

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Arquitectura**

**“Centro de Desarrollo Integral de la Familia (CDIF)
colonia La Verbena, zona 7”**

Tesis

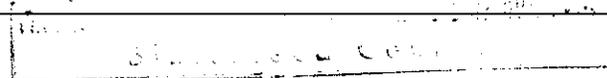
Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Arquitectura por:

Miguel Angel Alvarado Samayoa

Previo a conferirle el título de:

ARQUITECTO

Guatemala, julio de 1997



02
(811)
4

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ARQUITECTURA**

Tesis titulada:

“Centro de Desarrollo Integral de la Familia (CDIF), Col. La Verbena zona 7”.

Junta Directiva

**Arq. Julio René Corea y Reyna
Decano**

**Arq. Byron Alfredo Rabé Rendón
Secretario**

**Arq. Edgar Armando López Pazos
Vocal I**

**Arq. Víctor Hugo Jáuregui García
Vocal II**

**Arq. Silvia Evangelina Morales Castañeda
Vocal III**

**Br. Alberto Sarazúa Gali
Vocal IV**

**Br. Edgard Barrientos Girón
Vocal V**

TRIBUNAL EXAMINADOR:

**Decano: Arq. Julio René Corea y Reyna
Secretario: Arq. Byron Alfredo Rabé Rendón
Examinador: Arq. Juan Luis Morales
Examinador: Arq. Fernando Burmester
Examinador: Arq. Jorge Escobar**

Agradecimientos

A la Universidad de San Carlos

A la Facultad de Arquitectura

Al Arq. Eduardo Quemé Cotom

Por su particular dedicación en la asesoría de la presente.

**A la Arq. Ingrid Santa Cruz Abauta
Dra. Sonia Anckermann Sam y familia
T.S. Leticia Urizar Urizar**

Por su invaluable motivación, apoyo y fe en este proyecto de tesis.

**Al Arq. Miguel A. Chacón Véliz y
Arq. Marvin D. Altán Paz**

Por el apoyo solidario recibido.

**A la Sra. Carmen Chávez
Sra. Victoria Chajón de Salazar
REPROINSA's de La Verbena
Comunidad de la Col. La Verbena**

Por permitirme sistematizar su ejemplar experiencia comunitaria.

**A la COINAP, UNICEF, FUNDAESPRO, Centro de
Información de Arquitectura, Centro de Documentación
del INFOM, Biblioteca de la D.G.S.S., Centro de
Documentación de la O.P.S., Centro de Documentación
del I.N.E., Administración del Hospital Antituberculoso
San Vicente.**

Por la colaboración brindada.

Arq. Inf. Mario Roberto de Paz G.

Por el aporte especial a este documento.

Dedicatoria

A Dios:

Quien en ningún momento me desampara, para poder cumplir con la misión que me ha encomendado.

A mis padres:

Miguel Angel Alvarado Cifuentes
Marta Natalia Samayoa de Alvarado

Que sin su apoyo incondicional y paciencia, este documento no sería posible.

A mis hermanas:

Sonia Beatriz y Marta Natividad, con cariño y respeto.

A las mujeres y hombres
de la Comunidad de La Verbena:

Como un homenaje al ejemplo de vida y lucha incansable por mejorar sus propias condiciones de vida.

A todos los pobladores en situación
especialmente difícil:

Para que nunca pierdan la fe en ellos mismos, ya que sólo "todos" podemos resolver los problemas de "todos".

ÍNDICE GENERAL:

Presentación general:

Selección del tema.....	I
Tema específico.....	I
Justificación del proyecto.....	I
Delimitación del proyecto.....	II
Objetivos , general y particulares:.....	II
Metodología.....	III

Marco teórico:

Capítulo I. Contexto general	1
1. Situación política y socioeconómica nacional.....	2
2. Situación sanitaria nacional.....	3
2.1 Características sanitarias particulares a nivel nacional:.....	4
2.1.1 Salud general.....	4
2.1.2 Salud de la madre.....	4
2.1.3 Salud infantil.....	4
2.1.4 Servicios básicos.....	5
3. Sector Salud, organización y cobertura:.....	5
3.1 Compromiso gubernamental.....	5
3.2 Recursos y servicios del Sector Salud:.....	6
3.2.1 Infraestructura.....	6
3.2.2 Servicios estatales.....	6
3.2.3 Recursos humanos.....	7
3.2.4 Recursos financieros.....	8
Conclusiones del capítulo I	9
Capítulo II. Contexto regional	10
1. Situación socioeconómica y política de la Región I.....	11
2. Situación sanitaria de la Región I.....	13
2.1 Situación sanitaria de la Región I:.....	13
2.1.1 Salud general.....	13
2.1.2 Salud de la madre.....	13
2.1.3 Salud infantil.....	14
2.2 Servicios básicos.....	14
2.2.1 Servicios básicos de salud.....	14
2.2.2 Agua potable.....	15
2.2.3 Drenajes.....	16

2.2.4 Alumbrado público.....	16
2.2.5 Desechos sólidos.....	17
3. Cobertura y organización del Sector Salud.....	17
3.1 Recursos del Sector Salud.....	19
3.1.1. Recurso humano del sector.....	19
3.1.2. Recursos financieros.....	19
Conclusiones del capítulo II	20
Capítulo III. Contexto urbano precario:	21
1. Surgimiento de las áreas precarias.....	22
1.1 Papel del estado.....	23
2. Distribución de las áreas precarias.....	23
3. Caracterización de las áreas precarias.....	24
4. Situación socioeconómica en las áreas precarias.....	25
4.1 Situación general.....	25
4.2 Gastos en salud.....	26
5. Situación sanitaria de las Areas Precarias.....	27
5.1 Educación.....	27
5.2 Salud de la madre.....	27
5.3 Salud infantil.....	28
5.4 Salud mental.....	28
6. Servicios básicos:.....	29
6.1 Agua potable.....	29
6.2 Drenajes pluviales y sanitarios.....	30
6.3 Servicio eléctrico.....	30
6.4 Eliminación de basuras.....	30
7. Vivienda.....	31
8. Organización en las áreas precarias.....	31
Conclusiones del capítulo III	32
Capítulo IV. Atención Primaria en Salud (APS):	33
1. Antecedentes y conceptualización.....	34
1.1 En la búsqueda de una cobertura real.....	34
1.2 Caracterización de los programas, dentro de la APS.....	34
1.3 Participación comunitaria y definición de los servicios.....	35
1.4 Niveles de atención.....	36
2. Sustento legal y operativo de la APS.....	36
3. Sistemas Locales de Salud (SILOS).....	37
3.1 Antecedentes de Los SILOS.....	39
3.1.1 Experiencias en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).....	39
3.1.2 Programa Integrado de Salud (PIS).....	40

Conclusiones del capítulo IV:.....	40
Capítulo V. Materialización de la Atención Primaria en Salud (APS):.....	41
1. Antecedentes de aplicación de la APS.....	42
1.1 Problemas principales.....	42
1.2 Premisas de la APS.....	42
2. Base comunitaria en las áreas precarias.....	43
2.1 Organización comunitaria.....	43
2.2 La salud como objetivo primario de organización.....	43
3. Centro de Desarrollo Integral de la Familia (CDIF).....	44
3.1 Antecedentes del Programa Integrado de Salud (PIS).....	44
3.1.1 Actores del PIS.....	44
3.1.2 Sectorización del PIS.....	44
3.1.3 Principios fundamentales del PIS.....	45
3.2 Representantes del Programa Integrado de Salud (REPROINSA's).....	45
3.2.1 Fundación Esfuerzo y Prosperidad (FUNDAESPRO).....	45
3.3 Origen del Centro de Desarrollo Integral de la Familia.....	45
4. Resumen Conceptual.....	46
Conclusiones del capítulo V:.....	46
Capítulo VI. Planificación Local del CDIF:.....	47
1. Directrices de planificación sanitaria:.....	48
1.1 Criterios de cobertura.....	48
1.2 Delimitación de grupos a beneficiar.....	48
1.3 Delimitación espacial.....	49
2. Premisas de cobertura para el CDIF:.....	49
2.1 Autosostenibilidad.....	49
2.2 Promoción del CDIF.....	49
3. Operativización funcional del CDIF.....	50
3.1 Guía operativa de planificación local.....	50
Conclusiones del Capítulo VI:.....	52
Capítulo VII. Modelo de atención local, caso específico: colonia La Verbena:.....	53
1. Antecedentes históricos.....	54
1.1 Orígenes de la colonia La Verbena.....	54
1.2 Sectorización de La Verbena.....	55
1.3 Origen de los pobladores.....	56
2. Implementación histórica de los servicios básicos.....	56

3. Uso de la tierra.....	57
4. Características socioeconómicas.....	57
4.1 Población.....	57
4.2 Ingresos familiares.....	58
4.3 Empleo.....	59
4.4 Educación.....	59
4.5 Vivienda.....	59
5. Servicios básicos.....	60
5.1 Agua potable.....	60
5.2 Drenajes.....	60
5.3 Electricidad.....	61
5.4 Transporte público.....	61
5.5 Desechos sólidos.....	61
6. Servicios de Salud.....	61
6.1 Situación de la salud de La Verbena.....	62
6.2 Antecedentes del CDIF en la Verbena.....	63
7. Base organizativa y participación institucional.....	63
7.1 Presencia institucional en La Verbena.....	64
Conclusiones del capítulo VII:.....	64
Capítulo VIII Localización del CDIF:.....	66
1. Enfoque.....	67
2. Premisas generales de localización.....	68
2.1 Premisas ambientales generales.....	67
2.2 Premisas morfológicas generales.....	67
2.3 Premisas funcionales generales.....	67
2.4 Premisas tecnológicas generales.....	67
3. Opciones de localización.....	68
3.1 Evaluación de las opciones de localización.....	69
4. Terreno seleccionado.....	70
4.1 Análisis del sitio.....	70
4.1.1 Topografía.....	71
4.1.2 Clima.....	71
4.1.3 Paisaje.....	71
4.1.4 Accesos e instalaciones.....	71
Conclusiones del capítulo VIII.....	72
Capítulo IX. Planificación del Centro de Desarrollo Integral de la Familia (CDIF):.....	73
a) Sistema de planificación de los servicios.....	74
b) Estimación de los servicios.....	75
c) Organigrama funcional del CDIF:.....	80

d) Diagrama de funcionamiento interno del CDIF	80 A
Conclusiones del capítulo IX.....	81
Capítulo X. Diseño del Centro de Desarrollo Integral de la Familia (CDIF):.....	
a) Recomendaciones generales de diseño:.....	83
a.1) Criterios generales de diseño ambiental.....	83 (A,B)
a.2) Criterios generales de diseño estructural.....	83 (C-G)
b) Representación gráfica del anteproyecto:.....	84
b.1) Necesidades arquitectónicas del CDIF.....	84 (A-E)
b.2) Relaciones de conjunto.....	84 F
b.3) Planta de conjunto.....	84 G
b.4) Diagramas de relaciones y bloques.....	84 (H,K,N,Q)
b.5) Plantas y elevaciones de los Servicios.....	84 (I,J,L,M,Ñ,O,P,R,S)
b.6) Apuntes Perspectivados.....	84 (T,U,V)
b.7) Perspectiva de Conjunto.....	84 W
1. Descripción del anteproyecto:.....	85
1.1 Del Conjunto.....	85
2. Costo del proyecto:.....	85
2.1 Cimentación.....	85
2.2 Muros.....	86
2.3 Techos.....	86
2.4 Acabados generales.....	86
2.4.1 Pisos.....	86
2.4.2 Muros.....	86
2.4.3 Cielos.....	86
2.5 Puertas y ventanas.....	86
2.6 Instalaciones sanitarias.....	87
2.7 Instalaciones eléctricas.....	87
2.8 Jardinerización.....	87
3. Integración del costo por áreas:.....	87
4. Programa de inversión por fases:.....	88
4.1 Primera fase.....	88
4.2 Segunda fase.....	88
4.3 Tercera fase.....	88
Capítulo XI. Estudio preliminar de factibilidad del CDIF:.....	
I. Introducción.....	90
1. Seguro Social Comunitario (SSC).....	90
2. Distribución de requerimientos.....	91
2.1 Inversión primaria.....	91
2.2 Inversión de funcionamiento.....	91

3 Panorama local	91
3.1 Panorama económico.....	92
3.2 Situación de las REPROINSA's.....	92
4. Desarrollo de la propuesta de viabilidad	92
a) Inversión mensual de funcionamiento.....	92
b) Gastos de funcionamiento de la Red de REPROINSA's.....	93
c) Ingresos directos estimados mensualmente.....	93
d) Aporte del Seguro Social Comunitario.....	93
e) Balance de ingresos y gastos de funcionamiento mensual	94
Conclusiones del capítulo XI.....	95
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	
	96
Referencia bibliográfica.....	100
Anexo: Detalles constructivos del panel COVINTEC.....	103

Índice de gráficas, esquemas y mapas: (entre el texto)

Descripción:	Página:
Análisis de precariedad de la colonia La Verbena.....	60
Balance de ingresos y gastos de funcionamiento mensuales del CDIF Verbena.....	94
Caracterización de las áreas precarias de la ciudad de Guatemala.....	24
Crecimiento poblacional de La Verbena.....	58
Distribución de las áreas precarias en la ciudad de Guatemala.....	25
Distribución del presupuesto del MSPAS en 1980 y 1993.....	8
Evaluación de las opciones de localización.....	70
Frecuencia mensual de casos de enfermedad, en la colonia La Verbena.....	75
Gastos de funcionamiento de la Red de REPROINSA's, Col. La Verbena.....	93
Instalación de agua potable, en los locales habitados del Depto. de Guatemala.....	15
Instalación de drenajes, en los locales habitados del Depto. de Guatemala.....	16
Mapa de áreas de salud de la ciudad de Guatemala.....	19
Mapa de áreas de salud del Depto. de Guatemala.....	18
Mapa de los municipios del departamento de Guatemala.....	11
Mapa regionalizado de Guatemala.....	2
Modelo de atención y participación local.....	35
Organigrama funcional del CDIF.....	80
Diagrama de funcionamiento interno del CDIF.....	80 A
Población de La Verbena por rangos de edad.....	58
Porcentaje de cobertura de salud por niveles.....	6
Resumen conceptual de los niveles de acción.....	46
Seguro Social Comunitario, Col. La Verbena.....	94
Situación de salud de la Col. La Verbena.....	62

PRESENTACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

I SELECCIÓN DEL TEMA:

El tema general seleccionado es "SALUD", debido a que es la condición psicobiosocial de los seres humanos, en la cual se ven reflejadas las características de su entorno físico y social, pero que al mismo tiempo limita o impulsa las acciones hacia la atención integral de sus necesidades.

II TEMA ESPECIFICO:

El tema específico es "Planificación en salud", ya que dentro de la planificación a nivel nacional, la salud es una condición prioritaria en donde la Arquitectura debe desarrollar un papel estratégico y específico, como aporte social a los cambios coyunturales que el país está atravesando.

III JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO:

Casi el 46% de la población guatemalteca no es cubierta por el Sistema Nacional de Salud; esta escasa cobertura se ve agravada si se toma en cuenta la deficiente calidad de los servicios brindada a quienes sí son cubiertos.

La infraestructura, la administración y dotación de estos servicios continúan bajo el denominado sistema "tradicional" de salud; conocido por su carácter paternalista, centralizado, poco participativo e incluso de acceso privilegiado. Es precisamente por esta desatención, que la unidad familiar y posteriormente las mismas comunidades afectadas, se ven en la necesidad de manejar, desde su propio contexto, los requerimientos básicos de salud.

Esta intervención comunitaria, enfocada en una actitud responsable, debe estar apoyada por un Nuevo Modelo de Atención en Salud, operado por estrategias especiales que permiten resolver la mayoría de las deficiencias sanitarias a un nivel local.

Se estima que este proceso tiende a modificar la estructura de servicios de salud actual, por lo que deben crearse nuevos criterios y normas de planificación, acordes al sentido participativo y de cobertura real que exigen los sectores más desfavorecidos.

En la medida en que la población guatemalteca opte por dejar de ser el "objeto" de planificación, y se convierta en "sujeto" de su propio desarrollo, el papel institucional se convertirá en facilitador de este proceso, con sus respectivos compromisos constitucionales.

Según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), los componentes esenciales del desarrollo humano son: productividad, equidad, sostenibilidad y potenciación. El presente proyecto pretende ofrecer opciones de trabajo, coadyuvar al acceso igualitario de las oportunidades de salud y sus recursos necesarios, trata de asegurar este acceso no sólo para las actuales generaciones sino, igualmente, para las futuras en un sentido de auto-responsabilidad; y, finalmente, ofrece la sede de un programa permanente de capacitación, que permita a las personas potenciar su participación en los procesos que mejoran el nivel de vida.

Hasta el momento, no han existido normas de planificación y de elaboración técnica de proyectos de salud que se hayan adaptado de forma paralela para facilitar el proceso de desarrollo de las comunidades. Tampoco se ha tomado en cuenta que los entes planificadores y ejecutores no han asumido nuevos roles mediante metodologías más participativas.

IV DELIMITACION DEL PROYECTO:

De acuerdo a lo anterior, se pretende aplicar el análisis de planificación, especialmente de equipamiento sanitario en un sector de la Región I, tomando en consideración que sus características especiales de concentración de los servicios se repiten dentro de la misma región, y la modificación de la estructura actual de sus servicios de salud, permitiría ejemplificar, con mayor énfasis, su posible réplica e impacto en otras regiones del interior del país.

El acceso real a los servicios de salud, se ve limitado por muchos factores, sin embargo, el nivel de ingresos de la población es el que mayoritariamente lo determina. Esta característica es generalizada dentro de las áreas precarias de la ciudad de Guatemala, por lo que el estudio se enfoca hacia estas poblaciones, con ingresos incapaces de alcanzar el costo de la canasta básica de alimentos y, mucho menos, la de servicios.

Dentro del contexto urbano-precario, ya existen comunidades que han afrontado sus propios retos de desarrollo, entre ellas, se ha escogido a la colonia La Verbena, no sólo por su precariedad y atributos organizativos, sino, porque esta última característica ya es de reconocimiento institucional, pero principalmente comunitario. Como se ha observado, la participación de sus pobladores, dirigida en acciones de automejoramiento, ha elevado de manera notable sus condiciones generales de vida.

V OBJETIVOS:

- Objetivo general:
 - ⇒ Establecer las bases de una planificación sanitaria, para la materialización del nuevo modelo de atención en salud, en el que la condición básica sea el autocuidado familiar y, finalmente dirigiérlas de manera participativa hacia al desarrollo integral de las comunidades.
- Objetivos específicos:
 - ⇒ Establecer una guía operativa básica de planificación, basada en la Atención Primaria en Salud (APS).
 - ⇒ Aplicar criterios de transformación en un proyecto arquitectónico como la unidad básica de una red metropolitana, en la colonia La Verbena, en la ciudad de Guatemala.

VI Metodología:

El presente estudio será considerado como una unidad de salud autosuficiente, por medio de un proceso deductivo y a la vez de reconocimiento de los avances organizativos y de desarrollo comunitario específico que se han llevado a cabo, especialmente, en el último quinquenio en la colonia La Verbena de la ciudad de Guatemala.

Por medio de un proceso de sistematización de la experiencia cuestionada, y con un enfoque integral sobre la problemática de salud, que se fundamente en los aspectos geográficos, económicos, poblacionales, sociales y políticos, se realizará el análisis científico que permita un aporte arquitectónico apropiado.

En la medida de lo posible, se aplicarán técnicas investigativas participativas que den cabida a la opinión de la población en estudio, sin descuidar los aspectos de la planificación arquitectónica.

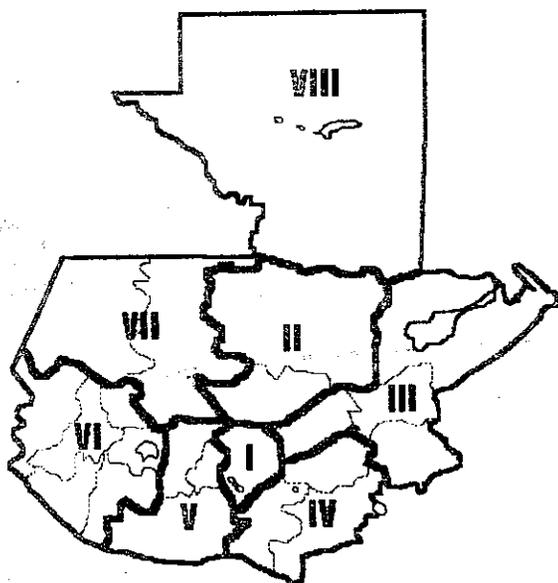
Se establecerá un contraste entre los mecanismos actuales de prestación de servicios de salud, especialmente los estatales, y los nuevos modelos, más reales y participativos. Se programará una estrategia que también sea aplicable a otros actores y espacios sociales, y que brinde los lineamientos y parámetros de acción requeridos.

De acuerdo a este cruce de variables, de desarrollará una propuesta arquitectónica, en donde se refleje la participación integral de la problemática de la salud y pueda constituirse en un aporte para la mediana y factible realización del proyecto.

El presente capítulo describe el panorama socioeconómico a nivel nacional, enfocado en la situación sanitaria, salud de grupos de riesgo, y el relativo acceso a los servicios básicos. También analiza el compromiso gubernamental y los recursos con que cuenta para satisfacer las necesidades de salud del país.

TESIS CDIF FARUSAC

Regionalización



Región I Metropolitana

Depto. de Guatemala

Región II Norte

Deptos. de Alta y Baja Verapaz

Región III Nororiente

Deptos. de Izabal, El Progreso, Zacapa y Chiquimula

Región IV Suroriente

Deptos. de Sta. Rosa, Jalapa y Jutiapa

Región V Central

Deptos. de Sacatepéquez, Chimaltenango y Escuintla

Región VI Suroccidente

Deptos. de Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango, Suchitepéquez, Retalhuleu y San Marcos

Región VII Noroccidente

Deptos. de Huehuetenango y Quiché

Región VIII Petén

Depto. del Petén

Fuente: Ley preliminar de regionalización Decreto 70-86

1. Situación política y socioeconómica nacional:

Guatemala es un territorio que se ha distinguido por altos contrastes, tanto geográficos como de niveles de desarrollo. Cuenta con una extensión¹ de 108.889 Km², habitada en dos terceras partes por población rural, predominantemente indígena y joven, ya que de los 8,322.051 habitantes² en 1994, el 46% de los habitantes son menores de 15 años².

El país está dividido políticamente en 22 departamentos y 329 municipios³, fraccionados en aldeas, caseríos, parajes y fincas, que a partir de la regionalización quedaron agrupados en 8 grandes áreas denominadas "Regiones de Desarrollo": creadas con el fin de descentralizar y desconcentrar la administración pública, e igualar los índices socioeconómicos en todas las regiones. Para el efecto, se utilizaron criterios geográficos y de actividades económicas similares. Sin embargo, la desigualdad se mantiene. La Región VIII o Petén,

por ejemplo, aunque cubre el 32% del territorio nacional, sólo alberga al 2% de la población total; y, en contraste, la Región I o Metropolitana contiene al 22% de la población cuando sólo representa el 2% de la extensión total. Por consiguiente, las regiones se ven afectadas por índices extremos de densidad poblacional y sus consecuencias. Muestra de lo anterior, es que la Región I, aunque capta sólo el 5% de las municipalidades, tiene una densidad de 949 Hab./Km², doce veces más que la nacional, que para 1994⁴ era de 76 Hab./Km².

¹ UNICEF, Realidad socioeconómica de Guatemala, (1994)

² INE, X CENSO de Población y V de Habitación, Departamento de Guatemala, (1996)

³ OPS, Análisis de la salud por regiones, Guatemala, (1992)

⁴ INE, Encuesta Nacional Sociodemográfica, (1990)

A pesar de las obvias diferencias espaciales, también se ha generado la distribución dispersa de los recursos, pues en 1989 el 10% de la población captaba el 48% de los ingresos. Llegó al 85% el porcentaje de pobreza en 1991⁵. Esta desigualdad ha sido provocada, en parte, por el modelo económico que en Guatemala se ha basado en la acumulación; dependiendo, de manera considerable de las exportaciones, lo cual provoca la concentración de los beneficios globales en pequeños sectores de la población y una tendencia hacia la monopolización de algunos servicios esenciales.

A partir de 1985, el Producto Interno Bruto (PIB) ha aumentado de manera sostenida, sin embargo, este aumento fue superior al crecimiento de la población, lo que provocó que el PIB *per cápita* de 1990 sea menor, en un 18%⁶, al de 1980; lo que da lugar a los primeros indicios de empobrecimiento de los guatemaltecos. Aún con los esfuerzos gubernamentales de mejorar la distribución de los ingresos y las condiciones de vida de la mayoría de la población, éstos han sido dirigidos predominantemente, con una política paternalista y asistencialista, que hace más sectaria y privilegiada la dotación de los servicios básicos.

Dentro de este panorama de estancamiento económico, existe un sector pobre dentro de la población actual que, hasta hace 10 años, pertenecía a un sector no pobre, que ha sido obligado a cambiar de asentamiento y disminuir su calidad de vida. El índice de pobreza crece hasta la fecha, ya en 1989, el 67% del total de pobres se consideraba en estado de pobreza extrema. En 1993, el mayor porcentaje de población en esta categoría, lo tenía la Región Noroccidental, le seguía la Región Norte y la Región Central, con 81%, 75% y 66.9%⁵ en su orden.

Según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Guatemala se encuentra en el lugar 112, según la escala de desarrollo humano, de un total de 174 países, encabezados por encabeza Canadá.

El acceso relativo a la canasta básica de alimentos es un indicador preciso del fenómeno de la pobreza. En el período 1983-1990, los precios de la canasta básica diaria, para una familia de 5.38 miembros, subieron de Q. 4.82 a Q. 13.48⁶, y en 1994 ya era de Q. 35.79⁷ en la ciudad de Guatemala. Los salarios diarios no tuvieron esa misma alza, pues en el mismo período, el salario rural subió de Q. 3.20 a Q. 3.48, y el urbano de Q. 4.50 a Q. 7.04⁸, agravado por la devaluación de la moneda y su respectiva pérdida de poder adquisitivo.

Esta situación ya generalizada, podría aliviarse si el Estado mantuviera e impulsara una política económica y salarial definida, adecuada a las condiciones reales del país y dirigida hacia todos los sectores y niveles productivos. Debería dar un empuje a la economía y al mismo tiempo reconocer al amplio sector informal, así como a los pequeños empresarios. Otra ayuda sería la creación escalonada de áreas de desarrollo comercial e industrial, para desconcentrar las fuentes de trabajo y de servicios, en administraciones y recursos mixtos de beneficio colectivo.

En cuanto a la situación de vivienda, para 1980 se había acumulado un déficit habitacional de 472,000 unidades. En 1990 se incrementó a 863,800 y para 1995 se estimó que llegaría a 1'127,600 unidades⁸. Esto ha provocado que a nivel nacional el hacinamiento afecte a gran número de familias; y se produzca el fenómeno de la promiscuidad, ya que en las familias de sectores pobres, 4.1 de sus miembros⁵ duermen en la misma habitación.

2 Situación sanitaria nacional:

Es innegable que toda esta serie de variables económicas, agravadas por el desempleo, la inflación y otros factores coyunturales, determinan la cobertura real de los servicios de salud sobre la población y su acceso relativo. Ya que aún cuando exista disponibilidad de servicios, éstos no se consideran asequibles a poblaciones de bajos recursos; lo cual denota que la cobertura mencionada por el Sistema Nacional de Salud y sus organismos nacionales, no gubernamentales, de asistencia social, privados, militares y otros, sigue siendo relativa al acceso real y a la confiabilidad de los datos.

⁵ INE-FNUAP, *Aspectos Sociodemográficos de la Pobreza*, (1992)

⁶ UNICEF-SEGEPLAN, *Análisis de la Situación del Niño y la Mujer*, (1991)

⁷ INE, *Índice de Precios al Consumidor*, (julio, 1996)

⁸ Bravo, Mario A., UNICEF, *La Farmacia Comunitaria*, (1995)

Entre los aspectos que muestran con más claridad la situación de la salud, se encuentran los índices de mortalidad, salud perinatal y del niño y, finalmente, la salud de la madre. sin embargo, es frecuente una interpretación generalizada de los mismos, ya que hay grupos poblacionales catalogados como "especiales". Estos grupos aglutinan, entre otros, a los trabajadores migrantes y sus respectivas familias, quienes no pueden ser vigilados sanitariamente de manera efectiva por no pertenecer a ninguna jurisdicción exclusiva. También se puede considerar los grupos de refugiados, desplazados internos y, por supuesto, a los niños de la calle.

En Guatemala las enfermedades transmisibles, siguen siendo la mayor causa de muertes, entre ellas las infecciones respiratorias agudas (IRA), las enfermedades inmunoprevenibles, infecciones gastrointestinales, la malaria y el dengue, sin excluir las enfermedades de transmisión sexual. Estos padecimientos se ven complicados por trastornos nutricionales, enfermedades de la cavidad oral, entre otras, sin descartar las muertes ocasionadas por accidentes, la violencia, adicciones al alcohol, tabaco y drogas.

Como ya se ha comprobado, existen factores contextuales que aumentan el riesgo a contraer estas afecciones, entre ellos la degradación del medio ambiente, provocada en parte por la escasez de infraestructura básica: poca educación sanitaria y mal manejo de los desechos sólidos. A esto se suma la contaminación atmosférica, el uso de plaguicidas y la contaminación en el proceso de manufactura y distribución de alimentos. Muchos de estos factores no producen un impacto lo suficientemente evidente como para desarrollar una conciencia ambiental.

El Componente de Salud Mental, reconocido en las personas como un aspecto que sí afecta en su salud comunitaria, pero no se le admite desde el punto de vista individual. Este componente será tratado con mayor amplitud, dentro del Nivel de Areas Precarias.

A continuación los principales indicadores de salud, en los diferentes niveles.

2.1 Características sanitarias particulares a nivel nacional:

2.1.1. Salud general:

Según la Unidad de Informática de la Dirección General de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, las causas principales de mortalidad general, fueron las enfermedades infecciosas, respiratorias y parasitarias, desnutrición, violencia, circulación pulmonar y cardiopatías. El índice más significativo, la tasa de mortalidad, bajó de 7.5 en 1990 a 6.5/1000 hab. en 1992, a pesar de que no se consideró un subregistro sobre este tema, ya que el 43.4% de las muertes en 1992 no recibió ninguna asistencia médica, y el 71.7% fue atendido en los domicilios.

2.1.2. Salud de la madre:

La tasa de mortalidad materna llegó en 1993 a 248/100,000 nacidos vivos (n.v.), 40 veces más alta que otros países de la región. El 39% de las muertes fue causada por hemorragias⁹; el 24% debido a abortos complicados, el 18% por la sepsis¹⁰ y el 14% por toxemias¹¹. Esta situación se ve agravada por las afecciones cancerígenas y venéreas, que debido a numerosos prejuicios sociales y el escaso autodiagnóstico, provocan una relativa prevalencia. La peor parte se manifiesta en la mortalidad materna indígena que llega al 50%¹² de los casos.

En 1992, 32.5% de los partos fue atendido por personal voluntario empírico, el 20.7%⁹ en forma institucional.

⁹ DGSS-MSPAS, Informe de Labores, 1994.

¹⁰ Sepsis: infección del aparato genital femenino ocasionada por la absorción del material séptico, luego del parto. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, SALVAT, España, 1979.

¹¹ Toxemia: "Trastorno del metabolismo en el embarazo, con fiebre, lesión capilar e hipertensión aguda que puede producir convulsiones y estado de coma.", según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, SALVAT, España, 1979.

¹² UNICEF-SEGEPLAN, Op.cit. p.3.



La tasa de fecundidad es de 5.6 hijos por mujer, sin embargo, el 44% de la población femenina se convierte en madre antes de los 20 años¹³. Se estima que el 20%¹⁴ del encamamiento obstétrico atiende casos de aborto y sus complicaciones. En 1993, la Región Norte denotaba la mayor tasa de mortalidad materna, con 20.9 muertes por cada 10,000 nacidos vivos (n.v.)¹⁵. Es probable que el analfabetismo tenga cierta responsabilidad en los hechos señalados anteriormente, pues para ese mismo año llegaba a una tasa del 73%

Finalmente, esta situación ha contribuido a que las posibilidades de vida para la mujer hayan disminuido en el periodo 1990-95, de 64.4 a 61.33 años.

2.1.3 Salud infantil:

En 1987, cincuenta y siete niños de cada 1,000 n.v. morían antes de cumplir el primer año de vida; de ellos 14.2¹⁶, antes de un mes. Ya en 1992, en menores de un año, la tasa de mortalidad era de 34/1000 n.v., lo que demuestra una gran mejoría, aunque ésta no ha sido constante. Las cifras anteriores permanecen sobre el promedio latinoamericano, y no toman en cuenta a los 120/1,000 niños que en 1993 murieron en áreas rurales de extrema pobreza. También existe una relación estrecha entre la muerte infantil prematura y el nivel de instrucción de la madre.

En 1993, a nivel de Regiones, la Región Central tenía la mayor tasa de mortalidad infantil de 60.2 por 1,000 n.v., le seguía la Región Suroccidental con 55/1,000 n.v., y la Región Metropolitana con una tasa de 43.8/1,000 n.v. Mientras que en éstas dos regiones el porcentaje de analfabetismo, parecía estar acorde a la prevalencia de la mortalidad infantil (*La Región Central tenía un 40% de analfabetismo y la Sur-occidental un 50%*); sin embargo, la Región Metropolitana con un porcentaje mucho menor de analfabetismo, mantuvo una elevada tasa de mortalidad infantil, ocasionado, parcialmente por la concentración de sectores poblacionales en condiciones precarias, tanto en sus áreas urbanas como rurales.

2.1.4 Servicios básicos:

Este tipo de servicios sigue concentrado por la infraestructura localizada en las áreas urbanas del país. Al respecto, en 1990 el agua potable llegaba a los hogares urbanos en un 91.8%, y al área rural el 42.6%¹⁷.

La dotación de estos servicios está a cargo en el Municipio de Guatemala, de la Empresa Municipal de Agua (EMPAGUA); en las cabeceras departamentales, del Instituto de Fomento Municipal (INFOM) y, finalmente, los servicios básicos de agua y saneamiento a nivel rural son tratados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), a través de la División de Saneamiento del Medio (DSM) y la Unidad Ejecutora de Acueductos Rurales (UNEPAR).

Aunque existen esfuerzos por mejorar estas condiciones, la cobertura del agua a nivel nacional no ha mejorado de 1981 a 1990 (del 54% al 61.3% respectivamente); en cuanto al saneamiento, del 47% al 59%¹⁵. En las municipalidades del interior existen 329 sistemas de agua pero sólo el 7.5% cuenta con plantas de tratamiento, a pesar de que la mayoría de los acueductos abastecidos por manantiales naturales no tiene ningún tipo de control químico-bacteriológico. Existe una fuerte contaminación de aguas servidas hacia las principales fuentes hidrológicas, como el río Motagua y el lago de Amatitlán, entre otros.

La Región Suroccidental tiene el mayor porcentaje de hogares sin servicio sanitario (60%); sin agua potable, es la Región Petén quien encabeza esta deficiencia con el 84.5%, la Región Norte le sigue con el 64.9%, esto durante 1993¹⁵.

El sistema administrativo para la ejecución de proyectos de infraestructura limita la implementación participativa de los servicios, su funcionamiento y distribución. Además, generalmente no van acompañados de un plan paralelo de educación sobre el uso, conservación y manejo adecuado de estos recursos y servicios.

¹³ UNICEF-SEGEPLAN, Op. cit., p. 3

¹⁴ DGSS-MSPAS, Op. cit., p. 4

¹⁵ OPS, Op. cit., p. 2

¹⁶ DGSS-MSPAS, *Informe de labores* (1987)

¹⁷ INE, Encuesta Nac. Sociodemográfica (1989)

3. Sector Salud, organización y cobertura:

El Sector Salud está encabezado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), seguido del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), las municipalidades, a través de Sanidad Municipal, Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) especializadas en esta materia, y también algunos establecimientos de las fuerzas armadas y policiales

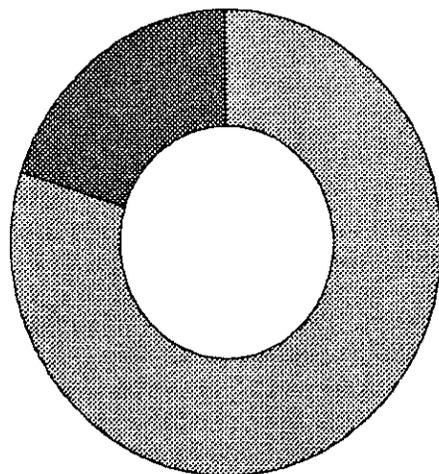
El MSPAS, aporta el 27% de los servicios del sector, aunque cubre sólo al 25% de la población; el IGSS, aporta el 2% de los servicios y cubre al 15% de la población, y el Sector Privado, con el 52% de los servicios, únicamente cubre al 14%.¹⁸ La cobertura del IGSS, relacionada a su capacidad de infraestructura, podría apoyarse en la calidad de "afiliado" que proporciona a sus beneficiarios, otorgando un mayor nivel de co-participación. Lo contrario sucede con el sector privado, pues si bien es cierto cuenta con gran número de unidades individuales, el costo de atención limita el acceso a la mayoría de los habitantes.

3.1 El Compromiso gubernamental:

En Guatemala el sistema de gobierno se ha caracterizado históricamente por crear diferencias, que se ven agravadas por la corrupción y la distribución anárquica de los recursos. Por lo tanto, para el Estado urge replantear su gerencia en la administración, además de redistribuir y reorientar los servicios del Ministerio de Salud, por lo que en 1993 aglutinó sus intenciones en los "Lineamientos de la Política de Salud 1994-95". En este documento se confirmó la

participación del Gobierno como un esfuerzo, unido al papel de la Sociedad Civil, proponiendo una Política Nacional de Salud basada en disminuir las anteriores diferencias. Además de coincidir con mejorar los índices sanitarios, la política "Salud Para Todos en el año 2,000" ha sido planteada ante todos los organismos mundiales de salud.

Porcentaje de la Población que deberían Cubrir Los Niveles de Atención en Salud



Primer Nivel
80%

Elab. Propia.

Fuente: Modelo de Participación y Atención de Salud Local, Espinoza, Anckermann, COINAP/UNICEF, 1995

3.2 Recursos del sector:

3.2.1 Infraestructura:

El MSPAS divide el territorio nacional en 24 Áreas de Salud, constituidas igualmente por los 21 departamentos, pero concentrando a tres de ellas en la Región I. Para 1993 contaba con 1,808 establecimientos, distribuidos en 36 hospitales, 32 centros de salud Tipo "A", 203 Tipo "B", y 803 puestos de salud. Además de 53 farmacias estatales, 104 ventas municipales de medicamentos, y 609¹⁹ puestos de Servicio Nacional para la Erradicación de la Malaria. Aunque el IGSS, cubre sólo al 27.7% (1994) de la Población Económicamente Activa (PEA), aporta al Sistema con una dotación de 81 establecimientos, lo que incluye 25 hospitales, 35 consultorios y 21 puestos de primeros Auxilios.

Las fuerzas armadas y policiales ofrecen 47 establecimientos con 6

¹⁸ UNICEF-SEGEPLAN, Op. cit. p. 3

¹⁹ DGSS-MSPAS, Op. cit. p. 5

hospitales, 21 enfermerías y 24 puestos de salud, pero estos servicios son exclusivos para quienes pertenecen a dichas instituciones. Este aporte es relativamente mínimo con respecto a la cobertura total del Sistema de Salud Nacional.

El sector privado empresarial cubre al 14.5% de la población, aunque, por supuesto, la atención ofrecida es mayoritariamente curativa, de alto costo y sin ningún control preventivo. Además, sigue existiendo una relativa concentración de estos servicios privados, ya que el 29% del sector privado de salud de la ciudad de Guatemala, se localiza en la zona 1²⁰. No obstante que en la Región I se concentra la infraestructura del MSPAS, se conserva un 12% de déficit de puestos de salud, en esta área. La Región Norte es la que más déficit posee, al 62%²¹. Al respecto, a nivel nacional se mantiene un déficit promedio del 42% de Puestos de Salud.

3.2.2 Servicios del sector estatal:

En 1993 existían 7.560²² plazas de encamamiento, aunque los servicios ofrecidos por los establecimientos funcionaban, en 1990, al 58% de su capacidad. De este servicio, el 26% está destinado a medicina general, el 22% a cirugía, el 16% a ginecobstetricia, el 25% a pediatría, el 10% a los centros de salud y el 1% dedicado al tratamiento intensivo. Lo que da como resultado una cama hospitalaria por cada 676 habitantes.

En lo referente a la vacunación, se ha observado un aumento en los porcentajes de cobertura, pues el control prenatal institucional llega al 38%, la cobertura de vacunación de la BCG es del 57.1% en 1993, la antipolio del 77%, la D.P.T. del 75% y 16.77% de cobertura para el toxoide tetánico. En 1992, el menor porcentaje de cobertura de vacunación de la BCG lo tenía la Región Nor-occidental, con el 27%.

Es muy importante, hacer notar el valioso papel que ha desarrollado el personal voluntario del MSPAS y el de otras organizaciones comunitarias, quienes han asumido mayoritariamente este papel preventivo, y mejorado los porcentajes de cobertura de vacunación.

3.2.3. Recursos humanos del Sector Estatal:

Para 1992 habían 7.850²¹ médicos, 1.750 enfermeras graduadas, 7.795 auxiliares de enfermería y 35.518 entre comadronas, promotores y voluntarios de salud. El 80% de los médicos se encontraba en la Región Metropolitana, lo que implica una concentración de este personal en los hospitales y en el sector privado.

Con estas cifras se llega a un índice de 7.3 médicos por cada 10,000 hab. a nivel nacional, casi la norma de 8 médicos propuesta por la Organización Panamericana para la Salud (O.P.S.) para un país como Guatemala. En la Región I, el índice se triplica, a 27.5/10,000, lo que no necesariamente significa una mayor cobertura de atención médica.

En cuanto a las enfermeras graduadas, para 1994 existían 4.9 por cada 10,000 hab. en la Región I, y a nivel nacional la proporción era en 1992, de 1.8 por cada 10,000 hab. La diferencia entre niveles de este tipo de personal, podría basarse en la concentración de oportunidades de instrucción y de trabajo específico. Según la OPS, el promedio recomendado es de 4.5 enfermeras graduadas por cada 10,000 habitantes.

A nivel nacional existen 58 personas voluntarias en salud por cada 10,000 habitantes, pero a nivel metropolitano solo 17.4/10,000, es posible que esta diferencia sea causada por la concentración de la población en esta área. La cantidad de este tipo de personal a cargo del MSPAS llegaba, en 1993, a 48,158 personas, el 63% eran comadronas, 49% adiestradas, el 51% eran tradicionales, de las cuales el 16.5% se ubicaban en el área de Salud de Santa Rosa. El 37% de todo el personal voluntario lo constituyen promotores de salud, el 13% se ubica en el Quiché. El 22.2% del personal voluntario se concentra en la Región Noroccidental, caracterizada por su alto grado de población indígena y rural. Su situación de salud no es la mejor, ya que se ubica en el 6to. lugar de porcentaje de cobertura de vacunación, el primer lugar de población en extrema pobreza, y el 63% de hogares no cuentan con servicio de agua potable y 56% está sin drenajes.

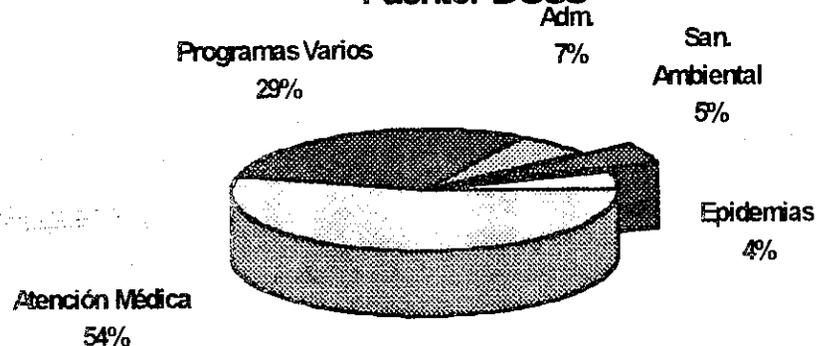
²⁰ Contabilización de clínicas con teléfono, en la Guía 1996, respectiva.

²¹ OPS, Op. cit. p. 2

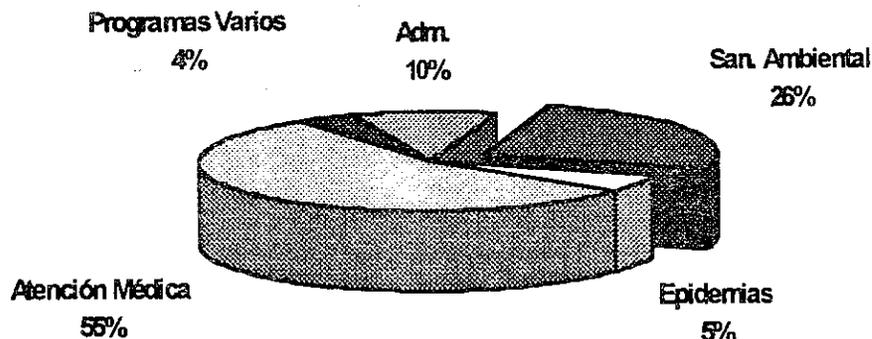
²² DGSS-MSPAS Informe de Labores (1993)

Distribución del Presupuesto del MSPAS en 1980,

Fuente: DGSS



Distribución del Presupuesto del MSPAS en 1993



1992, de Q. 3.60²⁵, esto sumado a la devaluación de la moneda en ese mismo período.

Se muestra con esto, que el trabajo del personal de salud es positivo, mientras exista acceso a infraestructura y equipamiento básicos, dentro de un plan simultáneo para el mejoramiento integral de las condiciones, además de planes de educación adaptados a la cultura y formas de expresión.

3.2.4 Recursos financieros del MSPAS:

El porcentaje de inversión, dentro del presupuesto nacional de Salud ha bajado del 46% (1980), a un 34% (1988). Sin embargo, se ha tomado conciencia sobre el papel determinante del medio ambiente, ante la situación de salud de la población, pues dentro de este presupuesto, en 1980 sólo se contemplaba un 5% a este rubro, pero en 1993 fue del 26%. En 1980 se tuvo un leve incremento, pues de un 4% de inversión destinado a la epidemiología, se llegó a un 5% en 1993, cuando se sabe que un gran porcentaje de las muertes no accidentales son provocadas por infecciones y enfermedades inmunoprevenibles. Más de la mitad del presupuesto sigue siendo destinado a la atención médica, caracterizada por su perfil puramente curativo.

"Se considera que la ampliación de la cobertura para el 40% de la población desatendida, tendría un costo de 250 millones de quetzales, si se continúa con el sistema tradicional de Salud²³."

La Organización Panamericana para la Salud (OPS) recomienda un 3% del Producto Interno Bruto (PIB) para invertirlo en Salud, aunque en 1980 sólo llegaba al 1.6% y en 1992 bajó al 1%. Dentro del proyecto de presupuesto del Estado para 1997²⁴, se contempla un 11% del total del presupuesto, destinado a la salud y previsión social. Es notable como ha decrecido la inversión gubernamental en este tipo de servicios, ya que en 1980 el gasto público *per cápita* en Salud, era de Q. 8.65, en 1984, de Q. 5.80 en 1988 y , en

²³ Algo más que números, Revista Magazine, Siglo XXI, 15/09/96

²⁴ Siglo XXI, 3/09/96, Pág. 8 Nacional

²⁵ OPS. Op. cit. p. 2

Conclusiones del capítulo I :

- Guatemala, un país caracterizado por una variedad geográfica y cultural, tiene notables diferencias abismales de desarrollo en sus habitantes. Esto ha permitido que la pobreza avance en pobladores que antes no la sufrían, lo cual ha limitado su acceso a satisfactores de sus necesidades básicas; razón por la cual permanecemos en el fondo de la escala del desarrollo humano
- La escasa atención a la salud que se ha brindado es, hasta el momento un "privilegio", y una "fortuna" para quienes de una manera u otra, viven en las áreas de centralización de los servicios. Sin embargo, también ha prevalecido el desconocimiento popular sobre la integralidad de la condición de salud, sujeta a factores contextuales e individuales de conciencia sobre su entorno
- El aislamiento educativo en que ha permanecido la familia guatemalteca, especialmente la madre, ha provocado que por ignorancia, los cuadros clínicos de algunas enfermedades comunes se hayan complicado lo suficiente como para causar la muerte
- A pesar de los avances en la disminución del fallecimiento infantil, los que sobreviven son afectados por altos grados de desnutrición, muchas veces determinante en su desarrollo.
- También han existido esfuerzos por cubrir de servicios básicos a la población en general, a pesar de ello, la población rural sigue siendo desatendida, especialmente en saneamiento básico. Algunas áreas precarias urbanas se encuentran en condiciones aún peores que las rurales
- El Estado no ha contado con la infraestructura suficiente para crear coberturas reales; ha permitido la concentración de los servicios de salud, lo cual los vuelve poco manejables y con servicios basados en una respuesta de carácter inmediato.
- El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social no ha podido cubrir a la población económicamente activa, pues un gran porcentaje de la misma se encuentran en el sector informal de trabajo.
- Igualmente a lo que sucede con la infraestructura del sector salud, el personal también se encuentra concentrado, se han producido crisis hospitalarias por escasez de personal paramédico, que en muchos casos, sigue sujeto a las fuentes monopolizadas de trabajo, mayoritariamente de carácter curativo.
- El gasto público en salud, en lugar de aumentar ha sido reducido en algunos casos, y en otros mal distribuido, como es el caso del suministro de medicamentos. El Estado todavía no considera que los gastos en medicina preventiva sean una inversión rentable desde el punto de vista social, ya que los planes de salud de escasa coordinación interinstitucional no han concretizado acciones con este propósito



A continuación se describen los aspectos socioeconómicos y sanitarios que condicionan la salud de los habitantes de la Región I, constituida por el departamento de Guatemala. Mediante ellos se evidencia que la concentración de servicios en esta Región, no garantiza el fácil acceso y buena calidad de los servicios.

1. Situación socioeconómica y política de la Región I:

La Región I o Metropolitana, está formada por la totalidad del departamento de Guatemala, que para 1994 contaba según el último CENSO de población, con 1'813.825 habitantes²⁶, lo cual indica que aumentó en un 28% desde el IX CENSO de Población en 1981. El Depto. está dividido políticamente en 17 municipios, y la ciudad de Guatemala en 20 zonas postales, lugar en donde se concentra el 45.4% de los habitantes del departamento y el 9.9% de todo el país. Su densidad es de 949 Hab./Km². (343 en 1964) El municipio de Guatemala, posee una densidad particular que se eleva a 4.453 Hab. por Km²: 59 veces la nacional.

La tasa promedio nacional de crecimiento entre 1950 y 1964 fue del 3.12%, en 1994 llegó al 2.47%, pero a nivel de la Región I, el municipio de Petapa obtuvo un crecimiento del 8.72% y Villa Nueva de 7.61%.

Aunque la población sigue siendo relativamente joven, la misma ha disminuido en este período intercensal. Por ejemplo, el grupo de 0 a 14 años pasó de 38.5% en 1981 a 36.4% en 1994. A pesar de que la población mayor de 65 años se ha reducido del 72.5% al 68% en el mismo período, la relación de dependencia ha aumentado del 3.5% al 4.3%²⁷, respectivamente.

Si en 1981 existían 993 mujeres por cada mil hombres, en 1994 la relación se invierte a 994 hombres por cada mil mujeres. Así, el 52% de la población metropolitana es de sexo femenino, un poco mayor que el porcentaje a nivel nacional (49.5%).

Las poblaciones en áreas urbanas del departamento, han ido creciendo en la medida en que las rurales han desaparecido: cuando sus asentamientos deberían ser mejorados en infraestructura, servicios y equipamiento, para integrarse como pobladores urbanos, en lugar de simplemente emigrar a zonas ya urbanizadas. En 1981 la población urbana era del 65.3% y en 1994 del 70.9%, la rural bajó del 34.6% al 29.1% respectivamente. Dentro de los municipios del departamento, el

mayor porcentaje de urbanización lo tiene Guatemala con el 100%, le siguen Villa Nueva con 90.32%, Petapa con un 87.2%, y Mixco con el 83.38%, para 1994. Los factores que colaboran en este proceso son, entre muchos, la alta tasa de inmigración que tiene la Región I, provocada en gran parte por la generalizada situación de pobreza que aqueja al interior del país. Esta contó con 44.9 inmigrantes no pobres, por mil habitantes y 58.4 inmigrantes pobres por cada mil habitantes en 1994. La creciente emigración a focos de atracción, y especialmente a la Región I, tiende a hacer insuficiente e incluso a disminuir la calidad de los servicios básicos diseñados para la población original.

En el municipio de Villa Canales el 91% de su población es rural, San Juan Sacatepéquez tiene un 90.6% y Palencia el 82.2%, por lo que a nivel departamental, en el 75% de sus municipios habita más de la mitad de sus pobladores rurales.



²⁶ INE. X CENSO Población, V de Habitación, Depto. de Guatemala (1996)

Según la Encuesta Nacional Sociodemográfica de 1989, la Región I reunía al 24.4% de la Población Económicamente Activa (PEA) total, o sea el 54% de la población del departamento mayor de 10 años. Sin embargo, en 1981 la PEA de la Región I la constituían el 47% del total de su población, y en 1994 este porcentaje bajó al 44.3%.

La situación salarial también sigue ajena a la realidad socioeconómica. Si bien es cierto, han existido políticas estatales de aumento salarial en los últimos años, se reporta un aumento del 45% de 1987 a 1989 en el ingreso individual y familiar, políticas sectoriales que produjeron el 170% de aumento destinado al sector patronal.

Durante 1989, el 83% de las familias de esta región tenía ingresos mensuales menores a Q 1,000.00; el 65% , menos de Q. 600.00 y el 36%, por debajo de los Q 300.00.

En cuanto al número de personas por vivienda en el departamento, en 1981 el índice era de 5.1 pero en 1994 bajó a 4.8 hab./hogar²⁷, reducción que permite visualizar que los hogares con menor número de personas han aumentado, entre otras causas, por el creciente número de ellos encabezados por madres solteras y la desintegración de los unifamiliares. En 1989 el 33.9% de los hogares contenía entre 3 y 4 habitantes, de los cuales el 87% obtenía un ingreso familiar mensual inferior a Q. 1,000.00.

Por lo anterior, la situación de pobreza prevalece aún en la "privilegiada" Región I. En 1989, el 64.3% eran pobres, y de éstos un poco menos de la mitad se consideran indigentes²⁸.

Existe una variación en cuanto a la situación étnica que afecta e incide en la pobreza en el Depto. de Guatemala, comparada con lo que sucede en el interior de la república: pues en 1989 el 87% de la población se autodefinió como "no indígena", pero del total de población pobre, el 58% lo era, lo que significa que la mitad de la población "no indígena" era pobre. Esta comparación justifica el paulatino empobrecimiento de los hogares, pobres actualmente, que antes no se consideraban en esta situación.

En cuanto a las ramas económicas de ocupación, al comercio se dedica el 19.6% de la PEA, de las que el 51% son mujeres. El 23.4% se aplica a la industria manufacturera y el mayor porcentaje, el 27.5%, a los servicios comunales, sociales y personales, de los que el 54% también son mujeres.

Según la categoría ocupacional, el 70% de la PEA del Depto. en 1989, desempeñaba puestos de obrero o empleado, el 83% laboraba en el sector privado, había serias dificultades para establecer una política salarial unificada y justa. El 20.9% trabajaba por cuenta propia, 44% eran mujeres, y de ellas el 78% tenía local propio, un poco mayor al porcentaje de los hombres con este tipo de local, que era 72%. Ya en 1994, aunque sólo el 15.5% de la PEA trabajaba por cuenta propia, la influencia femenina alcanza un considerable 72%. Este incremento de participación femenina en la PEA, se ve reflejado en la categoría de patrono, ya que para 1989 el 18% eran mujeres, y en 1994 este creció sustantivamente al 33%.

No en todas las categorías ha mejorado la condición de la mujer, tal es el caso de la categoría de trabajador familiar, que generalmente no recibe remuneración alguna. El 5% del total de la PEA (1989) departamental se dedica a esta ocupación, el 24.4% se aplica al comercio, donde 4/5 partes son mujeres; contrario a lo que sucede con el hombre, que principalmente se dedica al trabajo familiar de la agricultura. En cuanto a la ocupación principal, el 23% de la PEA, son operarios o artesanos seguidos, en su orden, por el trabajador de servicios, el agricultor y los vendedores. Tanto en los empleos de trabajador manual, empleado de oficina como en vendedores, el número de mujeres sobrepasa al de los hombres, principalmente en el primero en donde el 75% es de sexo femenino.

El departamento de Guatemala, crece a un promedio del 2.5% anual, el grupo de menores de 14 años tiende a reducirse, y la población dependiente a aumentar, además de que la población femenina y su participación productiva, están en crecimiento relativo. En su mayoría está habitado por personas en áreas urbanas, predominantemente "no indígenas". Un 41.5% vive en soltería, el 83% en estado civil viudo, son mujeres. Tiene el menor grado de analfabetismo, pero se mantiene la mayoría femenina analfabeta. Sus habitantes se dedican principalmente a la industria manufacturera, al comercio y a los servicios sociales. En 1994 el 80.3%, de sus habitantes vivía en locales formales, mejorando de manera sustancial en 1981, cuando llegó al 72.4%.

Y, finalmente, aunque ha disminuido el número de personas por hogar, esto no va acompañado de una mejor calidad de vida.

²⁷ Ibid. p. 11

²⁸ INE-FNUAP, Aspectos Sociodemográficos de la Pobreza (1992)

2.1 Situación sanitaria de la Región I:

2.1.1 Salud general:

Las condiciones generales de salud del Depto. se encuentran relativamente mejores que en el interior del país. Según el MSPAS la Región I se divide en 3 áreas de salud denominadas: área Guatemala Norte, Guatemala Sur, y Amatitlán, en donde se aglutinan los esfuerzos y recursos interinstitucionales sanitarios

La expectativa de vida para el hombre en esta Región, era de 63.14 años en 1990, cerca del promedio nacional de 62.41 para ese quinquenio. En 1990 para esta región la expectativa femenina era de 68.1 años. A pesar de ello, dentro del departamento estas tasas tienden a variar.

La tasa de fecundidad en 1990, oscilaba de 66.3 a 140/1,000 mujeres en edad fértil (mef). Un 80% de la población se consideraba afectada por algún grado de desnutrición. La mayor tasa de fecundidad se manifiesta en el área de salud Guatemala-Norte, lo que provoca al mismo tiempo la mayor tasa de crecimiento vegetativo, que para 1992 era de 24.5²⁹, irónicamente es en esta área en donde se presenta la mayor tasa de muerte neonatal. Resulta contradictorio que el área de salud de Amatitlán presente la mayor tasa de posibilidades de vida, pero al mismo tiempo la mayor de mortalidad infantil.

Se considera que el grado de instrucción de la familia, especialmente el de la madre, limita las acciones de autocuidado y manejo de los tratamientos médicos. Del total de analfabetas el 70% son mujeres. A pesar de que el alfabetismo urbano llega a un positivo 91%, el nivel de instrucción es relativamente bajo, especialmente en las mujeres.

A nivel rural, el 75% son alfabetas, y continúan analfabetas un gran porcentaje de maya-hablantes. Si a nivel urbano el 88% de las mujeres son alfabetas, sólo el 69% de las mujeres rurales saben leer y escribir. Por lo que se considera conveniente combinar las actividades de Educación en Salud, con operativos simultáneos de alfabetización.

En cuanto a la instrucción, sólo el 30% de la población posee educación primaria, el 14% educación media, el 0.83% superior y el 13% no ha recibido ninguna, de este grupo, el 65% vive en áreas rurales. Son precisamente en estas áreas rurales en donde sigue existiendo un déficit de equipamiento educativo. Por ejemplo, el 17% de la población urbana tiene acceso a la instrucción a nivel medio, mientras que la rural, sólo el 6%.

Durante el mes anterior a la encuesta Sociodemográfica realizada por el INE, en 1989, se reportaron como enfermos o accidentados el 7.3% de la población nacional, y de éstos, el 60% vivía en áreas urbanas. En la Región I este porcentaje aumentó al máximo (10%). La situación de pobreza sigue condicionando la salud de los guatemaltecos; muestra de ello es que el 78% de estas personas reportadas como enfermas o accidentadas, se encontraban en esta condición. Por varios factores, entre ellos, su bajo ingreso, dependencia del transporte público, menor nivel nutricional al no alcanzar la canasta básica familiar (CBF), y acceso limitado a los servicios de salud.

Del total de casos, el 55% acudió a consulta médica, y de quienes no asistieron, el 85% era pobre. En el área urbana no se acudió a este tipo de consulta en el 33% de los incidentes, y llegó al 52%³⁰ a nivel rural, lo que sugiere que a nivel urbano el sistema de salud y su esquema de funcionamiento, aunque cercano a los pobladores, no es confiable ni asequible para la mayoría de ellos. Esto sólo se explica por la exagerada densidad poblacional, y no por la respuesta a determinada cobertura. A nivel rural, se acude a otros mecanismos prácticos de curación, actitud causada en gran parte, por el tradicional déficit de servicios de salud.

Del total de casos de defunción a nivel nacional, el 20% de ellos se presentó en esta Región, antecedido sólo por la Sur-occidental. El anterior porcentaje tiende a aumentar según el marcado subregistro de las muertes. Sólo el 32% ocurrió en los hospitales, y únicamente el 71.6%³⁰ fue atendido por los médicos.

