. Esto permite ofrecer un conjunto de herramientas para impulsar mejores prácticas y de este modo garantizar ulteriores aciertos. Al finalizar, las condiciones de la vivienda en distintos casos de estudio serán apropiadas para reducir la exposición a los factores de riesgo, con respecto a la infraestructura y aún recursos productivos habrán mejorado y las capacidades de manejo sobre los factores de riesgo a la salud, por parte de los residentes, se habrán incrementado. El proyecto tendrá una duración de tres

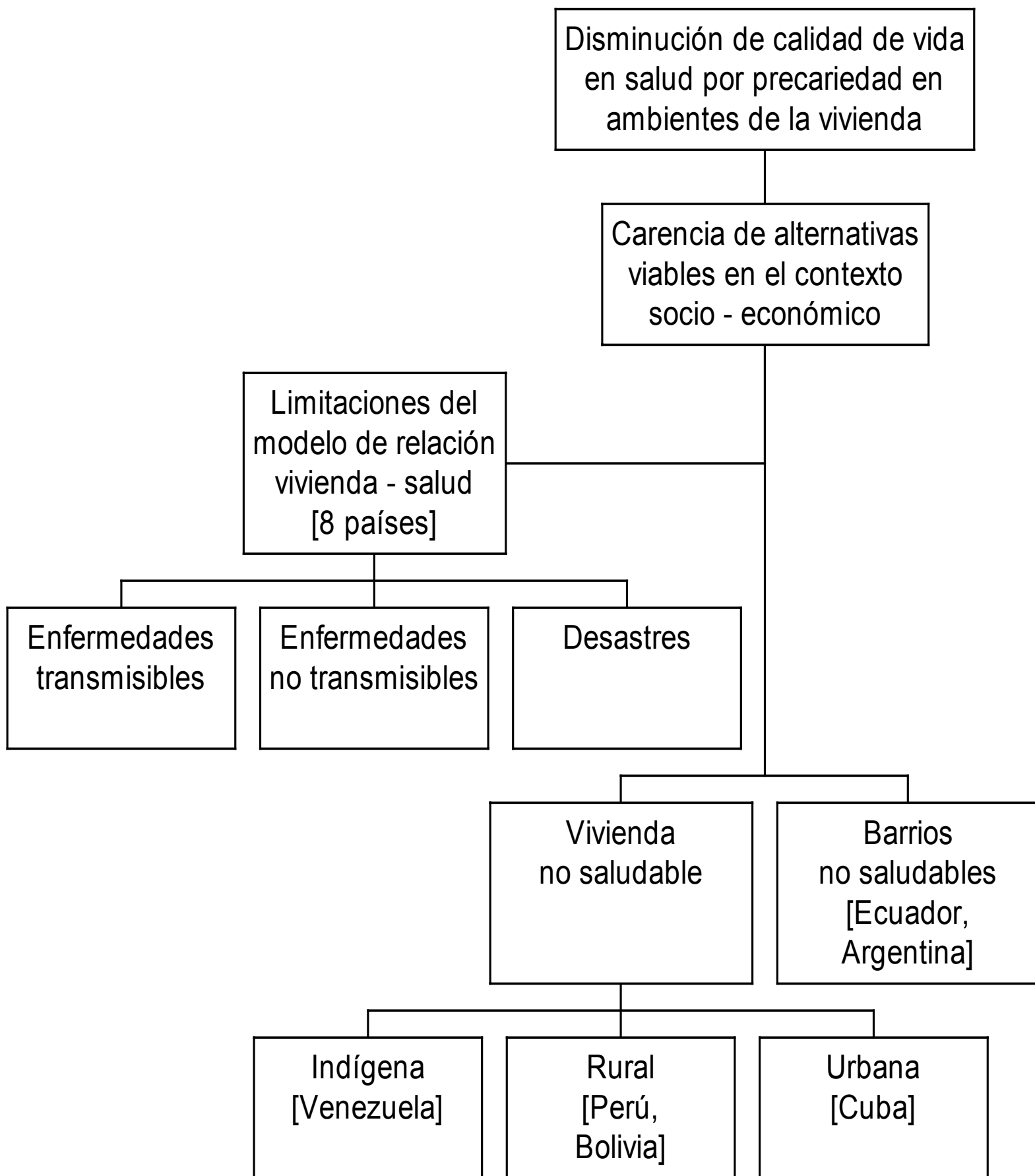
años con un costo tentativo de 2' 353, 714 US \$. La contribución estimada de la OPS sería de 22, 000 US\$. La contribución estimada del donante externo alcanzaría 1' 510, 193 US\$. Los costos estimados de las contrapartes alcanzan un monto de 811, 521 US\$.

I. INTRODUCCION

En 1987 la Organización Mundial de la Salud estableció principios y líneas de acción para favorecer la promoción de viviendas saludables. En 1995 se identificaron experiencias y esfuerzos en distintos países de la Región de las Américas que constituían expresión de una iniciativa de vivienda saludable. Así se creó una Red Interamericana con interés en mejorar las condiciones de la vivienda y su entorno para prevenir y controlar sus factores de riesgo, que en las Américas se describen en los términos de precariedad, pobreza e inequidad en salud como se muestra en la figura a continuación.

La Red Interamericana de Vivienda Saludable ha transitado en estrategia hacia un enfoque intersectorial, multidisciplinario, de alianza en redes y de participación comunitaria que ha permitido una evolución en su estructura y funciones. Este desarrollo conlleva la necesidad de introducir conceptos y modelos de trabajo que permitan promover mejores alternativas de vivienda saludable para Latinoamérica y el Caribe. Ello sería convenientemente enfocado a la luz de un proceso de aprendizaje conjunto, que a partir del intercambio de experiencias, permita construir esquemas compartidos para fortalecer las capacidades locales de enfrentar eficientemente la problemática de salud en la vivienda en la Región de las Américas. De aquí, se precisaría apoyar una intención de amplia cooperación concertada para promover nacionalmente y colaborar regionalmente en la producción de alternativas, herramientas y recursos, difusión de información y transferencia de conocimiento sobre el papel de la vivienda y el peridomicilio como agente o gestor de la salud de los residentes.

A través del aprendizaje compartido surge la necesidad de verificar diferentes propuestas de solución a problemáticas locales, lo que da lugar a considerar el desarrollo de proyectos nacionales dirigidos a las áreas más sensibles y acuciantes de salud en la vivienda, como son enfermedades transmisibles, no transmisibles y desastres. Con la finalidad de integrar y traducir en la práctica social el enfoque regional y nacional del desarrollo de la iniciativa de salud en la vivienda, se elabora un proyecto multicentro en el marco de la Red Interamericana de Vivienda Saludable.



II. DATOS GENERALES SOBRE EL PROYECTO REGIONAL Y COMPONENTES NACIONALES

Países:

Globalmente:

Argentina, Bolivia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Haití, Nicaragua, Perú, Venezuela.

