

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE  
GUATEMALA**

**FACULTAD DE ARQUITECTURA**

**LA GERENCIA DE PROYECTOS  
EN EL CAMPO DE LA  
ARQUITECTURA**

**---TESIS---**

Presentada al señor decano de la Facultad de  
Arquitectura y tribunal examinador

**POR**

**LUCRECIA CAROLINA CANO GONZÁLEZ  
Y  
RUTH ELBA GORDILLO RODRÍGUEZ**

Al conferírseles el título de  
**ARQUITECTO.**

Guatemala Noviembre de 1,997.



PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULAD DE ARQUITECTURA:

ARQ. JULIO RENÉ COREA Y REYNA	DECANO
ARQ. EDGAR ARMANDO LÓPEZ PAZOS	VOCAL PRIMERO
ARQ. VICTOR HUGO JÁUREGUI GARCÍA	VOCAL SEGUNDO
ARQ. SILVIA EVANGELINA MORALES CASTAÑEDA	VOCAL TERCERO
BR. ALBERTO SARAZÚA GALI	VOCAL CUARTO
BR. EDGARD BARRIENTOS GIRÓN	VOCAL QUINTO
ARQ. BYRON ALFREDO RABÉ RENDÓN	SECRETARIO

TRIBUNAL EXAMINADOR:

ARQ. JULIO RENÉ COREA Y REYNA	DECANO
ARQ. AIDA ANTILLÓN DE GÁLVEZ	EXAMINADOR
ARQ. MARCO ANTONIO GODOY	EXAMINADOR
ARQ. VICTOR HUGO JÁUREGUI GARCÍA	EXAMINADOR
ARQ. BYRON ALFREDO RABÉ RENDÓN	SECRETARIO

## TRABAJO QUE DEDICAMOS

A DIOS

A MIS PADRES:

JOSE MARCOS CANO ORDOÑES  
CLOTOCINDA MARGOT GONZALES DE CANO

A MIS HERMANOS:

JORGE MARIO, PATRICIA ROSANA,  
EMILIA DEL CARMEN, ELENA ROSARIO  
Y LOURDES MARGOT.

A MI ESPOSO:

LUIS PEDRO QUEZADA CORDOVA

A MI HIJO:

JOSE ALEJANDRO

A MI FAMILIA.

A DIOS

A MIS PADRES:

HUMBERTO GORDILLO CASTRO  
ELBA RODRIGUEZ DE GORDILLO

A MIS HERMANOS:

LUIS FELIPE, BETTY VICTORIA  
RENE HUMBERTO Y LISBETH MARIA

A MI ESPOSO:

OSCAR RENE GALVEZ GARRIDO

A MIS HIJOS:

ERICK RENE, OSCAR HUMBERTO Y  
OMAR RENATO.

A MI FAMILIA.

*Lucky*

*Ruth*

NUESTRO PROFUNDO AGRADECIMIENTO A:

*TODOS AQUELLOS QUE  
DE UNA U OTRA MANERA  
COLABORARON CON NOSOTRAS*

## Indice de Contenido

	Pag.		Pag.
1. MARCO CONCEPTUAL	1	2.6 Modelo de análisis por niveles esquemáticos del desarrollo profesional y su inserción en los Diferentes momentos históricos.	15
a Introducción	2		
b Antecedentes	2		
c Objetivos			
• General			
• Específicos			
d Metodología de trabajo	3		
2. MARCO CONTEXTUAL		3. MARCO TEORICO	
2.1 Tendencias prospectivas del entorno internacional: La globalización.	4	3.1 La gerencia estratégica	24
2.2 Tendencia latinoamericana.	4	3.1.1 Gerencia.	
2.3 Elementos a considerar para un modelo gerencial en América Latina.	5	3.1.2 Consideraciones generales de la gerencia estratégica.	24
• Económico		3.1.3 Etapas de la gerencia estratégica.	25
• Tecnológico		3.1.4 Variables gerenciales.	26
• Social		3.1.5 Conceptos estratégicos para la formulación de un modelo gerencial.	27
• Político		3.1.6 Modelo del proceso de la gerencia estratégica.	33
2.4 El proceso modernizador en Guatemala.	7	3.1.7 Estructuración de conceptos para la gerencia estratégica.	33
2.5 La influencia externa en la arquitectura Guatemalteca.	8	3.1.8 Tendencias económicas gerenciales a considerar por un profesional.	36
• Primera etapa		3.1.9 Perfil del Gerente estratégico.	40
• Segunda Etapa		3.1.10 Perfil del Gerente social.	41
		3.1.11 El proceso arquitectónico	41
		3.1.12 Perfil del Arquitecto.	42



3.2	La gerencia de proyectos.	Pag. 44	C.	Nivel de interpretación del modelo teórico.	Pag. 57
	A. La práctica profesional del Arquitecto desde el proceso y desarrollo de la formulación, ejecución y evaluación de proyectos.		D.	Análisis del perfil del Arquitecto.	59
	B. La práctica profesional del Arquitecto a partir de la aplicación de criterios gerenciales.			• Conclusiones sobre el análisis del perfil del Arquitecto.	61
3.3	Marcos comparativos:	46		• Criterios para definir el modelo.	63
	a. Necesidades que atiende el Arquitecto, el Gerente y su fusión.		4.2	Formulación del modelo gerencial para la participación del Arquitecto.	64
	b. Conceptos estratégicos del Arquitecto, del Gerente y fusión Arquitecto-Gerente.		E.	Propuesta de mecanismos de acción para la aplicación de desarrollo gerencial y/o práctica gerencial.	65
	c. Vinculación del proyecto con los niveles generales de acción.		E1	Mecanismos de acción del Arquitecto hacia la práctica gerencial.	66
4.	<b>MODELO PARA LA GERENCIA EN ARQUITECTURA</b>		E2	Actividades de transformación del Arquitecto en el campo de la gerencia.	67
4.1	Fundamentación del modelo.	52	F.	Nivel de análisis como herramienta para provocar la transformación,	68
	A. Nivel de interpretación del modelo teórico de la conceptualización de la arquitectura.	53	F1	Aplicación gerencial para la transformación.	69
	B. Nivel de interpretación del modelo teórico de la conceptualización de la formulación de proyectos.	55	4.3	Propuesta de definición del perfil del Arquitecto-Gerente.	70

5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	Pag. 71
6.	GLOSARIO Y BIBLIOGRAFÍA	73

# MARCO CONCEPTUAL

- a.) INTRODUCCIÓN
- b.) ANTECEDENTES
- c.) OBJETIVOS :
  - GENERAL
  - ESPECIFICOS
- d.) JUSTIFICACIÓN
- e.) METODOLOGÍA DE TRABAJO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biotrófico Central

1

# 1. MARCO CONCEPTUAL

## A) Introducción:

Este trabajo, además de abordar los conceptos de Gerencia e incorporarlos al campo de la arquitectura, formula propuestas de inserción del que hacer del arquitecto en el área gerencial. Hoy en día el Arquitecto se ve en la necesidad de actualizarse constantemente,, tanto en su campo específico, como el de la gerencia, la tecnología, los movimientos económicos mundiales, etc., con el fin de mantenerse al tanto de los acontecimientos que afectan al mundo, a Latinoamérica, a Centro América, a Guatemala y a la vida productiva que como profesional le compete. Cuando el arquitecto adopta los conceptos gerenciales en el desempeño de su profesión, esta optimizando su capacidad productiva.

La gerencia viene aplicándose como una técnica activa en el desarrollo de todo proyecto< desde la fase de diseño y la construcción, hasta el equipamiento; encaminada a obtener el mayor provecho posible, maximizando beneficios y

reduciendo costos. La gerencia de proyectos no solamente es competencia del gerente, sino se convierte en común denominador con el arquitecto en búsqueda franca de desarrollar proyectos con beneficio social, esto permite visualizar el perfil de un Arquitecto-Gerente, ya que las decisiones tomadas comúnmente durante el desarrollo de proyectos se basan en una gran variedad de criterios, pero, si el profesional adapta la visión estratégica de la gerencia pone a salud la factibilidad del proyecto.

El presente trabajo busca ser un aliado, un documento de apoyo para los miembros de la comunidad facultativa, ya que presenta en forma inductiva la teoría y aplicación de gerencia en los proyectos de arquitectura, con capítulos que inducen a la aplicación de la administración por objetivos, y a la toma de decisiones diagramadas, que sugieren una aplicación practica de la gerencia de proyectos en el campo de la Arquitectura.

## **b) ANTECEDENTES**

La práctica de la arquitectura, en lo que concierne a la presentación y desarrollo de proyectos arquitectónicos, ha requerido de un mecanismo conductor que se constituye en el denominador común permitiendo así el logro de objetivos, el establecimiento de prioridades, toma de decisiones en etapas progresivas, establecimiento de metas, ordenamiento de información, etc.

Estos diferentes, elementos del proyecto Arquitectónico guardan estrecha vinculación con las etapas ó ciclos establecidos en la teoría de la formulación de proyectos. Ya que se requiere de un conjunto de actividades, funciones y tareas que contribuyan a la toma de decisiones, y de una ente ordenador que manejando criterios técnicos logre desarrollar una "Actitud Gerencial".

Este trabajo relaciona las actitudes que se requieren por parte del profesional de la arquitectura en el campo teórico de la teoría de formulación y/o gestión de proyectos y en el campo práctico de la ejecución de proyectos arquitectónicos.

El punto de partida de este planteamiento, encuentra sus antecedentes en la práctica profesional del Arquitecto, en el campo de la aplicación de criterios Gerenciales no se ha evidenciado su aplicación como producto de una capacitación previa obtenida en la Academia Facultativa, a pesar de que en su actividad profesional se desempeña en diferentes campos, tales como: diseñador, planificador, administrador, docente, asesor y/o consultor, investigador, constructor y presentista.

## **c) OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Proporcionar criterios y elementos que contribuyan a mejorar el proceso metodológico, en el campo de la gestión de proyectos Arquitectónicos, que respondan al medio social guatemalteco.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Proponer enlaces metodológicos - teoría - practica de la Arquitectura en lo referente a la Gestión de Proyectos, a través de una guía que facilite la Gestión de Proyectos Arquitectónicos.
- Identificar los procesos del desarrollo de la practica de la Arquitectura dentro de la teoría de la formulación y ejecución de proyectos de Arquitectura.
- Identificar y promover los requisitos para el perfil del arquitecto gerente en base al desarrollo de proyectos de arquitectura, la gerencia estratégica y la formulación de proyectos.

### **d) JUSTIFICACIÓN:**

El desempeño y la competencia profesional que caracterizan al medio en que se desenvuelve el Arquitecto, lo obligan a mantener un grado significativo de eficiencia y eficacia en la gestión de proyectos Arquitectónicos en el trabajo de investigación realizado se analizaron los elementos y/o factores necesarios para el desarrollo Gerencial de la practica

factores necesarios para el desarrollo Gerencial de la practica arquitectónica, basada en los fines que persigue la Universidad de San Carlos de Guatemala y la Facultad de Arquitectura.

Paralelamente se plantea el desarrollo de los conocimientos que corresponden al campo del que hacer de la Arquitectura en materia de formulación, ejecución y evaluación de proyectos que conduzcan a optimizar los recursos tecnológicos, materiales, financieros y humanos a través de vincular los esfuerzos de dirección y coordinación Gerencial.