²⁹ DGSS-MSPAS, Informe Mimeografiado, (1992)

³⁰ INE, Encuesta Nacional Sociodemográfica, (1989)

2.1.2 Salud de la madre:

Las coberturas de programas de salud especiales para la mujer y el niño varían según las características propias de cada área de salud. El promedio de atención al embarazo fue, en 1992, el 38.67% de cobertura, en Amatitlán se dió el más bajo, sólo el 32.17%³¹. En cuanto al puerperio³² se alcanzó un promedio del 22.37%, y de nuevo el menor grado de cobertura se dió en el área de Amatitlán, con el 15.41%. El programa de planificación familiar alcanzó una cobertura máxima del 35.05% en Guatemala-Norte, y una mínima del 15.51% en Guatemala-Sur. El materno, llegó a un promedio del 28.23%, casi duplicado en el área Guatemala-Norte, y a la mitad en el área de Amatitlán. Esta última área de salud tiene el peor porcentaje global, a nivel departamental, de cobertura de programas dirigidos a la madre.

La tasa de mortalidad materna para 1992 fue de 4.7/10,000 n.v., y según el UNICEF es la quinta causa de las muertes de mujeres entre 15 y 44 años. Conforme a esta misma encuesta sociodemográfica en la Región I, el 66% de las defunciones registradas en el período 86-89, fue de mujeres, y del total de las ocurridas en los domicilios, el 54% también lo era.

2.1.3 Salud infantil:

A nivel nacional, la Región I ocupa el tercer lugar de cobertura general de vacunación, después de la Región Sur-oriental y Nor-oriental, con 61.5% y 58%³³ respectivamente.

En cuanto a la mortalidad infantil, el indicador promedio es de 64.96/1,000 n.v., sin embargo, llega a 138.14/1,000 n.v., en el área de salud de Amatitlán, la tasa más alta del país en 1993, a pesar de que la cobertura global de programas de salud del MSPAS llega a un 29.66% en esta área. Entre las principales causas de mortalidad infantil se encuentran las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y la desnutrición. Del total de fallecimientos, en el período mencionado anteriormente, el 28.3% era menor de cuatro años, y de estos, el 76% menor de un año. Del total de muertes infantiles el 17% sucedió en la Región.

El estado nutricional infantil es calamitoso, pues el límite porcentual de casos propuesto por la Organización Mundial para la Salud³⁴, es superado por todas las regiones del país.

En cuanto a la cobertura de programas infantiles, el área Guatemala-Norte, posee el menor grado, con un 24.36%³¹ de todos los programas, y el menor programático dirigido a niños de 5-14 años, por lo que la salud infantil depende también de factores socioculturales, más que puramente biológicos.

2.2 Servicios básicos:

El estado de salud física y mental de la población, está directamente influida por la carencia, baja calidad y distribución desproporcionada de los servicios básicos. El predominio de las infecciones respiratorias y parasitarias está provocado por las precarias condiciones ambientales: escasez de agua potable, falta de redes de drenajes sanitarios y pluviales, alumbrado eléctrico deficiente, manejo inadecuado de los desechos sólidos, y alta contaminación ambiental, entre otros. Además, todavía existen algunos monopolios en cuanto a la distribución, fuentes y manejo de algunos servicios básicos. Sin embargo, actualmente ya se generan proyectos integrales de infraestructura con una participación multipartita.

2.2.1 Servicios básicos de salud:

³¹ DGSS-MSPAS, Op. cit. p. 13

³² Puerperio: período que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer vuelven al estado ordinario anterior a la gestación. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, SALVAT, España, 1979.

³³ OPS, *Análisis de la Salud por Regiones*, (1992)

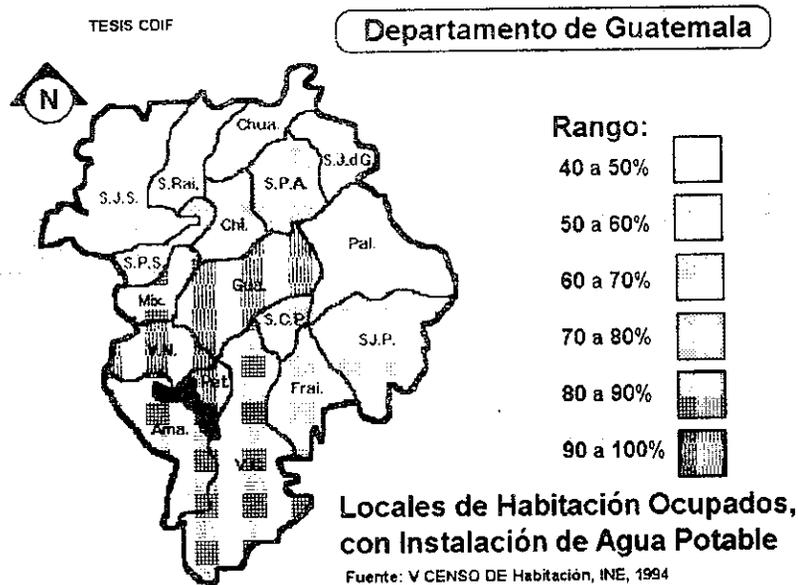
³⁴ OPS, *Condiciones de Salud en Guatemala*, (1994)

La asistencia médica, se encuentra como agrupación específica, dentro de los precios al consumidor, y dentro de éstos se subdivide en el grupo de medicamentos, servicios médicos y el de honorarios médicos profesionales. En julio de 1996, los índices de estos grupos fueron de 1.511.1, 528.7 y 664.9 respectivamente. Como agrupación y según el índice mensual de precios³⁵, esta se ubicó en tercer lugar, luego de Educación y Alimentación en su orden. Este gasto en salud dentro del presupuesto mensual familiar podría llegar hasta el 7% en las áreas urbano-precarias de la ciudad de Guatemala.

2.2.2 Agua potable:

En este departamento el 75%³⁷ de los hogares posee servicio de agua potable por medio de la red pública, pero únicamente el 70% de éstos lo reciben domiciliariamente. Los servicios proporcionados por sistemas privados han proliferado, llegan a cubrir hasta el 12% de la población, además, el 85% es otorgado en uso exclusivo. Pero la mayoría de estos servicios atienden a sectores en mejores condiciones económicas.

Un 11% de las familias se ven en la necesidad de acarrear el agua, ya sea desde un pozo (50%), de un camión cisterna (39%) o bien de algún recurso hidrográfico, como ríos, lagos, y manantiales (11%).³⁶



La infraestructura que proporciona la red pública de agua potable sólo cubre al 85% de la población urbana y al 48%³⁶ de la rural. Estas cifras son consideradas superiores a las coberturas encontradas en el interior del país.

A pesar de ello, el acarreo, sigue siendo una de las formas más utilizadas en las áreas rurales, pero también es común en las zonas urbano-precarias. La Empresa Municipal de Agua (EMPAGUA) es la encargada de velar por la distribución, calidad y manejo adecuado de las fuentes naturales. En la ciudad de Guatemala este servicio, considerado como esencial, ha motivado la organización de los pobladores carentes del mismo, movimiento que ha sido avalado por organizaciones de desarrollo y de gobierno. Aunque el mismo se desarrolla lentamente, ya se ha logrado replicar el sistema, al sistematizar la experiencia y transmitirla a otros asentamientos.

A partir de 1991, en algunas áreas precarias se iniciaron cambios en el sistema de obtención, distribución, administración y mantenimiento de los servicios básicos. Se ha logrado, desde entonces algunos proyectos comunitarios para ofrecer este servicio de acuerdo a las condiciones socioeconómicas de los usuarios. EMPAGUA, por su lado, además de su responsabilidad técnica, ha delegado parte de la administración y de la ejecución de los proyectos de agua. La comunidad provee algunos materiales de construcción,

la mano de obra calificada y no calificada, y también, en algunos casos, llega a administrar el servicio. Las organizaciones acompañantes proporcionan asesoría técnica y materiales, entre otros, pero principalmente apoyan la sociabilización del sistema. Incluso la mayoría de estos proyectos llevan un programa paralelo de educación ambiental, reforestación y de conciencia sobre el uso del vital líquido, estos serán detallados a nivel de las áreas precarias.

³⁵ INE, Índice de Precios al Consumidor (julio 1996)

³⁶ INE, Op. cit. p. 13

2.2.3 Drenajes:

A nivel nacional, la mayoría de los hogares, ante la ausencia de redes sanitarias, resuelve este servicio de manera individual, con la tecnología a su alcance, pero son soluciones aisladas y de muy corta duración, que afectan al desarrollo global de su propia comunidad. En este departamento, una tercera parte de la población utiliza un servicio sanitario de manera colectiva, de los cuales sólo un 55%³⁷ está conectado a una red de drenaje, y el 30% utiliza letrinas o pozos comunes.

Resulta indispensable acudir a la tecnología apropiada para mejorar la calidad, funcionamiento del sistema y el manejo de los posibles contaminantes, debido a que la letrina permanece como una opción práctica, principalmente en el área rural, en donde más de la mitad la usa como servicio exclusivo, y el restante como colectivo. El acceso a una infraestructura completa y especialmente con drenaje sanitario se va limitando en la medida en que la población se aleja de las zonas urbanas, en las que el 76% de sus pobladores tienen servicio sanitario exclusivo y conectado a una red, mientras los rurales, únicamente el 22%. Además, a nivel urbano permanece un 2% de la población que no posee ningún tipo de servicio sanitario; en el rural, el 7.7%.

El servicio sanitario de uso colectivo se ha convertido en una alternativa práctica aunque aplicada, al principio, de manera provisional. En la ciudad de Guatemala, la cuarta parte de los servicios son de uso común y de éstos, el 65% se encuentra conectado a algún sistema de drenaje.

Todo lo contrario sucede en el espacio rural, aunque tres cuartas partes de las familias utilizan este servicio de manera individual, el 60% lo hace por medio de letrinas o de los denominados pozos ciegos. Aunque en estos lugares, el uso colectivo de este tipo de tecnología no es muy común, sólo la emplea el 18%; y únicamente el 14% utilizan comunitariamente inodoros conectados a un drenaje. El programa de letrinización, de la División de Saneamiento del Medio del MSPAS, es

el encargado de manejar, de manera adecuada, la implementación de este tipo de servicios cuando la red de drenaje se encuentra defectuosa o inexistente.

Las redes de desfogue sanitario llegan al 56.7% de los hogares urbanos, y sólo al 18% de los rurales, por lo que la mayoría utiliza sistemas, en mayor o menor grado, con efectos contaminantes.

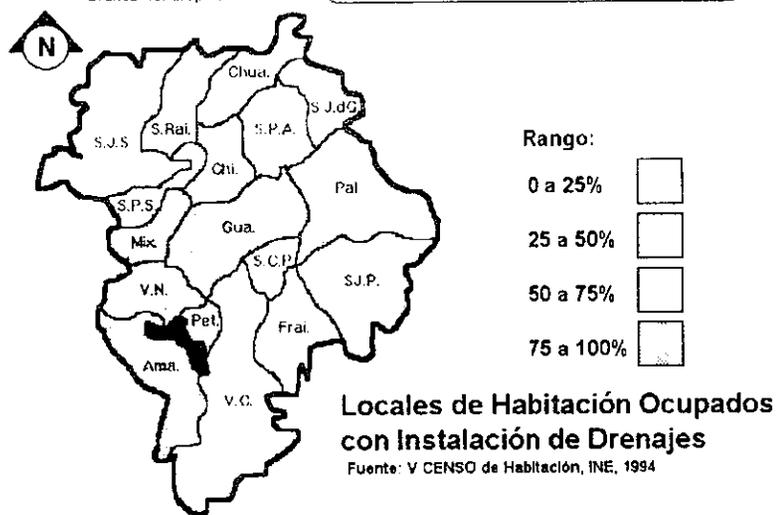
En 1994, el 88%³⁷ de la población contaba con el servicio de alumbrado público, el 3% lo obtiene mediante el sector privado, el 6% utilizan candelas, y el 2% gas corriente. Aunque no necesariamente en la misma proporción, se cuenta con limitada iluminación en las calles.

2.2.4 Alumbrado público:

En 1994, el 88%³⁷ de la población contaba con el servicio de alumbrado público, el 3% lo obtiene mediante el sector privado, el 6% utilizan candelas, y el 2% gas corriente. Aunque no necesariamente en la misma proporción, se cuenta con limitada iluminación en las calles.

TESIS CDIF
Gráfica No. drepmun

Departamento de Guatemala



³⁷ Ibid. p. 15

El 24% del servicio de alumbrado eléctrico público, es de uso colectivo, y en el privado el 33%.

Según las condiciones físicas de la vivienda, en las casas formales, los apartamentos, y habitaciones en casas de vecindad, más del 89% cuenta con servicio eléctrico público. Sin embargo, en las casas improvisadas, 5% de los locales de habitación particular, llega a sólo un 67%, de éste el 27% utiliza candelas para iluminarse, llega a un 48% en los locales clasificados como ranchos. Es conocida la relación que existe entre la ausencia de conveniente iluminación en las calles y en los hogares, con actos de violencia e incendios caseros espontáneos.

2.2.5 Desechos sólidos:

En esta región, la manera más común de descartar la basura, depende del acceso a los servicios sistematizados de extracción y conforme el lugar de residencia. A nivel urbano el 61% de los hogares utiliza algún servicio privado, en el rural sólo el 22%³⁸, en este sector no se conoce el destino de la basura, muchas veces depositada en basureros clandestinos cercanos. El servicio municipal de extracción sólo cubre al 9%³⁹ de los habitantes del departamento.

Estas deficiencias hacen que la mayoría de la población, especialmente la rural, se deshaga individualmente de la basura, pues esta área, el 75% no utiliza ningún servicio, ya que de éstos el 35% la quema, el 29% la tira, el 8% la entierra y el 3% utiliza diversos medios de eliminación. No existe control sobre los efectos nocivos que a cualquier plazo pudieran ocasionar estos métodos.

El 41% de los pobladores en esta región no contrata ningún servicio de extracción especializado. Esto demuestra que igual porcentaje trata de solucionar la acumulación de la basura a nivel domiciliar.

La falta de este servicio, podría promover el funcionamiento comunitario de proyectos de recolección de basura, y aprovechamiento económico del reciclaje. Aunque cualquier sistema se ve limitado en su factibilidad, por la propia educación sanitaria de los usuarios. En 1994 el sistema municipal, con 50 unidades, entre camiones, cargadores, barredoras, tractores y pick ups, recolectó 435.796 m³³⁹ de basura en la ciudad de Guatemala, un 40% más que en 1991, de los 23 mercados formales, los parques, calles y algunas dependencias municipales.

Contaminación ambiental de amplio impacto que generan los rellenos sanitarios oficiales y los basureros clandestinos, se ve acompañada por la que se produce en el interior de las viviendas.

En el área urbana del departamento, un 8%³⁸ continúa utilizando la leña, como principal combustible para cocinar, y en los hogares pobres a nivel nacional, este uso llega a un 84%⁴⁰, esto produce contaminación por el humo. El 40% de los hogares rurales, utiliza leña para cocinar cuando el 17.3%³⁸ no posee cuarto individual para la cocina.

3. Cobertura y organización del Sector Salud a nivel departamental:

La Región I cuenta con 105⁴¹ establecimientos distribuidos en tres áreas de salud como ya se ha mencionado, con su respectiva cobertura. El área Guatemala Sur debe cubrir al 52% de la población programática del departamento, con el 40%⁴¹ del equipamiento total. Este funciona a la mitad de su capacidad y, en algunos casos, los puestos de salud se encuentran cerrados, o bien limitados en sus servicios. A pesar de la concentración del equipamiento sanitario, esta región mantiene un 12% de déficit en puestos de salud.

³⁸ INE, Op. cit. p. 11

³⁹ Municipalidad Metropolitana, Memoria de Labores (1991-96)

⁴⁰ INE-FNUAP, Op. cit. p. 12

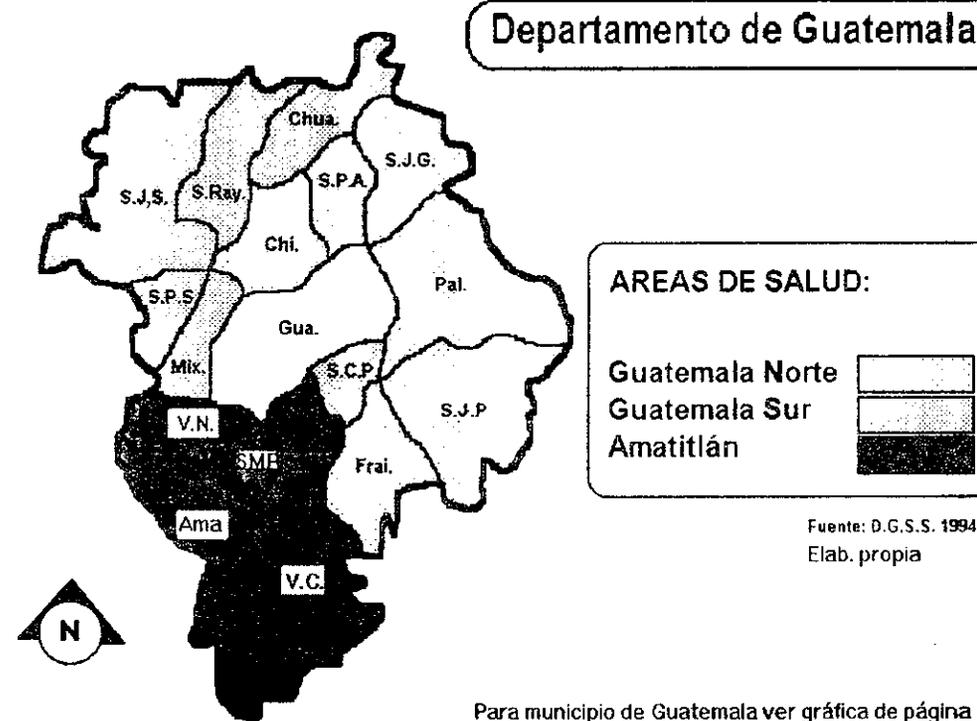
⁴¹ DGSS-MSPAS, Op. cit. p. 13

El área de salud Guatemala-Norte incluye, en el municipio de Guatemala, al Hospital San Juan de Dios y al Centro de Salud No. 1; en el interior del departamento están a su cargo el puesto de salud de Chuarrancho, el de San José Nacahuil, de San Pedro Ayampuc, Chinautla, San José El Golfo, Palencia y el de Fraijanes.

El área Guatemala Sur, tiene al Hospital Roosevelt y el centro de salud No. 3, el puesto de salud de la colonia Bethania, y el de la colonia Iro, de Julio en la ciudad de Guatemala, además del puesto de salud de Cerro Alto, el de San Martineros, San Raymundo, Mixco, Villa Canales, Sta. Elena Barillas, Jocotillo, Los Dolores, Santa Catarina Pinula, San José Pinula, y el Hospital Infantil de San Juan Sacatepéquez. Finalmente, el área de salud de Amatitlán cubre al Hospital y Centro de Salud No. 2 de Amatitlán, el anexo Hospital Infantil del mismo nombre, el centro de salud de Villa Nueva, y los puestos de salud de San Miguel Petapa y el Llano de Animas

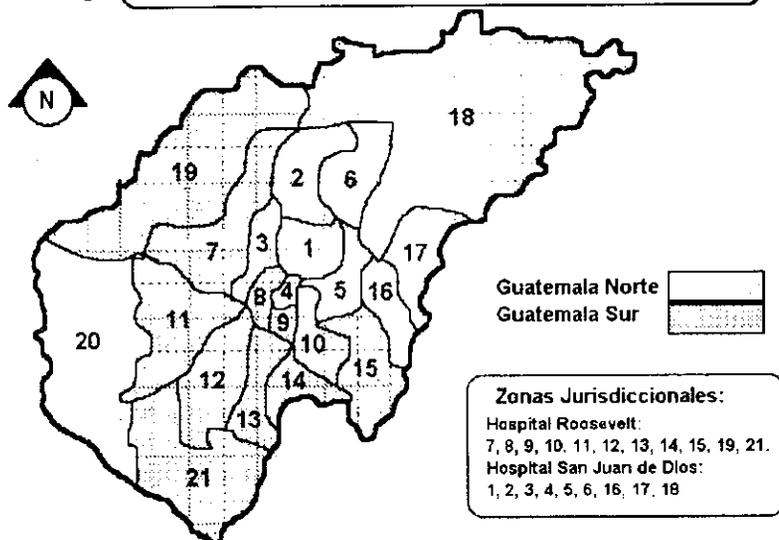
También existen servicios médicos a través del IGSS, con un hospital general, cuatro hospitales especializados, dos consultorios, de psiquiatría y neumología respectivamente, una policlínica, 3 unidades periféricas, en las zonas 5,6 y 11. También ofrece un banco de sangre, laboratorio y clínica para el personal del IGSS, una unidad asistencial en Amatitlán, consultorio en Villa Canales, puesto de primeros Auxilios en San José Pinula, Palencia, Fraijanes y Los Dolores.

TESIS CDIF



TESIS CDIF
Gráfica No. ascg

AREAS DE SALUD DE LA CIUDAD DE GUATEMALA



Fuente: D.G.S.S., 1994

Estos servicios son apoyados por ocho hospitales nacionales de especialización en los campos de dermatología, neuropsiquiatría, infectología, recuperación, dos de pediatría, tuberculosis, y rehabilitación de poliomelitis. Estos hospitales dan cobertura a nivel nacional, por lo que su margen de acción no se concentra en la Región I, lo que provoca su hacinamiento.

3.1 Recursos del Sector Salud :

3.1.1 Recurso humano del Sector:

El médico es el personal más centralizado en esta región. Llegan a 27.5 por 10.000 hab., más del triple que el recomendado por la OPS, y 25 veces el coeficiente de la Región Norte. Aunque esto no necesariamente significa que en el departamento exista mayor cobertura de este personal, pues éste labora mayoritariamente en las clínicas privadas que, aunque tienen relativo acceso a la población, no participan en programas integrales de salud y mucho menos, de carácter educativo. A este nivel existen 4.9 enfermeras graduadas por cada 10.000 Hab. sobre el óptimo según la OPS, de 4.5. Sin embargo, ya se han reportado numerosas crisis hospitalarias por la carencia de este personal especializado. Se cuenta

con el 4.5% de todo el personal voluntario a nivel nacional, el 47% de éste, está ubicado en el área de salud Guatemala-Norte, aunque por la densidad de población sólo hay 12 personeros voluntarios por cada 10.000 hab., cuando a nivel nacional es de 57/10.000.⁴²

3.1.2 Recursos financieros:

A nivel nacional los gastos destinados a los sectores sociales de inversión, disminuyeron del 28.8% en 1980, al 23.1%⁴³ en 1991, cuando fueron priorizadas la seguridad y la defensa. Dentro del PIB también hubo una reducción, pero considerando la concentración de la infraestructura y del personal de salud, en la Región I, podría afirmarse de manera superficial que se invierte suficiente recurso *per cápita*. El 75% del gasto está enderezado hacia la atención hospitalaria y, únicamente, un 25% a actividades de prevención y educación en salud. Además, según el nivel de atención, un porcentaje relativo de pacientes se ve en la necesidad de trasladarse a los hospitales metropolitanos, incluso desde el lejano departamento de Petén.

La inversión en el mantenimiento, insumos y pago de prestaciones, responde al 19.4% de los hospitales localizados en esta región, el 17% de los Centros de Salud tipo "B", y el 7.7% de los puestos de Salud, constituyen casi el 10% del total de la infraestructura estatal.

En cuanto a los medicamentos, en 1991 el 60.66% del presupuesto se concentraba en el departamento de Guatemala, en 1993 éste aumentó al 69.81%, en detrimento de las demás regiones. Grave situación cuando en determinada circunstancia, como en la Región Nor-occidental su presupuesto asignado se vio

⁴² DGSS-MSPAS, Op. cit. p. 13

⁴³ Bravo, Mario A., UNICEF, *La Farmacia Comunitaria*, (1995)

“disminuido” del 4.71% del total, al 2.61%⁴¹ en el mismo período. Aunque de forma aparente coincide el acaparamiento de los recursos financieros en la Región metropolitana, con la localización de los hospitales de mayor capacidad y tecnología, en ningún momento se justifica la reducción, la distribución desproporcionada y restringir este recurso en las demás regiones. Los programas estratégicos del Sector Salud, como el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los Tratamientos de Rehidratación Oral (TRO), y el manejo de las Enfermedades Respiratorias Agudas (IRA), entre otros, han sido apoyados técnica y financieramente, principalmente por agentes internacionales, con el valioso apoyo del personal voluntario, tanto estatal como comunitario.

Conclusiones del capítulo II:

- Las constantes inmigraciones han hecho de la Región I el sueño ficticio de los pobladores del resto del país que, pese a no resultar como imaginaron, muchos han decidido permanecer en la misma. Esto provoca, sin pretenderlo, un caos de abastecimiento en cuanto a los servicios básicos, y tendencias a aferrarse a los beneficios aparentes de esta concentración.
- A pesar de esta acumulación de servicios y de fuentes de trabajo de dignidad relativa, algunos de los municipios del departamento no han podido desarrollarse, todo lo contrario, ni siquiera han llegado a los niveles de algunas colonias urbanas de la ciudad de Guatemala.
- Los niveles de pobreza en esta región le han negado el acceso a la población a las consultas médicas, aunque muchas veces se encuentran “a la vuelta de la esquina”.
- La salud de sus habitantes, adicionalmente a los factores tradicionales, se ve afectada por los altos índices de violencia, accidentes automovilísticos, de trabajo y caseros, y por la contaminación del medio.
- La mujer en esta región, ha tomado roles especialmente protagónicos. Se ha visto en la necesidad de colaborar con el gasto familiar; es, en muchos de los casos, la que individualmente mayor aporte otorga. Sin embargo, esta participación tiene un alto costo, el que incluye la desatención de sus hijos y una lucha permanente contra el machismo, que hasta en algunos extremos la han hecho formar hogares encabezados por la madre, exclusivamente.
- La atención a niños ha mejorado en cuanto a coberturas de vacunación se refiere, pero en áreas de salud como la de Amatitlán se han presentado marcas nacionales de mortalidad infantil.
- Los servicios básicos han sido cubiertos en un gran porcentaje de la población, aunque las políticas de conservación y buen uso de los mismos no han sido efectivas. Algunas redes de distribución se encuentran obsoletas, y no se tiene una visión clara del impacto que provoca el abuso de las fuentes, saturación de las descargas sanitarias, y acumulación indiscriminada de desechos sólidos.
- Todavía es escasa la participación de la población en planes departamentales de salud, los recursos financieros y de logística del sector público son muy limitados, si bien es cierto esta región cuenta con la mayor inversión en salud *per cápita*, el destino de la misma se dirige a la administración y mantenimiento de la red macrocefálica de establecimientos.

⁴¹ Ibid. p. 19

Capítulo III: Contexto urbano precario

Se consideran a los sectores precarios como áreas prioritarias en cualquier planificación estratégica. El presente capítulo expone su surgimiento en la ciudad de Guatemala, distribución espacial y una caracterización detallada que permite visualizar su situación sanitaria, en general y los esfuerzos organizados de sus pobladores para mejorar sus propias condiciones

1. Surgimiento de las áreas precarias:

Desde la fundación de la primera ciudad de Guatemala en Iximché, a principios del siglo XVI⁴⁵, hasta nuestra época, se ha mantenido un esquema de concentración y acaparamiento en la planificación de asentamientos humanos, lo que origina abismos de desarrollo en el país; recientemente estos patrones se han reproducido dentro de las mismas zonas urbanas.

A pesar de los constantes traslados de la ciudad a emplazamientos más extensos, las poblaciones privilegiadas y sus propiedades, también fueron trasladadas, en parte, a cada uno de los nuevos asentamientos.

Algunos cambios en el comportamiento social de la población estuvieron enmarcados por acontecimientos naturales, económicos y políticos determinados. Durante la Reforma Liberal (1871) y sus cambios sustanciales, por ejemplo, se inician algunos fenómenos de emigración, lo que provocó la ampliación de los sectores urbanos, a la par del desplazamiento de algunas clases sociales medias y bajas hacia la marginalidad. En su momento, estas últimas poblaciones se dirigieron hacia la parte suroeste de la ciudad capital, limitados en su crecimiento por la cercanía a los servicios generales y las depresiones geográficas; fueron formando nuevos centros urbanos.

Uno de los medios de urbanización más utilizados al final del siglo XIX, fue la habilitación de boulevares con características europeas, que se constituían en ejes de crecimiento habitacional y comercial, en ese entonces ubicados al norte con la Av. Simeón Cañas; al sur la Ave. La Reforma y al sureste con la actual Av. Bolívar.

A principios del siglo XX, no había cambiado mucho este panorama. Fue a partir de los movimientos telúricos de 1917 y 1918 que las clases de élite se trasladaron al sur citadino, y los de bajos ingresos ocuparon terrenos que en ese momento aún permanecían baldíos, alrededor de la actuales zona 1 y 2; aunque estos fueron absorbidos por la masa urbana de manera paulatina hasta conformarse en barrios cantonales.

A partir de los años cincuentas del presente siglo, tanto la ampliación de funciones estatales, como la mejor situación económica y el relativo aumento en los servicios, motivó el movimiento de poblaciones rurales hacia las ciudades. Otros acontecimientos como la suspensión de la política de tierras en 1954, motivaron el desplazamiento masivo y la elevada tasa de crecimiento de la ciudad de Guatemala, que se duplicó en el período 1950-63. Para 1964 ya existían 27,358 habitantes precarios⁴⁵, concentrados en las zonas 3,5,6,7 y 19, con una tasa de crecimiento, en ese momento, de 6.7%. En los sesentas Guatemala ingresa al Mercado Común Centroamericano, se incrementó la concentración de los servicios administrativos en la ciudad capital.

Algunos pobladores ocuparon viviendas relativamente grandes, las que con el tiempo fueron subdivididas para dar cabida a otras familias, hasta crear los denominados "palomares", con un alto grado de promiscuidad y hacinamiento. Invasiones de mayor número de personas en igual área de asentamiento, se consolidaron con el tiempo, como sucedió a partir de 1954, en los alrededores del estadio olímpico Mateo Flores, con la actual "La Limonada".

De nuevo, el terremoto del 76 causó la destrucción de gran cantidad de viviendas, mayoritariamente de familias de escasos recursos, a quienes el gobierno dotó de programas habitacionales de emergencia. Particularmente en la ciudad de Guatemala, estas quedaron inmediatamente al desamparo estatal, por lo que se constituyeron en nuevas zonas marginadas. Debido a esta situación, el gobierno guatemalteco tomó la decisión de controlar estos emplazamientos a través de organismos creados para el efecto. Fue promovida entonces, la compra de predios estatales y propiedades del Banco Nacional de la Vivienda (BANVI), para la instalación de proyectos habitacionales.

Ya en los inicios de los ochentas, la difícil situación económica, el conflicto armado interno, entre otros fenómenos socioeconómicos, motivó el auge de los desplazamientos y de las invasiones a terrenos baldíos. En la actualidad la ciudad de Guatemala ha adquirido una configuración poli-céntrica, de tipo comercial y financiero, estos centros se ubican en las intersecciones de importantes vías rápidas, al estilo de los Estados Unidos de Norteamérica. Además, los

⁴⁵ Gellert G. Pinto J., *Ciudad de Guatemala, dos estudios sobre su evolución urbana*, (1992)

sectores altos de la población se han trasladado todavía más al sur de la ciudad, abandonando las zonas centrales y aldeñas, esto ha dado origen a la ploriferación de las denominadas "colonias" de los estratos medios. Finalmente, los sectores más pobres se aglomeraron en los márgenes de habitabilidad de las zonas urbanas, en terrenos de alta preligrosidad por su elevada pendiente, colindantes a barrancos, sin servicios esenciales, afectados por la contaminación ambiental pero, hasta cierto grado vinculados con los servicios y oportunidades de trabajo de la ciudad. Estos, pobladores constituyen la mayoría de los actuales sectores precarios

1.1 El papel del Estado:

Las deficientes políticas estatales de vivienda, en la ciudad Guatemala han permitido mantener un déficit actual de 135,000 viviendas⁴⁶, que crece en un 30% al año. El requerimiento anual de 53,000 viviendas sólo es cubierto en un 15% por los sectores de construcción tanto privados como del Gobierno. Si consideramos los bajos ingresos que en promedio obtienen las familias de estas áreas precarias, es comprensible su falta de acceso a los planes de financiamiento que para vivienda han propuesto los grupos privados y estatales, condicionados principalmente por su respuesta rentable.

La gestión gubernamental ha afrontado de manera relativa esta crisis, la que hasta la fecha continúa. La División de Asentamientos Humanos y Vivienda (DAHVI), como único departamento sobreviviente al cierre del Comité de Reconstrucción Nacional, y los organismos nacionales e internacionales, han tratado de sistematizar la información, organizar y clasificar los asentamientos, orientando de manera conjunta los esfuerzos dedicados al mejoramiento de las condiciones físicas, sociales y de servicios que caracterizan estas zonas. Así también, el Gobierno ha asumido compromisos prestatarios ante organismos financieros internacionales, como el Banco Mundial, las Naciones Unidas, entre varios, de forma paralela al aporte comunitario, para hacer frente a las altas inversiones iniciales en los proyectos de urbanización. Ejemplo de ello, es el convenio suscrito por el Comité de Reconstrucción Nacional, Juntas Directivas del Mezquital, La Cooperativa Integral de Vivienda "El Esfuerzo", el Banco Mundial y UNICEF, que en 1994, con el denominado "Programa de Urbanización del Mezquital, (PROUME)", propuso un proyecto integral de urbanización para los cinco asentamientos precarios de El Mezquital, al sur de la ciudad. Éste, contiene planes blandos de financiamiento para vivienda, distribución de servicios básicos y equipamiento urbano, acorde con las condiciones de los habitantes, metas que pretenden alcanzarse en un mediano plazo.

En 1987 fue constituida por la Secretaría General de Planificación (SEGEPLAN), la Comisión Interinstitucional para la Atención de las Areas Precarias de la Ciudad de Guatemala (COINAP) como la contraparte gubernamental del Programa de Servicios Básicos Urbanos (PSBU) de UNICEF; la cual pretendía unificar los esfuerzos institucionales y de los diferentes organismos nacionales y extranjeros que enfocaran su participación en estos sectores precarios. La misma inició sus funciones en los asentamientos que formaban el Mezquital.

Cabe señalar que los asentamientos urbano- precarios han podido desarrollarse dentro de una coyuntura especial. Esta les ha permitido obtener los servicios básicos de una manera más rápida y económica, que algunas poblaciones rurales. Debido, en parte, por sus inicios organizados, por su alta densidad y también a que en cierta medida, su problemática se hace "más evidente" ante las autoridades centralizadas del estado. Por esta razón algunas zonas rurales del departamento permanecen en el abandono interinstitucional.

2. Distribución de las áreas precarias:

Debido a que la mayoría de estos asentamientos se encuentran en el municipio de Guatemala, los estudios y la actualización sistematizada de la información se ha detenido en este nivel. Del total del área del municipio de Guatemala, de 232.1 Km², únicamente el 1.38% tiene vocación urbana⁴⁷, y el área que ocupan los barrancos es de aproximadamente 400 hectáreas, de los cuales $\frac{3}{4}$ partes se encuentran habitadas. Estos terrenos se constituyen en la única opción de asentamiento formal, para la mayoría de los pobladores con bajos ingresos, incapaces de alcanzar los planes estatales y, mucho menos, los privados. A pesar de que estas áreas no tendrían ningún valor comercial, aún así debido a la escasez de terrenos llanos, se producen enfrentamientos por la obtención de los mismos, generalmente ocupados mediante la vía de las invasiones, que provocan una condición de ilegalidad, muchas veces lo suficientemente prolongada, que les inhibe del

⁴⁶ Espinoza L. Hidalgo E. Una experiencia de participación comunitaria, en las áreas precarias de la ciudad de Guatemala. UNICEF (1994)

⁴⁷ INSIVUMEH, Motta Manuel, Entrevista (1997)

acceso a algún plan de desarrollo formal. En cuanto al grado de precariedad, y según UNICEF/SEGEPLAN, estos asentamientos se reparten así: el 41% de mayor Precariedad, el 32% de mediana precariedad y el 27% con menor grado de precariedad.

3. *Caracterización de las áreas precarias:*

El crecimiento no planificado y considerablemente acelerado de los centros urbanos, y de forma particular de la ciudad de Guatemala, ha incidido en forma negativa en las condiciones de vida de sus habitantes. A pesar de que estas prevalecen en los asentamientos urbanos, podría decirse que algunas zonas rurales, en una diferente evaluación respecto a su contexto, se encuentran bajo algún grado de precariedad. Es posible, entonces, definir y analizar las características de los asentamientos denominados como "precarios", lo que en grado mínimo, o ninguno, satisfacen las necesidades esenciales de sus pobladores.

De acuerdo a la valoración relativa de cada una de estas características, reflejadas en las condiciones propias de cada asentamiento, es que se obtiene una escala relativa de mayor o menor precariedad. En primera instancia, puede alcanzarse una pre-clasificación, al interrelacionar factores internos con aspectos globales de la situación a nivel nacional. Por ejemplo, la forma en que influyen las condiciones de trabajo en las características físicas de la habitación, la propiedad del terreno, sobre las condiciones favorables o desfavorables de habitabilidad; la situación socioeconómica de los hogares, con respecto a su organización social, y cómo afecta ésta en la búsqueda de los objetivos colectivos.

Todas estas interrelaciones crean un marco propio de identificación ante el resto de grupos sociales, y afectan positiva o negativamente la actitud social ante el desarrollo integral de estas comunidades. Aunque una parte de las consecuencias del presente condicionamiento no puede apreciarse a simple vista, existen aspectos materiales que sí pueden cuantificarse y cualificarse. En primer lugar, la variable en cuanto a la propiedad de los terrenos: la situación en que se encuentran los trámites de legalización y cómo son catalogados según esta condición, que limita su futura adscripción a proyectos globales de urbanización. La aptitud propia del terreno también condiciona su habitabilidad, las características físicas del subsuelo, su forma, orientación, su accesibilidad, entre otros, pueden permitir una construcción estable ante alguna circunstancia fortuita o natural. Por supuesto, el acceso relativo a los servicios básicos, como agua potable, drenajes, energía eléctrica, urbanización completa y equipamiento comunitario, afectan directamente la vida de sus habitantes. La vivienda queda limitada en su privacidad, definida estrictamente por el tamaño del terreno, dotada de los servicios mínimos y con los materiales más accesibles, pero poco resistentes a factores externos.

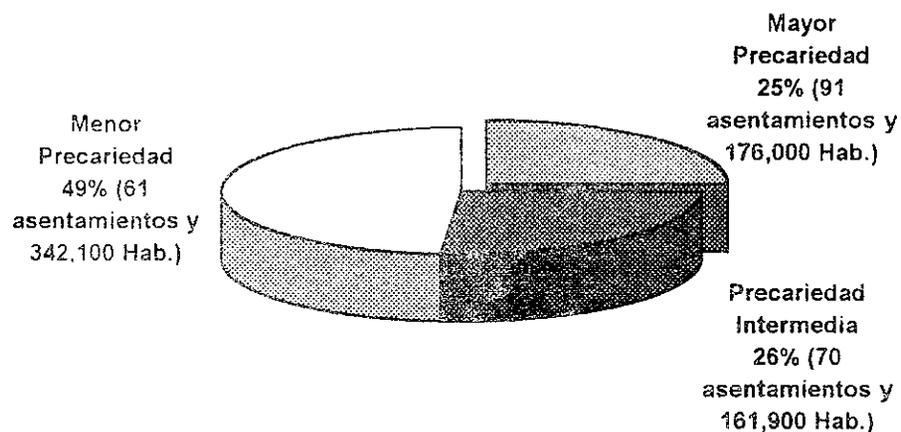
El peso relativo de estas condiciones y su impacto en la habitabilidad de los asentamientos, permitió hacer la "Caracterización de las áreas precarias urbanas de la ciudad de Guatemala"⁴⁸, y la estratificación de las mismas en tres grandes grupos. Definidas por esta caracterización, existen las áreas de "mayor precariedad", con aproximadamente 176,000 hab.⁴⁸ (1991), representando al 25% de los asentamientos precarios; las de "precariedad media", con 70 asentamientos y el 26% de la población precaria, y las áreas de "baja precariedad", con 61 asentamientos y el 49% respectivamente.

Caracterización de las áreas precarias de la ciudad de Guatemala:⁴⁸

- ⇒ **Asentamientos de "mayor precariedad":** en todos los sentidos, en la tenencia del suelo urbano, en la forma constructiva de la vivienda, en la dotación de los servicios públicos y de equipamiento comunitario.
- ⇒ **Asentamientos de "precariedad intermedia":** ofrecen condiciones mínimas de vivienda, servicios públicos y equipamiento comunitario, así como estabilidad física y legal en cuanto a la tenencia del terreno, pero no en cantidad y calidad suficientes para la mayoría de los habitantes del asentamiento.
- ⇒ **Asentamientos de "menor precariedad":** son aquellos que cuentan con el mínimo para llevar una vida digna, tanto a nivel de ingresos como en cuanto a vivienda, los servicios públicos, el equipamiento comunitario y la tenencia del terreno.

⁴⁸ Zea S.; Castro H. UNICEF- SEGEPLAN, Caracterización de las áreas precarias de la ciudad de Guatemala, (1991)

Distribución de las áreas precarias en la ciudad de Guatemala, por grado de precariedad, Fuente: UNICEF/SEGEPLAN 1991, Elab. propia.



Los gobiernos de turno han permitido, irresponsablemente, la invasión de estos terrenos que generalmente poseen bajo valor en el mercado, o propuestos para áreas de equipamiento destinados a colonias de estratos medios. La atención hacia el resultado de estas invasiones, ha sido igualmente irresponsable lo que aumenta la demanda de servicios básicos y de vivienda, de manera desproporcional a la oferta estatal, que se ha caracterizado por ser privativa ante los sectores populares.

4. Situación socioeconómica y política en las áreas precarias:

4.1 Situación general:

La población que vive en áreas precarias, constituye casi el 45.3% de la población metropolitana, o sea 821.922⁴⁹ habitantes para 1994. También ocupa el 54.1% de la población urbana del departamento de Guatemala y hasta el 26% de la población urbana nacional. El 50.2% son hombres y la población menor de 14 años oscila del 50.8% al 57%⁵⁰ en algunos lugares. Esto muestra que la población infantil es la más vulnerable a estas condiciones.

Sus habitantes migrantes van desde el 52% al 85% según el asentamiento. Son originarios, predominantemente de las Regiones Suroccidente y Suroriente aunque, según las condiciones de la invasión inicial, pueden llegar a provenir de lugares periféricos en un 24%⁵⁰, como en el asentamiento "Jesús de la Buena Esperanza", en los bajos del puente Belice. La tasa de crecimiento en algunos municipios tiende a variar, las zonas postales de la ciudad de Guatemala presentan desde el 4.42% en la zona 22, hasta 7.88% en la zona 16. Estas áreas precarias crecen a un ritmo acelerado del 5.6%⁵¹ anual, lo que duplica al crecimiento nacional.

Hasta 1991, existían 230⁵¹ asentamientos precarios, en la ciudad de Guatemala, excluyendo algunas áreas rurales del Depto. que podrían considerarse en esta condición, además de los proyectos habitacionales que, dentro de sus contextos específicos, muestran distintos grados de abandono por la negligencia de sus planificadores.

Existen poblaciones generalmente ubicadas sobre terrenos de baja capacidad de soporte, rodeada de depresiones abruptas y sin protección forestal; afectada por el polvo y lodo que provoca la falta de urbanización; dotados en grado mínimo o ausente de servicios básicos, generalmente no domiciliarios; de alto costo y disponibilidad relativamente privilegiada. Algunos poblados están emplazados cerca de ríos de aguas negras, propensos a deslaves o desmoronamientos.

⁴⁹ Espinoza L./Hidalgo E. Op. cit. p. 23

⁵⁰ COINAP-UNICEF, *Diagnóstico histórico de 5 asentamientos, ciudad de Guatemala*, (1994)

⁵¹ Zea M./Castro H. UNICEF-SEGEPLAN, Op. cit. p. 24

En la ciudad de Guatemala, durante el período julio 1994 a julio 1996, el Índice de Precios al Consumidor subió de 627.8 a 762.9, principalmente se incrementó en los rubros de alimentos y medicinas, mientras que el poder adquisitivo del quetzal se redujo de 16 a 13 centavos. En julio de 1996, el costo de la Canasta Básica Familiar (CBF) para un hogar de 5.38 personas fue de Q. 1,073.65 al mes⁵².

Con respecto a las actividades ocupacionales, éstas se concentran en el denominado sector económico informal, trabajadores por su cuenta, ventas callejeras, y trabajos familiares. Predominantemente ocupados en el comercio y servicios sociales. La ocupación más común es la de albañilería, dominada por el hombre, seguida por el oficio de obrero y actividades de servicios técnicos varios.

La mujer, en un 48%⁵³, se dedica a ser ama de casa, sin remuneración económica, luego a los servicios domésticos y a actividades comerciales, en su orden. Aunque la mujer logra ocuparse en un trabajo remunerado hasta en un 55% de los casos, el 66% lo hace en el sector informal. Cada hogar se sostiene mayoritariamente por una sola persona, pero, llega al 13% el número de casos que se sostiene por el 60% de miembros de la familia.

La pobreza extrema es característica común en estos hogares precarios, con ingresos familiares promedio menores a los Q.600.00 mensuales. Esto propicia una inestabilidad emocional, baja auto-estima, falta de interés en resolver sus problemas individuales que a la postre, son problemas de toda su comunidad. Por consiguiente, se observa que casi el 85% de los hogares no alcanza a cubrir el costo de la canasta básica familiar cuando deben apartar hasta el 66.5% de su presupuesto para la alimentación.

Esta situación económica de desventaja, la sufren principalmente las mujeres, ya que el 35% de los hogares se encuentra bajo la responsabilidad de madres solteras. Además, son las mujeres las que más aportan de su ingreso personal al de la familia.

Estas condiciones solo han permitido que el 22% de sus pobladores habite casas formales, y el 78% en las denominadas champas o covachas, multiviviendas y con alto grado de promiscuidad. En una encuesta realizada a cinco asentamientos precarios de la ciudad de Guatemala⁵⁴, se observó que el promedio de personas por familia era de 5.75, aunque el hacinamiento llega al 56%, de 4 a 6 personas por cuarto.

Los niveles educativos y de instrucción son desfavorables en estas zonas: a pesar de su relativa cercanía al equipamiento educacional, la capacidad de esta es limitada y los recursos económicos vuelven a limitar el acceso. Incluso, a veces, se han generado conflictos de cobertura entre colonias más establecidas y algunos asentamientos precarios.

Si se habla de alfabetización, el 19% de las mujeres de las áreas precarias no sabe leer y escribir. El 19% del total de la población precaria logró obtener instrucción hasta 3ro. primaria, el 36% hasta 6to. y el 23% tiene educación secundaria. Según el Centro de Estudios Urbanos y Regionales, en 1990 el porcentaje de analfabetismo a nivel metropolitano llegaba al 13.45%, mientras que en las áreas precarias llegaba al 32.8%, aunque llega al 38% el porcentaje de madres que no tenían ningún grado de instrucción, como sucedió en el asentamiento "Tierra Nueva II". Al mismo tiempo se observa una pequeña superioridad en cuanto a la instrucción a nivel secundario en las mujeres, respecto de los hombres.

4.2 Gastos en salud:

Según una encuesta realizada por COINAP/UNICEF en la colonia Carolingia, el promedio de gasto mensual por familia era, en 1995, de Q 1,231.41, donde casi la mitad se destina para la alimentación, aunque debe sumarse el 3% del gasto familiar en combustibles para cocinar. En los servicios básicos llegó al 15%, sin embargo, este gasto puede variar en cuanto a la dotación de infraestructura y, principalmente, al gasto en transporte, rubro que varía de acuerdo con la distancia a los centros de servicios. Según un estudio inédito, los habitantes de estas zonas precarias disponen de Q 35.00 para los medicamentos⁵⁵; cuando se sabe que estos productos son distribuidos mayoritariamente por el sector privado y con márgenes de ganancia superiores al 50% de su costo de producción.

⁵² INE, índice de precios al consumidor, (julio 1996)

⁵³ Espinoza L. Hidalgo E. Op. cit. p. 23

⁵⁴ COINAP-UNICEF, Op. cit. p. 25

⁵⁵ Bravo M., UNICEF, La Farmacia Comunitaria, (1995)

En la colonia Carolingia el gasto de salud llegó al 7%, casi Q 90.00 mensuales, que podría considerarse un gasto mínimo, aumentado por el costo del transporte en las consultas médicas, el aumento del índice de precios, especialmente en la atención médica y medicamentos. Dentro de estos gastos en salud, también existen algunos de tipo indirecto, como los rubros de calzado, ropa, recreación y vivienda entre otros. En las áreas rurales del departamento, debe tomarse en cuenta los aspectos culturales y de medicina tradicional, en donde estos rubros cambian, especialmente al acudir en mayor porcentaje, a la medicina natural y a métodos poco ortodoxos de diagnóstico.

La pobreza (Q.600.00 promedio de ingreso familiar mensual) y la pobreza extrema son los aspectos que prevalecen en las áreas precarias urbano-rurales, condicionan el acceso a la salud, los proyectos estatales de distribución de los servicios médicos y medicamentos, han fracasado por razones políticas, de mercado, monopolio y administración deficiente.

Debido a lo anterior, se ha desarrollado propuestas autogestionarias que permiten una adecuación de los servicios, de los insumos y de control de la salud. Muestra de ello es el Proyecto de Farmacias⁵⁶ de la Fundación Esfuerzo y Prosperidad (FUNDAESPRO), organización comunitaria reconocida con visión integral, integrada por mujeres, que se desenvuelven en algunas áreas precarias de la ciudad de Guatemala. Este proyecto económico, entre otros de la misma organización, permite subsidiar a los de naturaleza social dentro de las mismas comunidades. El Proyecto de Farmacias, ha logrado sistematizar las condiciones generales de salud de determinada microzona, hasta obtener una demanda específica que condiciona la oferta real de medicamentos, y la distribución y administración local de su comercialización.

5. Situación sanitaria de las áreas precarias

Los servicios emergentes de salud han sido solicitados de manera organizada por la mayoría de los pobladores precarios, estas demanda aumenta en el momento inicial del emplazamiento, mencionado anteriormente. Aunque la infraestructura ocupa un segundo lugar en estas solicitudes está intimamente ligada a la situación sanitaria. Algunos servicios de salud son pedidos individualmente al IGSS y a sus hospitales cercanos o no, pues éste no puede cubrir a los pobladores que no son afiliados.

Es cierto que los asentamientos precarios se encuentran a una relativa cercanía de la infraestructura sanitaria, pero han crecido lo suficiente como para hacerse acreedores a un parámetro interno e individual de equipamiento en salud. Del total de asentamientos de la ciudad de Guatemala (221) en 1991, el 64%⁵⁷ no contaban con ningún terreno destinado para el efecto y, mucho menos, algún edificio habilitado técnicamente. Solo el 17% de los asentamientos contaba con un edificio adecuado, que no garantizaba la calidad y distribución de los servicios médicos; ésto agravado por el grado de precariedad, prueba de ello es que un equipamiento adecuado en las poblaciones de mayor precariedad llega sólo al 3%.

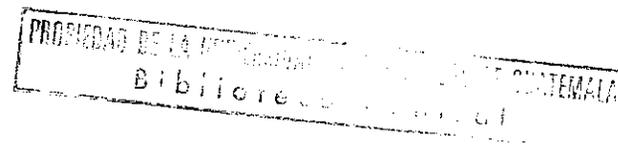
5.1 Educación:

Es de reconocimiento general el papel que desempeña la instrucción de la madre con respecto a la situación de salud de sus hijos.

Aunque a nivel metropolitano no se expresa un alto índice de analfabetismo (13.4%), según el Centro de Estudios Urbanos y Regionales (CEUR), no se muestra la situación de los asentamientos precarios, en donde, llega hasta el 32.8%. La instrucción se ve limitada a los centros públicos, cuando el gasto en educación mensual oscila del 3.1% al 4% del presupuesto familiar. Sólo el 23% de los habitantes tuvo acceso a la educación secundaria y el 36% a la primaria completa.

⁵⁶ Ibid. p. 26

⁵⁷ Zea M./Castro H. UNICEF-SEGEPLAN. Op. cit. p. 24



5.2 Salud de La madre:

Es la mujer quien especialmente sufre los efectos de la falta de infraestructura, servicios y urbanización, pues permanece en el asentamiento un tiempo relativamente mayor que el hombre, y es quien se ve en la necesidad de movilizarse para satisfacer las necesidades básicas diarias de su familia. Con respecto al control prenatal, el 64% de las madres no había recibido ninguna dosis de toxoide, el 18.4 apenas una, a pesar de que el 65.7% de ellas habían recibido alguna atención prenatal, y de embarazo el 9.4%⁵⁸.

El 35% de las mujeres menores de 19 años había quedado en estado de embarazo, y el 100% habían tenido su primer embarazo antes de los 20 años⁵⁹.

Así como la madre y sus hijos han sido los más afectados en su salud, también han sido las mujeres quienes han mantenido un mayor grado de conciencia sobre la problemática y las que más han aportado en los programas locales de salud.

5.3 Salud infantil:

La situación en las áreas precarias ha sido dramática, especialmente para la salud infantil, predominantemente durante los primeros meses de la invasión o traslado inicial, en donde se ha producido tasas extremas de mortalidad, desnutrición, e infecciones parasitarias agudas y respiratorias, en momentos en que los servicios básicos eran inexistentes o bien insuficientes para atender a la población de rápido crecimiento.

Las principales causas por las que los menores de 5 años se enferman son: 40.4% por las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y un 15.2%⁶⁰ por diarrea.

En base a la encuesta mencionada⁶¹ y en cuanto al esquema de vacunación en cinco asentamientos, el 11% de los menores de un año, no había sido vacunado, lo mismo sucedía en el 3% de los menores de cinco años. En este grupo de riesgo, las enfermedades ocasionadas por infecciones fueron las prevalentes, principalmente en los menores de 5 años, seguidas por las infecciones de la piel. Esta prevalencia se mantuvo probablemente por la relativa permeabilidad y escasa higiene del piso, mayoritariamente de tierra, que en algunos asentamientos llegaba a ser la superficie más común, en un 90% de los hogares de asentamientos recién establecidos.

En la mayoría de los casos, las enfermedades comunes se complican por el tipo de tratamiento utilizado, por ejemplo en el diagnóstico de diarrea, el 25% de las personas utiliza algún remedio casero, y el 14% antibióticos⁶², aunque no haya sido provocada por alguna infección.

Estas áreas también se caracterizan porque su población infantil tiene un alto grado de desnutrición que les provoca retardo en su crecimiento y limitado desarrollo de sus facultades. La lactancia materna se ve interrumpida por la necesidad de abandonar prontamente esta práctica, principalmente por las madres trabajadoras, quienes en algún momento hasta la sustituyen por otras bebidas, como el café y bebidas carbonatadas, por citar algunos ejemplos.

5.4 Salud mental:

El aspecto salud mental ha estado tradicionalmente desatendido dentro del proceso salud-enfermedad, en la medida en que los trastornos y síntomas físicos dominan el cuadro clínico, muchas veces ocasionados por esa misma desatención. Según un diagnóstico hecho en las comunidades de La Verbena y El Mezquital⁶³, a nivel "Comunitario" se logró identificar desórdenes sociales, que a nivel "Familiar" se señalan como fenómenos fuera de su hogar y que sólo suceden en la "comunidad". Lamentablemente esta diferencia de identificación corresponde a una desigual conciencia sobre la problemática.

⁵⁸ DGSS-MSPAS, Informe de Labores (1994)

⁵⁹ PSBU-UNICEF, Encuesta de Salud en los Asentamientos Urbano-precarios (1991)

⁶⁰ DGSS-MSPAS, Op. cit. p. 27

⁶¹ COINAP-UNICEF, Op. cit. p. 25

⁶² Zea M./Castro H. UNICEF-SEGEPLAN, Op. cit. p. 24

⁶³ UNICEF-PRONICE-COINAP, Diagnóstico de Salud Mental de la Col. La Verbena y el Mezquital (1994)

La patología dominante en los adultos manifestó⁶⁴ problemas de ansiedad y depresión, mientras que en los niños se ven reflejados los trastornos en su bajo rendimiento escolar y problemas de conducta.

La estabilidad social y el nivel de organización del asentamiento, son la base para la planificación de actividades en torno a la salud, además ha permitido mejorar la conciencia sobre la salud mental, ya que se observa desde un punto de vista integral. Por el contrario, el bajo grado de organización, el escaso tiempo de asentamiento, la actitud de impotencia ante la pobreza, la poca vida comunitaria, y la ausencia de espacios de recreación, determinan este grado de conciencia y de actuación ante los problemas psicosociales.

Aunque existe una interpretación limitada de los pobladores sobre algunos aspectos de salud mental, si pudieron manifestar sus efectos en la vida cotidiana. Entre ellos, comentaron los altos niveles de violencia intrafamiliar y callejera, el abuso sexual, robos, asaltos, riñas callejeras, secuestros, las denominadas "maras", la vagancia, drogadicción, el alcoholismo, prostitución, maltrato infantil y hacia la pareja. También relacionaron estos efectos con la desvalorización de la mujer, el aumento del número de madres solteras, la desintegración familiar, la infidelidad, la promiscuidad y hacinamiento, desempleo, falta de valores morales y repitencia escolar, entre otros. Es lamentable que se mantenga una visión **prejuiciosa**⁶⁴ y censurada sobre esta salud mental, aunque algunos fenómenos como los mencionados anteriormente, obedezcan a procesos de adaptación y a normas de crianza, entre otras causas. Incluso se atribuye a algunos aspectos religiosos, determinadas actitudes mentales, al mismo tiempo que de manera individual es casi imposible el reconocimiento o aceptación de algún padecimiento mental.

Lo anterior pone en evidencia que hace falta propiciar programas de sociabilización ante estos problemas ocasionados por **desórdenes** en la salud mental de las comunidades. Para lograr esto se han de emplear los recursos organizativos ya existentes, dirigidos a la satisfacción de las necesidades básicas, para mejorar las condiciones generales, hasta llegar a una conciencia intrafamiliar y general de manera **simultánea**.

Es de hacer notar que la inexistencia o descuido de áreas específicas de recreación activa y pasiva, colabora con la ya deteriorada salud mental de los pobladores precarios. Sin embargo, a nivel ministerial, lo relativo a "deportes" se encuentra adscrito al Ministerio de Cultura, y no al de Salud Pública.

6. *Servicios básicos:*

La estabilidad económica es el requisito fundamental para obtener **"individualmente"** los servicios básicos, incluyendo la salud, educación y el mejoramiento global de las condiciones de habitación. Sin embargo, solamente la **gestión organizada** ante las entidades responsables, puede permitir el acceso **"colectivo"** a la infraestructura básica y legalización de las tierras. Muchas veces el grado de respuesta ante la demanda de estos servicios, ha sido restringida por el temor de las autoridades a promover la invasión a otras propiedades valdías. Además, los pobladores de estas áreas precarias pagan hasta 14 veces más el costo de algunos servicios como el agua potable, por ejemplo, con respecto al metro cúbico cobrado por EMPAGUA.

6.1 **Agua potable:**

El municipio de Guatemala siempre ha sido afectado por un déficit en este servicio vital, hecho que se complica aún más por el crecimiento excesivo de su población. En 1973, por ejemplo, el 48% de los hogares no contaba con agua potable; en 1989, subió al 53%⁶⁵, lo que demuestra que la oferta de servicios se ha mantenido a la zaga del crecimiento poblacional. Si bien es cierto el V CENSO de Habitación en 1994 expuso que el 95% de los locales de habitación ocupados en este municipio, contaban con agua potable, del total de locales ocupados, el 3% son casas improvisadas, en donde sólo el 73% tienen acceso al agua potable.

Estos datos del CENSO ofrecen una panorámica poco dramática, sin embargo, se considera que existe un amplio sesgo de información, basado en el significativo margen de error reconocido oficialmente por el INE y, principalmente por la escasa información y siempre cambiante situación de los sectores precarios.

⁶⁴ *Ibid.* p. 28

⁶⁵ INE, *Encuesta Nacional Sociodemográfica* (1989)

En cuanto a mecanismos de distribución alternativos, predominan los chorros públicos y los camiones cisterna, con sus respectiva distribución inequitativa, alto grado de contaminación y acaparamiento. Las necesidades de consumo varían según el número de habitantes por hogar, aunque la mayoría consume un tonel diario por familia⁶⁶.

Como se mencionó en el contexto regional, este servicio ha logrado una gran movilización social en estos asentamientos en los que adquiere un carácter esencial. Algunos ejemplos de esta positiva actitud colectiva se encuentran en las colonias Plaza de Toros, zona 13 y Tecún Umán, localizada en la parte urbana del municipio de Chinautla. Éstas, han logrado que se aplique un trato especial de parte de las autoridades de EMPAGUA y sus municipalidades respectivas. El espacio de negociación obtenido por las comunidades, ha permitido la instalación del sistema de distribución, que varía de grifos comunales a servicio domiciliario con medición macrométrica,⁶⁷ y con tasas de consumo congruentes y preferenciales para estos sectores. Los trabajos de instalación de la red, mantenimiento y administración del servicio son compartidas por la misma comunidad, EMPAGUA y otras organizaciones no gubernamentales (ONG's), con apoyo técnico y materiales de construcción. Según el grado de precariedad, corresponde el acceso al agua potable. En los altamente precarios, el 18.21% tiene grifo domiciliario, el 52.14% utiliza un llenacántaro y el 29.65% paga por el llenado de toneles y depósitos destinados para el efecto, a algún camión cisterna privado.

6.2 Drenajes pluviales y sanitarios:

La prioridad de este servicio se toma en cuenta inmediatamente después de la instalación de la red de agua potable, pues las descargas de drenaje sanitario aumentan exageradamente. Mientras tanto, se utiliza canalizaciones espontáneas a flor de tierra, insuficientes para el drenaje pluvial y con altas pendientes que transforman y complican los caminamientos peatonales y vehiculares, además de la evidente contaminación ambiental.