Distribución por países:

El presente Proyecto Multicentro aplica a 10 entidades miembros de la Red Interamericana de Vivienda Saludable y está estructurado por un componente regional que abarca 8 países y 7 componentes nacionales.

Países de desarrollo de componentes nacionales:

Argentina, Bolivia, Cuba, Ecuador, Haití, Perú, Venezuela.

Países de desarrollo del componente regional:

Bolivia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Haití, Nicaragua, Venezuela.

Número del proyecto: (Por confirmar número ya asignado por DEC)

Título del Proyecto:

Proyecto Multicentro de Salud en la Vivienda: Alternativas de promoción de vivienda saludable para Latinoamérica y el Caribe.

Clasificación por programa:

Duración estimada: Tres años **Fecha posible de inicio:** Enero 2003

Presupuesto:*Global:***2' 353, 714 US \$***Contribución donante(s)***1' 510, 193 US \$***Contribución OPS***22, 000 US\$** (pre-inversión y contribuciones a países)*Contribución contraparte***811, 521 US\$****Cuadro Resumen****Datos de los países:***Población:**Argentina:* **32 608 687** (*último censo 1991*)*Bolivia:* **8 300 463** (2001est)*Cuba:* **11 187 679***Ecuador,* **13 183 978** (*Julio 2001est*)*El Salvador,* **6 237 662** (*Julio 2001 est*)*Estados Unidos,* **278 058 881** (*Julio 2001 est*)*Haití,* **6 964 549***Nicaragua,* **4 918 393***Perú:* **25 662 000***Venezuela.* **23 916 810***Producto per cápita**Argentina:* **9 066 US\$***Bolivia,* GDP **2 600 US\$***Cuba:* **1 405 US\$***Ecuador,* GDP **2 900 US\$**

El Salvador,	GDP	4 000 US\$
Estados Unidos,	GDP	36 200 US\$
Haití,	GDP	1 800 US\$
Nicaragua,	GDP	2 700 US\$
Perú:		1 235 US\$
Venezuela.	GDP	6 200 US\$

Indice de Desarrollo Humano

(dato de 1999)

Argentina:	0,827
Bolivia:	0,652
Cuba:	0,783 (NN.UU, 2000)
Ecuador:	0,747
Ecuador:	0,747
El Salvador:	0,674
Estados Unidos,	
Haití:	0,430
Nicaragua:	0,616
Perú:	0,739 (1997)
Venezuela:	0,792

Indicadores socio-económicos relevantes

Argentina:	NBI 19,3 % Desempleo 15 %
Bolivia,	
Cuba:	Indice de desempleo: 4 ; salario promedio por habitante: 206
Ecuador,	
El Salvador,	
Estados Unidos,	
Haití,	
Nicaragua,	
Perú:	
Venezuela.	

Actividades OPS en los países:

Presupuesto total manejado (fondos regulares y extrapresupuestarios)

Presupuesto OPS (fondos regulares)

Distribución por programa (% o gráfico)

Impacto del proyecto en la distribución por programa (% o gráfico)

Prioridades OPS cubiertas

Unidad responsable en la sede:

Programa de Calidad Ambiental, División de Salud y Ambiente

Referente:

Ing. Paulo César Pinto, Oficial a cargo de la Iniciativa de Vivienda Saludable.

III. ALTERNATIVAS DE PROMOCIÓN DE VIVIENDA SALUDABLE PARA LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

1. Contexto

1.1 Descripción del sector salud y del sector vivienda

En los países suscritos al Proyecto, el sector salud está compuesto por entidades ministeriales o secretariales centrales que acompañan una red de servicios que tienen la responsabilidad estatal de la salud pública. En la mayoría de ellos coexisten servicios privados de atención médica y en menor medida de salubridad. Desde la década de los 80's se ha manifestado en la Región una tendencia a la descentralización del sector gubernamental de la salud que ha reflejado procesos políticos de fortalecimiento del sector privado y acentuación del poder de los gobiernos locales. Los niveles centrales han conservado un papel metodológico rector y la salud pública ha continuado preferenciando el área de la medicina asistencial sobre el área de la salud preventiva. Causa de ello es la limitación de los recursos financieros y las necesidades acuciantes de la población que reclama atención médica más enfáticamente que estrategia de prevención en salud. No obstante los sistemas locales de salud vienen enfrentando los problemas que derivan de la insalubridad ambiental y asumen junto a los servicios comunales de los gobiernos locales las tareas de saneamiento y educación para la salud.

Aunque diversos países enfrentan la transición epidemiológica y se han observado ciertas mejoras en la cobertura de los servicios de provisión de agua, disposición de residuales y recogida de basuras, en el cuadro de morbi-mortalidad de algunos de ellos aún tienen singular importancia las enfermedades transmisibles y las carenciales, cuya etiología se vincula a la insalubridad y deterioro ambiental y a la deprivación socio-económica de amplios grupos poblacionales.

El sector vivienda descansa mayormente sobre la iniciativa privada sujeto a las leyes de la oferta y la demanda. Ello genera de una parte la vivienda formal, ejecutada empresarialmente de modo calificado y sujeta a códigos constructivos y del uso de la tierra, en tanto de otra la vivienda informal, basada en esquemas cooperativos o de autoayuda mayormente desarrollada con deficitaria ejecución técnica y no sujeta a códigos la autoconstrucción. Los países suelen establecer los códigos con fuerza legal desde entidades institucionales normativas.

La vivienda para los grupos sociales económicamente desfavorecidos, llamada vivienda social, es patrocinada a través de cooperativas de créditos y servicios, bancos dedicados, organizaciones no gubernamentales y organismos estatales sostenidos por tasas impositivas y aún por las entidades centrales del estado a cargo.

1.2 Estrategia de los países anfitriones

Diversos países involucrados enfrentan graves carencias cuali-cuantitativas de viviendas para las cuales, a través de instituciones estatales, privadas, de beneficencia, han propuesto y desarrollan algunos esquemas de apoyo a las personas en estado de pobreza. Estos esquemas se conducen desde la concesión gratuita basada en el reconocimiento del derecho a la vivienda, pasando por el financiamiento compartido hasta esquemas de préstamo a bajo interés y microempresariado. El estado o municipalidad suele asumir los problemas legales de la tierra. En diversos casos el beneficiado contribuye con mano de obra. Las ONG's desarrollan planes de participación comunitaria (capacitación, educación, servicios básicos y organización, así como creación de fuentes de empleo para la provisión de recursos de mantenimiento).

En todos los casos de la vivienda social, en el destino de la inversión existe una contraposición entre el número posible de viviendas a ejecutar o beneficiar y la calidad

del objeto de obra. La escasez de los recursos disponibles va en desmedro de la calidad del objeto de obra lo que incide en la calidad de vida de los residentes, fundamentalmente limitando el espacio básico y la calidad constructiva y de los servicios. Ello coadyuva al deterioro de la salud de los residentes, expuestos a ambientes domiciliarios con variados factores de riesgo a la salud y condiciones de incomodidad y molestia.

