



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Belize

Guatemala

Honduras

El Salvador

Nicaragua

Dr. Mariano Salazar C
Consultor

Proyecto

Municipios

*Promotores de la
Salud en*

Centroamérica

*(Declaración de
Intenciones)*

Costa Rica

Panama

Managua, Nicaragua
Diciembre 1997

INDICE (44 paginas)

I. Datos basicos	3
II. Resumen ejecutivo	4
III. Contexto operacional	5
IV. Justificacion	8
A. Problemas abordados y principales descriptores	8
1. Problemas abordados	8
2. Principales descriptores	10
B. Situacion prevista al finalizar el proyecto	11
C. Estrategia del proyecto y arreglos para la ejecucion.	12
1. Caracteristicas generales de la estrategia	12
2. Por que esta estrategia ?	13
3. Aspectos operativos, institucionales y administrativos.	13
V. Matriz del Marco Logico	15
VI. Esquema de presupuesto	19
VII. Rol de las principales instancias ejecutoras del proyecto	21
A. HPP/HPL	21
B. Representaciones de OPS a nivel de pais	21
C. Unidad ejecutora en Centroamerica	21
VIII. Términos de referencia para consultorias externas	22
IX. Anexo	25
A. Estado del arte de la implementacion de la iniciativa de municipios promotores de la salud en Centroamerica	25
B. Perfiles de salud de los paises centroamericanos	28
X. Bibliografia	41

Cuadros

<i>Figure 1: Centroamerica / Indice de desarrollo humano y medidas correlacionadas de genero por pais</i>	<i>5</i>
<i>Figure 2: Arbol de problemas y rol general del proyecto</i>	<i>8</i>

I. Datos basicos

Fecha de preparaci3n: 11 de Septiembre de 1997

Unidad: HPP/HPL

Numero de proyecto:

Titulo del proyecto: Implementacion de la estrategia de Municipios Promotores de la Salud en Centroamerica

Duraci3n estimada: Tres anos

Costo tentativo: US\$ 1330.000,00

Contribuci3n estimada de la OPS	US\$	150.000,00
---------------------------------	------	------------

Contribuci3n estimada del donante externo	US\$	1.180.000,00
---	------	--------------

Costos estimados de la contraparte	US\$	180.000,00
------------------------------------	------	------------

Responsable de la preparaci3n del perfil de proyecto:

Dr. Mariano Zalazar C
OPS/OMS - Nicaragua

Supervisi3n t3cnica: Dra. Mar3a Teresa Cerqueira
HPP/HPL

II. Resumen ejecutivo

El FIN general de este proyecto es participar de una iniciativa de desarrollo sostenible e integral en Centroamerica en las dimensiones politica, moral, economica, social y ecologica.

Con la finalidad de contribuir a este FIN, el proyecto formara parte de un proceso de renovacion de la estrategia de salud para todos y por todos en el ambito centroamericano.

El proyecto lograra sus objetivos asumiendo la responsabilidad directa de analizar la situacion de promocion y proteccion de la salud en treinta(30) municipios de la subregion y desarrollara una propuesta de seguimiento y evaluacion de la implementacion de la iniciativa de municipios promotores de la salud, asi como realizara una evaluacion del impacto de esta iniciativa en el desarrollo local de la promocion y equidad en salud.

Consideramos que si realizan las actividades previstas en el proyecto, a saber:

- ⇒ Establecer un estilo de gerencia participativa y de busqueda de resultados concretos en el proyecto
- ⇒ Movilizar el apoyo politico y defender activamente la salud e identificar fuentes de financiamiento y recursos institucionales para la promocion de la salud.
- ⇒ Transferir conocimientos, actitudes y practicas fundamentales para la promocion de la salud y otorgar becas.
- ⇒ Determinar necesidades de investigacion y apoyar la formulacion de protocolos e identificar de fuentes de financiamiento
- ⇒ Elaborar y ejecutar planes, politicas y programas que apoyen la promocion de la salud
- ⇒ Facilitar la cooperacion tecnica entre paises sobre temas de promocion de la salud de mutuo interes

y , ademas, los supuestos que se describen a continuacion se conservan como tales:

El proceso de seleccion del gerente del proyecto y su equipo basico de trabajo toma en consideracion criterios de experiencia y conocimiento de estilos gerenciales participativos

Es posible fortalecer en el escenatio municipal alianzas y coaliciones de organizaciones comunitarias, los niveles de sicion politica, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales , el sectro privado para participar activamente en la abogacia, promocion y proteccion de la salud

Existen en la subregion y paises cercanos (Mexico, Caribe) instituciones nacionales capaces de saatisfacer necesidades de desarrollo de politicas, planes y programas de promocion de la salud

Los paises de la subregion han desarrollado aspectos de la promocion de la salud que son de mutuo interes y complementarios.

...entonces lograremos los resultados esperados del proyecto ya descritos. Calculamos que esto costara aproximadamente US\$ 1.330.000,00, de los cuales, aproximadamente, el 11 % sera una contribucion de la OPS, el 13 % una contribucion de los paises y el 75 % una contribucion del donante.

Ademas de lograr estos objetivos, deben suceder varias cosas si se quiere que el proyecto alcance su objetivo principal (PROPOSITO) de llevar a cabo un proceso de renovacion de la estrategia de salud para todos y por todos en Centroamerica. Estos otros facotres, fuera de nuestro control directo, incluyen que el proceso en si mismo incorpore un grupo de orientaciones de politica referidas a la participacion social decisoria, un modelo social de practicas de la salud, intensificacion de las relaciones entre la salud de la poblacion, el ambiente y el desarrollo humano sostenible, la promocion de alianzas y coaliciones, analisis y accion intersectorial , fortalecimiento y desarrollo local de los servicios y liderazgo en salud.

Creemos que si logramos el proposito de este proyecto tenemos probabilidades de contribuir significativamente al (FIN) desarrollo sostenible e integral de Centroamerica. El logro de este FIN, sin embargo, puede recibir la influencia de factores ajenos a este proyecto. Estos incluyen que los Gobiernos centroamericanos pusieran en practica la filosofia, coneptos y metodologia de desarrollo e integracion expresados en la Alianza para el Desarrollo Sostenible en Centroamerica y han preparado propuestas y actuado a favor de la Reforma Sectorial en salud, enfatizando el desarrollo de la salud en el escenario local . Consideramnos que el proyecto propuesto, en conjunto con los factores mencionados fuera del control directo del mimo, es un importante y eficiente en funcion de los costos estimados, para contribuir al FIN propuesto.

III. Contexto operacional

Los problemas del desarrollo socioeconómico de la región centroamericana característicos de la distribución inequitativa de la riqueza y oportunidades de desarrollo humano, se convierten en el marco de referencia con el cual interactúa la salud como producto social en la subregión. En centroamérica conviven países con Índices de Desarrollo Humano diferentes. (Ver Cuadro No.01) . Destacan en la subregión las precarias condiciones de vida y reproducción social de la niñez, la mujer, los adolescentes y los adultos mayores, especialmente en las zonas rurales y espacios urbanos periféricos.

Figure 1: Centroamerica / Índice de desarrollo humano y medidas correlacionadas de genero por país

Pais	Índice de Desarrollo Humano ¹	Índice de Desarrollo Relacionado de Genero ²	Medida del Empoderamiento de Genero ³
Costa Rica	33	36	26
Panamá	45	41	36
Belize	63	--	32
El Salvador	112	97	44
Honduras	116	103	51
Guatemala	117	107	29
Nicaragua	127	106	--

Fuente: UNDP. *Human Development Report 1997*. <http://www.undp.org/undp/hdro/table2.htm> (16/09/97)

NB: Los índices tienen un sentido inverso, reflejan una situación mejor en la medida que el número que lo expresa es menor y a la inversa.

Los principales problemas del desarrollo humano en salud, en términos generales, son por un lado, el deterioro de la calidad del ambiente y las coberturas deficitarias de servicios de abastecimiento de agua con calidad y de eliminación de desechos y excretas, la fragilidad del sistema de seguridad alimentaria y nutricional, las elevadas tasas de fecundidad, especialmente de la fecundidad precoz y tardía, y sus efectos de mortalidad materna; la mortalidad infantil a expensas de causas prevenibles, las enfermedades transmisibles, accidentes y causas violentas, las enfermedades crónicas degenerativas y neoplásicas malignas, la discapacidad, padecimientos mentales y accidentes laborales. Esta creciendo en la subregión la conciencia social alrededor de la drogadicción, alcoholismo, tabaquismo y violencia, especialmente la intrafamiliar, como problemas de salud colectivos.

¹ The human development index measures the average achievements in a country in three basic dimensions of human development -longevity knowledge and a decent standard of living. A composite index, the HDI thus contains three variables: life expectancy, educational attainment (adult literacy and combined primary,secondary and tertiary enrolment) and real GDP per capita (in PPP\$).

² The gender-related development index measures achievements in the same dimensions and variables as the HDI does, but takes account of inequality in achievement between women and men. The greater the gender disparity in basic human development, the lower a country's GDI compared with its HDI. The GDI is simply the HDI discounted, or adjusted downwards, for gender inequality.

³ The gender empowerment measure indicates whether women are able to actively participate in economic and political life. It focuses on participation, measuring gender inequality in key areas of economic and political participation and decision making. It thus differs from the GDI, an indicator of gender inequality in basic capabilities.

Datos seleccionados de la situacion de salud en Centroamerica, pueden ser apreciados en el Cuadro No. 02, en las siguientes paginas.

El desarrollo humano en salud se ve afectado por problemas que tienen que ver con la organizacion y gestion de los Sistemas Nacionales de Salud. Destacan en este sentido, la necesidad de fortalecer el liderazgo social a favor del desarrollo de la salud y de consolidar un enfoque de proteccion y promocion de la salud como guia para la accion inmediata y perspectiva; el desarrollo de las capacidades de planificacion estrategica (politicas, legislacion, planes) y de conduccion operacional de redes, servicios y programas (analisis de cobertura, productividad, productividad y costos, calidad de la atencion y financiamiento) asi como las competencias en la preparacion y negociacion de planes y proyectos de inversion en salud. En general, los Sistemas Nacionales de Salud adolecen, en general, de problemas de equidad, eficiencia, eficacia, calidad y convergencia en la accion que afectan el desarrollo humano en salud.

La respuesta social ante esta problematica ha estado dirigida en dos dimensiones. A nivel del conjunto de la subregion el proposito es crear un clima de paz, fomento de la democracia, estabilizacion de las economias, controlar la hiperinflacion, liberar las fuerzas del mercado, modernizar el Estado y descentralizar la gestion de gobierno proporcionandole mayor protagonismo a los gobiernos municipales y a la sociedad civil. En el sector social, ha crecido el involucramiento de la sociedad civil en la produccion de la salud en el ambito de la violencia intrafamiliar, las enfermedades prevenibles por vacunacion, la proteccion del medio ambiente y la seguridad social.

En general, las instituciones del sector social se han planteado el desafio de convertirse en "empresas sociales" y estan desarrollando un proceso de reforma, cuyas caracteristicas generales se describen a continuacion, sin prejuicio de los modelos nacionales en curso:

el fortalecimiento del liderazgo y la capacidad normativa de los gobiernos para regular las nuevas modalidades de participacion social en el financiamiento y la provision de servicios,

el incremento de la cobertura, la mejoría del impacto de las acciones en el estado de salud y la equidad en el acceso a la atencion,

la redefinicion de los modelos de atencion con énfasis en la integralidad y la desconcentracion, con un aumento del peso relativo de la atencion ambulatoria con énfasis en la promocion y la prevencion y la articulacion con acciones intersectoriales a favor de la salud,

la ordenacion de las prestaciones en salud, definiendo conjuntos basicos de prestaciones diferenciadas en funcion de los perfiles epidemiologicos prevalentes, la disponibilidad de recursos, las preferencias de las comunidades afectadas y las opciones de politica de cada pais,

el énfasis en la participacion social, tanto en los ambitos de la promocion y la prevencion como en el de provision de servicios curativos y de rehabilitacion. La movilizacion social en favor de la salud esta abarcando multiples ambitos y adoptando formas diversas dentro de las cuales las instituciones del nivel local resultan espacios privilegiados producto de politicas de descentralizacion o desconcentracion y del rol de estimulacion de la participacion en salud que juegan las instituciones del sector social,

el esfuerzo por mejorar la eficiencia y productividad de los servicios, de adecuar cuantitativa y cualitativamente la capacitacion y formacion de los recursos humanos tecnicos y gerenciales para atender la nueva realidad de un sector competitivo y en proceso de modernizacion,

la promocion de programas de calidad de la atencion y el desarrollo de politicas de registro, financiamiento, distribucion y uso racional de medicamentos y procedimientos de evaluacion y control de las tecnologias sanitarias,

el ajuste del nivel de gasto y su financiacion a las posibilidades de la economia nacional.