Por lo expuesto anteriormente en el presente trabajo pretende presentar los criterios gerenciales básicos para mejorar la eficiencia de los proyectos arquitectónicos.

### e) METODOLOGIA DE TRABAJO

El trabajo se ha realizado partiendo de un marco contextual, en el cual se elabora un estudio a nivel macro de la economía, y llegar a un nivel micro. Así también un estudio de la historia de Guatemala que permite ver el rol que el arquitecto en su práctica ha desarrollado a través del tiempo.

Dentro del marco teórico se presentan conceptos y el modelo gerencial desde su concepción en el área de planificación partiendo desde el ciclo de la idea, formulación ejecución y evaluación hasta su inserción teórica en el campo de la gerencia de proyectos.

En estos contenidos se elabora una interrelación del proceso de la arquitectura, el proceso de la gerencia estratégica y la formulación de proyectos, lo que lleva a desarrollar un modelo y el perfil del Arquitecto-gerente.

El ordenamiento del trabajo se realiza de acuerdo a los siguientes pasos:

1. Aspectos generales de la economía y su incidencia en la práctica del profesional de la Arquitectura.
2. Aspectos gerenciales.
3. La validación del perfil del Arquitecto por medio de la relación: formulación de la práctica arquitectónica y el perfil del arquitecto.
4. La relación del perfil del gerente estratégico y la práctica del proceso de la gerencia estratégica.
5. El ordenamiento comparativo de:
  - Desarrollo del proceso de la Arquitectura
  - Desarrollo de la formulación de proyectos
  - Desarrollo del proceso de la Gerencia estratégica

Por medio de esta relación se encuentra un común denominador el cual es guía para dar respuesta a los dos incisos que a continuación se enumeran.

- a) Elaboración de propuestas para definir el perfil del Arquitecto-Gerente.
- b) Propuesta de un modelo del desempeño profesional del Arquitecto-Gerente.

## MARCO CONTEXTUAL

- 2.1 TENDENCIAS PROSPECTIVAS DEL ENTORNO INTERNACIONAL: LA GLOBALIZACIÓN
- 2.2 TENDENCIA LATINOAMERICANA
- 2.3 ELEMENTOS A CONSIDERAR PARA UN MODELO GERENCIAL EN AMÉRICA LATINA
  - ECONOMICO
  - TECNOLÓGICO
  - SOCIAL
  - POLÍTICO
- 2.4 EL PROCESO MODERNIZADOR EN GUATEMALA
- 2.5 LA INFLUENCIA EXTERNA EN LA ARQUITECTURA GUATEMALTECA
  - PRIMERA ETAPA
  - SEGUNDA ETAPA
- 2.6 MODELO DE ANÁLISIS POR NIVELES ESQUEMÁTICOS DEL DESARROLLO PROFESIONAL Y SU INSERCIÓN EN LOS DIFERENTES MOMENTOS HISTÓRICOS.

## 2.1 Tendencias prospectivas del entorno Internacional.-La Globalización:

El análisis del futuro de la sociedad humana debe considerar, necesariamente los cambios cualitativos que se están experimentando en el entorno internacional. Tres premisas son fundamentales para comprender tal evolución :

- i) Las imprevisibles decisiones humanas en el área política .
- ii) El rumbo de la economía mundial.
- iii) El impacto a que los cambios políticos, económicos y tecnológicos generan en la relaciones y vínculos tradicionales en que se basa el comportamiento de la economía mundial.

Una de las corrientes que a nivel mundial se ha puesto en practica es la de Globalización. Esta tendencia macroeconómica contiene elementos de competencia que requieren la creación de bloques económicos, políticos, tecnológicos, culturales y sociales. Que implican cambios estructurales internos de orden productivo con el fin de internacionalizar el proceso de intercambios de bienes y servicios.

“La globalización puede enfocarse desde la perspectiva de los países desarrollados y desde el punto de vista de los que no lo son pero a nivel general esta corriente afecta básicamente la producción industrial, las finanzas y la política económica.”

Este modelo económico se ha venido aplicando en América latina desde hace algún tiempo, es frecuente observar una serie de innovaciones en la ejecutoria tradicional de las negociaciones, la modernización del servicio y variedad en la oferta de productos financieros que satisfagan las necesidades provocando la competitividad, organización de mercados y procesos de privatización.

Lo anterior es una premisa que indica que deben implementarse estrategias viables en todas las áreas productivas de un país para no quedar al margen en relación a los demás países del área sin embargo deberá analizarse que:

“La globalización también presenta algunas desventajas, especialmente para los países subdesarrollados tales como:

-Contracción del mercado mundial

-Crecientes niveles de proteccionismo

-Marginación de un gran número de economías (especialmente en América latina), pues una nación puede aprovechar los beneficios de esta corriente, en la medida que es capaz de adoptar técnicas modernas de producción de bienes y servicios que cumplan con los estándares mínimos de calidad exigidos por los demandantes”<sup>1</sup>

Debemos estar claros que con la globalización no desaparece el subdesarrollo de los pueblos, pero se busca desaparecer las barreras físicas y debilidades económicas, políticas, ideológicas, tecnológicas y científicas con el afán de formar un solo mercado mundial los mayores beneficios son captados por las naciones poderosas detectándose algunas corrientes en las que Latinoamérica también se ve inmersa participando necesariamente en el concierto de naciones.

## 1.2 Tendencia Latinoamericana:

El sistema internacional de comercio experimentan importantes cambios a mediano plazo, entre ellos sobresalen los esquemas de integración. Podemos mencionar como

---

<sup>1</sup> Gasparico, Juan Estuardo. La Globalización y sus áreas de influencia. Editorial Prensa Libre suplemento económico. Guatemala 1994.



ejemplo de ello la realización de un mercado interno en la Comunidad Económica Europea (CEE), los acuerdos de libre comercio entre Estados Unidos, Canadá y México, los intentos de integración de la región centroamericana. Las distorsiones que se generaron en la economía mundial a partir de la década de los 80's han producido cambios entre los cuales se menciona el efecto de la "internacionalización de la economía mundial". La economía actual tiende a homogeneizarse, a unificarse, a convertirse en una "economía - mundo", la economía se dirige hacia un "gran mercado mundial", podemos decir que hoy ya tenemos una economía internacional fuertemente interdependiente y casi integrada, no obstante subsiste la fragmentación de las políticas macroeconómicas.

Otro aspecto que se debe considerar es que se está pasando de una sociedad industrial a una sociedad informática, lo cual implica cambios en la economía norteamericana, sur dominó el mundo después de la II Guerra Mundial en el periodo de 1950 a 1975 pasó a compartir este poderío con el grupo de países de la CEE y Japón; cambios que necesariamente afectan la prestación de todos los servicios y la aplicación del conocimiento en todos los campos, por lo cual la capacitación del profesional de la arquitectura, deberá replantearse.

De igual manera la cultura es continuamente conformada respondiendo así a los cambios de la economía y de la tecnología. Los primeros efectos ya se están evidenciando ya que actualmente se ha transformado la educación, los valores y los estilos de vida. Los aspectos que se deben de considerar para ello:

i. La globalización de la economía se verá correlacionada a un fuerte sentimiento de afirmación cultural y de renacimiento del lenguaje de símbolos.

ii. Los cambios de concepto que llevarán a un mundo de corto plazo al mundo de largo plazo, para lo cual la formulación y ejecución de la gestión económica deberá cambiar.

III. Las transformaciones de la economía y tecnología mundial han cambiado el concepto de que las sociedades empresariales ya no pueden tener como objetivo su ganancia económica, tratando de que cumpla su rol social.

Con los últimos cambios políticos que se han originado se ha derivado una mayor participación de la sociedad en la actividad política.

### 2.3. Elementos a considerar para un modelo gerencial en América Latina:

Las tendencias que han prevalecido y los problemas económicos definen un marco de transformaciones, adaptación y sobrevivencia para la Empresa. La asignación de recursos humanos, naturales y financieros tendrá que ser altamente eficiente. Las características básicas que se requieren para lograr superar la crisis que subsistió, lograr un desarrollo económico y social y consolidar una sociedad democrática, son:

#### 1. Económico

- Se requiere un crecimiento económico sostenido superior al ritmo de crecimiento poblacional fundamentado principalmente en un modelo orientado hacia afuera basado en el crecimiento de las exportaciones y en el desarrollo de un mercado interno ampliado.
- Fortalecimiento del sector privado latinoamericano para lograr una reactivación de la economía, tal rol será apoyado en su definición y acción por el Estado.

- Fortalecimiento de los mecanismos de integración comercial con el propósito de facilitar la expansión de las exportaciones, la economía de escalas y el poder de negociación de la región en la esfera internacional.

## **2. Tecnológicas**

Los procesos de transferencia tecnológica se deben ampliar y los niveles de inversión en investigación deben crecer a niveles superiores a los actuales haciendo uso de la tecnología que lo facilite como uso de Internet, correo electrónico y todos los recursos modernos que mejoren la comunicación entre los mercados internacionales.

## **3. Sociales**

Bajo el ritmo de crecimiento económico de América Latina y los niveles de déficit social, no se puede cambiar los niveles de pobreza actuales. Se deben ejecutar acciones significativas para mejorar, equilibrar y evaluar las condiciones de recursos, bienes y servicios logrando una utilización óptima de los mismos que facilitan los procesos de cambio en franca búsqueda del beneficio colectivo

## **4. Político:**

El fortalecimiento democrático en América Latina es viable, a pesar de las crisis económica. Las actuales tendencia son las siguientes:

Rol creciente y activo del sector privado como motor de desarrollo, reactivación del aparato productivo, incorporación de tecnologías informáticas apropiadas, tasas elevadas de crecimiento de población, crecimiento acelerado de la demanda de servicios básicos, niveles de pobreza aun significativos y desestabilizadores, mecanismos de integración

económica y comercial fortalecidos y ampliados.

Todo lo anterior hace suponer, que las políticas a explicar por parte tanto de los gobiernos, como de los organismos económicos y empresariales de toda índole, deben buscar mecanismos gerenciales para coayudar en la toma de decisiones acertadas. Esta acción inclinara la balanza hacia su ordenamiento clave, para ir dando solución a los problemas mas apremiantes detectados en cada país de América latina. La búsqueda de soluciones congruentes y ordenadas que admitan la necesidad de un trabajo en bloque, en unión o alianza de naciones en franco beneficio mutuo, donde bienes y servicios se comparten en un único interés de brindar beneficio social.

América Latina comparte un marco de necesidades comunes, una problemática muy similar entre un país y otro esto hace que las decisiones integradas como bloque también sean comunes, las soluciones de apoyo e intercambio económico, industrial, cultural, etc. se viabilizan extraordinariamente al tomar conciencia de esto ya que el mutuo interés de salir avantes crea mecanismos de intercambio favorables en dos vías, conscientes y claros de cada necesidad en particular. Si se toma plena confianza de esto, sin intereses de perjudicar al otro sino de dar soluciones gerenciales planeadas; el panorama de América latina podría ser halagüeño y promisorio a la inversión extranjera con todos los beneficios que esto implicaría para cada uno de los países.

La actualización de los profesionales en este mundo económico y culturalmente cambiante, obliga a considerar el conocimiento de las teorías y tendencias más ventajosas empleadas por las economías mas avanzadas.

## 2.4 El proceso modernizador en Guatemala.

A partir de la firma de la paz en diciembre de 1996 se abren nuevas expectativas para el proceso de modernización en Guatemala, en todos los campos de la vida activa del país.