Los países buscan alternativas viables para mejorar la calidad de vida de la población y la provisión de viviendas con ambientes sanos. Fundamentalmente ello ha implicado al sector constructivo, pero se hace menester coordinar en la consecución de la meta al sector salud. Ello realza la necesidad de una política de salud en la vivienda, inserta dentro de promoción de salud.

1.3 Asistencia anterior o en curso

La calidad de vida es influida, en casos determinada, por la calidad del hábitat, particularmente del medio residencial, lo que se ha reflejado en la ética humanitaria al vincularse la dignidad del ciudadano con el lugar y condiciones del medio residencial. La vivienda urbana en las invasiones y slums y la vivienda rural precaria se vinculan inexorablemente a depauperadas condiciones de vida de sus residentes. De este modo, la calidad de las condiciones y los ambientes de la vivienda forman parte del conjunto de consideraciones de diversos planes de vivienda social, no obstante en muchos casos esta preocupación no logra rebasar la producción de ambientes que siguen resultando cargados de variados factores de riesgo para la salud de los residentes, tanto desde el punto de vista de afecciones transmisibles, como no transmisibles y de la esfera del psiquismo.

La propuesta de vivienda digna, auspiciada por organismos internacionales, tiene una dimensión económica y cultural y ha tenido acogida en la comunidad internacional como una meta a alcanzar. Sin embargo, la idea racional de acondicionar los ambientes de la vivienda, no obstante sus limitaciones, como promotores de la salud de los residentes resulta particularmente novedosa y para la misma sólo ha existido un limitado apoyo de instituciones locales, aunque se ha contado con el respaldo de la Organización Panamericana de la Salud quien ha patrocinado una iniciativa de Vivienda Saludable para la Región Americana. Esta iniciativa ha propiciado que actores sociales

identifiquen lo intersectorial, lo multidisciplinario, la participación comunitaria y las alianzas en redes como fundamentos o pilares de la introducción de la preceptiva de la vivienda saludable al nivel de la microlocalización, el diseño, la selección de materiales, la tecnología de la edificación, el uso –estilo y condiciones de vida-, el mantenimiento, la remodelación y el reciclaje de la construcción.

Esta resultaría la primera tentativa conocida de desarrollar un proyecto coordinado para apoyar una iniciativa de desarrollo de la preceptiva de salud en la vivienda en la Región.

1.4 Contexto socio-económico

El crecimiento moderado de la economía de América Latina y el Caribe en las últimas dos décadas y su dependencia de los polos de poder en el mundo, a través de la globalización, se ve actualmente amenazado por la actual coyuntura política internacional, caracterizada por los avatares de diversos peligros de guerras, terrorismo y otras amenazas que inestabilizan el flujo de capitales, el comercio, la producción, los servicios y la estabilidad de las monedas. Ello no permite aventurar pronósticos favorables para el crecimiento económico de la Región.

No obstante el sostenido contraste en la distribución poblacional del acceso a los recursos, oportunidades, educación, asistencia médica y medios de vida sigue constituyendo un flagelo que matiza la vida de grandes grupos poblacionales, se hace necesaria para la supervivencia humana la conservación del ambiente y la salud también de los grupos desfavorecidos, conocida la estrecha y frágil interrelación entre ambos. La salud sostenida en el ambiente reclama relaciones ecológicas armónicas y el tránsito del hombre por espacios saludables, particularmente la vivienda, ambiente donde la susceptibilidad psico-somática a los estresores ambientales es más acusada.

Temas de debate son la proporción apropiada del PIB que debe ofrecerse a la vivienda saludable y el crecimiento de la economía como precondition del desarrollo humano y de la gestión de un hábitat saludable.

Garantizar el capital de la salud coadyuvará a que nuestros ciudadanos encuentren nuevas posibilidades para el desarrollo humano y nuevas alternativas para el crecimiento socio-económico de la región.

1.5 Marco institucional del subsector

El proyecto es propuesto por entidades de la Red Interamericana de Vivienda Saludable, promocionada por la Organización Panamericana de la Salud. Esta Red, fundada en 1995 acoge hoy redes nacionales ubicadas en 13 países de América. Las redes nacionales están compuestas por diversas entidades mancomunadas en el interés de auspiciar la preceptiva de la vivienda saludable en cada país de la Región. Estas entidades se vinculan al sector de salud pública, de la construcción, de la infraestructura de servicios comunales y urbanos, del ambiente y la planificación física y representan el concierto de las fuerzas sociales que gestionan la vivienda como ambiente promotor de la salud humana.

2. Justificación del Proyecto

2.1 Problemas que deben abordarse

El orden socio - económico vigente, que regula la producción y reproducción de la vida material y cultural de la sociedad, no ha logrado implementar educación, salud y calidad de vida apropiada para todos, lo que ha sido imputado en casos a desajustes estructurales que se manifiestan en el desempleo y los bajos ingresos, las inequidades sociales y económicas, la falta de oportunidades y opciones, lo que engranado a la creciente carencia de recursos naturales y ambientes degradados, conduce a un estado de privación en las poblaciones. Manifestaciones de este estado resultan los ambientes laborales y escolares insalubres, la presencia incontrolada de agentes etiológicos del intemperismo, el déficit nutricional y alimentario, pero también *deficiencias en la provisión y calidad de la vivienda, tanto urbana como rural, su carácter precario, estilos de vida insanos y conductas de riesgo*. Ello unido a las presiones socio-culturales e ideológicas da lugar a una sobre - exposición a factores de riesgo a la salud, la que acompañada del estrés biológico endógeno y la labilidad individual incide en el deterioro de la salud de las poblaciones y el desarrollo humano (figura 1).

En este marco el presente proyecto busca alternativas de paliar tensiones en el eje privación - precariedad. Este eje conjunta carencias, estructuras u obras habitacionales peligrosas - primer polo de intervención - con población residente vulnerable -segundo polo de intervención -, dando lugar a un incremento del riesgo a la

salud. En la vulnerabilidad de las poblaciones incide tanto un bajo nivel de información como poca capacidad de cambio (figura 2).

Las deficiencias en la provisión y calidad de la vivienda pueden ser descritas en términos de número de viviendas insuficientes para la población necesitada, microlocalización inapropiada de las unidades de vivienda, ausencia o deficiencia de servicios y redes técnicas, inadecuación de la dimensión, el diseño o los materiales de construcción, obras constructivas técnicamente no calificadas y funciones enajenadas como la proliferación de la vivienda-taller, la vivienda-almacén, la vivienda-comercio (figura 3).

En la vivienda, el individuo es más susceptible a la exposición a los estresores ambientales dadas las funcionalidades clásicas del reposo y el sueño, el aseo, la alimentación, la vida doméstica, la convalecencia, la protección del niño y el adulto mayor, entre otras. Ella se constituye en un área de excelencia para la salvaguarda de la salud mediante acciones preventivas. Es sin embargo, la vivienda uno de los grandes problemas de la región, dado su potencial para afectar la salud de las comunidades a partir de la precariedad que afecta a grandes conjuntos poblacionales y los largos tiempos de estadía en la misma (figura 4), por lo que el proyecto reviste un interés político para la Región.