La comunidad donante internacional, tanto bilateral como multilateral, esta jugando un importante papel de apoyo al desarrollo de la salud en el ambito centroamericano, dirigida tanto al sector salud, en el sentido tradicional, como al mejoramiento de sus principales condicionantes y determinantes sociales. Los Gobiernos centroamericanos estan realizando importantes esfuerzos para alcanzar mayor coherencia en sus politicas sociales y entre ellas y las politicas economicas, y ademas, en materia de integracion subregional. Los Gobiernos municipales y la sociedad local cada vez mas incorporan en la agenda de desarrollo municipal la salud y el bienestar como parte de sus compromisos de gobierno y de inversion social desde instancias no gubernamentales.

Los Gobiernos en la subregion se han comprometido a nivel internacional con un grupo de prioridades para el desarrollo de la salud que incluyen el incremento de la expectativa de vida y la reduccion de las disparidades sociales y de genero en materia de salud, la disponibilidad para toda la poblacion de servicios basicos de salud de calidad aceptable, recalcando los elementos de la atenciojn primaria ; mejorar la salud de la mujer, la ninez y la adolescencia, mantener bajo control o erradicar las principales enfermedades trasnmisibles prevlentes en el area y promover la adopcion de estilos de vida y comprtamientos saludables.

En resumen, en materia de salud Centroamerica soprta una doble carga proveniente de las enfermedades tradicionales de los paises pobres todavia no totalmente controladas - por ejemplo colera, oaludismo, tuberculosis - y de un aumento constante de las enfermedades degenerativas no trasmisibles. A lo anterior se suma la amenaza de la nueva epidemia de infeccion por el VIH y el SIDA. Asimismo, se observan aumentos en las tasas de cardiopatas, presion arterial alta, diabetes y canceres. Tambien existen multiples amenazas para la mente y el cuerpo debido a la violencia de la vida en las ciudades y el campo y al deterioro del medio ambiente.

Las enfermedades degenerativas cronicas, los trastornos mentales y el alcohol, el tabaco y la adiccion a las drogas son causa de discapacidades y de morbilidad. entre los sectores desvaforecidos de la sociedad las causas principales de muerte y enfermedad siguen siendo las enfemedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades endemicas y parasitarias, coexistiendo con enfermedades cardiovasculares, canceres, accidentes y consecuencias de la violencia, ademas de los trastornos perinatales con especial referencia a la mortalidad materna.

La situacion de salud de los centroamericanos esta afectada por los efectos de los cambios demograficos, de os nuevos modelos epidemiologicos y del estancamiento socioeconomico de los ultimos anos. Tiene su origen estructural en la pobreza, el analfabetismo y las malas condiciones de vida en general. Podemos afirmar que Centroamerica esta viviendo un periodo donde el principio de la equidad y de la universalidad de la atencion sanitaria soiporta cada ves mas mayores presiones.

IV. Justificacion

A. Problemas abordados y principales descriptores

1. Problemas abordados

Dentro de este contexto y sus principales tendencias, el arbol de problemas del cual se desprende la necesidad del proyecto puede ser apreciado a continuacion.

Figure 2: Arbol de problemas y rol general del proyecto

<p>PROBLEMA Aunque la poblacion centroamericana es todavia joven, esta sufriendo enfermedades propias de la vejez, y se observan aumentos en las tasas e cardiopatias, presion arterial alta, diabetes, canceres y multiples amenazas para la mente y el cuerpo debido a la violencia en las ciudades y al deterioro del medio ambiente.</p> <p>La subregion soporta una doble carga proveniente de las enfermedades tradicionales del subdesarrollo, todavia no controladas - por ejemplo colera - y de un aumento constante de las enfermedades degenerativas no transmisibles. A esto se suman la nueva epidemia de infeccion por el VIH y el SIDA.</p> <p>Entre los sectores mas desfavorecidos de la subregion las causas principales de muerte y de enfermedad siguen siendo las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades vacunoprevenibles y las enfermedades endemias y parasitarias, coexistiendo con las enfermedades cardiovasculares, canceres, accidentes y consecuencias de la violencia, ademas de los trastornos perinatales. Las enfermedades degenerativas cronicas, los trastornos mentales y el alcohol, el tabaco y la adiccion a las drogas cada vez con mayor frecuencia son causa de discapacidades y de morbilidad.</p> <p>Las tasas de incidencia de estas enfermedades para grupos sociales enteros se incrementan a medida que aumentan los factores de riesgo y se distribuyen con mayor uniformidad, tanto geografica como socialmente.</p>	
<p>CAUSAS ESTRUCTURALES</p> <p>Pobreza, analfabetismo y malas condiciones de vida son el resultado del estancamiento economico del ultimo decenio y originan muchos problemas de salud.</p> <p>El servicio de la deuda, su pago y la caída de los precios de las materias primas han reorientado la corriente neta de recursos externos.</p> <p>La aplicacion de las politicas de ajuste economico, exigidas como condicion para el otorgamiento de creditos futuros, general considerables privaciones para la poblacion y reducciones del gasto publico sectorial, con cortes en las asignaciones para educacion, salud y servicios sociales, con consecuencias inmediatas para la salud publica y perpetuan ineficiencias en los sistemas de agua potable y alcantarillado que socavan los esfuerzos individuales para mejorar la salud.</p>	<p>CAUSAS SECTORIALES</p> <p>La salud no se ha asumido como un bien social que debe ser construido con la contribucion de todos los sectores. Persistiendo todavia inequidades de acceso y cobertura de los servicios de salud y en las condiciones sanitarias de la poblacion..</p> <p>Las instituciones del sector salud continuan desarrollando un rol de gestores de la asistencia sanitaria y no de actores promotores del desarrollo.</p> <p>Existe un insuficiente desarrollo de ambientes fisicos, sociales y culturales saludables. Los esfuerzos por transformar los comportamientos y estilos de vida a favor de la promocion y proteccion de la salud no poseen la extension, profundidad y magnitud necesaria. Los servicios de salud no desarrollan acciones de promocion y proteccion de la salud de manera continua, consistente e integrada con las acciones de atencion y rehabilitacion.</p>
<p>MISION DEL PROYECTO EN EL ESCENARIO MUNICIPAL</p> <p>Aumentar las capacidades locales para la formulacion, ejecucion y evaluacion de politicas publicas que promuevan la salud en todos los sectores y niveles de la sociedad local; de crear de ambientes de apoyo a la salud, tanto en sus dimensiones fisicas como sociales y fortalecimiento del sistema de apoyo social de la comunidad, fortalecer las acciones comunitarias y la participacion de la gente en las decisiones y las acciones de promocion de la salud, aprovechando los recursos humanos y dandoles un mayor sentido de su propio valor; desarrollar las aptitudes personales para tomar decisiones y soportar presiones y reorientar los servicios de salud para hacer mayor incapie en la promocion y las posibilidades que ofrecen las instituciones de atencion sanitaria como lugares adecuados para la promocion de la salud.</p>	

Los problemas especificos que aborda el proyecto forman parte de las causas sectoriales. Se refieren, en el escenario municipal, a:

el insuficiente desarrollo de ambientes fisicos, sociales y culturales saludables,
la deficiente extension, profundidad y magnitud de los esfuerzos para transformar comportamientos y estilos de vida,y
el debil desarrollo de acciones continuas, consistentes e integradas de promocion de la salud en los servicios locales de salud.

2. Principales descriptores

La situacion actual de estos problemas se manifiesta en la mayoria de los municipios de Centroamerica a traves de los siguientes descriptores:

Un porcentaje importante de los municipios no poseen un plan de desarrollo que incorpore un enfoque saludable como consideracion previa a la inversion ni contemplan aspectos de promocion y prevencion de la salud como lineas de accion del mismo, articuladas con los servicios de atencion y rehabilitacion y vinculadas a los principales determinantes y condicionantes de la salud a nivel local.

Muchos de los miembros de los Gobiernos y la clase politica locales, dirigentes comunitarios y personalidades influyentes, demandan mas informacion acerca de la situacion de salud de su localidad y conocimiento de las oportunidades que pueden existir para poder contribuir a traves de sus capacidades de movilizacion de recursos de diferente indole, al desarrollo de la salud. Esta situacion los coloca en situacion de desventaja al momento de ejercitar su derecho de participar en los procesos de toma de decisiones que tienen que ver con los condicionantes y determinantes generales de la salud y la equidad de la misma.

Las Municipalidades estan asumiendo, muchas veces sin un mandato especifico, la responsabilidad de convocar y comprometer esfuerzos comunitarios e intersectoriales a favor de la promocion de la salud, ni las autoridades locales del sector salud asumen el rol de animadores del desarrollo local como la via para crear un entorno mas favorable para el desarrollo humano en salud.

Producto de una concepcion asistencialista prevaleciente en las sociedades locales, el desarrollo de la salud se dirige de manera preeminente a la construccion de infraestructura de servicios sin utilizar criterios, por ejemplo, que devienen de los conceptos de sostenibilidad, redes y niveles de resolucion escalonados. Frecuentemente, estas unidades estan pensadas de tal manera que limitan su potencial para ser espacios privilegiados de promocion y proteccion de la salud.

Diversos ambientes fisicos, sociales y culturales ya existentes- parques, escuelas, empresas, comedores comunales, cines, plazas para fiestas y actividades publicas diversas, entre otras - poseen excelentes puntos de partida para proyectarse como espacios privilegiados para promover la salud de una manera creativa, atractiva y exitosa, que contribuya a la creacion de una cultura de salud.

El concepto y la practica de politicas publicas saludables es un aspecto que requiere mayor desarrollo en la gran mayoria de los escenarios municipales de la subregion. Se necesita hacer asequible metodologias de formulacion de politicas publicas saludables y los criterios de seguimiento y evaluacion de las mismas. Seria conveniente contar en la subregion con un "modelo integrado de politicas saludables" que pudiera servirle a las autoridades locales como una guia para la conduccion y accion concertada de los procesos de desarrollo local de orden multisectorial a favor de la promocion de la salud.

Es impostergable desarrollar de manera sistematica experiencias integradas de politicas saludables, por ejemplo, politicas de proteccion ambiental y de alimentacion y nutricion, politicas de transformacion de los servicios de salud a favor de la promocion y modelos de atencion a la violencia intrafamiliar, entre otras.

Los programas de comunicacion social en salud en el entorno municipal, en numerosas ocasiones son elementales o inexistentes, y realmente existe una demanda objetiva y subjetiva de utilizar al maximo la informacion como un potente instrumento para producir los cambios en los niveles sectoriales, comunitario e individual que demanda el desarrollo de la promocion de la salud.

Se observa un deterioro inaceptable en las escuelas y por ende en la educacion. A menudo, los procesos de desarrollo local de la promocion de salud y las capacidades y recursos de la poblacion para defender y mejorar la salud atesorados en las escuelas poseen una vinculacion debil.

Existe un deficit de investigaciones cuyos resultados tengan aplicacion inmediata en el perfeccionamiento, ejecucion y evaluacion de planes de salud y prevencion. El proceso de descentralizacion y desconcentracion requiere de un programa de investigaciones que promueve de manera sistematica la generacion de informacion util para los tomadores de decision en los niveles locales a partir de estudios de conocimientos, actitudes y practicas relacionadas con la salud, la alimentacion y nutricion; que analice el costo efectividad de las intervenciones de prevencion y promocion; que discutan el papel de los factores psicosociales en diferentes tipos de patologia, que evalua rproyectos de promocion de la slasud e iniciativas de investigacion accion con enfasis en la relacion entre salkud y cultura; de investigaciones sobre el comprtamiento de riesgos especificos en el nivel local, tales como alcohol, sustancias psicoactivas, alimentos nocivos y violencia y slaud.