Igualmente, en los asentamientos de mayor precariedad, sólo el 23.56%⁶⁸ utiliza inodoro lavable, el 59.39% hace uso de la letrina, y el 8.48% acude a una letrina colectiva. La mayoría de las letrinas son pozos ciegos de escasa profundidad; luego de haber llegado a su límite de utilización, se rellena y queda como un área inútil dentro de la vivienda, generalmente destinada para el patio, con riesgos de hundimiento y contaminación hacia terceros.

6.3 Servicio eléctrico:

La habilitación del servicio eléctrico de iluminación depende del tiempo que lleve la población de estar asentada, de la cercanía a fuentes de alto voltaje y del excesivo costo de los estudios particulares, entre otros. Provisionalmente reciben el servicio de manera arrendada a casas y lotificaciones formales adyacentes, aunque algunas veces es pirateada de la red pública. Esto conlleva altos riesgos de sobrecalentamiento de los conductores y de incendios ocasionados por las instalaciones sin aislamiento conveniente. Aunque en algún grado se pudiera resolver a corto plazo la iluminación domiciliar, con un número limitado de unidades internas, las calles permanecen sin iluminación, lo que genera, desde luego, un ambiente de inseguridad. Este servicio toma importancia únicamente cuando se han resuelto los problemas de agua potable y de drenajes.

6.4 Eliminación de basuras:

Como ya se había mencionado, el ingreso restringe la contratación de algún servicio de extracción y adecuada eliminación de la basura y desechos sólidos. Para 1992, en la ciudad de Guatemala, existía alrededor de 800⁶⁹ basureros clandestinos, los que generalmente se ubicaban en los límites de estas áreas precarias.

Si se piensa en las 10 libras⁶⁹ diarias de basura, predominantemente orgánica que produce cada familia, es comprensible el nivel de contaminación de estos

⁶⁶ COINAP-UNICEF, Op. cit. p. 25

⁶⁷ Medición macrométrica: utilización de macromedidores combinados para medir consumos altos y bajos de manera simultánea, en un solo artefacto medidor y para una población específica. Referencia: Ing. Efraín Paz.

⁶⁸ Zea M. Castro H., UNICEF-SEGEPLAN, Op. cit. p. 24

⁶⁹ Municipalidad Metropolitana, Memoria de Labores 1991-96.

sectores, pues no sólo este tipo de basura contamina más rápidamente las aguas residuales y superficiales; sino que también se acumula lo suficiente para que sea necesario su traslado a gran escala, aunque en esto provoque la **diseminación de basura** en el mismo recorrido.

Ha sido inevitable que las áreas precarias de cualquier centro urbano se conviertan en sus respectivos **basureros**

Si bien es cierto, la recolección de materiales de reciclaje y de **reutilización**, han sido un medio de subsistencia para algunos hogares precarios, la contaminación a la que se ven expuestos adultos y niños en ese **trabajo**, llega a grados **inimaginables**.

7. *Vivienda:*

La propiedad legal de los terrenos, es el que más condiciona las características físicas de la vivienda, principalmente por el alto riesgo de invertir en una construcción formal, en un predio que no se asegura que será **propio o definitivo**. Es a partir del logro de la adjudicación legal de los mismos que sus habitantes hacen mejoras significativas a sus viviendas. En cuanto a la situación legal de los asentamientos, el 86%⁷⁰ de los pobladores había invadido su terreno, este porcentaje varía según el emplazamiento y el apoyo gubernamental recibido. Aunque el 47% de los hogares poseía terrenos mayores a los 51 Mts², el 9% no rebasaba los 25 Mts² por lote.

En cuanto al material **predominante** de la casa, el 65% eran de **cartón, lámina o lepa**; y el 90% utiliza **lámina galvanizada** para el techo, no precisamente en buen estado. En 1992 el Grupo Promotor Guatemala, estableció que en estos asentamientos prevalecían las **covachas** en un 74%, las casas formales, un 22% y el 4% vivía en lugares denominados "palomares". En ese momento el material en las paredes de las viviendas de los asentamientos altamente precarios, era el **block de pómez o ladrillo** en un 55%, pero el resto utilizaba **lepa, lámina o cartón**. El **techo**, en casi todos los casos, era cubierto por **lámina galvanizada**; pero el **piso**, parte fundamental para la higiene, permanecía de **tierra**, un 43%; de **torta de cemento**, un 35% y de **ladrillo**, un 22%, con un insignificante porcentaje que utilizaba **madera**.

8. *Organización en las áreas precarias:*

Como ya se ha observado, existe una necesaria tendencia a la organización de los pobladores de estas áreas precarias. Muchas veces iniciada antes de su emplazamiento, pues esta adscripción les provee de privilegios posteriores además de un sentido de propiedad y pertenencia grupal sobre el resultado de su movilización.

Es comprensible el grado de unión que pudiera establecerse en estos lugares, en los que su precariedad es el vínculo común que los hace aliarse en el esfuerzo comunitario por disminuir las consecuencias de la misma. Ejemplo de ello es la elección popular del "nombre", con el que denominarán al asentamiento. Sin embargo, también existen **impedimentos sociales** para el logro de esta organización comunitaria. Entre muchos, lo constituyen la tradicional defraudación de los denominados "comites pro - mejoramiento", el pesimismo que esto ha provocado y la característica cosmopolita que, en determinados casos, hace casi imposible aglutinar los pensamientos y los esfuerzos. Es indispensable contar con los **grupos ya organizados dentro de la comunidad**, para generar planes integrales de salud, de acuerdo con la realidad socioeconómica de sus habitantes. Los **grupos organizados en las comunidades** son, en su mayoría, de tipo religioso, en un gran porcentaje evangélico, a quienes en su momento deberá pedirse su **colaboración por su relativa capacidad de convocatoria**.

Los mecanismos de obtención de los servicios básicos, incluyendo la **salud reflejada en el alcance de los mismos**, son factores coyunturales que motivan a dicha organización. Esta debe iniciarse con la **identificación propia de las necesidades primarias**, luego la **autoevaluación de los recursos existentes y ausentes y, posteriormente, su disposición al trabajo y gestión ante instituciones responsables de estos servicios y ante organizaciones de apoyo técnico-financiero**. Aunque para 1988 se consideraba que de los asentamientos existentes en ese momento, se encontraban organizados el 67%⁷¹, este porcentaje ha aumentado significativamente en la actualidad. Este cambio obedece al único mecanismo (**organización local**) que permite la obtención inmediata y participativa de los servicios básicos, que

⁷⁰ COINAP-UNICEF. Op. cit. p. 25

⁷¹ Médicos sin Fronteras, Francia (MSF-F): *Diagnóstico de salud, El Mezquital*, (1988)

promueve la sociabilización de la problemática urbana y la ejecución de proyectos económicos de apoyo a los de tipo social y no productivos, para lograr la sostenibilidad y la autogestión

El Estado debe dirigir su atención a estas comunidades y otras del interior del país, que presenten similares grados de precariedad, por el conducto que se ha demostrado efectivo y con menor costo social. La salud, servicio esencial condicionado por la presencia de los servicios básicos, es uno de los objetivos fundamentales en la organización de las comunidades. Además de tratarse de manera integral, es de carácter permanente y permite mejorar el nivel de vida general de las poblaciones beneficiadas. Sin embargo, no todos los procesos organizativos han sido de carácter democrático y participativo, en algunas ocasiones se han generado conflictos por el poder local, hechos que retardan la sociabilización de su problemática. El primer objetivo de la solidaridad en una comunidad lo constituye la búsqueda de los mecanismos necesarios para la legalización de sus terrenos, lo cual les permita iniciar la satisfacción de las necesidades de infraestructura y equipamiento básico

Ante la desatención estatal, las organizaciones han llegado a obtener hasta la personería jurídica para el trámite financiero de algunos proyectos de mayor envergadura. En muchas organizaciones comunitarias prevalece la participación de las mujeres, pero el machismo, entre otros, es uno de los factores negativos a enfrentar para el logro de un protagonismo de todos los habitantes de las áreas precarias. La tendencia a la corrupción a nivel nacional, se repite a nivel "micro" dentro de muchas organizaciones comunitarias, pero, gracias a su real poder de convocatoria, logran establecer un consenso sobre los mecanismos de control ajustados a su contexto, que puede evitar las dudas y manejos poco transparentes.

Conclusiones del capítulo III:

- La ciudad de Guatemala y sus atributos históricamente otorgados, es el imán que atrae a pobladores del interior del país quienes por diversas razones, se han adaptado y, en algunos casos, hasta conformado con las condiciones precarias que les ha tocado habitar, y que muchas veces, son menos dignas que sus originales sitios de asentamiento. Casi el 44% de la población metropolitana vive en estas condiciones.
- Esta avalancha, en apariencia, sólo sería frenable por la cantidad de tierras habitables en la ciudad, pero la necesidad de situarse cerca de las fuentes de trabajo y de servicios provoca que algunos pobladores vivan en laderas, barrancos, debajo de líneas de conducción eléctrica e incluso a lo largo de vías terrestres de comunicación.
- Intentos estatales como el Banco Nacional de la Vivienda; privados como algunos bancos del sistema e incluso la recién aprobada "Ley de la Vivienda", vuelven a concentrar sus actividades en la ciudad y áreas vecinas, cuando deberían ser parte de políticas de descentralización y de promoción de vivienda en el interior del país.
- El fenómeno de marginalidad y surgimiento de áreas precarias se manifiesta en la mayoría de las cabeceras departamentales, por lo que cualquier esfuerzo dirigido a atenderlos en la ciudad de Guatemala, podría repercutir positivamente en las anteriores.
- La salud de los habitantes precarios se ve condicionada, mayoritariamente, por el déficit de servicios básicos y equipamiento, acompañado de la restricción de propiedad legal que tienen al no poder mejorar las condiciones de vivienda. Este clima de incertidumbre ocasiona, además de las evidentes repercusiones, enfermedades cuya causalidad es altamente psicosomática. La madre y el niño son los más afectados pues deben permanecer, por varias razones, mayor tiempo en sus hogares. Menos de la mitad de los hogares precarios cuentan con agua potable, pero ésta es principalmente de uso colectivo, lo que ocasiona graves conflictos sociales por el acaparamiento y distribución restringida. Estas áreas carecen de drenajes sanitarios y pluviales, sus habitantes han optado por soluciones individuales, pero altamente contaminantes. Sin embargo, es la deficiencia de este vital líquido la que muchas veces motiva, en una primera instancia, la organización comunitaria de las áreas
- Algunas instituciones del Estado como la DAHVI, COINAP, organizaciones no gubernamentales como Hogar y Desarrollo, e internacionales como UNICEF, Médicos sin Fronteras, entre otras, han apoyado directamente la ejecución de proyectos en sectores precarios de la ciudad. Pero ningún proyecto interinstitucional puede ser factible y trascendente de no sustentarse en la base organizativa que se ha desarrollado en estas áreas, la que permitirá la autogestión y sostenibilidad de los mismos.

Capítulo IV: Atención Primaria en Salud (APS):

Para poder alcanzar una cobertura real y mejorar la calidad de los servicios, existe una estrategia denominada "Atención Primaria en Salud", la que permite crear un nuevo modelo de atención; el presente capítulo contiene un acercamiento conceptual y justifica la planificación local de los servicios de salud, incluyendo su sustento legal y organizativo.

1. Antecedentes y conceptualización:

La "atención primaria en salud" es la respuesta estratégica ante la poca oferta institucional y relativo acceso a los servicios sanitarios, especialmente en los sectores más desfavorecidos. Durante la asamblea de la Organización Mundial para la Salud (OMS) en 1977, fue planteada la política mundial: "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2,000" y, para el logro de este objetivo, fue creada la estrategia específica: "Atención Primaria en Salud" (APS) en la reunión de Alma Ata, Rusia en 1978.

Dentro de esta estrategia las acciones fueron enmarcadas en los programas siguientes:

- a) Dirigidos a grupos especiales: madre, niño, niño trabajador, edad avanzada, e incapacitado.
- b) Salud general: alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes y saneamiento ambiental.
- c) Prevención, protección y control de enfermedades.

Mediante las acciones generales de "prevención y curación", basados en tres niveles de priorización:

- ⇒ Prevención primaria: promoción y protección de la salud
- ⇒ Prevención secundaria: curación
- ⇒ Prevención terciaria: rehabilitación

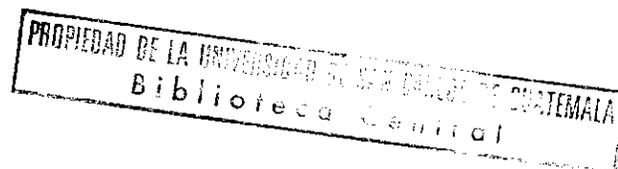
Estas acciones que implican readecuar y reorganizar los recursos físicos, humanos y materiales y la aplicación de servicios básicos de salud con participación de la comunidad. La APS se conceptualiza como la "Asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de cada uno de los individuos y de toda la comunidad, mediante su plena participación; a un costo que la misma y el país puedan soportar durante todas las etapas de su desarrollo, en un sentido de autorresponsabilidad y autodeterminación."

1.1. En la búsqueda de una cobertura real:

Dentro del presente estudio, en la cobertura real debe prevalecer la existencia de una oferta sostenida de los servicios que geográfica, económica, temporal y culturalmente esté al alcance de la comunidad. Igualmente, hay que ajustar cuantitativa, cualitativa y estructuralmente los servicios a las necesidades de la población dentro de una aceptación expresada por la utilización real.

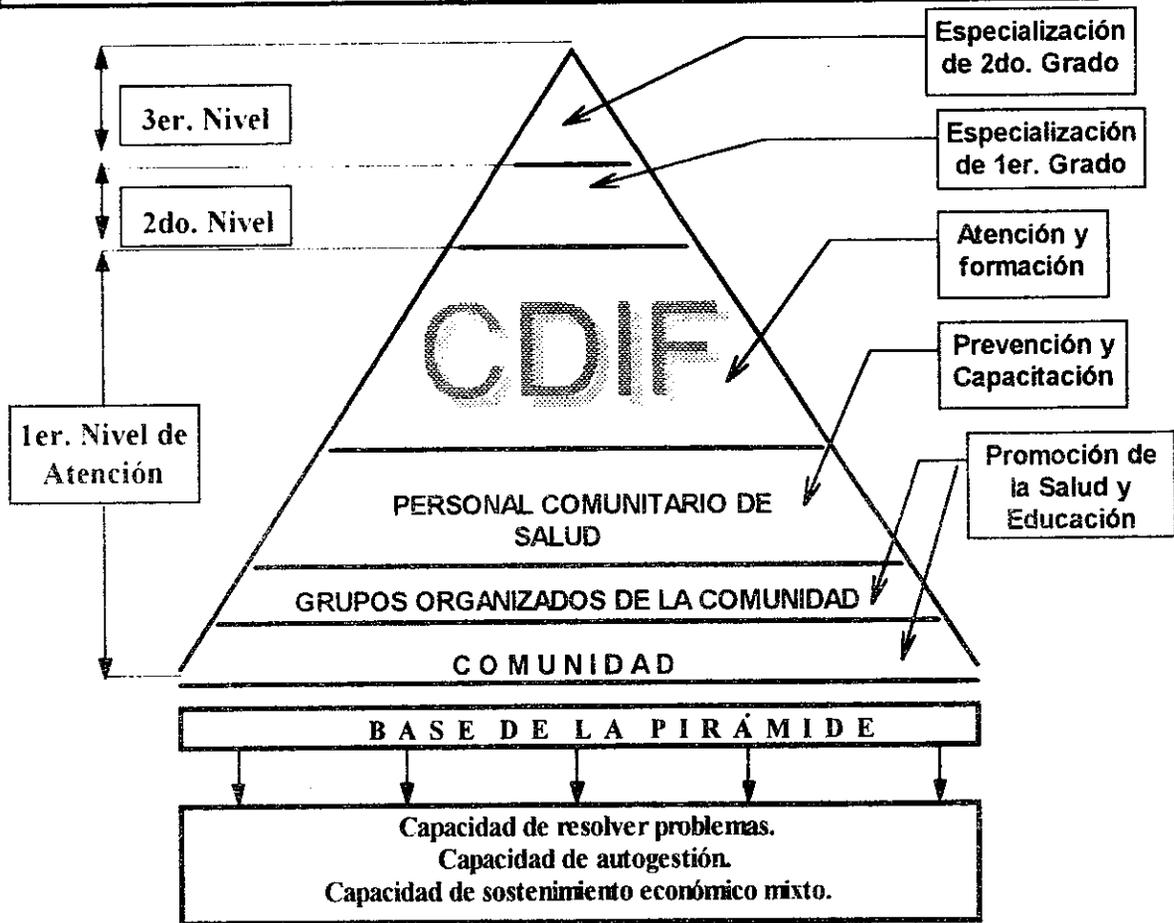
1.2 Caracterización de los programas, dentro de la APS⁷²:

Éstos deben garantizar el acceso de la población a los servicios esenciales, lo que implica el establecimiento de prioridades y adecuación del contenido de los mismos. Deben tener carácter universal (todos, igual, y continuidad); y satisfacer necesidades prioritarias e intersectoriales (agua, saneamiento básico, alimentación, nutrición y salud mental) armonizando cada elemento para que se refuercen mutuamente.



⁷² Kroeger A. Luna R. OPS, Atención Primaria en Salud, principios y métodos (1987)

Modelo de Atención y Participación Local



Fuente: Modelo de Participación y atención de Salud Local, Espinoza L., Anckermann S., UNICEF, 1995
 Elaboración Propia.

Estos programas deben estar caracterizados por no multiplicar o duplicar los recursos interinstitucionales, y por brindar correspondencia entre la tipología de la problemática y la organización de las instituciones. Pueden distribuir y adaptar los recursos a sus propias funciones con la aplicación de tecnologías apropiadas.

Deben apoyar la coherencia y complementariedad de las decisiones políticas y administrativas, utilizando para ello normas y procedimientos acordes a la realidad y con una supervisión continua de los sistemas, y finalmente ofrecer una adecuada comunicación entre todos los niveles.

Con el mejoramiento del sistema y los servicios de salud, puede lograrse una reforma en la gestión administrativa, para hacerlos más efectivos y eficaces³.

1.3 Participación comunitaria y definición de los servicios:

Como principio fundamental, la comunidad y los individuos, dejan de ser "objetos" de

³ Según Kroeger Luna, la "Eficacia es la medida en que se cumple la meta propuesta y eficiencia es el aprovechamiento de los recursos para obtener un mejor resultado".
 Atención Primaria en Salud, Principios y Métodos, Pág. 9.

atención y se convierten en "sujetos" activos.

La comunidad asume nuevas funciones, iniciando con el conocimiento de su estado de salud, participan en todas las acciones de salud, toma decisiones en el diseño de éstas y asume responsabilidades específicas.

También puede aportar a la localización geográfica de los establecimientos, horarios de servicios, recomendar tecnologías utilizadas y contraponer los mismos con las necesidades reales; así como también vincula a los grupos ya organizados dentro de la comunidad.

Esta forma de trabajo debe tener como objetivo primordial, coordinar los servicios horizontal y verticalmente dentro de un sistema orgánico-funcional; y dentro de sus características, debe integrar la atención para descentralizar los servicios. Al mismo tiempo, ha de establecer mecanismos administrativos adecuados para afrontar las condiciones de cada área específica: diseñar planes, locales, centrales, regionales etc., en plazos predeterminados. Además, debe establecer el rango de necesidades para enfocar los servicios y ofrecer una atención activa ante la demanda espontánea de los mismos.

De manera adicional tiene que programarse una evaluación y análisis interinstitucional de los alcances de esta cobertura real

1.4 Niveles de atención:

Los Niveles de Atención actualmente se interpretan apoyados en la estructura de los servicios basados en su complejidad relativa, características de personal, tamaño del establecimiento, unidades operativas y modalidades administrativas. Sería necesario que se delimitaran mediante un análisis funcional desde el punto de vista de la comunidad y su entorno, garantizando una oferta integral accesible y continua. Esto pretende fortalecer a las unidades de la red de servicios y mejorar la calidad del análisis de los problemas, con la programación y ejecución de actividades. Al delimitar la responsabilidad, según la institución y área de influencia, debe promoverse la integración de un sistema de información que tienda a universalizar las normas o procedimientos, implementando programas de educación e investigación continua.

Debe iniciarse con definir el problema y acondicionar una tecnología apropiada al mismo y a sus condiciones y recursos, luego se seleccionan las tecnologías prácticas (no necesariamente modernistas o avanzadas)⁷⁴, o bien se les adapta para hacerlas viables, al mejorar sus sistemas operativos y ampliar su cobertura masiva. Al mismo tiempo ha de promoverse la participación de todos los sectores en el análisis de las tecnologías existentes, evaluando si son apropiadas y readecuar o suplantar las que resulten inapropiadas, sin desechar los avances tecnológicos que pudieran beneficiar a la población y sin restringir los servicios de salud.

Como conclusión la estrategia de APS⁷⁵ proporciona un reto creativo para conducir la salud de una alta proporción de las comunidades a niveles más dignos. La estrategia no se orienta solamente a los servicios de salud, sino que busca apoyar las acciones que los gobiernos dirigen para solventar los problemas de toda la población, con un enfoque más equitativo y justo y lograr la apertura social de las instituciones a cambios en las relaciones con la comunidad. No pueden quedar como conceptos y títulos de programas nacionales, sino como el cambio efectivo en las decisiones políticas y financieras, que antepone el desarrollo integral de las comunidades.

Es esencial modificar las ideologías del recurso humano, capacitar al individuo en técnicas específicas, combinar su labor con la educación, promover valores, como receptores sociales de la realidad de las comunidades, sin que descuiden los requerimientos y recursos mínimos en toda actividad sanitaria.

2. Sustento legal y operativo de la APS mediante los Sistemas Locales de Salud (SILOS):

A nivel internacional, en 1978 durante la reunión en Alma Ata, Rusia, se planteó la Atención Primaria en Salud (APS) como una estrategia fundamental para promover y proteger la salud de toda la población mundial, con el lema "Salud para todos en el año 2,000". Diez años después se evidenció que la aplicación de la APS presentaba escasos avances a nivel operativo, por lo que se propuso los SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS) como táctica adecuada.

⁷⁴ Kroeger A./Luna R. Op. cit. p. 34

⁷⁵ Kroeger A./Luna R. Op. cit. p. 34

- ⇒ En Guatemala los SILOS se encuentran sustentados en el marco constitucional, gubernamental y ministerial, en la Constitución Política, decretada por la Asamblea General Constituyente, de 1985, en el Título V, Cap. II, Sección 7a. artículos:
- 93: Derecho a la salud
 - 94: Obligación del Estado, sobre la salud y asistencia social
 - 95: La salud, bien público
 - 96: Control de calidad de los productos
 - 97: Medio ambiente y calidad de los productos
 - 98: PARTICIPACION DE LAS COMUNIDADES EN PROGRAMAS DE SALUD (las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud)
 - 99: Alimentación y nutrición
 - 100: Seguridad social

Así también la estrategia de Atención Primaria en Salud y las transformaciones prácticas que ésta conlleva, pueden sustentarse en los siguientes acuerdos y bases legales.

- ⇒ En el Título V, Régimen Administrativo: Cap. II, artículo:
- 224: División administrativa: descentralización y regionalización con criterios económicos, sociales y culturales.
- ⇒ También en la Ley Preliminar de Regionalización, Decreto Leg. No. 70-86, que dio lugar a la ley y reglamentos de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, Decreto No. 52-87, y Acuerdo Gubernativo No. 1041-81
- ⇒ En el código de salud, decreto Legislativo No. 45-79, Libro I, Título I, Cap. I, Artículos 1º, y 2º (el cual se reforma en 1997)
- ⇒ En el decreto del Congreso de la República No. 45-79
- ⇒ Reglamento: Acdo. Gub. No. 741-84
- ⇒ Acuerdo ministerial:
- Manual de atribuciones y funciones del personal de las áreas de salud, objeto de la desconcentración de la ejecución presupuestaria, SP-M-16-89 (publicado en el Diario de Centroamérica, el 6 de junio de 1989)
- ⇒ Acuerdo Ministerial de Regionalización:
- SP-M-56-89 (Publicado en el Diario de Centroamérica, el 12 de octubre de 1989)
- ⇒ Acuerdo ministerial:
- Reglamento para normar la asignación presupuestaria de los servicios de salud.
- ⇒ Por último, dentro de las Políticas Nacionales formuladas por el Consejo Nacional de Salud en 1992, principalmente con respecto a las políticas de coordinación; planificación integrada al desarrollo; reordenamiento del sector; extensión de cobertura, acciones sobre el agua y el medio ambiente; financiamiento; seguridad alimentaria; recurso humano para la salud; seguridad social; farmacéutica; población y salud reproductiva.

3. **Sistemas Locales de Salud (SILOS).**

Los Sistemas Locales de Salud son definidos como un esfuerzo de consolidación y un instrumento importante para la transformación del Sistema Nacional de Salud.

El desarrollo y fortalecimiento de los SILOS, no puede confundirse con una redistribución asistemática de la administración de tareas, ni una reasignación anárquica de responsabilidades. Más bien constituye una respuesta a los procesos de descentralización y desconcentración del Estado, que permite la apertura de espacios de participación multisectorial en función de las necesidades reales de la población, para lograr una mejor distribución y administración de los recursos, ha fin de hacer más eficaz y eficiente el sistema de salud.

Para lograr el desarrollo de los SILOS se identifican 10 aspectos fundamentales:

- | | |
|--|--|
| 1. Investigación. | 6. Readecuación financiera. |
| 2. Reorganización central. | 7. Integración de programas de control y prevención. |
| 3. Descentralización y desconcentración. | 8. Desarrollo de un nuevo modelo de atención. |
| 4. Participación social. | 9. Reforzamiento de la capacidad administrativa. |
| 5. Intersectorialidad. | 10. Capacitación del recurso humano de salud. |

1. Investigación:

Plantear y aplicar técnicas de investigación permanentes y netamente participativas, destinadas a la medición de los logros en cuanto a descentralización, equidad, calidad y cobertura de los servicios, así como de los niveles de participación obtenidos en el proceso.

2. Reorganización central:

Promover la capacidad de planificación y desarrollo integral del recurso humano; agilizar las gestiones a nivel central para asegurar la buena conducción de los programas desarrollados por los SILOS.

3. Descentralización y desconcentración:

La transferencia de competencias y poderes de decisión en la estructura del Sistema de Salud, es un proceso esencialmente político, en donde al mismo tiempo deben transferirse los recursos financieros, económicos, humanos y tecnológicos. En forma paralela ha de desarrollarse el poder político local a través de su participación integral, mejorando la capacidad técnica de coordinación en todas las actividades del proceso en general. Evaluar la capacidad de redistribución del sistema, con el cuidado de no fraccionarlo ni atomizarlo, para evitar el crecimiento exagerado y provocar desigualdades entre los SILOS.

4. Participación social:

Para el logro y desarrollo de una participación social y su enfoque hacia la salud, se requiere de estrategias flexibles que permitan la deliberación y concertación de las organizaciones formales e informales participantes en todo el proceso.

5. Intersectorialidad:

Junto a la participación social, la intersectorial constituye una fuerza fundamental para el desarrollo de los SILOS. A nivel local debe atenderse integralmente las necesidades básicas; a nivel nacional deben articularse los esfuerzos, recursos y financiamiento, como soporte a la participación plurisectorial.

6. Readecuación financiera:

Según el proceso de desarrollo local y de descentralización, deben destinarse y redistribuirse los recursos sanitarios, lo que implica cambios cualitativos y cuantitativos, búsqueda de alternativas financieras y mecanismos de asignación para poder garantizar una sostenibilidad.

7. Integración de programas de control y prevención:

Los SILOS proponen atender las necesidades de la población, desde la estructura local y los recursos existentes para la producción de los servicios necesarios, hasta adaptar a los problemas locales, el diseño y la planificación de programas basados en procedimientos preventivos.

8. Desarrollo de un nuevo modelo de atención:

A partir del análisis de la situación de salud, que identifique y proyecte las necesidades, pueden identificarse las prioridades y la organización de los recursos existentes. Recursos que, como el hospital, deben sufrir cambios en sus servicios tradicionales de atención, los cuales complementen su efectividad con los otros servicios de la red. Se necesita el planteamiento de un sistema que ofrezca una calidad de atención permanente, un control epidemiológico y de riesgos de salud en un área determinada.

9. Reforzar la capacidad administrativa:

La gerencia de los recursos y financiamientos, entendida como "la acción que viabiliza la optimización de los recursos, mediante los procesos permanentes de planificación, programación, organización y coordinación de las actividades, bajo un control de dirección, supervisión, seguimiento y evaluación de los mismos"⁶, ha de aplicarse para dar respuesta a la cobertura total de los servicios sanitarios.

Este proceso debe apoyarse con un sistema de información adecuado, continuo, participativo y fidedigno, para el mejor diagnóstico de la situación y toma de decisiones en el momento preciso y en una secuencia prioritaria. Esta capacidad técnico-administrativa debe requerir de una "unidad de conducción", con el recurso humano preparado y que adecuadamente cubra la administración, la información y los servicios de apoyo de una población determinada. Además se requiere de un sistema de información que apoye las gestiones locales, dote de recursos e insumos mínimos y fomente la capacidad ejecutora y coordinadora de actividades promotoras de salud.

10. Capacitación del recurso humano de salud:

Redefinir las funciones del personal, involucrando la educación permanente, y enfocadas a los planteamientos integrales y estratégicos de la APS. Apoyar las cualidades de adaptación del personal, para trascender el esquema "institucional" de atención en salud, y proponer la interacción como estrategia local, vinculada estrechamente con el contexto. Basados en técnicas de enseñanza-aprendizaje y de conducción intersectorial para la formación de gerentes y administradores de los SILOS.

3.1 Antecedentes de los SILOS:

En Latinoamérica se han desarrollado proyectos piloto en Costa Rica, Colombia y México, y en Cuba y Nicaragua son proyectos a nivel nacional. En nuestro país, algunas organizaciones no gubernamentales, el IGSS y ciertas organizaciones comunitarias que han logrado la coordinar la participación institucional han intentado poner en práctica los SILOS.

3.1.1 Experiencias del IGSS:

- Han existido experiencias de los SILOS en el departamento de Escuintla, a partir de 1987 en algunas fincas de Tiquisate, éstas aunque cumplen con la primera fase del autodiagnóstico, continúan definiendo los planes y los programas específicos de manera vertical. También han existido conflictos de liderazgo en los

⁶ Op.cit pág.38

equipos de trabajo, cuyas funciones se establecen en el Acuerdo 13/89 del IGSS. Estos están conformados, a nivel profesional, por un médico, trabajador(a) social, psicólogo, enfermera social e inspector de higiene y, a nivel operativo, por un promotor de salud y uno de seguridad e higiene.

Entre los alcances de esta experiencia se encuentran la participación de jóvenes, la reducción de los índices de mortalidad infantil; al mismo tiempo los técnicos han adquirido conocimientos en hipodermoterapia⁷⁸ y se ha promocionado una mayor relación social entre los mismos grupos locales.

Este trabajo se ha visto limitado por diferentes factores:

- Los escasos recursos logísticos y de capacitación existentes: el equipo de trabajo sólo ejecuta los programas y proyectos que establece la Dirección Regional.
- Se ha podido hacer más operativos los SILOS a través de las organizaciones no gubernamentales y comunitarias
- No hay buena comunicación entre el equipo de trabajo y la comunidad
- Los bajos ingresos limitan la participación comunitaria, pues en ocasiones no asisten "por tener que trabajar"
- No existe una concepción clara sobre la APS, algunos pobladores hasta la definen como "la primera cita con el médico"⁷⁹.
- Existe cierto temor de la comunidad a participar de forma abierta en la solución de sus propios problemas.

3.1.2 Programa Integrado de Salud (PIS):

Programa caracterizado por la coordinación interinstitucional de los sectores preocupados por la salud de las áreas precarias de la ciudad de Guatemala y algunas zonas rurales cercanas a la misma. Esta experiencia se describe ampliamente en capítulo V del presente estudio.

Conclusiones del capítulo IV:

- Ante la demanda comunitaria de servicios sanitarios integrales, la atención primaria en salud constituye una propuesta estratégica que, de manera interinstitucional, permite efectuar acciones programáticas especiales sobre poblaciones de riesgo, enmarcadas en una oferta sostenida y adaptada al contexto y necesidades de la población.
- La comunidad pueda portar sugerencias en cuanto a la definición de los servicios, tecnologías y hasta la localización geográfica, dentro de un patrón de autorresponsabilidad. El rol institucional debe facilitar la coordinación vertical y horizontal de los servicios, y sujetarse a la demanda espontánea de los mismos.
- La APS impulsa el cambio de actitud ante la integralidad de la salud, desde la familia reflejado a nivel local, hasta hacer efectivos estos cambios en la toma de decisiones políticas y financieras por parte del Estado
- Los Sistemas Locales de Salud proponen hacer más operativa la APS, táctica que establece una investigación a profundidad, que permita reorganizar la estructura del sistema nacional de salud hacia la descentralización y desconcentración de los servicios. La participación local apoyada por la intersectorial, debe influir sobre una readecuación financiera e integración de programas de control y prevención para el desarrollo del nuevo modelo de atención en salud. Proponen al mismo tiempo reforzar la gerencia del aparato administrativo y demanda una capacitación del personal en salud.
- Los SILOS en Guatemala, se encuentran suficientemente sustentados en los marcos constitucionales, gubernamentales y ministeriales, aunque no encuentran la misma base operativa, que permita su viabilidad.
- Han existido las experiencias de los SILOS que han funcionado con una relativa concepción sobre la APS; no han recibido el reconocimiento ni el respaldo institucional suficiente como para evitar los cortes en la línea de planificación local. Esta situación que se agrava por el bajo ingreso de las comunidades, la cual condiciona su participación.

⁷⁷ Garnica R.E. Importancia de la Organización Comunitaria en la Estrategia de APS, Tesis Trabajo Social USAC (1996)

⁷⁸ Tratamiento por las inyecciones hipodérmicas o medicación subcutánea. Ref. Dic. Term. de C. Médicas, SALVAT, España, 1969.

⁷⁹ García Noval A. Participación comunitaria en Salud, Tesis Trabajo Social USAC (1991)

Para que la Atención Primaria en Salud pueda considerarse una estrategia operativa, necesita que el campo de aplicación llene ciertos requisitos acordes a las políticas de la misma; el presente capítulo enumera las premisas generales y particulares y determina los roles de cada uno de los actores sociales.

1. Antecedentes de aplicación de la APS:

Hace ya casi 20 años que la Atención Primaria en Salud fue planteada como estrategia fundamental para el logro de la política "Salud para Todos para el Año 2.000"; pero en Guatemala, a pesar de algunos intentos a nivel local y del IGSS, todavía no se logra hacerla operativa más allá de las políticas sectoriales de salud.

1.1 Problemas principales:

- 1. Existe una escasa participación de la comunidad en la solución de sus problemas de salud, muchas veces condicionada por los pocos espacios políticos de decisión.
- 2. No existe dentro del Plan Sectorial de Salud del MSPAS, de forma clara y precisa, el "cómo" la Atención Primaria en Salud pueda ser aplicada; y mucho menos se plantea un presupuesto específico para el efecto, únicamente se menciona su justificación en un sentido intencional y demagógico
- 3. No se ha desarrollado una base comunitaria generalizada y suficientemente establecida para convertirse en sujetos de la planificación sanitaria; y si existe, encuentra suficientes obstáculos de comunicación y coordinación ante la excluyente planificación vertical.
- 4. Tampoco se tiene certeza local sobre los aspectos que condicionan la salud comunitaria, los que generalmente van más allá de los puramente físicos.

1.2 Premisas de la APS⁸⁰:

- I. Promover la participación de la comunidad, en todo el proceso de planificación de salud, mediante el desarrollo de la conciencia propia y comunitaria, aplicada a su directo involucramiento.
- II. Identificar un Modelo de Atención Local, propio de cada comunidad, con sus características poblacionales y de morbilidad específicas, para el desarrollo y adaptación de los servicios de salud y recursos existentes.
- III. Aprovechar las bases organizadas dentro de cada comunidad, o bien apoyar su integración según sea necesario, pero fundada en una conciencia común como precedente.
- IV. Impulsar la capacitación de personal voluntario de acuerdo a la APS, y del recurso humano de las instituciones existentes.
- V. Promover la salud, mediante la educación, saneamiento del medio e identificación de los grupos y factores de riesgo.
- VI. Que la voluntad política del Estado se haga efectiva mediante su participación en el proyecto de salud, en un papel de facilitador del proceso.

⁸⁰ OPS-OMS. Atención Primaria en Salud, principios y métodos, (1987)

2. Base comunitaria en las áreas precarias:

Cualquier proyecto que genere beneficios colectivos sólo puede planificarse y, más aún sostenerse, mediante la participación activa de todos los miembros de la comunidad.

2.1 Organización comunitaria:

Como ya se ha mencionado, muchos de los asentamientos precarios se han originado por la organización surgida ante una necesidad común, como lo fue en un principio la vivienda, de manera que se convirtió en el uno de los mecanismos más viables para la satisfacción de esa necesidad. Sin embargo, aunque la solución misma no fuera de carácter definitivo o permanente, como en muchos de los casos, esta organización se consolida poco a poco, al surgir otra serie de necesidades básicas. Como un ejemplo de este movimiento comunal, tenemos a los Asentamientos Unidos del Mezquital, en donde se desarrolló de la siguiente manera:

La primera acción formal de tal organización, luego de su conformación y definición propia, la constituye el denominado "censo", mecanismo que delimita a la población participante, y condiciona el ingreso o egreso de sus miembros, según algunos requisitos mínimos de adscripción, y consenso. Después de localizar el predio de asentamiento, de manera legal o no, se dispone al trazo de los "lotes" según las familias pertenecientes a la recién formada organización. Inmediatamente se inician los trámites para la futura adjudicación y obtención financiera de los mismos, ante las autoridades respectivas, cuando las condiciones así lo permiten. Como se sabe, este proceso de legalización llega a durar años, tiempo suficiente para que la ausencia de los servicios básicos y equipamiento mínimo se hagan sentir en la salud de los pobladores.

De alguna manera se logran obtener provisionalmente los servicios básicos, generalmente mediante fuentes alternativas y oportunistas, como los camiones cisterna, arrendamiento del servicio eléctrico y utilización de pozos ciegos, entre otros, a un costo irreal, con altos conflictos de acaparamiento y de dudosa calidad, que, en ningún momento, llenan las necesidades básicas de un ser humano digno.

En el estado de salud comunitario, es en donde más se manifiesta la precariedad de los asentamientos: sólo la organización participativa, enfocada al autocuidado y autodeterminación, es la que permite un proceso priorizado del logro de una mejor situación sanitaria.

Según se vaya logrando una oferta estable de los servicios básicos, y principalmente la legalización de los terrenos, las condiciones físicas de las viviendas pueden mejorarse. Poco a poco se va formalizando el asentamiento, hasta generar por sí solos una capacidad de autogestión suficiente para establecer convenios de cooperación con las instituciones responsables del Estado, y entidades de desarrollo, entre otras. Se plantean entonces, proyectos reales que, gracias al autodiagnóstico y aporte multipartito, se convierten en proyectos factibles y de visión integral.

2.2 La salud, objetivo primario de organización:

La situación de salud, física y mental, afecta directamente el desarrollo de las actividades productivas del individuo, la que por supuesto a nivel comunitario trasciende de la misma manera.

En asentamientos que no se consideran precarios, los problemas de salud se resuelven mayoritariamente mediante el sector privado, aunque aún así se necesitan los recursos económicos suficientes para solventar estos gastos. Además, los servicios básicos dentro de éstos, sobrepasan las dotaciones mínimas.

Lo anterior demuestra que es dentro del sector de la población en situación de pobreza y la que no cubre la canasta básica de servicios, en donde se manifiesta un estado de salud considerablemente bajo. Esta población es la que más depende de las instituciones del Estado; se caracteriza por grupos con relativo acceso al IGSS, pero principalmente por su actividad económica informal que no les permite cubrir el costo de los servicios ofrecidos por otras instituciones privadas de consulta médica.

Se hace necesaria la implementación de una organización dirigida a aliviar y luego conservar la salud de sus habitantes.

3. CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (CDIF):

El denominado CDIF surge ante la necesidad de materializar la Atención Primaria en Salud (APS), hacia y desde un nivel local de participación; el proyecto es posible sólo después de un proceso de consolidación de la participación comunitaria, además de la promoción del aspecto integral de las actividades en pro del desarrollo de las familias guatemaltecas.

3.1 Antecedentes del Programa Integrado de Salud (PIS):

Fue durante 1984 que tras varios intentos de ocupación, unas 45.000 personas se asentaron en un espacio de 12 hectáreas a inmediaciones de las colonias Villa Lobos y Mezquital al sur de la ciudad capital. Posterior a la tortuosa, y todavía en proceso legalización de los terrenos, la ausencia de los servicios básicos comenzó a hacer estragos en la salud de sus habitantes. Situación que afectaba principalmente a la población infantil, cuando en ese momento se estimaba una tasa de 150⁸¹ muertes por 1.000 nacidos vivos. Debido a esta dramática situación, la comunidad se organizó en comités locales y entabló demandas de servicios básicos a todo nivel, hasta que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) motivado por las estadísticas, pero principalmente por la actitud responsable de los comunitarios, decidió considerar a El Mezquital como área prioritaria de trabajo. En 1986 el UNICEF creó el Programa de Servicios Básicos Urbanos (PSBU), para poder coordinar los trabajos con las organizaciones locales, la que sólo se obtuvo luego de obtener el voto de confianza de las mismas. Según el resultado de un estudio previo del UNICEF en 1985 en esa zona, se iniciaron los trabajos de salud en el asentamiento La Esperanza, considerado el más pobre en ese momento.

Las actividades se iniciaron con un autodiagnóstico, y con la participación de 120 personas, casi exclusivamente mujeres. Luego de diferentes momentos, se fueron generando conflictos sobre la prioridad de los proyectos e incluso situaciones de escasa coordinación interinstitucional. Los grupos de apoyo técnico especializados en el campo de la salud, identificaron la Atención Primaria en Salud, como la única estrategia de acción y al menor costo social, pues contemplaba la **prevención**, sobre la **curación asistencialista**.

Mediante un proceso de retroalimentación y compartir experiencias similares en otros países, se consolidaron y capacitaron los grupos participantes hasta conformarse y plantear sus acciones dentro del "**Programa Integrado de Salud**" (PIS).

La COINAP, ente ejecutor del Programa de Servicios Básicos Urbanos del UNICEF, intervino mediante sus componentes de Agua-saneamiento e Infraestructura Básica, Salud, Educación y Movilización Social, y otros que se agregaron en el proceso, como soporte técnico y financiero y promotor de la participación interinstitucional. Posteriormente se hizo necesaria la introducción de el Componente de Generación de Ingresos, para la creación de proyectos productivos que permitieran el sostenimiento interno de los proyectos de beneficio social.

3.1.1 Actores del PIS:

Los representantes de las organizaciones no gubernamentales y gubernamentales, junto a los de las bases comunitarias, coordinan acciones entre los representantes del PIS, para la ejecución de proyectos y programas específicos de salud, dirigidos hacia las áreas precarias.

3.1.2 Sectorización del PIS:

La sectorización o microzonificación de las áreas precarias, permite una delimitación geográfica y poblacional, la que a su vez integra a cada individuo como "Representante del PIS" (REPROINSA) a su propia microzona. Esta integración, acompañada de una capacitación constante mejora el conocimiento de su contexto, le permite a la REPROINSA una identificación dentro de su comunidad a la vez que asume responsabilidades con una autoridad otorgada por la misma. Al mismo tiempo, al conocerse los problemas reales puede reflexionarse sobre los recursos existentes para proponer las soluciones respectivas.

⁸¹ Médicos sin Fronteras- Francia. Diagnóstico de Salud de los Asentamientos de El Mezquital. (1987)

3.1.3 Principios fundamentales del PIS:

El PIS pretende promover la autogestión en las áreas precarias, mediante una consolidación de la participación comunitaria, esto a través de la organización local encaminada a la coordinación interinstitucional, para la búsqueda del apoyo técnico y financiero necesarios en la realización de proyectos de salud.

3.2 Representantes del Programa Integrado de Salud (REPROINSA'S):

Las mujeres capacitadas por el PIS, se constituyeron en las **Representantes del Programa Integrado de Salud**, (REPROINSA's), es decir, los elementos más activos para la aplicación de la Atención Primaria en Salud y hasta donde el PIS extiende su cobertura. Reproinsa's como se les reconoce, son la base comunitaria que permitirá operativizar la APS.

3.2.1 Fundación Esfuerzo y Prosperidad (FUNDAESPRO):

Las REPROINSA's, ante su crecimiento numérico, mejor capacitación, la necesidad de institucionalizar su actividades y consolidar su organización, lograron en 1990 constituir la **Fundación Esfuerzo y Prosperidad** (FUNDAESPRO), con la participación de todas las REPROINSA's consideradas "activas".

Año con año se van integrando nuevas promociones de mujeres capacitadas en salud. Esta Fundación representa el vínculo entre las iniciativas comunitarias y su acciones encaminadas al desarrollo comunitario.

3.3 Origen del Centro de Desarrollo Integral de la Familia (CDIF):

Apoyado en las prácticas y justas líneas de acción de la APS, se obtiene un nuevo modelo comunitario de salud, el cual se apoya en una Red Comunitaria de Salud⁸² (RCS), constituida, como lo dice su nombre, por una red de información sistematizada y de control epidemiológico.

Basada en acciones de **referencia y contra-referencia**, que permite un manejo adecuado de los pacientes y de su estado de gravedad, de acuerdo a los recursos médicos locales y los servicios de mayor complejidad reconocidos en niveles de atención superiores..

Todas estas actividades ubicadas en el primer nivel de atención, donde el **Centro de Desarrollo Integral de la Familia (CDIF)**, constituyen la materialización del **autocuidado familiar**, con una atención integral a los procesos salud-enfermedad de cada comunidad específica a cubrir.

Un centro donde se combinan, la atención médica física, mental y psicológica; se apoya con la venta simultánea de medicamentos de bajo costo, asesorías especializadas; control y seguimiento de la salud, servicios básicos de diagnóstico y, principalmente, se consituye en un núcleo de integración de la comunidad apropiado a sus características y su contexto.

Por lo tanto el CDIF se considera como la unidad básica de planificación sanitaria, dentro de una red autogestionaria y descentralizada de salud.

⁸² Espinoza L. Hidalgo E., UNICEF. Una experiencia de participación comunitaria, en las áreas precarias de la ciudad de Guatemala. (1994)

4. RESUMEN CONCEPTUAL:

Se distinguen diferentes enfoques estratégicos en distintos niveles de acción, para la atención integral a la salud, los que se resumen a continuación:

En primer lugar se establece dentro de un consenso Mundial, el Plan "Salud para Todos para el Año 2,000", mediante la Estrategia "Atención Primaria en Salud (APS)". Motivado por los resultados de una autoevaluación posterior y por el reconocimiento global de las dificultades en la aplicación práctica de esta estrategia, se propuso como Táctica Operativa a los "Sistemas Locales de Salud (SILOS)", donde se establece una guía de planificación local basada en la APS.

En Guatemala, considerando las deficiencias sanitarias de los sectores más desprotegidos, y mediante la participación de los grupos comunitarios directamente afectados, las organizaciones no gubernamentales e instituciones del Estado involucradas en este campo de acción, decidieron definir el "Programa Integrado de Salud (PIS)", como la Táctica Operativa a nivel de áreas precarias.

Debido al éxito obtenido por las filas comunitarias que apoyaron los inicios del PIS, se identificó desde entonces a cada uno de sus integrantes, en su mayoría mujeres. **Representantes del Programa Integrado de Salud (REPROINSA's)**, quienes a su vez conformaron la "Fundación Esfuerzo y Prosperidad (FUNDAESPRO)" con el objetivo fundamental de aumentar la cobertura de su campo de acción, ofrecer solidaridad a otras áreas en situación deficitaria y finalmente para obtener un respaldo institucional.

El denominado **Centro de Desarrollo Integral de la Familia (CDIF)**, pretende materializar localmente la APS, para brindar un espacio físico adecuado a las actividades destinadas a la obtención integral y autogestionaria del desarrollo, y bajo una administración local y estructura funcional multipartita; que en el caso de la colonia La Verbena, marco local del presente estudio, lo constituyen las REPROINSA's, las distintas ONG's y organismos estatales de apoyo técnico y financiero y fundamentalmente las familias de esta colonia.

Conclusiones del capítulo V:

- La comunidad organizada, consciente de la integralidad de su desarrollo, luego de haberse demostrado a sí misma que el trabajo comunitario puede determinar una variación y mejoría en su entorno: es la que cumple con las premisas operativas de la Atención Primaria en Salud.
- La salud sigue siendo una condición primaria y un objetivo general, dentro de cualquier población; probablemente en donde este aspecto se vea afectado drásticamente, esté el punto de partida para iniciar la eliminación de factores que la condicionan de manera negativa.
- Ejemplo de ello lo son las Representantes del Programa Integrado de Salud (REPROINSA's), quienes han podido obtener un reconocimiento comunitario e institucional, suficiente para atraer la atención de sectores de apoyo y financiamiento.
- Cualquier comunidad puede organizarse de acuerdo a sus propias prioridades, aunque el grado de precariedad de su asentamiento promueve el sentido integral de las estrategias a seguir.

Capítulo VI : Planificación local del CDIF

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

El presente capítulo describe las directrices y criterios generales de cobertura que ofrece la Atención Primaria en Salud, también establece las premisas funcionales de la operativización del CDIF y, finalmente, detalla una guía operativa para su planificación

1. Directrices de planificación sanitaria:

Tomando en cuenta que la planificación de servicios de salud no puede ser efectiva sin la valiosa participación de la población objeto, los criterios de planeamiento, además de su característica puramente técnica, quedan abiertos a los que sean sugeridos por los grupos que harán viable la prestación de estos servicios. Los planes de salud a nivel nacional históricamente han sido desarrollados bajo un sistema tradicional, subsidiario, excluyente, con escasa cobertura real y sin la participación comunitaria en los distintos niveles de planificación y ejecución.

Esta co-participación en la planificación de servicios de salud, es mencionada inclusive dentro del Código de Salud del Ministerio de Salud Pública y A. S., Decreto 45-79 específicamente en el Título I, Art 1º, así:

" Todos los habitantes de la República tienen derecho a la conservación, protección y recuperación de su salud; pero están asimismo obligados a procurarse mejorar y conservar las condiciones de salubridad del medio en que vivan y desarrollen sus actividades, y a contribuir a la conservación higiénica del medio ambiente en general."

Sin dejar por un lado las acciones del Estado encaminadas a la promoción de la salud, en el mismo Código, en el Título IV, Art. 102, manifiesta

"Las acciones de promoción de la Salud deberán realizarse perfectamente en los núcleos familiares y en las comunidades, y estarán orientadas a consolidar y fomentar la constitución de la familia y de los otros grupos sociales, a estimular el bienestar general, a educar para la protección, fomento y recuperación de la salud de todos sus integrantes..."

Al momento de la publicación del Código de Salud, el Estado contemplaba la "Educación en Salud", dentro de las acciones puramente "complementarias", y no como el **eje principal** de las actividades sanitarias.

Por lo tanto, cualquier criterio de planificación que pretenda incidir de manera efectiva en mejorar la salud de los guatemaltecos, debe sustentarse en el autocuidado familiar a través de una educación permanente e integral

1.1 Criterios de cobertura:

Hasta el momento, existen normas y criterios específicos para el establecimiento y planificación de servicios de salud, publicados y recomendados por la OPS y la OMS. Por ahora, éstos han tomado en cuenta la cantidad de habitantes, el tipo y especialización de los servicios, la capacidad de atención del establecimiento, la distancia, medio de transporte e incluso la situación física de las carreteras o caminos de acceso, criterios que en la medida en que el presupuesto asignado a la salud ha sido realista, y la escasa coordinación interinstitucional, han condicionado su aplicación.

Sin embargo, todavía no se menciona en ningún momento la **calidad** ni, mucho menos, el **impacto** de los servicios prestados, en relación a la participación directa de los habitantes, dentro de un proceso enseñanza-aprendizaje mediante el cual, se promocioe, fundamentalmente, un **cambio de actitud** de la población para que logre crear las condiciones que propicien el desarrollo integral de la familia.

1.2 Delimitación de grupos a beneficiar:

Como se ha comprobado anteriormente, el ingreso familiar es uno de los factores que más limita el acceso real a los servicios mínimos de salud, pues si bien en cierto, el equipamiento de salud se encuentre cercano, no se tiene la posibilidad de pago suficiente y, si se tiene, se corre el riesgo de perjudicar otras prioridades dentro del presupuesto familiar.

Aún cuando la consulta médica fuese gratuita, el precio de los medicamentos recetados limitan el seguimiento de los tratamientos y, al final, de una atención efectiva.

Por consiguiente, los asentamientos humanos en donde el presupuesto familiar no alcance a cubrir los gastos de la canasta básica de alimentos y mucho menos la de servicios, serán considerados los grupos prioritarios, y principales **sujetos** de este proyecto de salud comunitaria.

Según se hayan resuelto las necesidades básicas de determinada comunidad, se crean otras que, de nuevo proponen actuaciones colectivas para poder satisfacerlas, como por ejemplo las necesidades de seguridad ciudadana, de recreación, sociales y otras, según sea el desarrollo y contexto particular de cada población.

1.3 **Delimitación espacial:**

Aunque al inicio, la cobertura espacial pudiera delimitarse, apoyada por la densidad poblacional, la frecuencia de uso, y el número de habitantes, es la capacidad de autogestión que pueda desarrollar un CDIF, la que limitará el número de habitantes a servir, y la visualización de su posible expansión territorial. Ya que las características urbanas permiten observar más fácilmente este panorama, es en las áreas rurales en las que la cobertura espacial tendría que aumentar a medida que las viviendas se encuentren mayormente dispersas, contrariamente a lo que sucede a nivel urbano.

2. **Premisas de cobertura para el CDIF:**

Según el contexto específico, y tomando en cuenta que no sólo se planifica a nivel urbano precario, se observan diferencias entre el medio rural y urbano.

Las áreas urbanas, donde es mayor la densidad poblacional, el costo de autogestión del CDIF por familia beneficiada, tiende a disminuir; pero el área física cubierta también es reducida. Podría compensarse la cobertura espacial con el establecimiento de servicios de salud adicionales o de otro tipo, dentro del CDIF, que produzcan la necesidad de mayor aporte comunitario y amplíen el área de acción y la complejidad de los servicios. Poblaciones urbanas que como la colonia La Verbena pueden compararse a la población total de algunos municipios del departamento de Guatemala, como el de San José Pinula (24.471 Hab.)⁸³, que merecen ser sujetos de una planificación integral.

2.1 **Autosostenibilidad:**

Si bien es cierto el costo inicial del CDIF sobrepasa la capacidad económica de sus habitantes, éste puede reducirse en la medida en que sean aprovechados los recursos físicos y de personal existentes dentro de la comunidad, y también como el resultado de una positiva coordinación y apoyo entre los organismos relacionados al tema, y las instituciones responsables de la salud en el país. Esta inversión inicial y única, podría solventarse con los convenios de cooperación adecuados, sin embargo, los gastos de funcionamiento son los que determinan el grado de participación de la comunidad, la capacidad real, calidad de los servicios y la cobertura del CDIF. En la proporción en que los servicios se encuentren de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de la comunidad a servir, será garantizada su sustentabilidad, con sus respectivos beneficios a largo plazo.

2.2 **Promoción del CDIF:**

Resulta indispensable un proceso previo de difusión, concientización y de reflexión, de las características integrales de la APS que se va a brindar en el CDIF y sus beneficios integrales. Esta promoción inicial y luego de carácter permanente se logra mediante el Sistema Comunitario de Información, que debe permitir a los usuarios de estos servicios, que conozcan su nivel de participación en todo el proceso, los avances en la salud de su comunidad y, al mismo tiempo, se crea un criterio menos **inmediato** en la solución de sus problemas en general.

Se considera que por medio de actividades como talleres de reflexión, compartir experiencias propias y ajenas, actividades para promover la prevención, puede producirse un cambio de actitud ante la inversión en un seguro social que, históricamente, se ha tomado como un gasto, y no como una inversión.

⁸³ INE, X CENSO de Población y V de Habitación, Depto. de Guatemala (abril 1996)

3. Operativización funcional del CDIF:

Por todo lo anterior, es necesario sistematizar la forma en que un CDIF puede implementarse dentro de una comunidad. Se hace indispensable la participación organizada de la población consciente de su entorno y situación de salud, lo suficiente como para sociabilizar la problemática, haciendo colectiva la intervención en la solución del mismo.

Se piensa en la salud, como un factor que permite identificar el grado de saneamiento y de servicios básicos de una comunidad específica de ahí que la organización comunitaria se encaminaría, en primera instancia, a la satisfacción de estos servicios y mejoramiento general de sus condiciones. Posteriormente, se trabajaría en la posibilidad de implementar el CDIF, donde la salud se protegería y conservaría, como muestra del nivel de desarrollo integral alcanzado en el transcurso de este proceso.

3.1 Guía operativa de planificación local::

1. Organización comunitaria

- 1.1 Proceso organizativo y de concientización.
- 1.2 Aprovechamiento del recurso y base organizativa existente, en caso de ser representativa y reconocida.

2. Autodiagnóstico:

- 2.1 Situación actual de la comunidad
- 2.2 Perfil de morbi-mortalidad
- 2.3 Factores de riesgo
- 2.4 Recursos existentes e inexistentes
- 2.5 Definición de los roles comunitario e institucional
- 2.6 Censo poblacional y habitacional
- 2.7 Sectorización de la comunidad, (si no existiera)

3. Actividades pro-salud:

- 3.1 Medidas de emergencia
- 3.2 Identificación de los grupos de riesgo
- 3.3 Definición de sistemas alternativos de distribución de servicios básicos
- 3.4 Priorización de actividades
- 3.5 Delegar y distribuir las responsabilidades
- 3.6 Definición y priorización de los servicios de salud y otros a prestarse en el CDIF, incluyendo las necesidades de construcción/ampliación, equipamiento, personal, y suministros.

4. Reclutamiento de Personal Comunitario de Salud (PCS):

- 4.1 Identificación sectorizada del PCS
- 4.2 Establecimiento de funciones del PCS
- 4.3 Coresponsabilidad comunitaria ante el PCS
- 4.4 Nombramiento y presentación del PCS
- 4.5 Capacitación y retroalimentación del PCS
- 4.6 Redacción participativa del normativo del PCS
- 4.7 Definición de cobertura por PCS, y mecanismos particulares de supervisión.

5. Relaciones interinstitucionales:

- 5.1 Visualización del terreno y/o edificio comunitario o no, existente en el área
- 5.2 Identificación de las autoridades/organismos e instituciones relacionadas con la salud, y comunidad determinada
- 5.3 Definición de los compromisos de apoyo técnico y financiero, de ejecución y sostenimiento
- 5.4 Estimación conjunta de la inversión inicial y de funcionamiento
- 5.5 Obtención positiva de los fondos y convenios de cooperación técnica, de auto-construcción, de equipamiento, personal y suministros
- 5.6 Establecimiento conjunto del plan de trabajo, que incluya objetivos, plazos, roles, participación específica y gastos compartidos.
- 5.7 Coordinación permanente con otras instituciones que presten servicios de salud, para evitar la duplicidad de acciones y escaso control de los resultados.

6. Creación del Sistema Comunitario de Información sanitaria (SCI):

- 6.1 Definición de los sistemas de control y fuentes de información permanentes
- 6.2 Delimitación de la cobertura y relación con otros sistemas de información
- 6.3 Establecimientos de sistemas de referencia y contra-referencia, así como de emergencia.
- 6.4 Acompañamiento técnico en la sistematización y divulgación de la información.
- 6.5 Determinar ciclos de información y auto-evaluación.
- 6.6 Difusión y promoción de los normativos de uso y capacidad de los servicios, y sobre la cobertura especial del seguro social comunitario
- 6.7 Apoyo del SIC a las campañas y jornadas sanitarias locales, y nacionales.

7. Seguro Social Comunitario (SSC):

- 7.1 Definición colectiva de coberturas, rangos, y servicios.
- 7.2 Establecimiento de los mecanismos de administración del SSC
- 7.3 Normas de adscripción.
- 7.4 Programa de difusión del Seguro Social Comunitario.
- 7.5 Calendarización de la Sistematización y auto-evaluación del SSC.

8. Ampliación o reducción de coberturas y servicios:

- 8.1 Definición de la Cobertura Actual.
- 8.2 Análisis de la Frecuencia de Uso de los Servicios actuales
- 8.3 Diagnóstico administrativo y de calidad de los servicios.
- 8.4 Actualización permanente del costo de los servicios y suministros.
- 8.5 Adaptación de los recursos humanos y materiales existentes, a los servicios locales sostenibles, para brindar una atención permanente

9. Auto-evaluación de los sistemas de operación:

- 9.1 Calendarización de la revisión del desarrollo de los convenios suscritos, y su posterior seguimiento, ampliación o modificación.
- 9.2 Evaluación comunitaria de la prestación de los servicios. (retroalimentación)
- 9.3 Apoyo técnico y supervisión permanentes de los organismos e instituciones comprometidas con el proyecto.