En la región americana existe un déficit de más de 20 millones de unidades de vivienda y alrededor de un 40 % de las existentes se hallan en estado deficiente. Particular interés reviste la vivienda precaria rural y urbana, que toma lugar mayormente en territorios marginales de los asentamientos humanos sin provisión o con impropiedad de infraestructura de servicios.

Ello se traduce en una exposición incontrolada a los factores de riesgo a la salud. Estos factores pueden ser de naturaleza física como los fenómenos de la energía mecánica, termodinámica y electromagnética. Entre ellos se cuentan los impactos por estructuras inseguras, el ruido, las vibraciones, la iluminación, el espectro de bajas, intermedias y altas radiofrecuencias y microondas, el ultravioleta, el infrarrojo, las radiaciones ionizantes y el microclima por inadecuada microlocalización e impropia modulación de los agentes de peligro por la edificación. Variados impactos psicosomáticos

inespecíficos y de la esfera del psiquismo, añadido a contusiones, traumatismos, daños oculares y auditivos, de los tejidos y afecciones cardiovasculares se observan en esta esfera.

Los factores pueden ser también de naturaleza química, apareciendo asociados a los materiales de construcción, artículos importados al hogar o transformados en él, aire y agua. Entre ellos los compuestos orgánicos volátiles, los productos gaseosos y particulados de la combustión, metales pesados y compuestos fotolíticos. La deficiente higiene conduce a cuadros severos de infecciones respiratorias e incentivación del asma.

Análogamente pueden describirse factores de riesgo biológicos actuando como vectores, vehículos y reservorios. Los animales domésticos pueden transmitir enfermedades, pero también los cuadros mórbidos se incentivan por los bioaerosoles, de origen vegetal o animal. La existencia de virus, bacterias patógenas y otros agentes constituyen factores etiológicos de riesgo. El saneamiento deficiente para combatir los riesgos biológicos conduce a cuadros severos de afecciones digestivas y de la piel, entre otras.

Los riesgos psicosociales interiores de la vivienda se manifiestan como degradación de valores morales, estéticos, culturales y emocionales, que contribuyen sensiblemente al estrés de los residentes. Ello debilita el sistema inmunológico y agrava las dolencias psiquiátricas.

La zona de impacto en salud de tales riesgos la constituyen un conjunto de entidades gnosológicas individualizadas, pero también manifestaciones sindrómicas complejas que transitan desde fenómenos irritativos de las membranas, alteraciones sensoriales e intoxicaciones -síndrome del edificio enfermo-, hasta diferentes manifestaciones de descompensación por distrés y desórdenes de múltiples subsistemas fisiológicos, incluida el área psicológica, que comprometiendo la economía del organismo pueden dar lugar a afecciones crónicas como la hipertensión, las psicopatías, los accidentes vasculares encefálicos y el cáncer.

2.2 Situación prevista al finalizar el proyecto

La población diana, constituida por grupos residentes urbanos y rurales de escasos recursos en 7 países, fruto de la deprivación subyace condiciones carenciales de vida en el marco de falta de viviendas o viviendas de baja calidad o precarias. Al finalizar el proyecto, las condiciones de la vivienda que alberga estos grupos serán apropiadas para reducir la exposición a los factores de riesgo en distintos casos de estudio, la infraestructura y aún recursos productivos habrán mejorado y las capacidades de manejo sobre los factores de riesgo a la salud, por parte de los residentes, se habrán incrementado. Los elementos de cambio en cada punto de intervención se presentan en la descripción de los componentes del proyecto, en los correspondientes anexos.

Es importante destacar que el proyecto finaliza con experiencias y ensayos evaluados, es decir con lecciones aprendidas. Esto permite ofrecer un conjunto de herramientas para impulsar mejores prácticas y de este modo garantizar la sustentabilidad y replicabilidad de los aciertos.

2.3 Grupo destinatario/beneficiarios

El proyecto aplica a territorios seleccionados de los países involucrados donde se asienta la vivienda de baja calidad, tanto en zonas rurales como conurbanas y urbanas. En los anexos, contentivos de la descripción de los componentes del proyecto, se detallan las poblaciones diana y su delimitación geográfica, objeto de intervención para la aplicación de alternativas para elevación de la calidad de vida en salud sustentada en las condiciones de la vivienda. Estas poblaciones tienen de común su bajo poder adquisitivo, su reducido estándar de vida y su mayor propensión a sufrir las inequidades de salud. En algunos casos, puede considerarse que se trata de población socialmente marginada.

Los principales beneficiarios del programa serían las familias, en ellas en particular la mujer, quien por su rol doméstico se expone con mayor severidad a los factores de riesgo de la vivienda. También, por su mayor susceptibilidad, los niños, enfermos y ancianos.

De manera que pueden definirse dos poblaciones beneficiarias. Primero, la que está directamente involucrada en las áreas de intervención del proyecto estimada en más de 1500 personas en 7 países. Segundo, la que recibirá beneficios del trabajo profesional ulterior del personal capacitado a estos fines estimada en 5 veces esta cifra en 10 países luego de tres años de concluido el proyecto. La divulgación de las experiencias del proyecto concitará el interés de futuros promotores y nuevas comunidades que pueden replicar los métodos exitosamente ensayados. La contribución educativa del proyecto, especialmente la dirigida al personal técnico - profesional, garantizará la sustentabilidad y replicabilidad de la experiencia.

2.4 Estrategia del proyecto y arreglos para la ejecución

La alternativa de dejar a sólo un sector social como el de salud o el de vivienda la meta de producir ambientes habitacionales saludables parece poco promisoría. La naturaleza y magnitud de la tarea de definir problemas locales de salud en la vivienda y proponer y valorar medidas de reducir los factores de riesgo de los ambientes de la vivienda promoviendo la acción de los agentes promotores de salud resulta tan compleja que la Organización Mundial de la Salud considera que sólo una concertación de actores y fuerzas sociales puede ofrecer potencial de solución en las condiciones actuales. De la misma manera un único perfil de especialidad no puede ofrecer el necesario enfoque holístico para el diseño de soluciones. Las limitaciones para la movilización de recursos y financiamiento, dadas las presentes coyunturas socio-económicas de los países, hacen impostergable el involucramiento de la comunidad para la solución de los problemas locales. De este modo, el proyecto descansa en una Red Interamericana de enfoque multidisciplinario, que opera con la comunidad y está compuesta por entidades nacionales de la que coparticipan organizaciones e instituciones de salud, vivienda e infraestructura de servicios y ambiente que han identificado entre sus objetivos de trabajo la acción a favor de la provisión y mejoramiento de espacios funcionales que favorezcan la salud de la población. Así el sustento programático de los componentes del proyecto es la tríada de lo intersectorial, lo multidisciplinario y la participación comunitaria operando en alianza de redes.