Es indispensable la creacion de escenarios de concertacion y negociacion en donde se convoque a las organizacines representativas de la poblacion para analizar los problemas de salud y construir alternativas para enfrentarlos, incentiivando modelos comunitarios de promocion de la salud.

Debemos enfrentar el desafio de los proyectos intersectoriales y del perfeccionamiento de mecanismos para hacer efectiva la accion intersectorial y el estudio de experiencias positivas y negativas en este sentido, sobre todo en casos tales como la rpomocion de la salud dela poblacion anciana; el desarrollo de comunidades seguras, la prevencion de accidentes por vehiculos autopmotores, entre otros temas relevantes.

Es impostergable desarrollar un inventario de organismos nacionales e internacionales que puedan apoyar el plan municipal de desarrollo de la salud y consolidar las capacidades para preparar , actualizar y renovar una cartera de proyectos. El reto de asumir de asumir de manera proactiva la negociacion para la consecucion de reucrsos para la ejecucion del plan es una asignatura pendiente, de la misma manera, el intercambio de experirencias entre municipios y la movilizacion de recursos locales, institucionales universidades, instutos, otros - que puedan dedicar tiempo y talento a la salud.

En terminos generales es posible senalar que en la subregio es necesario conocer mejor las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que existen para la promocion y proteccion de la salud en el nivel local, asi como establecer con claridad meridiana los aportes que la implementacion de la iniciativa de municipios promotores de la salud tendria sobre el desarrollo de la promocion de la salud y la equidad en este escenario.

La identificacion de los descriptores del problema que aborda el proyecto, nos permite construir a continuacion, la imagen de futuro que el proyecto puede delinear al concluir su ciclo de operacion.

B. Situacion prevista al finalizar el proyecto

Treinta municipios centroamericanos habran desarrollado capacidades locales para avanzar de la idea inicial de Municipios Promotres de la Salud a la fase de advogacia, liderazgo e intervencion a favor de la promocion de la salud. Esta situacion se manifestara de la siguiente manera:

En terminos ghenerales:

Estaran en capacidad de formular, impulsar y evaluar politicas publicas saludables.

Habran desarrollado procesos de comunicacion y educacion en salud.

Estaran organizadas redes de municipios y escuelas promotoras de la salud.

Se habran reralizado estudios e investigaciones que apoyaran la practica de la promocion de la salud.

La accion comunitaria e insitucional en la busqueda de la salud como bien colectivo se habra fortalecido.

La interactuacion de los sectores comnvocados para la solucion de los problemas de salud sera una practica consolidada.

Se habran identificado y movilizado recursos nacionales e internacionales para la promocion de la salud.

Tambien se dispondra en el conjunto de estos escenarios locales, formando parte de procesos nacionales y con una perspectiva subregional, de:

- ⇒ un compromiso politico explicito para el desarrollo de la promocion de la salud
- ⇒ un cuerpo de conocimientos teoricos, metodologicos e instrumentales acerca de la implementacion, seguimiento, evaluacion e impacto de la iniciativa de Municipios Promotores de la Salud y sus principales estrategias de desarrollo
- ⇒ una experiencia sistematizada, compartida y comparada acerca de lineas de accion exitosas y buenas practicas de promocion de la salud
- ⇒ ejemplos de referencia acerca de la sostenibilidad de los procesos de promocion de la salud y su vinculacion con el desarrollo humano
- ⇒ un analisis de las fortalezas, oportunidades debilidades y amenazas que posee la propuesta ante los desafios que plantean la optimizacion e integracion de los programas de cooperacion de OPS/OMS, los procesos de reforma sectorial y la renovacion de la salud para todos y por todos
- ⇒ un grupo de facilitadores para la planificacion estrategica y operacional de procesos en salud de promocion, proteccion, advogacia y preparacion de proyectos para y en salud y una masa critica de funcionarios, organismos no gubernamentales y lideres locales con una concepcion y practica de la salud mas alla de los servicios tradicionales
- ⇒ modulos de capacitacion y educacion permanente acerca de promocion de la salud y protocolos de investigacion desarrollados y puestos en practica acerca de temas relevantes de promocion de la salud
- ⇒ redes funcionando de diseminacion de informacion cientifico tecnica sobre promocion de la salud, incluyendo INTERNET, y foros de debate de los principales problemas de salud desde la perspectiva de promocion de la salud
- ⇒ experiencias de referencia en curso acerca de cooperacion integrada de OPS a nivel territorial.

C. Estrategia del proyecto y arreglos para la ejecucion.

1. Caracteristicas generales de la estrategia

- ⇒ Su ambito de accion es la subregion centroamericana.
- ⇒ Opera a partir de contribuciones de OPS/OMS, donante (s) externos y las contrapartes correspondientes.
- ⇒ Esta concentrado en el auspicio de la iniciativa de Municipios promotores de la salud y la implementacion de sus estrategias de desarrollo.
- ⇒ La movilizacion de la cooperacion se hara de acuerdo a las necesidades nacionales de desarrollo de la promocion de la salud.
- ⇒ Fortalece las capacidades nacionales de rectoria, organizacion, provision de servicios y financiamiento sobre los temas que aborda y proporciona a los actores locales (gubernamentales y no gubernamentales) un importante protagonismo en la preparacion del programa de cooperacion de acuerdo a las necesidades de desarrollo en este nivel.
- ⇒ Aprovecha, fortalece y moviliza las capacidades instaladas en la subregion y los recursos subregionales y nacionales, promueve mecanismos para la coordinacion interagencial sobre temas de inters comun
- ⇒ La conduccion, operacion y evaluacion del proyecto se llevara a efecto a traves de: un asesor tecnico principal de la sede de OPS, un ejecutivo ubicado en uno de los paises centroamericanos, una instancia subregional constituida por los Directores Generales de Salud o sus delegados y puntos focales en cada pais de la subregion. Los periodos de planificacion, programacion y evaluacion seran anuales y semestrales.
- ⇒ El proyecto pondra en practica una estrategia de cooperacion tecnica territorial.
- ⇒ La administracion de los recursos se hara de acuerdo a los procedimientos establecidos por la OPS/OMS.

2. Por que esta estrategia ?

La subregion centroamericana tiene una historia de desarrollo de la salud desde una perspectiva subregional. Funcionan diversos organos de integracion en el plano politico, legislativo, economico, social y de salud. Los paises han desarrollado experiencias interesantes en materia de cooperacion en salud, incluso, la salud ha sido colocada como un puente para la paz”y ha jugado un papel relevante como espacio de encuentro y unidad en la accion de fuerzas politicas de diferentes signos ideologicos, y como un elemento destacado en los procesos nacionales de pacificacion y reconciliacion.

La evolucion del perfil de salud demanda una inversion en promocion y proteccion de la salud”, especialmente de los grupos sociales mas postergados. El movimiento de comunidades y municipios saludables ya se ha venido desarrollando progresivamente, contando con el apoyo inicial de autoridades nacionales , gobiernos y lideres locales. Mayor informacion acerca del desarrollo existente en Centroamerica puede apreciarse en el Anexo En algunos de los paises ya se han desarrollado redes locales y nacionales de municipios promotores de la salud y el movimiento se perfila como una alternativa interesante que esta formando parte del grupo de respuestas sociales exitosas ante los desafios que plantea la salud al final del milenio como parte del desarrollo socioeconomico y el fenomeno de la globalizacion.

Las primeras discusiones en este sentido se dieron en el “1er. Encuentro de Municipio y Comunidades Saludables por la Paz”, que se dio en Ciudad Guatemala, en el ano 1996. De hecho, la elaboracion de esta propuesta es producto de un mandato de ese encuentro subregional .

Debido a estas peculiaridades de la zona geografica de operacion, se prevee que el proyecto contribuiria a fortalecer el respaldo politico al desarrollo de la salud desde una perspectiva de proteccion y promocion, y a consolidar y compartir enfoques, metodologias, tecnicas e instrumentos apropiados al perfil higienico epidemiologico que faciliten la utilizacion y evaluacion de las estrategias y lineas de accion para el desarrollo de la promocion de la salud, tanto en procesos nacionales como locales.

El proyecto se adecua al papel emergente y relevante que estan comenzando a jugar autoridades, lideres y diversas instancias del ambito local en relacion al desarrollo socioeconocmico de sus circunscripciones y a la ejecucion territorial de politcas nacionales. Por esta razon, el proyecto les reconoce un rol destacado la planificacion y programacion de las actividades y tareas.

Basado en experiencias exitosas de otras proyectos subregionales, la conduccion y evaluacion de esta propuesta es participativa e incorpora a autoridades de todos los paises en la conduccion estrategica del mismo. Sobre esta misma experiencia, define un esquema de asesoria tecnica donde el rol principal lo juega la instancia especializada en promocion de la salud de la OPS/OMS, identifica una unidad ejecutiva ubicada en la subregion cuyo papel principal es la animacion, preparacion, seguimiento y evaluacion de los planes de trabajo subregionales y nacionales en cada pais del itsmo y el perfeccionamiento y enriquecimiento del programa subregional. Mayores detalles acerca de los roles de la instancia de asistencia tecnica, la unidad ejecutiva y las Representaciones de OPS en Centroamerica, puede apreciarse en el item VI de este documento.

Por otra parte, el proyecto capitaliza a favor de la consecucion de sus metas la capacidad disponible en la region y la subregion para capacitacion, transferencia de tecnologia apropiada, asistencia tecnica directa y las experiencias de Cooperacion Tecnica Territorial (CTT) desarrolladas por algunas de las Representaciones de OPS/OMS en Centroamerica.

3. Aspectos operativos, institucionales y administrativos.

El proyecto se llevara a cabo por un periodo de tres anos. Se ejecutara a traves de las Representaciones de OPS/OMS en Centroamerica y utilizara el sistema de programacion, seguimeinto y evaluacion de la agencia a nivel de pais. Los consultores de pais responsables de promocion de la salud y salud y ambiente jugaran un rol de facilitadores del proceso. En dependencia de la envergadura de los recursos disponibles

en cada caso, podra aparecer como un proyecto independiente, como un resultado esperado de un proyectos del programna de cooperacion bianual o como una actividad dentro de un resultado esperado afin. La estructura y composicion del gasto se reflejara de acuerdo a los elementos del presupuesto por programa establecidos por OPS/OMS para fondos extrapresupuestrios. Cada municipio que forme parte del proyecto tendra una programacion propia de cooperacion cuya unidad operacional sera un proyecto municipal de desarrollo de la salud en el formato de la matriz del marco logico.

La conduccion y gerencia del proyecto se realizara de forma colegiada a traves del Comité Coordinador Subregional (CCSR) que tiene las funciones de concertar y aprobar la programacion anual de actividades y la vigilancia y evaluacion de la misma. La OPS/OMS formara parte del CCSR en calidad de secretaria tecnica. El proyecto dispondra de un ejecutivo subregional de tiempo completo localizado en uno de los paises del itsmo centroamericano, compartiendo las facilidades que brinda la Representacion de OPS/OMS en el pais, y con la responsabilidad de apoyar a los paises en la puesta en practica de las resoluciones emanadas del CCSR y de preparar los informes periodicos de avance desde la perspectiva subregional y los informes regulares de evaluacion.

Movilizara consultores internacionales de corto plazo para actividades especificas, contara con el apoyo de los consultores permanentes que llevan promocion de la salud en los paises , movilizara recursos nacionales entre los paises y contara con el apoyo continuo de la division de promocion y proteccion de la salud de la sede de la OPS/OMS, sin perjuicio de la participacion de consultores internacionales de otras divisiones del nivel central de OPS/OMS. Los terminos de referencia de las consultorias internacionales previstas pueden apreciarse en el iotem VII de este documento.

La cooperacion tecnica estara dirigida a instancias nacionales y locales del gobierno involucradas en el fomento de la salud tanto a nivel nacional como local, a asociaciones de municipios y gobiernos locales, a organismos no gubernamentales afines a la mision del proyecto. Los Ministerios de Salud, seran un socio privilegiado para la ejecucion del proyecto.