Conclusiones del capítulo VI:

- La cobertura que se logra obtener en base a las directrices de esta planificación sanitaria, se caracteriza por no concentrarse de manera exclusiva en el tiempo de traslado y el número de beneficiarios, esta cobertura es más real, permite medir el impacto que la estrategia de la APS está provocando en un lugar determinado.
- El auto-diagnóstico es el mecanismo de información que inicia la concientización popular y provee una visión más concreta de la problemática y una identificación de los recursos existentes y deficitarios.
- El CDIF, pretende acompañar el proceso de desarrollo de una comunidad, pues aunque no necesariamente este proceso se inicia con su construcción, sí permite conservar la salud, lograda luego de la mitigación de la mayoría de los factores de riesgo.
- El CDIF, a parte de ofrecer un espacio comunal, tiende a consolidar las organizaciones de base, en la medida en que los alcances de este proyecto no sobrepasen las capacidades y recursos disponibles, que en determinado momento, pudieran crear falsas expectativas al respecto.
- No debe pasarse por alto ninguna etapa del desarrollo y, mucho menos, adaptar la guía de implementación, con una visión pragmática y generalizante, que no vea las diferencias sociales entre una comunidad y otra. Cada CDIF en su respectiva comunidad contará con servicios acordes a su contexto particular, aunque el intercambio de experiencias permitirá un panorama más optimista y solidario.

*Capítulo VII: Modelo de Atención Local,
caso específico colonia La Verbena*

Este capítulo describe los orígenes y características socioeconómicas y políticas de la colonia La Verbena zona 7 de la ciudad de Guatemala, a la vez que justifica su elección como muestra de la planificación local del CDIF.

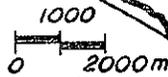
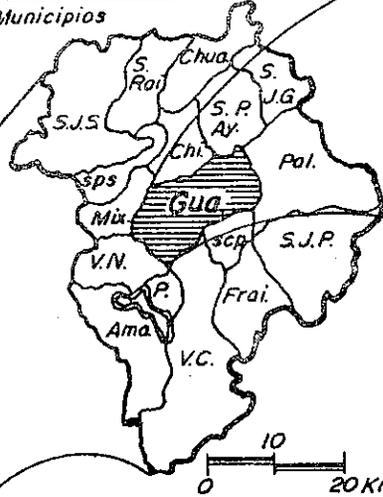
Considera sus atributos organizativos, particular sectorización, viabilidad interna y sus antecedentes en la aplicación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Aproximación geográfica: Fuente I.G.M., elab. propia

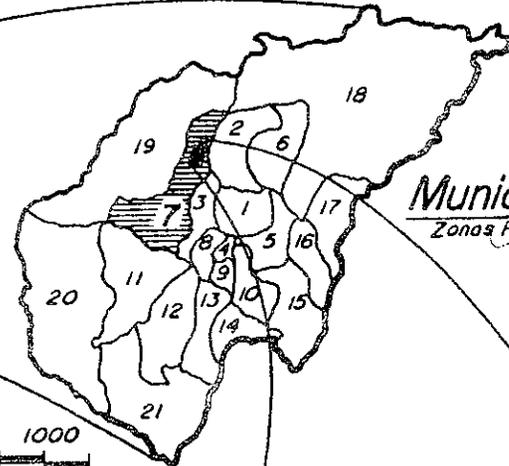


Departamental

Municipios



Municipal
Zonas Postales



Cementerio
La Verbena

11 Av. "A"

H. S. Vicente

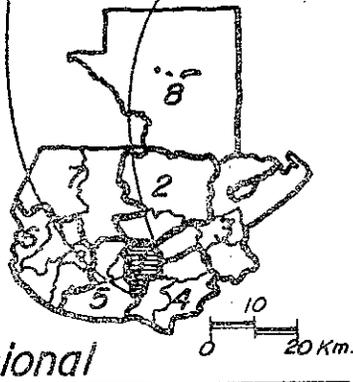
Escuela

Local

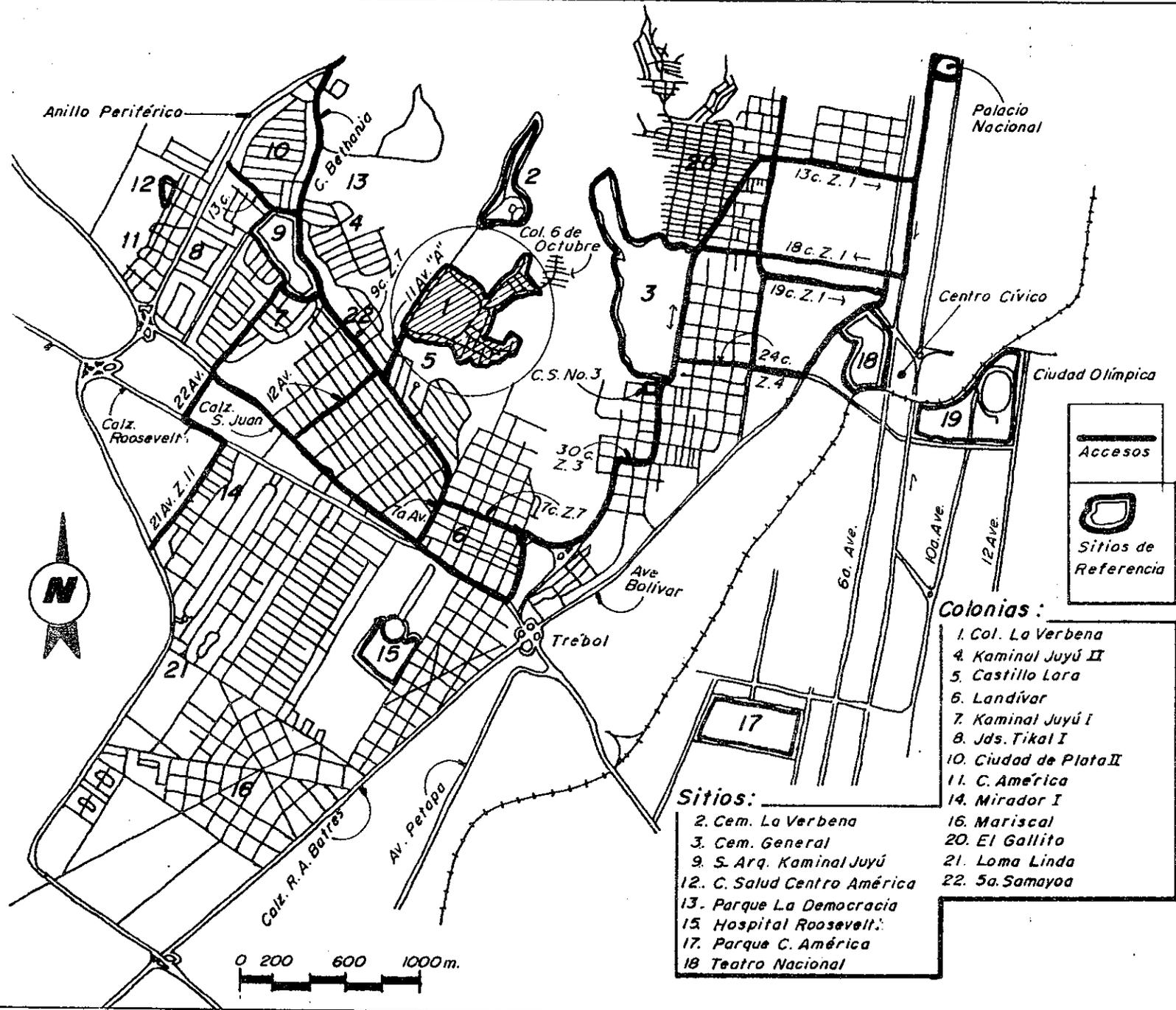
Colonia La Verbena Z 7

Nacional

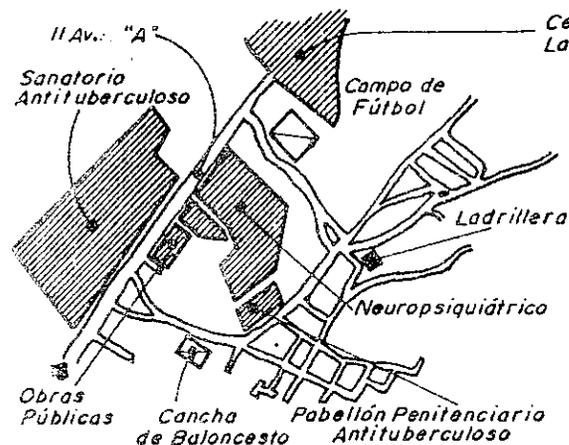
Regiones



Vías de Acceso y alrededores de la Col. La Verbena Fuente: mapa turístico del INGUAT, elab. propia

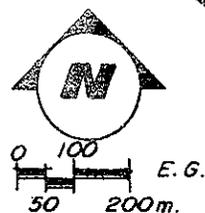
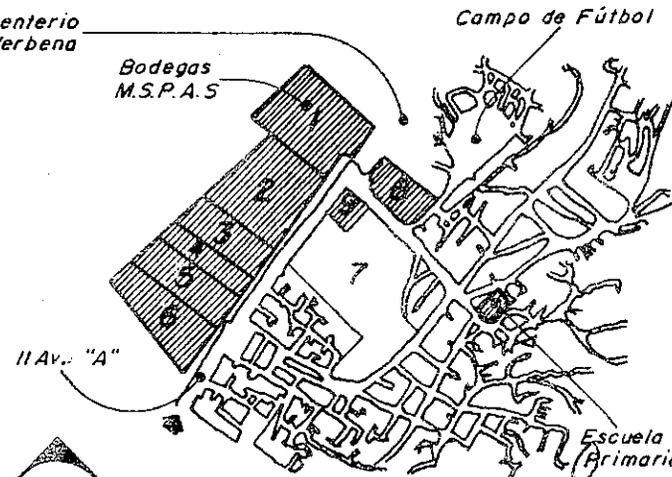


Desarrollo Histórico de la Colonia la Verbena, Fuente indicada, elab. propia



1964

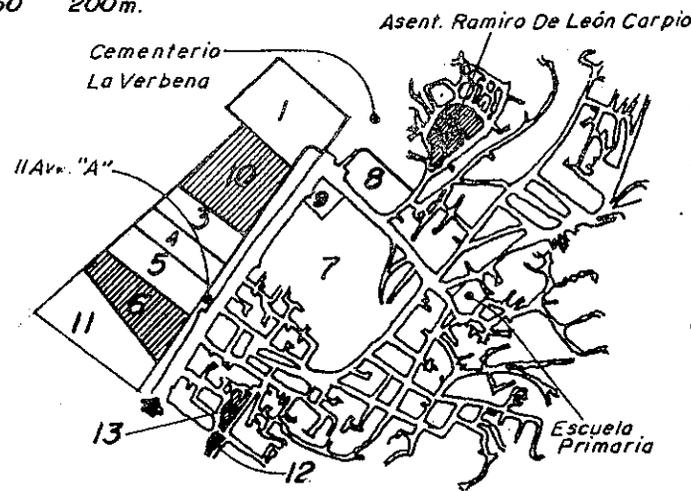
Fuente: D.G.O.P. elab. propia



- Referencia:**
1. Bodegas M.S.P.A.S.
 2. Talleres Obras Públicas
 3. U.N.E.P.A.R. Bodegas
 4. Infectología I.G.S.S.
 5. U.N.E.P.A.R.
 6. Droguería Nacional
 7. Hosp. Antituberculoso San Vicente
 8. A.M.G. Internacional
 9. C.E.CO.A.I.N.

1987

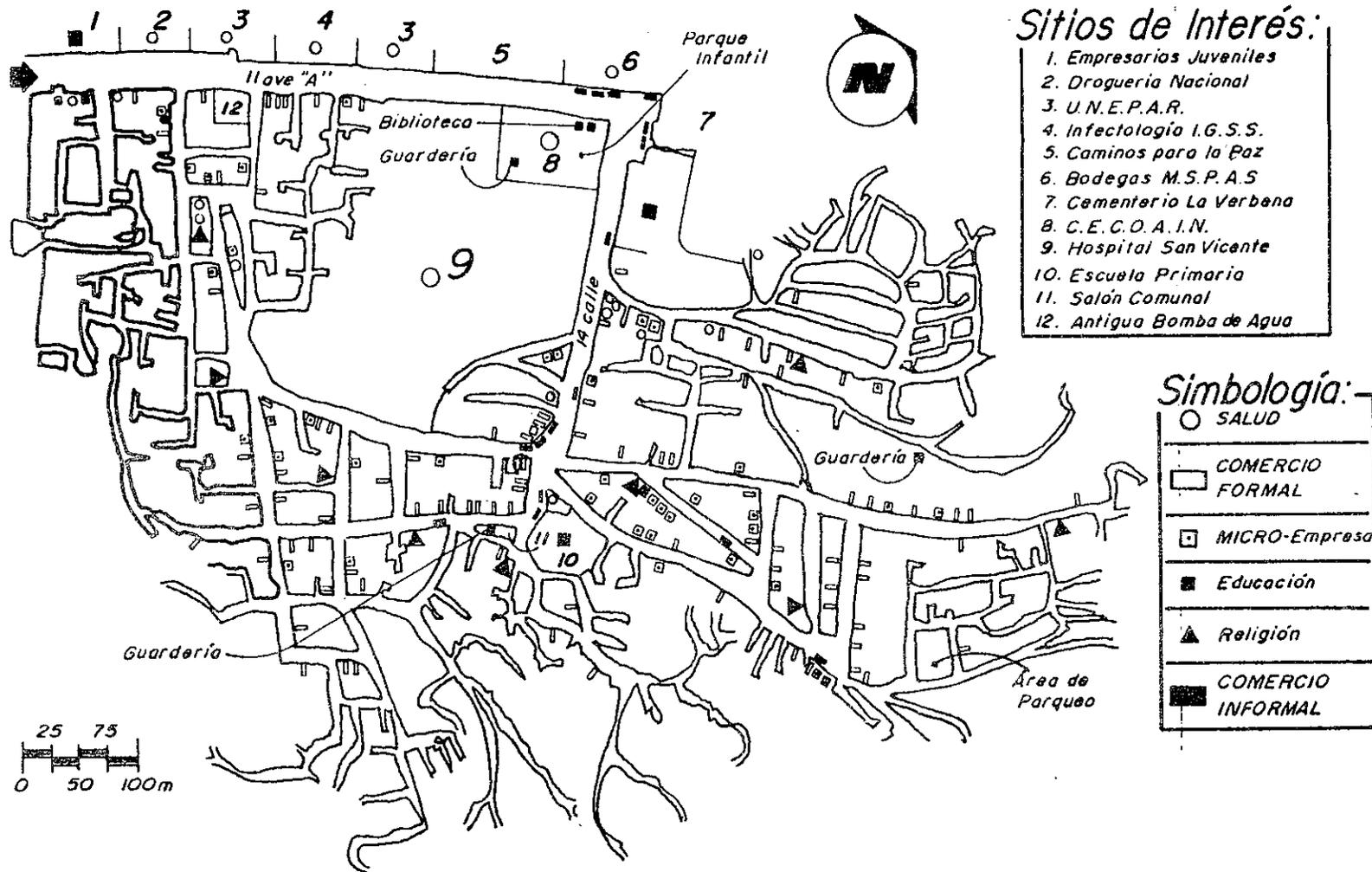
Fuente: COINAP, elab. p.



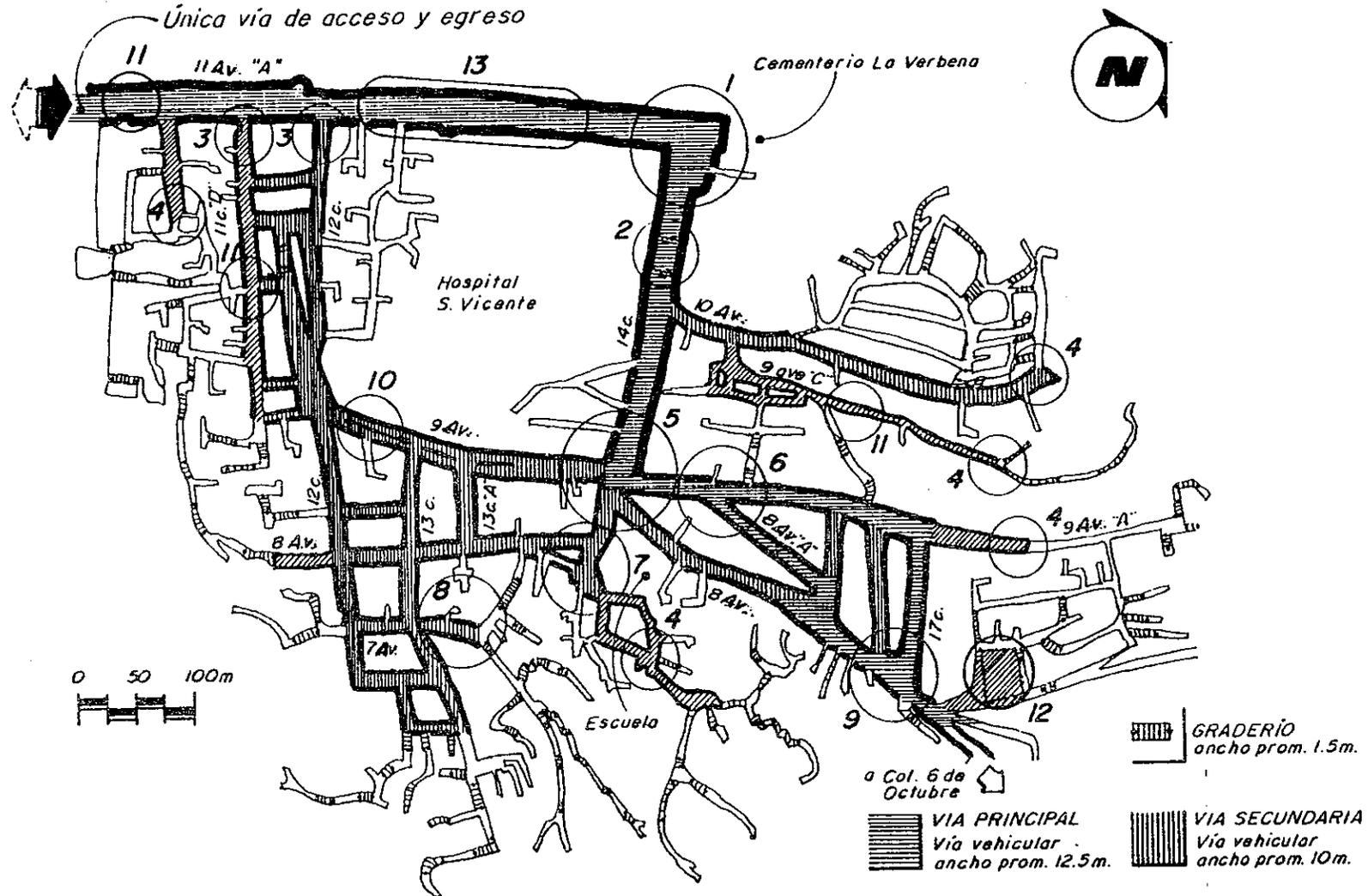
- Referencia:**
10. Unidad de Convoyes Reg. Secret. Ejecutiva d/Presid.
 11. Empresarios Juveniles
 12. Asent. "24 de Dic."
 13. Asent. "23 de Dic."

1997

Fuente: Invest. campo



Análisis del Uso del Suelo de la Colonia La Verbena, Fuente: observación de campo, elab. propia



Sistema Vial COL. LA VERBENA z.7
Situación Actual Elab. propia

Simbología

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Análisis del SISTEMA VIAL de la Col. La Verbena

No.	Ubicación	TIPO	Ancho promedio	Material	Tipo de vía	Sentido	Descripción del problema vial	Sugerencia
1	11 Av. "A" y 14 calle	Intersección en "T", tráfico pesado a toda hora	12.5 metros	Asfalto	Principal	Doble vía	Intersección peligrosa por el congestamiento de tráfico, causado por la ubicación de múltiples accesos (Cementerio La Verbena, bodegas del MSPAS, y AMG) y venta de lápidas a orilla de la alineación.	Colocar señalización preventiva sobre los distintos accesos. Trasladar ventas locales, para ampliar el área de giro y mejorar la visibilidad nocturna.
							La esquina interior de la intersección no posee ochavo y los muros perimetrales del H. San Vicente imposibilitan la visión precautoria en el giro.	Si fuera posible implementar un ochavo de acuerdo al ancho de las vías. Contemplar señales reflectivas diametrales que prevengan la aproximación vehicular.
							El asfalto se encuentra dañado, debido al giro forzoso, no existe señalización de precaución.	Mejorar la señalización y el alumbrado público, colocar pintura reflectiva en bordillos.
2	14 calle entre Av. "A" y 9 Av.	Acceso principal tráfico pesado a toda hora	12.5 metros	Asfalto	Principal	Doble vía	No existe señalización de limitación de velocidad, se encuentra dentro de una zona escolar. Vibradores en deterioro considerable.	Señalizar, reparar y pintar adecuadamente los vibradores. Colocar señal de área escolar
3	a) 11 calle "D", b) 12 calle y c) 11 Av "A"	intersecciones en "T" con derivación de tráfico liviano	10.00 metros	Asfalto o concreto	Secundaria	Doble vía	No existen ochavos, limitando la visibilidad al acceso y egreso a la colonia, trazo estrecho.	Definir el derecho de vía, señalizar precaución al girar. Pintar y proteger los bordillos casi superficiales..
4	a) Final 9 Av. "A", b) Final 10 Av. y c) Final 7 Av "B"	Retornos, tráfico liviano	7.50 metros	concreto	Terciaria	Doble vía	Debido al proceso irregular de crecimiento y sin planificación urbana alguna, la mayoría de retornos son complicados y sin espacio de giro suficiente. Complicados por vehículos estacionados en ellos.	Al no poder aumentar el área de retorno, sólo queda restringir el estacionamiento tanto en el pavimento como en señalización. Mejorar la iluminación y crear barreras portátiles para uso recreativo espontáneo, ante la escasez de áreas de recreo
5	9 Av. y 14 calle	Intersección en "cruz", tráfico pesado intenso	12.50 metros	asfalto reciente	Principal	Doble vía	Existe saturación de ventas callejeras por carecer de mercado formal, obstaculizando la visión. Existe doble vía en todos los accesos y no tienen ochavos adecuados. Complicada por la afluencia numerosa de peatones.	Colocar alto obligado en calles secundarias. Mejorar alumbrado. Promover el traslado de las ventas a un mercado formal y seguro.
							Existe una parada de buses que obstruye toda la intersección al momento de detenerse el bus. Estrechez sobre la 9 Av "A" que no permite la circulación simultánea en doble sentido. Banquetas con excesivo nivel respecto al asfalto.	Establecer el otorgamiento de paso a egreso de la colonia en la 9 Av "A". Alejar del cruce la parada de bus y proteger bordillos.

Análisis del SISTEMA VIAL de la Col. La Verbena:

No.	Ubicación	TIPO	Ancho promedio	Material	Tipo de vía	Sentido	Descripción del problema vial	Sugerencia
6	9 Av "A" y 8 Av. en "Y", tráfico pesado intenso	Intersección	12.50 metros	Asfalto reciente	Principal	Doble vía, derivación con sentido oeste-este	Intersección estrecha, banquetas reducidas a 50 cms. y de excesivo peralte. No existe señalización del viraje obligado hacia la derivación, ni de ceder el paso sobre la 9 ave. "A"	Colocar señalización de viraje obligado hacia la derivación derecha, para la entrada a la colonia. Prevenir sobre el paso estrecho y proteger bordillos.
7	14 calle y 8 Av	Intersección en "T" tráfico liviano y peatonal	10.00 metros	Asfalto reciente	Principal	Doble sentido en todos los accesos	No existe limitación de velocidad por encontrarse dentro de una zona escolar. Paso estrecho, banquetas angostas y altas. Proliferación de ventas ambulantes.	Pintar y proteger bordillos, delimitar en el pavimento la zona de seguridad escolar, apoyado por patrullas de seguridad vial de la escuela.
							Congestionamiento a la hora de salida de las jornadas escolares y de actividades del salón comunal. No existe señalización de alto obligado.	Señalar la zona escolar y restringir el estacionamiento frente a la escuela y salón comunal. Proponer doble uso temporal del área.
8	13 calle y 7 ave final	Intersección en "T" tráfico liviano y peatonal	7.5 metros	Adoquín de concreto	de Secundaria	Doble sentido	Pendiente del 75% que impide la visibilidad al salir de la avenida, que no tiene derecho de vía señalado. Cuenta con túmulos peraltados e invisibles en la noche.	Otorgar el derecho de vía a la 7a. Av. y permitir las señales auditivas. Demarcar la zona de intersección como área de seguridad.
							Banquetas muy angostas que condicionan la mezcla del tráfico vehicular y el peatonal.	Pintar, restaurar y remodelar túmulos y bordillos.
9	8 Av y 17 calle.	Intersección en "T", tráfico pesado	Variable	Asfalto reciente	Principal	Doble sentido, excepto sobre la 8 Av.	Estación de buses improvisada y no señalizada en el asfalto, congestionamiento vehicular por el estacionamiento desordenado de buses.	Señalar en el asfalto el estacionamiento continuo de los buses.
							Da acceso a la Col. 6 de Octubre, lo que aumenta el tráfico peatonal, además de las ventas callejeras y zonas densamente comerciales. Escaso alumbrado público.	Señalar el acceso a la colonia 6 de Octubre y limitar la velocidad de ingreso y egreso.
10	9 Av. entre 12 y 13 calle "A"	Acceso	12.50 metros	Adoquín	Secundaria	Doble sentido	Se ha construido un camellón central peraltado y sin pintura reflectiva, que hace estrechas las vías laterales al mismo.	Eliminar camellón y señalar con ojo de gato la mediatriz.
11	a) 11 Av "A" y 10 calle	Acceso	10.00 metros	Concreto	Secundaria	Doble sentido	a) Acceso principal reducido por garita antigua limita la visibilidad y no ejerce ninguna función vial.	Eliminar garita y mejorar la señalización preventiva y de identificación de las principales instalaciones dentro del área.
	b) 11 calle "d" y 9 Av. "A"	Acceso	Variable	Concreto	Secundaria	Doble sentido	b) Paso muy estrecho, sólo permite la circulación de un vehículo a la vez, banquetas angostas y postes del alumbrado debajo de la banqueta, no existe señalización de otorgamiento del paso.	Traslado de postes y señalización de otorgamiento de paso según el egreso, demarcar bahías de resguardo.
12	8 Av. entre 17 y 18 calles.	Es área de parqueo	Ancho máximo 45.00 metros	Sin acabado dominante	Terciaria	Doble sentido	El área de aparcamiento informal y desordenado, depósito de chatarra clandestino y genera estancamiento de residuos sólidos y líquidos, contaminación visual y ambiental excesiva.	Promover el saneamiento ambiental y visual del área. Redistribuir el estacionamiento, proteger las áreas verdes que sobreviven y remodelar bordillos.
13	11 Av "A" entre 10 y 14 calle	Acceso principal	12.50 metros	Asfalto	Principal	Doble sentido	Escasa iluminación y ausencia de bordillos	Construir bordillos, señalar derecho de vía y utilizar ojo de gato en mediatriz. Mejorar y sanear las áreas verdes a lo largo de la avenida.

1. Antecedentes históricos:

La colonia⁸⁴ La Verbena se encuentra situada al suroeste de la ciudad capital, tiene aproximadamente 53 años de existencia; cubre actualmente casi el 20% de la finca del mismo nombre, registrada bajo el No.: 106. Folio: 466, Libro: 59⁸⁵ Antiguo de Guatemala, que desde 1936 ha estado bajo la administración del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Fue llamada finca La Verbena, probablemente debido a la ploriferación de verbena y pericón, plantas medicinales que cubrían los terrenos del cementerio que antiguamente eran comercializadas.

La Verbena se encuentra prácticamente rodeada de barrancos, excepto hacia el sur, donde se ubica el único ingreso y comunicación con el resto de la ciudad. Colindan con ella, al sur la colonia "Castillo Lara" y "5ta. Samayoa; y al norte la "6 de Octubre". Las primeras, durante un período considerable proporcionaron los servicios básicos a la colonia. La "6 de Octubre", sí fue planificada y urbanizada especialmente para cierto sector de la población, que por su capacidad económica pudo pagar, aunque a plazos, el costo de dicha planificación, pues fue entregada en 1967⁸⁶ con infraestructura y vivienda por el BANVI. Colonia que, aunque cercana a La Verbena y con relaciones de servicios, nunca se ha integrado y participado en proyectos conjuntos de desarrollo.

1.1 Orígenes de la colonia La Verbena:

Dicha finca fue cedida en 1936 por el expresidente Gral. Jorge Ubico a través del Lic. Marcial Prem Bolaños⁸⁵, al Ministerio de Salud Pública, según consta en el Registro de la Propiedad Inmueble.

Los terrenos eran ocupados predominantemente por el hasta ahora Cementerio La Verbena (año 1,939) y sus servicios, el Centro Antituberculoso de la Penitenciaría Central Pabellón Cristóbal Colón, hoy Hospital Antituberculoso, por el Hospital Neuropsiquiátrico, instalaciones del Ministerio de Comunicaciones y Obras Públicas, además de las viviendas de los trabajadores de la finca.

En 1960⁸⁷ el Hospital Neuropsiquiátrico ubicado en el centro de la ciudad, sufrió un incendio, y los pacientes que sobrevivieron fueron trasladados al Hospital San Vicente, pero actualmente se encuentran en la zona 18.

Fue a partir de 1944⁸⁵, que la colonia La Verbena comenzó a poblarse, especialmente en el período 1945-51, cuando los Ministerios de Salud y de Comunicaciones autorizaron a personas de escasos recursos, poder construir sus viviendas en algunos sectores de la finca, sin embargo se otorgó prioridad a los empleados de estos ministerios. Mecanismos como el compadrazgo familiar y político, sobornos y amistades concretas entre otros, fueron permitiendo que la Verbena creciera paulatinamente.

De nuevo entre los años 1960-1962, por orden presidencial, fueron desalojadas algunas personas que vivían en los alrededores del aeropuerto La Aurora, y trasladadas a La Verbena, en un número aproximado de 150 familias.

Desde ese momento el control de ingreso de nuevas familias a la finca La Verbena, estuvo a cargo y complacencia de su administrador y respectivos sucesores: sin embargo, para evitar que el número de ocupaciones aumentara, fue prohibido el ingreso de materiales formales de construcción, pues, en ese momento ninguno de los habitantes contaba con título de propiedad.

Alrededor de 1970⁸⁶, un grupo de familias que vivían bajo el antiguo acueducto de la zona 13 y en los alrededores del aeropuerto también fueron desalojados, debido a que la pista de aterrizaje sería ampliada. Nuevamente, de manera organizada y por orden del entonces presidente Idígoras Fuentes, una cuarta parte de estas familias fue trasladada a La Verbena, y el resto fue repartida hacia la Finca Bárcenas, el Barranco Chapín, zona trece y hacia los alrededores del antiguo Asilo de Ancianos.

⁸⁴ La categoría de "Colonia", lleva implícito un reconocimiento al proceso de desarrollo histórico que esta comunidad ha alcanzado. Denominación más allá de categorías urbanas de asentamiento.

⁸⁵ DGOP, Estudios Geográficos, Informe sobre La Verbena, (1968)

⁸⁶ Sra. Martina de Chávez, Sra. Victoria de Salazar y Sra. Ana Chávez, con 36, 16 y 36 años de residencia en La Verbena respectivamente, Entrevista de fecha 25/01/97

⁸⁷ Sr. Fermín Plato y Sr. Reginaldo Pérez, con 40 y 30 años de residencia en La Verbena, Entrevista de fecha 01/02/97

Uno de los primeros sectores que se formó fue "El Plan", que era, como su nombre lo sugiere, el que tenía la configuración más llana. Algunos acapararon grandes áreas, ya que en ese momento se hacían transacciones por montos de Q. 80.00 y Q. 100.00; pero debido a la declaración de carencia de bienes durante 1978⁸⁸, muchas personas desmembraron en varios lotes sus propiedades, lo que aumentó la densidad poblacional.

Dentro de una sección de la finca existió crianza de marranos, administrada por los denominados "rancheros", el que posteriormente dió lugar al actual sector "La Cochera".

Posteriormente, el Instituto Nacional de la Vivienda (INVI), que luego cambió a Banco Nacional de la Vivienda (BANVI), compró parte de la finca. A partir de 1969 se comenzó a escriturar y promover la compra-venta de terrenos, cuando fungía como presidente Julio César Méndez Montenegro quien, personalmente las entregó⁸⁸.

El actual sector "San Diego" lo formaron habitantes de la colonia del mismo nombre en la zona tres, quienes fueron trasladados por la Cruz Roja, tras habérseles quemado sus viviendas en 1968.

Los habitantes de la denominada "Ruedita", en la zona 3 vinieron a la Verbena a formar el actual sector "Joya 5", después del terremoto de 1976⁸⁸.

Las áreas verdes y especialmente las destinadas al deporte fueron ocupadas varias veces, la primera, el campo de fútbol al norte de la colonia, por trabajadores del estado, específicamente del Comité Nacional de Emergencia, pero fueron trasladados a San Rafael zona 18 y para el Granizo zona 7, algunos a la "4 de Febrero", y Sakerti. Luego del desalojo de algunas familias en 1984-85, nuevamente vecinos cercanos al campo volvieron a ocuparlo.

Donde actualmente se ubica el asentamiento "De León Carpio", se denominaban el "Campo de la Tortuga", por ser una especie de loma; así también, una cancha de baloncesto se encontraba ubicada donde hoy es la Joya 5. Por sus particulares características topográficas, una hondonada vecina al campo de La Tortuga, se le denominó el "Campo de la Palangana".

Las últimas ocupaciones, sucedieron en 1994⁸⁹; por una parte, el ahora denominado sector "23 de Diciembre", a un lado del Campo de la Palangana; y por el otro, el "24 de Diciembre" que abarca parte de la Joya 1.

1.2 Sectorización de La Verbena:

Aunque algunos sectores se formaron con anterioridad, y fueron adquiriendo nombres adecuados a su localización y denominación tradicional o bien debidos al anterior uso de esos terrenos, la mayoría se estableció debido a la organización comunitaria que fue implementada para poder realizar de manera coordinada los trabajos de caminamientos, agua potable y drenajes iniciados en 1987.

La Municipalidad metropolitana, mediante el coordinador del programa Alimentos por Trabajo el Sr. Salvador Gándara⁸⁹, se organizó a La Verbena en 12 sectores con 12 representantes cada uno.

Hoy son 16 sectores y se denominan Joya 1, Joya 2, Joya 2 Anexo, Joya 3, Joya 4, Joya 5, La Ranchería, La Cochera, San Diego, La Chatarra, La Palangana, Central, El Plan, y más recientemente el Ramiro de León Carpio. Finalmente, aunque de escasas dimensiones los denominados "23" y "24" de Diciembre. Es de hacer notar, que a pesar que la colonia 6 de Octubre no se encuentra integrada a La Verbena, puede tomarse a su población como un sector adicional al área de cobertura.

Ver a continuación la distribución sectorizada de la colonia La Verbena:

⁸⁸ Sras. M. de Chávez, V. de Salazar y A. Chávez, Op. cit. p. 54

⁸⁹ Srs. F. Plato y R. Pérez, Op. cit. p. 54

1.3 Origen de los pobladores

El 30%⁹⁰ de los habitantes de La Verbena, en 1964, provenían de los municipios del departamento de Guatemala, el 17.2% de la capital, y casi un 56% de los departamentos de Chimaltenango, Santa Rosa y Alta Verapaz. Se trasladaron muchas personas provenientes del municipio de Palencia, especialmente de Sansur, en la actual Joya 3.

Sin embargo personas de la colonia al momento de la encuesta que realizara la Dirección Gral. de Obras Públicas, en ese mismo año, manifestaban que habitaban la colonia desde 1906, aunque eran colonos de la finca.

2. Implementación histórica de los servicios básicos:

El agua potable en los años sesenta era brindada por los hospitales y la municipalidad metropolitana, mediante el despacho colectivo; a partir de 1977 se introdujeron más chorros públicos, y en 1981 existieron intentos municipales de introducción de agua domiciliar, pero la falta de propiedad de los terrenos lo impidió, específicamente durante la administración de Manuel Colom Argueta. En esta época existieron muchos comités, pero la mayoría sin autorización del Ministerio de Gobernación, y otros que sí la obtuvieron, fueron sorprendidos por el Movimiento Nacional de Pobladores (MONAP), y por la misma comunidad, en malversaciones de fondos.

El 7 de octubre de 1986⁹¹ se inició en el sector "El Plan" la introducción de los drenajes sanitarios y pluviales y al mismo tiempo la construcción de los caminamientos por medio del Programa Alimentos por Trabajo (APT) de la Municipalidad metropolitana, y junto al comité del sector en ese momento presidido por el Sr. Fermín Plato. Estos trabajos que fortalecieron los antecedentes organizativos de la colonia.

De los fondos que se reunieron en todos los sectores, se recomendó su utilidad para poder brindar mantenimiento y limpieza de los tragantes pero, al parecer, sólo en el sector El Plan se implementados.

Con el apoyo de EMPAGUA, COINAP, el Instituto para la Superación de la Miseria Urbana (ISMU), UNICEF y principalmente de los vecinos organizados, se inició en 1991 el proyecto de instalación de agua domiciliar, el cual cubrió al final de sus fases respectivas a casi el 95% de los hogares.

La luz eléctrica ya era brindada en un 46.9% en 1964⁹⁰ por la Empresa Eléctrica de Guatemala; junto al Programa de Alimentos por Trabajo fue posible la introducción del alumbrado público. Actualmente, se desarrolla un proyecto comunitario para llevar la electricidad y el alumbrado a los sectores más periféricos y de reciente formación de La Verbena, aprovechando la sistematización de la propia experiencia del proyecto de agua domiciliar.

El servicio telefónico se introdujo en 1989, aunque de manera muy limitada, y actualmente sólo existen teléfonos públicos en los extremos norte y sur de la colonia.

Las primeras participaciones organizadas no fueron del todo positivas, sin embargo, dentro de la comunidad persisten grupos como la Asociación de Vecinos, y grupos específicos de trabajo, como el Grupo de Agua, y el Grupo de REPROINSA's encargadas de la salud que, con el tiempo, se han consolidado, compartido experiencias y hasta coordinado esfuerzos conjuntos, adaptando sus objetivos a las necesidades del momento.

Es importante mencionar que, tanto en los proyectos de agua como en los de salud, la participación femenina se ha presentado como el mayor aporte comunitario.

3. Uso de la tierra:

El área de cultivo de la finca estaba ocupada por plantaciones de maíz y de maguey, precisamente de éste último extraían materiales y materia prima para elaborar los ranchos de los mozos. Así se encontraba La Verbena aproximadamente en 1957⁹².

⁹⁰ DGOP, Op. cit. p. 54

⁹¹ Srs. F. Plato y R. Pérez, Op. cit. p. 54

⁹² Srs. F. Plato y R. Pérez, Op. cit. p. 54



Para 1964 la colonia estaba conformada mayoritariamente por el área del Cementerio La Verbena, los hospitales y el área de viviendas. Este cementerio fue creado para la inhumación de personas de escasos recursos, las que eran enterradas sin protección alguna y con una permanencia máxima de 6 años.

La colonia se concentraba en la zona sureste de la finca, debido a que el resto de la misma presentaba accidentes topográficos suficientes para desalentar su ocupación: aunque en la actualidad, muchos barrancos periféricos a la colonia, se encuentran habitados.

En ese mismo periodo, prevalecía el funcionamiento de pequeños negocios artesanales, como tiendas, carpinterías, sastrerías y algunas casas convertidas en capillas de oración.

No ha existido desde entonces ningún patrón u ordenamiento urbano ni de adecuada distribución de los usos de la tierra, por lo que numerosas áreas quedaban en el abandono, se convertían en basureros y áreas improductivas. Estas deficiencias provocaron que algunos caminamientos y accesos resultaran con anchos menores a los mínimos y sin tratamiento adecuado a sus pendientes.

Existía un campo de fútbol ubicado al norte de la colonia, actualmente es el asentamiento De León Carpio; al sur, todavía permanece el campo de la Palangana, frente al sector del mismo nombre, pero el mismo es utilizado principalmente por los habitantes de la Colonia Castillo Lara. Igualmente, en los alrededores del actual sector San Diego, se encontraban las instalaciones de una cancha de baloncesto.

La Dirección General de Obras Públicas ocupaba también una manzana de terreno al sur de la colonia, donde funcionaban talleres mecánicos y de mantenimiento, además de bodega de chatarra, que con el tiempo dio origen al sector "La Chatarra".

Se estableció una escuela no formal, en la Verbena donde se cursaba hasta 2° primaria. Después se obtuvo el terreno que ocupaba la Ladrillera, y con el apoyo del Japón en 1971, se construyó la escuela definitiva, en la que funcionan dos jornadas de educación primaria y preprimaria. La Ladrillera fue trasladada entonces a los terrenos del cementerio. No existen hasta el momento locales para educación secundaria.

En 1982, y con el apoyo de la institución Hogar y Desarrollo (HD), los habitantes de La Verbena, junto al comité pro-mejoramiento, obtuvieron una donación para la construcción del actual salón comunal, construido en un predio ubicado frente a la antigua ladrillera del Cementerio La Verbena. Este terreno, por ser valdío era utilizado para celebrar combates de lucha libre y para actividades circenses.

4. Características socioeconómicas:

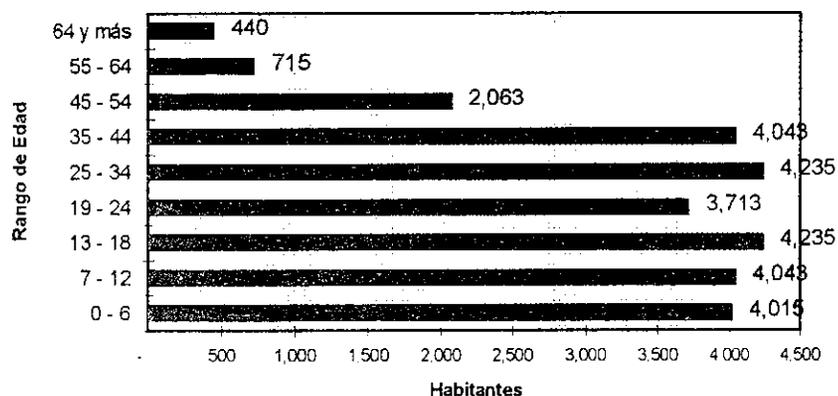
Los pobladores de La Verbena debido a su origen particular, a su emplazamiento aislado, y por poseer una única vía de acceso, han permitido crear una comunidad concentrada y de actitudes especiales de convivencia que han ido desarrollando características homogéneas.

4.1 Población:

En 1964 existían 2,985 personas agrupadas en 553 familias y que ocupaban 15.265 hectáreas de la finca, con lo cual se obtuvo una densidad de 196 Hab./Hectárea⁹³.

⁹³ DGOP, Op. cit. p. 54

Población de la Verbena por rangos de Edad, ambos sexos;
Población estimada para 1997 = 27,500 Hab., Fuente:
porcentajes UNICEF/COINAP/PRONICE, 1994



En 1994 un estudio de COINAP/UNICEF/PRONICE⁹¹ contabilizó 23,800 habitantes, equivalentes a 4,327 familias y a 5.5 Hab./hogar. Actualmente se ocupa un área aproximada de 30 hectáreas y con una densidad de 793 Hab./Hect., incluyendo a los aproximadamente 1,500 habitantes de la Colonia "6 de Octubre".

El 51% es población femenina.. El 58% lo constituyen parejas casadas, porque como ya se ha mencionado dentro de los requisitos para obtener legalmente el terreno invadido, estaba el contar con una familia propia. Un poco menos de la mitad de la población de La Verbena es menor de 18 años.

Según estimaciones de representantes del Grupo de Agua, la población de la Verbena estaría alcanzando actualmente a las 5,000 familias, con el promedio de 5.5 integrantes, a los 27,500 habitantes.

Para 1994⁹⁴, el 42.7% de sus habitantes tienen entre 21 y 30 años de vivir en ella; casi un 15%, entre 1 y 10 años de residencia. También identifica a un 41%⁹⁴ de madres ladinas, un 43% son ladinizadas, entendido como personas que se identificaron como indígenas pero que no hablan idioma maya alguno, y un 8% indígenas

4.2 Ingresos familiares

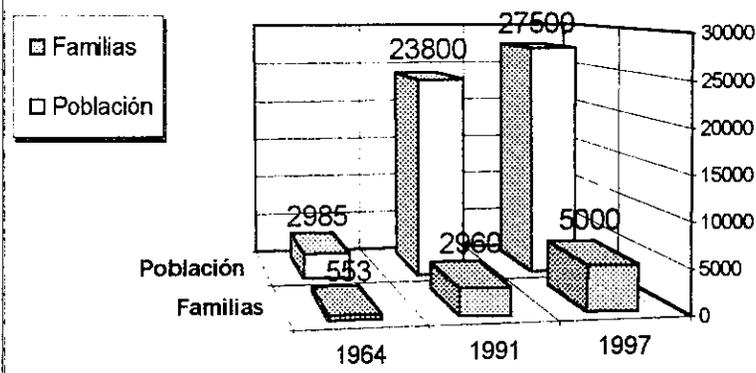
Para 1940, la mayoría de los habitantes eran trabajadores de los hospitales ubicados en la finca La Verbena. En 1964 el ingreso mensual promedio era de Q.46.67⁹⁵, equivalente a Q. 285.15 actuales. El 40% se dedicaba a la construcción, el 30% a los servicios el 17.3% a la industria; el 11.2% al comercio y sólo un 0.9% a la agricultura.

Durante 1994 el ingreso promedio familiar mensual se estimaba en Q. 1,291.00 aunque el 47% de los casos llegan sólo a los mil quetzales⁹⁵

Se reporta un gasto promedio familiar mensual de Q. 867.26, donde el 5.6% era destinado a la salud, lo que da como resultado un gasto promedio en salud de Q. 48.85 al mes⁹⁶.

En el mismo año, se reporta un ingreso individual medio mensual de Q. 699.14, contra un gasto promedio de Q. 714.02. A simple vista se observa la escasa cobertura de la canasta y servicios básicos; aunque no siempre se tiene la conciencia sobre la problemática económica de cada hogar, pues el 86.58%

Crecimiento Poblacional de la Verbena



Fuente: Censo 1964, D.G.O.P, Censo 1991, UNICEF/SEGEPLAN, Dato 1997, Estimaciones de Organizaciones Comunitarias. Elab. Propia

⁹⁴ UNICEF-COINAP-PRONICE Estudio exploratorio, salud-enfermedad mental, La Verbena y Mezquital, (1994)

⁹⁵ DGOP, Op. cit. p. 54

⁹⁶ Morales S. Polanco M. UNICEF, Estudio de la viabilidad de la implementación del CDIF y del Seguro Social Comunitario, en el Mezquital y Verbena (1994)

de sus habitantes declaró⁹⁶ "No tener problemas económicos".

4.3 Empleo

Si bien es cierto en los inicios de La Verbena la mayoría de sus habitantes se ocupaban en las instituciones estatales aldeañas, el resto era empleos de escaso requerimiento técnico, además el 40% en 1964, se dedicaba a la construcción; el 30.7%⁹⁷, a los servicios y los restantes a la industria, comercio y agricultura. Incluso durante el quinquenio 1975-80, algunos pobladores se dedicaron a la extracción de materiales preciosos⁹⁸, como oro, plata, bronce y cobre que arrastraba un río proveniente de la zona 3, hasta que el terremoto de 1976 y el avance del basurero respectivo, aumentó el riesgo de derrumbes en la zona.

Según un estudio de COINAP-UNICEF- PRONICE⁹⁹ en 1994, el 15.6% de los hombres y el 18.2% de las mujeres se ocupó como empleados de servicios. El 14.3% de hombres y el 17.7% de mujeres, como comerciantes. El 11.5% de los hombres conserva empleos de albañilería, y el 17.1% de las mujeres se ocupa como operarias de fábricas, el resto se dedican a ejercer oficios de pilotos, lavanderas, operarios, empleadas(os) administrativas (os), mecánicos, servicio doméstico y costureras.

La necesidad de aportar colectivamente al ingreso familiar afecta a todos los hogares, por ejemplo, en el 40.2% de los mismos, trabaja entre 2 y 3 de sus miembros.

4.4 Educación:

Según este estudio⁹⁹, el 16.9% de los hogares de La Verbena se encuentra integrado por un padre alfabeto y una madre analfabeta; el índice de escolaridad sólo alcanza un 46.3% de ambos padres. Igualmente, cursaron la primaria completa el 31%, el 4.6% la secundaria completa, y el 57% de los hogares tiene a sus hijos en establecimientos públicos. Las limitaciones en cuanto a la instrucción formal parecen ser ocasionadas, en parte, por la ausencia de un instituto secundario en La Verbena. Los terrenos comunales o de áreas verdes posibles para su planificación han sido invadidos; sólo existe una escuela primaria que funciona en doble jornada, la escuela "República de Japón" y "María Luisa Aragón", respectivamente.

El 32%¹⁰⁰ de los habitantes de La Verbena se encuentra en edad escolar, pero sólo el 20% de ésta puede ser atendido en la escuela actual.

4.5 Vivienda:

De las 499 viviendas que existían en 1964⁹⁷, el 75% era construido con paredes de adobe; el 90%, con techo de lámina galvanizada y el 90%, tenía piso de tierra. En ese mismo año, el 63% de las casas contaban con un sólo ambiente; un 25%, con dos y un 9%, con tres. El mejoramiento físico de las viviendas estuvo limitado por la prohibición del ingreso de materiales de construcción, precisamente para evitar en su momento las constantes invasiones.

Según una encuesta local¹⁰⁰ realizada en 1991 el 70% de las casas de las denominadas "Joyas" estaban construidas con block de pómez.

El 85.4% de las viviendas era considerado propio, para agosto de 1994⁹⁹, el 9.5% alquilaba y un 5.1% estaba prestando su vivienda.

En La Verbena el 40.24%¹⁰⁰ de los hogares son conformados por menos de 4 integrantes, pero el 20.73% por 7 y más; pocos hogares están presididos por parejas jóvenes y las familias numerosas han permanecido muy unidas. El 20%¹⁰⁰ de los hogares se considera desintegrado, y un porcentaje similar lo encabezan madres solteras.

Se estima que en 1997, unas 480⁹⁸ viviendas no cuentan todavía con escrituración de sus terrenos, aspecto que limita las acciones legales, imprescindibles para la solicitud de servicios básicos.

⁹⁷ DGOP, Op. cit. p. 54

⁹⁸ Sras. De Chávez M., De Salazar V. y Chávez A., Op. cit. p. 54

⁹⁹ UNICEF-PRONICE-COINAP, Op. cit. p. 58

¹⁰⁰ Encuesta Local de las REPROINSA's de la Verbena, (1994)

Análisis de precariedad por sectores en la Col. La Verbena

Fuente: Criterios de caracterización de UNICEF/SEGEPLAN, Elab. propia.

No.	Sector	Precariedad			No Precario	Familias	Población
		Mayor	Intermedia	Menor			
1	23 de Diciembre				20	110	
2	24 de Diciembre				40	220	
3	6 de Octubre*				350	1925	
4	Central				700	3850	
5	El Plan				60	330	
6	Joya 1				600	3300	
7	Joya 2				650	3575	
8	Joya 2 Anexo				40	220	
9	Joya 3				500	2750	
10	Joya 4				500	2750	
11	Joya 5				100	550	
12	La Chatarra				60	330	
13	La Cochera				550	3025	
14	La Isla Joya II Anexo				12	66	
15	La Palangana				60	330	
16	Ramiro de León Carpio				80	440	
17	Ranchería				100	550	
18	San Diego				12	66	
TOTALES		5	6	4	3	4,434	24,387

* Colonia agregada por cobertura.

gracias al proyecto del Grupo de Agua, la instalación domiciliar alcanzó el 95% de sus hogares. Actualmente, sólo el asentamiento "24 de Diciembre", por ser de reciente formación, no ingresó al proyecto domiciliar y tampoco cuenta con drenajes.

5.2 Drenajes:

En 1964 no existían¹⁰¹ drenajes, únicamente los de los hospitales con desfogue hacia los barrancos circundantes, pero no existió ningún acceso domiciliar a los mismos. El 80% de las viviendas utilizaba letrinas, conectada a "pozos ciegos", pero un 20% carecía totalmente de servicio sanitario, con las respectivas consecuencias en la salud de sus habitantes.

Gracias al proyecto de caminamientos y drenajes La Verbena cuenta actualmente con drenajes en un 94% de sus hogares, aunque quedan pendiente de instalar los servicios de las últimas ocupaciones

¹⁰¹ DGOP, Op. cit. p. 54

¹⁰² Sras. De Chávez M., De Salazar V. y Chávez A., Op. cit. p. 54

¹⁰³ Srs. Plato F. y Pérez R., Op. cit. p. 54

¹⁰⁴ UNICEF-PRONICE-COINAP, Op. cit. p. 58

5. Servicios básicos:

Los servicios básicos en el período 1964-70, no pudieron implementarse, ya que los pobladores de La Verbena no tributaban ante la Dirección Gral. de Rentas ni a la Municipalidad metropolitana, por lo que no recibieron ningún tipo de solución definitiva.

5.1. Agua potable:

A pesar de lo anterior, la Municipalidad metropolitana proporcionaba chorros públicos, pero no existió ninguna pila comunal. En 1964 para la población de 2,985¹⁰¹ personas, existían 6 llenacántaros. Las personas velaban toda la noche con sus botes, tinajas en interminables colas, espera que en muchas ocasiones, provocaba conflictos y riñas callejeras.¹⁰² El hospital Antituberculoso también brindaba agua potable por medio de un chorro público ubicado en donde residían los "rancheros" de la finca, el actual sector la Ranchería. Otras se dirigían hasta la Col. Castillo Lara y a algunos tanques en la zona 3 donde compraban el agua, a un centavo el bote y seis el tonel¹⁰³, muchas veces la misma era revendida dentro de la Verbena. También esta alternativa presentaba riesgos, pues según cuentan algunos de sus pobladores actuales¹⁰², esto provocó la muerte de un padre y su hija, atropellados por una ambulancia y un vehículo cuando trasladaban el agua. La conexión domiciliar de agua costaba Q. 200.00¹⁰² en 1970.

Ya en 1994, el 80.48%¹⁰⁴ contaba con agua propia, el 2.43% utilizaba chorro público y el 17.7% la compraba a vecindades:

5.3 Electricidad:

Un 50% de las viviendas contaba en 1964 con energía eléctrica, proporcionada por la Empresa Eléctrica de Guatemala, bajo la tarifa Q 1.25¹⁰⁵ (1964) por los primeros 15 KWH o menos, y 5.5 ctvs. por KWH por los siguientes 60 kilovatios.

Para 1994 el 70.7% de los hogares contaban con servicio eléctrico domiciliario, pero el 28% cancelaba comunitariamente el mismo.

La misma organización del Grupo del Agua, con su respectivo éxito y reconocimiento comunitario, ha servido de base para poder llevar a cabo a partir de 1996, un proyecto que pretende obtener la cobertura total de este servicio. Este grupo estima que 450 familias, un 10% del total, aún no cuenta con electricidad, y entre las causas se encuentran el no contar con escritura pública para el trámite respectivo, además, que la complicada topografía dificulta la instalación de postes. La Municipalidad metropolitana les ha manifestado su apoyo en el alumbrado público restante.

5.4 Transporte público:

Ningún transporte urbano de autobuses ingresaba a la colonia en 1964, sus habitantes estaban sujetos a los que servían a las colonias Kaminal Juyú, 5ta. Samayoa y Bethania. A principios de 1977, los buses comenzaron a brindar el servicio, su terminal se ubica al extremo norte de la colonia, en las cercanías de la Col. 6 de Octubre. En 1985, fueron asfaltadas las principales calles, que se completaron en 1995. La ruta urbana No. 32 es la que en la actualidad cubre a La Verbena.

5.5 Desechos sólidos

En donde se localizaban los chorros públicos también era depositada la basura, el papel y cartón eran quemados, posteriormente fue recolectada por algunas personas y trasladada al Basurero Municipal de la zona 3, o al Mercado San José, en la Col. 5ta. Samayoa, pero también la dejaban caer en los barrancos cercanos. Cuando se iniciaron los caminamientos en 1987 se logró eliminar los basureros clandestinos existentes. En la administración del alcalde metropolitano Alvaro Arzú, funcionó un "Tren de Aseo", aunque sólo por poco tiempo, ya que por problemas internos¹⁰⁶ de competencia desleal, los choferes municipales fueron expulsados de la colonia.

Para 1994, todavía no habían sido resueltos los problemas de eliminación de basuras: la encuesta de COINAP-UNICEF-PRONICE¹⁰⁷ otorga un 55% relativo a los hogares que la depositan en basureros colectivos, un 37.8% la tira hacia los barrancos debido, en parte, a su cercanía, y únicamente un 6% utilizan un servicio especializado de recolección. En algunos casos, cuando se ha logrado sanear un área contaminada por basura, se provoca que personas sin escrúpulos la tiren en la calle, ahí el viento y el tránsito de vehículos provocan su dispersión.

6. Servicios de salud:

Anteriormente los servicios de salud a los que los habitantes tenían acceso eran las clínicas particulares de las colonias vecinas, el Centro de Salud de la Colonia Centro América y el Hospital Roosevelt y, en tercera instancia el Hospital General San Juan de Dios. En la Col. 5ta. Samayoa existía el único expendio de medicinas. Pero como en ese momento no existía transporte público, casi una hora se tardaban sus habitantes en recorrer La Verbena, para comprar los medicamentos y a acudir a consulta una hora y media.

¹⁰⁵ DGOP, Op. cit. p. 54

¹⁰⁶ Srs. Plato F. y Pérez R., Op. cit. p. 54

¹⁰⁷ UNICEF-PRONICE-COINAP, Op. cit. p. 58

En los sesentas. habitaba La Verbena personal de salud de las instituciones del Estado. atendían éstas a solicitud directa a las personas: otras, utilizaban

tratamientos naturales que habían aprendido en sus lugares de origen, especialmente en las áreas rurales. La Verbena se encuentra bajo la jurisdicción del área de salud Guatemala-Sur, y hoy cuenta con el apoyo sanitario del Centro de Atención Integrada (CECOAIN)¹⁰⁸ con su farmacia popular y laboratorio, además de 5 clínicas privadas y 4 locales privados de venta de medicamentos.

Situación de salud de la Col. La Verbena

Consulta externa mensual en el Centro Comunitario de Atención Integrada (CECOAIN)

AFECCIÓN	Servicio Requerido	Edad Promedio	FRECUENCIA MENSUAL		Total	%
			MARZO 96	MARZO 97		
Hendidas, quemaduras, accidentes	Emergencia	7	4	3	7	4%
Infec. Respiratorias Agudas (IRA)	Cons. Externa, Laboratorio, Rayos X	17	21	10	31	18%
Medicina General interna	Consulta Externa, Especializada, emergencia	36	11	11	22	13%
Casos ginecológicos, control prenatal	Ginecología, Prog. Niño Sano, Lab.	23	13	10	23	13%
Enfermedades de Trans. Sexual	Ginecología, Laboratorio	22	3	1	4	2%
Enfermedades en los sentidos	Odont., dermatología, c. externa, emergencia	20	11	8	19	11%
Infecciones Intestinales Agudas	C. externa, pediatría, emergencia	5	11	2	13	7%
Enfermedades de la Piel	Dermatología, c. externa, pediatría, laboratorio	25	12	4	16	9%
Desnutrición, anemia, parasitismo	Pediatría, c. externa, laboratorio	8	7	8	15	9%
Control prenatal, salud infantil	Pediatría, ginecología	< 1	8	1	9	5%
Resfriados, malestares comunes	C. externa, pediatría, laboratorio	3.2	11	4	15	9%
Fuente: libro de control de 1a. consulta, CECOAIN, Elab. propia			112	62	174	100%

6.1 Situación de salud de La Verbena

Aunque la mayoría de la población de esta colonia se encuentra en condiciones de salud homogéneas, todavía existen habitantes que, aunque tengan más de 36 años de radicar allí, permanecen en la misma situación

sanitaria de su invasión inicial. Debido a que no han logrado mejorar sus viviendas, pues han recibido presiones de algunos líderes negativos y tampoco les ha favorecido su ubicación en áreas de derrumbes, además del evidente factor económico. La incidencia de vectores como el zancudo y enfermedades como el sarampión, la varicela, y la tos ferina, eran los padecimientos más comunes en la colonia.

En la actualidad, las infecciones en las vías respiratorias e intestinales, las enfermedades de la piel y padecimientos en los órganos vitales, son las más comunes. Sin embargo, los accidentes caseros y automovilísticos, y principalmente la violencia común proporcionan un alto número de pacientes y referencias hospitalarias. Debido a lo anterior, y tras disminuir los casos de morbilidad en La Verbena, es que toman relevancia los programas de salud dirigidos a la prevención de accidentes, y los de la promoción de la salud mental, programas que permitirían completar una atención integral a la salud de sus habitantes.

Una entrevista¹⁰⁹ con algunos de sus pobladores, hecha durante el presente estudio, manifestaba la necesidad del control sanitario de los perros callejeros y de las ventas de bebidas alcohólicas.

También se ha reconocido el resultado positivo de la intervención de las REPROINSA's en el control y referencia de pacientes según su estado y tratamiento, a quienes se les provee de un seguimiento particular.

¹⁰⁸ Relación CECOAIN-CDIF: el CECOAIN se pretende que sea absorbido por el CDIF, pero con la ampliación y completación de servicios adicionales que reafirmen su carácter integral. El CECOAIN sólo existe actualmente en La Verbena, su reconocimiento popular y funcionamiento ininterrumpido hasta la fecha, (mayo 1997) proporcionan las bases de su factibilidad y replicación; aunque se consideran sus actuales límites espaciales y de funcionamiento como justificación de la creación del CDIF.

¹⁰⁹ Sras. De Chávez M., De Salazar V. y Chávez A., Op. cit. p. 54

6.2. Antecedentes del CDIF en La Verbena

Luego de la positiva experiencia de los trabajos de drenajes y caminamientos en 1987, se acercaron comisiones del Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos, quienes se entrevistaron con el Sr. Fermín Plato, con el objetivo de coordinar la práctica de algunos estudiantes en esta colonia.