El componente regional del proyecto, del cual participan 8 países, se dirige a proveer un sustrato teórico a la preceptiva de la salud en la vivienda, alcanzando propuestas de modelación empírica, que resultarían el fundamento de los procesos de generación y

optimización de alternativas de remodelación y construcción, las que deben dirigirse a la búsqueda de mejores prácticas. También se aplica en iniciativas de educación y comunicación social, fundamentalmente dirigida a la educación de postgrado, lo que redunda en el perfeccionamiento de las alternativas de remodelación y construcción.

Las componentes nacionales, de una parte desarrollan e introducen los resultados de las investigaciones epidemiológicas y de salud ambiental sobre la población diana y llegan a producir recomendaciones, lineamientos y procedimientos que conducen al ensayo en intervenciones de casos, que derivan a enriquecer las alternativas de remodelación y construcción por un lado y a la acción sobre infraestructura comunal y recursos por otro, lo que incide sobre el mejoramiento de las condiciones de vida de la población residente. De otra parte, los proyectos nacionales también toman iniciativas de educación y comunicación social en dos vertientes: educación continuada para especialistas con fines de perfeccionar las alternativas de remodelación y construcción y educación para la salud de la población diana para elevar su nivel de información e influir en su capacidad de promocionar su salud.

2.5 Consideraciones especiales

El proyecto permite el fortalecimiento de un conjunto de entidades miembros de la Red Interamericana de Vivienda Saludable promovida por la OPS, que participan del mismo, al impulsar el logro de objetivos sensibles de estas redes en el contexto socio - económico y geográfico donde ellas se localizan. De una parte, favorece la capacitación profesional en la preceptiva de la vivienda saludable, el estudio e intercambio de experiencias, la iniciativa en la descripción problémica, la búsqueda y ensayo de alternativas, la evaluación de intervenciones y de otra, provee herramientas para la documentación y la investigación científica, la docencia y la intervención comunitaria. Es decir, fortalece los nodos de la Red. Pero además, contribuye a crear nexos de complementación entre las redes como herramientas de divulgación e información, docencia y capacitación, intercambio de especialistas y experiencias, desarrollo de capacidades. Es decir, también fortalece los enlaces entre las redes nacionales de la Red Interamericana y el papel de esta última en la iniciativa de vivienda saludable de la Organización Panamericana de la Salud, inserta en la estrategia de espacios saludables.

Al tema concurren facetas interprogramáticas de las políticas de salud pública, considerando las diferentes escalas o jerarquías de acción de la salud humana como entidad unívoca. En su calidad de expresión de la estrategia de espacios saludables, se constituye en factor de promoción de salud. Compete e involucra la iniciativa de Municipios por la Salud –un municipio saludable precisa de viviendas saludables-, Escuelas Saludables –el papel del niño en la salud de la familia-, Atención Primaria en Salud y Atención Primaria Ambiental –donde el escenario primario de la salud es la casa y sus ambientes-.

También se destaca que los componentes del proyecto abordan el problema de las minorías y las poblaciones indígenas, los marginados y los pobres, la mujer, el enfermo y el niño; es decir, convierten en objetivo de trabajo grupos de riesgo específicos en un área tan sensible como la de la vivienda, la que resulta consustancial al desarrollo de la familia y al desarrollo humano sostenible. El papel de la mujer y las minorías en el eje del desarrollo humano resulta resaltado, el mejoramiento ambiental que restituye la calidad de los ecosistemas es estimulado. La distribución del trabajo en redes nacionales y regionales es consustancial al desarrollo del Proyecto, incorporando la participación de gobiernos, instituciones civiles, incluidas ONGs, y comunidades, lo que contribuye al desarrollo de una cultura de la corresponsabilidad ante los problemas sociales estimulando una acción conjunta y coordinada.

2.6 Capacidad de apoyo de los gobiernos anfitriones y sustentabilidad futura

El componente de proyecto surgido en cada país ha sido elaborado por un conjunto de instituciones comprometidas en las políticas de vivienda social y salud pública. Son las instituciones que integran las Redes Nacionales de Vivienda Saludable. Estas entidades tienen carácter profesional especializado y representan las políticas y estrategias nacionales de salud pública y vivienda. En este sentido, las instituciones de base que responden por el proyecto no son sólo las legalmente reconocidas y destinadas a estos fines en los países involucrados, sino son las que esencialmente disponen de presupuesto, tecnología, personal especializado y capacidades de movilización de recursos para respaldar el desarrollo del Proyecto.

2.7 Arreglos de coordinación

Las instituciones de gobierno, por la vía de las autoridades de vivienda y salud, han aceptado los términos del proyecto y se han comprometido a facilitar su consecución, valorando de acuerdo a sus resultados, los términos de su sustentabilidad y replicabilidad. Las redes nacionales, promotoras del proyecto, cuentan con documentos de compromiso expedidos por las autoridades nacionales competentes, quienes han reconocido que el proyecto cumple un importante papel social ante un problema real y acuciante de la sociedad, coadyuvando a la búsqueda, propuesta y ensayo de soluciones con una base multiplicativa dada en capital humano calificado que debe conducir a la sostenibilidad de los resultados del Proyecto.

2.8 Razones para solicitar ayuda de la OPS

El Proyecto responde enteramente y se inserta en el interés de la OPS de contribuir al fortalecimiento de la iniciativa de Vivienda Saludable en los países de la Región Americana, ya que resulta promovido por la Red Interamericana de Vivienda Saludable, que resulta la herramienta creada por la OPS para operacionalizar la iniciativa, justo con la finalidad de impulsar el desarrollo de actividades prioritarias de enfrentamiento a los problemas nacionales más acuciantes en la esfera y al mismo tiempo fortalecer las capacidades de las Redes Nacionales de Vivienda Saludable.

Se precisa de la OPS por su potencial técnico – profesional para asesorar y coparticipar en los aspectos científicos, organizativos, de control y verificación que garanticen la articulación de las tareas, su desarrollo con calidad y eficacia en tenores de eficiencia, la verificación y análisis de los resultados y la divulgación y generalización de las experiencias.

3. Fin del proyecto (objetivo de desarrollo)

Reducir racionalmente la precariedad en al menos un 50 % para el 2025 en la vivienda pobre y de interés social en Latinoamérica y el Caribe, disminuyendo la exposición a los factores de riesgo de enfermedad, en la intención de elevar la calidad de vida en salud de la población residente.

4. Propósito del proyecto (objetivo inmediato)

Se alcanzó un modelo conceptual empírico de vivienda saludable en 8 países y se ensayaron estrategias de paliativo social a la vivienda precaria en 7 países de Latinoamérica y el Caribe en el curso de tres años (2003 – 2005), mediante alternativas de remodelación y construcción de viviendas saludables que pudieron transformarse en mejores prácticas, como experiencia generalizable, beneficiando familias de escasos recursos e individuos en riesgo.