La estrategia definida y los aspectos operacionales, administrativos e institucionales senalados, permiten que el proyecto se enrumbe hacia la consecusion de sus fines, propositos y resultados esperados. La mtriz del marco logico donde estos items se detallan, puede ser apreciada a continuacion.

V. Matriz del Marco Logico

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>FIN</p> <p>Establecida y en marcha una iniciativa de desarrollo sostenible e integral de Centroamerica en lo politico, moral, economico, social y ecologico</p>	<p>Al finalizar el ano 2000, estaran:</p> <p>Integrados el Consejo Centroamericano y los Consejos Nacionales para el Desarrollo Sostenible con representacion del Sector Publico y de la Sociedad Civil.</p> <p>Elaborados los Programas Nacionales para alcanzar objetivos especificos de desarrollo e integracion en lo politico, econonomico, social, cultural y ambiental.</p>	<p>Entrevistas con los Presidentes centroamericanos y el Primer Ministro de Belize</p> <p>Archivos de la Secretaria General del Sistema de Integracion Centroamericana</p>	<p>Los Gobiernos centroamericanos pusieron en practica la filosofia, coneptos y metodologia de desarrollo e integracion expresados en la Alianza para el Desarrollo Sostenible en Centroamerica</p> <p>Los Gobiernos han preparado propuestas y actuado a favor de la Reforma Sectorial en salud, enfatizando el desarrollo de la salud en el escenario local</p>
<p>PROPOSITO</p> <p>Se habra llevado a cabo un proceso de renovacion de la estrategia de salud para todos y por todos en Centroamerica</p>	<p>Al finalizar el ano 2000 estara disponible un informe de evaluacion por pais de la implementacion del proceso de renovacion de la salud para todos y por todos</p>	<p>Entrevistas con los Ministros del Gabinete Social</p> <p>Documentos de informes por pais.</p>	<p>El proceso de renovacion de la salud para todos expresa las siguinetes orientaciones de politica:</p> <p>participacio social decisoria modelo social de practicas de la salud intensificacion de las relaciones entre salud de la poblacion, el ambiente y el desarrollo humano sostenible promocion de alinazas y coaliciones analisis y acciones intersectoriales cooperacion global para el desarrollo local movilizacion de la capacidad nacional fortalecimiento y desarrollo local de los servicios liderazgo</p>

RESULTADOS ESPERADO 01	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACION	SUPUESTOS
------------------------	-------------	-------------------------	-----------

Sistema de gestion del proyecto instalado y operando	Al finalizar el ano 2000, estaran preparados y evaluados tres (3) programas anuales de cooperacion	Reportes del sistema de planificacion y programacion de OPS	Sistema de planificacion y programacion de OPS/OMS operando sin contratiempos
RESULTADO ESPERADO 02			
Estaran elaborados treinta (30) analisis de la situacion de promocion y proteccion de la salud a nivel municipal y evaluada el estado de desarrollo de la propuesta de municipios promotores de la salud	<p>Al finalizar el ano 2000, estaran disponibles:</p> <p>Un (1) informe tecnico de evaluacion del impacto de la implementacion de la estrategia en el desarrollo local de la equidad en salud</p> <p>Una (1) metodologia de analisis de la situacion de promocion y proteccion de la salud y sesenta (60) lideres capacitados</p> <p>Un (1) sistema de seguimiento y evaluacion de la implementacion de la propuesta de municipios promotores de la salud y cinco (7) grupos nacionales capacitados</p> <p>Un (1) estudio comparativo de la situacion de promocion y proteccion de la salud en municipios centroamericanos seleccionados.</p> <p>Tres (3) investigaciones realizadas acerca de politicas publicas saludables en el nivel local</p>	<p>Documentos del informe, metodologia de analisis, sistema de seguimiento y estudio comparativo e investigaciones realizadas</p> <p>Entrevistas con lideres municipales y autoridades locales y nacionales del sector social</p> <p>Visitas de terreno</p>	<p>El caracter interprogramatico que requiere la preparacion e implementacion de la metodolgia de analisis y evaluacion es apoyado por las autoridades nacionales y locales , y autoridades de OPS tanto a nivel de la sede como de los paises</p> <p>Existen condiciones tecnicas basicas para realizar a nivel local un analisis de capacidades de desarrollo de la promocion de la salud en temas tales como politicas saludables, comunicacion e informacion en salud, escuelas saludables, investigaciones, participacion social, accion intersectorial, movilizacion de recursos y liderazgo, negociacion y resolucio de conflictos.</p> <p>Hay experiencia en la preparacion de protocolos de investigacion cualitativos refereridos al area social y promocion de la salud</p> <p>Otras agencias de la comunidad donante internacional estan interesadas en apoyar el analisis y evaluacion de la implementacion de la iniciativa de municipios promotores de la salud</p>

RESULTADO ESPERADO 03	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>Treinta (30) municipios en Centroamerica se habran declarado como municipios promotores de la salud y habran ejecutado acciones de promocion de la salud planificadas, sostenibles, solidarias, y equitativas.</p>	<p>Al finalizar el ano 2000 estaran disponibles:</p> <p>Treinta (30) declaraciones politicas de compromiso con el desarrollo de la promocion y la equidad en salud</p> <p>Treinta (30) propuestas de desarrollo sostenible de la promocion y la equidad en salud</p> <p>Quince (15) evidencias concretas de mejoramiento de la promocion de la salud en grupos socialmente postergados en riesgo</p> <p>Diez (10) temas de cooperacion tecnica entre paises identificados (promocion de la salud) y veinte (20) visitas de intercambio de experiencias realizadas</p> <p>Siete (7) grupos nacionales especiaizados en promocion de la salud a nivel local</p> <p>Dos (2) experiencias de cooperacion tecnica integradas a nivel municipal</p> <p>Una (1) red centroamericana de municipios promotores de la salud</p> <p>Una (1) red centroamericana de escuelas promotoras de la salud</p> <p>Un (1) grupo centroamericano de personalidades advogando a favor de la promocion y equidad en salud</p>	<p>Documentos de declaraciones politicas, propuestas de desarrollo y experiencias de cooperacio integradas.</p> <p>Entrevistas con lideres municipales, autoridades locales y nacionales del sector social, personalidades centroamericanas y miembros de grupos postergados</p> <p>Memorias de los encuentros de las redes de municipios y escuelas promotoras de la salud</p> <p>Visitas de terreno</p>	<p>La promocion de la salud formar parte de la agenda politica de desarrollo humano sostenible a nivel local</p> <p>La sociedad local y la comunidad donante internacional tienen en curso un proceso de inversion a favor de la salud y el mejoramiento de sus principales condicionantes y determinantes</p> <p>Es viable desarrollar un proceso integrado de cooperacion utilizando el escenario municipal como eje de unidad en la accion para la cooperacion de OPS y otros miembros de la comunidad donante internacional</p>

ACTIVIDADES	RECURSOS	FUENTES DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Establecer un estilo de gerencia participativa y de busqueda de resultados concretos en el proyecto	US\$	Documento de contrato de los integrantes de la unidad operacional en la subregion	El proceso de seleccion del gerente del proyecto y su equipo basico de trabajo toma en consideracion criterios de experiencia y conocimiento de estilos gerenciales participativos
Movilizar el apoyo politico y defender activamente la salud e identificar fuentes de financiamiento y recursos institucionales para la promocion de la salud.	US\$	Reportes del sistema de planificacion y programacion de OPS y documentos de informes preparados para el donante externo	Es posible fortalecer en el escenatio municipal alianzas y coaliciones de organizaciones comunitarias, los niveles de sicion politica, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales , el sectro privado para participar activamente en la abogacia, promocion y proteccion de la salud
Transferir conocimientos, actitudes y practicas fundamentales para la promocion de la salud y abrir oportunidades de formacion y capacitacion.	US\$	Reportes del sistema de planificacion y programacion de OPS y documentos de informes preparados para el donante externo	Existen en la subregion y paises cercanos (Mexico, Caribe) instituciones nacionales capaces de saatisfacer necesidades de capacitacion y formacion acerca de promocion y proteccion de la salud
Determinar necesidades de investigacion ,apoyar la formulacion de protocolos e identificar de fuentes de financiamiento	US\$	Reportes del sistema de planificacion y programacion de OPS y documentos de informes preparados para el donante externo	Existen en la subregion y paises cercanos (Mexico, Caribe) instituciones nacionales capaces de saatisfacer necesidades de investigacion en promocion de la salud y hay fuentes de financiamiento disponible para este tipo de temas
Elaborar y ejecutar planes, politicas y programas que apoyen la promocion de la salud	US\$	Reportes del sistema de planificacion y programacion de OPS y documentos de informes preparados para el donante externo	Existen en la subregion y paises cercanos (Mexico, Caribe) instituciones nacionales capaces de saatisfacer necesidades de desarrollo de politicas, planes y programas de promocion de la salud.
Facilitar la cooperacion tecnica entre paises sobre temas de promocion de la salud de mutuo interes	US\$	Reportes del sistema de planificacion y programacion de OPS y documentos de informes preparados para el donante externo	Los paises de la subregion han desarrollado aspectos de la promocion de la salud que son de mutuo interes y complementarios.

VI. Esquema de presupuesto

Expresado en mile de US\$

Financiamiento global: US1.330.000,00

No	ACTIVIDAD	ELE	LINEA PRESUPUESTARIA	1ER ANO	2DO ANO	3ANO	SUB TOT	TOTAL
01	Establecer un estilo de gerencia participativa y de busqueda de resultados concretos en el proyecto							
		040	STC	24	24	24	72	
		230	GASTOS DE VIAJE POR MISION DEL PERSONAL	10	10	10	30	
		390	SERVICIOS CONTRACTUALAES	11	16	11	38	
		550	SUMINISTROS Y EQUIPO	6	2	2	10	
							150	150
02	Movilizar el apoyo politico y defender activamente la salud e identificar fuentes de financiamiento y recursos institucionales para la promocion de la salud.							
		040	STC Y ASESORES TEMPOREROS	19	15	15	49	
		820	CURSOS Y SEMINARIOS	17	17	17	49	
							98	100
03	Transferir conocimientos, actitudes y practicas fundamentales para la promocion de la salud y otorgar becas.							
		810	BECAS		50		50	
		820	CURSOS Y SEMINARIOS	50	50	50	150	
							200	200

No	ACTIVIDAD	ELE	LINEA PRESUPUESTARIA	1ER AÑO	2DO AÑO	3AÑO	SUB TOT	TOTAL
04	Determinar necesidades de investigacion y apoyar la formulacion de protocolos e identificar de fuentes de financiamiento							
		040	ATC Y ASESORES TEMPOREROS	10	10		20	
		820	CURSOS Y SEMINARIOS	15	10		35	
		830	SUBVENCIONES	20	25		45	
							100	100
05	Elaborar y ejecutar planes, politicas y programas que apoyen la promocion de la salud							
		040	ATC Y ASESORES TEMPOREROS	10	10	10	30	
		390	SERVICIOS CONTRACTULAES	100	60	40	200	
		550	SUMINISTROS Y EQUIPO	23	23	23	70	
		820	CURSOS Y SEMINARIOS	20	20	10	50	
							350	350
06	Facilitar la coooperacion tecnica entre paises sobre temas de promocion de la salud de mutuo interes							
		230	GASTOS DE VIAJE POR MISION DEL PERSONAL	13	13	13	39	
		390	SERVICIOS CONTRACTULAES	20	20	20	60	
							100	100
TOTAL TRIANUAL								133

VII. Rol de las principales instancias ejecutoras del proyecto

A. HPP/HPL

Mantener una comunicacion fluida con la unidad de ejecucion en Centroamerica
Identificar recursos de OPS (Sede, PWR, Centros Panamericanos) y de otras agencias de cooperacion e instituciones para apoyar la realizacion de las actividades programadas
Brindar asietncia tecnica directa en los temas de cooperacion de su competencia
Establecer relaciones con el organismo donante y mantenerlo permanentemente informado de los avances y dificultades del proyecxta
Prsentar las experiencias exitosas del proyecto en los eventos internacionales del caso y otras instancias que considere necesario
Auspiciar la coordinacion del proyecto con otros proyectos subregionales en el ambito centroamericano, otras subregiones y paises especificos.