“Para Guatemala se proyecta una imagen para que los agentes económicos internos y externos, concurren al salvamento de la economía centroamericana, mediante el necesario impulso de la inversión privada y pública, en condiciones que permitan crear las fuentes de empleo necesarias para reponer los puestos de trabajo perdidos en los años de conflicto y absorber productivamente a los miles de jóvenes que año con año se agregan a la fuerza laboral.”<sup>2</sup>

El camino para desarrollar la economía Guatemalteca se fortalecerá con el aporte de instituciones internacionales de cooperación técnica y financiera. Aporte que se constituirá en proyectos de desarrollo en las diferentes áreas.

La incipiente economía del país, el lento y difícil acceso a las nuevas tecnologías, el mal manejo de la política económica interna, son los principales obstáculos que bloquean la inserción de las economías centroamericanas en las corrientes del comercio mundial, debido a ello se hace más difícil accederse al proceso de globalización, forzando a sufrir cambios a corto plazo ya que no se está preparado ni se tiene el debido soporte tecnológico llegando a afectar los sectores sociales menos favorecidos, directamente a la agricultura, industria y los servicios.

Esto afecta directamente a la agricultura, la industria y los servicios.

---

<sup>2</sup> Revista: Reporte política/panorama centroamericano No.124 Guatemala hacia su nueva imagen. Guatemala 1997

Se han anunciado fuertes aportes económicos por parte del Banco Interamericano (BID) para el apoyo de proyectos de interés social, que tienen como objetivo la reactivación del mercado Guatemalteco.

El proceso de estabilización en Guatemala en los campos de desregularización, descentralización y privatización de empresas del estado, permitirán; Niveles de productividad mas elevados en los servicios públicos y competitividad por partes de empresas privadas.

“Aun cuando estos procesos de modernización del estado siguen siendo fuertemente adverzados por organizaciones sociales descontentos por el alza en los precios de servicios, el proceso se perfila como irreversible, pues Centroamérica debe prepararse y cumplir los requisitos que imponen su futura incorporación al bloque comercial mas grande del mundo integrado por Estados Unidos, México y Canadá”<sup>3</sup>.

Es innegable que Guatemala se perfila con una buena representación en el exterior, tanto en el campo político como en el económico; lo que sumado a su estratégica posición geográfica podrá absorber importantes niveles de inversión externa en los últimos años.

-Perfil macroeconómico para Guatemala.

La visión macroeconómica para Guatemala permitirá establecer un crecimiento que permitirá una mejora sostenible del nivel de vida de los habitantes.

---

<sup>3</sup> Revista: Reporte política/panorama centroamericano No.124 Guatemala hacia su nueva imagen. Guatemala 1997

El horizonte de la economía de Guatemala así como de Centroamérica con su integración en bloque, debe continuar realizando esfuerzos conjuntos para expandir el turismo receptivo a la región y considerar otras oportunidades de mejora.

Esta tarea de integración se estima clave y estratégica para apoyar la recuperación del crecimiento económico y la creación de nuevas fuentes de trabajo.

1. El arquitecto debe considerar el origen y evolución de la profesión y profundizar en ellos con el único afán de mejorar su formación y preparación profesional.

Para el conocimiento de la profesión se hace necesario ir a las raíces, a las bases, analizar las influencias recibidas, puede reconocerse que desde el inicio ve la fuerte influencia española en cada país del continente americano sin que Guatemala fuera la excepción observaremos cual espectador, como el poder colonizante pudo influir o afectar el campo de la arquitectura y de la expresión del hombre en todo aspecto de su vida diaria hasta hoy día.

Así mismo, el que hacer del arquitecto a través de la historia de Guatemala ha tenido que adecuarse a las necesidades que el momento histórico fue requiriendo.

El papel del arquitecto ha tenido en todo tiempo un lugar primordial en el desarrollo de los pueblos, de la conformación de cada ciudad puede observarse a través de fotografías, revistas, etc. Los grandes cambios en cada traslado sufrido por nuestra capital al querer asentarse como tal.

En ese intento de hacerse presente, de figurar con obras civiles, de tener una presencia en la historia de Guatemala, se

ve el proceso a pasos agigantados de su modernización, el cual no se ha estancado es mas, a seguido recibiendo constantes influencias extranjeras.

### 1.5 La Influencia Externa En La Arquitectura Guatemalteca

La historia de la arquitectura refleja distintos matices que la identifican con otras disciplinas y que permiten se le pueda estudiar como auxiliar de ellas.

Al presentar una descripción teórica de los principales rasgos que caracterizan a la arquitectura guatemalteca, se hace necesario deducir de ese proceso, aquellos aspectos que perteneciendo al campo de la planificación, de la administración y de la dirección de las obras, no se reflejan en la descripción histórica; razón por la cual se presenta una síntesis histórica y una relación con los procesos de dirección que constituyen el aporte de este trabajo.

Por definición, "Guatemala es un país donde coexisten grupos culturales variados. \* cita-22.

No se puede hablar de una Arquitectura Guatemalteca excluyente precisamente por haber varias culturas. Existe una Arquitectura Popular respecto a una Arquitectura Culta, así también una Arquitectura Rural y otra Urbana, donde hay diferentes expresiones estéticas arquitectónicas".(1)

Guatemala evidencia una posición singular en cuanto a la solución de sus propias necesidades en formas muy particulares.

Desde el siglo XVI al XIX se consume una Arquitectura de conceptos Feudales que se trae de Europa hacia América.

Se dan entonces dos grandes etapas de influencia arquitectónica:

### La Primera Etapa

Es una Arquitectura de influencia Mediterránea, manzana tipo bloque, plaza central, alrededor de la misma se circunscriben los edificios principales de orden administrativos o de poder.

Cuando los españoles llegaron a Guatemala, en 1,524, se alojaron en las casas de los indígenas o en campamentos improvisados de campaña. En Iximche, la capital de los cakchiqueles, Alvarado fundó la ciudad de Santiago el 25 de julio de 1,524. En noviembre de 1,527, se dio asiento a la capital en el valle de Almolonga, Don Manuel Toussaint afirma que: "Los conquistadores trazaron las ciudades de América según los sistemas empleados en la Vieja Europa.. Dos tipos fundamentales imperan: la traza cuadrículada que se emplea en terreno plano y la traza irregular usada en sitio montañoso. La primera, atribuida a Hipodamos de Mileto, filósofo griego, fue adoptada por los romanos y ellos la llevaron a España. La traza irregular es de origen moro"<sup>4</sup>. El primer constructor que hubo en nuestro país, fue Francisco de Porras.

---

<sup>4</sup> Entrevista Arq. Ayala Carlos  
CIFA, Facultad de Arquitectura USAC, Guatemala 1994

Los españoles se dieron a la tarea de edificar la que con el tiempo se denominaría Ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala. Se construyen los techos con teja, no de paja; se introduce agua, se ordena la construcción de sumidero, se construyen desagües permanentes y se procede lentamente al empedrado de las principales calles. Las obras públicas de la ciudad se complementan con el aderezo y disposición de alamedas y plazoletas, con la construcción de fuentes y pilas públicas con lavaderos. "La ciudad se convierte en lugar afamado por sus abundantes búcaros, artísticos y cristalinos estanques. En 1,542 se inicia la construcción de la Catedral por el arquitecto Rodrigo Martínez de Garnica."<sup>5</sup>

Los españoles emprendieron la traza sistemática de sus ciudades, con plazas y calles; y la construcción de sus templos, con atrios, muros, altares y campanarios, fachadas, cúpulas, cruces y lámparas; construyeron sus casas de balcones y celosías, puertas clavadas, patio central y fuente, corredores o crujías, salas, cámaras y servicios, caballeriza y techo de teja de barro; y construyeron palacios, con arcadas, salas de armas, capilla, salas de reunión y de audiencia, cárcel y arcones de la hacienda Real.

En esta etapa de la Historia, la arquitectura es una de las más grandes y bellas herencias que ha dejado desde el período colonial en América.

Un arte hecho de piedra, madera y en ocasiones de metal pero sobre todo un arte hecho de talento, imaginación, amor y fe, en sí mismo y en lo sobrenatural. Así lo podemos ver desde las primeras grandes construcciones coloniales, levantadas a

---

<sup>5</sup> Convección en Videocasete "Punto de Encuentro, Sección histórica Iberoamericana, España 1988.

pocos años de haberse consumado la conquista. Son los llamados conventos fortalezas, construidos por los misioneros y los primeros catequizados. Pesadas estructuras, gruesos muros, sólidos contrafuertes, espacios cerrados nos hacen pensar más en la guerra que en la predicación.

Además del talento en la construcción es admirable la capacidad de ornato con la que poco a poco los templos y los conventos se van embelleciendo para fines del siglo XVI ya aparecen en los grandes centros como Guatemala templos que nos hablan de la humildad franciscana, el lujo agustino, o el equilibrio dominicano, integran como lo vendrá a hacer siglos después la arquitectura contemporánea los elementos constructivos con el decorado y el diseño.

“Durante las primeras épocas virreinales el arte arquitectónico es el religioso. Allí es donde surge el teclipti como se conoce en México al arte indoamericano.”<sup>6</sup> Producto mestizo de la fusión de dos pueblos, el indígena y el español. Un poco más tarde comienzan a surgir también las obras civiles y públicas, acueductos, fuentes monumentales, plazas públicas y mercados, alamedas, puentes, portales, garitas, aduanas, después los palacios y las haciendas que llevaron al campo el lujo de las ciudades. Junto con este desarrollo producto de una sociedad viva, creciente y opulenta surgen las grandes ciudades hasta llegar a convertirse en la gigantesca sorpresa del arte del Nuevo Mundo, los templos del barroco. Esta sociedad nueva, pujante, rica, imaginativa, encuentra en el barroco su mejor forma de expresión y se recrea en él, se

---

<sup>6</sup> Colección en videocasette “Punto de encuentro” sección: Historia Iberoamericana, España 1988.

interpreta asimismo, se representa en la tierra su morada celestial. El barroco iberoamericano es uno de los grandes mitos en la historia mundial de la arquitectura y es también culminación y cumbre durante más de dos siglos. Hoy la arquitectura colonial sigue siendo una de las bellas propuestas que el arte nos presenta a los guatemaltecos para entendernos mejor.”(6)

“A mediados de 1,773, la ciudad de Guatemala ofrecía uno de los panoramas urbanísticos más deleitables en la América española. En ella se había objetivado los afanes espirituales y materiales de dos siglos y medio de sujeción del indígena y proyección de la rica cultura de España, que alcanzo en el Nuevo Mundo insospechables manifestaciones de grandeza, comunión con los pueblos vencidos y expresión vigorosa en manifestaciones de grandeza” (6). Pero en julio de 1,773, se experimentó un terremoto que hizo que el cabildo determinara el traslado de la ciudad al valle de las Vacas.