Fue así como se prestó el salón comunal para el funcionamiento de una pequeña clínica con un médico permanente. El Ministro de Salud Pública, Dr. Gehlert Matta, en ese momento, les ofreció un local con 8 salas dentro del Hospital San Vicente, el cual era necesario retocar en su pintura y servicios para su habilitación, sin embargo el mismo ya no se utilizó, pues al parecer el mismo había sido otorgado previamente para el funcionamiento de una fábrica de medicinas. Poco tiempo después, en julio de 1987, les fue entregado, en calidad de usufructo, el área que actualmente ocupa el Centro Comunitario de Atención Integrada (CECOAIN).

Con el apoyo técnico de la COINAP, financiero del UNICEF y la mano de obra de la comunidad, se reconstruyó y mejoró el local obtenido

En algunos estudios de factibilidad de UNICEF¹¹⁰, pudo comprobarse que la necesidad de trabajar de las REPROINSA's se constituía en uno de los principales limitantes para formar la base comunal voluntaria de referencia y contra-referencia, suficiente para hacer viable el CDIF. Principalmente porque su actividad no es remunerada, salvo su participación en algún proyecto productivo de la FUNDAESPRO.

Por lo anterior, se sugiere que una retribución económica al Personal Comunitario de Salud (PCS) se hace necesaria y ofrece una alternativa adicional y local de trabajo, principalmente a las mujeres de La Verbena, este pago se pretende cubrir, en parte, por la misma comunidad mediante la afiliación al Seguro Social Comunitario.

El CECOAIN funciona actualmente con algunas deficiencias de tipo espacial y limitantes en la prestación de servicios, además de relaciones interinstitucionales inestables.

7. Base organizativa y participación institucional:

En La Verbena existen grupos organizados variados, entre ellos se encuentra la Asociación de Vecinos, organización que, incluso, aglutina a otros grupos.

Históricamente ésta ha participado, en mayor o menor grado en la implementación de los servicios, escrituración y equipamiento comunal, con 8 años de funcionamiento. Entre sus proyectos se encuentra el mantenimiento del salón comunal, la construcción del Centro Comunitario de Atención Integrada (CECOAIN), una biblioteca y librería populares.

También subsiste una de las más antiguas organizaciones, El Grupo Superación La Verbena, quien a partir de 1988, ha promocionado el desarrollo integral de la mujer con proyectos de capacitación técnica, aunque el costo de mantenimiento de las máquinas donadas por el Ministerio de Trabajo y de los materiales, ha mermado sus actividades.

La Verbena¹¹¹ es un área que entre muchos sectores precarios cubre la Fundación Esfuerzo y Prosperidad (FUNDAESPRO), integrada por mujeres capacitadas en la Promoción de la Salud, denominadas Representantes del Programa Integrado de Salud (REPROINSA's). Iniciaron sus actividades en 1989 y han logrado implementar proyectos productivos y de servicio social, acompañados de jornadas permanentes de vacunación, pediculosis y desparasitación. Entre sus proyectos, están los denominados Círculos Infantiles dirigidos a la atención pre-escolar; y también farmacias y tiendas populares. En áreas rurales han implementado proyectos productivos como crianza de marranos y hortalizas comunales. La FUNDAESPRO, como base comunitaria ha permitido, la implementación y seguimiento de proyectos de infraestructura básica, en algunas de las áreas precarias de la capital, y especialmente en la Verbena, con la iniciativa de la introducción del agua domiciliar.

¹¹⁰ Morales S. Polanco M. UNICEF, Op. cit. p. 58

¹¹¹ UNICEF-PRONICE-COINAP, Op. cit. p. 58

Con el apoyo organizativo inicial del Instituto para la Superación de la Miseria Urbana (ISMU) y, posteriormente, del soporte técnico y material de la COINAP, UNICEF y EMPAGUA, se promovió el proyecto domiciliario de agua potable, para ello se conformó el "Grupo de Agua", quien han logrado el proyecto de Agua Domiciliar y, al mismo tiempo, desarrollado actividades de capacitación en saneamiento ambiental y reforestación. Durante 1995, en coordinación y participación de los beneficiarios del proyecto de introducción de Agua Domiciliar, representantes del Grupo de Agua de los sectores de La Verbena, la Asociación de Vecinos y la FUNDAESPRO, se obtuvo un financiamiento para la construcción de un parque infantil en los alrededores del CECOAIN, por medio del soporte técnico y financiero de COINAP/UNICEF, recursos para mano de obra en parte gracias a la Fundación por la Vida y la Municipalidad metropolitana, pero, principalmente, con el apoyo en mano de obra no calificada de los beneficiarios del proyecto de agua.

En La Verbena se organizan algunos jóvenes en el Grupo de Teatro Popular, el cual tiene 8 años funcionando; han representado en diversas ocasiones y de manera crítica la situación real de su comunidad, aunque estas representaciones no se han llevado a cabo, por diversas razones dentro de la misma colonia.

Algunas agrupaciones formales como los Alcohólicos Anónimos tienen su representación en el Grupo 12 de Enero, que con 27 años de trabajo, atiende indiscriminadamente y de manera terapéutica a los pobladores que padecen esa enfermedad. Esta organización tomará mayor relevancia cuando se intente coordinar proyectos integrales de salud mental.

Finalmente, desde hace 41 años existe el Grupo Evangélico, con principios religiosos. Tiene proyectos de servicio social como guarderías, atención médica y distribución de víveres. Y los grupos católicos, con sede en la iglesia local, desarrollan actividades propias de su parroquia, apoyan guarderías, dotan de víveres, organizan grupos juveniles y cuentan con clínica médica, entre otros proyectos.

7.1 Presencia institucional en La Verbena:

Aunque algunas ya se han mencionado, las instituciones gubernamentales han participado históricamente en los proyectos de La Verbena; el MSPAS, a través del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica; el Ministerio de Educación, por medio de algunas escuelas nacionales; La Dirección General de Obras Públicas, la Facultad de Medicina y Escuela de Trabajo Social de la USAC; la COINAP; la Municipalidad metropolitana; la División de Asentamientos Humanos y Vivienda (DAHVI) y el Banco Nacional de la Vivienda (BANVI).

Entre las ONG's se encuentran UNICEF, Hogar y Desarrollo, Pro-Niño y Niña Centroamericanos (PRONICE), Médicos Sin Fronteras Francia/Suiza, el Instituto para la Superación de la Miseria Urbana (ISMU) Guatemala, y también la escuela A.M.G. en donde se proveen servicios de guardería y de salud.

Conclusiones del capítulo VII:

La comunidad de La Verbena se encuentra asentada en una finca que tradicionalmente ha sido ocupada por instituciones estatales, sin embargo el área de viviendas no ha obtenido los beneficios de esta infraestructura institucional. Ha crecido en forma tal que, actualmente, se registran lotes irregulares y de igual variedad de caminamientos, calles y accesos. Al mismo tiempo, ha perdido sus áreas para equipamiento hasta el punto de no contar con espacios abiertos adecuados.

Son precisamente estas instituciones vecinas las que proveerán, hasta cierto punto, de las áreas necesarias para la planificación de las necesidades de equipamiento comunal que afectan a esta colonia.

La Verbena es una comunidad en la que el trabajo comunitario puede observarse a simple vista. En los últimos 10 años se ha implementado el agua domiciliar, drenajes pluviales y sanitarios, se ha dado una vigilancia sanitaria permanente y, con el apoyo institucional, posee pavimentación en sus calles principales.

A pesar de este activismo comunal, las metas comunes de desarrollo no han sido cubiertas en su totalidad, por ejemplo, esta colonia no cuenta con equipamiento educativo suficiente, tampoco con áreas de recreación de acceso libre, y necesita la planificación entre otros proyectos, de un área específica de mercado.

El nivel organizativo que ha alcanzado La Verbena, se considera óptimo para constituirse en la base comunitaria que pueda soportar la Atención Primaria en Salud, materializada en el Centro de Desarrollo Integral de la Familia; especialmente apoyado por las Representantes del Programa Integrado de Salud (REPROINSA's), quienes pueden ampliar la conciencia general, sobre la característica **integral** de la salud.

La situación de salud de La Verbena, aunque ha mejorado desde el caos provocado por la falta inicial de servicios básicos, actualmente presenta entre sus pobladores padecimientos respiratorios, enfermedades de la piel, afecciones en general, además de algunos fenómenos sociales que afectan negativamente su salud mental.

Aunque actualmente funciona el CECOAIN, se hace necesario mejorar, ampliar y complementar los servicios que se prestan. Es importante reforzar la red de REPROINSA's, como base comunitaria fundamental del proyecto, a través de su remuneración, con el apoyo y reconocimiento de esta comunidad.

Capítulo VIII: Localización del CDIF

A continuación se detalla el proceso técnico de localización del Centro Integral de la Familia (CDIF), en la colonia La Verbena. Se enumeran las alternativas de ubicación, y se evalúan sus respectivas condiciones técnicas y sociales, como requisitos básicos para la planificación arquitectónica y el impacto del proyecto sobre el entorno natural y social.

1) Enfoque:

Luego de haber revisado las directrices teórico-sociales que rigen la planificación de centros de esta naturaleza, puede determinarse, de manera general, una propuesta que responda a las características de un modelo de atención integral, abierto y participativo, sin descuidar los requerimientos tecnológicos y de construcción, que garanticen un funcionamiento estable y acorde con el contexto urbano. La propuesta arquitectónica queda sujeta a apreciaciones particulares de los equipos multidisciplinarios y locales de planificación del CDIF en cada localidad a planificarse.

2). Premisas generales de localización:

Se definen como los criterios generales de localización, que permitan la calificación de los terrenos existentes y así poder tomar la mejor decisión técnica de localización del objeto de estudio. Estas se clasifican en:

2.1. Premisas ambientales generales:

Permiten evaluar a los predios desde el punto de vista ambiental, ligado a accidentes geográficos, soleamiento y ventilación. De la misma manera, toman en cuenta los riesgos de deslizamientos, inundaciones y de fallas geológicas. Advierten sobre la contaminación de mantos freáticos, del aire y los suelos. Evalúa las características del microclima que se produce en los terrenos.

2.2. Premisas morfológicas generales

Recomienda la forma, el tamaño, las proporción de la futura edificación y también la del terreno con respecto a sus lados, ángulos internos máximos, entre otros, siempre con respecto a su uso.

2.3. Premisas funcionales generales:

Visualizan el impacto funcional que el proyecto generaría si se ubicara en determinado predio; analizan aspectos técnicos y sociales, como propiedad, accesibilidad, cobertura, fácil identificación, compatibilidad con otros equipamientos cercanos, cambios de actitud, población, e identidad cultural.

2.4. Premisas tecnológicas generales:

Analiza los aspectos técnicos constructivos y propios del terreno, que permiten mejorar los aspectos de seguridad constructiva y de garantía de funcionamiento. Contempla recomendaciones topográficas, de aprovechamiento de recursos y materiales existentes, instalaciones sanitarias básicas, servicios de apoyo, capacidad soporte del suelo y aspectos de seguridad en general.

Estas premisas generales se resumen en el cuadro siguiente:

Premisas generales de localización

Funcionales	Ref.	Morfológicas	Ref.	Ambientales	Ref.	Tecnológicas	Ref.
1. Propiedad estatal de preferencia, o cedido al Ministerio de Salud Pública.	1,2 y 6	1. De preferencia con forma rectangular o trapezoidal, para hacer fluida la circulación y evitar congestionamientos peatonales.	2	1. La superficie interior debe estar libre de accidentes naturales, que limiten las posibilidades de uso.	2	1 Topografía plana o bien, en sentido diagonal menor inferior al 15% y siempre por encima de los accesos colindantes	2 y 6
2. La situación legal del terreno debe permitir la obtención de títulos de propiedad en plazo conveniente.	2	2. Las proporciones ancho largo pueden estar entre 0.66 : 1 y 1 : 2.	2	2. El terreno debe contar con buenas características de soleamiento y ventilación.	5	2. Si tuviera declive, éste debe ser hacia el frente, para facilitar el desfogue de los drenajes.	1
3. El predio debe facilitar la esquematización arquitectónica funcional de la planta física.	2	3. El ángulo mínimo interior entre líneas perimetrales será de 60°.	2	3. Debe permitir la conservación del 50% de áreas libres para mantener buenas condiciones ambientales, sujetas a variantes contextuales	2	3. Si hubiesen edificaciones que no se desearan conservar, deben ser de fácil eliminación	1
4. Cercano a una vía de acceso importante que comunique con áreas de expansión urbanas a vías alternas que faciliten el acceso.	1	4. Relación máxima de largo y ancho de 5:3	6	4. No debe quedar localizado dentro o cerca a una zona de amenaza natural, como inundaciones, deslizamientos, o fallas geológicas.	4	4. El terreno debe reunir características de fácil conexión a las redes troncales de los servicios públicos.	6
5. No debe quedar antes o después de puentes; con accesos libre de posibles obstáculos.	4	5. El terreno debe permitir flexibilidad ante la facilidad de construcción, mantenimiento, y adaptarse a las posibles ampliaciones.	2 y 6	5. Debe estar alejado de la existencia de malos olores, polvo, ruido, residuos industriales y contaminación en general	6	5. Con acceso a alcantarillado, agua potable, energía eléctrica y teléfono.	6
6. Deberá cubrir a la población completa de la Colonia la Verbena y colindancias cercanas, y no restringir áreas para otros equipamientos.	3			6. Aprovechar los vientos nor-noreste, para la ventilación cruzada, con orientación norte franco.	5	6. Cercano a servicios de transporte público, eliminación de basura y obras de urbanización	1
7. Cercano a paradas de bus, que no congestionen el tráfico peatonal y vehicular actuales.	1			7. Predio sin corrientes de agua subterránea permanentes o superficiales eventuales.	1	7. Terreno firme, con una resistencia no menor a 2 Kg./cm ² . o bien 50 Ton./m ² .	2
8. Su localización debe permitir una fácil identificación, tomando en cuenta la visual del paisaje urbano.	1			8. Si cuenta con vegetación, aprovecharla para el control ambiental de las edificaciones y como áreas de recepción exterior.	1	8. Evitar terrenos producto de rellenos, con excesiva arcilla expansiva, y con antecedentes de basureros.	6
9. Que sea compatible con áreas residenciales de alta densidad.	1			9. Debe permitir suficiente espacio para la generación de un impacto visual que provoque un sentido de pertenencia.	1	9. Sin ser atravesados por líneas de conducción de alta tensión o alejados 15 -30 mts	4
10. Compatible con equipamiento educativo con restricciones.	1			10. Terreno con buen micro-clima y tranquilo en general.	1	10. Si no cuenta con acceso a la red de servicios básicos, debe permitir espacio suficiente para el auto-abastecimiento.	2 y 6
11. Debe facilitar la concentración del equipamiento urbano, y el acceso a pie (20 min.) dentro de una organización lineal.	1			11. Orientación longitudinal en el sentido este-oeste, para evitar la excesiva exposición al sol.	1 y 5	11. Terrenos alejados de barrancos.	4 y 6
12. De preferencia ubicarse en la cabecera de la manzana o en la manzana completa.	1			12. Contexto ambiental que mantenga un rango de confort interior entre 20° y 25° C.	1		

Referencias:

1. Jan Bazant, "Manual de criterios de diseño urbano" México 1980	2. DGSS,MSPAS, "Normas para el diseño y remodelación de hospitales departamentales", Guate, 1995	3. Entrevistas con Profesionales de la Medicina y Arquitectura, citas en Bibliografía	4. OPS,OMS,"Mitigación de desastres en las instalaciones de salud, Vol III", Colombia 1993
5. Coronado Ortiz, "Diseño climático para la Región Central del país". Tesis Farusac, 1986	6. Mazariegos Fernández, "Criterios para la formulación de normas de diseño para Instal. de salud en Guate " Tesis Farusac, 1987		

3) OPCIONES DE LOCALIZACIÓN

Como ya se ha reiterado, la colonia La Verbena no cuenta con áreas para equipamiento comunal, y si alguna vez contó con ellas, éstas fueron invadidas y ocupadas paulatinamente. Ante esta grave situación, sólo resta tomar en cuenta las áreas de terreno que ocupan las instituciones, estatales en su mayoría, que se encuentran dentro de La Verbena.

A lo largo de la 11 Av. "A" o también denominada "Calle de La Verbena" se alinean diversas instalaciones estatales; rodeadas por áreas de barrancos en su sentido longitudinal. Según el Instituto Nacional de Vulcanología, Meteorología e Hidrología (INSIVUMEH)¹¹², estos barrancos se encuentran entre los que sufrieron desprendimientos y deslizamientos con el terremoto de 1976.

El otro conjunto institucional ubicado más al centro de la colonia y que ocupa casi el 15% del área total de sectores de la misma, lo constituye el Hospital Antituberculoso San Vicente. Este fue diseñado por la Dirección General de Obras Públicas, con suficientes áreas libres, las que con un buen manejo técnico pueden utilizarse como áreas de equipamiento que benefician a toda la población de La Verbena.

Existe, como antecedente del aprovechamiento del espacio libre del Hospital San Vicente (HSV), el usufructo otorgado en 1989¹¹³ por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) a la comunidad organizada de La Verbena para la ubicación de equipamiento comunitario en salud.

Tomando en cuenta estas condiciones, se identificaron tres opciones:

OPCIÓN "A":

Ubicado en la 11 Av. "A" y 14 calle esquina de La Verbena, predio que ocupaba parte de las instalaciones del Hospital San Vicente, y usufructuado por el MSPAS a la comunidad, en donde funcionan actualmente el Centro Comunitario de Atención Integrada (CECOAIN), además de una biblioteca, librería, un centro de Comunitario Infantil y un Parque. Esta área se amplía en un 50% de su extensión actual para el propósito del presente estudio, lo que denota construcciones existentes adicionales, pero con sistemas constructivos de fácil demolición.

OPCIÓN "B":

Espacio ubicado en la 14 calle y 9 Av. "C" de la colonia La Verbena, dentro de las instalaciones del Hospital San Vicente, con la 14 calle al Norte, y con escasas construcciones existentes, rodeado de accesos vehiculares y peatonales.

OPCIÓN "C":

Único predio ubicado fuera de las instalaciones del Hospital San Vicente, se encuentra rodeado por los Sectores Joya 4 y Central, sobre la 8 avenida entre 18 y 18 calle "A" de La Verbena. Actualmente, es utilizado para el estacionamiento informal de buses y de talleres mecánicos locales, genera contaminación ambiental y visual.

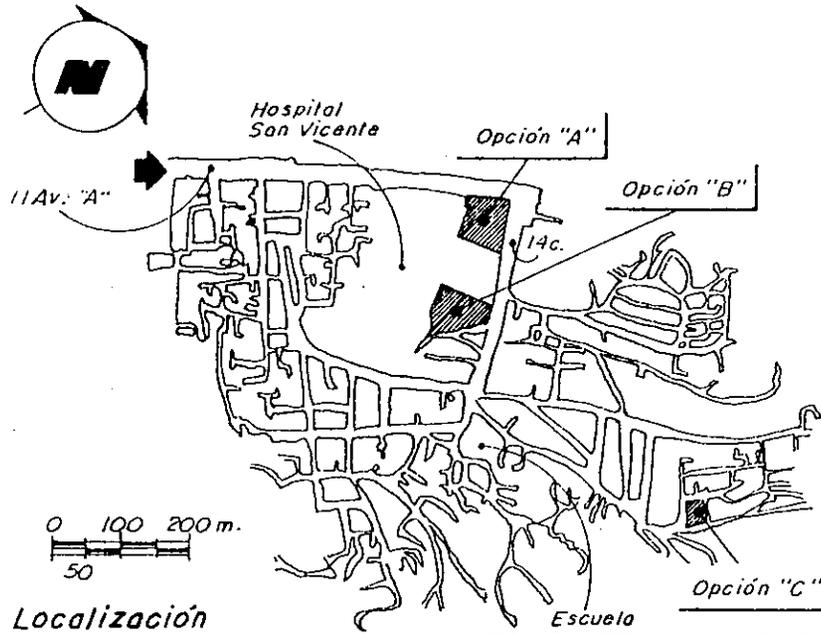
Ver planos y referencias espaciales de las opciones a continuación:

¹¹² Ing. Manuel Motta INSIVUMEH. Entrevista personal de fecha 13/02/97

¹¹³ Archivos de la Comisión Interinstitucional para la Atención de las áreas Precarias de Guatemala (COINAP)

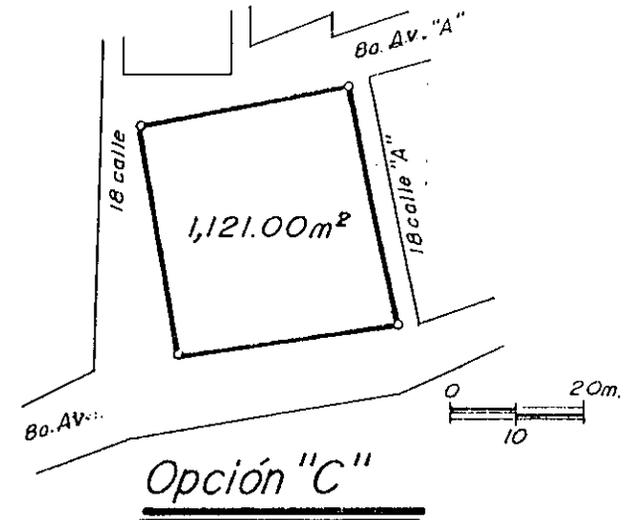
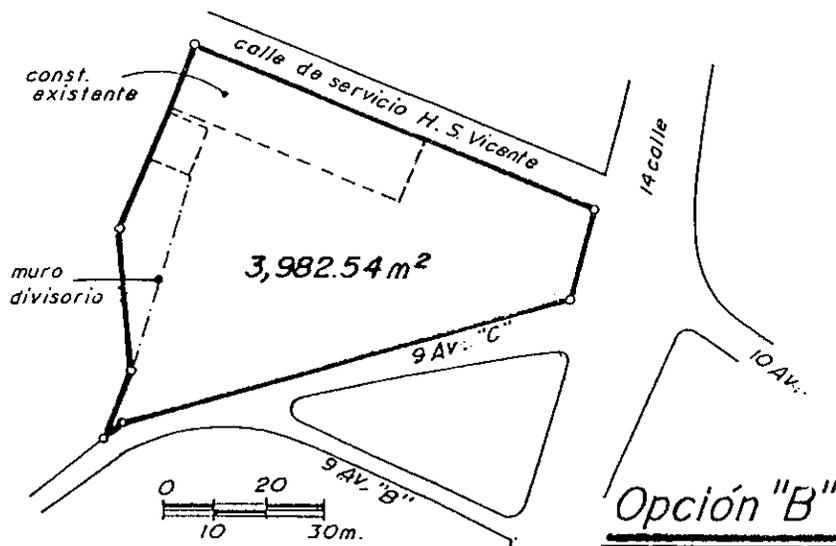
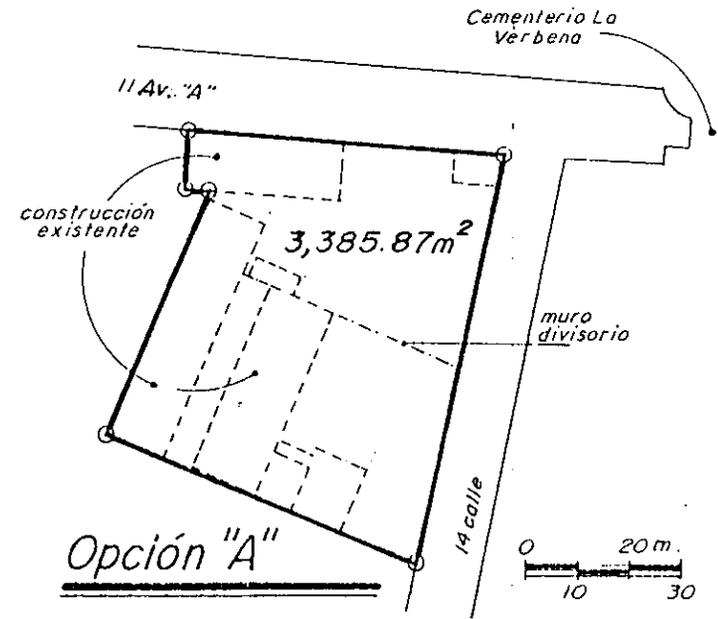
Opciones de Localización

Fuente: medición propia y basado en fotografía aérea del L.G.M., elab. propia



Localización

Col. La Verbena z. 7



3.1 **EVALUACIÓN DE LAS OPCIONES DE LOCALIZACIÓN:**

Para la evaluación técnica y social de las opciones se miden los impactos mutuos entre el proyecto y su entorno. se ponderan todos aquellos factores que intervienen en los mismos para permitir una evaluación cuantificable.

A) Incidencia del entorno sobre el proyecto:

Se calificará a las opciones, según los factores físicos propios y de su entorno y de los factores sociales que posibiliten o limiten el desarrollo del CDIF, dentro de un contexto técnico-social.

B) Incidencia del proyecto sobre el entorno:

Igualmente se estima el impacto que tendría todo el proceso de planificación, construcción, y principalmente de funcionamiento que el proyecto del CDIF provocaría sobre los aspectos naturales y sociales que caracterizan al entorno de la opción evaluada.

A continuación se detallan las tablas de evaluación de las tres opciones :

Evaluación de las opciones de localización

A) INCIDENCIA

DEL ENTORNO SOBRE EL PROYECTO

A.2 Factores sociales de localización

FACTOR	ASPECTO LEGAL	SISTEMA DE APOYO			ACCESIBILIDAD			USO DEL SUELO			EQUIPAMIENTO URBANO					Máximo Total
		Agua	Drenaje	Eléctrico	R. d/acción	Vialidad	Residencial	Industrial	Recreación	Educativo	Salud	Comunal	Transporte	Servicios		
Cualidad Recomendada	Preferible propiedad estatal														1	
Ponderación del atributo	0.1	0.2	0.067	0.113	0.08	0.12	0.013	0.027	0.04	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05		
OPCIONES	A B C	A B C	A B C	A B C	A B C	A B C	A B C	A B C	A B C	A B C	A B C	A B C	A B C	A B C		
Evaluación ponderada	0.1 0.1 0.05	0.2 0.1	0.05 0.067 0.01	0.113 0.113 0.02	0.07 0.08 0.01	0.09 0.12 0.06	0.006 0.009 0.013	0.01 0.02 0.027	0.04 0.03 0.01	0.04 0.04 0.01	0.04 0.04 0.01	0.05 0.03 0.04	0.06 0.06 0.02	0.06 0.03 0.05		
A	Ubicado en la 11 Av. "A" y 14 calle esquina Col. La Verberna, z. 7	Propiedad del Municipio de Verberna	Cuenta con instalación de drenaje sanitario, pero con drenaje pluvial superficial	Con acometida cercana y servicio instalado, solo requiere ampliación. Semi-centralizado a 250 m. del centro de la Col. La Verberna	Con vialidad primaria únicamente	Densidad residencial baja, rodeado de instituciones. Cercano a podagras generales, ingreso del Cem. La Verberna y ingresos institucionales	Contiene área de recreación activa y pasiva.	Cercano a equipamiento educativo	Colindante	Colindante	Acceso a parada de buses del transporte local.	Teléfono a 150 m., Guardería dentro del predio				
B	Ubicado en la 14 calle y 9 Av "C" esquina. Col. La Verberna, z. 7	Propiedad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Cuenta con instalación de drenaje sanitario y sistema canalizado de aguas pluviales	Con acometida cercana y servicio instalado, solo requiere ampliación. Semi-centralizado a 125 m. del centro de la Col. La Verberna	Con vialidad primaria, secundaria y peatonal	Densidad residencial moderada. Frente a ingresos de algunas instituciones	área de recreación a 150 m. Aunque pudo proyectarse dentro del terreno.	Cercano a equipamiento educativo	Colindante	A 170 m del salón comunal y a 150 m. del CECQAIN	Acceso a parada de buses del transporte local.	Mercado informal a 100 m., Guardería a 15 m.				
C	Ubicado en la 8 Av entre 18 y 18 calle "A" Col. La Verberna, z. 7	Propiedad del Banco Nacional de la Vivienda (BANVI)	No cuenta con drenaje sanitario ni pluvial determinado	Acometida cercana al predio requiere instalación propia	Marginado, a 370 m. del centro de la colonia La Verberna. Con vialidad secundaria y peatonal	Rodeado de alta densidad residencial. Sin contacto industrial	área de recreación a 650 m. (Área Verde de la Col. "6 de Octubre"	Alejado del equipamiento educativo	en salud.	A 100 m. del salón comunal de la Col. "6 de Octubre"	A 150 m. de la estación local de buses	Teléfono a 100 m., Est. de Policía a 100 m.				

Evaluación de las opciones de localización:
B) INCIDENCIA DEL PROYECTO SOBRE EL ENTORNO

FACTOR	A. FACTOR NATURAL									B. FACTOR SOCIAL														
	ATRIBUTO	AIRE	AGUA	SUELO	RUIDO	ECC-SISTEMA	Uso del Territorio	Alteración del Paisaje	Cambio en la Cal de Vida	Congestion Urbana	Cambio en Demografía	EMPLEO	MAYOR Economía	ÁREAS Protegidas	Incidencia en Viviendas	IDENTIDAD CULTURAL								
	CUALIDAD RECOMENDADA	Que No contamine el micro-clima	Que no contamine acuíferos	Que no contamine estratos	Que no genere ruidos	Que no lo modifique, que lo mejore	Que atraiga infraestructura al territorio	Que produzca cualidades al paisaje local	Que genere cambios positivos	Que no produzca congestión vial	Que no genere aumento en la densidad pob.	Que sea fuente de empleo formal	Ahorrar tiempo, y generar alternativas eco	Que no afecte áreas en protección	Que produzca cambios positivos	Que mejore la identidad comunitaria								
	Ponderación del atributo	0.1	0.1	0.2	0.1	0.3	0.067	0.067	0.156	0.022	0.089	0.089	0.2	0.111	0.044	0.156								
OPCIONES	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C						
Evaluación Ponderada	0.1	0.1	0.01	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.18	0.2	0.16	0.09	0.08	0.1	0.02	0.044	0.044	0.156	0.156	0.1
A	Ubicado en la 11 Av. "A" y 14 calle esquina Col. La Verbena, z. 7	No altera la composición del aire No se encuentra cercano a viviendas	Al contar con redes de agua y drenajes propias no contamina los acuíferos	No contamina el canalizar sus residuos sólidos y líquidos	No generaría ruidos contaminantes	Conservaría su propio ecosistema, no produce efectos en viviendas	0.900									0.86								
B	Ubicado en la 14 calle y 9 Av "C" esquina. Col. La Verbena, z. 7	Produce su propio oxígeno por su vegetación periférica y mejora el aire de colindancias	Al contar con redes de agua y drenajes propias no contamina los acuíferos	No contamina al canalizar sus residuos sólidos y líquidos	No generaría ruidos contaminantes	Mejoraría su propio ecosistema y el de las viviendas a su alrededor	1.000									0.91								
C	Ubicado en la 8 Av entre 18 y 18 calle "A" Col. La Verbena, z. 7	Su emplazamiento central podría generar corrientes laterales de vientos	Mejoraría el drenaje pluvial de los alrededores pero requiere rec de drenajes	Haría más impermeable los suelos a su alrededor	No generaría ruidos contaminantes	Mejoraría su propio ecosistema y el de las viviendas a su alrededor	0.810									0.808								

Fuente: Matriz adaptada de la TESIS FARUSAC, "Esc. Reg. Agrícola, S. C. Verapaz", Santacruz/Díaz, 1994. Elab. propia.

Evaluación de las opciones de localización:

4. RESUMEN

Opción:	INCIDENCIA DEL ENTORNO SOBRE EL PROYECTO		INCIDENCIA DEL PROYECTO SOBRE EL ENTORNO		Máximo 4.00
	FACTORES físicos de localización	FACTORES SOCIALES de localización	FACTORES NATURALES	FACTORES SOCIALES	
A	0.852	0.809	0.9	0.86	3.421
B	0.930	0.929	1	0.91	3.769
C	0.570	0.53	0.81	0.808	2.718

Tesis CDIF, FARUSAC 1997 Fuente: Matnz adaptada de la Tesis "Esc. Reg. Téc. y Agrícola de S. C. Verapaz, Santa Cruz/Diáz, Farusac 1994"

C) Resumen de los aspectos evaluados:

Se representan las evaluaciones finales de las opciones en todos los aspectos anteriores, y la suma de cada uno de ellos denotará al predio a seleccionar.

4. TERRENO SELECCIONADO

Con una puntuación final de 3.769 puntos la opción "B" se perfila como la mejor alternativa para la planificación del Centro de Desarrollo Integral de la Familia (CDIF). El terreno elegido ocupa una extensión aproximada¹¹⁴ de 3,982.54 m² y se localiza muy cercano al centro geográfico de la colonia La Verbena, pues se encuentra a 650 m. del ingreso a la

misma y a 710 m. de la vivienda más lejana. Es propiedad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; ocupa una área verde del Hospital Antituberculoso San Vicente, esto facilita el trámite de usufructo comunitario si fuese necesario, y cuenta con la infraestructura básica requerida.

4.1 Análisis del sitio:

Luego de deslindar el predio seleccionado se procederá a inventariar sus recursos y atributos naturales, su capacidad en infraestructura y las obras existentes. Se analizará su pendiente, restricciones legales, accesibilidad, paisaje propio, clima, vegetación, soleamiento y características generales de su entorno físico. Esto permitirá evaluar la importancia de cada elemento, y la pre-formulación del desarrollo del proyecto sobre el terreno, su emplazamiento y su acceso a los servicios de apoyo respectivos. Igualmente, denotará las características que determinaron el uso del suelo para equipamiento urbano.

¹¹⁴ Extensión aproximada sobre levantamiento sin instrumentos topográficos realizada por el autor de la presente tesis.

4.1.1 Topografía:

El terreno seleccionado presenta forma trapezoidal con características planas, un leve desnivel hacia las calles y callejones de acceso y una pendiente máxima del 1.54% hacia la 9 avenida "C" al este del terreno. Cuenta con una vía antigua de acceso, balastada y con alcantarillado, y dos edificaciones del Hospital San Vicente que ocupan un 15% de su extensión total, los cuales, actualmente, se encuentran desocupados y son desarmables con relativa rapidez. El predio se encuentra a una altitud de 1,530 metros s.n.m., tomada en base al I.G.M. tiene un área aproximada de 3,982.54 m² y un perímetro de 267.40 m.

Según un mapa de suelos del INSIVUMEH¹¹⁵ el suelo que ocupa el terreno escogido es el que se encuentra en la zona norte de la ciudad de Guatemala, caracterizado por contener sedimentaciones de residuos de baja volumetría que fueron transportados por los vientos durante las erupciones en los alrededores del valle. Posee flujos de ceniza y estratos con sedimentos fluviales y lacustres. Se considera de manera general de alta resistencia y capacidad de soporte adecuada, aunque de baja permeabilidad, lo que sugiere un buen tratamiento con vegetación y canalización de las aguas pluviales.

4.1.2 Clima:

El clima del terreno se considera el mismo que afecta a la región central del departamento de Guatemala que según el sistema Thornthwaite, es templado, húmedo, con invierno seco, con una temperatura media anual de 20.2 C°, precipitación anual de 1,246.8 mm, y humedad relativa del 79%.

Gracias a la cantidad de vegetación dentro del predio, el área de soleamiento permanente es del 62%, aproximadamente. Los vientos dominantes se dirigen hacia el sureste, y se crea una corriente de aire producida por la vegetación paralela al sentido longitudinal del terreno. Posee un clima de características generales benignas, sin temperaturas extremas y de comodidad y adaptación (confort) general.

4.1.3 Paisaje¹¹⁶:

Las vistas internas son hacia la vegetación en casi todos los límites del área. Cuenta, al noreste y colindante con la 14 calle, con una barrera natural de casuarinas, sembradas entre 3 y 4 metros de distancia, muy útil para la filtración de ruidos y contaminación ambiental, los cuales se producen precisamente en ese sector. Al centro del mismo se ubican eucaliptos de copa amplia, que sugieren factores de regulación del clima para espacios interiores. Al sur se encuentra una pequeña barrera de pinos, pequeños mandarindales y restos de palmas taladas.

La vista hacia el exterior se obstaculiza por un muro perimetral de 3.40 m. de altura promedio, que rodea a las instalaciones del Hospital San Vicente. Se considerará la intervención o remodelación de éste, para hacerlo transparente y poder ampliar el horizonte de observación, tanto de adentro hacia afuera como viceversa, siempre que se tomen en cuenta las medidas de seguridad pertinentes.

Al lado oeste del predio corre paralelo a su límite, un pasillo de servicio del Hospital San Vicente, el cual genera contaminación principalmente por desechos sólidos. Esta situación deberá controlarse debidamente al planificar el aprovechamiento de este acceso de servicio para el CDIF. El ambiente y paisaje general dentro del terreno es muy agradable, tranquilo y con su propio ecosistema.

4.1.4 Accesos e instalaciones:

Debido a que se ubica dentro de las instalaciones del hospital, cuenta con los respectivos beneficios en instalaciones y accesos. Tiene acometidas municipales y de abastecimiento propio, de agua potable, electricidad, drenaje sanitario y antecedentes de drenaje pluvial identificables en la superficie. Además, cuenta con un acceso vehicular y peatonal de servicio. En el perímetro este y norte cuenta con alumbrado público, aunque en regular estado.

Por encontrarse en una esquina se ve favorecido con dos accesos peatonales de 5.00 metros de ancho promedio y uno vehicular de 12.50 metros de gabarito.

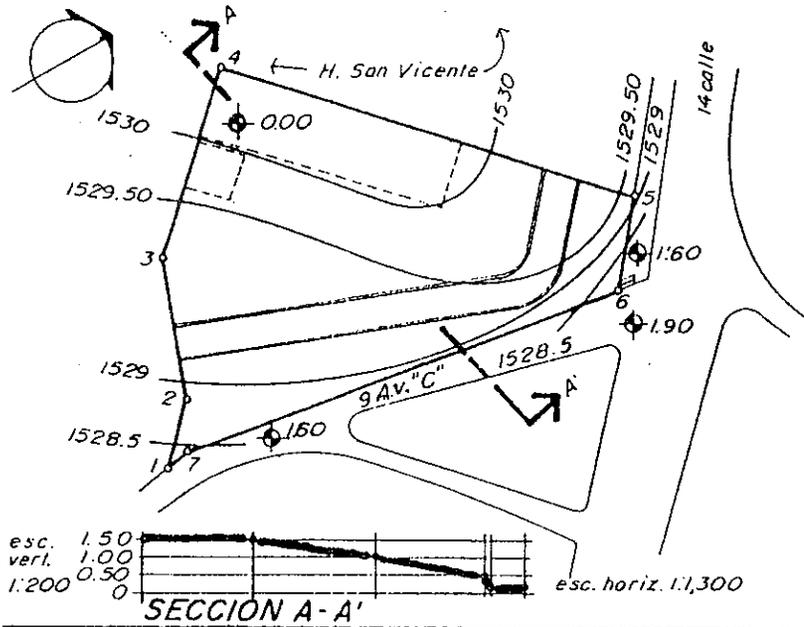
A continuación se presenta de manera gráfica el análisis del terreno seleccionado:

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

¹¹⁵ Ing. Manuel Motta, INSIVUMEH, Op. cit. p. 68

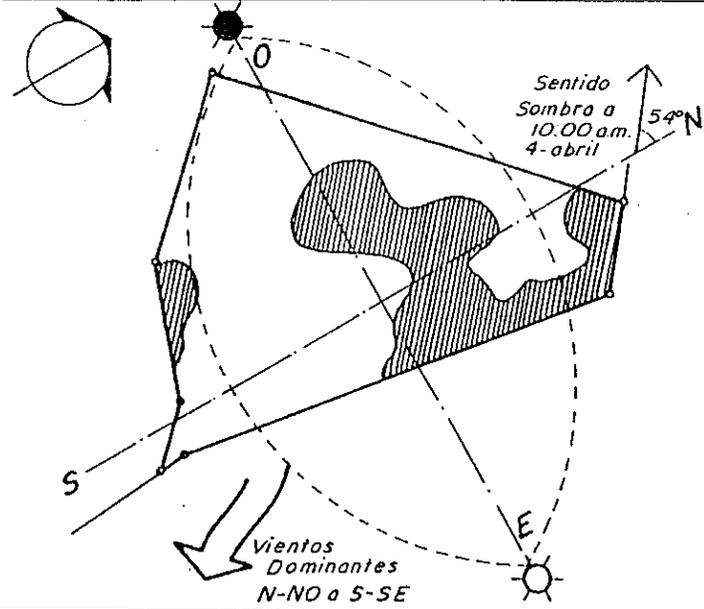
¹¹⁶ Levantamiento de campo hecho por el autor de la presente tesis

Análisis del Sitio, Fuente: observación de campo y análisis de premisas generales de localización, elab. propia



A) Topografía:

SÍMBOLO	DESCRIPCIÓN
	EDIFICACIÓN EXISTENTE: Construcción con muros y cielo falso de aguilit, cubierta de lámina galvanizada y estructura de madera. Propiedad del Hospital San Vicente, en desuso actualmente (1997)
	CURVAS DE NIVEL: A cada 0.50m., pendiente longitudinal 1.25%, transversal 1.54%. Cota de inicio según I.G.M., curvas con trazo aproximado.
	NIVEL DE REFERENCIA: Diferencia de altura en m. entre cota inicial, banquetta y accesos.
	ACCESO VEHICULAR PERIFÉRICO: Circulación interna en desuso, con bordillo y alcantarillado, sin asfalto.
1, 2, 3 0 0 0	VÉRTICES DEL POLÍGONO: Distancia entre vértices 1-2= 13.30m., 2-3= 26.50m., 3-4= 36.65m., 4-5= 83.50m., 5-6= 16.50m., 6-7= 88.00m., 7-1= 2.95m.
	SUELOS: Sedimentos eólicos (transp. p/aire), flujos de ceniza y sedimentos fluviales. Poco permeable, buena capacidad soporte. 1. INSIVUMEH

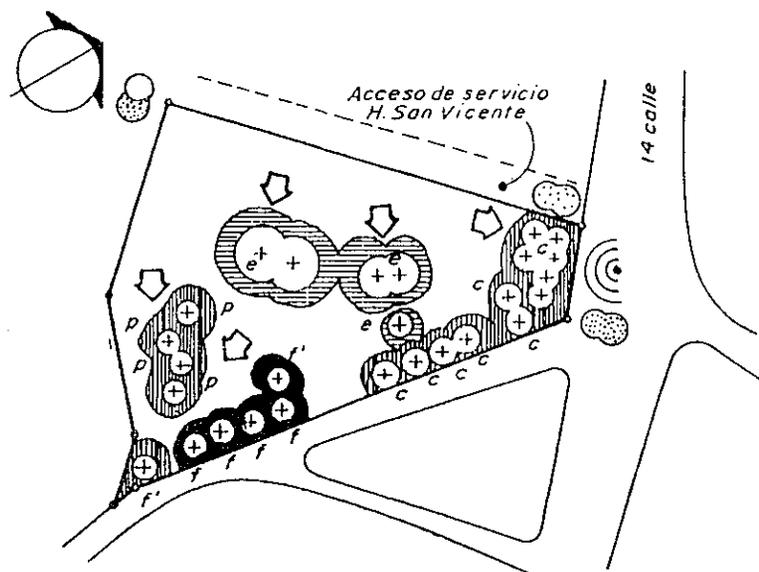


B) Micro-clima:

SÍMBOLO	DESCRIPCIÓN
	AREA DE ASOLEAMIENTO: Sol 12 Hrs. al día en el 62% del terreno, Aprox.
	AREA DE SOMBRA: Escaso asoleamiento en un 38% del área del terreno, a 54° del eje Norte en abril 4.
	VIENTOS DOMINANTES: La vegetación actual crea un corredor de viento, en sentido longitudinal de N→S
	SOL NACIENTE
	SOL PONIENTE

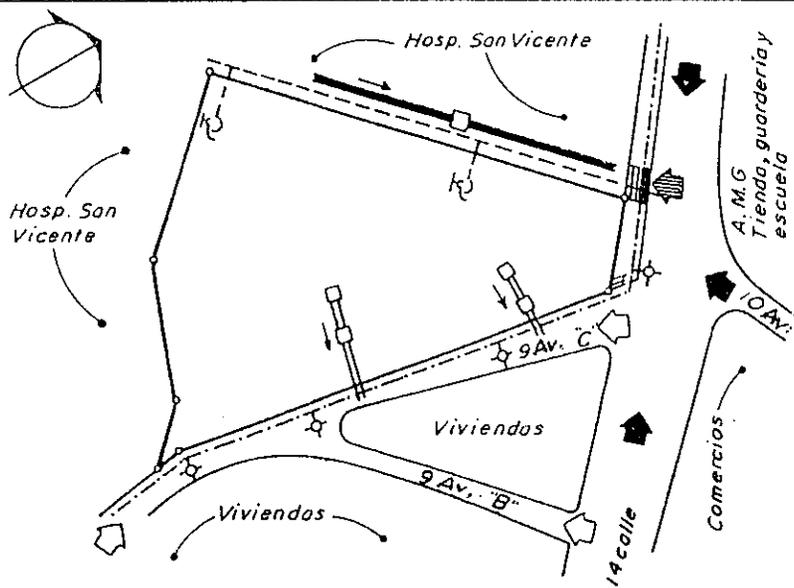
CLIMA: según Sistema Thornthwaite, Templado, Húmedo, con invierno seco, bosque húmedo subtropical (S. Holdrich).
Temp. Media Anual: 20.2 C°, Precipitación Anual: 1246.8 mm.
Humedad Relativa: 79%, según INSIVUMEH

Análisis del Sitio, Fuente: observación de campo y análisis de premisas generales de localización, elab. propia



→ **C) Paisaje y Vegetación:**

Símbolo	DESCRIPCIÓN
⊕ ⊕ ⊕	MASA ARBÓREA distancia menor a 3.00 m.
⊕	ÁRBOL DISPERSO distancia mayor a 3.00 m.
⊗	Vegetación d/amplio diámetro, a conservar.
⊗	Vegetación d/bajo diámetro, conservar y podar.
●	Árboles frutales a conservar según estado físico.
p	Pino: siempre verde, follaje denso. Para barrera visual.
e	Eucalipto: siempre verde, soporta sol, suelo húmedo, raíz profunda, da media sombra, follaje poco denso. Para calles.
c	Casuarina: siempre verde, altos remates como cortina, follaje semi-denso. Para barrera visual
f	Frutal Pequeño: mandarina, siempre verde. Paisaje lejano.
f'	Palma: perfil esbelto, tronco grueso. Punto central.
⊗	CONTAMINACION por "smog", basura y polvo.
⊗	CONTAMINACION por humo del área de cocina.
⬆	VISTAS internas agradables.
⊗	RUIDO de tráfico vehicular. (104 autos/h., 48 buses/h., y PAISAJE: Ambiente general tranquilo 40 motos/h.)



→ **D) Accesos e Instalaciones:**

Símbolo	DESCRIPCIÓN
⊕	Red de agua potable, de Hg. en uso actual. Abastecimiento municipal y sistema propio del hospital.
⊕	Instalación eléctrica con capacidad suficiente. Abastece Empresa Eléctrica de Guatemala
⊕	Alumbrado público con poste de madera.
⊕	Drenaje Sanitario, de tubería de concreto en uso actual.
⊕	Drenaje Pluvial, alcantarillado y cunetas de media caña de concreto.
⊕	Sentido de la pendiente de la tubería.
⊕	Rampa de acceso de servicio.
⊕	Acceso peatonal.
⊕	Acceso de servicio, peatonal y vehicular.
⊕	Acceso vehicular.

Conclusiones del capítulo VIII:

Ante la escasez de predios comunales quedan los susceptibles de cambio de uso, puesto que instalaciones estatales en el área, como el Hospital San Vicente, han contemplado suficientes espacios libres y edificaciones que actualmente no tienen un uso aparente, espacios que, sin detrimento del funcionamiento del hospital, puedan servir como soporte de equipamiento para la colonia La Verbena. Este mecanismo alternativo pudiera servir de antecedente práctico, para la satisfacción de las restantes necesidades de equipamiento del área de estudio.

El terreno seleccionado y su localización semi-centralizada, permite la promoción de espacios comunales de servicio social, de fácil identificación y acceso múltiple, que generarán con el tiempo identidad cultural propia. Además, cuenta con el respaldo técnico del Hospital San Vicente, en cuanto a instalaciones y servicios básicos.

El ahorro del costo del terreno y la obtención de suficiente extensión de planificación son vitales dentro de los asentamientos humanos como La Verbena, que nunca contó con un plan definido de urbanización.

El ecosistema que se produce dentro del predio, sus características topográficas y servicios de apoyo, proponen su uso idóneo para equipamientos de esta naturaleza.

Capítulo IX: Planificación del CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (CDIF)

El presente capítulo detalla el proceso de definición de los servicios a prestarse mediante el CDIF en la colonia La Verbena, basado en la integralidad de la atención a través de servicios básicos, complementarios y de apoyo. Describe los mecanismos particulares para estimar cada uno de los servicios, acordes a la situación sanitaria de la colonia en cuestión.

a) SISTEMA DE PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS EN EL CDIF:

Para determinar el tipo de servicios y la cantidad de unidades de atención y, según la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS), se tomará en cuenta el estado de salud de la comunidad de La Verbena: el cual debe reflejarse en los datos de morbilidad y mortalidad que se obtienen mediante el auto-diagnóstico.

Este auto-diagnóstico, consiste en la sistematización de la actividad de vigilancia sanitaria que prestan las Representantes del Programa Integrado de Salud (REPROINSA's), quienes obtienen la información de cada una de las familias a su cargo. Esta vigilancia pretende establecer la situación de toda la comunidad, exponiendo datos sobre inmunización, desparasitación, morbilidad, mortalidad, y el seguimiento a casos especiales, información que es recabada mediante el Sistema Comunitario de Información (SCI)

La frecuencia y prevalencia de ciertas afecciones, motiva la planificación de servicios médicos acordes a las necesidades especiales de cada comunidad.

Otros servicios como los de carácter preventivo son considerados prioritarios y, tomando en cuenta la integralidad de la salud, se considera el establecimiento de servicios de carácter complementario y otros de apoyo, como los de diagnóstico local

Esta planificación de servicios dentro de las instalaciones del CDIF, también se apoya en normas de cobertura y de capacidad de los agentes que otorgan los mismos, según ambas estrategias, la estimación de los servicios debe resultar congruente con la realidad sanitaria de La Verbena.

Es de hacer notar, que la actividad de planificar nuevos servicios o bien, cancelar otros, se realiza de manera constante, ya que la comunidad y su situación sanitaria no es estática. Los servicios, vuelven a adaptarse a la nueva realidad, por lo que el autodiagnóstico toma especial relevancia.

Así pues, pueden identificarse cinco clases de servicios, cuya función simultánea permita obtener y conservar la salud de los habitantes, siempre desde un punto de vista integral.

1) **Servicios de consulta externa:**

Son los servicios médicos generales, caracterizados por la consulta externa dirigida a pacientes, en las áreas de medicina general, ginecología, pediatría, odontología y salud mental. Son otorgados por practicantes de medicina, supervisados por un médico graduado, y apoyados por personal de salud de la comunidad. Sus actividades conllevan un control y estadística particulares para mantener actualizada la información sanitaria y observar los cambios en la calidad de vida de los habitantes.

1.1 Servicio de emergencia:

Se considera que en cualquiera de los campos de la medicina general, pueden atenderse de manera preliminar algunos casos urgentes, los que serán sujetos de evaluación clínica para su respectiva referencia superior.

2) **Servicios de apoyo**

Son los servicios públicos de soporte a la consulta externa, éstos incluyen actividades de diagnóstico biológico y radiológico, servicio de hipodermia y venta de medicamentos a bajo costo. Funcionan mediante mecanismos de referencia, con personal comunitario capacitado para el efecto.

3) **Servicios complementarios:**

Este grupo lo constituyen unidades de consultoría especializada en campos determinados por el mismo autodiagnóstico, en donde se toman en cuenta los aspectos no físicos de la salud, pero que puedan influir de manera positiva en ella. En este caso particular, se contemplan cubiculos de trabajo social, planificación

familiar, inspectoria sanitaria y de asesoría urídica. Los agentes de estos servicios también son estudiantes practicantes de los distintos programas de práctica profesional universitaria, y personal comunitario con autoridad delegada.

4) Servicios comunitarios:

El papel comunitario es la base del CDIF y su buen funcionamiento, por ello se considera que debe tomarse en cuenta a los grupos organizados de la comunidad, especialmente aquellos que desarrollen actividades relacionadas con la salud. Estos servicios pretenden convertirse en espacios comunitarios que coadyuvan a la actividad estratégica de estos grupos.

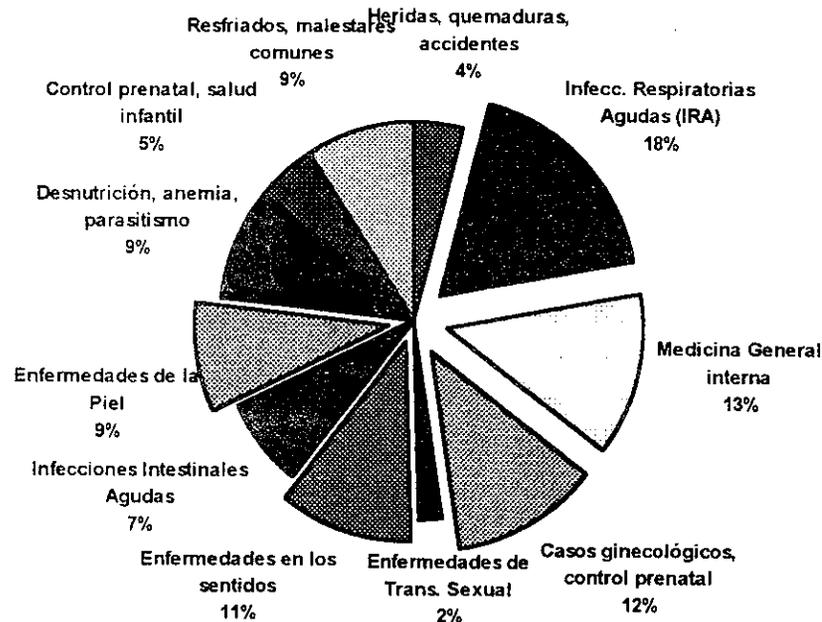
5) Servicios generales:

Los servicios anteriores se ven apoyados por áreas comunes de cafetería, cocina, administración, mantenimiento y de servicio en general como lavandería, mantenimiento, guardiana y garita de ingreso. Los que deben garantizar el buen funcionamiento del conjunto arquitectónico. La operación de la mayoría de estos servicios serán otorgados a empresas comunitarias que califiquen según convenios a definir.

b) ESTIMACIÓN DE LOS SERVICIOS:

Los siguientes servicios se estiman de acuerdo a las condiciones sanitarias actuales (1997) de la colonia La Verbena, y apoyados por el autodiagnóstico comunitario, el control de pacientes del Centro de Atención Integrada (CECOAIN) y las necesidades sentidas de la población en general.

Frecuencia Mensual de casos según afección, Colonia La Verbena, 1997.
Fuente: libro de control CECOAIN



Los siguientes servicios se estiman de acuerdo a las condiciones sanitarias actuales (1997) de la colonia La Verbena, y apoyados por el autodiagnóstico comunitario, el control de pacientes del Centro de Atención Integrada (CECOAIN) y las necesidades sentidas de la población en general.

1. MEDICINA GENERAL:

■ Emergencia:

Este servicio es de carácter mínimo para centros de esta naturaleza, por lo que se planifica con una sala de recepción y espera, una sala de curaciones e hidratación, un cubículo de hipodermia y uno de esterilización

■ Cubículos de medicina general:

La consulta externa en el CDIF, según antecedentes en el CECOAIN, indica que se ejecuta mediante el Programa de Clínicas Familiares de la Facultad de Medicina de la USAC, en donde los agentes son estudiantes de 4º año, quienes prestan el servicio respaldados por un supervisor graduado

El promedio de estudiantes es de 6 por

cuatrimestre. Esta consulta externa la complementa el funcionamiento simultáneo de las clínicas especializadas, por lo que únicamente se planificarán 6 cubículos de preconsulta y uno de post-consulta, apoyados por servicios sanitarios y área de vestidores.

Atención especializada en los campos principales de la medicina:

■ **Clínica de ginecología y obstetricia:**

Al igual que sucede en la consulta externa, este servicio tiene como responsable a un ginecólogo(a), o bien a un practicante supervisado de la especialidad, a convenir en programa familiar similar, esto con el objeto de facilitar espacios reales de práctica y reducir los costos de funcionamiento. Los controles pre-natales serán otorgados en esta clínica, apoyada por el cubículo complementario de planificación familiar y por el laboratorio. Esta clínica contará con una sala de pre-consulta una sala de revisión más un vestidor y servicio sanitario privado.

■ **Clínica de pediatría**

Es evidente la consideración de la niñez como grupo de riesgo en cualquier comunidad, por lo que, además de una necesidad sentida, se recomienda un espacio aparte para la atención infantil. La misma contará con una sala de pre-consulta, y sala de revisión. Como acción preventiva que caracteriza a la APS, se piensa en actividades pro "Niño Sano", donde se otorgue control de sus primeros años de vida.

■ **Dermatología:**

Este servicio deriva directamente de la situación de morbilidad de La Verbena, debido a la frecuencia de casos de enfermedades de la piel y afecciones relacionadas. Ya que se reconoce la escasez de profesionales del ramo, no se considera un espacio individual para esta especialidad, pero se propone el espacio para el practicante con predilección hacia esta especialidad, en los mismos cubículos de consulta externa, además de surtir a la farmacia con los medicamentos más utilizados.

■ **Clínicas de odontología**

Debido a la carencia de este servicio en la colonia La Verbena se piensa en tres estomatólogos y un auxiliar de enfermería por cada estomatólogo, queda abierto su funcionamiento a técnicas simultáneas (cuatro manos). Este recurso humano se determina,¹¹⁷ para un centro de salud urbano, con una cobertura de 6,000 a 36,000 habitantes; por lo que se requiere un área para tres unidades de atención, apoyados por una bodega de materiales y equipo. Los agentes podrían ser personal comunitario capacitado en tratamientos de exodoncia simples y en salud bucal.

■ **Clínica de salud mental:**

Al tomar en cuenta la situación de la salud mental de La Verbena, detallada en el capítulo VII, del presente estudio, se justifica la estrecha relación de algunas trastornos físicos son enfermedades provocadas por la deficiente salud mental de sus habitantes. De ahí que en primera instancia se propone una clínica de salud mental, bajo la responsabilidad de un médico especialista o un psicólogo. Se considera un área formal y una informal de consulta, por el carácter privado y personal de esta actividad.

3. SERVICIOS DE APOYO:

Servicios auxiliares de diagnóstico y de abastecimiento que, por sus funciones similares, se reúnen dentro de un área de ventilación común, éstos son:

¹¹⁷ OPS. Estructura orgánica de un centro de salud urbano, México, (1987)

■ **Laboratorio:**

Se contará con un técnico en laboratorio por cada 7.500 habitantes¹¹⁸, por lo que se necesita un área para cuatro personas, o bien un químico biólogo y tres técnicos en laboratorio, además de su correspondiente área de recepción de muestras y entrega de resultados.

■ **Farmacia:**

El servicio de farmacia, que actualmente ya funciona en el CECOAIN, no sólo pretende facilitar el acceso a los fármacos y medicamentos de origen natural y de bajo costo, sino también garantizar un abastecimiento continuo y acorde a los tratamientos más comunes recetados por los servicios de salud restantes. Igualmente, se justifica su implementación, debido a que es una fuente adicional de ingresos para sufragar los gastos de funcionamiento y mantenimiento del CDIF. La misma contará con un área de despacho interna y otra externa, área de espera y una bodega de almacenaje.

■ **Rayos X:**

El indicador base es de un radiólogo y dos técnicos en rayos X por cada 36.000 habitantes¹¹⁸, por lo que se requiere para La Verbena un espacio inicial para un radiólogo y un técnico en rayos X, como sala de diagnóstico, apoyados por un área de revelado y una bodega. El espacio será el adecuado para un aparato portátil de rayos "X", el cual no requiere excesiva protección radiactiva, únicamente la del vestuario del operador. Este aparato portátil podría ser rentado, con opción a compra.

4. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS:

Atención que complementa la integralidad de la Salud Comunitaria:

■ **Vestíbulo**

■ **Área de espera general**

■ **Cubículo de asesoría jurídica:**

Se considera que el desconocimiento o mala interpretación sobre algunos términos y principios legales, prestaciones, seguridad social y el trabajo, entre otros, factores pueden disminuir la calidad de vida de las personas, principalmente en cuanto a derechos y obligaciones de tipo social. Por lo anterior, se estima conveniente la implementación de una oficina de asesoría legal, dentro de los servicios complementarios del CDIF.

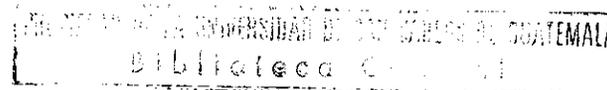
■ **Cubículo de inspección sanitaria:**

Según como funcionan en los centros de salud del MSPAS, la oficina estaría a cargo de un denominado "Inspector Sanitario Comunitario", a quien se le delega una responsabilidad legal, por medio de un convenio con la Municipalidad del área de acción. El mismo, velaría por el cumplimiento de las normas de saneamiento básico recomendadas para los servicios de agua potable y drenajes, para locales de venta y consumo de alimentos, farmacias, control de animales domésticos, entre otros, cuyo incumplimiento afecta a la comunidad en general.

■ **Cubículo de trabajo social:**

Los antecedentes de la práctica de casos, de grupo e individuales de la Escuela de Trabajo Social de la USAC, justifican una sede dentro del CDIF para las actividades de práctica obligatoria en la comunidad.