B. Representaciones de OPS a nivel de pais

Faciliatr los contactos necesarios con lideres y autoridades nacionales y locales, otras agencias de cooperacion, organismos no gubernamentales e instituciones vinculadas al desarrollo local.
Facilitar los contactos con instituciones de formacion, capacitacion e investigacion a nivel nacional.
Vincular la ejecucion del proyecto a otras lineas de cooperacion en el nivel local afines a promocion de la salud.
Incorporar las actividades del proyecto en el sistema de planificacion, seguimiento y evaluacion de OPS y colaborar en la identificacion y sistematizacion de informacion para la preparacion de los informes de avance.
Aportar multiples iniciativas y sugerencias para perfeccionar la ejecucion del proyecto en el pais y en el ambito centroamericano.

C. Unidad ejecutora en Centroamerica

Elaborar los planes de operacion anuales, convocar al comite coordinador y OPS para concertacion de acciones y recomendaciones.
Actuar como secretario ejecutivo en las reuniones anuales del comite coordinador.
Preparar los terminos de refercnia para la contratacion de consultores internacionales, profesionales nacionales.
Elaborar los planes operativos semestrales y los informes de avance en la periodicidad correspondiente
Brindar apoyo tecnico a las actividades del proyecto relacionadas con municipios saludables, planificacion estrategica, planificacion de la capacitacion y formulacion y evaluacion de proyectos.
Desarrollar un proceso permanente de programacion, monitoria, control y evaluacion del proyecto mediante visitas a los paises involucrados para fomentar la obtencion de los resulatlados esperados e indicadores previstos
Propiciar el intercambio de experiencias entre los pises de la subregion.

VIII. Términos de referencia para consultorias externas

Consultoria en escuelas promotoras de la salud

Apoyar tecnicamente a los grupos nacionales en la apropiacion del concepto de escuelas promotoras de la salud y la utilizacion practica del mismo en el escenario nacional.

Preparar los contenidos y agenda de trabajo de los talleres subregionales sobre escuelas promotoras de la salud y elaborar las memorias e informes tecnicos correspondientes

Elaborar en conjunto con expertos nacionales las directrices para la organizacion de las redes nacionales y la red centroamericana de escuelas promotoras de la salud y los indicadores de evaluacion correspondiente para su desarrollo.

Apoyar tecnicamente el desarrollo de actividades de capacitacion en los paises

Elaborar, en conjunto con la unidad ejecutora, los terminos de referencia para la contratacion de profesionales nacionales y otros servicios contractuales

Presentar informes de consultoria.

Consultoria en liderazgo, negociacion y resolucion de conflictos

Apoyar tecnicamente a los grupos nacionales en la apropiacion del concepto de liderazgo, negociacion de principios y resolucion de conflictos y la utilizacion practica de los mismo en el escenario nacional.

Preparar los contenidos y agenda de trabajo de los talleres subregionales sobre liderazgo, negociacion y resolucion de conflictos y elaborar las memorias e informes tecnicos correspondientes

Apoyar tecnicamente el desarrollo de actividades de capacitacion en los paises

Elaborar, en conjunto con la unidad ejecutora, los terminos de referencia para la contratacion de profesionales nacionales y otros servicios contractuales

Presentar informes de consultoria.

Consultoria en gerencia sostenible de planes de desarrollo de la promocion de la salud a nivel local

Apoyar tecnicamente a los grupos nacionales en la apropiacion del concepto de gerencia sostenible de planes de desarrollo local de la salud y la utilizacion practica del mismo en el escenario nacional.

Preparar los contenidos y agenda de trabajo de los talleres subregionales de gerencia sostenible de planes de desarrollo de la promocion de la salud a nivel local y elaborar las memorias e informes tecnicos correspondientes

Apoyar tecnicamente el desarrollo de actividades de capacitacion en los paises

Elaborar, en conjunto con la unidad ejecutora, los terminos de referencia para la contratacion de profesionales nacionales y otros servicios contractuales

Presentar informes de consultoria.

Consultoria en metodologia de investigacion cualitativa y analisis de equidad en salud

Apoyar tecnicamente a los grupos nacionales en la apropiacion del concepto de investigacion cualitativa y analisis de la equidad en salud y la utilizacion practica de los mismos en el escenario nacional.

Preparar los contenidos y agenda de trabajo de los talleres subregionales sobre metodologias de investigacion cualitativa y analisis de equidad en salud y elaborar las memorias e informes tecnicos correspondientes

Elaborar en conjunto con expertos nacionales protocolos de investigacion cualitativa sobre temas claves de promocion y desarrollar enfoques, metodologias e instrumentos para la evaluacion de las inequidades en salud en el escenario local

Apoyar tecnicamente el desarrollo de actividades de capacitacion en los paises

Elaborar, en conjunto con la unidad ejecutora, los terminos de referencia para la contratacion de profesionales nacionales y otros servicios contractuales

Presentar informes de consultoria.

Consultoria en diseno curricular y organizacion de procesos de educacion permanente

Apoyar tecnicamente a los grupos nacionales en la apropiacion de metodologias de diseno y rediseño curricular desde una perspectiva de promocion de la salud y de organizacion, administracion y evaluacion de procesos de educacion permanente sobre temas de promocion de la salud .

Preparar los contenidos y agenda de trabajo de los talleres subregionales de intercambio de experiencias sobre curriculums y procesos de educacion permanente en promocion de la salud. y elaborar las memorias e informes tecnicos correspondientes

Elaborar en conjunto con expertos nacionales programas de trabajo dirigidos a incorporar contenidos de promocion de la salud en las carreras profesionales y tecnicas de la salud y en los procesos de educacion permanente en curso, asi como indicadores de evaluacion de las metas definidas.

Apoyar tecnicamente el desarrollo de actividades de capacitacion en los paises

Elaborar, en conjunto con la unidad ejecutora, los terminos de referencia para la contratacion de profesionales nacionales y otros servicios contractuales

Presentar informes de consultoria.

Consultoria de genero y promocion de la salud

Apoyar tecnicamente a los grupos nacionales en la apropiacion del concepto de genero en el marco de la promocion de la salud y la utilizacion practica del mismo en el escenario nacional.

Preparar los contenidos y agenda de trabajo de los talleres subregionales genero y promocion de la salud y elaborar las memorias e informes tecnicos correspondientes

Elaborar en conjunto con expertos nacionales las directrices para la incorporacion del enfoque de genero en la implementacion de las iniciativas de municipios y escuelas promotoras de la salud e identificar indicadores pertinentes para su seguimiento y evaluacion.

Apoyar tecnicamente el desarrollo de actividades de capacitacion en los paises

Elaborar, en conjunto con la unidad ejecutora, los terminos de referencia para la contratacion de profesionales nacionales y otros servicios contractuales

Presentar informes de consultoria.

Consultoria en capacitacion acerca de promocion de la salud

Apoyar tecnicamente a los grupos nacionales en la utilizacion de enfoques, metodologias y tecnicas tradicionales y no tradicionales para la capacitacion en temas claves de promocion de la salud.

Preparar los contenidos y agenda de trabajo de los talleres subregionales sobre capacitacion formal e informal en promocion de la salud y elaborar las memorias e informes tecnicos correspondientes

Identificar en conjunto con expertos nacionales los temas claves a nivel de pais para la capacitacion en promocion de la salud y colaborar en la definicion de sus contenido y metodologias apropiadas de enseñanza aprendizaje.

Apoyar tecnicamente el desarrollo de actividades de capacitacion en los paises

Elaborar, en conjunto con la unidad ejecutora, los terminos de referencia para la contratacion de profesionales nacionales y otros servicios contractuales
Presentar informes de consultoria.

IX. Anexo

A. Estado del arte de la implementacion de la iniciativa de municipios promotores de la salud en Centroamerica

PAIS	SITUACION ACTUAL (1997)
Belice	<p>Actualmente no tiene proyectos en el marco de la iniciativa de municipios promotores de la salud, aunque han habido expresiones de interes para incorporarse al movimiento. El trabajo con los gobiernos locales tiene el desafio de superar el hecho de que estos no pertenecen al mismo partido del Gobierno Central. El desarrollo de escuelas y comunidades promotoras de la salud probablemente evolucionara desde la actual revision del curriculum de primaria y las iniciativas de reforma que estan siendo planeadas a traves de los Ministerios de Salud y de Educacion y Desarrollo de Recursos Humanos.</p> <p>Existe el desafio de superar las diferencias de pertenencia trabajar con los gobiernos locales, que dependen administrativamente del Gobierno Central, aunque pertenecen a partidos politicos diferentes.</p>
Guatemala	<p>Desarrollando actividades pero sin informacion disponible a la fecha.</p>
El Salvador	<p>Hay dos municipalidades participando en el movimiento de Municipios Saludables en el Salvador, actualmente no existe una red nacional. Los municipios participantes son Santa Ana y Ahuachapan. Existen una propuesta promovida a traves del Ministerio de Salud Publica y Asistenbcia Social que demanda la incorporacion del Programa de Comunidades Saludables, Ministerio del Trabajo, sector privado, ONG y la comunidad. La estrategia es proteger la salud de los trabajadores y de las comunidades aledanas, a traves del establecimiento de adecuados servicios de salud, mejorar las condiciones del ambiente y sanitarias, y la evaluacion y reduccion de riesgos en los lugares de trabajo y la comunidad.</p>

Honduras	Desarrollando actividades pero sin informacion disponible a la fecha.
Nicaragua	<p>El pais viene implementando la iniciativa de municipios saludables desde el año 1994. La primera experiencia desarrollada fue la del municipio de Leon. Posteriormente se ha venido conformando la red de municipios saludables del departamento de Leon, con la participacion de las municipalidades de la Paz centro, Quezalgoaque, El Sauce y Nagarote. Al finalizar el año 1996 habian firmado una declaracion de interes los alcaldes de los municipios de Corinto, Carazo, Boaco, Santa Lucia, Camoapa y La Libertad. Otros municipios en el pais que han estado prtipicando de la iniciativa son los municipios de San Juan de Oriente, Nanadasmo y Nandaime. A partir del cambio de autoridades en el pais producto de las elecciones de 1996, se el pais ha venido realizando un relanzamiento del movimiento. En este ultimo periodo (1997) han dado los pasos preliminares para incorporarse al movimiento las municipalidades de Nindirí, Diriamba y San Marcos. Existe ademas, el proyecto de Managua municipio saludable, que forma parte del poryecto intercotinental de ciudades saludables promovido por la OMS. La ciudad de Managua esta incorporada a este proyecto en representacion de Latinoamerica. La implementacion de la iniciativa en el pais cuenta con el auspicio de la Asociacion de Municipios de Nicaragua (AMUNIC), el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), el Ministerio de Salud y OPS/OMS. Recientemente (1997) se realizo el 1er. Encuentro de Alcaldes por la Salud que tuvo como uno de sus productos la Declaracion de Managua, donde los alcaldes participantes le solicitan a AMUNIC que tome las providencias del caso para la organziacion de la red nacional de municipios promotores de la salud. El pais tambien esta desarrollado una experiencia de escuelas promotoras de la salud en los municipios de Leon, Quezalgoaque, Malpaisillo, Jicaral, Santa Rosa. El Sauce y la Paz Centro.</p>
Costa Rica	<p>Costa Rica ha tenido exitos imprtantes en la implementacion de la atencion primaria en salud. Como resultado, el pais posee impresionantes indicadores de salud en el contexto latinoamericano. Sin embargo, los cambios demoigraficos y epidemiologicos dentro del pais han producido nuevos desafios para el sistema de salud, tales como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, accidentes y violencia. Muchos de estos problemas sonn consecuencia de las condiciones econocmicas y sociales, tales como estilos de vida poco saludables, rauida urbanizacion y desempleo. Son estas condiciones subyacentes las que estan siendo</p>

	<p>enfrentadas a traves del movimiento de cantones promotores de la salud. Ademas de concentrarse en enfermedades cronicas y estilos de vida saludables, el pais esta pririzando el deterioro ambiental, por ejemplo la contaminacion del agua por las industrias, plantaciones de cafe y hogares. Otrso proyectos estan dirigidos al desarrollo de politicas publicas saludables, legislacion a favor de la salud, participacion y organizacion comunitaria y la reorientacion de los servicios de salud. Aunque Costa Rica tiene pocos anos de experiencia con el proyecto de Canton Saludable de San carlos, la Red Nacional de Cantones Saludables fundada en 1996, ha crecido rapidamente hasta alcanzar la cifra de 30 cantones. La red incluye una oficina de coordinacion, una comsion de asesoria y los cantones. Para fortalecer las actividades intersectoriales de promocion de la salud en el nivel local, los miembros de la red tienen reuniones regulares con los consejos municipales. Para resaltar el trabajo que esta siendo llevado a cabo en el marco de los Cantones Saludables y estim,ualr proyectos en otros cantones, el pais recientemente ha promovido una competencia anual para distinguir cantones saludables especificos. Los ganadores del primero y segundo lugar fueron los cantones de San Carlos y Grcia, respectivamente. Ademas del premio en dinero para las municipalidades ganadoras, el proyecto fue dado a conocer en todo el pais.</p> <p>Hay tambien otros ejemplos de actividades que estan en sintonia con el movimiento de municipios saludables en Costa Rica. Por ejemplo, la municipalidad de Pocosí posee una amplia cartera de proyectos de adolescentes dirigidos a la generacion de ingreso, uso saludable del tiempo libre, grupos de apoyo terapeutico para adolescentes delincuentes o en situacion de riesgo y manejo de la agrsion. Ademas, el Centro de Atencion Multiple de Pococi ha pririzado el entranamiento de profesosres, excursiones familiares para la salud fisica y mental, censo de ninos discapacitados en el canton y talleres de padres.</p>
Panama	Desarrollando actividades pero sin informacion disponible a la fecha.