Delineada la Nueva Guatemala de la Asunción por el ingeniero Don Luis Díez Navarro y sometidos los planos a la aprobación Real, con enmiendas que le hizo el arquitecto de la Corona, Don Francisco Sabatini (1776) se puso en ejecución la traza, siguiendo en la nueva ciudad los cánones urbanísticos de la Antigua. En la Nueva Guatemala surgió una escuela arquitectónica cuyos orígenes han de buscarse en el movimiento general del neoclasicismo a lo cual no fue ajeno, ya que Don Pedro Garci Aguirre hubiese fundado aquí con el patrocinio de la Sociedad Económica, una escuela de bellas artes, que tuvo notable influjo en el desenvolvimiento de la nueva ciudad. “El neoclásico, en Guatemala, se inicia con la construcción de la Catedral; y este edificio, por así decirlo, es como el símbolo de la nueva escuela y las nuevas ideas que presidieron la arquitectura y otras artes en nuestro país por

espacio de mas de cien años. También se construyeron el ultimo palacio de los capitanes generales de Guatemala. llamado después Palacio Nacional, en donde se proclamo la independencia de Centro América el 15 de septiembre de 1,821<sup>(\*)</sup> Otros edificios como la aduana, tabacos, correos y presidio de San Carlos fueron proyectados por don Marcos Ibanez, la fuente de Carlos II fue delineada por Bernaconi, la Universidad (actual edificio de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales) es obra de Bernardo Ramírez y don Santiago Marqui. También se construyeron iglesias como el templo de San Francisco, de Santo Domingo (1778) La Recolectión (1796), convento de Santa Teresa, hospital de San Juan de Dios y otro de Capuchinas (1777)"<sup>7</sup>.

La conclusión de los grandes templos de la Nueva Guatemala cierra un periodo brillante de la arquitectura local, que entonces tuvo preocupaciones diferentes, aunque la actividad constructiva entro en decadencia.

En la época de Galvez, una de las figuras sobresalientes es el arquitecto don Miguel Rivera Maestre, que levanto planos de la ciudad de Guatemala, y de algunos sitios históricos y arqueológicos y los trabajos del primer teatro nacional. El teatro que luego le llamo Carrera, Nacional y Colon, se construyo a mediados del siglo XIX bajo la dirección de don Juan Matheu. Otras obras importantes de este periodo son las fortificaciones de la ciudad de Guatemala. En época de Carrera se construyo el castillo de San José (1846) que se levanto atrás de la colina del calvario. Mas tarde el antiguo edificio de la sociedad Económica, que ahora ocupa el

---

<sup>7</sup> Mobil, José Alfredo  
Historia del Arte Guatemalteco. Guatemala 1988

## La Segunda Etapa

Arquitectura de origen Europeo o Arquitectura Moderna con influencia de Alemania o Inglaterra. Se ven rascacielos o edificios de gran altura, al ser trasladada esta influencia a Guatemala, crea un gran aporte donde el punto de vista estético, del mundo capitalista conceptos de eficiencia y valor del capital. Esta tendencia modernista data desde finales del siglo pasado.

Existe en el país además la corriente de Arquitectura Expresionista con gran dominio de la plástica y del color.

“Se atribuye al general José María Reyna Barrios la frase de querer convertir a Guatemala en un pequeño París. Para ello se hizo venir buen número de artistas extranjeros, que con el concurso de nacionales, realizaron las siguientes obras: traza del cantón Barrios y del cantón de la Exposición, bulevar de la Reforma, puente de la Penitenciaría (obra del ingeniero italiano Páyela). Famoso es el edificio de la Propiedad Inmueble, inaugurado en 1896, ejemplo notable de aquella arquitectura fin de siglo que se autodenominaba renacimiento francés”<sup>8</sup>.

La corriente que vino a Guatemala es la Arquitectura pragmática del eficientismo a toda costa que viene a ser adoptada en los años 20', donde se ve el concreto armado; después de los terremotos de 1917 y 1918 vinieron a

---

<sup>8</sup> Mobil, José Alfredo / Historia del Arte Guatemalteco  
Guatemala, 1988



interrumpir el proceso general de las artes plásticas en Guatemala. Las laminas de zinc acabaron con los antiguos techos de teja; las paredes de las casas fueron en los sucesivo muy bajas, y las construcciones, en general, de una sola planta.

Un tipo de arquitectura se impuso con las escuelas de bajareque, contribucion de los departamentos a la reconstrucción de la capital, algunas de las cuales son todavía fácilmente reconocibles. La huella de este estilo, en Guatemala, debe seguirse desde la construcción del antiguo edificio de correos; y es perceptible en muchas casas particulares, construidas después del terremoto. Ha sido lenta la restauración de las cúpulas y torres de los principales templos, iniciada en la década de los veinte, Cerrito del Carmen, Catedral, San Francisco, la Recolectión, y Santa Teresa. En esta época se forma la academia de bellas artes, ahora llamada escuela de artes plásticas, con un grupo de discípulos de aquella generación y de artistas extranjeros que vino a Guatemala en la época de Reyna Barrios y Estrada Cabrera.

La arquitectura contemporánea se inicia con el arquitecto Rafael Pérez de León quien trabajo en la reconstrucción de la cúpula llamada arquitectura colonial de Guatemala; y luego unió su nombre a la obra del palacio nacional, con fuerte influencia de la corriente francesa en que se había iniciado. El palacio nacional es una de las grandes realizaciones de la arquitectura de Guatemala en la primera mitad del siglo veinte. En ella trabajaron también Julio Urruela, Galeotti Torres, Grajeda Mena, González Goyri, Dagoberto Vasquez y otros. Luego "con Juan de Dios Aguilar recibió la arquitectura un impulso nuevo al proyectar la urbanización y construcción del estadio nacional, la superestructura del

puente Belice, en la carretera al Atlántico sobre el río las Vacas y muchas obras menores realizadas por la Dirección General de Obras Publicas".

Los sectores con posibilidades económicas promueven grandes tecnologías en construcciones de concreto armado. Arquitectura con tendencia Modernista como por ejemplo los edificios que aún podemos apreciar de la 8a, 9a calles, 5a y 10a. avenidas de la zona 1. Son edificios que actualmente se pueden ver.

Económicamente el país se incorpora a la vida productiva con la administración del General Don Jorge Ubico.

A finales de 1930 se lanzan grandes obras constructivas proconstrucción de la ciudad, es una época revolucionaria, el Estado asume la concepción edilicia (La Villa Olímpica, Centro Cívico, Hospital Roosevelt, etc.) en un intento por ordenar la ciudad de Guatemala.

Se promueven proyectos de Núcleo, para centralizar los edificios públicos de la ciudad, modificación de la infraestructura física natural con el afán de favorecer el desarrollo urbano.

La adopción del Modernismo tuvo un irrespeto al patrimonio natural del país.

Del concreto armado utilizado para las nuevas edificaciones se benefició solamente la minoría urbana, ya que la mayoría de la población seguía utilizando adobe y una arquitectura totalmente tradicional.

La Arquitectura Moderna fue una adopción de la formalidad extranjera. Es de extrañarse que siendo Guatemala un país



forestal, no se desarrolló una Arquitectura en madera, en su lugar, se importaba el vidrio, hierro, acero, etc.

En la época de La Revolución, la producción arquitectónica en Guatemala tuvo características de equipamiento social como construcción de escuelas, bibliotecas, conservatorio nacional de música, hospitales, guardanías, construcción de la ciudad Olímpica, drenajes, pavimentación, etc. mejorar a toda costa las condiciones de vida de la población, por ende, hubo mejoras en el mercado de la construcción por la gran demanda adquirida.

"La arquitectura local se desarrolló con procedencia internacional: copiando estilos e implantándolos en el sector que los solicita".<sup>9</sup>

Desde los últimos años de la década del cuarenta comenzó a percibirse en Guatemala un espíritu renovador que fue sabiamente captado por jóvenes entusiastas que emprendieron estudios de arquitectura en el exterior, y luego al volver a Guatemala, pusieron las bases de esa profesión en la Universidad, lo que ha permitido el surgimiento de una nueva época, de buenas realizaciones. "El arquitecto Roberto Aycinena, primer decano de la Facultad de Arquitectura y que dirigió la sección de urbanismo en la Municipalidad de la capital. En esta época se construyó el edificio de la biblioteca y archivo nacional por Rafael Pérez de León y Enrique Riera. De este primer intento, se da un salto vertiginoso al edificio del palacio municipal, fue construido por los arquitectos Pelayo Llerena y Roberto Aycinena; el edificio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social por Jorge Montes Córdoba y Roberto Aycinena y el edificio del Banco de Guatemala de Jorge Montes Córdoba, Raúl Minondo y Carlos Haeussler".<sup>1</sup>

---

<sup>9</sup> Entrevista Arq. Ayala Carlos

Luego se construyeron los primeros edificios de la Universidad de San Carlos, El Teatro Nacional. De esa época para nuestros días se ha tenido un porvenir extraordinariamente fecundo en urbanística y arquitectura de edificios estatales, comerciales, y residenciales. Otro tanto se puede pensar del muralismo y la escultura monumental que han acompañando el surgimiento y desarrollo de nuestra arquitectura.

Durante los años '60 y '70 la iniciativa privada también inicia la construcción de edificios mayores. Surge primero el edificio de apartamentos El Prado y que se suman los de varios hoteles modernos, tales como El Ritz Continental, El Camino Real (1970). Los de la cámara de industria, edificio el triángulo, el de apartamentos y oficinas real Reforma".<sup>10</sup>

Las edificaciones actuales, surgidas de 1980 hasta las que se llevan a cabo actualmente han cobrado una gran relevancia al aspecto formal de la arquitectura capitalina, dándole características de desarrollo y prosperidad económica, apariencia evidente de modernismo, adecuándose a las características de las ciudades más importantes del mundo.

En la actualidad, la arquitectura se ha visto influenciada por tendencias modernas aplicadas en los países desarrollados, en ciudades tipo metrópoli donde se concentran actividades de producción y comercialización de tipo industrial y comercial de variados intereses. La Arquitectura de hoy retorna a la utilización de elementos clásicos, el uso de High-tec, la

---

CIFA, Facultad de Arquitectura USAC, Guatemala 1994

<sup>10</sup> Mobil, Jose Alfredo / Historia del Arte Guatemalteco, Guatemala 1988

evolución del manejo del metal y el diseño por computadoras, incorporándose al uso de alta tecnología (Internet, diseño por computadoras con programas específicos, realidad virtual, etc.)

En resumen podemos decir que la síntesis histórica presentada permite deducir que el proceso de desarrollo de la arquitectura Guatemalteca tiene fuertes influencias externas en sus diferentes niveles de análisis, y para el presente estudio es conveniente relacionarla con el proceso de dirección que conlleva la edificación y del cual puede inferirse la siguiente argumentación:

Todo el sistema de traza urbana que requirió el asentamiento de ciudades hispánicas tenía fundamento en un sistema de planificación que tomaba en cuenta la infraestructura que le daba soporte a la ciudad.

La influencia extranjera se evidencia a partir del proceso de colonización con la participación de arquitectos españoles aplicando el concepto formato de trazo de ciudad utilizado en Europa y repetida o implantada en cada país de América Latina conquistada.

Se hace mención de una traza sistemática, luego entonces se perciben procesos de decisión, de selección de alternativas, y otra serie de procedimientos técnicos propios de la planificación. Es innegable entonces, que la participación del arquitecto ha sido de toma de decisiones, de interrelación con otras disciplinas, y sobre todo de una práctica de dirección que si bien no es explícita en la relación histórica, existe por si, en el proceso de edificación.

“La percepción más significativa que merece ser deducida como aplicación de la Arquitectura dentro del proceso de administración es el momento en la cual la obra pública forma parte de la administración del gobierno político y la edificación se rige apartir de normas, de reglamentos, de prioridades, de decisiones no solo técnicas sino políticas y de carácter económico en cuanto a la inversión pública”(1).