■ **Clínica de planificación familiar:**



¹¹⁸ Ibid p. 76

Entre muchos factores, se considera la alta densidad poblacional que predomina en La Verbena y el hacinamiento que sufren 2 ó más familias dentro de una sola vivienda, y las ventajas del desarrollo individual de un número menor de niños, se pretende que, desde esta área, puedan manejarse programas y campañas de planificación familiar. Las Reproinsa's darán un apoyo valioso a este programa

■ **Servicio sanitario de personal:**

Para el soporte funcional del conjunto de cubículos.

5. **ADMINISTRACIÓN:**

Área destinada al manejo administrativo y de soporte técnico de mantenimiento, que garantice las actividades del CDIF.

- Vestíbulo
- Sala de espera
- Secretaría e información
- Sala de reuniones
- Contabilidad
- Administración

6. **SERVICIOS COMUNITARIOS:**

Espacios comunales para las organizaciones locales y para el personal del CDIF.

- Vestíbulo
- **Oficina del Seguro Social Comunitario (S. S.C):**

Sede local de la administración del Seguro Social Comunitario como soporte financiero del CDIF, en donde se lleva el control de adscripción, estadísticas y pago de las cuotas del seguro. También es la sede de las campañas de concientización del gasto en prevención social.

- **Oficina del Sistema de Información Comunitario (S.I.C.):**

Base de operaciones y de sistematización del Sistema Local de Información Comunitaria, donde las REPROINSA's clasifican y mapean la información recolectada, mediante cuadros estadísticos específicos, basados en planes organizados y priorizados.

- **Oficina del programa de alfabetización local:**

Busca darle un espacio específico de operaciones centrales al Programa de Alfabetización y Post-alfabetización que se ha desarrollado, ya de manera tradicional, en la comunidad de La Verbena.

- **Salón de Capacitación y Reuniones (Salón Comunal):**

Espacio comunal de capacitación técnica, social y de actividades de los grupos organizados locales que, de manera coordinada, harán uso del mismo. El mismo podrá aportar recursos dirigidos al funcionamiento del CDIF, mediante su alquiler para actividades especiales.

■ **Cafetería:**

Un área social y de consumo de alimentos del personal del CDIF, y de apoyo funcional al Salón Comunal. Al igual que el salón, la cafetería podría ser un servicio otorgado por alguna empresa comunitaria, la que deberá en determinado momento aportar recursos fijos para el CDIF

■ **Cocina**

■ **Guardiania**

■ **Servicios sanitarios**

7. **SERVICIOS GENERALES:**

Espacios de apoyo funcional y técnico.

■ **Parqueo:**

De acceso restringido a un número de visitantes y mayoritariamente diseñado para el personal médico y profesional del CDIF, debido a que la mayoría de los usuarios se trasladarán a pie o en bus urbano

■ **Basurero/incinerador:**

Elemento técnicamente diseñado para la eliminación adecuada de desechos sólidos y reciclaje controlado. Sería recomendable su utilización dentro de un sistema local de recolección, enfocado como un proyecto de generación de ingresos.

■ **Guardiania**

■ **Mantenimiento**

■ **Bodega**

■ **Lavandería:**

Lavandería de uso liviano, con máquinas no industriales, para ropa de las camillas y de limpieza, principalmente.

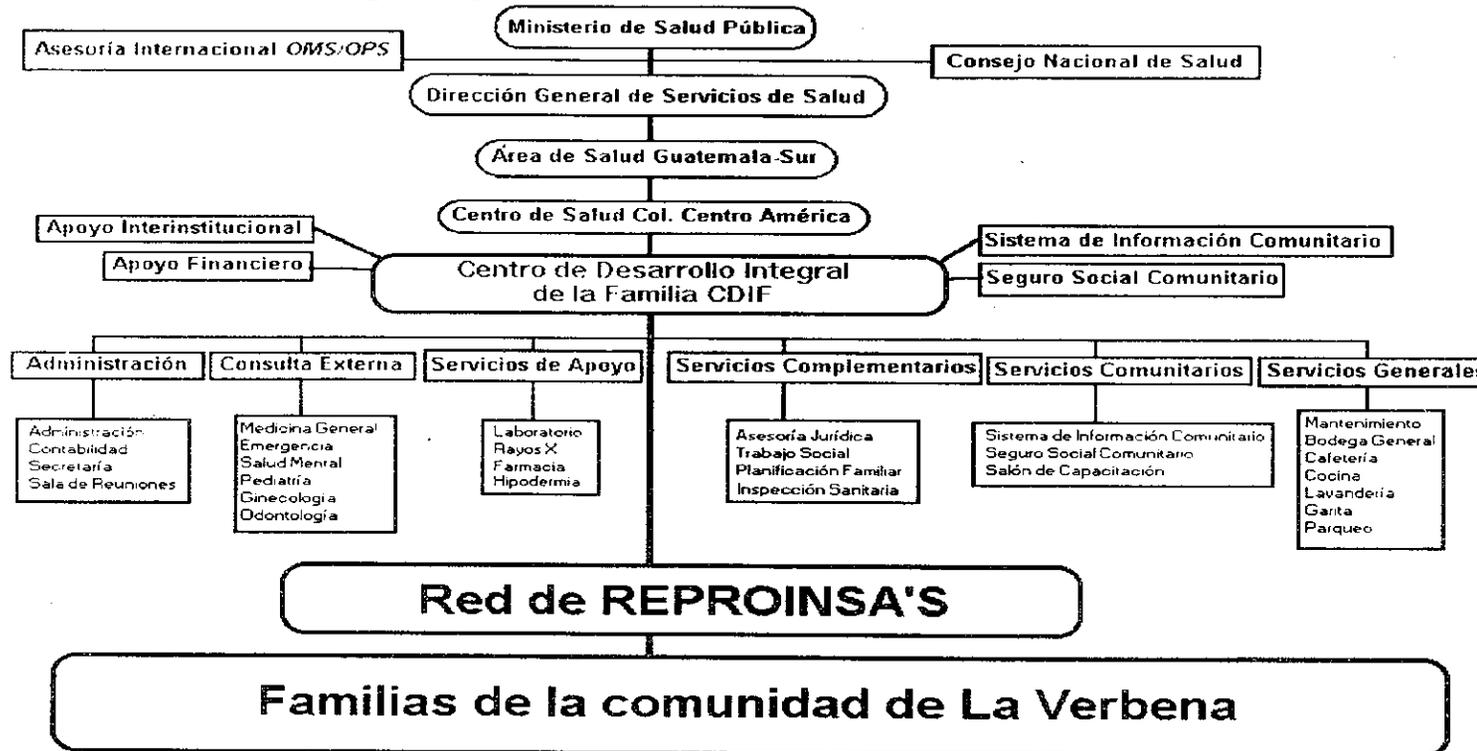
■ **Bodega de Limpieza**

La mayoría de los servicios de limpieza y mantenimiento podrían ser subcontratados localmente, para brindar empleo local a los habitantes de La Verbena.

c) Organigrama funcional del CDIF:

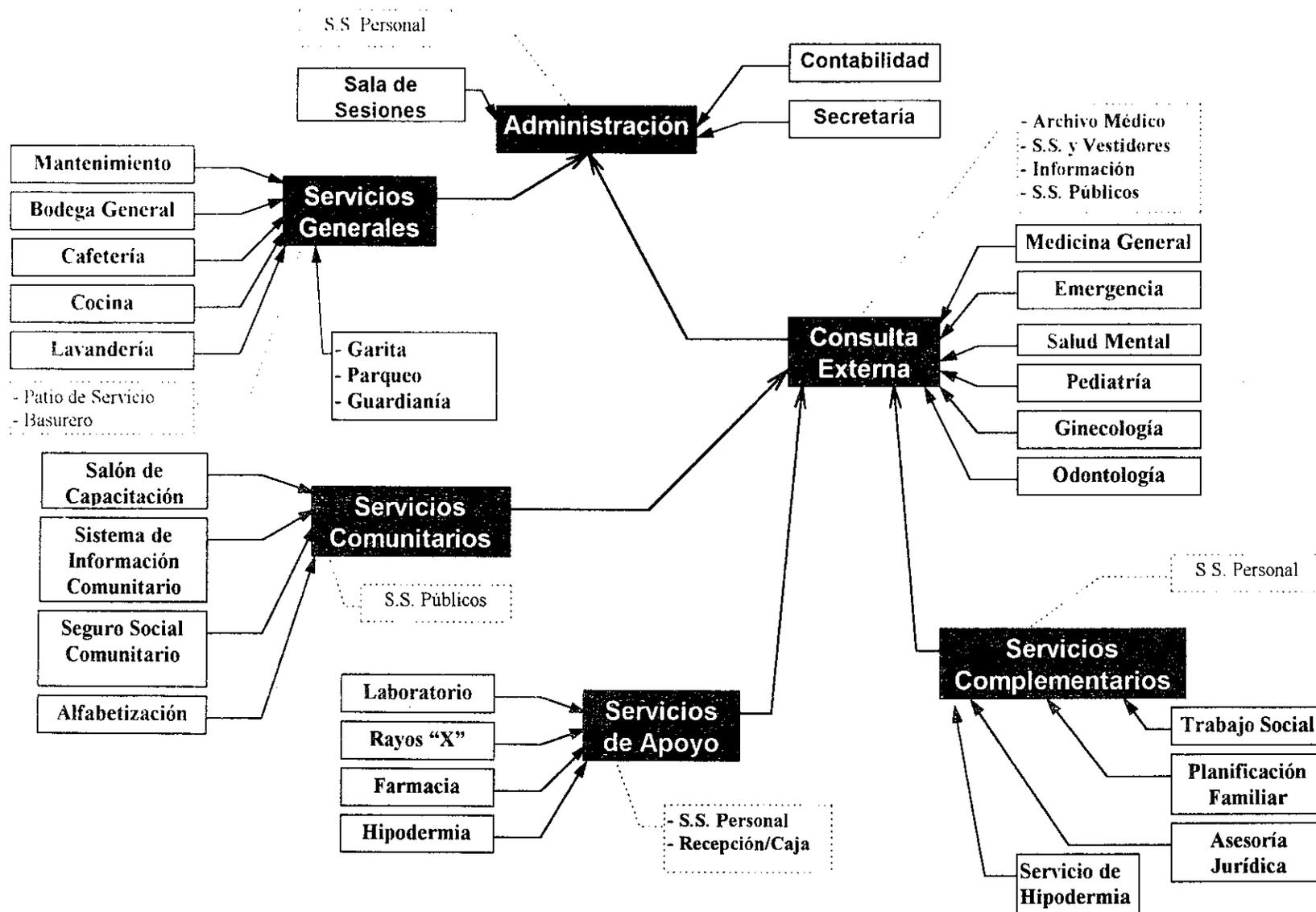
Es posible diagramar el funcionamiento, relaciones funcionales de referencia y contra-referencia, tanto a nivel local, como en los niveles superiores de atención

Organigrama funcional del CDIF:



Fuente: Elaboración propia, en base a los servicios planificados en el CDIF y al esquema de funcionamiento soportado por el personal de salud, instituciones de apoyo, locales y en otros niveles de participación

Diagrama de funcionamiento interno del CDIF



Conclusiones del capítulo IX:

La definición de los servicios de cada CDIF responde, de manera estrecha, a la situación de salud de la comunidad de cobertura particular.

Los servicios deben tener la capacidad de irse adaptarse a las condiciones de demanda que el proceso de desarrollo de la comunidad establezca. Para ello, los equipos multidisciplinarios y locales deben evaluar de manera permanente los resultados de esta oferta y demanda de servicios.

El CDIF cuenta con algunos servicios que se consideran comunes con los centros de salud Tipo "B" del MSPAS, con la diferencia de que no cuenta con encamamiento y se agregan servicios complementarios a la integralidad de la salud, su carácter meramente preventivo, y además de crear espacios comunitarios dedicados a la base organizativa local.

La ausencia de encamamiento responde a dos aspectos importantes:

- Existe referencia de encamamiento cercana, específicamente en el Hospital Roosevelt.
- La Atención Primaria en Salud (APS) pretende que a nivel local se corte el proceso salud \Rightarrow enfermedad, con lo cual el objetivo esencial de la atención integral es no permitir que las afecciones se desarrollen lo suficiente para prescribir un encamamiento supervisado, o internamiento especializado.

Por lo anterior, la estrategia global es preventiva y de acción puramente local y de cobertura real.

Algunos servicios y su comportamiento respectivo dependerán, en parte, de las condiciones favorables de implementación, principalmente en cuanto al recurso humano, en donde los convenios de cooperación con instituciones y organizaciones, dicten diferentes etapas de evaluación y organización-instalación escalonada, lo que permite una visión retroactiva y constante del desarrollo de la oferta y demanda de estos servicios.

El funcionamiento efectivo de todos los servicios, se apoyará por una coordinación horizontal, y con planes de instalación o modificación, originados desde la base comunitaria.

Se considera muy importante la administración local de los CDIF, en primer lugar, como un reconocimiento al movimiento organizativo, y para lograr una real descentralización y desconcentración de la planificación y prestación de los servicios básicos de salud.

Capítulo X: DISEÑO DEL CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

A continuación se presentan las premisas generales ambientales y estructurales de diseño que se aplicarán a la planificación del CDIF, en La Verbena. Se analizarán las necesidades espaciales de los servicios estimados y sus relaciones funcionales, hasta establecer las premisas particulares de diseño arquitectónico.

a) Recomendaciones generales de diseño:

Para el anteproyecto del Centro de Desarrollo Integral de la Familia, colonia La Verbena zona 7, se recomiendan algunos criterios generales. En primer lugar se detallan las Recomendaciones de Diseño Ambientales, que condicionan particularmente el emplazamiento y partido arquitectónico del conjunto.

Posteriormente, se enumeran las recomendaciones de diseño generales, desde la perspectiva constructiva, de instalaciones y de acabados. Criterios basados en referencias específicas, en experiencias en proyectos de naturaleza similar, y en criterios básicos de diseño.

A continuación se presentan estos criterios generales, los cuales permitirán la definición del anteproyecto del CDIF:

RECOMENDACIONES DE DISEÑO AMBIENTALES PARA EL "CDIF"

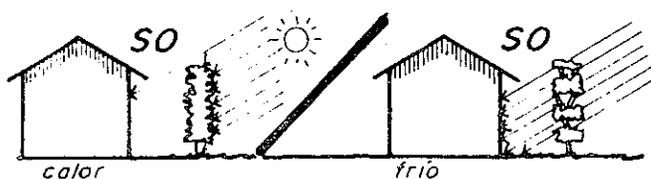
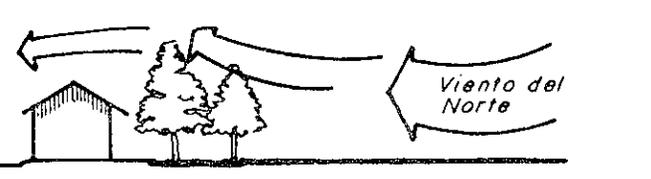
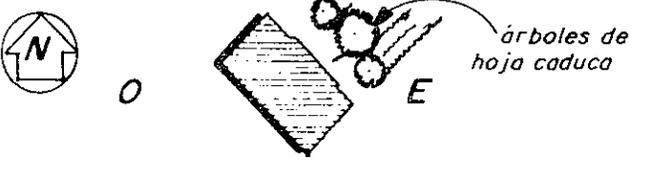
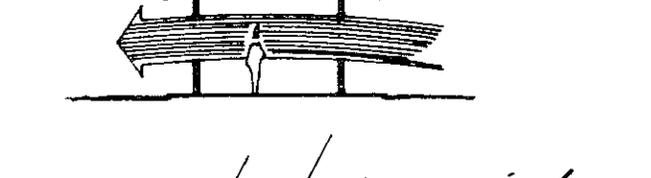
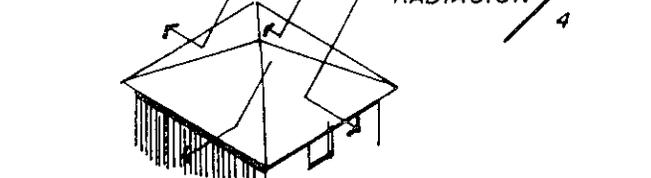
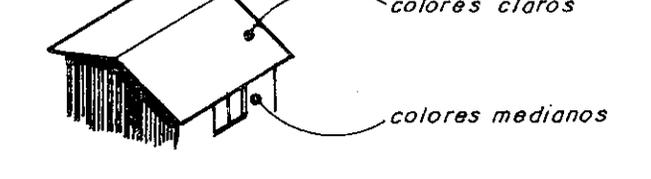
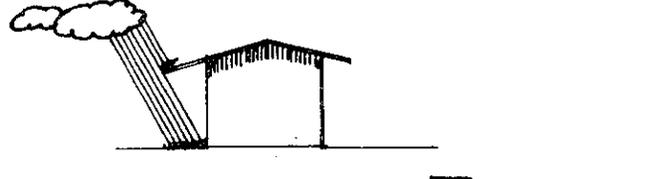
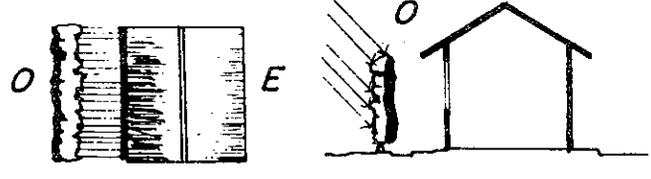
Criterios para clima templado, características: húmedo, invierno seco, bosque húmedo sub-tropical, humedad relativa 79%. Temperatura media anual 20.2 c° (Sistema Thornthwaite)

Detalles constructivos	Graficación	TRAZO	Graficación
Usar materiales con un máximo de retardo térmico de 3 hrs		Orientar el sentido longitudinal en el eje Este-oeste	
Usar pisos ligeros y de color claro		Generar plazas sin cubierta, debido a que el clima permite trayectorias peatonales agradables	
Altura mínima de ambientes 2.40 m, por el clima templado dominante		Emplazamiento libre y abierto, mezclar con la vegetación los edificios.	
Usar cubiertas bien aisladas, pero ligeras		Utilizar ambientes de poca permanencia como barreras térmicas, especialmente al Este y Oeste.	
Colocar en aberturas al norte parteluces, donde no exista sombra natural.		Proporción de los ambientes ancho/largo de L x 2L o más	
Colocar parteluces oblicuos en muros al Este y Oeste, de ser necesario.		Aprovechar la vegetación existente para permitir un paisaje continuo.	



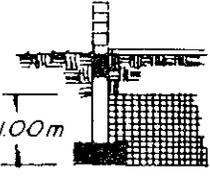
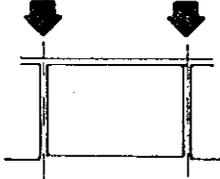
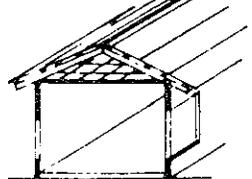
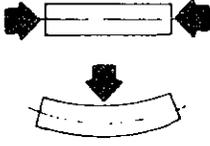
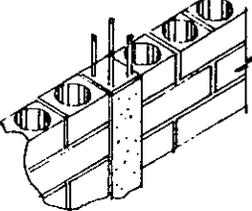
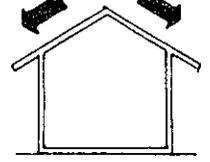
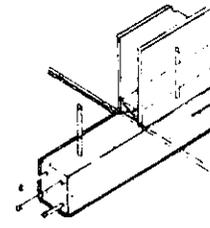
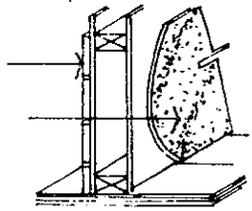
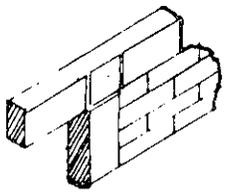
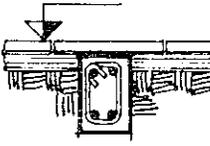
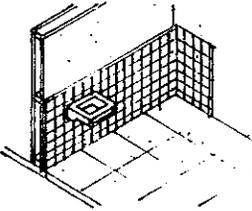
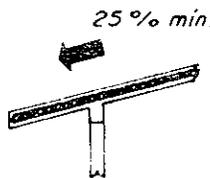
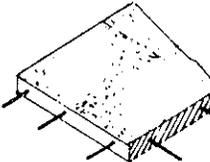
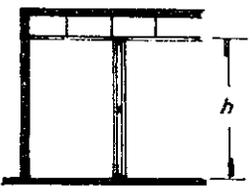
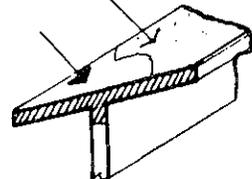
RECOMENDACIONES DE DISEÑO AMBIENTALES PARA EL "CDIF"

Criterios para clima templado. características: húmedo, invierno seco, bosque húmedo sub-tropical, humedad relativa 79%, Temperatura media anual 20.2 °C (Sistema Thornthwaite)

Iluminación	Graficación	Ventilación	Graficación
<p>Fachadas suroeste protejerlas con hoja caduca, para permitir en invierno el paso del sol</p>		<p>Evitar el viento frío del Norte, usando rompevientos arbóreos.</p>	
<p>Ubicar árboles con hoja caduca en fachadas noreste</p>		<p>Permitir el paso de las brisas de verano, con vegetación de follaje de densidad media.</p>	
<p>Utilizar espacios exteriores como continuación de espacios interiores.</p>		<p>Se requiere un mínimo de ventilación cruzada, y a la altura del cuerpo.</p>	
<p>La penetración del sol es deseable, para permitir el calentamiento durante la noche y contrarrestar la humedad del aire</p>		<p>Usar techos que reduzcan la radiación solar perpendicular, en una cuarta parte de los mismos.</p>	
<p>Usar colores claros en los techos; en muros, utilizar colores medianos</p>		<p>Usar aleros considerables, para proteger de la lluvia</p>	
<p>En fachadas Oeste colocar follaje denso y perenne.</p>		<p>Ventanería al Norte y Sur entre 25 y 40% de los muros; usar sistemas de regulación vertical y horizontal para enfocar los vientos.</p>	

RECOMENDACIONES CONSTRUCTIVAS PARA EL CDIF

a) Sistema constructivo:

Cimentación	Ref.	Graficación	Cerramiento vertical	Ref.	Graficación	Cerramiento horizontal	Ref.	Graficación
CIMIENTO corrido, profundidad intermedia, mínima 1.00 m a partir de capa resistente.	8		Muros exteriores de ladrillo de barro tubular expuesto, impermeabilizado Muros de carga perimetrales.	10		Salón: con cubierta de lámina estructural térmica y de color blanco, cielo falso. Estructura metálica de soporte.	10	
CONCRETO resistencia a compresión de 3,000 Lbs./Pulg². y de flexión a Fy 4,000 Kg./cm². Acero de seguridad Grado 40.	10		Columnas de concreto insitu, mismas especificaciones que el cimiento, con recubrimiento martelinado al exterior y alisado al interior	10		Losas con suficiente pendiente para prevenir acumulación de agua, apoyadas sobre muros perimetrales de carga.	5	
Anclajes previstos en soleras para muros divisorios	10		Muros interiores, tabiquería liviana que acepta acabado y modificaciones modulares.	8		Vigas: concreto con especificaciones de columnas, con acabado alisado al interior y martelinado al exterior, sisa en intersecciones	10	
Nivel de piso terminado por encima de solera de humedad	10		En muros-tabique de áreas húmedas, utilizar azulejo o algún acabado liso y lavable.	8		Cubiertas: losa prefabricada inclinada de 0.15 m. de espesor, pendiente mínima 25 %, ligeras, aisladas, con 3 horas de retardo térmico mínimo. Uso del panel COVINTEC, ver detalle constructivo en anexo pág. 103.	7	
Hierro a temperatura en plazas, ingresos o parqueo, opcional	10		Muros-tabique anclados a solera de humedad, y elevados hasta cielo falso	8		Cubiertas con acabados impermeables livianos y de color claro.	7	
Fuentes de referencia:	1 Jan Bazant "Manual de criterios de diseño urbano", México 1980		2 OPS/OMS, "Mitigación de desastres en las instalaciones de salud, Vol. III", Colombia 1993		3. DGSS, MSPAS, "Normas técnicas para el diseño o remodelación de hospitales departamentales", Guate. 1995		4 Castro Menjivar, "Planificación de servicios de salud en el área de Chimaltenango" Tesis Farusac 1976	
	6 Entrevistas con personal médico		7 Coronado Ortiz, "Diseño climático para edificaciones de la zona central del país" Tesis Farusac, 1986		8 Mazariegos Fernández, "Criterios para la formulación de normas de diseño para instal. de salud en Guate." Tesis Farusac 1987		9 Arana Leal, "Clínica hospital de la Gomera", Tesis Farusac, 1972	
							5 OPS/OMS "Guías para centros de distribución de suministros médicos Vol IV" 1989	
							10 Recomendaciones generales	

RECOMENDACIONES CONSTRUCTIVAS PARA EL CDIF

b) Red de instalaciones:

AGUA		Ref.	Graficación	DRENAJE		Ref.	Graficación
Conexiones con mecanismo giratorio y juntas flexibles	2			Dejar previstas cajas y registros de control	8		
Instalaciones suspendidas de placas metálicas y soportes especiales	5 y 2			Registros en extremos de ramales, cambios de dirección, cambios de diámetro	8		
Red de distribución en el perímetro de los edificios	8			En tramos rectos colocar un registro c/ 10 m.	8		
Agua fría y caliente en tubería de 3/4" red general y 1/2" acometidas	2			Desague del revelador de rayos X, de 1 1/4" de diámetro, tubería plástica	8		
30 litros de agua por kilo de ropa	2			Red de distribución en el perímetro de los edificios	8		
Válvulas de cierre automático por vibración y cambios de presión.	2			Reposaderas con sifones para prevenir malos olores.	5		
Agua caliente con sistema de calefacción solar de preferencia.	2			Drenajes del techo exteriores, para prevenir goteo interno.	5		
Tanques de reserva alejados de edificios	2			Drenar piso de lavandería y cocina, con pendiente mínima.	10		
Ductos con puertas accesibles	2			Revisar instalaciones existentes, y evaluar su aprovechamiento.	10		
Tanques de almacenamiento el doble del consumo diario	8			Instalaciones identificadas para su fácil mantenimiento.	10		
Fuentes de referencia:	2 OPS/OMS. "Mitigación de desastres en las instalaciones de salud, Vol. III", Colombia 1993		5 OPS/OMS. "Guías para centros de distribución de suministros médicos, Vol. IV", 1989				
	8 Mazariegos Fernández. "Criterios para la formulación de normas de diseño para instal. de salud" Guate Tesis Farusac. 1987		10. Recomendaciones generales.				

RECOMENDACIONES CONSTRUCTIVAS PARA EL CDIF

b) Red de instalaciones:

iluminación		Ref.	Graficación	FUERZA y especiales	Ref.	b.2) Electricidad y especiales	
						Graficación	
En salas de curaciones 500 bujías por m ²	8			Sistema eléctrico a prueba de explosión	8		
Conductos flexibles	2			En áreas de curaciones conectadas al servicio de emergencia	8		
Instalación entubada en pvc y con identificación de color	3			Acometidas a refrigeradores conectadas al de emergencia	8		
Conductor mínimo THW 12	8			Evitar caída de tensión para sala de rayos X	2		
Unidades de control ubicadas en vestíbulos y de fácil acceso para el personal.	10			Central de comunicaciones para el exterior e intercomunicadores para ambientes internos.	2		
Iluminación con lámparas de gas neón sobre áreas de trabajo.	10			Autoparlantes en vestíbulos y áreas exteriores	3		
Iluminación exterior para parqueos y zonas de seguridad.	10			Sistema de radio portátil de emergencia, para mantenimiento y guardianes.	2		
Fuentes de referencia:	2 OPS/OMS "Mitigación de desastres en las instalaciones de salud, Vol III", Colombia 1993 8 Mazariegos Fernández, "Criterios para la formulación de normas de diseño para instal de salud en Guate." Tesis Farusac, 1987			3. DGSS, MSPAS, "Normas técnicas para el diseño o remodelación de hospitales departamentales", Guate, 1995 10. Recomendaciones generales.		5 OPS/OMS, "Guías para centros de distribución de suministros médicos Vol IV", 1989	

RECOMENDACIONES CONSTRUCTIVAS PARA EL CDIF

c) Acabados generales:

PARED		Graficación		Cielos		c.1) Paredes y cielos	
	Ref.				Ref.		
Acabados lisos en áreas sépticas.	8 y 10			Plancha resistente al fuego y acústica, suspendida de una parrilla de metal de T invertida	5		
Azulejo hasta 2 00 m. en sanitarios y áreas sépticas	10			Material incombustible liviano y susceptible a movimientos	2		
Muebles de baño empotrados	10			Opción aislante de fibra de vidrio	5		
Protección de muros donde roza el mobiliario.	10			Sellamientos herméticos para prevenir plagas, y mantener la temperatura interna de los ambientes.	5		
Elementos de señalización integrados a paredes.	10			Acabados de losa lisos, para evitar acumulación de polvo y grasa.	10		
Barandas y pasamanos sujetas a estructuras de los 2 muros	2			Opción alternativa de material porcelanizado, con pintura epóxica	5		
Material de parteluces prefabricado e integrado a las fachadas.	10			Remates o cenefas integrales a la fachada	2		
Fuentes de referencia:		2 OPS/OMS "Mitigación de Desastres en las instalaciones de salud, Vol. III" Colombia 1993		5 OPS/OMS, "Guías para centros de distribución de suministros médicos, Vol. IV", 1989			
		8 Mazariegos Fernández "Criterios para la formulación de normas de diseño para instal. de salud en Guate" Tesis Farusac, 1987		10. Recomendaciones generales.			

RECOMENDACIONES CONSTRUCTIVAS PARA EL CDIF

c) Acabados generales:

c.2) Piso y elementos divisorios

PISO	Ref.	Graficación	Elementos Divisorios	Ref.	Graficación	
Enlase de pared y piso, redondeado, en áreas húmedas.	8		Muros divisorios prefabricados adosados al piso y en ambientes sin cielo falso, al piso y techo.	8		
Señalización y orientación en piso y paredes	8		En áreas húmedas se evitará elementos divisorios adosados al piso	8		
Piso corrugado y drenado, en accesos con pendiente mayor del 1 %.	8		Resistentes al impacto, no inflamables, aislantes acústicos y visuales	8		
Piso de granito pulido en ambientes interiores en general.	10		Para elementos de vidrio se sugiere colocar señales que adviertan su existencia	8		
Piso de plaza: concreto martelinado, con agregado de color claro y con acabado.	10		Abatimiento de puertas en el sentido del flujo	1		
Jardinizar áreas exteriores para prevenir el polvo, utilizar plantas de bajo mantenimiento.	5		Ventanería con control manual de la ventilación.	5 y 8		
En piso de farmacia aislar humedad con polietileno	5		En elementos interiores con vidrio colocar acabado opaco para conservar la privacidad de ambientes.	10		
Cocina: piso vinílico sobre concreto y drenado.	5		Identificación gráfica de los espacios divididos por los elementos.	10		
Fuentes de referencia:	1	Jan Bazant "Manual de criterios de diseño urbano", México 1980	2	OPS/OMS "Mitigación de desastres en las instalaciones de salud, Vol. III", Colombia 1993	5	OPS/OMS "Guías para centros de distribución de suministros médicos Vol IV", 1989
	8	Mazariegos Fernández "Criterios para la formulación de normas de diseño para instal de salud" Guate Tesis Farusac, 1987	9	Arana Leal "Clínica hospital de la Gomera", Tesis Farusac, 1972	10	Recomendaciones generales

b) Representación gráfica del anteproyecto:

A continuación se ordena y representa el proceso de diseño; se incluye la matriz de necesidades, sus relaciones funcionales, espaciales y de bloque.

Posteriormente se presenta el CDIF en plantas sectorizadas y referidas al conjunto, elevaciones y secciones igualmente relacionadas a la planta de techos de cada edificio, se representa de manera aproximada la ubicación de los árboles existentes y su efecto visual en las elevaciones.. Finalmente, se expone una panorámica aérea del conjunto completo, y apuntes de los vestíbulos y accesos más importantes.

**Necesidades arquitectónicas del CENTRO INTEGRAL DE LA FAMILIA CDIF
CONSULTA EXTERNA (A):**

No.	Ambiente	Función	Actividad	Agentes	Usuarios	Mobiliario	area	Volumen	Relación funcional	Observaciones
1	Emergencia e hipodermia	Atención espontánea de emergencia	Recibir y atender de manera priorizada e inmediata a pacientes espontáneos, curaciones generales. Aplicación de tratamientos hipodérmicos.	3	3	Camillas equipo de curaciones de rehidratación y oxígeno, botiquín Basurero, lavabos automáticos bancos giratorios Serv Sanitario incluido.	30 m ²	90 m ³	Sala de Recepción vestibulo y espera inmediata..	Equipo adicional: carro de curaciones, riñón, atril, porta sueros, refrigerador, olla de presión
2	Recepción y archivo	Recepción y control de ingreso inmediato a la consulta externa	Recibir, clasificar, referir y ordenar el ingreso de pacientes a la salas de consulta externa y de emergencia.	2	4	Mostrador basureros, muro Cartera archivos, escritorio pizarrón, anaqueles metálicos silla acolchada	10	30	Vestíbulo, área de espera inmediata y general, emergencia y salas de consulta externa.	
3	Vestíbulo	Orientar el ingreso a la consulta externa	Distribución de la circulación temporal y área de espera inmediata a las clínicas de consulta externa	0	10	Mobiliario empotrado señalización adecuada	15	45	Recepción, área de espera inmediata y general y clínicas de consulta externa	
4	Sala de preconsulta	Precalificación y referencia interna o externa.	Recepción inicial de pacientes. Elaboración de referencias.	2	2	Escritorio archivo, basurero	10	30	Vestíbulo, sala de recepción y cubículos de consulta externa	
5	El área de espera general	Ambiente de espera para consulta externa, servicios de apoyo, complementarios y administración.	Orientación general, espera mediata de ingreso y estar formal.	1	60	Bancas estáticas, jardineras basurero, cubículo de información prefabricado señalización gráfica y de textura monitores de TV.	225	675	Vestibulo exterior (plaza), consulta externa, s. de apoyo / complementarios, administración y vestibulo comunitario.	Contiene un cubículo de información y orientación general.
6	Cubículos de consulta externa	Atención en medicina en general	Revisión y diagnóstico preliminar, tratamiento y posibles referencias internas o externas	1 x 4	1 x 4	Camilla, basurero, banco giratorio grada de 2 peldaños lámpara de mano Lavados centralizados para los 4 cubículos	4 x 9 = 36 m ²	144	Ingreso de personal, preconsulta, recepción y vestibulo.	Equipo adicional: esfignomanómetro portátil, estetoscopio, fetoscopio de Lee.
7	Servicio sanitario personal	Ambiente de sanitarios y de vestidor, para el personal médico	Aseo personal y cambio de ropa adecuada.	0	2 servicio (H y M)	Inodoro, lavabos, espejos, lockers, bancas de vestidor, basureros, ducha	12 m ² x servicio = 24 m ²	72 m ³	Ambiente de cubículos de consulta externa, ingreso de personal	Servicio individualizado y restringido al público en general.
8	Servicio sanitario público	Sanitarios para el público del área de espera general	Aseo personal y servicios sanitarios.	0	3 (uso simultáneo)	Inodoro, lavabo, mingitorio, basurero espejo	12 m ² x servicio (H y M) = 24 m ²	72	Vestíbulo y área de espera general	Servicio individualizado y señalado por sexo.

**Necesidades arquitectónicas del CENTRO INTEGRAL DE LA FAMILIA CDIF
CONSULTA EXTERNA (B):**

No.	Ambiente	Función	Actividad	Agentes	Usuarios	Mobiliario	área	Volumen	Relación funcional	Observaciones
9	Ginecología y obstetricia	Atención preventiva en aspectos ginecológicos y obstetras	Revisión en detalle, control prenatal, referencia, diagnóstico y tratamiento	1	1	Escritorio, archivo, camilla, basurero, vestidor, silla giratoria, grada de 2 peldaños, balanza de pie, lámpara de cuello de ganso. Servicio Sanitario	25 m ²	75 m ³	Vestíbulo y recepción y área de espera inmediata	Incluye servicio sanitario para uso exclusivo de ginecología
10	Pediatría / Niño Sano	Atención infantil preventiva y de diagnóstico.	Chequeo en detalle, control de talla y peso, referencia, diagnóstico y tratamiento	1	2	Escritorio, archivo, camilla, basurero, vestidor, silla giratoria, grada de 2 peldaños, balanza de pie, y de colgar, lámpara de cuello de ganso.	20	60	Vestíbulo, recepción, área de espera inmediata	Equipo adicional: cinta métrica de poliéster, báscula p/bebés, estetoscopio pediátrico, esfigmomanómetro, fetoscopio
11	Clínica de odontología	Tratamientos estomatológicos de baja complejidad, técnica simultánea. (cuatro manos)	Control de depreciación dentaria, exodoncia y ortodoncia básica, salud bucal	3	3	Sillas de odontología, escritorio, lavabo, archivos, anaqueles, basurero.	12 m ² c/u = 36 m ²	108	Vestíbulo, Recepción, sala de espera inmediata.	Atendidas por personal comunitario capacitado
12	Bodega de limpieza	Almacenaje y centralización de herramientas y productos de limpieza.	Depósito de productos de limpieza y desinfección.	0	1	Pila de un lavadero, anaqueles de almacenaje.	4	12	Circulación lineal.	
13	Bodega de odontología	Almacenamiento de equipo y materiales odontológicos	Almacenar, clasificar y control cárdez de materiales y equipo	0	1	Anaqueles, basurero, escalera pequeña	10	30	Area de cubículos odontológicos, acceso restringido	
14	Clínica de salud mental	Atención psicológica integral de patrones psicosomáticos	Consulta, diagnóstico y tratamiento de trastornos en la salud mental	1	1	Escritorio, archivo, basurero, silla giratoria, Mobiliario Informal, para área exterior de la clínica	25	75	Vestíbulo y área de espera	

**Necesidades arquitectónicas del CENTRO INTEGRAL DE LA FAMILIA CDIF
SERVICIOS DE APOYO Y COMPLEMENTARIOS:**

No.	Ambiente	Función	Actividad	Agentes	Usuarios	Mobiliario	área	Volumen	Relación funcional	Observaciones
1	Laboratorio	Servicio auxiliar de diagnóstico	Análisis hematológico, heces y orina	3	Atención al público	Lavatrastos, gabinetes, centrifuga banco giratorio, refrigerador basurero de pedal, horno eléctrico, mesa Pasteur.	25 m ²	75 m ³	Vestibulo, recepción de muestras. Recepción.	Equipo adicional: microscopio binocular, instrumental y material clínico.
2	Recepción de muestras y despacho	Recepción de muestras y entrega de resultados	Recepción, clasificación, archivo y entrega de resultados	1	2	Anaqueles, escritorio, archivo, silla giratoria	4	12	Laboratorio, vestibulo y recepción	
3	Farmacia comunitaria	Compra y venta de fármacos y tratamientos con medicina natural	Clasificación, almacenaje, exposición y venta de productos farmacéuticos y plantas medicinales.	2	4	Anaqueles, mostradores, escalera, pequeña, bancos giratorios, archivo, escritorio	30	90	Vestibulo, bodega de farmacia	Contiene área de despacho exterior e interior
4	Bodega de farmacia	Soporte de almacenaje para la farmacia	Almacenaje pesado de productos farmacéuticos y de medicina natural	0	2	Anaqueles de almacenaje.	8	24	Farmacia	
5	Laboratorio de rayos "X"	Servicio auxiliar de diagnóstico	Examen radiográfico del tórax y diagnóstico preliminar	2	1	Aparato portátil de Radiografía de 110 V., tubo, colimador, generador y bucky, vestidor, camilla, escritorio, banco giratorio, archivo	25	75	Vestibulo, recepción, bodega de rayos X	
6	Cuarto oscuro	Apoyo técnico al laboratorio de Rayos "X"	Revelado e impresión de muestras radiográficas	1	1	Mesas de trabajo, lavabo, banco giratorio, gabinetes.	6	18	Laboratorio de rayos "X"	
7	Bodega de materiales	Almacenamiento de equipo y materiales radiográficos	Almacenar, clasificar y controlar cárdex de materiales y equipo	0	1	Anaqueles, basurero, escalera pequeña	5	15	Laboratorio de rayos "X"	
8	Recepción y Caja	Información, archivo y control de pago de servicios	Recepción, clasificación y refererencia de órdenes de diagnóstico. Contabilidad y estadística	1	2	Escritorio, archivo, basurero, silla giratoria, calculadora	8	24	Vestibulo, recepción y área de espera general.	
9	Bodega de limpieza	Almacenaje y centralización de herramientas y productos de limpieza	Depósito de productos de limpieza y desinfección.	0	1	Pila de un lavadero, anaqueles de almacenaje.	4	12	Circulación lineal	
10	Asesoría jurídica	Brindar asesoría legal integral	Consulta, recomendación técnica-legal, y referencia	2	2	Escritorio, sillas acolchadas, archivo, basurero	9 x 2 = 18 m ²	54	Vestibulo, recepción	
11	Trabajo social (2 Unid.)	Asesoría individual y de grupo	Asesoría individual y de grupo	2	4	Escritorio, sillas acolchadas, archivo, basurero	15 x 2 = 30 m ²	90	Vestibulo, recepción.	Contiene área exterior de consulta.
12	Inspección sanitaria	Brindar soporte legal a aspectos de saneamiento	Asesoría e inspección sanitaria a solicitud.	1	2	Escritorio, sillas acolchadas, archivo, basurero	9	27	Vestibulo, recepción.	
13	Planificación familiar	Apoyo técnico en tratamientos y métodos de planificación familiar	Asesoría técnica y social de aspectos de planificación familiar.	1	3	Escritorio, sillas acolchadas, archivo, basurero, monitor, pizarrón, bancas, anaqueles	15	45	Vestibulo, recepción.	Contiene área exterior de consulta.
14	Servicio sanitario personal de	Sanitarios y de vestidor, para el personal médico	Aseo personal y cambio de ropa adecuada.	0	2 servicio (H y M)	Inodoro, lavabos, espejos, lockers, bancas de vestidor, basureros, ducha.	12 m ² x 24 m ²	72 m ³	Con área de cubículos.	Servicio individualizado y restringido al público en general.

Necesidades arquitectónicas del CENTRO INTEGRAL DE LA FAMILIA CDIF

Administración:

No.	Ambiente	Función	Actividad	Agentes	Usuarios	Mobiliario	área	Volumen	Relación funcional	Observaciones
1	Vestíbulo y área de espera	Organizar el flujo de visitantes	Reposo ordenado	0	8	Bancas, basureros, cartel informativo	15 m ²	45 m ³	Secretaría, área de espera general	
2	Administración	Actividades gerenciales	Supervisión, contabilidad, estadística, y control general	1	1	Escritorio, silla acolchada, archivos, basurero	12	36	Secretaría, vestíbulo, S. sanitario y sala de reuniones	
3	Secretaría	Apoyo secretarial a la administración	Archivo, estadística, soporte técnico	1	2	Escritorio, silla acolchada, archivos, basurero	8	24	Administración, vestíbulo, S. sanitario, sala de reuniones	
4	Sala de reuniones	Espacio de discusión múltiple	Reuniones de administración del CDIF.	0	14	Mesas subdividibles y sillas acolchadas, pizarrón, cafetera.	25	75	Secretaría, vestíbulo	
5	Contabilidad	Apoyo contable y de estadística	Actividades de contaduría	2	2	Escritorio, silla acolchada, archivos, basurero	12	36	Secretaría, vestíbulo, S. sanitario y sala de reuniones	
6	Servicios San. de personal.	Actividades de higiene personal	Actividades de higiene personal	0	1	Retrete, lavado, espejo, basurero.	4	12	Vestíbulo, sala de reuniones	

Servicios generales:

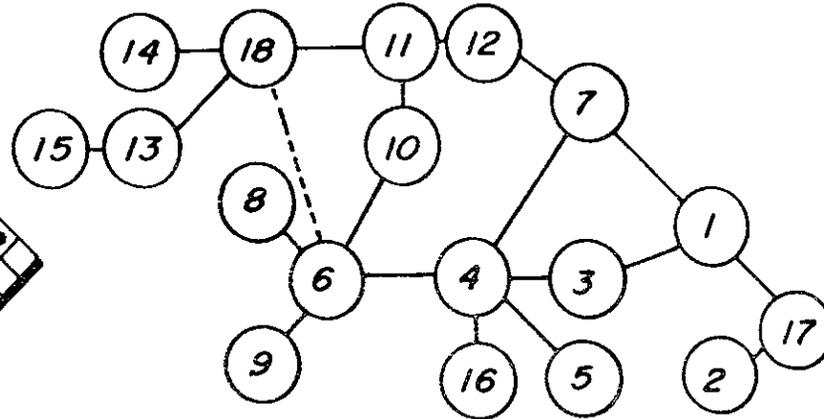
No.	Ambiente	Función	Actividad	Agentes	Usuarios	Mobiliario	área	Volumen	Relación funcional	Observaciones
1	Vivienda del guardián	Vivienda de la familia del guardián permanente	Estar, pechoctar, cocinar.	0	2	Cama, mesa, closet, cocineta, inodoro, lavabo, pila, cocina, pila muebles de comedor y estar, ducha	40 m ²	120 m ³	Ingreso de servicio, vestíbulo de servicio, control de ingreso de servicio	Incluye patio de servicio de la vivienda, sala, comedor, cocina, dormitorio, lavandería y servicio sanitario.
2	Mantenimiento	Soporte técnico mecánico a los servicios del centro	Recepción, clasificación, reparación, y mantenimiento mecánico eléctrico de aparatos.	1	0	Bancos de trabajo, prensa anaqueles, herramientas en general.	15	45	Vestíbulo de servicio, ingreso de servicio	
3	Bodega	Soporte de almacenaje general	Almacenaje, clasificación y conservación de bienes muebles.	0	2	Anaqueles, tarimas, carros de transporte, escalera.	25	75	Vestíbulo de servicio, ingreso de servicio	
4	Lavandería	Soporte técnico de limpieza de bajo volumen de ropa	Clasificar, lavar, planchar y almacenar blancos y uniformes	2	0	Lavadoras no industriales, secadoras, mesas de planchado, anaqueles, gabinetes	25	75	Bodega, mantenimiento, S. sanitarios de personal.	Lavandería atendida por empresa comunitaria
5	Patio de servicio	Área de servicio sin techo	Secado de ropa de gran tamaño.	0	2	Lazos para colgar ropa	50	Sin techo	Ingreso de servicio, consulta externa	Acceso hacia el edificio de consulta externa
6	S. Sanitarios de Personal	Higiene personal	Higiene personal	0	2	Inodoro, lavabos de uso simultáneo	10	30	Cocina, lavandería	
7	Incinerador	Tratamiento de basura	Combustión supervisada de desechos	0	1	Incinerador, cestos de reciclaje, extinguidor portátil.	4	4	Vestíbulo de servicio, ingreso de servicio	
8	Cafetería	Servicio de alimentación para personal médico, profesional y de apoyo. Uso espontáneo del público que acude al CDIF	Alimentación, refacción y relaciones sociales	3	30	Mesas, basureros, jardineras, sillas, bandejas de autoservicio	70	210	Cocina, vestíbulo comunitario y sanitarios públicos	Cafetería atendida por empresa comunitaria
9	Cocina	Servicio de apoyo a la cafetería	Preparación y despacho de alimentos	3	5	Mesas de trabajo, estufa industrial, lavatrastos, basureros, anaqueles, refrigerador.	40	120	Cafetería, despensa, S. sanitarios de personal, vestíbulo de servicio	
10	Despensa	Apoyo de suministro a la cocina	Almacenar, clasificar y conservar insumos alimenticios	0	2	Anaqueles, basurero, escalera pequeña	10	30	Cocina	
11	Parqueo	Aparcamiento del personal médico y profesional	Parqueo y maniobras de vehículos	0	15	Bordillos, basureros, jardineras	368	Sin Techo	Garita de ingreso, plaza exterior, ingreso principal e ingreso de personal de consulta externa	
12	Garita de ingreso	Control del ingreso/egreso peatonal y vehicular.	Identificación, orientación de ingreso	1	2	S. sanitario, banco giratorio, escritorio, intercomunicador	15	45	Ingreso principal, parqueo	

**Necesidades arquitectónicas del CENTRO INTEGRAL DE LA FAMILIA CDIF
SERVICIOS COMUNITARIOS:**

No.	Ambiente	Función	Actividad	Agentes	Usuarios	Mobiliario	área	Volumen	Relación funcional	Observaciones
1	Vestíbulo comunitario	Distribución peatonal y espacio de información comunitaria	Reposo y relaciones interpersonales	0	20	Bancas, información gráfica, paneles de exposición, basurero, monitor	80 m ²	240 m ³	Cafetería, s comedores comunitarios, salón comunal, área de espera general.	
2	Seguro Social Comunitario (SSC)	Espacio comunitario para la seguridad social comunitaria	Control de adscripción, administración, contabilidad y estadística	1	2	Escritorio, silla acolchada, archivos, anaqueles, basurero	10	30	Vestíbulo comunitario, salón comunal y s sanitarios.	Personal comunitario
3	Sistema Comunitario de Información (SCI)	Espacio comunitario para la sistematización del autodiagnóstico local	Supervisión, estadística, clasificación y sistematización de información sanitaria.	1	1	Escritorio, silla acolchada, archivos, anaqueles, basurero, muros de información, pizarrón	10	30	Vestíbulo comunitario, salón comunal y s sanitarios.	Personal comunitario
4	Programa local de alfabetización	Espacio comunitario para el programa de alfabetización local	Supervisión, estadística, clasificación y sistematización de información educativa	1	3	Escritorio, silla acolchada, archivos, anaqueles, basurero, muros de información, pizarrón	10	30	Vestíbulo comunitario, salón comunal y s sanitarios.	Personal comunitario
5	Salón comunitario de capacitación	Espacio para capacitación técnica y reuniones comunitarias	Enseñanza / aprendizaje y reuniones comunales	0	60	Sillas plegadizas, pizarrones, tabiques móviles, escritorio, basurero	120	480	Vestíbulo comunitario, salón comunal y s sanitarios.	
6	Bodega del salón	Apoyo de almacenaje para salón comunitario.	Almacenaje y conservación de material didáctico	0	2	Anaqueles, basurero, escalera pequeña	12	36	Salón comunitario, vestíbulo de servicio y acceso de servicio.	
7	Servicio sanitario público	Area de sanitarios para el público cercano	Aseo e higiene personal del público en general.	0	3 (uso simultáneo)	Inodoro, lavabo, mingitorio, basurero, espejo	16 m ² x servicio (H y M) = 32 m ²	96	Vestíbulo comunitario, salón comunal y servicios comunitarios y cafetería.	Servicio individualizado y señalizado por sexo.

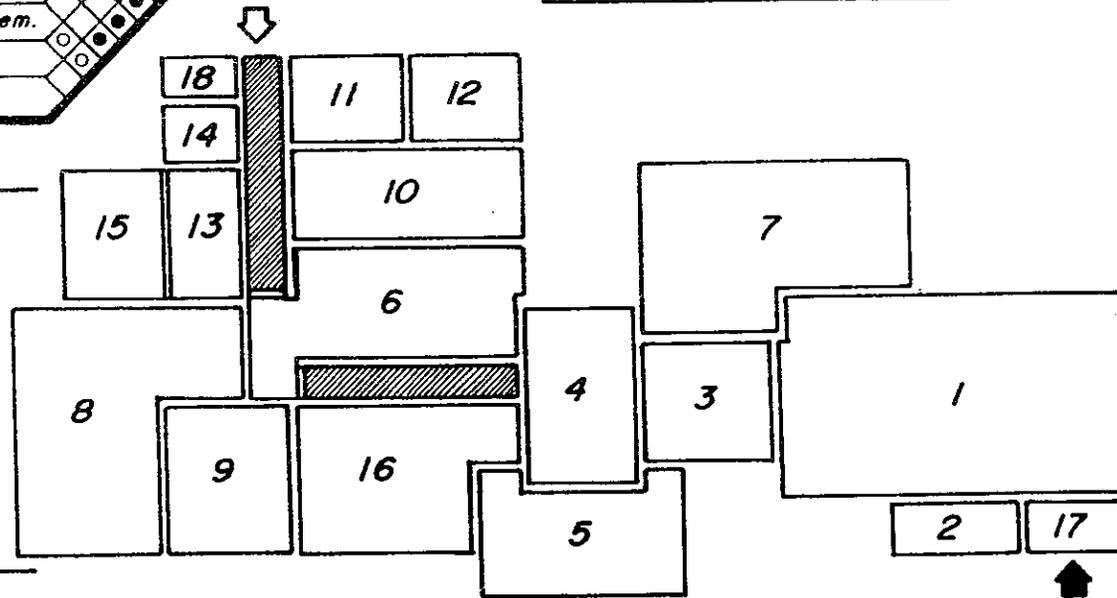
Relaciones de CONJUNTO: CDIF

1	Parqueo
2	Garita de Ingreso
3	Vestíbulo Exterior (Plaza)
4	Area de Espera General
5	Administración
6	Vestíbulo Comunitario
7	Consulta Externa
8	Salón Comunitario
9	Servicios Comunitarios
10	Cafetería
11	Cocina
12	Lavandería
13	Mantenimiento
14	Guardiania
15	Bodega General
16	Servicios de Apoyo y Complem.
17	Ingreso Principal
18	Ingreso de Servicio

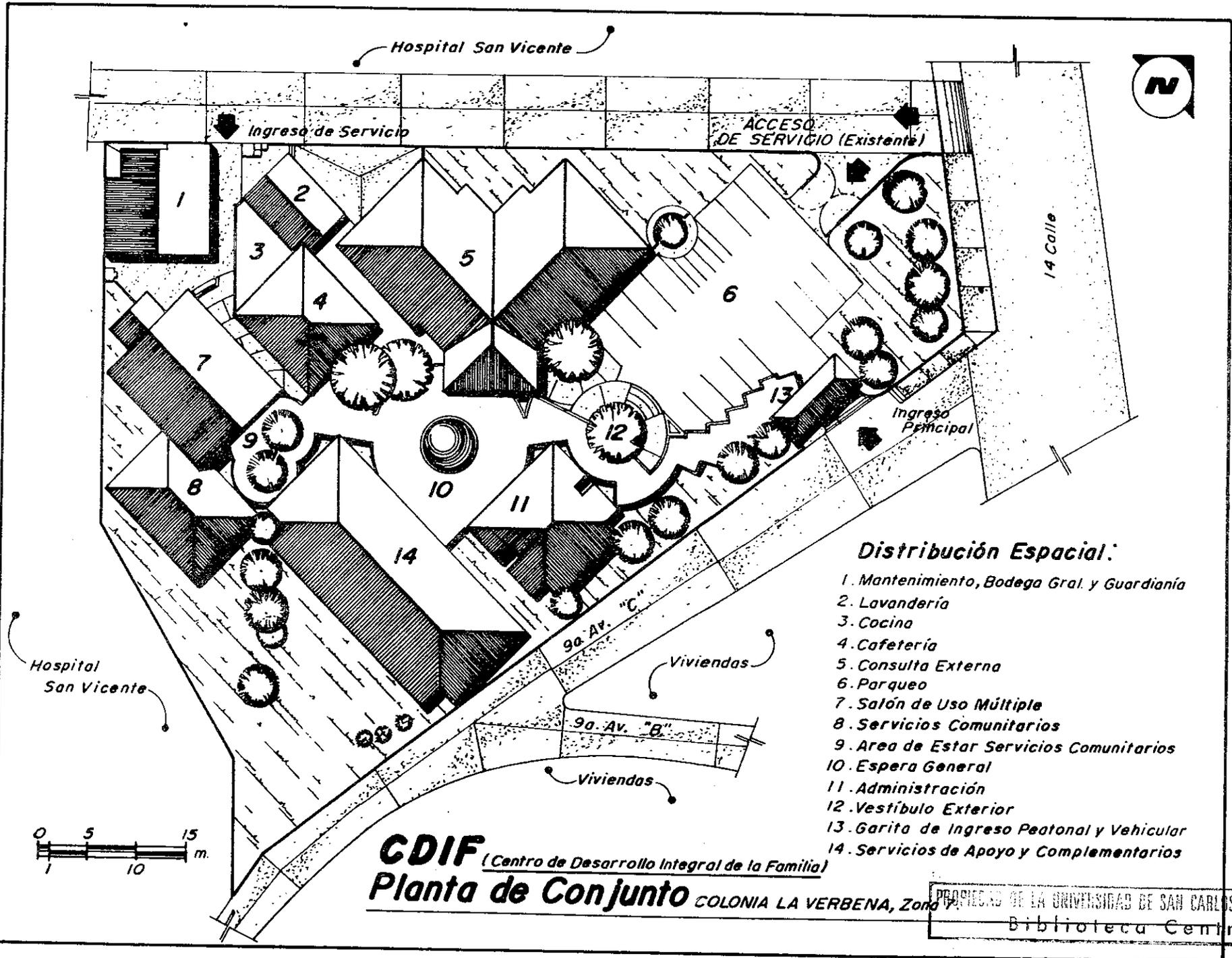


Circulación:

Relaciones:



Bloques:



Distribución Espacial:

- 1. Mantenimiento, Bodega Gral. y Guardería
- 2. Lavandería
- 3. Cocina
- 4. Cafetería
- 5. Consulta Externa
- 6. Parqueo
- 7. Salón de Uso Múltiple
- 8. Servicios Comunitarios
- 9. Área de Estar Servicios Comunitarios
- 10. Espera General
- 11. Administración
- 12. Vestíbulo Exterior
- 13. Garita de Ingreso Peatonal y Vehicular
- 14. Servicios de Apoyo y Complementarios

CDIF (Centro de Desarrollo Integral de la Familia)
Planta de Conjunto COLONIA LA VERBENA, Zona 7

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 Biblioteca Central



a Patio de Servicio

Área Verde

a Área de Estar de Personal

a Parqueo

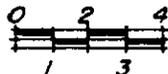
Área Verde

a Servicios Generales y Comunitarios

a Vestibulo Exterior

a Servicios de Apoyo y Complementarios

a Administración

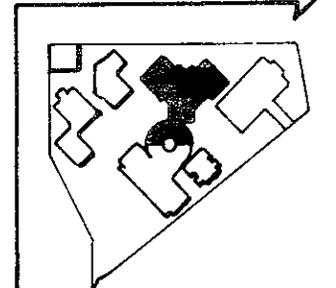


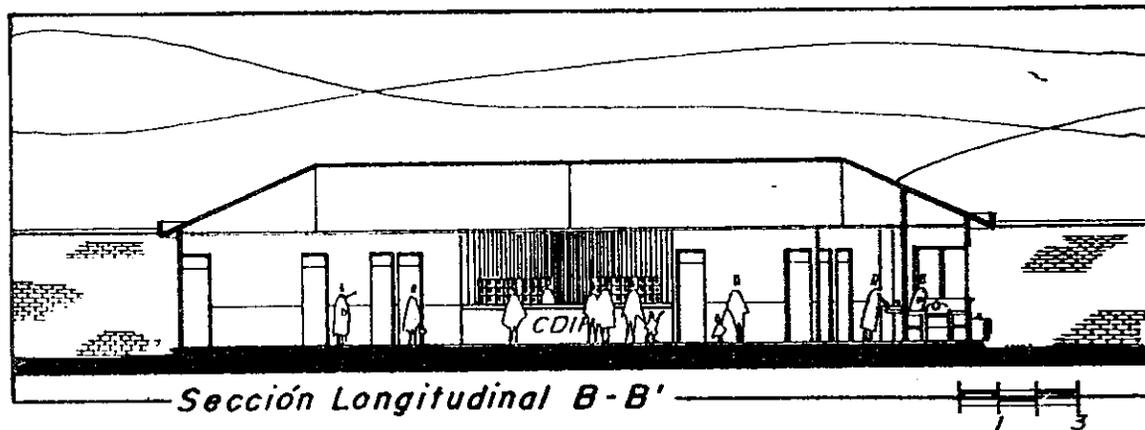
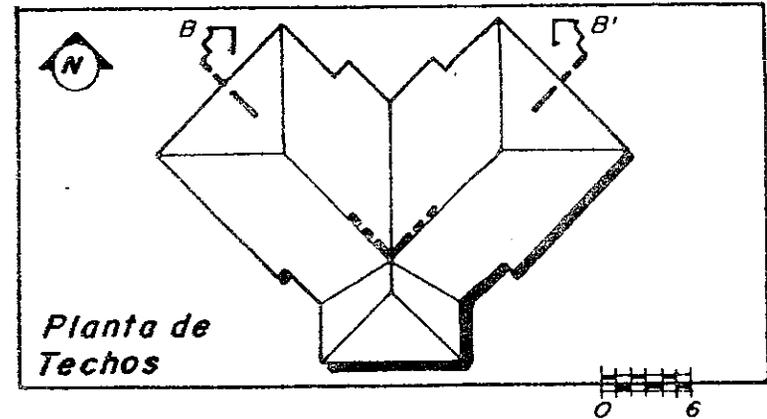
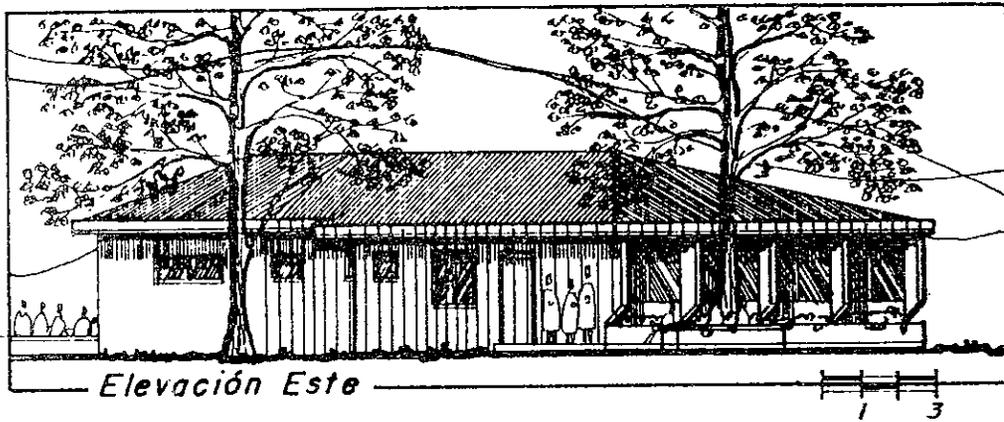
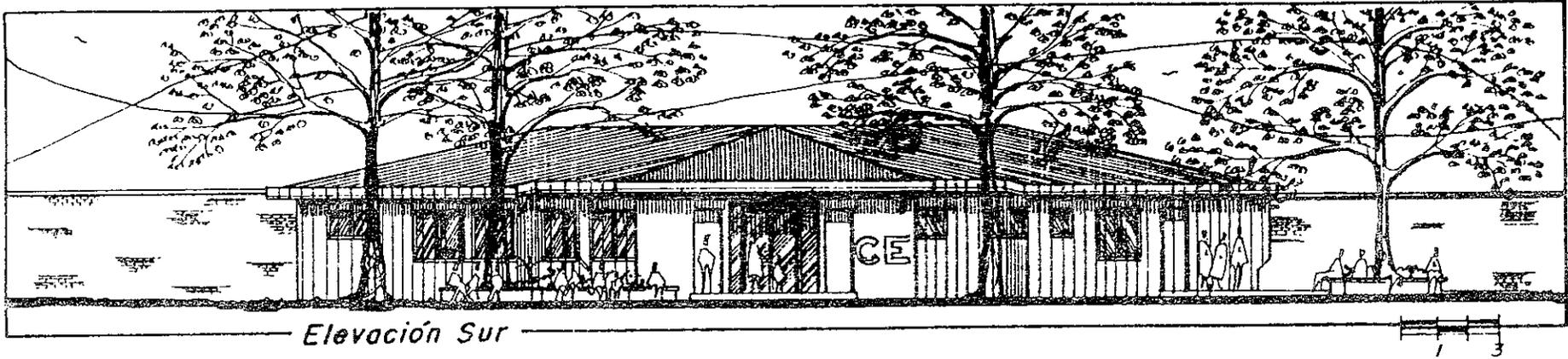
Distribución Espacial:

1. Vestibulo
2. Información y Recepción
3. Emergencia e Hipodermia
4. Archivo médico
5. Consulta Externa
6. Bodega de Limpieza
7. S. Sanitario Personal Femenino
8. S. Sanitario Personal Masculino
9. Pediatría/Niño Sano
10. Cubículo de Odontología
11. Bodega de Odontología
12. Ginecología/Obstetricia
13. Salud Mental
14. S. Sanitarios Públicos Caballeros
15. S. Sanitarios Públicos Damas
16. Area de Espera General
17. Información

Consulta Externa
PLANTA

Localización

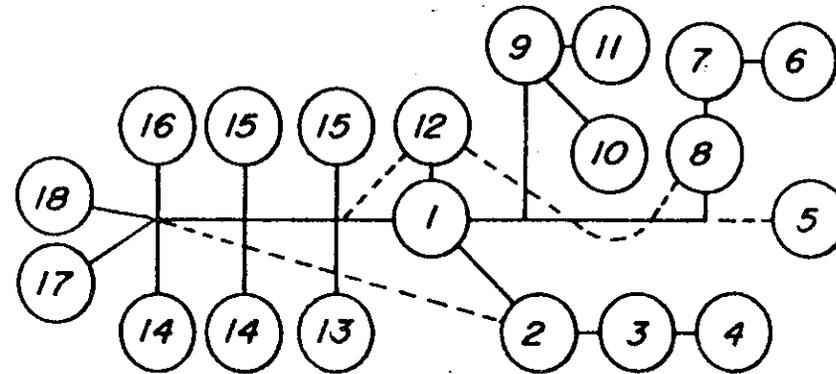




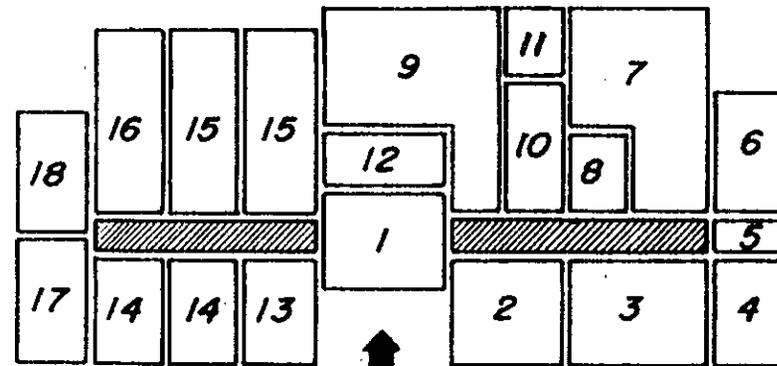
Consulta Externa
CDIF

Servicios de Apoyo y Complementarios CDIF

1	Vestíbulo
2	Despacho de Farmacia
3	Farmacia
4	Bodega de Farmacia
5	Bodega de Limpieza
6	Bodega de Laboratorio
7	Laboratorio
8	Recepción de Muestras
9	Rayos "X"
10	Cuarto Oscuro
11	Bodega de Rayos "X"
12	Recepción / Archivo
13	Inspector Sanitario
14	Asesoría Jurídica (2 Unid.)
15	Trabajo Social (2 Unid.)
16	Planificación Familiar
17	S. Sanitario Personal Masc.
18	S. Sanitario Personal Fem.