Se describieron situaciones problemáticas y ensayaron acciones de mejoramiento de infraestructura y recursos para el bienestar de la comunidad y educación para la salud en análogo territorio y tiempo, contribuyendo a una cultura de la higiene personal y doméstica y a la prevención de enfermedades en los residentes de áreas intervenidas urbanas, conurbanas y rurales, abriendo posibilidades de replicabilidad de las mejoras en otras comunidades.

4.1 Descripción del Proyecto

El proyecto consiste de un componente regional dirigido a la revalorización del marco conceptual de la vivienda saludable por los actores del proyecto, los especialistas de la región americana interesados en desarrollar alternativas, a través de tecnología pedagógica colaborativa e intercambio de experiencias.

El componente incorpora la enseñanza participativa en la reflexión sobre los conceptos básicos de la salud en la vivienda. Provee un apoyo continuado a través de educación en línea (cursos a distancia y grupos de discusión). Promueve formación de grupos regionales de trabajo sobre factores relevantes de riesgo en enfermedades crónicas no transmisibles, vectores y riesgos biológicos y desastres naturales. Contribuye a un intercambio de expertos al nivel regional con fines de complementación. Y produce recursos regionales para el sostenimiento de la actividad en la forma de literatura técnica y otras herramientas. El replanteamiento del marco conceptual retroalimenta las tareas de apoyo (figura 5).

Añade un conjunto de componentes nacionales dirigidas a estudiar situaciones y probar alternativas para elevar la calidad de vida en salud relacionada a la vivienda urbana de interés social y ensaya autoconstrucción en vivienda rural.

En el caso de la vivienda de baja calidad ubicada en asentamientos humanos, trabajarían Haití a la búsqueda de provisión de vivienda saludable para población de asentamientos marginales afectada por desastres, Argentina abarcando alternativas para ambientes conurbanos deteriorados, Ecuador con miras en la mejoría de la infraestructura de los asentamientos, Cuba con interés en las tipologías de la vivienda. Estos cuatro componentes nacionales tienen de común, sobre el enfoque de la vivienda de baja calidad, el desarrollo de una contribución investigativa local sobre factores de salud ambiental y epidemiología, una contribución educativa dirigida al sector técnico (educación continuada) y a la población residente local (educación para la salud), una contribución de intervención sobre alternativas en casos de estudio locales y proyecciones generalizadoras en la forma de lineamientos, regulaciones y propuestas. En particular, Argentina explorará alternativas productivas y de comercio, en la forma de microempresas (figura 6).

En el caso de la vivienda rural, trabajarían Perú con miras a reducir la vulnerabilidad a desastres naturales y al ambiente, Venezuela interesada en la prevención de malaria y parasitosis y Bolivia buscando la prevención de al menos dos enfermedades endémicas en dos pisos geográficos, la llanura amazónica y los valles interandinos, por educación para la salud y participación comunitaria. El objetivo es la promoción de la autoconstrucción de la vivienda rural en Venezuela y Perú. Venezuela explorará una alternativa de paredes de ladrillo y techo de tierra-cemento. Procurará introducir medidas de saneamiento en el replanteamiento del desarrollo de un asentamiento rural para población indígena. Perú explorará una alternativa de quincha mejorada. Incluirá infraestructura de servicios en asentamientos rurales y sistemas productivos, facilitando el desarrollo de un huerto productivo comunal y entregando a las familias un módulo ganadero. Bolivia dirigirá su esfuerzo a la educación de la comunidad para complementar medidas de control sobre enfermedades endémicas como pudieran ser Chagas, fiebre amarilla y malaria, entre otras, el mejoramiento de la vivienda y la lucha contra la desnutrición materna e infantil. Los tres países proveerán educación para la salud a las comunidades objeto de intervención (figura 7).

5. Resultados esperados

Regionales:

- Especialistas de la Red Interamericana de Vivienda Saludable desarrollaron una conceptualización y un modelo integrado de salud en la vivienda aplicando nuevos enfoques de manejo de las problemáticas de salud en la vivienda.

Nacionales:

- *Argentina*: Con foco en conurbanos vulnerables a desastres y ambientes deteriorados, se han mejorado las estructuras de promoción, información y de gestión de proyectos productivos orientados a la promoción de la salud del hábitat y la simultánea solución de los problemas de NBI, básicamente de residuos y aguas servidas –mejorando así las condiciones de ingresos, calidad de vida y la protección ambiental de los habitantes– y, por otra, se ha capacitado mano de obra de la región en el campo de la innovación y transferencia de las tecnologías productivas y ambientales necesarias.
- *Bolivia*: Se han implementado actividades educativas para la prevención y control de enfermedades endémicas en dos de los tres diferentes pisos ecológicos que tiene el departamento de Cochabamba, promoviendo la participación de las comunidades, con el fin de facilitar y asegurar la participación de las instituciones locales en la sostenibilidad de la prevención y control de esas enfermedades.
- *Cuba*: Se han estudiado los ambientes y espacios funcionales de la vivienda de bajo costo constructivo en Cuba para mejorar el diseño constructivo, el empleo de materiales, la microlocalización y el uso familiar de la vivienda sin gravar sensiblemente la inversión con vistas a favorecer la salud de los residentes.
- *Ecuador*: Se hubo influido el diseño arquitectónico de la vivienda de bajo ingreso, la trama urbana y la provisión de servicios en barrios populares urbanos de Ecuador incorporando premisas básicas de salud y criterios de sostenibilidad para mejorar la calidad de las condiciones de vida.
- *Haití*: Se hubieron desarrollado investigaciones socio-económicas y propuestas arquitectónicas para la construcción de viviendas saludables para pobladores que perdieron masivamente sus casas en un fuego de grandes proporciones en el barrio marginal La Saline del área metropolitana de Port au Prince. Se involucra la comunidad y al sector académico en planes de educación para la salud.

- *Perú:* Se implementó una experiencia de organización sostenible de centros poblados rurales basada en los principios de vivienda saludable en una zona rural de la provincia de Morropón.
- *Venezuela:* Se erigieron viviendas rurales saludables por autoconstrucción y se implementaron medidas de saneamiento básico y educación para la salud en la comunidad Ye'kwana en Amazonas mejorando la calidad de vida.

6. Actividades

- Desarrollo de Taller Regional y recursos en línea para educación, debate e intercambio de información según especificidades del anexo 1.
- Creación de tres grupos regionales de trabajo y talleres temáticos según especificidades del anexo 1.
- Producción de herramientas y divulgación de resultados según especificidades del anexo 1.
- Aplicación del programa de trabajo del protocolo “Modelo proactivo de salud basado en el desarrollo local y municipios sustentables en regiones de emergencia o desastres” abarcando la generación de recursos de sostenimiento en la República Argentina, según especificades del anexo 2..
- Aplicación del programa de trabajo del protocolo “Salud en la vivienda incorporada en los programas de municipios saludables” para dos pisos climáticos de Bolivia, abarcando 12 municipios en los Valles y 3 municipios en el Trópico. Se apoyará el control de Chagas con renovación de trampas para insectos del tipo “cajas doradas”, según especificades del anexo 3.
- Aplicación del programa de trabajo del protocolo “Salud y vivienda de bajo costo constructivo”, incorporando componentes investigativas epidemiológicas y de salud ambiental, componentes de educación continuada y educación para la salud y divulgación con vistas a la sostenibilidad de las propuestas en Cuba, según especificades del anexo 4.
- Aplicación del programa de trabajo del protocolo “Vivienda y salud en asentamientos urbanos de bajo ingreso en Ecuador” desarrollando conocimiento y proponiendo medidas concretas de mejoramiento con selección de dos casos de intervención, según especificades del anexo 5.
- Aplicación del programa de trabajo del protocolo “Rehabilitación de viviendas en la vecindad de La Saline” abarcando estudios socio-económicos, revisión

y propuestas de diseño arquitectónico, sostenibilidad de la vivienda saludable, mobiliario y materiales, educación para la salud, talleres de desarrollo comunal y entrenamiento a estudiantes de arquitectura, según especificades del anexo 6.