En todo momento de la historia, se ha evidenciado al Arquitecto, no solo como el profesional capacitado para tomar decisiones y llevar a cabo los proyectos sino sobre todo ha demostrado tener gran capacidad de administración para poder gerenciar y desarrollar proyectos de gran envergadura. En todo momento histórico durante el desarrollo de los proyectos hubo siempre necesidad que el Arquitecto figurara para llevarlos a cabo tal como el los planificó. Esto evidencia aplicación de estrategias que conscientemente o no, ejercía gerencia al administrar y buscar recursos, dirigir personal, etc.

La participación del Arquitecto en este nivel de decisiones se hace más evidente apartir de la década del '50, cuando la inversión pública se acelera y se promueven los procesos de licitación, siendo aquí donde el ciclo de la administración de proyectos es un soporte de la planificación Arquitectónica.

El arquitecto en el afán de satisfacer las demandas que la sociedad requiere, debe ser capaz de gerenciar sus proyectos para poder competir en un campo cada vez más exigente. Esto evidencia que el Arquitecto tenga una sólida formación en el área gerencial.

En la actualidad, la desaparición de entidades gubernamentales como la dirección General de Obras Públicas donde empleaban arquitectos para hechar a andar los

proyectos de obra civil ha cambiado drásticamente con la asignación de estos proyectos a la iniciativa privada originando la privatización en el proceso de construcción. Esto cambia la visión del arquitecto hacia un enfoque más empresarial ya que el esquema público hoy día está prácticamente fuera de contexto.

Para visualizar lo anterior, se presenta un sistema de diagramación donde se fundamenta el modelo deductivo, por medio de la interpretación de niveles de análisis.

**2.6** Modelo de Análisis del Desarrollo Profesional y su inserción en los diferentes momentos históricos y campos de acción:

- a) Desarrollo Profesional como Arquitecto: Presenta un análisis amplio bajo el esquema de desempeño del arquitecto en las áreas generales como: Diseñador, Planificador y como humanista y su participación en la actividad arquitectónica a través del tiempo , así mismo, la influencia de la arquitectura extranjera en el ámbito Guatemalteco partiendo desde la época colonial.
- b) Desarrollo Gerencial como Profesional: Se plantea bajo el esquema de alcances del profesional de logros, de competencia y producto ante la actual dinámica del nuevo orden económico mundial.
- c) Desarrollo estratégico como Arquitecto-Gerente. Bajo el esquema de bloque centroamericano, ubica al profesional con visión estratégica y capacidad de promover proyectos de desarrollo social administrando por objetivos.

# A. DESARROLLO PROFESIONAL COMO ARQUITECTO

BAJO EL ESQUEMA DEL DESEMPEÑO



- ARQUITECTO DISEÑADOR
- ARQUITECTO PLANIFICADOR
- ARQUITECTO HUMANISTA

INFLUENCIA DE CIUDADES CON DISEÑO URBANÍSTICO.

INFLUENCIA DE LA ARQUITECTURA EUROPEA.

ARQUITECTURA INSTITUCIONAL, HEREDITARIA Y SERVICIOS.

ARQUITECTURA DE PRODUCCIÓN INDUSTRIAL-COMERCIAL CON EXIGENCIAS DE SU PROCESO DE DIRECCIÓN Y PLANIFICACIÓN.

ACTIVIDADES ARQUITECTONICAS Y TIPOS DEL TIEMPO

ARQUITECTURA CON CONCEPTOS FEUDALES

ARQUITECTURA MEDIO-TERRANES COLONIAL

ARQUITECTURAS DE OBRA CIVIL

RELIGIOSA Y MILITAR

ARQUITECTURA URBANA

ARQUITECTURA RURAL

ARQUITECTURA POPULAR

ARQUITECTURA CULTA

ARQUITECTURA DE RASCACIELOS, EFICIENCIA Y VALOR DEL CAPITAL, DOMINIO DE LA PLÁSTICA Y EL COLOR.

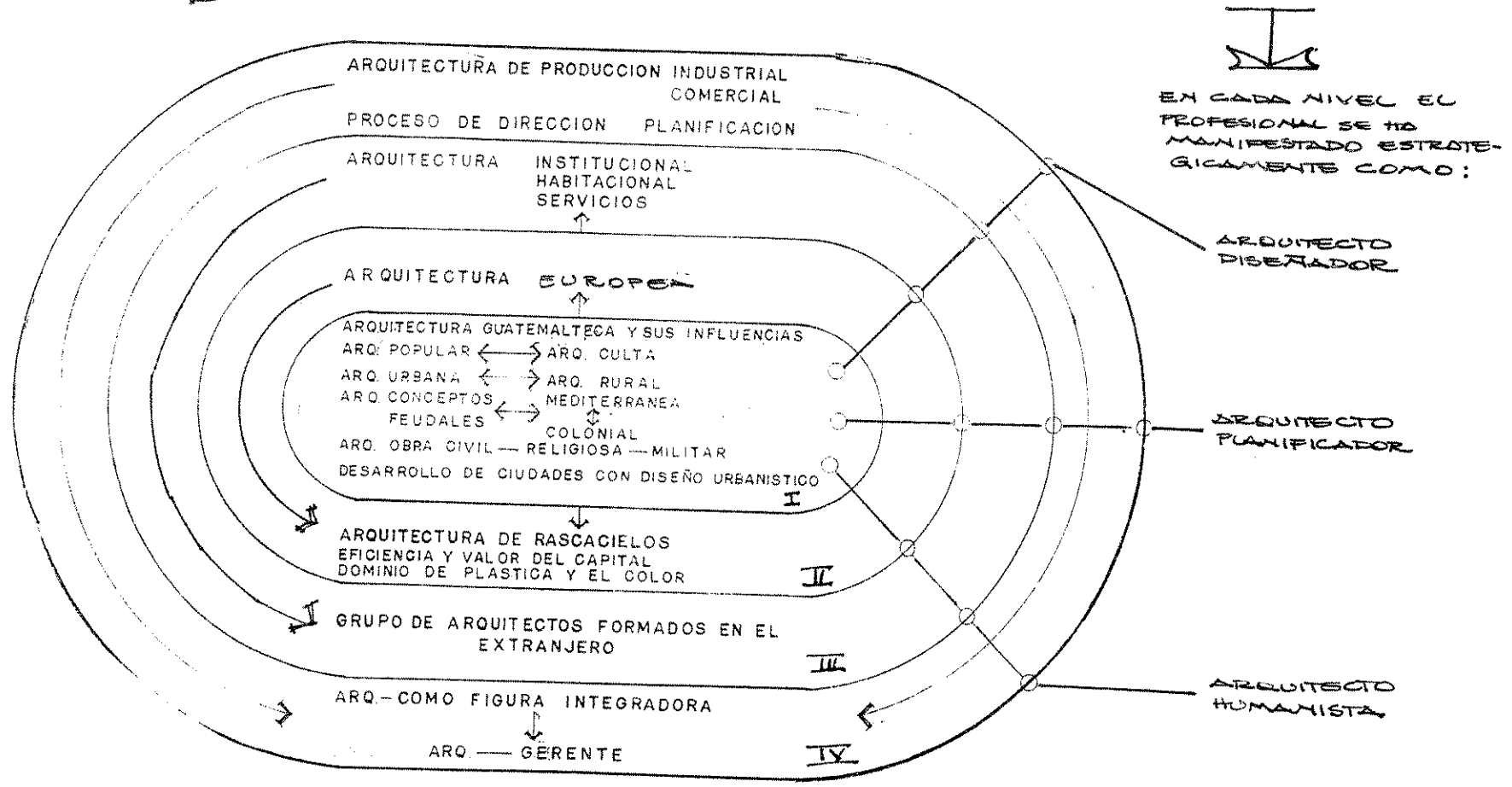
GRUPO DE ARQUITECTOS GUATEMALTECOS FORMADOS EN EL EXTRANJERO.

NECESIDAD DE UN ARQUITECTO COMO FIGURA INTEGRADORA DANDO ORIGEN AL "ARQUITECTO-GERENTE".

MODELO DEDUCTIVO POR MEDIO DE LA INTERPRETACIÓN DE NIVELES DE ANÁLISIS.

a.) DINÁMICA DEL ORDENAMIENTO HISTÓRICO EN EL DESEMPEÑO DEL ARQUITECTO EN EL PROCESO DE LA EDIFICACIÓN.

DESARROLLO PROFESIONAL COMO ARQUITECTO



GRAFICACIÓN DE ELABORACIÓN PROPIA. 1997

MARCO REFERENCIAL DE LA GESTIÓN HISTÓRICA DEL ARQUITECTO  
 — EL PAPEL DEL ARQUITECTO A TRAVÉS DE SU DESEMPEÑO EN  
 EL CONTEXTO SOCIAL GUATEMALTECO —

PRESENTACIÓN DEL ROL DE DESEMPEÑO



a. + ROL DE DESEMPEÑO



EJEMPLOS DANDO ATENCIÓN A:

APLICACIÓN:

- DIRECTOR → EN FUNCIONES BUROCRÁTICAS.
- ADMINISTRADOR → EN FUNCIONES PARTICULARES Y/O EN LA EJECUCIÓN DE OBRAS.
- PLANIFICADOR → EN FUNCIONES INSTITUCIONALES DE GOBIERNO E INICIATIVA PRIVADA.
- EJECUTOR → EN FUNCIONES DE EJECUCIÓN DE OBRAS CIVIL SECTORIAL.
- DISEÑADOR → EN FUNCIONES DONDE ABRACA TODOS LOS NIVELES.
- ASESOR → EN FUNCIONES A NIVEL DE CONSULTORÍA Y/O DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA (EXCENIA).
- GERENTE → EN FUNCIONES DE DIRECCIÓN POR MEDIO DE GRUPOS CORPORATIVOS.

- ARQUITECTURA POPULAR:
  - DE GOBIERNO: INUI, SANUI, FIS, FOGUAYI.
  - PARTICULAR: VIVIENDAS, COMERCIOS, ETC.
- ARQUITECTURA DE GRUPOS URBANOS: EMPRESAS PRIVADAS, BANCOS, ASEGURADORAS, CORPORACIONES, ETC.
- ARQUITECTURA VERDÚSCOLA: (DE GESTIÓN CULTURAL-LOCAL) MAESTROS DE OBRAS CALIFICADOS, TÉCNICOS Y OBREROS CALIFICADOS Y NO CALIFICADOS.
- ARQUITECTURA INDUSTRIAL: EMPRESAS, GRUPOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS.
- ARQUITECTURA DE SERVICIOS: GRUPOS CONSULTORES.

DE NOMINADORES COMÚNES

ENTRE LA APLICACIÓN Y LOS EJEMPLOS DONDE SE EVIDENCIAN ALGUNOS ASPECTOS DEL AMPLIO ROL DE DESEMPEÑO DEL ARQUITECTO, SE HA VISTO EN LA NECESIDAD DE TOMAR DECISIONES (LO QUE SE DEBE Y NO SE DEBE HACER EN EL MOMENTO JUSTO) PAPEL DEL GERENTE Y LA CAPACIDAD DE COMPRENDER EL FUTURO, DONDE APLICA LA VISIÓN GERENCIAL DEL ARQUITECTO.