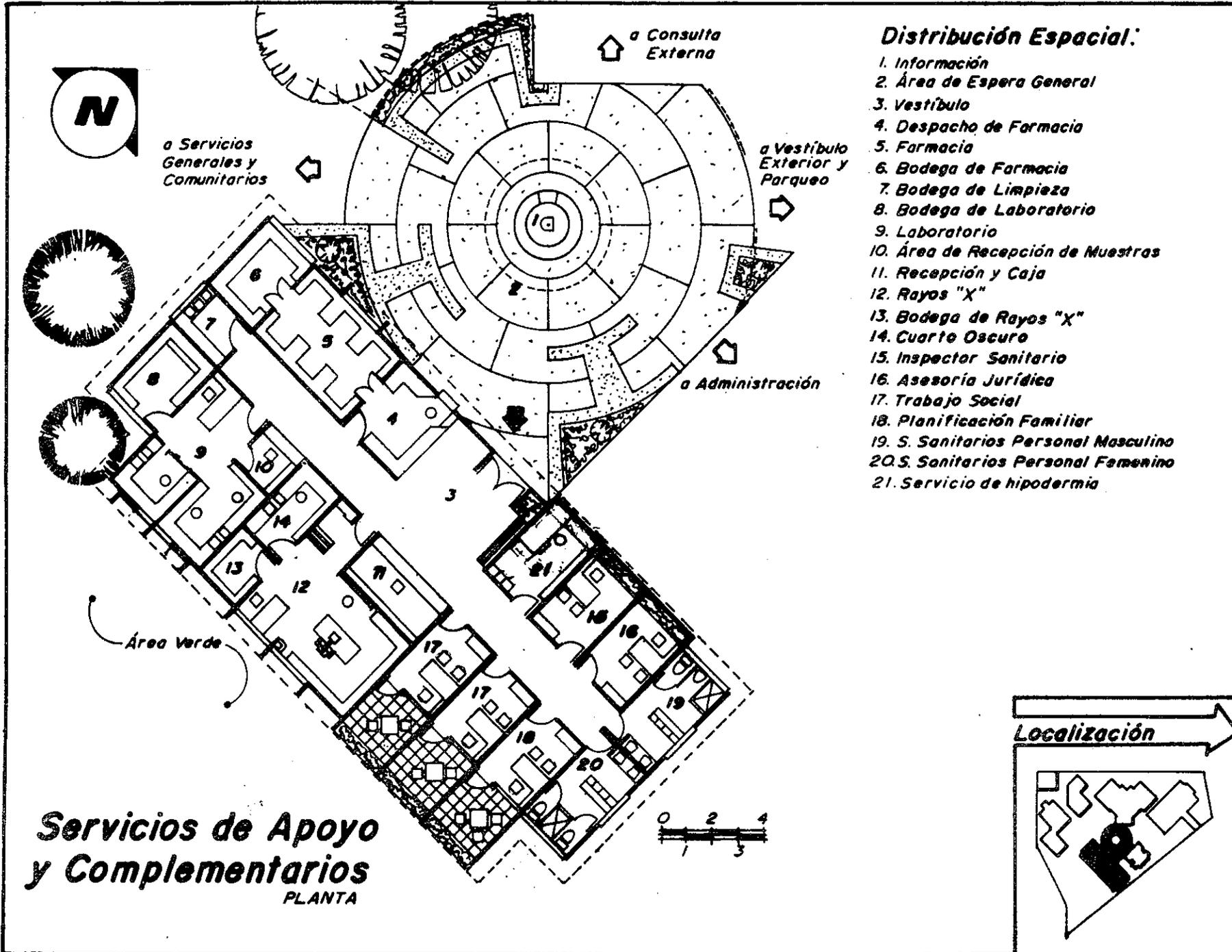


Circulación:



Bloques:

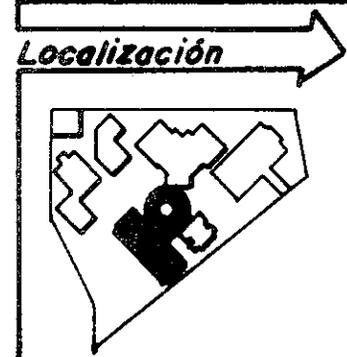
Relaciones:

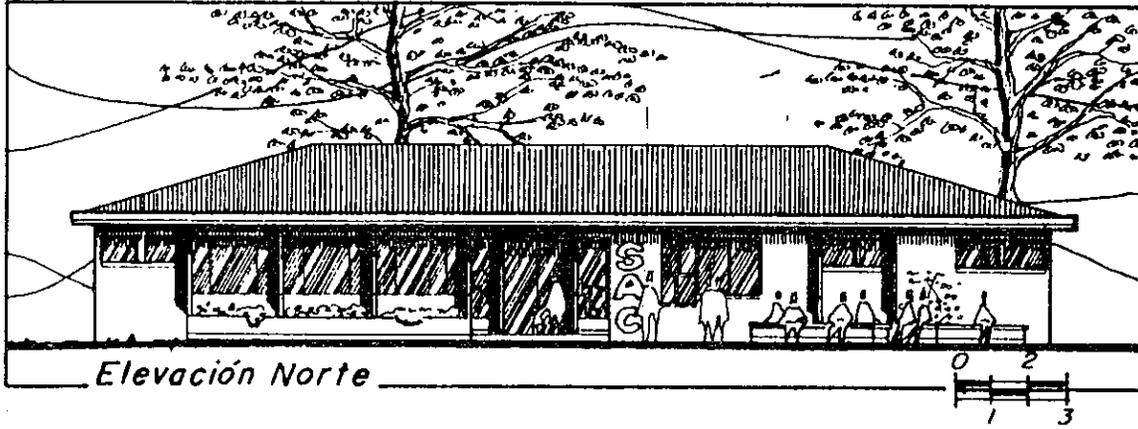


Distribución Espacial:

1. Información
2. Área de Espera General
3. Vestíbulo
4. Despacho de Farmacia
5. Farmacia
6. Bodega de Farmacia
7. Bodega de Limpieza
8. Bodega de Laboratorio
9. Laboratorio
10. Área de Recepción de Muestras
11. Recepción y Caja
12. Rayos "X"
13. Bodega de Rayos "X"
14. Cuarto Oscuro
15. Inspector Sanitario
16. Asesoría Jurídica
17. Trabajo Social
18. Planificación Familiar
19. S. Sanitarios Personal Masculino
20. S. Sanitarios Personal Femenino
21. Servicio de hipodermia

Servicios de Apoyo y Complementarios
PLANTA

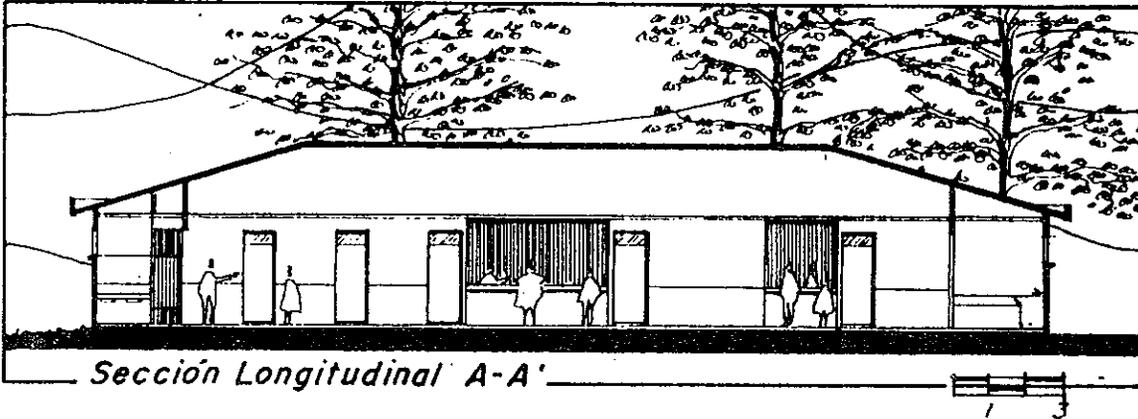




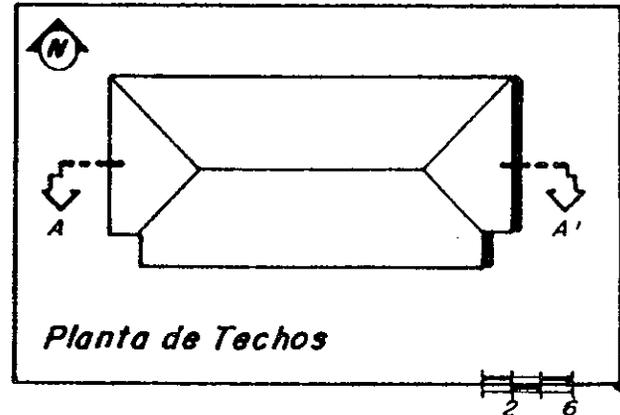
Elevación Norte



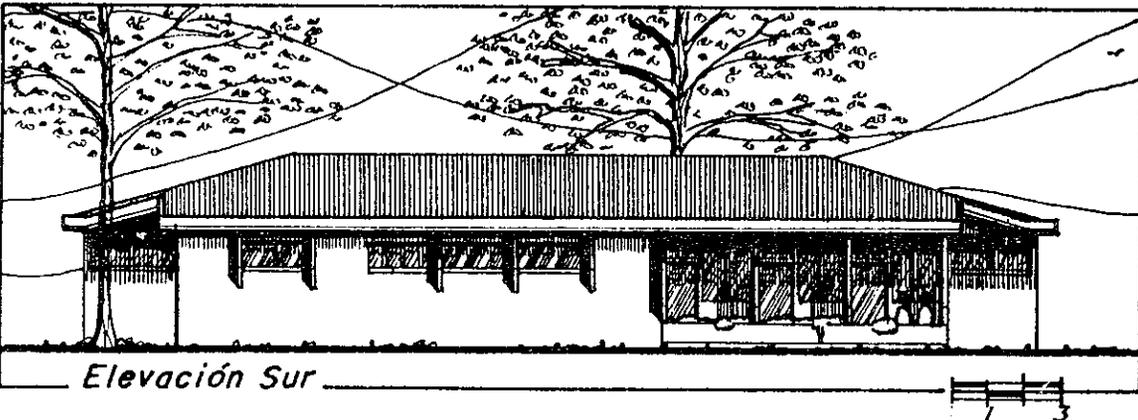
Elevación Oeste



Sección Longitudinal A-A'



Planta de Techos



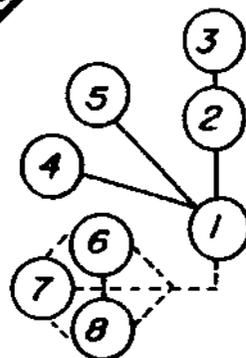
Elevación Sur

*Servicios de Apoyo
y Complementarios*
CDIF

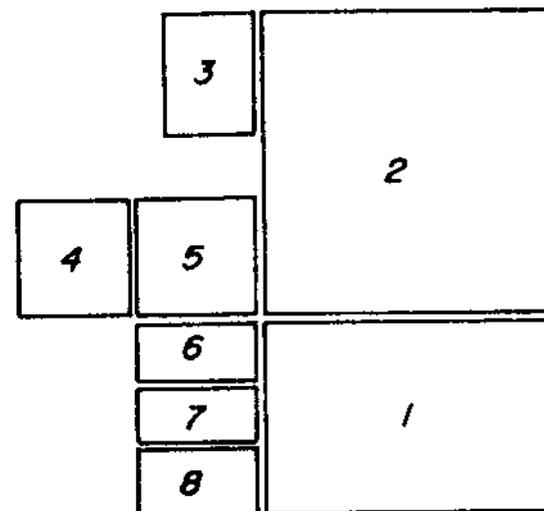
Servicios Comunitarios: CDIF

1	Vestíbulo Comunitario
2	Salón de Capacitación Múltiple
3	Bodega de Salón
4	S. San. Público Caballeros
5	S. San. Público Damas
6	Of. Seguro Social Comunitario
7	Of. Sistema Comunitario Información
8	Programa Local de Alfabetización

Relaciones:



Circulación:

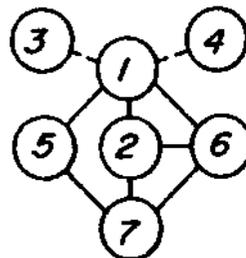


Bloques:

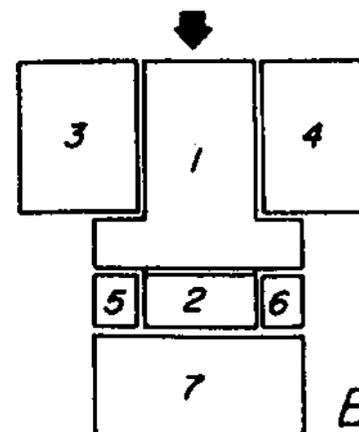
Administración: CDIF

1	Vestíbulo
2	Secretaría
3	Administrador
4	Contabilidad
5	S. San. Personal Masc.
6	S. San. Personal Fem.
7	Sala de Reuniones

Relaciones:



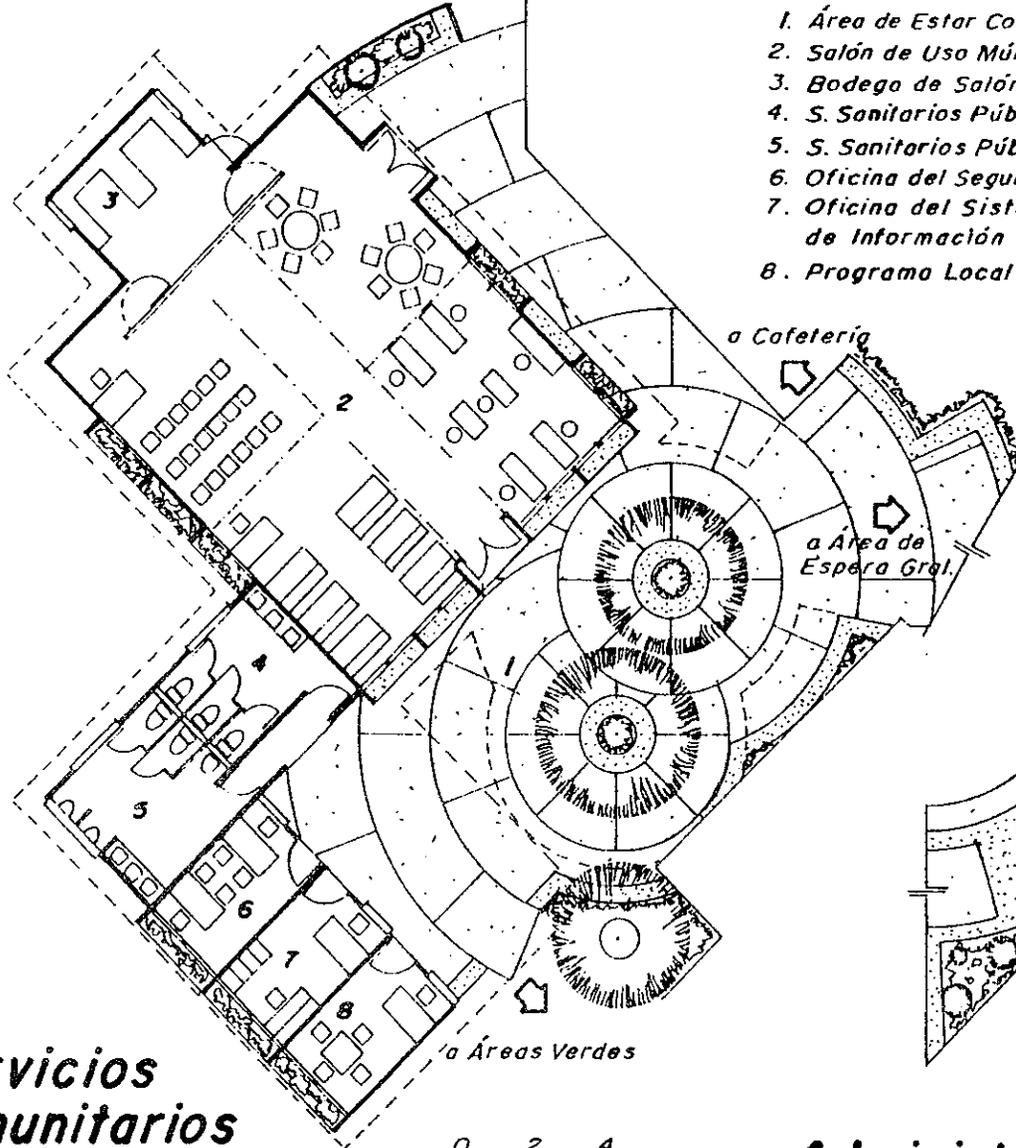
Circulación:



Bloques:



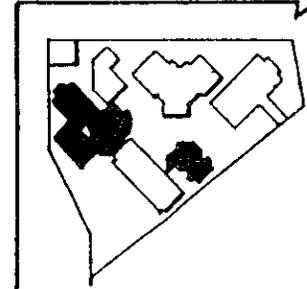
a Área y Acceso de Servicio



Distribución Espacial:

1. Área de Estar Comunitaria
2. Salón de Uso Múltiple
3. Bodega de Salón
4. S. Sanitarios Públicos Damas
5. S. Sanitarios Públicos Caballeros
6. Oficina del Seguro Social Comunitario
7. Oficina del Sistema Comunitario de Información
8. Programa Local de Alfabetización

Localización



a Cafetería

a Área de Espera Gral.

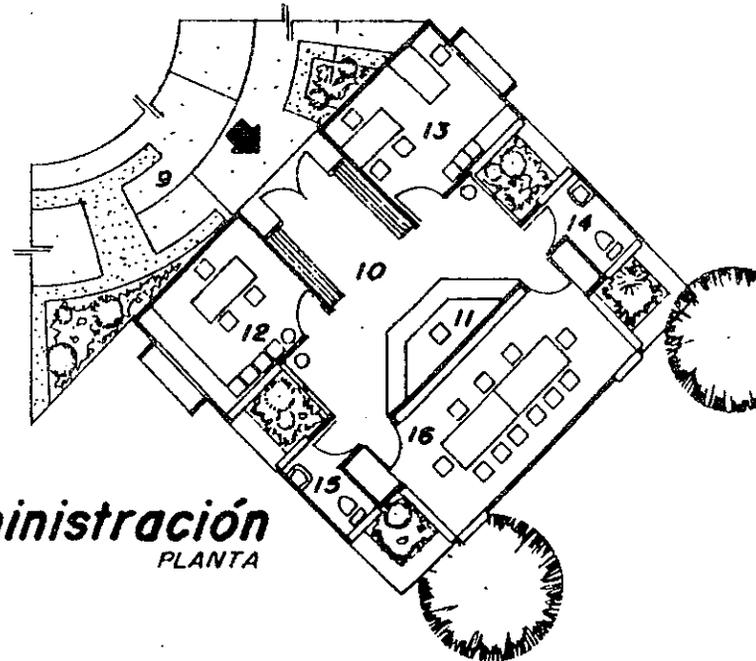
a Áreas Verdes



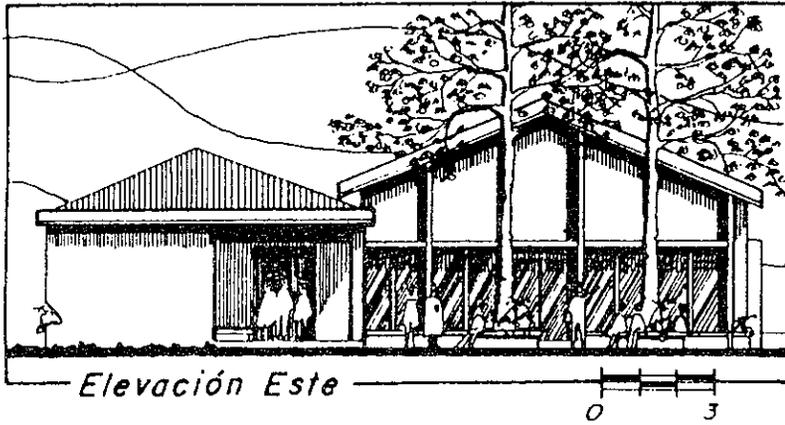
Servicios Comunitarios
PLANTA

Distribución Espacial:

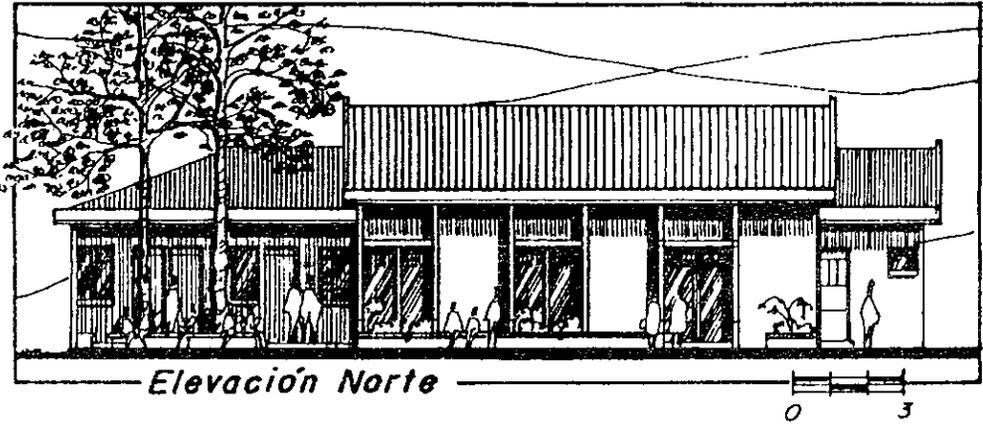
9. Área de Espera General
10. Vestíbulo
11. Secretaría
12. Administración
13. Contabilidad
14. S. Sanitaria Personal Femenino
15. S. Sanitario Personal Masculino
16. Sala de Reuniones



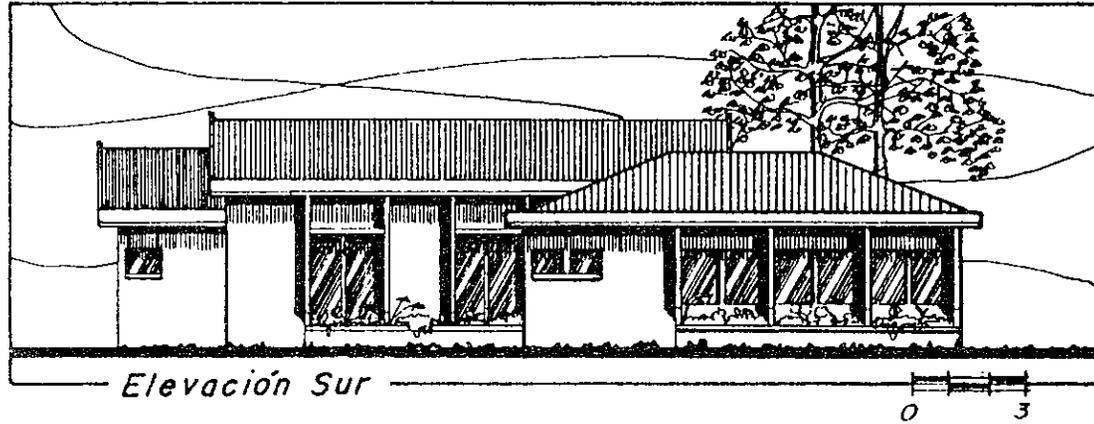
Administración
PLANTA



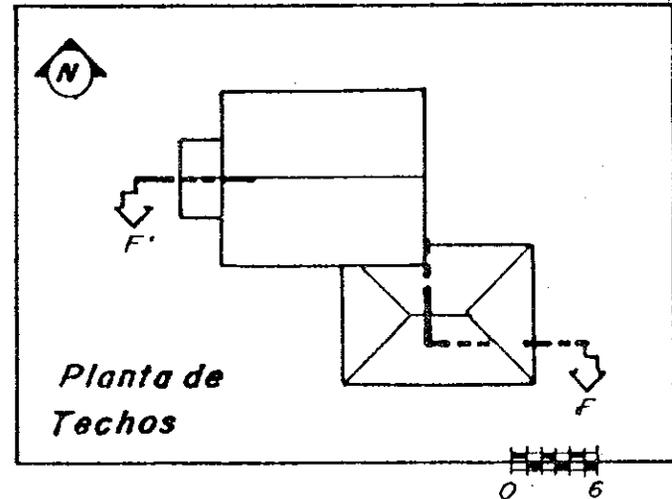
Elevación Este



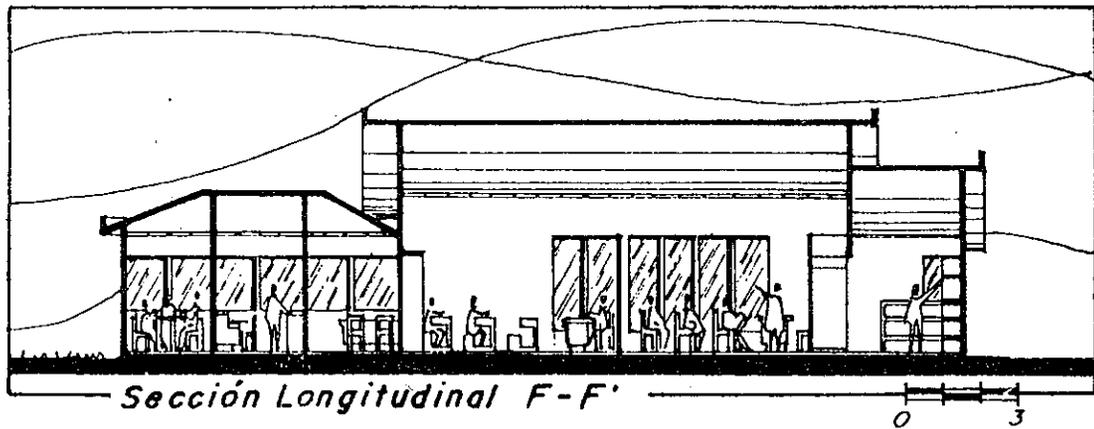
Elevación Norte



Elevación Sur

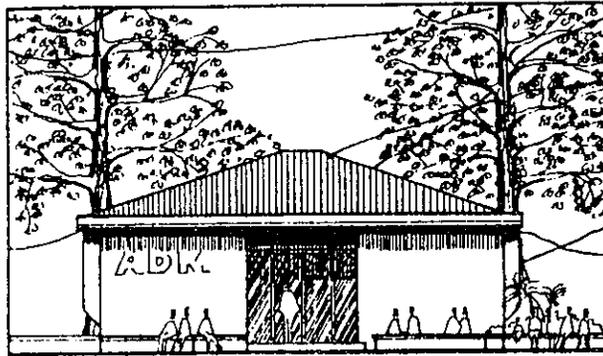


Planta de
Techos

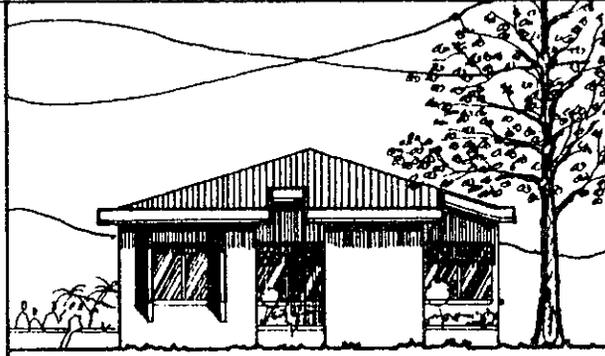


Sección Longitudinal F-F'

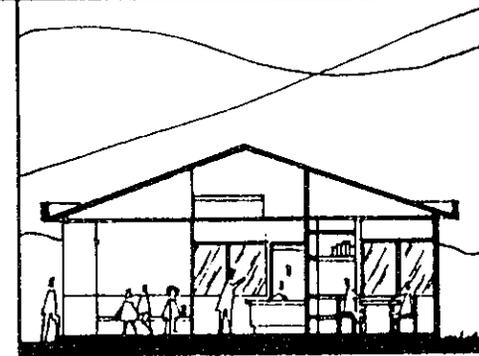
**Servicios
Comunitarios**
CDIF



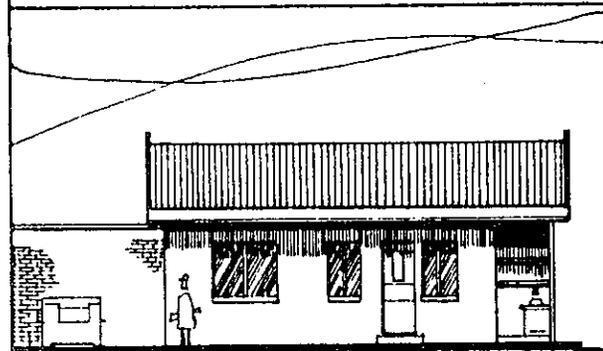
Elevación Oeste
Administración



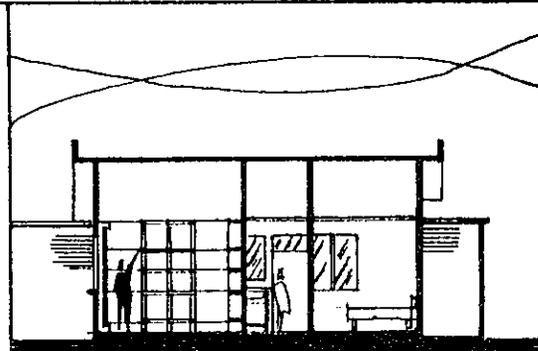
Elevación Sur
Administración



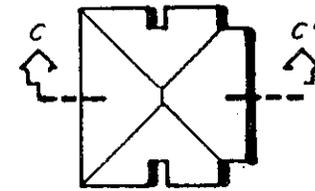
Sección Longitudinal C-C'
Administración



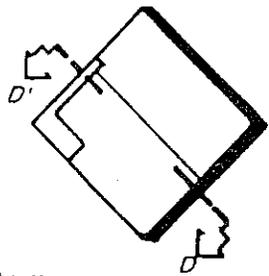
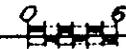
Elevación Nor-este
Bodega, Mantenimiento y Guardianía



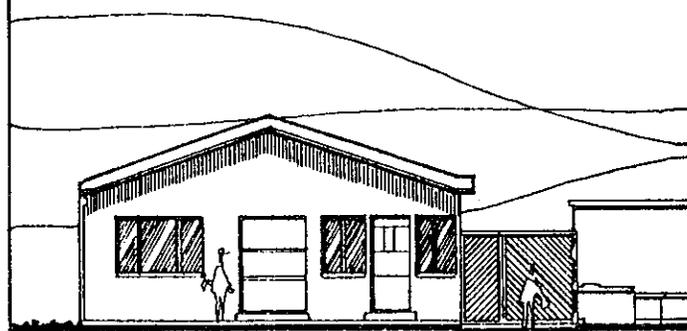
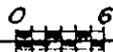
Sección Longitudinal D-D'



Planta de Techos
Administración



Planta de Techos
Bodega,
Mantenimiento y
Guardianía



Elevación Sur-este
Bodega, Mantenimiento y
Guardianía

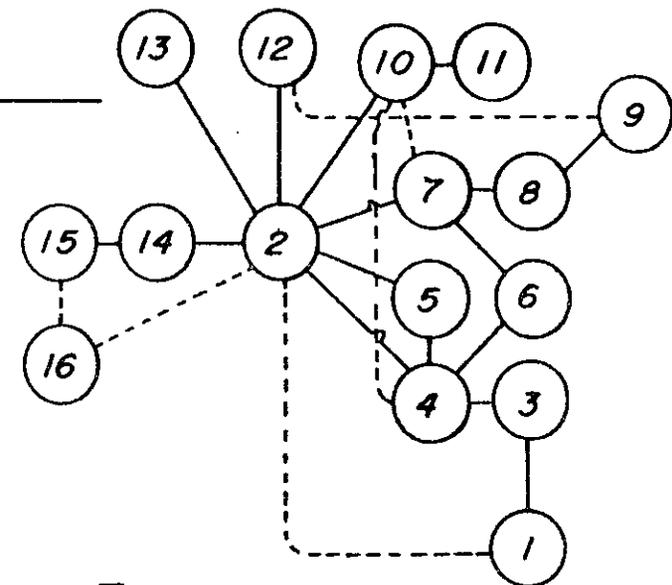
- Administración

- Bodega,
Mantenimiento y
Guardianía

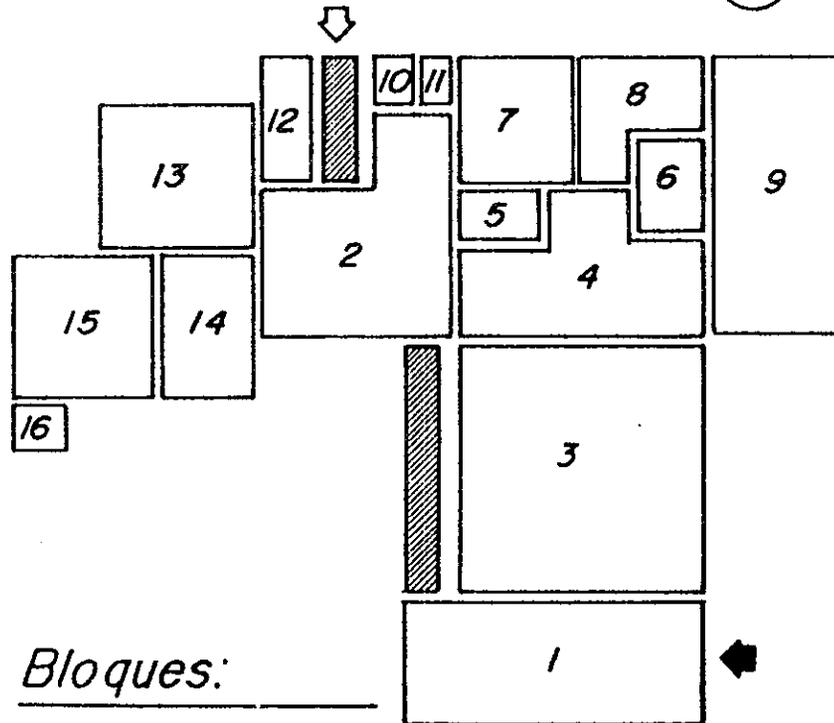
Servicios Generales

Circulación:

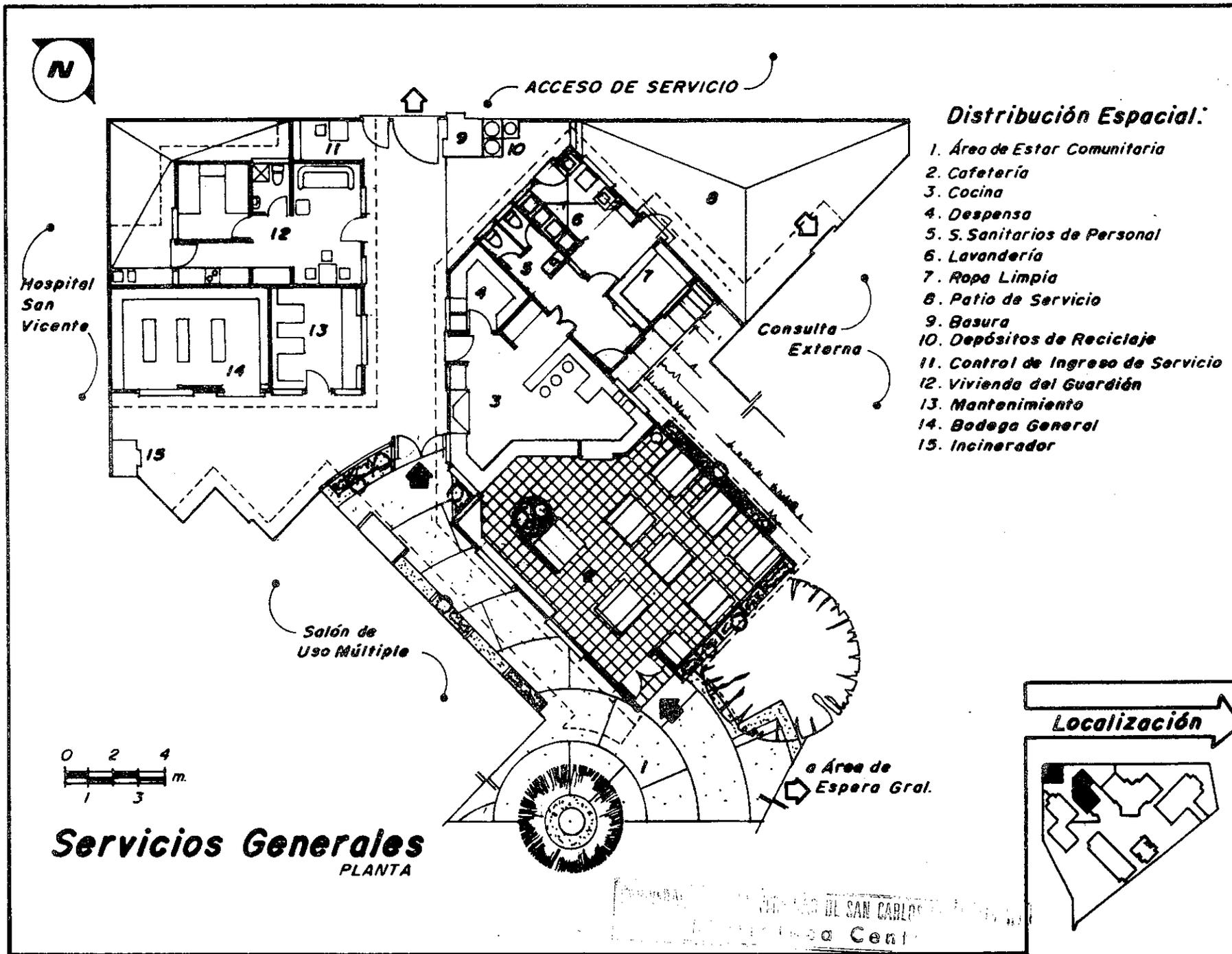
1	Vestíbulo Comunitario
2	Vestíbulo de Servicio
3	Cafetería
4	Cocina
5	Despensa
6	S. Sanitarios Personal (2Unid.)
7	Lavandería
8	Ropa Limpia
9	Patio de Servicio
10	Depósito de Basura
11	Depósitos de Reciclaje
12	Ingreso de Servicio (Control)
13	Vivienda del Guardián
14	Mantenimiento
15	Bodega General
16	Incinerador

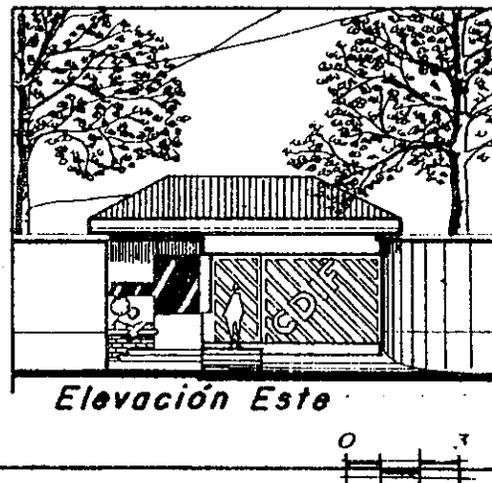
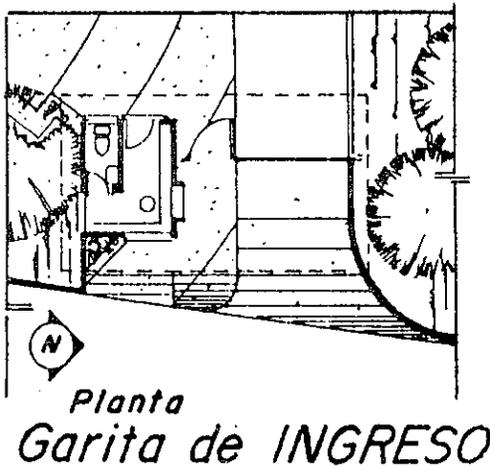
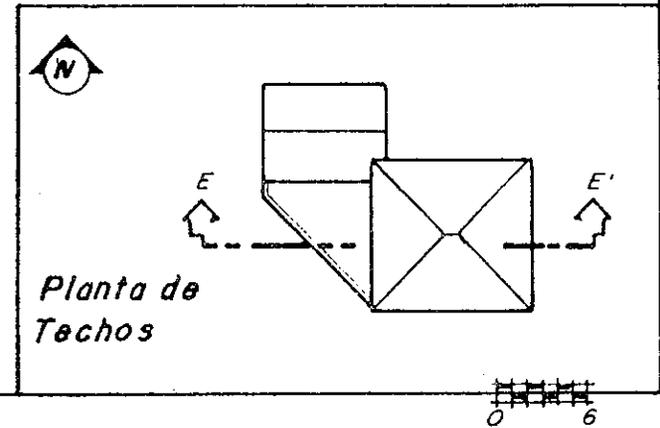
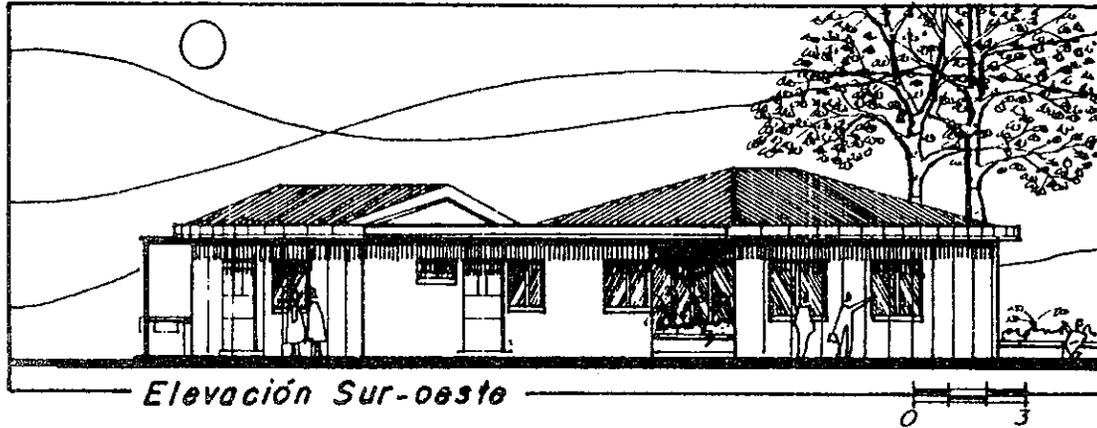
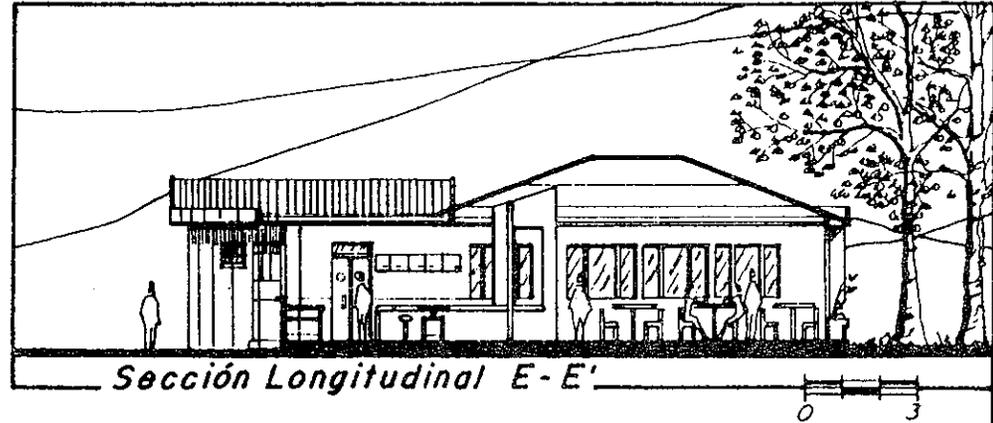
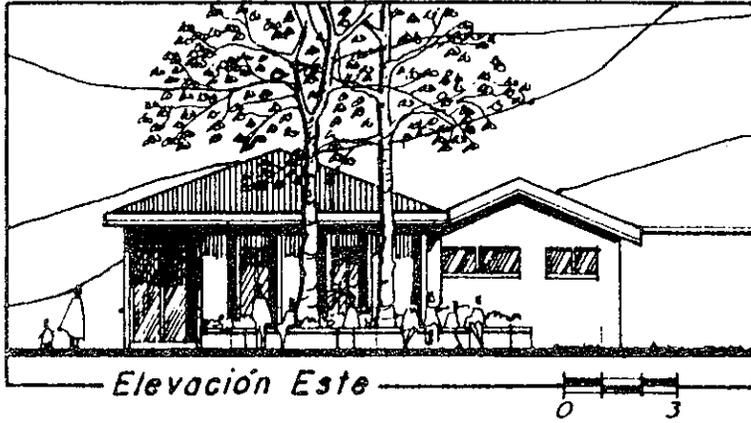


Relaciones:



Bloques:

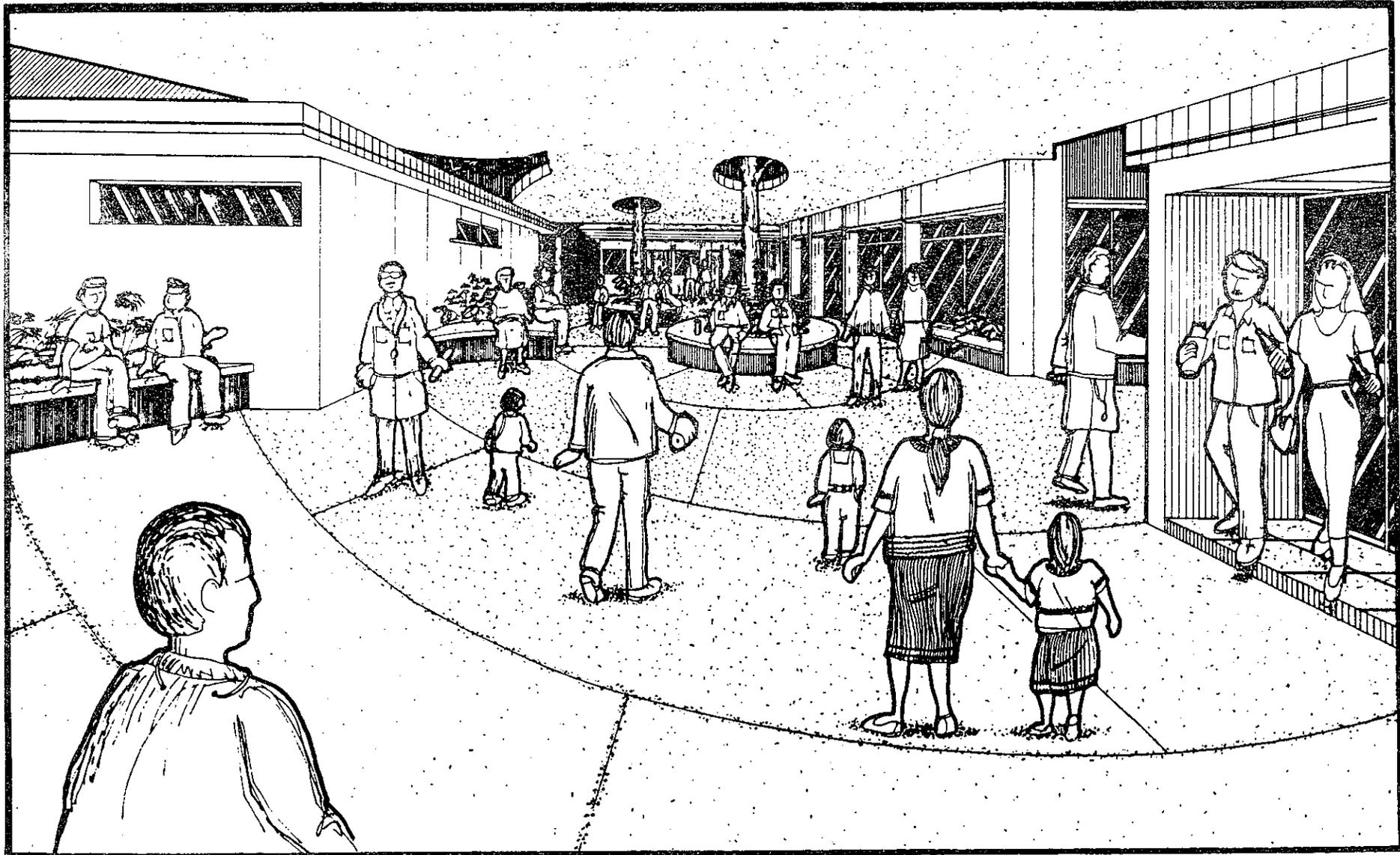




- Cafetería, Cocina y Lavandería.

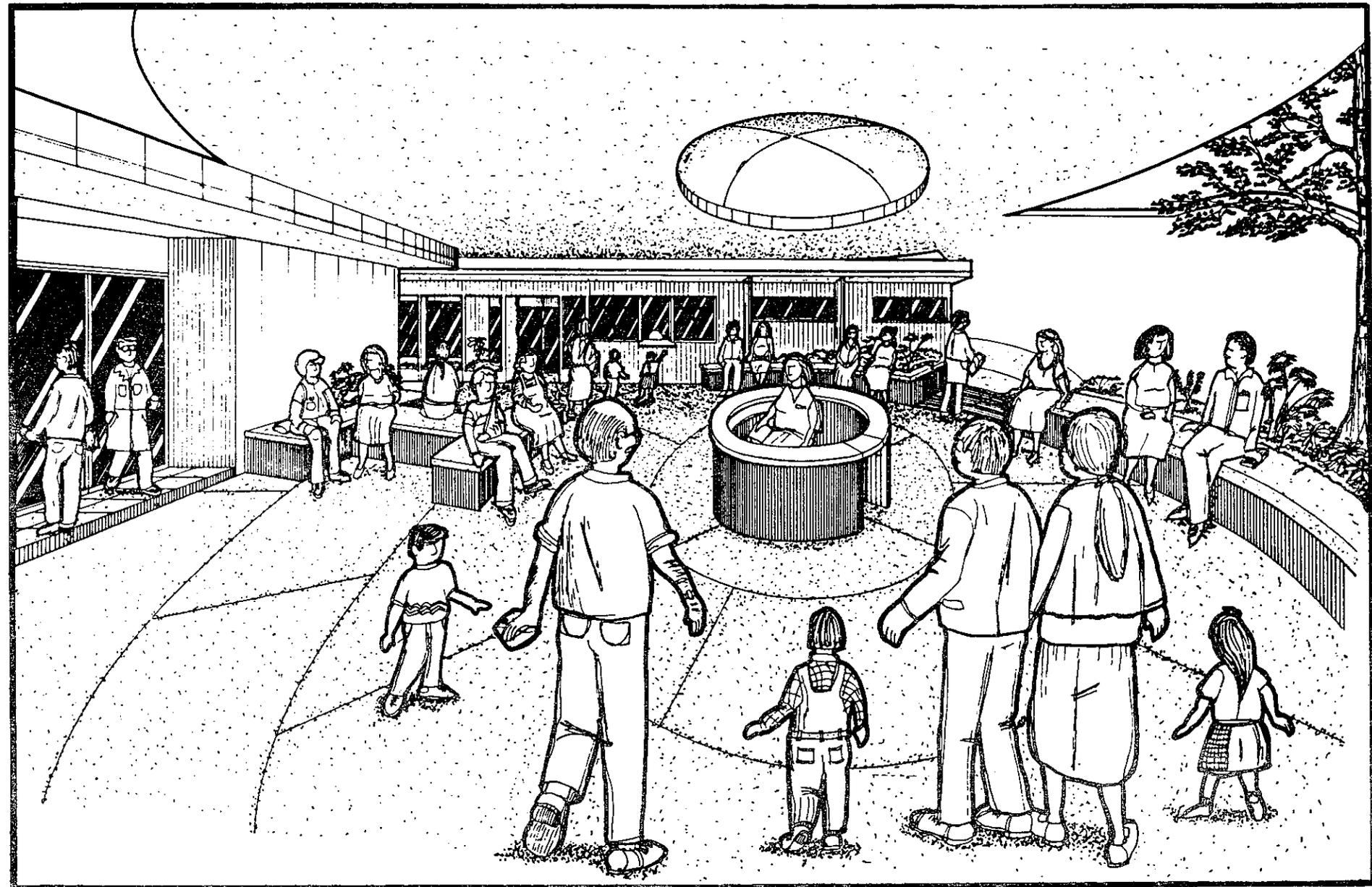
- Garita de Ingreso

CDIF



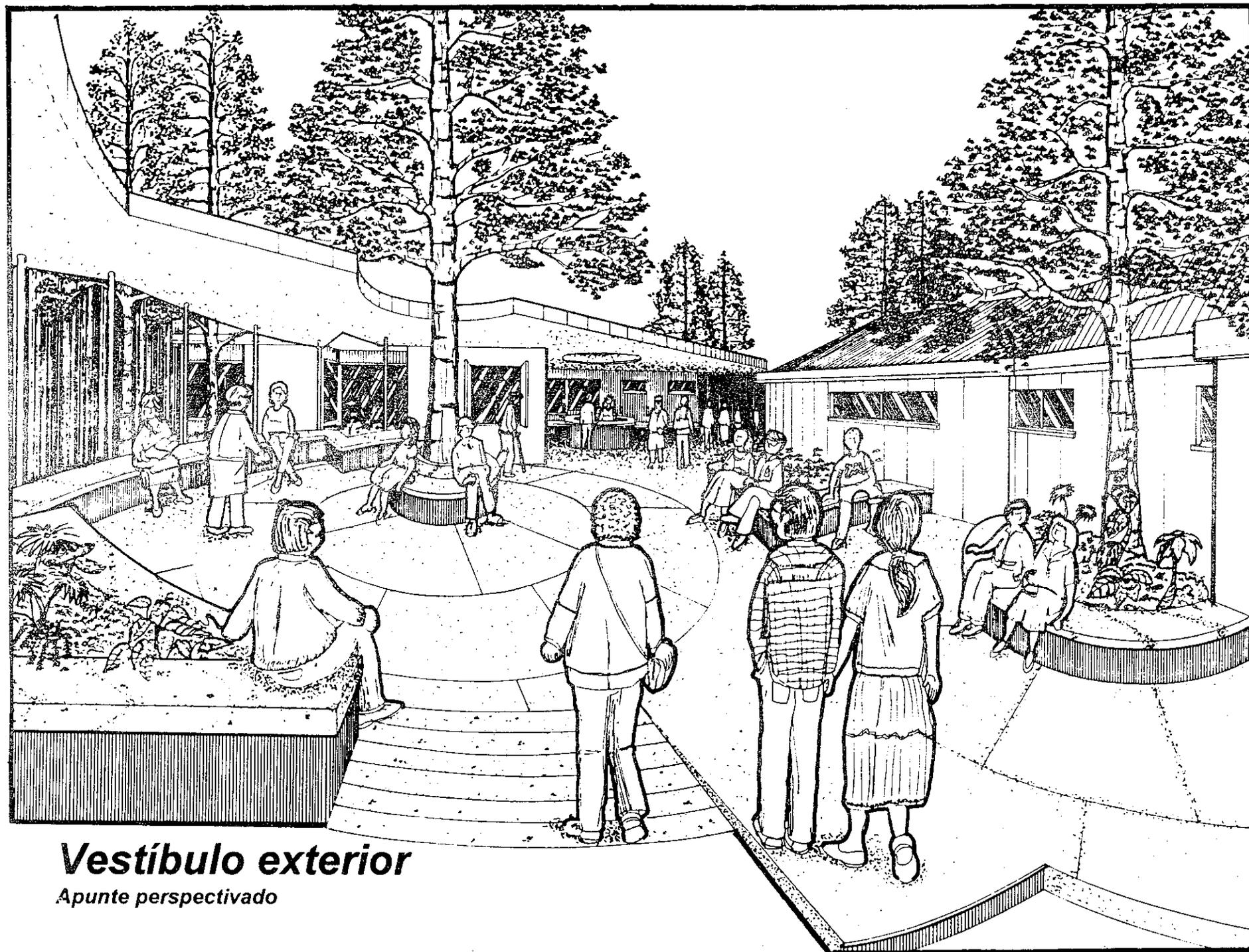
Vestíbulo comunitario

Apunte perspectivado



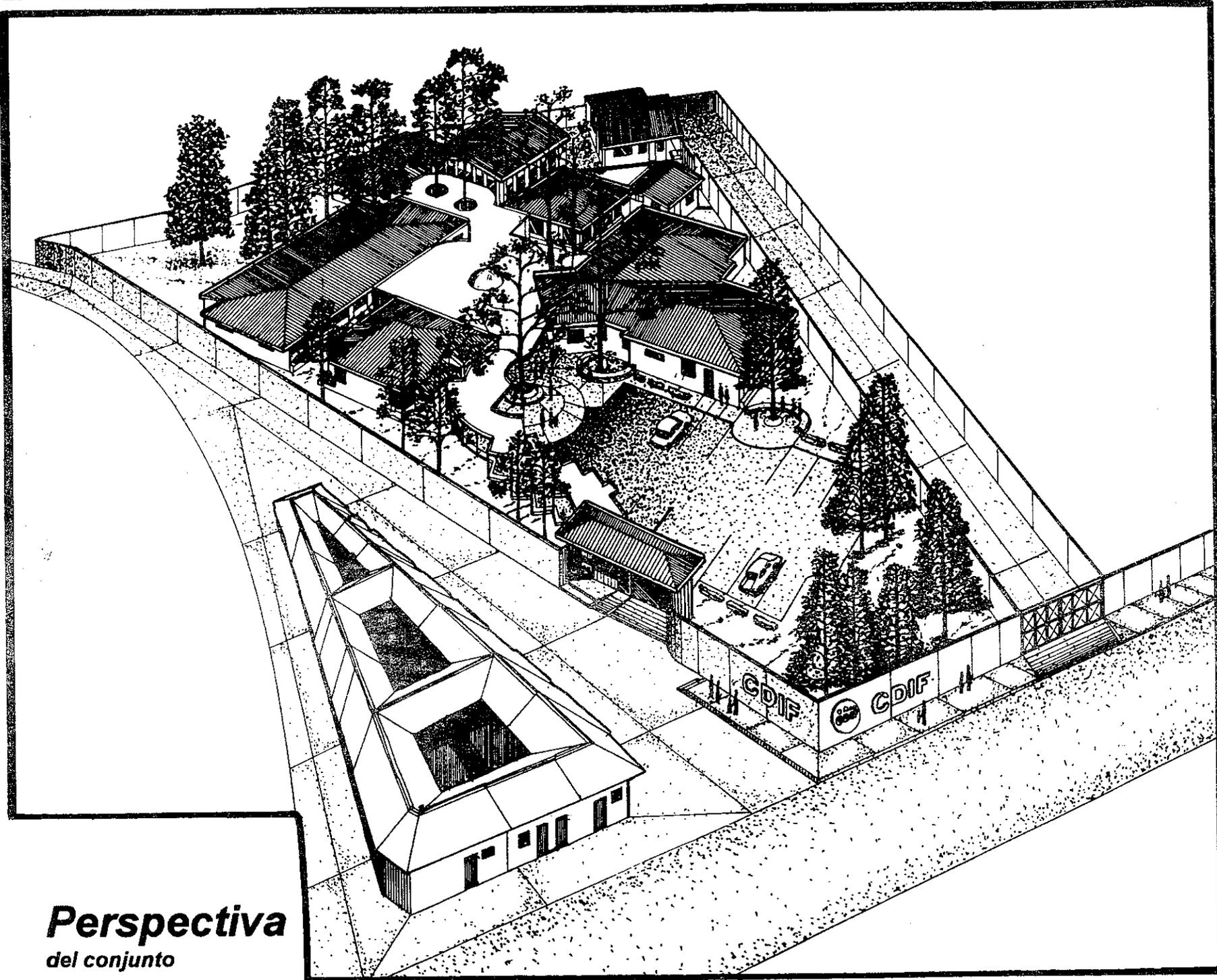
Vestíbulo de espera general

Apunte perspectivado



Vestíbulo exterior

Apunte perspectivado



Perspectiva
del conjunto



1. Descripción del anteproyecto:

El emplazamiento general del conjunto arquitectónico dentro del terreno seleccionado, su orientación y porcentajes de ocupación, responde principalmente a criterios de planificación ambientales, recomendaciones de ocupación para edificios de esta naturaleza y también al propósito de ofrecer un carácter integral a las instalaciones y servicios. Utiliza una tipología constructiva práctica que corresponde al proceso de desarrollo particular de la colonia La Verbena.