- Aplicación del programa de trabajo del protocolo “Programa experimental de autoconstrucción de vivienda saludable y segura en zona rural. Caserío El Mogote.” Considera la edificación de viviendas y el desarrollo de infraestructura, la organización de la comunidad y un programa de educación para la salud en Perú, según especificades del anexo 7.
- Aplicación del programa de trabajo del protocolo “Auto - Construcción de Vivienda Saludable en la Comunidad Toky- Shanamaña en el Amazonas Venezolano.” Considera la edificación de un grupo de viviendas y el mejoramiento de otras, el aseguramiento de medidas de saneamiento y educación para la salud en Venezuela, según especificades del anexo 8.

7. Insumos/recursos

Los insumos/recursos del componente regional se desglosan en el anexo 1. La contribución por fondos financiados para los países suscritos al Componente Regional es de 109,226 US\$. La contribución con recursos propios de los países es de 19,356 US\$ para un total de 138.582 US\$. El tiempo de desarrollo se planifica para un año.

En el caso de los componentes nacionales:

Los insumos/recursos del componente de Argentina se desglosan en el anexo 2. El primer año el financiamiento del donante abarca 54,000 US\$ y los dos años restantes 48,000 US\$ cada uno.

Los insumos/recursos del componente de Bolivia se desglosan en el anexo 3. El primer año el financiamiento del donante abarca 76.500US\$, el siguiente 45.700US\$ y el último 27,800 US\$.

Los insumos/recursos del componente de Cuba se desglosan en el anexo 4. El promedio de financiamiento del donante por los tres años de duración del proyecto es de 50,000 US\$ por año

Los insumos/recursos del componente Ecuador se desglosan en el anexo 5. El primer año el financiamiento del donante abarca 60,920 US\$, el siguiente 47,540 US\$ y el último 41,540 US\$

Los insumos/recursos del componente Haití se desglosan en el anexo 6. El primer año el financiamiento del donante abarca 51,760 US\$, el segundo 49,112 US\$ y el tercero 49,563 US\$

Los insumos/recursos del componente Perú se desglosan en el anexo 7. El primer año el financiamiento del donante abarca 81,552.81US\$ y el siguiente 83,150.40 US\$.

Los insumos/recursos del componente Venezuela se desglosan en el anexo 8. El primer año el financiamiento del donante abarca 47 400 US\$ y el siguiente 105 162 US\$.

8. Supuestos y riesgos

El criterio de intersectorialidad dado por el conjunto de las instituciones comprometidas en la Red Nacional de Vivienda Saludable de cada país, sobre una base democrática, debe prevalecer sobre las coyunturas políticas que los cambios de orientaciones de gobierno a instituciones específicas o de directivos institucionales pueden ejercer sobre la marcha del proyecto.

El criterio de multidisciplinariedad debe garantizar el abordaje holístico e integral del proyecto, evitando omisiones y sesgos que pueden restar peso a los resultados.

La participación comunitaria desarrolla capacidades de análisis, crítica, autogestión, identidad, compromiso y responsabilidad en la marcha del proyecto.

La salud y la vivienda constituyen una preocupación estratégica del estado, lo que atañe a todos los gobiernos, ya que se relaciona a las necesidades sentidas más prevalentes en las comunidades, por lo que el proyecto no debe ser preterido.

El intercambio de experiencias y la formación postgradual garantizará la capacitación sistemática de los técnicos y profesionales involucrados. Ellos constituirán el factor multiplicador del proyecto.

La educación para la salud inducirá hábitos higiénicos personales y domésticos en las poblaciones diana, contribuyendo a la prevención de enfermedades relacionadas al ámbito de la vivienda. Ello coadyuvará al manejo del riesgo y a la responsabilidad de construir la salud en la comunidad.

Riesgo a que puede estar sujeto el desarrollo del proyecto:

- Ineficacia en la administración o desinterés de los actores
- Cambios de prioridades e intereses
- Cambio de condiciones de las comunidades
- Dificultades de acceso a los recursos necesarios o a los presupuestos
- Cambios de precio desfavorables en los insumos
- Abandono del personal involucrado
- Factores no considerados que tornan impracticables las alternativas propuestas

9. Indicadores y medios de verificación

Los indicadores principales que se proponen para evaluar objetivos y resultados son los siguientes:

Para el objetivo general se propone verificar que las intervenciones hallan repercutido en mejores condiciones habitacionales y de salud, lo cual se consigue a través de las investigaciones epidemiológicas y de salud ambiental dirigidas a los objetos de tarea definidos en calidad y cantidad en los plazos de ejecución, grupos sociales, obras y territorios consignados en los protocolos regional y nacionales anexos al presente documento.

Para los objetivos inmediatos se propone evaluar, en el caso regional, el grado de participación de los especialistas involucrados en la generación del modelo, así como el número de recursos creados, en correspondencia con las tareas y plazos fijados en el protocolo regional.

En los componentes nacionales del proyecto se propone verificar las intervenciones en las comunidades, obras y servicios de los países involucrados mediante el monitoreo del cumplimiento del cronograma de tareas que aparece en los respectivos protocolos nacionales.

Los indicadores del proyecto regional serán chequeados por la División de Salud y Ambiente de OPS, administradora del Proyecto, auxiliada por los Centros

Colaboradores de la OMS para Vivienda Saludable en América (Búfalo y La Habana). Para ello como medios de verificación utilizará el control por inspección según tareas y resultados.

Los indicadores de los componentes nacionales del Proyecto serán verificados localmente por la Secretaría de las Redes Nacionales responsables de la ejecución de cada componente, de acuerdo con los cronogramas establecidos. A su vez, la División de Salud y Ambiente de la OPS, auxiliada por la Secretaría Regional de la Red Interamericana, establecerá como medio de verificación del cumplimiento de la evaluación de indicadores los siguientes controles anuales:

- Inspección anual *in situ* en cada país sobre la correcta evaluación de los indicadores por parte del equipo de trabajo, verificado por las Secretarías de las Redes Nacionales
- Utilización de las Reuniones Plenarias de la Red para efectuar una evaluación integral de la marcha y conclusión del Proyecto desde el punto de vista técnico – científico.