B. Perfiles de salud de los países centroamericanos

Belice

Situación general de salud y sus tendencias

Según el censo realizado en 1991, Belice tiene una población de 189.392 habitantes y una densidad de 8,2 habitantes por km². El territorio nacional abarca 22.963 km². Una encuesta efectuada después del censo mostró un subregistro de 1,84%. De 1970 a 1980 la población aumentó en 25.708 habitantes, y de 1980 a 1990, en 44.039. La tasa bruta de natalidad estimada para 1990 era de 35 por 1.000 habitantes. La tasa global de fecundidad es de 4,5. En los últimos 20 años la tasa bruta de mortalidad ha mostrado una tendencia al descenso: en 1970 era de 6,8 por 1.000 habitantes, en 1980 de 5,6 y en 1989 de 4,2. Entre 1980 y 1990 en los diferentes grupos de edad se mantuvieron tasas de mortalidad muy similares, exceptuando el de 0 a 4 años, en el que la tasa disminuyó de 10,8 a 5,5 por 1.000 habitantes. Las causas principales de defunción mostraron en general comportamientos similares en los años recientes, aunque en algunos casos las tasas aumentaron. Las enfermedades crónicas fueron responsables de un aumento del porcentaje de la mortalidad total durante el período 1976-1988. En conjunto, las enfermedades hipertensivas, los trastornos inmunitarios y endocrinos, la enfermedad isquémica del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y los tumores malignos representaron el 17,9, 25,9 y 26,9% de todas las muertes en 1976, 1986 y 1988, respectivamente.

Capital: Belmopan

Problemas y riesgos específicos de salud

La elevada mortalidad infantil que prevaleció hasta 1980 se asociaba con enfermedades infecciosas (diarreas e infecciones respiratorias), seguida de causas perinatales. Al comparar 1980-1981 y 1982-1983, cuando hubo una reducción en la mortalidad infantil de 30 a 23 por 1.000 nacidos vivos, la declinación en la mortalidad por diarreas e infecciones respiratorias desempeñó un papel importante, y no hubo variación para la mortalidad perinatal. En un estudio realizado en 1989 de acuerdo con los estándares de la OMS, se encontró prevalencia de anemia en un 40,2% de las embarazadas que asistieron a las clínicas prenatales. En lo que se refiere a grupos étnicos, estudios realizados en grupos garífuna y maya ketchi revelaron deficiencia de hierro y de vitamina A. El sarampión ha declinado drásticamente su tendencia de 1980 (cuando se registraron 607 casos) a 1991 (10 casos), con la excepción de 1986 (124 casos). En 1992 se notificaron 4.630 casos de malaria. Se examinaron 24.135 muestras de sangre y se encontró *Plasmodium vivax* en 96,6% de los casos y *P. falciparum* en el resto. El *Anopheles pseudopunctipennis* es el vector más frecuente. Según una encuesta de salud familiar de 1991, durante las dos semanas anteriores a la entrevista el 11% de los niños menores de 5 años de edad tuvieron enfermedades diarreicas.

Servicios y recursos de salud

Las instalaciones gubernamentales son las principales proveedoras de atención de salud en los seis distritos sanitarios del país. Aproximadamente el 88% de la población tiene acceso a las prestaciones ofrecidas por la red de servicios de salud. La infraestructura básica del sector público para la atención de salud consiste en 34 centros de salud, 17 puestos y 7 hospitales con un total de 388 camas (2,2 por 1.000 habitantes). Las clínicas móviles, que están integradas por dos o tres enfermeros, permiten mejorar la cobertura y ofrecen servicio a 165 comunidades que visitan cada seis semanas. En 1990 el Hospital de Belice, que funcionó como centro de referencia para el país, contaba con el 47% del total de camas hospitalarias disponibles y tuvo un 57% de todas las admisiones. El sector privado cuenta con dos hospitales, uno en la ciudad de Belice y otro en el distrito de Cayo. En 1989 la Oficina de Estadística Médica del Ministerio de Salud tenía 95 médicos registrados (5,2 por 10.000 habitantes). Aproximadamente la mitad (45) se dedican a la práctica privada o son especialistas que trabajan simultáneamente en el sector privado y público. El sector médico privado está principalmente limitado a los servicios de consulta externa. Según el Ministerio de Salud, en 1989 había registrados 13 dentistas, 211 (12 por 10.000) enfermeros graduados, 114 (6,3 por 10.000) parteras, y 42 (2,3 por 10.000) auxiliares de enfermería.

El sistema de seguridad social consta de tres tipos de fondos: para corto plazo, para largo plazo y para accidentes del trabajo. Estos fondos, financiados mediante la contribución de empleados y empleadores, permiten pagar beneficios en dinero efectivo para las contingencias de jubilación, enfermedades, maternidad, accidentes de trabajo e invalidez. Cubre la atención médica solamente cuando se trata de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Actualizado el 4/12/95.

Guatemala

Situación general de salud y sus tendencias

Guatemala ocupa una extensión territorial de 108.889 km² y está dividida en 22 departamentos y 328 municipios. En base al censo de población de 1981, se estima que en 1992 la población era de 9.744.627 habitantes, con un crecimiento anual de 2,9% y una densidad de 90 habitantes por km². El 60% de la población vive en el área rural, en 20.017 localidades de las cuales el 87% tiene menos de 500 habitantes. La población indígena representa el 41,9% y está formada por más de 21 grupos lingüísticos. Cerca del 32% de esa población habla únicamente alguna lengua maya, lo cual limita su acceso a los servicios sociales y ha sido un factor utilizado para su discriminación social. La tasa bruta de mortalidad descendió de 10,5 a 9,0 defunciones por 1.000 habitantes entre los quinquenios 1980-1984 y 1985-1989. La esperanza de vida al nacer para los mismos quinquenios aumentó de 58,9 a 62 para ambos sexos (de 56,8 a 59,7 para los hombres y de 61,3 a 64,4 para las mujeres). En el período 1985-1989 la mayor tasa de mortalidad se registró en el grupo de edad de menores de 1 año, con 58,7 por 1.000 nacidos vivos.

Capital: Guatemala City

Problemas y riesgos específicos de salud

En el trienio 1988-1990 las dos principales causas de defunción fueron las infecciones respiratorias y las intestinales, seguidas en orden de importancia por las afecciones del período perinatal, deficiencias de la nutrición, enfermedades cardiovasculares, deshidratación, muerte por arma de fuego, tuberculosis pulmonar y sarampión. El sarampión presentó un comportamiento diferente en los años 1989-1990, cuando se produjo una epidemia de gran magnitud. El área malarica abarca el 74% del territorio, y se extiende de forma total o parcial a 20 de los 22 departamentos, excluidos Totonicapán y Sacatepéquez. El total de casos de malaria fue de 41.711 en 1990 y aumentó a 57.829 en 1991 y 57.560 en 1992. La morbimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles disminuyó de manera importante. La evaluación nutricional del menor de 5 años muestra un deterioro con características sumamente alarmantes, como es la tendencia ascendente de la desnutrición aguda (peso para la talla). En 1979 la prevalencia del bocio era del 8%. En 1989 esta prevalencia se elevó a 20,4%, como consecuencia del notable deterioro del programa de yodación de la sal. Debido a la epidemia de cólera que afectó al país en 1991, se ha duplicado la cloración en los sistemas de abastecimiento de agua de las cabeceras municipales: 48 municipalidades cloraban el agua en 1991 y 94 en 1992; sin embargo, estos 94 sistemas solo sirven al 45% del total de la población urbana. Una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en Guatemala, sobre todo en la población infantil, es el consumo de alimentos contaminados. La aceptabilidad microbiológica de los alimentos de venta callejera era del 52% para los departamentos y del 48% para la ciudad capital, lo que representa una mejoría comparada con el 34% de aceptabilidad en 1991, previo a la aparición de la epidemia de cólera en el país.

Servicios y recursos de salud

El sector salud se caracteriza por su bajo grado de formalización jurídica y administrativa y por la multiplicidad de instituciones públicas y privadas, de los más variados sectores, dedicados a la producción, comercialización o prestación de algún tipo de servicio de salud. Está conformado por instituciones del sector público y privado, organizaciones no gubernamentales y un amplio y significativo sector de medicina comunitaria tradicional, sobreviviente de la cultura maya. Para 1990 la cobertura total de salud era del 54% repartido de la siguiente forma: el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cubría únicamente el 25%, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social el 15% y el sector privado el 14%. El 46% de la población no tenía cobertura.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con 19.385 empleados que representan el 71,3% de la fuerza laboral del sector público de salud, y es la principal institución empleadora del sector. El

personal de salud (a excepción de los técnicos de salud rural y el personal voluntario) se concentra en la región metropolitana, donde la razón de profesionales es de 4 por 10.000 habitantes, es decir el doble del promedio nacional. La población rural, que es mayoritaria en el país y concentra a los grupos de más alto riesgo, está atendida por personal auxiliar de enfermería, técnicos de salud rurales, personal comunitario voluntario, comadronas y promotores de salud rurales. En 1989 el personal voluntario del Ministerio estaba compuesto por 12.270 comadronas adiestradas y 14.012 promotores de salud rurales.

Actualizado el 4/12/95.

El Salvador

Situación general de salud y sus tendencias

Según el último censo, efectuado en septiembre de 1992, había 5.047.925 habitantes, lo que significa un incremento del 40,2% en los últimos 20 años. La densidad de población es de 240 habitantes por km². Se estima que la población rural asciende al 54%. La tasa bruta de natalidad ha mostrado una tendencia descendente: 43,9 por 1.000 en 1970, 38,0 en 1980 y se proyectó en 36,0 en 1990; se prevé que en el año 2000 será de 32,4 por 1.000. La esperanza de vida al nacer en 1985-1990 llegó a 62,4 años. Las tendencias muestran un descenso de las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes correspondientes a los grupos de edad de menores de 1 año, de 1 a 4 y de 5 a 14 años, mientras en el resto de los grupos de edad se presenta un rápido incremento a partir de 1973, más evidente en el grupo de 15 a 44 años y en el sexo masculino. Hasta mayo de 1991 habían muerto 75.000 personas como consecuencia directa de la guerra. La tasa de mortalidad infantil muestra una tendencia al descenso, en parte por una disminución paulatina de las enfermedades transmisibles. Estimaciones del Ministerio de Planificación señalan que la tasa varió de 118,0 por 1.000 nacidos vivos en 1970-1975 a 57,4 en 1985-1990.