## b. DESARROLLO GERENCIAL COMO PROFESIONAL

MODELO DEDUCTIVO POR MEDIO DE LA INTERPRETACIÓN SEGÚN NIVELES DE ANÁLISIS:

BAJO EL ESQUEMA  
DE ALCANCES



• PROFESIONAL DE LOGROS.  
(CON CAPACIDAD PRODUCTIVA)

• PROFESIONAL DE COMPETENCIA.  
(OBTENCIÓN DE RESULTADOS)

• PROFESIONAL PRODUCTIVO  
(DE TOMA DE DECISIONES)

DINÁMICA DEL NUEVO ORDEN ECONÓMICO MUNDIAL:

1. GLOBALIZACIÓN

ACERCAMIENTO A LOS PATRONES DE CONSUMO EN LOS CAMPOS DE: • COMUNICACIÓN • ECONOMÍA • NEGOCIOS • POLÍTICA. SINTETIZADO EN UNA TENDENCIA MACRO-ECONÓMICA.

2. INTEGRACIÓN

EFFECTOS QUE SE PRODUCEN EN LOS PATRONES DE CONSUMO VIEREN DETERMINADOS POR:  
• ORGANIZACIÓN REGIONAL  
• LIBERTAD EMPRESARIAL  
• TRANSFERENCIA DE MERCADOS  
• UTILIZACIÓN RACIONAL DE RECURSOS

3. ESTABILIZACIÓN

LA APLICACIÓN QUE PRODUCEN LOS PATRONES DE CONSUMO SE CARACTERIZAN POR LA INCORPORACIÓN DE:  
• CONSENSO  
• LEGISLACIÓN AVANZADA  
• RÉGIMEN COMERCIAL ABIERTO  
• ESTABILIDAD ECONÓMICA.

4. BENEFICIO SOCIAL

OBTENCIÓN DE LOS PATRONES DE CONSUMO:  
1. BÚSQUEDA DEL BENEFICIO COMÚN (SOCIAL)  
2. REGIONALISMO ABIERTO (CREACIÓN DE BLOQUES)  
3. EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE DESARROLLO CONJUNTOS EN FUNCIÓN DE PRODUCCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS.

EN CADA UNO DE ESTOS NIVELES, NO SE DEBE IGNORAR LAS FUERZAS EXTERNAS QUE INFLUYEN DE UNA U OTRA FORMA EN EL PROCESO ECONÓMICO.

# DESARROLLO ESTRATÉGICO DEL ARQUITECTO-GERENTE

BAJO EL ESQUEMA DE  
BLOQUE CENTROAMERICANO



- VISIÓN INTEGRADORA  
(EN CUANTO A LOGRO DE  
EQUIDAD, EFICIENCIA,  
EFICACIA Y PRODUCTIVIDAD)
- VISIÓN DE CONSENSO  
(EN CUANTO A LOGRO DE  
LA ARTICULACIÓN SOCIAL)
- VISIÓN SOCIAL  
(EN CUANTO A LOGRO  
DEL DESARROLLO SOCIAL)

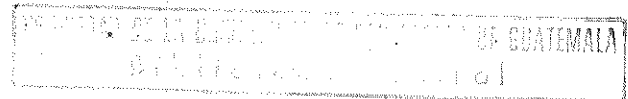
INTEGRACIÓN CENTROAMERICANA

INVERSIÓN NACIONAL  
INVERSIÓN EXTRANJERA

ESPACIO DE ORGANIZACIÓN CONJUNTA CON  
EL PROPÓSITO DE LLEVAR A CABO LA UNIÓN  
FRANCA HACIA UN DESARROLLO PROGRESIVO  
DONDE SIRVA DE MODELO: LA UNIÓN EU-  
ROPEA, TRATADO DE LIBRE COMERCIO ENTRE  
ESTADOS UNIDOS, MÉXICO Y CANADÁ.

PROYECTOS DE DESARROLLO CONJUNTO DONDE  
SE PONGA EN PRÁCTICA LA EQUIDAD, EFI-  
CIENCIA, EFICACIA Y PRODUCTIVIDAD COMO  
COMPONENTES BÁSICOS QUE INSPIREN EN  
LA EMPRESA A NIVELES REGIONALES.

ESTE CONTEXTO MACRO, UBICA AL ARQUITECTO-GERENTE CON VISIÓN ESTRATÉGICA  
EN EL MARCO PRODUCTIVO, COMO UN ENTE CAPAZ DE RENDIR, INNOVAR, PROPONER  
Y APORTAR PROYECTOS DE AMPLIA COBERTURA SOCIAL EN CUALQUIERA DE LOS  
ESQUEMAS O CAMPOS DE ACCIÓN DONDE ESTE DEBA DESEMPEÑARSE,  
PROMOVER PROYECTOS DE DESARROLLO SOCIAL Y ADMINISTRARLOS POR  
OBJETIVOS.

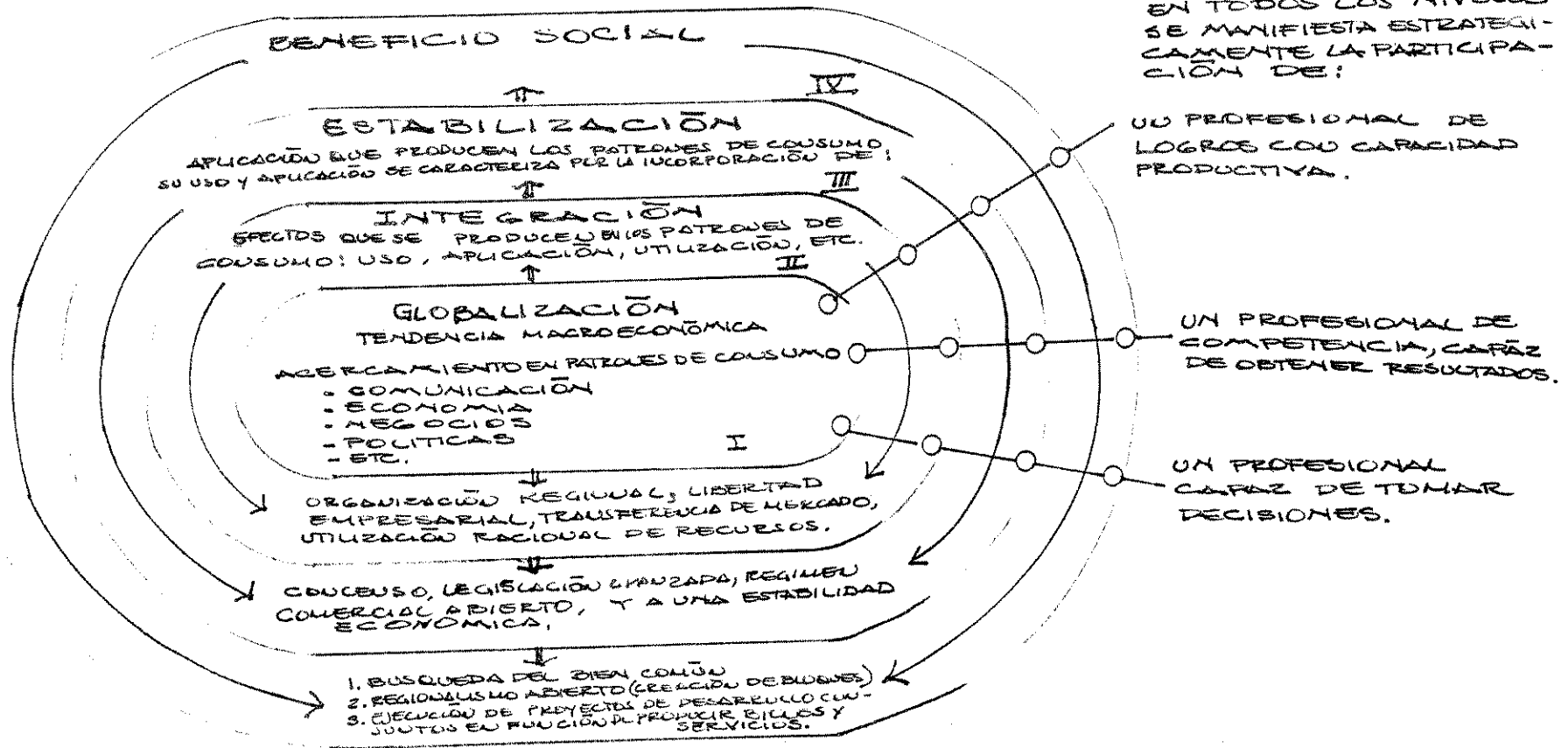




# MODELO DEDUCTIVO POR MEDIO DE LA INTERPRETACIÓN DE NIVELES DE ANÁLISIS

b.) DINAMICA EN UN NUEVO ORDEN ECONÓMICO MUNDIAL.

DESARROLLO GERENCIAL COMO PROFESIONAL ~~IV~~

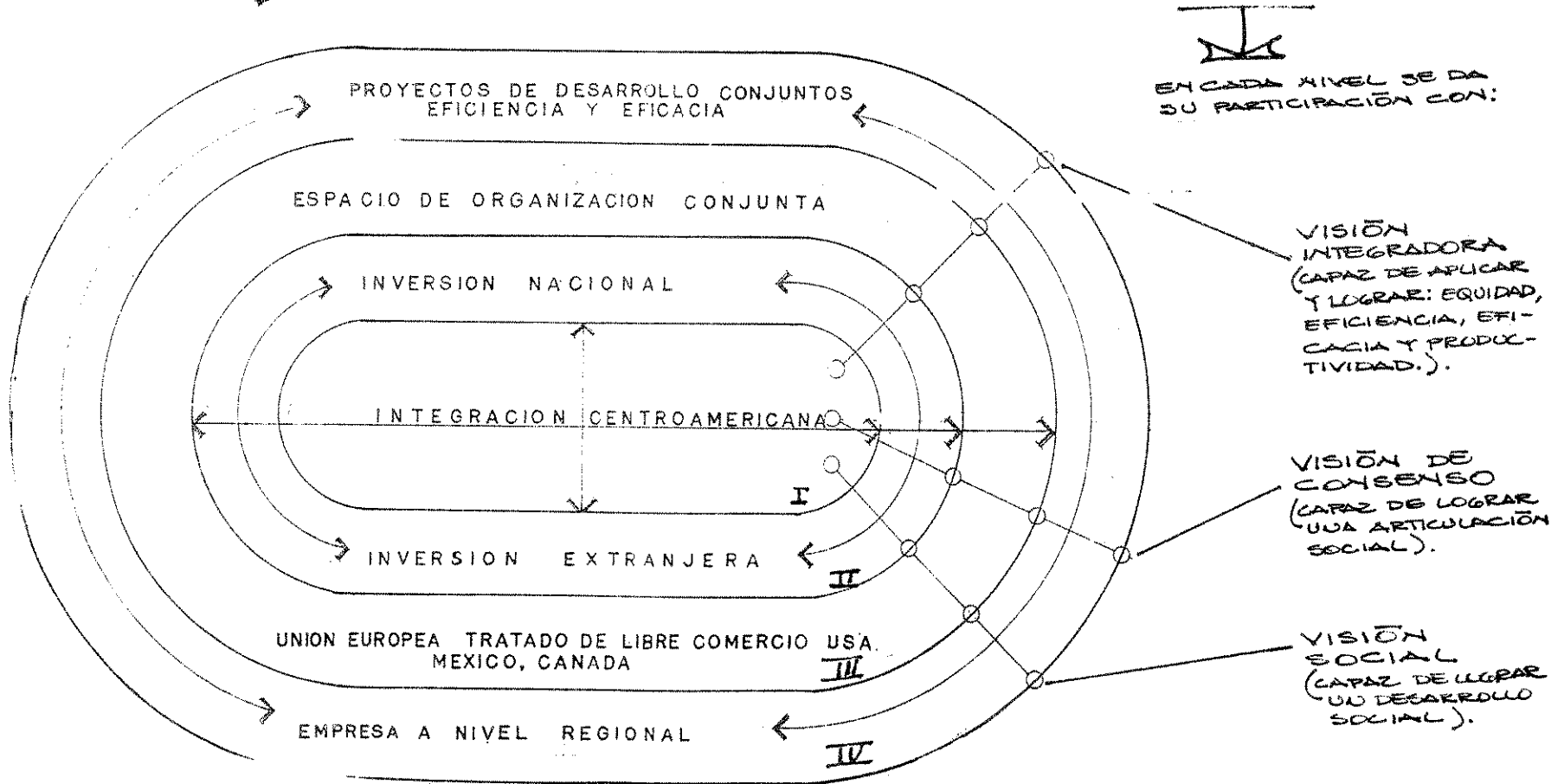


GRAFICACIÓN DE ELABORACIÓN PROPIA, 1997

MODELO DEDUCTIVO POR MEDIO DE LA INTERPRETACIÓN DE NIVELES DE ANÁLISIS

C.) DINÁMICA DEL ORDENAMIENTO ECONÓMICO COMO BLOQUE CENTROAMERICANO.