Se presenta en el punto 17 el listado de indicadores utilizados para la verificación de los objetivos a alcanzar, los resultados esperados, las actividades y las salidas del proyecto.

10. Obligaciones previas y requisitos

Las contrapartes nacionales adjuntan a cada protocolo de componente de proyecto una carta de interés de las instituciones nacionales que utilizarán los resultados del Proyecto Multicentro, mediante la cual se testimonian los compromisos gubernamentales / institucionales para con los resultados esperados del proyecto, viabilizando los apoyos esperados para el normal desenvolvimiento de las tareas del mismo en los distintos países.

11. Organización y administración

El Proyecto será llevado a cabo por un conjunto de 10 entidades nacionales –Redes Nacionales de Vivienda Saludable, miembros de la Red Interamericana de Vivienda

Saludable, auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud-. Estas Redes Nacionales serán las unidades de ejecución, quienes llevarán a cabo el desarrollo de los componentes nacionales del Proyecto. En cada unidad nacional se ha designado un especialista de alto nivel que asume la dirección de desarrollo del componente nacional respectivo. Este especialista, responsable del componente, en consulta con la Secretaría de cada Red y con el equipo de desarrollo del componente, decidirá las medidas y acciones pertinentes para dar cumplimiento efectivo y con calidad a las tareas establecidas en los protocolos de los componentes nacionales. El Coordinador de cada Red Nacional se asegurará del adecuado cumplimiento de la evaluación de la marcha de las tareas a partir de los indicadores establecidos en los protocolos. Asimismo facilitará las tareas de control externo aplicadas por el Grupo de Control, establecido por la Secretaría Regional de la Red Interamericana, los Centros Colaboradores y la OPS. El proyecto será administrado financiera y técnicamente por la División de Salud y Ambiente de la Organización Panamericana de la Salud, quien a su vez, junto con los Centros Colaboradores de la Organización Mundial de la Salud para América y la Secretaría de la Red Interamericana supervisarán el curso de todas las actividades a partir de las acciones evaluativas de la marcha del proyecto con base en los indicadores establecidos.

Los informes oficiales sobre el desarrollo del proyecto serán refrendados por la OPS y para su elaboración se auxiliará de los mecanismos de control externos e informes nacionales evaluados por el Grupo de Control, presidido por la unidad administradora que es la OPS.

12. Sustentabilidad organizativa y financiera

Al nivel Internacional:

Organización Panamericana de la Salud

Hábitat UNCHS

Organismos internacionales de asistencia y financiamiento a la vivienda

Al nivel nacional:

Ministerios o Secretarías de Salud.

Ministerios o Secretarías de Vivienda

Comisiones nacionales del Hábitat – UNCHS-

Instituciones de Infraestructura Urbana y Servicios
Instituciones de Protección y Recursos del Ambiente
Organizaciones No Gubernamentales relacionadas a la asistencia para la vivienda
Instituciones de financiamiento relacionadas a provisión de vivienda social
Gobiernos locales
Comunidades

13. Seguimiento del proyecto, presentación de informes y evaluación

Las actividades de seguimiento se llevarán a cabo tanto al nivel local como regional. La autoridad administrativa del Proyecto -la OPS-, auxiliada por el Grupo de Control, llevará a cabo las supervisiones de las evaluaciones de los componentes nacionales y regional del Proyecto. Las evaluaciones locales se efectuarán con el empleo y observancia de los indicadores establecidos en los protocolos de los componentes nacionales del Proyecto, valoraciones que se aplicarán en correspondencia con los plazos de las tareas de los cronogramas de ejecución cada seis meses. Estas evaluaciones serán elaboradas por los responsables nacionales del Proyecto, resultando supervisadas por los Coordinadores de las respectivas Redes Nacionales de Vivienda Saludable. El Grupo de Control efectuará evaluaciones externas periódicas para comprobar la marcha del proyecto en sus puntos de desarrollo.

La autoridad administrativa del Proyecto recibirá los informes evaluativos semestralmente por parte de los responsables locales. A ello se unirán los informes anuales del Grupo de Control, los que podrán ser cotejados con los informes nacionales para alcanzar una evaluación global integrada que dará lugar a un informe anual de la marcha del proyecto, que será formalmente remitido a los patrocinadores, luego de concluido el proceso anual de evaluación, que incorpora la evaluación semestral de medio plazo. El Grupo de Control queda facultado para proponer recomendaciones ante situaciones problemáticas. Los patrocinadores quedan en libertad de inspeccionar el proceso al nivel, momento y lugar que estimen oportuno.

Los informes remitidos a los patrocinadores expondrán los aspectos esenciales del estado del cumplimiento del cronograma de tareas por país y por región, a la luz de la evaluación de los indicadores por los responsables nacionales del Proyecto, o los

funcionarios competentes, con las observaciones del Grupo de Control en su caso. En su estructura acogerán los siguientes elementos: fecha, período evaluado, región, países, estado de cumplimiento de las tareas consignadas en los cronogramas aplicando los indicadores si las tareas aludidas han sido concluidas en el período, evaluación general, logros, dificultades y recomendaciones. El informe es elaborado por el Grupo de Control y refrendado por el funcionario OPS a cargo.

Al finalizar el proyecto la unidad administrativa y el grupo de control elaborarán el reporte final del Proyecto.

14. Presupuesto y financiamiento

Los presupuestos detallados correspondientes al Componente Regional y a los Componentes Nacionales del Proyecto se han incluido en los anexos correspondientes. El financiamiento está sujeto a negociación a la fecha. Se presenta en forma tabular una compilación por país y fuente del presupuesto total.

COMPONENTE	DONANTE (US\$)	CONTRAPARTE (US\$)
Argentina	150,000	574,200
Bolivia	150,000	80,000
Cuba	134,082	15,228
Ecuador	150,000	
Haití	150,435	
Perú	164,703	122,737
Venezuela	152,563	
Regional	109,226	19,356
Control de proceso / Grupo de control	198,253	
Program Support Cost / PAHO	150,931	10,000
OPS (pre-inversión)		22 000

15. Informes financieros y auditoría

Pendiente de negociación con los promotores.

16. Plan de ejecución del proyecto

A la fecha no resulta posible fijar límite de tiempo para obtener los insumos ni las transferencias de fondos, elementos que deben ser negociados con los potenciales patrocinadores. Los planes detallados de ejecución de las actividades de los componentes regional y nacionales se presentan en los respectivos protocolos. A continuación se presenta el marco de trabajo de los componentes del Proyecto.

Componente del Proyecto	Período de ejecución
Regional	Junio 2003 - Junio 2004
Argentina	Junio 2003 – Junio 2006
Bolivia	Enero 2003 – Febrero 2006
Cuba	Junio 2003 – Junio 2006
Ecuador	Julio 2003 – Junio 2005
Haití	Julio 2003 – Julio 2006
Perú	Junio 2003 – Junio 2005
Venezuela	Julio 2003 – Julio 2005