Su aspecto general, además de brindar una estética agradable, pretende reconocer el valor de su base organizativa de funcionamiento y, al mismo tiempo, promover un sentido digno de propiedad cultural.

1.1 Del conjunto:

El ingreso peatonal y vehicular se ubica en un acceso secundario para prevenir aglomeraciones, pero sin afectar su fácil identificación. El ingreso de servicio se apoya en el acceso ya existente en el lugar, para el mismo propósito.

La garita de control orienta y supervisa el ingreso y egreso de los usuarios, inmediatamente después se separa la circulación peatonal hacia un caminamiento techado y la vehicular hacia el parqueo. Este caminamiento conduce a una plaza semi-techada que organiza y distribuye el ingreso a los edificios. Inmediato y sin separaciones evidentes se llega al área de espera general, vestíbulo interior que sirve de estar general y de espera mediata a los usuarios del CDIF, área que pretende convertirse en un espacio que integre información y funcionalidad, ésta ha de contar con señalización gráfica y escrita. También distribuye la circulación inmediata hacia el edificio de consulta externa, administración y servicios de apoyo / complementarios.

Contiguo al área de espera general, y mediante un breve caminamiento se llega al vestíbulo comunitario el cual, como su nombre lo indica, otorgará el espacio para el intercambio de relaciones comunitarias espontáneas o planificadas que se lleven a cabo en el CDIF. De la misma forma, conduce a los servicios generales como la cafetería y a los servicios comunitarios y su salón de capacitaciones.

Finalmente, un pasillo conduce hacia el vestíbulo de servicio, área que comunica a los servicios generales, como lavandería, cocina, guardianía, mantenimiento, bodega general y al ingreso de servicio del CDIF.

La distribución del conjunto está apoyada por recomendaciones climáticas, especialmente por la orientación hacia el norte/sur de las fachadas principales, y la espaciada disposición de módulos que aglutinan actividades funcionalmente congruentes. Así también, debido a que en el terreno ya existen árboles suficientemente desarrollados para determinar su aprovechamiento ambiental, se opta por conservarlos y acondicionarlos, especialmente para las plazas, caminamientos, sombra, circulación conveniente del viento y como filtros acústicos.

2. Costo del proyecto:

Para poder estimar el costo directo de la planificación del CDIF, deben definirse de manera preliminar los aspectos y características constructivas generales del anteproyecto.

2.1 Cimentación:

Cimiento corrido de concreto para la mayoría de muros de carga perimetrales de los edificios, profundidad media y con resistencia mínima de 3,000 Lbs./pgl² en proporción 1:2:2.

2.2 Muros:

Los muros de carga perimetrales de los edificios, serán de ladrillo tubular visto de 0.065 x 0.14 x 0.23 m., levantado a soga, con mortero de cemento y armado con refuerzo de acero vertical y horizontalmente. Vigas, columnas y soleras serán cubiertas con fachaleta de ladrillo de características idénticas al ladrillo utilizado. En divisiones internas, utilizar panelería de Perfil 10, a doble forro, estructura de madera curada, y con acabado texturizado y azulejo en servicios sanitarios.

2.3 Techos:

Losas prefabricadas utilizando el sistema de panel COVINTEC (Estructura tridimensional de alambre de acero calibre 14, formado por armaduras verticales continuas de 76 mm. de peralte, separadas a cada 51 mm. con tiras de espuma de poliestireno expandido de 57 mm. de espesor.), a cuatro aguas, apoyadas en muros perimetrales, con drenajes externos y con pendiente mínima del 35% para mejorar su drenaje y característica autoportante.

Aplicar en la cara exterior un acabado liso, impermeabilizante y pintura resistente a la intemperie de color claro. En cara interna, alisado de cemento con pintura de color claro, o texturizado de bajo relieve. Definir sisas en cualquier acabado de las losas para evitar que se agrieten sin dirección definida.

2.4 Acabados generales:

Acabados generales aplicados con sistemas de inyección, con color incluido, lavables y de bajo mantenimiento.

2.4.1 Pisos:

En ambientes internos utilizar piso de granito pulido de 0.30 x 0.30 m, de color claro, con juntas de dilatación cada 8 unidades en ambos sentidos.

En plazas y caminamientos exteriores, utilizar concreto martelinado con granito claro y con sisa concéntrica.

La superficie del parqueo será de baldosas de concreto y escoria volcánica de 0.20 x 0.40 m., a soga y con fajas de fijación a cada 2.40 mts. Aplicar pintura epóxica para carriles de aparcamiento.

2.4.2 Muros:

En la cara externa de muros perimetrales aplicar sellador e impermeabilizante transparente; en la cara interna, sellador, impermeabilizante y barniz.

En muros con jardineras aplicar impermeabilizante y drenajes adecuados. En laboratorios y áreas húmedas colocar azulejo a alturas según el uso de los artefactos.

2.4.3 Cielos:

En cenefas de concreto aplicar el acabado martelinado, agregar sellador e impermeabilizante y pintura de aceite en la sisa decorativa.

Cielo falso de perfil 10, de 2' x 4', anclado a losa con estructura de aluminio, en riel de "T" invertida.

2.5 Puertas y ventanas:

Puertas de ingreso con estructura de aluminio y vidrio, con accesorios de aluminio y señalización de abatimiento y de advertencia sobre su existencia. Utilizar sistemas automáticos de cerramiento.

En puertas internas, utilizar bastidores de madera de ciprés, serán selladas y barnizadas sin pintura. Señalizar el abatimiento y ambiente respectivo. En puertas con vidrio, aplicar acabado opaco, para dar privacidad. Colocar protectores de aluminio o fórmica en áreas de contacto frecuente.

2.6 Instalaciones sanitarias:

Para la tubería de agua potable se recomienda utilizar PVC y CPVC, de acuerdo a presiones internas, en sistemas de circuitos cerrados e independientes; colocar llaves de control en cada artefacto para mantenimiento. En drenajes sanitarios separativos, utilizar PVC, sifones de PVC y cajas de registro de concreto con identificación visible en la superficie.

Ambas instalaciones deben identificarse con colores específicos y con circuitos perimetrales a los edificios. Para proveer de agua caliente, aprovechar la radiación solar sobre los techos, en un sistema particularmente diseñado para el efecto.

2.7 Instalaciones eléctricas:

Circuitos separativos de iluminación y fuerza, identificables y superficiales, utilizar tubería de PVC; en cielos, suspender la tubería con una estructura flexible e independiente. Aprovechar la infraestructura de emergencia existente, o evaluar un sistema propio.

2.8 Jardinerización:

Podar a una altura conveniente las ramas de los árboles existentes, revisar su estado, con extensiones considerables y podarlas en caso de riesgo de caída. Restaurar los árboles frutales. En jardineras, sembrar plantas de rápida propagación, resistentes al sol y de bajo mantenimiento. Canalizar convenientemente aguas pluviales para el riego indirecto de jardineras.

En áreas verdes sembrar grama "San Martín" combinada con plantas de cobertura. Aprovechar pasto existente.

Proveer de iluminación artificial a los árboles centrales de las plazas y vestíbulos.

3. Integración del costo por áreas:

El sistema constructivo a utilizar en el CDIF, se caracteriza por muros de carga de mampostería, divisorios de panelería y losas de concreto prefabricadas (pánel COVINTEC), con el objetivo de aprovechar la ubicación del proyecto dentro de la ciudad de Guatemala, facilitar y reducir el tiempo de construcción, con la menor mano de obra especializada posible. Los costos que a continuación se describen, quedan a nivel preliminar, además, se espera contar con el aporte de mano de obra no calificada por parte de la comunidad, aspecto a tratar con mayor énfasis en el capítulo XI del presente estudio.

Los precios incluyen materiales y mano de obra, basados en costos del mercado nacional durante el primer trimestre de 1997.

Integración del costo por áreas

CDIF Col. La Verbena

No.	Descripción	área descubierta m ²	Costo unitario Q.	Sub-total Q.	área construcción m ²	Costo unitario Q.	Sub-total Q.	TOTAL Q.
1	Administración	12	72.00	864.00	83.00	1,650.00	136,950.00	137,814.00
2	Espera general				225.00	500.00	112,500.00	112,500.00
3	Bancas con jardineras	71.5	72.00	5,148.00				5,148.00
4	Caminamientos	60	300.00	18,000.00	101.00	500	50,500.00	68,500.00
5	Consulta externa				346.66	1,875.00	649,987.50	649,987.50
6	Estar de personal	25	72.00	1,800.00				1,800.00
7	Garita de ingreso				36.00	1250	45,000.00	45,000.00
8	Jardinización de conjunto	1677.08	35.50	59,536.34				59,536.34
9	Parqueo	300	120.50	36,150.00				36,150.00
10	Patio de servicio	50	170.00	8,500.00				8,500.00
11	Apoyo y complementarios				278.55	1,650.00	459,607.50	459,607.50
12	Servicios comunitarios				194.00	1,530.00	296,820.00	296,820.00
13	Servicios generales				238.75	1,550.00	370,062.50	370,062.50
14	Vestíbulo comunitario	18	300.00	5,400.00	62.00	500.00	31,000.00	36,400.00
15	Vestíbulo de servicio	74	170.00	12,580.00				12,580.00
16	Vestíbulo exterior (plaza)	78	325.00	25,350.00	52.00	650.00	33,800.00	59,150.00
	Costos promedio (Q.)		163.7			1,375.63		
	TOTALES	2,365.58		173,328.34	1,564.96		2,152,427.50	2,359,555.84

4. Programa de inversión por fases:

El total de área de construcción prevista cubre 1.616.86 m², aproximadamente un 40% del terreno, el resto lo constituyen el parqueo, plazas exteriores, caminamientos sin cubierta y áreas jardinizadas en general.

Se sugiere una planificación programada en tres fases, las cuales podrán variar según la evaluación local de los recursos humanos y materiales disponibles, y de los convenios interinstitucionales que vayan garantizando el funcionamiento del CDIF. También es importante que la programación de estas fases de inversión, esté siempre de acuerdo al carácter integral de la atención a brindar.

4.1 Primera fase:

La constituye la planificación de los servicios esenciales del CDIF, para que pueda iniciar su funcionamiento. En esta fase se contempla, además, del otorgamiento de uso del terreno y de los trabajos preliminares generales, la construcción del módulo de administración, el de consulta externa, la garita de ingreso, y las áreas de espera general y el parqueo.

4.2 Segunda fase:

Aquí se sugiere la construcción del módulo de servicios de apoyo y complementarios, el de servicios comunitarios incluyendo el salón de capacitaciones, y finalmente ampliar los caminamientos y la plaza de ingreso.

4.3 Tercera Fase:

En esta etapa se agregan los edificios de los servicios generales, el patio y vestíbulo de servicio, y la jardinización general del terreno.

Ver a continuación cuadro resumen del programa de inversión por fases:

Programa de inversión por fases:				CDIF Col. La Verbena				
No. FASE	Ambiente a construir	área descubierta m ²	Costo unitario Q.	Sub-total Q.	área construcción m ²	Costo unitario Q.	Sub-total Q.	TOTAL Q.
I	Administración	12	72.00	864.00	83.00	1,650.00	136,950.00	137,814.00
	Espera general				225.00	500.00	112,500.00	112,500.00
	Bancas con jardineras	71.5	72.00	5,148.00				5,148.00
	Consulta externa				346.66	1,875.00	649,987.50	649,987.50
	Garita de ingreso				36.00	1,250.00	45,000.00	45,000.00
	Parqueo	300	120.50	36,150.00				36,150.00
	Costos promedio (Q.)		88.17			1,318.75		
TOTALES	383.50		42,162.00	690.66		944,437.50	986,599.50	
II	Caminamientos	60	300.00	18,000.00	101.00	500.00	50,500.00	68,500.00
	Estar de personal	25	72.00	1,800.00				1,800.00
	Apoyo y complementarios				278.55	1,650.00	459,607.50	459,607.50
	Servicios comunitarios				194.00	1,530.00	296,820.00	296,820.00
	Vestíbulo comunitario	18	300.00	5,400.00	62.00	500.00	31,000.00	36,400.00
	Vestíbulo exterior (plaza)	78	325.00	25,350.00	52.00	650.00	33,800.00	59,150.00
	Costos promedio (Q.)		249.25			966.00		
TOTALES	181		50,550.00	687.55		871,727.50	922,277.50	
III	Jardinización de conjunto	1677.08	35.50	59,536.34				59,536.34
	Patio de servicio	50	170.00	8,500.00				8,500.00
	Servicios generales				238.75	1,550.00	370,062.50	370,062.50
	Vestíbulo de servicio	74	170.00	12,580.00				12,580.00
	Costos promedio (Q.)		125.17			1,550.00		
TOTALES	1801.08		80,616.34	238.75		370,062.50	450,678.84	
							TOTAL LAS TRES FASES:	2,359,555.84

Desglose de la inversión inicial:				CDIF Col. La Verbena				
No.	Renglón	Unidad	Costo U. Q.	Costo total Q.	Aporte (Q) comunitario	Aporte (Q) institucional	Aporte (Q) internacional	OBSERVACIONES
1	Mano de obra calificada	Global		412,922.30	137,640.77	137,640.77	137,640.77	Aporte tripartito
2	Mano de obra no calificada	Global		766,855.64	766,855.64			M. O. comunitaria
3	Materiales de construcción	1,564.96 m ²	753.87	1,179,777.90			1,179,777.90	Donación/préstamo
4	Supervisión técnica (3 años)	Anual	98,000.00	294,000.00		147,000.00	147,000.00	Aporte bipartito
5	Terreno del Hospital San Vicente	3,982.54 m ²	250.00	995,635.00		995,635.00		Predio estatal
								TOTAL
				Sub-totales:	904,496.41	1,280,275.77	1,464,418.67	Q3,649,190.85
				Porcentaje	25%	35%	40%	100%

Capítulo XI: ESTUDIO PRELIMINAR DE FACTIBILIDAD DEL CDIF:

Para vislumbrar un panorama optimista acerca de la planificación real del CDIF, se hace necesario detenerse en todos aquellos factores, locales, institucionales y comunitarios que logren garantizar su funcionamiento, basado en los principios de descentralización, autodeterminación, autogestión y, finalmente, con un enfoque solidario.

I. Introducción:

A nivel internacional, los Sistemas Locales de Salud (SILOS), específicamente en países¹¹⁹ como Bolivia, Colombia, China, Filipinas y Vietnam, han permitido establecer las bases para una implementación en otros países, aunque, por supuesto, cada una de ellas de acuerdo a su contexto nacional y perfil epidemiológico.

Se ha podido comprobar que los sistemas de salud que basan su funcionamiento financiero en fondos privados, son los más inequitativos, mientras los gobiernos pretenden subsidiar los servicios de salud por medio de recursos obtenidos de los sectores ricos dirigidos a los pobres, de los sanos a los enfermos.

En Guatemala, los gastos en salud en 1990 fueron el 3.3% del PIB¹¹⁹, mientras que el gasto público en salud recomendado por la OPS no debe bajar del 5% ni tampoco rebasar el 10%, ya que se consideraría exagerado y desproporcionado. Este gasto no debe contemplarse exclusivamente para la prestación de los servicios, sino dedicado, en parte, a planes y programas de prevención, promoción y conservación de la salud.

Se considera igualmente difícil el cobro selectivo del servicio dentro de una misma localidad, pero se reconoce la necesidad de un financiamiento mixto, público y privado, aunque el aporte estatal debe ser representativo de su papel e igualmente significativo. Por lo anterior, el gasto público en salud en Guatemala debe aumentarse y regularse la prestación de servicios privados. Este proceso de cambio, que incluye aumento de presupuesto, coordinación interinstitucional y descentralización de los servicios, sólo debe llevarse a cabo cuando el sistema nacional ya se haya transformado, para evitar favorecer la corrupción y la inversión sectorial en aspectos puramente curativos y paliativos. De igual manera, debe identificarse los grupos poblacionales riesgo, que no han sido cubiertos por ningún sector, de difícil determinación numérica y de situación sanitaria sumamente deficitaria.

Con respecto a la cobertura del IGSS, esta debe ampliarse al sector popular de la pequeña empresa, a los trabajadores migrantes, grupos de repatriados, y del sector informal de la economía. Debe procurarse el aprovechamiento de los recursos propios y de los del MSPAS, apoyados por planes de salud nacionales basados en la APS.

Cualquier intento de la aplicación de los SILOS en nuestro país, implica cambios radicales en los esquemas tradicionales de la administración pública y de una participación activa de la población.

La puesta en marcha del CDIF en cualquier comunidad que se pretenda planificar representa un sustancial ahorro en los gastos destinados a consulta médica, ahorro en la compra de insumos farmacéuticos, ahorro y accesibilidad a los servicios de diagnóstico básicos, asesoría multidisciplinaria a su alcance, además de permitir mejorar su salud, lo suficiente como para conservarla.

1. Seguro Social Comunitario (SSC):

Se le ha denominado así al aporte económico que la comunidad de cobertura del CDIF, cuya finalidad es contribuir mayoritariamente al financiamiento de la Red de REPROINSA's y al de los diferentes servicios establecidos por las condiciones de salud de la localidad. Se estima en un 70% la afiliación máxima, aunque esto depende, en parte, de la promoción del seguro médico familiar y de sus beneficios directos, así como del aporte porcentual del Estado e instituciones relacionadas.

¹¹⁹ OPS, El proceso de transformación de la salud en Guatemala, (1996)

2. Distribución de los requerimientos del CDIF:

La planificación del CDIF en La Verbena tiene un costo inicial de construcción y equipamiento básico único, pero elevado. Al mismo tiempo, el costo de funcionamiento está sujeto a la variedad y cantidad de servicios proporcionados por el CDIF, y a las posibilidades de reducir sus gastos mensuales con personal practicante y convenios favorables de abastecimiento.

2.1 Inversión primaria:

El costo de construcción y equipamiento básico del CDIF, resultan el aspecto más oneroso del proyecto. En este sentido, deben buscarse alternativas de financiamiento por medio de la cooperación internacional, principalmente de agencias de apoyo a la salud, que promueven planes transformadores del sistema de salud. Para reducir el costo de la construcción, debe tomarse en cuenta la participación directa de la población, ya sea como mano de obra calificada, no calificada, aporte económico o sistemas combinados. De igual manera, el equipo básico y sofisticado puede obtenerse mediante facilidades otorgadas por el sistema nacional de salud, y de cooperación internacional.

2.2 Inversión de funcionamiento:

Los costos de funcionamiento son los que necesitan sufragarse mayoritariamente, así como apoyo para el personal médico, paramédico, profesional y comunitario que atenderá el CDIF. Para una estimación preliminar de estos gastos, se hace necesario establecer en principio, los convenios de cooperación que se requieran para reducir al mínimo estos rubros. Las experiencias actuales de coordinación interinstitucional que funcionan en el CECOAIN, como la práctica de estudiantes de medicina de la USAC, estudiantes de Trabajo Social, entre otros, pueden ampliarse y mejorarse en el CDIF.

Los proyectos comunitarios de generación de ingresos, deben coadyuvar a esta reducción de gastos mensuales, además de planificar convenios especiales de equipamiento y suministros con entidades afines.

Se considera que el Estado no debe quedar fuera del aporte de funcionamiento, ya que puede aportar un porcentaje del SSC, de acuerdo a su compromiso ante las políticas de descentralización.

3. Panorama local:

La presencia de las REPROINSA's y de la FUNDAESPRO, y el funcionamiento reconocido¹²⁰ por el 66% de la población del Centro Comunitario de Atención Integrada (CECOAIN) en la comunidad de La Verbena, presentan un panorama muy positivo para la viabilidad organizativa de la planificación del CDIF. La perspectiva sobre la viabilidad financiera y con respecto al funcionamiento denota la necesidad de un aporte mixto, a través del Seguro Social Comunitario (SSC).

El trabajo de las REPROINSA's, a pesar de que se conoce su existencia en un 75%¹²⁰ de los casos en La Verbena, se ha visto limitado por razones mayormente de carácter económico, pues la mayoría de ellas debe aportar al ingreso familiar y no tiene tiempo de atender sus tareas como REPROINSA. El funcionamiento del CDIF pretende otorgar ofertas de trabajo, financiadas en parte por el SSC. Según un estudio¹²⁰ de UNICEF sobre la viabilidad del SSC en La Verbena, la comunidad manifestó su voluntad expresa sobre el pago de un seguro familiar médico.

¹²⁰ Morales S. Polanco M. UNICEF. Estudio de la viabilidad de implementación del CDIF y del Seguro Social Comunitario en el Mezquital y la Verbena, (1994)

La asistencia declarada por La Verbena a unidades de servicios médicos señala en primer lugar, al CECOAIN; en segundo lugar al médico particular; en tercero, al hospital más cercano; en último, a las clínicas privadas. Si bien es cierto que la afiliación al IGSS es del 42%¹²¹, no siempre acuden a las instalaciones respectivas.

3.1 Panorama económico:

En el 80% de los hogares de La Verbena, por lo menos dos de sus miembros trabajan. Entre las ocupaciones básicas mayoritarias está ser empleado de servicios, comerciantes, operarios de fábrica y albañiles. El ingreso familiar promedio para 1994 era de Q. 1,291.00, aunque el 47% se encontraba debajo de los Q. 1,000.00. También se reportó un gasto promedio mensual en salud de Q. 48.85¹²¹, (4.89% del ingreso familiar)

Según la misma encuesta de UNICEF¹²¹, la población manifestó su colaboración en la construcción del CDIF: sugirió un horario de 24 horas en el 44% de los casos y una disposición de pagar la consulta médica, en un monto promedio de Q. 7.80. Igualmente expresaron su posibilidad del pago de un seguro médico con una cuota promedio de Q. 15.65 mensual por familia y una cuota modal de Q.10.00¹²¹.

Valores de disposición comunitaria que serán tomados muy en cuenta para el análisis de factibilidad económica, aunque aspectos como el horario responderán directamente a la capacidad de autofinanciamiento que tenga cada CDIF.

3.2 Situación de las REPROINSA's:

Para 1994 existían 19 REPROINSA's en La Verbena y sólo el 60% de ellas cubren a 50 familias cada una, es decir, al 32.1% de la población total. Esta escasa cobertura se encuentra limitada por el carácter voluntario de su actividad, además de no percibir ninguna remuneración por su trabajo comunitario. Gran parte de los fondos del SSC se utilizarían para ofrecer un salario por 4 horas de trabajo y, que al mismo tiempo, permitiría ampliar la cobertura de familias por REPROINSA.

4. Desarrollo de la propuesta de viabilidad:

La experiencia de proyectos de esta naturaleza en otras localidades, ha demostrado que los aspectos materiales y de equipamiento de un proyecto comunitario, pueden resolverse de una manera más rápida y precisa, que los aspectos de funcionamiento del mismo. Debido a que estos últimos dependen, en gran porcentaje, de las condiciones locales de organización, de la apertura interinstitucional a la cooperación y coordinación y, fundamentalmente, de la capacidad autogeneradora de ingresos del CDIF en cada comunidad.

a) Inversión mensual de funcionamiento:

En el siguiente cuadro se presenta los gastos de funcionamiento según el área de servicios, el personal recomendado, la entidad o institución de origen, el salario mensual y la distribución de los gastos, según sea un aporte institucional, o bien un aporte comunitario. Este último aporte y su respectivo monto, es el que debe sufragarse desde la comunidad misma, a través del costo directo de la consulta médica, el aporte fijo de las empresas comunitarias que presten algunos servicios dentro del CDIF y, parcialmente, por el Seguro Social Comunitario.

¹²¹ Ibid p. 91

a) Inversión mensual de funcionamiento interno:					Centro de Desarrollo Integral de la Familia, La Verbena					
No.	Servicio	Personal	Cantidad	Entidad de origen	Salario mensual unitario	Salario Total	Aporte institucional	Aporte comunitario	Total	
a) CONSULTA EXTERNA										
1	Consulta externa	Médico graduado	1	FMUSAC	4,000.00	4,000.00	4,000.00			
		Médico practicante	4	EPS FMUSAC	800.00	3,200.00	3,200.00			
		Reproinsa	2	FUNDAESPRO	450.00	900.00		900.00		
2	Emergencia	Médico practicante	1	EPS FMUSAC	800.00	800.00	800.00			
		Auxiliar de enfermería	1	Esc. de Enfermería	650.00	650.00	650.00			
3	Odontología	Técnico dental	3	Autogestión/ FOUSAC	650.00	1,950.00	1,950.00			
4	Información	Reproinsa	2	FUNDAESPRO	450.00	900.00		900.00		
5	Salud Mental	Psicólogo practicante	1	FPSUSAC/URL	800.00	800.00	800.00			
6	Pediatría	Médico pediatra	1	FMUSAC/URL	4,000.00	4,000.00	4,000.00			
7	Ginecología	Médico obstetra	1	FMUSAC/URL	4,000.00	4,000.00	4,000.00			
						Subtotales	19,400.00	1,800.00	21,200.00	
b) SERVICIOS COMPLEMENTARIOS										
1	Trabajo social	Práctica de grupos	1	Esc. Trab. Social USAC/URL	800.00	800.00	800.00			
		Práctica de casos	1	Esc. Trab. Social USAC/URL	800.00	800.00	800.00			
2	Planificación familiar	Reproinsa capacitada	2	FUNDAESPRO/APROFAM	800.00	1,600.00	1,600.00			
3	Asesoría jurídica	Practicante de derecho	2	Esc. CC. JJ. SS. USAC/URL	800.00	1,600.00	1,600.00			
						Subtotales	4,800.00	-	4,800.00	
c) SERVICIOS DE APOYO										
1	Laboratorio	Técnico laboratorista	1	Empresa comunitaria	800.00	800.00	800.00			
		Reproinsa	1	FUNDAESPRO	450.00	450.00		450.00		
2	Rayos X	Técnico de rayos X	1	Empresa comunitaria	800.00	800.00	800.00			
3	Caja	Reproinsa de apoyo	1	FUNDAESPRO	450.00	450.00		450.00		
4	Farmacia comunitaria	Reproinsa capacitada	1	FUNDAESPRO/autogestión	800.00	800.00	800.00			
		Reproinsa de apoyo	1	FUNDAESPRO	450.00	450.00	450.00			
						Subtotales	2,850.00	900.00	3,750.00	
d) SERVICIOS GENERALES										
1	Lavandería	Personal comunitario	3	Subcontrato	600.00	1,800.00		1,800.00		
2	Cafetería	Personal comunitario	3	Empresa comunitaria	Auto-financiable					
3	Mantenimiento	Personal comunitario	3	Subcontrato	800.00	2,400.00		2,400.00		
4	Limpieza	Personal comunitario	2	Subcontrato	500.00	1,000.00		1,000.00		
5	Guardiana	Familia residente en el CDIF		Sin remuneración directa				2,400.00		
						Subtotales	-	5,200.00	5,200.00	
e) SERVICIOS COMUNITARIOS										
1	Seguro Social Comunitario (S.S.C.)	Reproinsa capacitada	1	FUNDAESPRO	800.00	800.00		800.00		
		Reproinsa	1	FUNDAESPRO	450.00	450.00		450.00		
2	Sistema de Información Comunitario	Reproinsa	1	FUNDAESPRO	450.00	450.00		450.00		
						Subtotales	-	1,700.00	1,700.00	
f) Administración:										
1	Administrador	Personal capacitado	1	FUNDAESPRO	2,500.00	2,500.00		2,500.00		
2	Contaduría	Personal capacitado	1	FUNDAESPRO	1,200.00	1,200.00		1,200.00		
3	Secretaría	Personal capacitado	1	FUNDAESPRO	850.00	850.00		850.00		
						Subtotales	-	4,550.00	4,550.00	
							Gastos mensuales (C.)	27,050.00	13,350.00	41,000.00

b) Gastos de funcionamiento de la red de REPROINSA's
CDIF de la colonia La Verbena, zona 7

b.1 Recurso humano estimado:

Población estimada para 1997	Número de familias	No. actual de REPROINSA's	Cobertura por REPROINSA's	Déficit de REPROINSA's	Total de REPROINSA's
27,500	5,000	19	70 Familias	52	71

b.2 Costo del Recurso Humano Estimado

Total de REPROINSA's	Costo (Q.) Unitario	Costo (Q.) Mensual
71	450.00	31,950.00

b.3 Distribución del costo de la red de REPROINSA's

Costo (Q.) Mensual promedio por cada 1,000 Hab.	6,390.00	Fuente: Estimaciones locales, Elab. propia.
Costo (Q.) Mensual promedio por familia	6.39	
Costo (Q.) Mensual promedio por persona	1.16	

b) Gastos de funcionamiento de la Red de REPROINSA'S:

En el caso particular de La Verbena, se aprovechará al personal voluntario de salud que ya es de amplio reconocimiento. el de las REPROINSA's. Esta red pretende en sí misma ampliar la cobertura actual, mediante dos mecanismos, el primero es proponer una remuneración mensual a las REPROINSA's, y constituirse en una opción de trabajo y, al mismo tiempo, requerir de ellas una mayor cobertura de familias por REPROINSA.

En este cuadro se describe la situación actual de la red, su actualización, y la distribución de su costo en la comunidad de La Verbena.

c) Ingresos directos estimados mensualmente:

Como ya se ha mencionado, la capacidad de autogestión es vital para el CDIF. Dentro de la comunidad existen dos aportes: el directo, que es el que realizan las personas al cancelar el valor de la cuota de la consulta, y/o del servicio otorgado por el CDIF; y el aporte indirecto, que lo constituye el Seguro Social Comunitario.

A continuación se enumeran y estiman los ingresos globales de los servicios del CDIF, de acuerdo a la experiencia del CECOAIN, en funcionamiento, y a la ampliación de los servicios prestados por éste dentro del CDIF.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 Biblioteca Central

c) Ingresos directos estimados al mes:		<i>Centro de Desarrollo Integral de la Familia, La Verbena</i>				
No.	Tipo de servicio	Descripción del servicio	Costo (Q) unitario	No. de consultas mensuales	Subtotal Q.	Total Q.
1	Consulta externa	Consulta externa de medicina general	5.00	600	3,000.00	
		Emergencia	2.50	30	75.00	
		Odontología	30.00	45	1,350.00	
		Salud mental	5.00	20	100.00	
		Pediatría	5.00	69	345.00	
		Ginecología	5.00	45	225.00	
						5,095.00
2	Servicios de apoyo	Laboratorio	20.00	30	600.00	
		Rayos X	25.00	20	500.00	
		Farmacia	Global	Mensual	1,200.00	
						2,300.00
3	Servicios complementarios	Asesoría jurídica	5.00	40	200.00	
		Planificación familiar	2.50	30	75.00	
		Trabajo Social	2.50	40	100.00	
						375.00
4	Servicios generales	Cafetería (aporte mínimo)	Global	Mensual	1,500.00	
		Salón de capacitaciones (alquiler de local)	Global	Mensual	1,200.00	
						2,700.00
Ingresos directos mensuales (Q.)						10,470.00

d) Seguro Social Comunitario: (S.S.C.)**CDIF, colonia La Verbena, zona 7****Ingresos estimados**

Población total	No. de familias	Porcentaje de Afiliación	Total de familias Afiliadas	Póliza (Q.) Mensual p/Familia	Total (Q.) de Póliza Mensual
27,500	5,000	70%	3,500	10.00	35,000.00

d) Aporte del Seguro Social Comunitario:

Se estima que el máximo porcentaje de afiliación sería del 70%. y que la población expresó el pago mensual del Seguro en un valor modal de Q. 10.00. según el estudio de viabilidad del CDIF y del SSC, elaborado por UNICEF. en 1994.

Como lo muestra este cuadro, para el caso del S.S.C. de La Verbena, puede obtenerse un aporte mensual de Q. 35,000.00.

e) Balance de ingresos y gastos de funcionamiento mensual:

En el cuadro siguiente se muestra el balance entre los gastos de funcionamiento que comunitariamente deben ser sufragados, tanto del personal del CDIF, como de la Red de REPROINSA's: y de los ingresos provenientes de las consultas y servicios otorgados por el mismo CDIF, y del aporte global del Seguro Social Comunitario. No se incluyen, por una parte, a los gastos institucionales del CDIF, que se supone incluidos dentro de los convenios de cooperación interinstitucional, ni los gastos de materiales y equipos necesarios para el funcionamiento, pues también se pretende convenir de manera multipartita, su distribución y acopio. El siguiente balance lanza un saldo negativo (Q. 430.00), a pesar del voluminoso aporte del SSC, por lo que se considera que el apoyo estatal no puede quedar fuera de este proceso.

e) Balance de ingresos y gastos de funcionamiento mensuales:**CDIF, colonia La Verbena, zona 7**

Gastos Directos e Indirectos			Ingresos Directos				SEGURO SOCIAL COMUNITARIO	Total de Ingresos
Gastos de Funcionamiento Interno (Aporte Comunitario)	Costo de la RED de REPROINSA'S	TOTAL DE Gastos Mensuales	Consulta Externa	Servicios de Apoyo	Servicios Complementarios	Servicios Generales		
13,950.00	31,950.00	45,900.00	5,095.00	2,300.00	375.00	2,700.00	35,000.00	45,470.00

El panorama sigue siendo positivo, siempre y cuando, la planificación de cada CDIF garantice de manera anticipada la autogestión comunitaria y, muy especialmente, en cuanto al Seguro Social Comunitario, como base de una conciencia propia de su realidad, manifestada a través del autocuidado familiar en una actitud más solidaria y con carácter autodeterminante.

Conclusiones del capítulo XI:

Parte de la factibilidad del CDIF se encuentra apoyada en el relativo éxito que la aplicación de la estrategia de la APS y de los SILOS. ha tenido en otros países y, especialmente, las experiencias latinoamericana; pesar de ello, persisten los riesgos de la implementación sistemática.

El Seguro Social Comunitario parece brindar una categoría única y universal al afiliado, sin tomar en cuenta los sectores productivos en que se desenvuelvan económicamente sus habitantes. El aporte común al seguro implica la plena conciencia sobre la necesidad de colaborar solidariamente con la salud de toda su comunidad.

Se fomenta un sentido de autorresponsabilidad y una visión integral de su particular problemática.

De los gastos de funcionamiento del CDIF, el costo de la Red de REPROINSA's representa el 69.6% de los mismos. por lo que el Seguro Social Comunitario se convierte en el aporte mayoritario. El CDIF no puede funcionar sin esta Red, pues es la base comunitaria vital. para que la estrategia de la Atención Primaria en Salud. sea aplicable. De lo contrario, el carácter preventivo se perdería, y el CDIF sería únicamente la sede de otro hospital más, si es que logra financiarse solo.

Se hace imprescindible promover dentro del CDIF servicios que generen ingresos suficientes para cubrir, por lo menos, el 31% de los gastos mensuales de funcionamiento. para que el resto sea cubierto por los compromisos interinstitucionales. Si existiera algún saldo, el Seguro Social Comunitario debe cubrirlo.

El porcentaje de afiliación se considera elevado, aunque se estimó un máximo del 70%¹²². El Estado guatemalteco, mediante mecanismos adecuados debe evitar la duplicidad de recursos, y considerarse entre los entes responsables, de ello.

En cuanto al comportamiento poblacional de La Verbena, no parecen existir grandes cambios en el futuro; las zonas habitables ya se han saturado y las que quedan son altamente riesgosas de habitar. El único cambio, podría ser el aumento de la cobertura del CDIF hacia colonias adyacentes a ésta. Este fenómeno puede controlarse con un proceso y promoción paralelos de adscripción al Seguro Social Comunitario, con su respectivo estudio de ampliación de cobertura.

Se hace necesario, por supuesto, un estudio a profundidad de esta viabilidad, especialmente para La Verbena, donde ya han existido antecedentes de la planificación del CDIF y desarrollado procesos comunitarios reconocidos.

¹²² Estimaciones basadas en las experiencias del personal voluntario de salud de la colonia La Verbena, y de equipos de apoyo técnico.

Conclusiones y recomendaciones:

Conclusiones:

La salud de los habitantes de un país, refleja casi todos los aspectos que denotan su grado de desarrollo y en Guatemala no es la excepción, ya que, aunque cuenta con recursos naturales suficientes para condicionar un desarrollo económico, el ingreso es acaparado por unos pocos, lo que provoca el aislamiento de los beneficios de este desarrollo para la mayoría de la población.

El sistema de salud dominante ha permitido que la salud se constituya en una carga social para el Estado, en lugar de considerarse como una inversión productiva en el capital humano del país; sin observar la evidente relación entre estado saludable y rendimiento en el trabajo.

Aunque el sistema de salud cuenta con infraestructura, muchas veces la población no tiene acceso a ella, porque en muchos casos está condicionada por su bajo ingreso, de lo cual resulta la casi imposible conservación de la salud, pues casi nunca se llega a ese estado.

Cierto sector de la población puede autofinanciar el costo de los gastos en salud, permanece una mayoría, y en especial los grupos de riesgo, que podrían determinar la baja potencialidad de toda una generación.

Las mujeres, quienes viven cotidianamente la escasez de servicios básicos y de salud, son las que también han demostrado no sólo su mayor preocupación, sino su efectiva participación en los frentes de acción comunitaria.

A pesar de que desde hace casi 20 años se ha planteado la estrategia de la Atención Primaria en Salud, en nuestro país, a nivel estatal ha encontrado obstáculos burocráticos y de financiamiento suficientes como para llevar al fracaso cualquier intento de transformación. Aún así, algunas organizaciones comunitarias apoyadas por ONG's han logrado establecer mecanismos apropiados a sus contextos, experiencias que al sistematizarse podrían ampliar las visiones políticas en una participación multisectorial.

Se considera al nivel local de planificación como la base de una estrategia nacional que, en su camino hacia los recursos estatales no encuentre barreras políticas, sino más bien una respuesta solidaria; aunque es precisamente en este nivel, en donde el aporte local toma relevancia, en un sentido de auto-responsabilidad.

Recomendaciones:

No debe pensarse que el desarrollo puramente económico de Guatemala implica necesariamente un mejoramiento en las condiciones de vida de sus habitantes, sobre todo cuando se piensa en la distribución del ingreso.

Si por medio de la prevención se logra mejorar la esperanza de vida, debe pensarse que aumenta la necesidad de mejorar la calidad de vida de los habitantes y de combatir las enfermedades que afectan principalmente a los adultos.

Cualquier planificación en salud debe orientarse inicialmente hacia los grupos de riesgo y necesidades básicas pero de manera coyuntural, tendrá que adaptarse a las nuevas necesidades creadas en la medida que se logren sus objetivos.

El Estado tiene de manera imperiosa, tanto moral, social como política, la necesidad de encontrar soluciones para proteger el recurso humano del país, que es el recurso más valioso y el objetivo del desarrollo, sobre el cual es sumamente productivo invertir.

En esa medida, el sistema nacional de salud debe apoyar incondicionalmente los intentos para mejorar la salud de la población y, especialmente en donde ésta se constituya en sujeto de su propio desarrollo.

Tomar como ejemplo las experiencias en salud comunitaria de la FUNDAESPRO, del IGSS y de otras organizaciones comunitarias y Ong's, que han logrado cambiar el panorama altamente sombrío de algunas áreas precarias de la ciudad de Guatemala. Esto no sólo como una muestra, sino como un estímulo dirigido a otras comunidades que se encuentren en condición deficitaria. El Estado debe facilitar este proceso, al otorgar los recursos de manera proporcional, descentralizar la toma de decisiones y respetar las que sean tomadas en cada nivel.

La Guía Operativa que se presenta en el capítulo VI de este estudio, no pretende universalizar la estrategia de desarrollo en cuanto a salud se refiere, más bien responde a la sistematización de la experiencia que organizaciones comunitarias y Ong's han impulsado en el contexto precario urbano de la ciudad de Guatemala. Cada intento de planificación se basará en las condiciones de salud, recursos y niveles de organización de su respectiva comunidad.

El papel del arquitecto debe acompañar este proceso, mediante su visión hacia el futuro, en la medida en que su contribución reconozca la integralidad propia del desarrollo.

Se considera que cuando se dan las condiciones aptas para un proyecto de esta naturaleza, genera una serie de expectativas comunitarias, y si no se toman en cuenta procesos participativos de planificación, éstas podrían resultar contraproducentes y sentar precedentes negativos.

No puede iniciarse el funcionamiento de ningún CDIF, si antes no se ha garantizado su funcionamiento, especialmente en cuanto a la necesaria participación de la población reflejada en su aporte consciente sobre la problemática, y luego de conocer y aceptar previamente, todos los compromisos y mecanismos interinstitucionales específicos.

Siempre dentro de la visión integral de la salud, los mecanismos anteriormente mencionados conducirán a la conservación de ésta, condición que denotará los factores psicosociales que producen otras enfermedades menos evidentes y algunos fenómenos tan obvios como la violencia, el maltrato y el alcoholismo. Por lo tanto, el componente de salud mental, debe sobrepasar el prejuicio y su escaso reconocimiento individual.

Conforme el déficit de equipamiento básico que afecta a La Verbena, se recomienda la doble utilización del área de parqueo del CDIF, con su respectivo acondicionamiento y a horarios a convenir, para su aprovechamiento como una cancha de baloncesto, ya que cuenta con las medidas aproximadas; observación que se hace pensando en las evidentes necesidades de recreación, y como apoyo a las actividades organizadas en pro de la salud mental.

Se recomienda el desarrollo de un estudio y propuesta de equipamiento básico, hecho a profundidad y bajo la condición deficitaria de predios y de recursos institucionales con que cuenta la colonia La Verbena.

Bibliografía de la Tesis:

Centro de Desarrollo Integral de la Familia (CDIF)

A) CRITERIOS DE DISEÑO ARQUITECTÓNICO, Y EQUIPAMIENTO APLICADOS A EDIFICIOS DESTINADOS A SERVICIOS DE SALUD:

1. ALONSO del Valle, Ricardo
"Estudios de arquitectura y unidad de planificación de salud"
Tesis de Grado, Arquitectura USAC, 1965.
2. ARANA Leal, Erwin
"Clínica hospital La Gomera"
Tesis de Grado 1975
3. CORONADO Ortiz, Manuel
"Diseño climático para edificaciones de la zona central del país"
Tesis de Grado Arquitectura, USAC 1986
4. GRANIELLO Abrego, Maria Roxana
"Hospital Nacional de Retalhuleu"
Tesis de Grado, FARUSAC 1987
5. GUERRERO Rojas, Erwin Arturo
"Hospital Regional del IGSS en Quetzaltenango"
Tesis de Grado, FARUSAC 1973
6. MAZARIEGOS Fernández, Armando
"Criterios para la formulación de normas de diseño para instalaciones de la salud en Guatemala"
Tesis de Grado, Arquitectura USAC, 1987.
7. QUIÑONEZ González, Mario Antonio
"Estudio para el diseño del centro de salud en Gualán"
Tesis de Grado, FARUSAC 1987
8. PALACIOS Méndez, Marco Antonio
"Planificación de servicios de Salud"
Tesis de Grado Arquitectura USAC, 1973.
9. RICCI Pontaq, Guido Renato
"Consideraciones sobre el equipamiento Municipal"
Tesis FARUSAC, 1966
10. ROMERO Posadas, Agustín Fajardo
"Guías técnicas hospital local"
Tesis de Grado Arquitectura USAC, 1980.
11. SCHOENSTEDT Hegel, Mario
"Metodología para la definición de equipamiento Municipal"
Tesis de Grado, Arquitectura USAC, 1970.
12. SHHWANK Vassaux, Fernando Adolfo
"Hospital Regional de Escuintla"

Tesis de grado FARUSAC, 1969

B) CARACTERÍSTICAS DE LAS ÁREAS PRECARIAS DE LA CIUDAD DE GUATEMALA:

1. CASTELLON Cáceres, Juan Carlos
"Estudio sobre Marginalización"
Tesis de Grado, Arquitectura USAC, 1977.
2. DEL CID Sánchez, Donald Alejandro
"Delimitación del Area Metropolitana de Guatemala"
Tesis de Grado, FARUSAC, 1970
3. INSTITUTO para la Superación de la Miseria Urbana (ISMU GUATEMALA)
"Análisis Regional sobre la problemática de las Areas precarias urbanas", 1992.
4. MARROQUIN Pacheco Omar
"Asentamientos del Area del Mezquital"
Tesis de Grado Arquitectura USAC, 1980
5. MARROQUIN Toledo, Dario Rolando
"Asentamientos marginales en el área Metropolitana de Guate."
Tesis de Grado, FARUSAC, 1970
6. MEDECINS Sans Frontieres Francia (Médicos Sin Fronteras Francia)
"Diagnóstico de Salud de los Asentamientos del Mezquital", 1987.
7. UNICEF/COINAP
"Diagnóstico Histórico de 5 asentamientos de la Ciudad de Guatemala"
Lic. Ans de Jager, 1994
8. UNICEF/SBU
"Encuesta de Salud en los Asentamientos Precarios Urbanos" 1991
9. UNICEF/PRONICE/COINAP
"Diagnóstico de Salud Mental en La Verbena y El Mezquital" 1994
10. URIZAR, Leticia, Bran Eda
"Limitantes que enfrentan las mujeres educadoras de los centros y círculos comunitarios de la Fundación Esfuerzo y Prosperidad"
Tesis de Trabajo Social, Noviembre 1995.
11. UNICEF/COINAP
"Diagnóstico de 5 asentamientos de la Ciudad de Guatemala", Ans de Jager, Doc. 1994
12. UNICEF/SBU
"Encuesta de Salud en Asentamientos precarios urbanos", Doc. 1991

13. UNICEF/PRONICE/CODNAP

"Diagnóstico de Salud Mental de la Verbena y El Mezquitil" Doc. 1994

14. ZEA Sandoval, CASTRO Monterroso

"Caracterización de las Areas Precarias en la Ciudad de Guatemala" UNICEF-SEGEPLAN, 1994.

C) INDICES DE SERVICIOS Y COBERTURA SANITARIA EN LOS DIFERENTES NIVELES.

1. AREAS de Salud de la Ciudad de Guatemala, MSPAS, y sus áreas de influencia

Informe de Labores, 1994. 95

2. DIRECCION General de los Servicios de Salud

Informe de Labores, 1992, 93, 94, 95

3. FONDO de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

"Realidad Socioeconómica de Guatemala"
Editorial Piedra Santa, 1994.

4. OPS

"Análisis de la Situación por Regiones"
Guatemala 1992

5. OPS

"Condiciones de Salud en Guatemala", 1994

D) POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD POR PARTE DEL GOBIERNO Y OTRAS INSTITUCIONES.

1. CENTRO de Estudios Económicos Nacionales (CIEN)

"Esperanza de Paz", Asamblea de la Sociedad Civil, Julio 1994
Una Propuesta para el Desarrollo Integral de Guatemala

2. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

Boletín Informativo del Sistema Nac. de Indicadores No. 3
abril 1995

3. MINISTERIO de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

"Lineamientos de la Política de Salud 1994-1995"

4. OPS

"El proceso de Transformación de la Salud" Guatemala 1996

5. SECRETARIA General de Planificación (SEGEPLAN)

"Diagnósticos Regionales Preliminares"
Ley Preliminar de Regionalización, 1987.

6. SEGEPLAN, MSPAS.

"Crecimiento Poblacional y Perspectivas de la Salud Materno
-infantil: Bases para la formulación de Estrategias y Políticas a Largo Plazo", 1986.

7. SEGEPLAN

"Plan de Desarrollo Social, 1992-1995 y 1997-2000"
Guatemala, 1992, 1996

8. SEGEPLAN

"Política Económica y Social, Gobierno de Guatemala 1991-1996"
Guatemala, 1991

9. SEGEPLAN

"Balance General de las Políticas Económica y Social" Guatemala, 1996

10. UNIDAD Sectorial de Planificación de la Salud, MSPAS

"Áreas de salud, coberturas, infraestructura actual"
Guatemala 1993

11. UNIDAD DE INFORMATICA (Biblioteca de la DGSS),

"Red de Establecimientos del MSPAS", 1995, DGSS.

E) PARTICIPACIÓN DE DIFERENTES ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES Y SU IMPACTO EN LA SALUD EN LAS ÁREAS MARGINALES.

1. DGOP

Informe sobre la Verbena, 1968

2. FONDO de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

"Programa de Servicios Básicos Urbanos"
Informe 1991.

3. FONDO de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF),

Secretaría General de Planificación (SEGEPLAN)

"Análisis de la Situación del Niño y la Mujer"
1991.

4. FUNDAESPRO

Informe mensual de actividades, Area de Verbena, mayo 1996

5. FUNDAESPRO

Encuestas de Salud Locales, de la Verbena, 1991-1997

6. MEMORIA DE LABORES

Municipalidad Metropolitana, 1991-96

7. UNICEF

"Estudio de la viabilidad del CDIF y del Seguro Social Comunitario" 1994

F) CRITERIOS BÁSICOS DE DISEÑO URBANO-ARQUITECTÓNICO Y NORMAS DE CONSTRUCCIÓN.

1. BAZANT, Jan

"Manual de Criterios de diseño Urbano", México 1981

2. CASTRO Menjivar, María Antonia

"Planificación de servicios de salud para el área de Chimaltenango",
Tesis FARUSAC, 1976

3. GARCIA Salazar, Sergio Enrique

"Análisis climático para la ciudad de Guatemala.."
Tesis de Grado, FARUSAC 1975

4. GELLERT Guisela. Pinto J.C.
"Ciudad de Guatemala, dos Estudios sobre su evolución urbana (1524-1950)
CEUR. USAC, 1992
5. MSPAS
"Normas técnicas para el diseño o remodelación de hospitales departamentales"
Inédito, 1994
6. OPS.OMS
"Guía para centros de distribución de suministros médicos", Vol. IV, 1989
7. OPS
"Mitigación de desastres en las Instalaciones de salud",
Bogotá, Colombia, 1993
8. PLAN Metrópolis 2.010, Municipalidad Metropolitana
"Plan de Desarrollo Metropolitano y Guatemala en el Contexto Nacional", 1995
9. REGLAMENTO de la Unidad de Construcción
Municipalidad de Villa Nueva, 1992.
10. REGLAMENTO de Construcción
Municipalidad Metropolitana, 1993.
11. SANTA CRUZ Abauta Ingrid Celeste/Díaz Vásquez Arturo
"Escuela Regional Técnica Agrícola y Forestal en San Cristóbal Verapáz, Tesis
FARUSAC, 1994

G) POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS):

1. BRAVO Alfonso Mario,
"La Farmacia Comunitaria" /UNICEF
Guatemala 1995
2. COMISION Interinstitucional para la Atención de las Áreas
Precarias de la Ciudad de Guatemala (COINAP)
"Políticas y estrategias para la Salud Comunitaria"
Dra. Anckermann Sonia, Programa UNICEF-SEGEPLAN 1994.
3. COINAP
"Modelo de Participación y atención de salud local para las
áreas precarias de la ciudad de Guatemala"
Espinoza L., Anckermann S. 1995.
4. ESPINOZA L./Hidalgo E.
"Una experiencia de Participación comunitaria, en las Áreas
Precarias de la Ciudad de Guatemala" UNICEF, 1994.
5. MSPAS.
"Seminario Taller, Los Silos en Guatemala, Informe, 1995
6. ORGANIZACION Panamericana de la Salud, (OPS)
"Atención Primaria en Salud, Principios y Métodos"
Serie Páltex No. 10, 1,987.
7. OPS
"Estrategias de participación Social en Los Sistemas Locales
de Salud, en Centroamérica y Panamá"
OPS-OMS 1,990.

H. Referencias:

1. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas
Salvat, España. 1979
2. Hospital Antituberculoso San Vicente
Administración General, 1997
3. Instituto Nacional de Estadística (INE),
Encuesta Nacional Sociodemográfica, 1989
4. INE,
Departamento de Guatemala, Censo X de Pob. y V de Hab.
Publicados en 1996
5. INE/FNUAP
Aspectos Sociodemográficos de la Pobreza , 1992
6. INE,
Índice de precios al Consumidor, julio 1996
7. INFOM
Centro de Documentación
8. Instituto Geográfico Militar (IGM)
Acceso a fotografía aérea del sector de la Verbena.
9. INSIVUMEH
Depto. de Hidrología, Ing. Manuel Motta
10. OPS/OMS
Centro de Documentación

I. Entrevistas Estructuradas:

Entrevista No. 1: Fecha: 25 de enero de 1997

Habitantes de la Colonia la Verbena:

- Sra. Martina Hernández de Chávez, 36 años de residencia, Sector Ranchería
- Sra. Victoria Chajón de Salazar, 16 años de Residencia, Sector Joya II Anexo
- Sra. Ana Chávez Hernández, 36 años de Residencia, Sector Ranchería

Entrevista No. 2 Fecha 1ro. de febrero de 1997

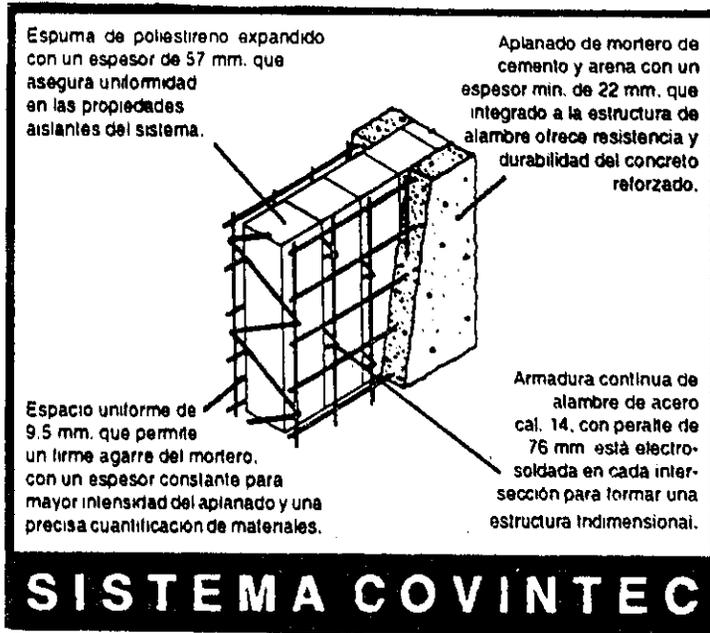
Habitantes de la Colonia la Verbena:

- Sr. Fermín Plato, 40 años de Residencia, Sector Joya I.
- Sr. Reginaldo Pérez Gómez, 30 años de Residencia, Joya III.

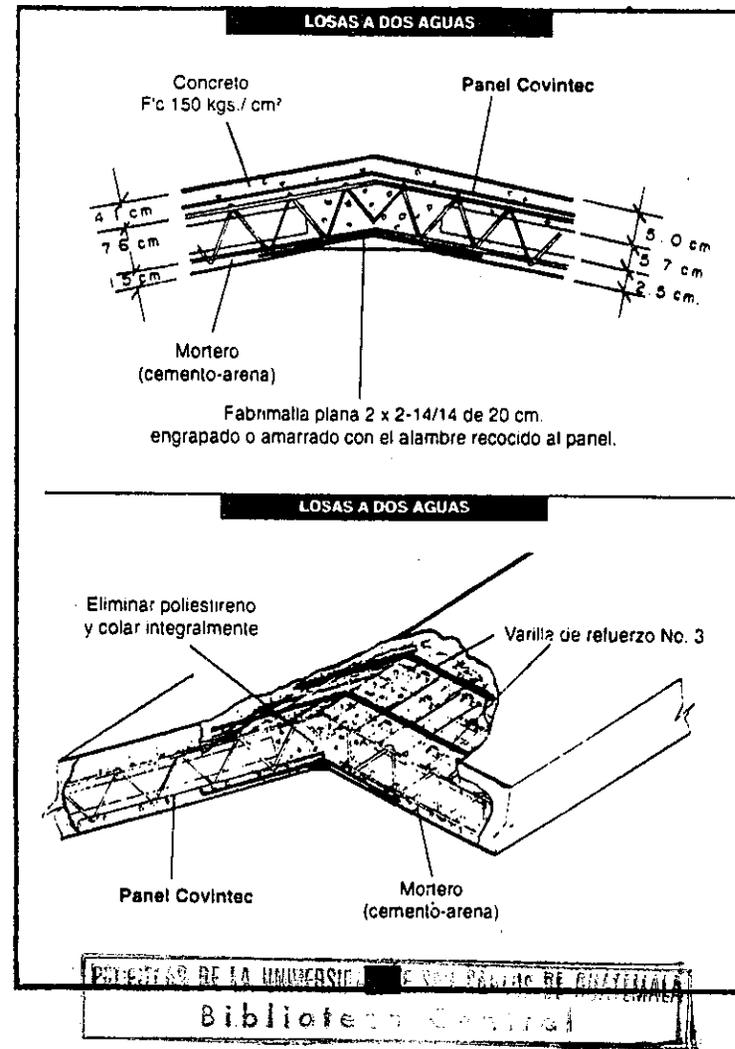
Detalles constructivos del panel COVINTEC: Fuente: COVINTEC Guatemala

Especificaciones:

- Compresión mortero.....F[']c: 70Kg./cm² con una Proporción 1:3
- Compresión concreto.....F[']c: 150 Kg./cm² agregado máximo de 1/2 pulgada
- Esfuerzo de fluencia en el alambre del panel.....Fy: 4,200 Kg./cm²
- Esfuerzo de fluencia en el acero de refuerzo.....Fy: 4,220 Kg./cm²



Detalle del sistema

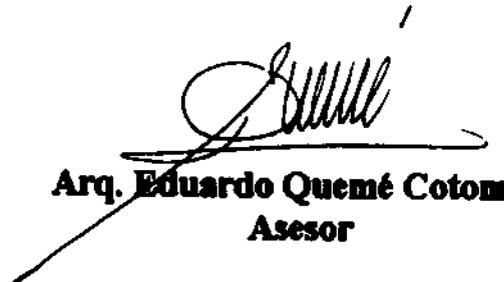


Detalle de armado en losas

Imprimase:



Arq. Julio René Corea y Reyna
Decano



Arq. Eduardo Quemé Cotom
Asesor



Miguel Angel Alvarado Samayoa
Sustentante

La impresión de la presente tesis se realizó gracias al apoyo financiero del Comité Holanda y Guatemala del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); y especialmente al Dr. Lair Espinosa D. del Programa Servicios Básicos Urbanos (PSBU) y a la Lic. Elizabeth de León de la Comisión Interinstitucional para la Atención de las áreas precarias de la ciudad de Guatemala (COINAP).-