DESARROLLO ESTRATÉGICO DEL ARQUITECTO-GERENTE

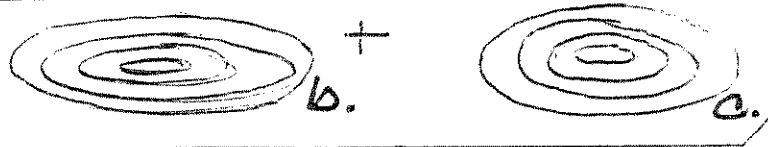


GRÁFICA DE ELABORACIÓN PEDPIA. 1997

# MARCO REFERENCIAL DE LA GESTIÓN SOCIAL DEL ARQUITECTO

## — REFERENCIA CONCEPTUAL —

PRESENTACIÓN DE CONCEPTOS GENERALES EN LA APLICACIÓN DEL CAMPO DEL PROFESIONAL } → CAMPO DEL ARQUITECTO (INTERNO)  
 } → CAMPO DE LA GERENCIA (EXTERNO)



ACTORES QUE TOMAN DECISIONES CON UN COMÚN DENOMINADOR APLICANDO VISIÓN ESTRATÉGICA.

1. BÚSCA DEL BIEN COMÚN: A TRAVÉS DE INSTITUCIONES (FOGAVI, FIE, CEAR, FONAPAZ) U ORGANISMOS (SEGEPLAN, TLC=TESTADO DE LIBRE COMERCIO)

2. CREACIÓN DE BLOQUES (TRAFINIO, MERCADO)

3. PROYECTOS DE DESARROLLO (SECTORIALES, VIVIENDA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, SALUD, COMUNICACIÓN ETC.)

ASPECTOS QUE IDENTIFICAN AL PROCESO MACRO:

PAISAJE	ACCIONES EJEMPLO	APLICACIÓN CON VISIÓN ESTRATÉGICA
A. ECONÓMICO →	FLUCTUACIÓN DE LA MONEDA	COSTO DE LA OBRA
B. SOCIAL →	PROCESO DE PAZ	DEMANDA DE LA POBLACIÓN EN PROYECTOS DE BIENESTAR SOCIAL.
C. POLÍTICO →	TOMA DE DECISIONES	POLÍTICAS DE GOBIERNO Y POLÍTICAS DE ESTADO.
D. CULTURAL →	NUOVA CONDUCTA SOCIAL	GESTIÓN COMUNITARIA A TRAVÉS DE PROYECTOS SOCIALES - FIS -
E. SOCIO-CULTURAL →	IDENTIDAD MULTÉTNICA	SERVICIOS PARA LA POBLACIÓN DE DEPORTADOS - CEAR -
F. TECNOLÓGICO →	ESPECIALIZACIÓN DE LA EFICIENCIA	PRE-FABRICACIÓN Y PROGRAMAS CONSTRUCTIVOS.

## MARCO TEÓRICO

- 3.1 LA GERENCIA ESTRATÉGICA
  - 3.11 GERENCIA
  - 3.12 CONSIDERACIONES GENERALES DE LA GERENCIA ESTRATÉGICA
  - 3.13 ETAPAS DE LA GERENCIA ESTRATÉGICA
  - 3.14 VARIABLES GERENCIALES
  - 3.15 CONCEPTOS ESTRATÉGICOS PARA LA FORMULACIÓN DE UN MODELO GERENCIAL.
    - I. FORMULACIÓN DE LA ESTRATEGIA
    - II. EJECUCIÓN
    - III. EVALUACIÓN
  - 3.16 MODELO DEL PROCESO DE LA GERENCIA ESTRATÉGICA
  - 3.17 ESTRUCTURACIÓN DE CONCEPTOS PARA LA GERENCIA ESTRATÉGICA
  - 3.18 TENDENCIAS ECONÓMICAS GERENCIALES A CONSIDERAR POR UN PROFESIONAL.
  - 3.19 PERFIL DEL GERENTE ESTRATÉGICO
  - 3.110 PERFIL DEL GERENTE SOCIAL
  - 3.111 EL PROCESO ARQUITECTÓNICO
  - 3.112 PERFIL DEL ARQUITECTO
- 3.2 LA GERENCIA DE PROYECTOS
  - A. LA PRACTICA PROFESIONAL DEL ARQUITECTO DESDE EL PROCESO Y DESARROLLO DE LA FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS.
  - B. LA PRACTICA PROFESIONAL DEL ARQUITECTO A PARTIR DE LA APLICACIÓN DE CRITERIOS GERENCIALES.
- 3.3 MARCOS COMPARATIVOS
  - a. NECESIDADES QUE ATIENDE EL ARQUITECTO, EL GERENTE Y SU FUSIÓN.
  - b. CONCEPTOS ESTRATÉGICOS DEL ARQUITECTO, DEL GERENTE Y FUSIÓN ARQUITECTO-GERENTE.
  - c. VINCULACIÓN DEL PROYECTO CON LOS NIVELES GENERALES DE ACCIÓN.

Además puede decirse que es un enfoque objetivo y sistemático por la toma de decisiones en una organización”

### 3.1.3 Etapas de la Gerencia Estratégica:

Las etapas que se deben considerar en la Gerencia Estratégica son los siguientes:

a) “ Planear la planificación”:<sup>(1)</sup> Antes de iniciar el proceso tiene que ponerse atención a ciertos detalles de organización del trabajo que se va a llevar a cabo y de los miembros de la organización que van a participar en el. Para ello se debe dedicar tiempo, y hacer cambios constantes tratando de solucionar inmediatamente los procesos que no se realizan adecuadamente, priorizando 3 niveles de intervención, siendo estos: el nivel real, el nivel posible y el nivel deseable.

b) “Auditoria de Valores”:(1) Revisión de los valores existentes en los miembros del grupo de trabajo, individuales, de la organización, de la filosofía en que se va a trabajar y la cultura del grupo en si. Esto impacta directamente en lo que se debe y no se debe hacer dentro de la organización.

c). “ Enunciado de la Misión”: (1)

La misión es un manifiesto claro de lo que es la organización, la función que la organización intenta llevar a cabo en la sociedad y la economía. Para ello debe responder a tres preguntas: Que función desempeña?, Para quien?, y Como lleva a cabo?, Por otro lado ayuda a identificar la misión el analizar las “fuerzas de empuje” que intervienen las cuales

<sup>(1)</sup> Rabé, Byron Alfredo. Propuesta para el curso de postgrado. Gerencia Social USAC Guatemala. 1994

son: los productos y servicios que se ofrecen -, las necesidades del mercado, el uso de tecnología apropiada,- la capacidad de producción que se tiene, el método de venta utilizado, - el método de distribución, - los recursos naturales utilizados, - el tamaño y crecimiento esperados, - la ganancia y rentabilidad.

Modelar la Rentabilidad estratégicamente:

“Modelar la rentabilidad estratégicamente se refiere a definir el éxito en el contexto del negocio en el que la organización quiere estar, como se medirá tal éxito y que se va a hacer para obtenerlo en forma consistente con la declaración de la misión.” (1) Esta consta de dos partes: Perfil estratégico: se refiere a cuantificar los objetivos del negocio y el enunciado de como se van a lograr los objetivos del negocio.

d) “Auditoria del desempeño”: (1)

Esta auditoria examina el desempeño reciente de la organización términos de índices de desempeño, por ejemplo crecimiento, productividad, calidad, servicio, rentabilidad que se han identificado en el perfil estratégico. La auditoria del desempeño debe indicar la capacidad de la organización de moverse en la dirección estratégica deseada, se debe de analizar a los competidores, analizando su posición, estrategia, objetivos actuales y los supuestos que orientan al competidor a planear su futuro. También se analiza la línea del negocio.

e). “Análisis de la Diferencia”: (1)

Esto es una comparación del perfil estratégico con los datos generados durante la auditoria del desempeño. Es importante

este análisis para poder lograr minimizar las diferencias encontradas y lograr que la misión propuesta se logre ejecutar.

f) “Planes de Contingencia”: (1)

Como parte del análisis de la diferencia, el equipo de planificación identificara las oportunidades mejores y las amenazas para la organización así como los indicadores de que estos se conviertan en realidad.

g) “Integración de planes funcionales”: (1)

Luego se delega en cada persona responsable, asignándole el plan detallado con su presupuesto y el programa bien delineado.

h). “Aplicación”: (1)

La fase final de aplicación del plan estratégico incluye el inicio de los planes de acción diseñados.

Conociendo las etapas de la gerencia estratégica, se determina la aplicación específica de las variables Gerenciales como instrumento de ubicación en el campo específico de la gerencia.

### 3.14 VARIABLES GERENCIALES

Estas conllevan a definir el concepto de Gerencia Social, su aplicación acorde al campo del arquitecto en el momento de promover y culminar proyectos de desarrollo social.

## GERENCIA SOCIAL

"Es un enfoque de gestión que se esta impulsando para dar respuesta en forma efectiva a las crecientes demandas de la sociedad"<sup>(1)</sup>

La Gerencia tradicionalmente no responde a las demandas que la sociedad actualmente exige; sino debe atender a las expectativas reales de hoy de las del futuro.

La Gerencia Social cubre un campo de orden administrativo y de programación para ejecutar proyectos en atención a las comunidades y viabilidad al desarrollo integral de las mismas.

A la Gerencia Social se une en forma obligada la Planificación Estratégica.

La Gerencia Social comparte los compromisos asumidos con sectores no gubernamentales, comités organizados, líderes y organizaciones diversas a fin de repartir cargos, responsabilidades viabilizando la gestión con beneficio comunitario o multisectorial.

En resumen, La Gerencia Social requiere de una clara sensibilidad social, interés por los problemas de la comunidad y una adecuada comunicación con los pobladores, quienes conocen mejor que nadie sus problemas y necesidades por lo que deben participar e involucrarse activamente en la solución.