Capital: San Salvador

Problemas y riesgos específicos de salud

Entre los 21 y 55 años de edad, las principales causas de mortalidad registradas por el Ministerio de Salud Pública son las externas, particularmente en los hombres; entre ellas figuran los homicidios, accidentes por vehículos de motor y lesiones infligidas intencionalmente. La disritmia cardíaca (incluido el paro cardíaco) y el infarto agudo del miocardio se encuentran entre las 10 principales causas de mortalidad. Respecto a la morbilidad, el primer lugar lo ocupan las afecciones del aparato reproductivo femenino, las enfermedades cardiovasculares, los trastornos neuróticos y el cáncer. En cuanto a la población discapacitada, se estima que 20.000 personas requieren atención inmediata, y que de este número 13.000 han participado directamente en el conflicto armado. En los últimos 10 años descendió la frecuencia de malaria. La notificación de dengue muestra variaciones anuales. Respecto de la enfermedad de Chagas, la prevalencia de infección por *Trypanosoma cruzi* es de 20,5%, y se estima que el número de personas infectadas es de 1.150.000. Una evaluación de la situación alimentaria y nutricional realizada en abril y octubre de 1988 puso de manifiesto que el 50% de las familias tienen déficit energético: el 20% están subalimentadas y el 30% consumen dietas deficientes. En 1985-1992 el parasitismo, las diarreas y las infecciones respiratorias agudas ocuparon los primeros lugares entre las 10 primeras causas de morbilidad por enfermedades transmisibles. La notificación de enfermedades diarreicas sujetas a vigilancia especial desde 1991 aumentó 77%. A partir de agosto 1991 el cólera ha constituido un creciente problema, tanto en las zonas urbanas como en las rurales, con un total de 12.574 casos acumulados hasta el 14 de junio de 1993. En estudios sobre venta callejera de alimentos realizados en 1990 se encontró contaminación fecal en el 60% de las muestras obtenidas en puestos de venta callejera de alimentos en San Salvador.

Servicios y recursos de salud

Del total de las personas que en todo el país notifican algún tipo de enfermedad, el 12% busca atención médica, y de este, el 42% la obtiene del Ministerio de Salud Pública, el 12% del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y el restante 46% de los servicios privados, donde una quinta parte corresponde a organizaciones no gubernamentales. En 1992 el primer nivel de atención del Ministerio estaba cubierto por 110 unidades y 201 puestos de salud que realizaban actividades de promoción, prevención y consulta médica. El segundo nivel correspondía a 15 centros de salud y 14 hospitales, y el tercero estaba integrado por los hospitales Rosales, Bloom, Maternidad, Psiquiátrico y Neurológico, ubicados en San Salvador.

Existe una fuerte concentración urbana de los recursos para la atención de salud, particularmente en San Salvador. En 1992 el Ministerio de Salud Pública tenía 2.502 médicos, o sea 5 por 10.000 habitantes. Hay 190 odontólogos, es decir 3 por 100.000 habitantes, de los cuales el 56% se encuentran concentrados en la región metropolitana. Los enfermeros y auxiliares de enfermería son 3.415, es decir 6 por 10.000 habitantes. Hasta 1992 el Ministerio formó 579 promotores de salud. Las 3.400 parteras empíricas capacitadas hasta 1992 atendieron 32.000 partos domiciliarios, con un incremento del 17,6% respecto a 1991.

Actualizado el 4/12/95.

Honduras

Situación general de salud y sus tendencias

El último Censo Nacional, en 1988, estimó la población del país en 4,5 millones de habitantes. La densidad poblacional es de 23,5 habitantes por km² y se pueden identificar dos polos de concentración poblacional importantes: la ciudad de San Pedro Sula, en el norte, con 270.000 habitantes, y la capital, Tegucigalpa, en el centro-sur del país, con 590.000 habitantes. En esta última la población se incrementó 97% en el período intercensal (1974-1988) y en San Pedro Sula, 79,3%. Según datos del censo de 1988, la tasa global de fecundidad se estimó en 5,36 hijos por mujer para 1987. Encuestas nacionales estiman una modesta reducción de la fecundidad entre 1987 y 1991-1992. La disminución de la mortalidad ha sido evidente tanto en los menores de 5 años como en el resto de las edades, aunque con mayor fuerza en el primer grupo. La mortalidad infantil bajó de 72,6 a 50 por 1.000 nacidos vivos en el período 1980-1990, y la mortalidad en niños de 1 a 4 años disminuyó de 7,3 por 1.000 niños de ese grupo en el quinquenio 1980-1984 a 6,4 en el quinquenio 1985-1989. A partir de 1965-1969 se observa una importante disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles en todos los grupos de edad.

Capital: Tegucigalpa

Problemas y riesgos específicos de salud

En 1987 la primera causa de defunción en los menores de 1 año fueron las enfermedades infecciosas, con 56% de las defunciones. Las enfermedades inmunoprevenibles han disminuido al alcanzarse altas coberturas de vacunación. Las enfermedades infecciosas y parasitarias dan cuenta de aproximadamente un 30% de las consultas en todas las regiones sanitarias, tanto en el área urbana como en el área rural. La malaria ha presentado períodos cíclicos. En los últimos seis años se ha observado un aumento del número de casos, de 19.095 notificados en 1987 a 70.838 en 1992. El dengue ha sido reconocido en el país desde 1978, y se estableció prácticamente en todo el territorio, especialmente en núcleos urbanos importantes. Se ha producido un descenso en la tasa de incidencia de sífilis, pero la gonorrea y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) han ido en aumento. El 23,5% de todos los casos diagnosticados con SIDA tienen también tuberculosis. De acuerdo con la estructura de la mortalidad, en el quinquenio 1980-1984 las enfermedades del aparato circulatorio representaban el 30% de las defunciones en los hombres, y en 1990 el 23,1%. En las mujeres, las defunciones por enfermedades del aparato circulatorio representan el 28,3% de todas las defunciones con causas definidas. La mortalidad por tumores malignos ha mostrado una tendencia al descenso en los hombres. La importancia del cáncer del cuello de útero y de mama explica la mayor frecuencia de tumores malignos en las mujeres. Las causas externas constituyeron en 1990 el 28% de las defunciones registradas en los hombres, lo que las coloca como la primera causa de defunción en este sexo. En ese mismo año, las causas externas representaron en las mujeres el 8,1% de las defunciones. La mortalidad materna representa el 21,7% de las defunciones en las mujeres de 15 a 49 años de edad.

A nivel nacional el 39,4% de los niños menores de 5 años están por debajo de 2 desviaciones estándar respecto a la adecuación de la talla para la edad.

Servicios y recursos de salud

La prestación de servicios de salud está a cargo de los subsectores público y privado. El subsector privado lo constituyen 56 hospitales, que en conjunto tienen 1.411 camas, las cuales representan el 24% de todas las camas hospitalarias del país. Los servicios del Ministerio de Salud Pública están organizados en seis niveles de atención, que se inicia con el nivel comunitario y termina en hospitales nacionales de alta complejidad. El primer nivel (comunitario), lo constituyen los colaboradores voluntarios o guardianes de salud y parteras. Ambos son reclutados y capacitados por las unidades productoras de servicios, quienes brindan una capacitación básica y los insumos necesarios para que puedan realizar su labor. Los guardianes

de salud atienden problemas básicos de salud, y se ocupan de la detección y referencia de sintomáticos respiratorios, promoción de la vacunación, censo de menores de 5 años y embarazadas, y coordinación y educación para la construcción de letrinas y pozos. Las parteras brindan atención del parto, control prenatal y del puerperio, y cuidados del recién nacido; atienden el 54% de los partos. En los demás niveles (segundo al sexto) se encuentran entidades administradas por el Ministerio de Salud Pública: 590 centros de salud rural atendidos por una auxiliar de enfermería; 189 centros de salud con atención médica; 14 hospitales de área; 6 hospitales regionales y 5 hospitales nacionales. La fuerza de trabajo en salud, según categoría profesional, la constituyen 3.803 médicos, 1.352 enfermeros, 622 odontólogos, 975 farmacéuticos, 213 psicólogos, 1.043 trabajadores sociales, 4.936 auxiliares de enfermería, 236 técnicos de laboratorio y 211 auxiliares de farmacia.

Actualizado el 4/12/95

Nicaragua

Situación general de salud y sus tendencias

Nicaragua limita al norte con Honduras y al sur con Costa Rica, y tiene costas en los océanos Atlántico y Pacífico. Su superficie de 135.811 km² representa cerca de un tercio de la superficie de América Central. La población creció de 2,7 millones de habitantes en 1980 a 4,1 millones en 1992. La tasa de crecimiento es de 3,3% anual, lo que en términos absolutos implica un incremento promedio anual de aproximadamente 140.000 personas. La población urbana representa el 61,6% de la población total. La esperanza de vida al nacer aumentó de 48,5 años en el período 1960-1965 a 66,2 años en 1990-1995. En las zonas rurales la esperanza de vida es casi 10 años menor; para las mujeres es más elevada que para los hombres. La tasa de natalidad estimada para el período 1990-1995 es de 38,7 por 1.000 habitantes, y la tasa de fecundidad, de 5,01 hijos por mujer. La mortalidad infantil en Nicaragua ha experimentado un descenso continuo. En 1978 se estimaba en 93 por 1.000 nacidos vivos y en 1983 se redujo a 73. La Encuesta Sociodemográfica de 1985 estimó la tasa de mortalidad infantil en 71,8 por 1.000 nacidos vivos.

Capital: Managua

Problemas y riesgos específicos de salud

Las principales causas de mortalidad en los menores de 1 año son las enfermedades infecciosas intestinales, las afecciones originadas en el período perinatal, las enfermedades respiratorias agudas, las anomalías congénitas y la desnutrición. Las principales causas de mortalidad en el grupo de 15 a 44 años son los accidentes y la violencia, y las enfermedades crónicas y degenerativas. En 1991 la mortalidad en el grupo de 45 años y más representó el 47,1% del total de las defunciones. Las principales causas de mortalidad en ese grupo de edad fueron la enfermedad cerebrovascular, el infarto agudo del miocardio, las enfermedades de la circulación pulmonar y otras del corazón. En 1984 las cifras oficiales de mortalidad materna indicaban una tasa de 4,7 por 10.000 nacidos vivos, cifras que expresaban un subregistro. En 1990 la notificación en todo el país estimaba una tasa de alrededor de 10 por 10.000 nacidos vivos.

El registro anual de casos de malaria muestra una disminución del número de casos y del índice anual de exámenes sanguíneos, así como un aumento de los casos por *P. falciparum*, en relación con *P. vivax*, entre 1989 y 1992. En los últimos años, la incidencia del sarampión ha disminuido como consecuencia de las acciones intensivas de vacunación. Sin embargo, el impacto ha sido limitado, pues todavía no se ha alcanzado una cobertura superior al 95%, necesaria para interrumpir la transmisión de virus. La última epidemia ocurrió en 1990, con 18.225 casos (37% en mayores de 10 años) y 772 defunciones.

En 1989 comenzó a funcionar el sistema de vigilancia nutricional. De acuerdo con los datos del sistema, la incidencia de desnutrición (peso para la edad) en los menores de 6 años que asistían a control de crecimiento y desarrollo era de 35,8% en 1990, 33,7% en 1991 y 32,2% en 1992.

Servicios y recursos de salud

El sistema de salud consta de dos subsistemas: el público, a cargo del Ministerio de Salud (rector del sistema de salud), el Ministerio de Gobernación y las Fuerzas Armadas, y el privado, en manos de personas jurídicas u organizaciones con o sin fines de lucro. El sector público cubre a la gran mayoría de la población, aunque a partir de 1990 ha disminuido su cobertura debido al crecimiento del sector privado.

Existen alrededor de 4.000 médicos en el país, de los cuales más de la mitad se graduaron en los últimos 12 años; durante ese mismo período emigraron aproximadamente 1.200 profesionales médicos. Una tendencia ascendente de la oferta y un número bastante estable de médicos en los servicios públicos (alrededor de 2.000) indican que los profesionales no contratados trabajan en otros subsectores públicos y, principalmente, en el sector privado. En cuanto a la formación de personal de salud, hay una tendencia al aumento del egreso de médicos y a la reducción del de odontólogos y de enfermeros.

Actualizado el 4/12/95.

Costa Rica

Situación general de salud y sus tendencias

Los niveles de salud en Costa Rica mejoraron notablemente a partir de la década de los setenta. Los logros alcanzados en la reducción de la mortalidad y la morbilidad por enfermedades de origen infeccioso han conducido al predominio de afecciones crónicas y degenerativas que coexisten con las enfermedades propias del subdesarrollo. En 1987 Costa Rica tenía 2.790.600 habitantes. De acuerdo con proyecciones oficiales, en 1992 la población del país se estimaba en 3.099.063 habitantes. El 47% de la población vive en zonas urbanas y el 53% en zonas rurales. Entre 1960 y 1990 la población urbana creció a una tasa promedio anual de 3,9%. La tasa de crecimiento natural para 1991-1992 fue de 2,26%. La tasa global de fecundidad disminuyó de 3,5 hijos por mujer entre 1980 y 1985 a 3,26 entre 1985 y 1990. En 1991 la tasa de natalidad fue de 26,3 por 1.000 habitantes, y la esperanza de vida al nacer para el período 1990-1995 se estimó en 75,2 años. La reducción que experimentó la mortalidad infantil entre 1970 y 1980 (de 61,5 a 19,1 por 1.000 nacidos vivos), se desaceleró entre 1980 y 1985 (17,6 por 1.000 en 1985); en 1991 se registró una tasa de 13,9 por 1.000 nacidos vivos.

Capital: San José

Problemas y riesgos específicos de salud

Las principales causas de defunción en el grupo de menores de 1 año cambiaron entre 1970 y 1991: las enfermedades infecciosas intestinales pasaron del primero al séptimo lugar. La mortalidad en el grupo de 15 a 24 años representó el 2,9% de la mortalidad total. El 67% afectó al sexo masculino y la principal causa fueron las causas externas con predominio de los accidentes de tránsito en todas sus formas. El 63,4% de las consultas de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se otorgaron a mujeres y de estas, el 58% a las de 20 a 44 años. Las causas más frecuentes de consulta entre los 20 y 59 años fueron las relacionadas con el embarazo, la enfermedad hipertensiva (6,2%), los trastornos neuróticos (4,1%) y las dorsopatías y lumbopatías (3,7%). En 1991 el 96% de los partos tuvieron atención hospitalaria, y el 95% fue atendido por un médico o un enfermero obstétrico. Se practicó un 20% de cesáreas. Solo el 55% de las mujeres con parto hospitalario tuvieron control prenatal.

En 1975 se presentaron los seis últimos casos de difteria, y no se registran casos de poliomielitis desde 1973. En 1992 se detectó el primer caso de cólera en el país, y hasta abril de 1993 se habían notificado 16 casos, de los cuales nueve fueron importados. La mortalidad por diarrea ha disminuido, tanto en niños como en adultos. La principal causa de consulta registrada en la Encuesta Nacional de Consulta Ambulatoria del año 1987 fueron las infecciones respiratorias agudas y otras enfermedades respiratorias, que representaron el 17,8% de las consultas otorgadas por la CCSS. Las consultas ambulatorias más frecuentes en los niños de 1 a 4 años fueron la amigdalitis aguda, seguida de la bronquitis.

Las enfermedades del aparato circulatorio ocupan el primer lugar como causa de defunción. Desde 1975 su tasa ha fluctuado poco, entre 10,3 y 11,2 por 10.000. En 1991 las enfermedades cardiovasculares ocasionaron el 29% de la mortalidad. La prevalencia del hábito de fumar en la población de 18 años y más es del 22,3%. La prevalencia es mayor en los hombres (33,8%) que en las mujeres (11,2%) en todos los grupos de edad; además, los hombres fuman un mayor número de cigarrillos al día.

Servicios y recursos de salud

En 1989 se estableció que el Sistema Nacional de Salud estaría conformado por el Ministerio de Salud, la CCSS, el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, las universidades, los servicios médicos privados, cooperativas y empresas de autogestión, las municipalidades y la comunidad. Sin embargo, en la práctica son las cuatro primeras entidades las que conforman el sector público de salud. Las municipalidades solo participan por medio de la gestión de los desechos y de algunos acueductos. Al Ministerio de Salud, que lidera el sector, le corresponden los programas de atención primaria, de atención del medio y la vigilancia epidemiológica. La CCSS es la responsable de cerca del 97% de los servicios hospitalarios y del 90% de los servicios ambulatorios del país. Tiene una cobertura cercana al 95% de la población. El Ministerio de Salud es el encargado de los programas de atención primaria rural y urbana, que en 1992 servían a 783 áreas de salud distribuidas por todo el país, y a cerca de 1,4 millones de personas (47% de la población). Dichas áreas están a cargo de técnicos con una formación básica de seis meses, que efectúan visitas domiciliarias de promoción y prevención. Cerca del 90% de los recursos humanos del sector salud pertenecen a la CCSS y al Ministerio de Salud. En 1991 la primera contaba con 25.599 funcionarios, aproximadamente el 75% de los recursos del sector, y el Ministerio con 5.718, lo que hace un total de 31.317. Aproximadamente el 49% del personal realiza funciones relacionadas con actividades de atención a las personas y al ambiente. El resto ejecuta tareas de carácter administrativo o en el área de los servicios generales. El sector privado de salud está poco desarrollado. Para inicios de 1992 solo existían cuatro pequeñas clínicas con un total de 155 camas hospitalarias, 352 farmacias, 195 laboratorios clínicos y 26 centros de diagnóstico por imágenes (uno con tomografía axial). Hay una gran cantidad de consultorios médicos y odontológicos, y un número pequeño de clínicas de rehabilitación, laboratorios dentales y laboratorios de patología y citodiagnóstico distribuidos por todo el país.

Actualizado el 4/12/95.

Panamá

Situación general de salud y sus tendencias

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1990, la población de la República de Panamá era de 2.329.329 habitantes, con una tasa anual de crecimiento intercensal de 2,6% desde el censo anterior de 1980. El 46% de la población total se concentra en la provincia de Panamá, que es el principal foco de atracción de migrantes. La ciudad de Panamá, la más grande del país, en 1990 tenía 827.838 habitantes. La población está compuesta por diferentes etnias. Según el Censo de Población y Vivienda de 1990 había 194.269 indígenas, que representan el 8% de la población total del país. La esperanza de vida al nacer pasó de 70,07 años en 1980 a 72,72 en 1990. La tasa de mortalidad infantil fue de 21,7 por 1.000 nacidos vivos en 1980, 19,4 en 1986 y 18,9 en 1990. Sobre esta tasa también se estima que existe un subregistro del 32,8%, de manera que la tasa ajustada sería de 25,1.

Capital: Panama City

Problemas y riesgos específicos de salud

La principal causa de mortalidad infantil en 1990 fueron las afecciones originadas en el período perinatal (49%), seguida por las anomalías congénitas (18%), las infecciones intestinales mal definidas (7%), la neumonía (4%) y las deficiencias de la nutrición (3%). En el grupo de 20 a 44 años la primera causa de defunción en 1988 fueron los accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias, seguida por los tumores malignos, y la enfermedad cerebrovascular. En el grupo de 45 a 59 años la primera causa fueron las enfermedades cardiovasculares, seguida por el cáncer y los accidentes y violencias. Las principales causas de mortalidad en las mujeres en 1989 fueron los tumores malignos, la enfermedad cerebrovascular, el infarto agudo del miocardio, los accidentes y suicidios, y los homicidios y otras violencias. Los principales problemas de salud entre los trabajadores son los accidentes de trabajo, las enfermedades ocupacionales, el trabajo de menores y las intoxicaciones por plaguicidas.

El cólera hizo su aparición en Panamá el 10 de septiembre de 1991 en una comunidad rural de la provincia de Darién. Los grupos más afectados fueron los menores de 1 año y las personas de 50 años y más. Uno de cada cuatro niños tiene un retraso del crecimiento significativo al alcanzar la edad escolar. La prevalencia de desnutrición en las áreas rurales es 3,2 veces mayor que en las urbanas, y afecta en mayor proporción y con más severidad a los niños indígenas. Un estudio nutricional de 1980 reveló que entre los adultos, el 22,8% de los hombres y el 24,0% de las mujeres estaban desnutridos, y que el 3,8% de los hombres y el 7,7% de las mujeres eran obesos.

Servicios y recursos de salud

El Sistema de Servicios de Salud depende del Ministerio de Salud, la Caja del Seguro Social y las instituciones privadas con o sin fines de lucro. El subsector privado está constituido por clínicas y sanatorios de propiedad de profesionales de salud o de inversores; prestan servicios de hospitalización, consulta externa, urgencia, y diagnóstico y tratamiento a la población que compra sus servicios y a la beneficiaria de la Caja del Seguro Social. Casi todas las provincias cuentan por lo menos con dos hospitales con sus correspondientes red de centros, subcentros y puestos de salud. En 1991 funcionaban 691 establecimientos de salud, 18 privados y 673 públicos. De estos últimos, 629 pertenecían al Ministerio de Salud. Los centros de salud están atendidos por médicos y odontólogos permanentes; algunos de ellos tienen camas de observación y para la atención del parto. Los subcentros de salud y los puestos de salud son atendidos respectivamente por auxiliares de enfermería y ayudantes de salud, y brindan atención básica a pequeñas comunidades. En marzo de 1991 las instituciones de salud del país contaban con 2.831 médicos (11,5 por 10.000 habitantes), 2.458 enfermeros (10,0) y 531 odontólogos (2,2). La razón de médicos varía de 17,1 en Panamá a 1,8 en la Comarca de San Blas.

El Ministerio de Salud desarrolla programas de alimentación complementaria; al programa alimentario materno-infantil se le asignó el 8% del presupuesto del Ministerio. La participación de las organizaciones no

gubernamentales ha sido limitada en este campo y enfocada a la recuperación de niños con desnutrición avanzada o al apoyo de los programas de alimentación escolar.

Actualizado el 4/12/95.

X. Bibliografia

OPS/OMS. *Orientaciones estrategicas y programaticas 1995 - 1998* / “Salud para todos y por todos. Documento oficial 269”. Washington, D.C.; OPS, 1995, 43 p.

OPS/OMS. *La cooperacion de la Organizacion Panamericana de la Salud ante los procesos de Reforma del Sector Salud*. Washington, D.C.; OPS, 1997, 29 p.

OPS/OMS. *Perfiles de Salud de los paises*. Direccion electronica: <http://www.paho.org/spanish/index.htm> (15/09/97)

OPS/OMS. *Promocion de la salud en las Americas / Plan de accion regional para la promocion de la salud*. Washington, D.C.; OPS, 1994, 26 p.

OPS/OMS. *Memoria del 1er Encuentro centroamericanos de municipios y comunidades saludables*. Borrador, 1996.

OPS/OMS. *Formato normalizado para el diseno de perfiles y documentos de proyectos de la OPS / Oficina de relaciones externas*. Washington, D.C.; OPS, 1994, 30 p

OPS/OMS. *Taller sobre enfoque logico para la gestion de proyectos en la Organizacion Panamericana de la Salud / Manual del instructor*. AD/CPA-AMPES/DAP.1994, 53 p.

OPS/OMS. *Enfoque logico para la gestion de proyectos en la OPS*. Grupo de trabajo AD, DAP, DEC., Washington, D.C.; OPS, 1994, 50 p.

OPS/OMS. *Renovacion de la Slud para todos en la Region de las Anericas*. Washington, D.C.; OPS, 1996, 17 p

OPS/OMS. *Municipios Saludables: una estrategia de promcion de la salud en el contexto local*. MINSAs/AMUNIC/CIES/OPS/OMS. (Serie documentos tecnicos; No. 01). Managua, Nicaragua, 1997, 43 p, ilus.

OPS/OMS. *Proyecto subregional de consoliudacion e incremento de la capacidad gerencial de los servicios de salud en Centroamerica / Documento de proyecto*. S.d.,30 p.

Gobiernos Centroamericanos. *Alianza para el Desarrollo Sostenible*. Direccion electronica <http://www.sicanet.org.sv/rp/alides01.htm> (15/09/97)

UNDP. *Human Development Report 1997*. <http://www.undp.org/undp/hdro/table2.htm> (16/09/97)