Un Gerente Social, debe conocer los lineamientos de la Gerencia Moderna donde el gerente funge como un integrador de racionalidades en que primordialmente se busca La

---

<sup>(1)</sup> Rabé, Byron Alfredo. Propuesta para el curso de postgrado. Gerencia Social USAC Guatemala

Eficiencia en virtud de la racionalidad administrativa; La Eficacia en virtud de la racionalidad técnica y La Equidad en virtud de la racionalidad política. Y productividad en términos de logros alcanzados.

El Gerente Social, requiere de madurez social y política, donde cada comunidad precisa de estrategias específicas con mira de alcanzar objetivos en un claro beneficio de la población satisfaciendo metas previstas.

La orientación básica del Gerente Social esta en Asistir a la Población. Debe además tomar en cuenta la negociación como punto fundamental para alcanzar democrática y abiertamente el logro de los objetivos propuestos; así mismo ser flexible, creativo e innovador según lo requiera cada caso a su cargo, comprometiéndose responsablemente hacia el desarrollo social; involucrando a las comunidades en su propio progreso en una evidente acción participativa al afrontar su propia problemática.

### GERENCIA MODERNA

La gerencia moderna práctica la creatividad en términos del desarrollo humano en toda su capacidad.

"Se fundamenta en una actitud crítica para repensar inteligentemente y readaptarse continuamente dentro de un medio que se encuentra constantemente bajo presiones y riesgo, y en el que se requiere una alta dosis de creatividad para dar respuestas efectivas, que sean técnica, administrativa y políticamente congruentes con el compromiso de impulsar un modelo de desarrollo humano. La Gerencia moderna se orienta a la participación, flexibilidad e innovación." <sup>14</sup>

<sup>14</sup> Kliksberg, Bernardo. La Gerencia en la Decada del 90 No.4 serie Administración Publica y Sociedad. INAP Guatemala 1992.

La aplicación de criterios y conceptos gerenciales conduce a la formulación de un modelo gerencial que ha de servir como marco de referencia para la aplicación correcta de los aspectos que la fundamentan.

### 2.1.5 CONCEPTOS ESTRATEGICOS PARA LA FORMULACION DE UN MODELO GERENCIAL

El proceso de la Gerencia estratégica consiste en 3 pasos básicos que la fundamentan:

- I. Formulación de la estrategia
- II. Ejecución
- III. Evaluación

#### I. Formulación de la estrategia

Consiste en identificar la misión actual, definir objetivos y estrategias para poder lograrlos. Al concluir esta fase se puede medir y evaluar resultados.

##### a) FIJAR MISION

La misión es la "razón de ser de la gerencia y en el cual se formularan los objetivos; ya que en base a estos se fijaran las estrategias a seguir.

La misión va a describir lo que una organización aspira dentro de un plazo determinado; haciendo énfasis hacia el rendimiento, crecimiento y estabilidad sin necesidad de cuantificar estos elementos.

"Es indispensable tener en cuenta a la hora de fijar la misión que en todos los negocios pero en especial el de la construcción siempre hay un elemento de incertidumbre y, por lo tanto hay riesgos involucrados en la ejecución de los planes gerenciales."<sup>15</sup>  
 "La formulación efectiva de una misión", responde a las preguntas:

RESPONDE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

PRIORIDAD	PREGUNTA BASICA	EVALUACION PENSAMIENTO IDEAL
3	Que es lo que me gustaría alcanzar?	Teórico, poco realista probable a largo plazo
2	Que es lo que podemos alcanzar?	Teóricamente posible, exigente por los recursos y/o por las condiciones actuales
1	Que tenemos que alcanzar?	Exigencia mínima que tiene que garantizar la planeación

FUENTE (15)

<sup>15</sup> Sachse, Matias. Bases para el diseño e implantación de un sistema de planificación Estratégica. Teorias de planificación Estrategica CIAD Venezuela 1989.

En el cuadro anterior se elabora un análisis por medio de una tormenta de ideas para llegar a priorizar y definir cual será la razón de ser de la organización y su evaluación

Para poder fijar la misión se requiere de un estudio donde se aplique el FODA; el cual nos permita visualizar mediante un "Análisis Ambiental" de modelo interno (amenazas y oportunidades) y una evaluación interna (debilidades y fortalezas)  
 Este conjunto nos lleva a fijar objetivos y estrategias.

b) FODA

Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas

Características positiva y propia de la unidad planeación y sobre la cual se tiene control". Se refiere a actividades de una organización especialmente en funciones de gerencia mercadeo, finanzas, producción, investigación y desarrollo de un negocio

Debilidades Internas

Una característica negativa y propia de la unidad de planeación sobre la debilidad se tiene control completo

"Se refiere a las actividades de gerencia mercadeo, finanzas, producción, investigación y desarrollo que limita o inhiben el éxito general"<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Vision General de la Gerencia Estrategica el Proceso de la Gerencia Estrategica INAP Guatemala (s/f)



### Oportunidades externas

Hechos que podrían de forma significativa beneficiar a la organización en el futuro. Estos podrían ser tendencias económicas, sociales, políticas, tecnológicas y competitivas, además tendencias ambientales.

### Amenazas externas:

“Hechos que son potencialmente dañinos para la posición comparativa presentes futura de una organización”. Estos podrían ser tendencias económicas, sociales, políticas, tecnológicas, comparativas y ambientales.

Estas generan la necesidad de fijar metas (externas: operacionales clientes, capacitadores, financiamiento cooperacionales, asistenciales y compresores. Así mismo a fijar políticas (internas: Gerencia, programas, proyectos, recursos estructura y difusión.

### c) FIJAR

#### OBJETIVOS

- Los objetivos son los resultados que se pretenden lograr por medio de la misión, así también presentan las probidades de la organización, proporcionan coherencia en el proceso de toma de decisiones. “Los objetivos patentizan los ideales y los sueños viables de los empresarios”<sup>17</sup>

#### d) Fijar estrategias.

<sup>17</sup> Sachse, Matias

Base para el diseño e implantación de un sistema de planificación estratégica. Técnicas de planificación estratégica CIAD, Venezuela 1989

Las estrategias son los medios con los que cuenta una organización para lograr sus objetivos. Las decisiones estratégicas requieren reflexiones sobre cambios que requieren juicios y preferencias subjetivas. A veces la falta de objetividad es la formulación de estrategias conduce a perdida de actitud competitiva y rentabilidad.

“No concluye el proceso de la dirección estratégica cuando la alta gerencia llega a un acuerdo sobre las estrategias a seguir. Se requiere traducir las ideas estratégicas a la acción” (17)

Por lo tanto para evaluar las estrategias se requiere de una valoración sobre la cual la empresa se desarrolla. Se deben definir claramente las estrategias para que puedan ejecutarse

Las áreas para las cuales son mas frecuencias hay que formular estrategias son de:

- Producto/Servicios
- Mercados/clientes
- Productividad/producción
- Administración/organización
- Tecnología/innovación
- Investigación/desarrollo

### II) Ejecución

#### a) Fijar metas

Son puntos de referencia o aspiraciones que las organizaciones deben lograr con el objeto de alcanzar en el futuro objetivos a largo plazo.

METAS { Corto plazo (6 meses)  
Mediano Plazo (1 año)  
Largo Plazo (3 años)

#### LAS METAS DEBEN SER:

Medibles cuantificables, realistas, prioritarias, coherentes y estimulantes”<sup>18</sup>

Estas deben fijarse a niveles empresariales y funcionales en toda organización.

La metas deben formularse en términos de logro de gerencia/mercadeo, finanzas, producción e investigación y desarrollo. Estas son especialmente importantes para la ejecución de estrategias y para la asignación de recursos.

#### b) Fijar Políticas

La política es la forma por medio de la cual las metas fijadas van a lograrse.

“Hay dos características distintivas de las políticas.”(18)

1. Son las guías para la forma de decisiones.
2. Se establecen para situaciones repetitivas”

Uno de los roles principales de la Gerencia de nuestros tiempos es la de elaborar políticas que faciliten la labor del gerente. La gerencia de políticas implica un enfoque estratégico, una visión totalizadora una prospectiva de largo plazo, etc.

<sup>18</sup> Vision General de la Gerencia estrategica del proceso de Gerencia Estrategica INAP, Guatemala (s/f)

“La gerencia que maneja políticas en lugar de mirar hacia atrás se orienta en lugar de mirar hacia el futuro con un enfoque neurístico”<sup>19</sup> (heurística: arte de inventar)

#### c) Asignación de recursos

En base al análisis conjunto de lo anterior, el gerente puede llegar a la concepción económica, distribución de los recursos disponibles y su asignación, esta en base a las prioridades establecidas por las metas trazadas. Ninguna organización posee recursos ilimitados, por tanto, se deben tomar decisiones estratégicas para evitarle una mala inversión a la organización.

### III Evaluación

#### a- Medir y evaluar resultados

La última fase en todo proceso de gerencia implica medir y evaluar resultados.

En este sentido el gerente visualiza el panorama a fin de conocer si las actividades se están realizando conforme a lo programado de no ser así deben introducirse los ajustes necesarios para alcanzar el objetivo, de lo contrario, el problema quedará solucionado a medias y más tarde o más temprano, lo tendremos que encarar nuevamente.

<sup>19</sup> Klisksberg, Bernardo  
Gerencia en la Decada del '90  
Administración publica, INAP , Guatemala 1992

b- Toma de decisiones:

“La determinación de las acciones necesarias para alcanzar los objetivos, el incorporar nuevos medios para la satisfacción de dichos objetivos y mantener una producción de trabajo satisfactoria, requieren tomar decisiones”. (1)<sup>(1)</sup>

El gerente en toda empresa es el que decide lo que debe hacerse. La característica más primordial de un gerente es la toma de decisiones.

“Decidir significa llegar a una conclusión y tomar acciones, donde un gerente prioriza y hace una lista de alternativas, criterios, estudia ventajas y desventajas y finalmente, la selección de la mejor alternativa.”<sup>20</sup>

La toma de decisiones puede definirse como “La selección basada en cierto criterio de la conducta alternativa derivada de dos o más posibilidades” (1)

Lo que verdaderamente ayuda a la toma de decisiones es concentrarse en los aspectos realmente importantes del problema. Esta habilidad también ayuda a eliminar alternativas menos atractivas, o menos prácticas. De donde se seleccionarán las mejores las circunstancias sabidas que no se puede predecir el futuro sin márgenes de error.

---

(1) Serral, Alejandro. —Curso: Técnicas Gerenciales. La Teoría Z. INAP Guatemala 1983

<sup>20</sup>Colmenares, María del Rosario  
La toma de decisiones. División de Ingeniería y mantenimiento DGSS Guatemala. 1996.

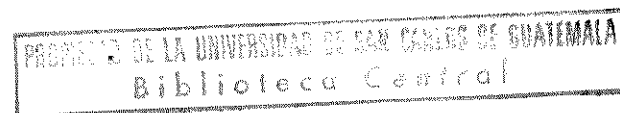
La toma de decisiones debe contemplar la selección de metas, determinación de premisas críticas así como la selección de alternativas que conduzcan a lograr objetivos mediante un plan de acción, luego, comunicar la decisión tomada a las personas que se encargarán de llevar a cabo las acciones. El gerente debe ser un excelente comunicador vendedor de ideas”, esto tomando en cuenta que las personas con quien trabaja deben sentir seguridad en la capacidad de liderazgo y dirección del gerente. “Saber comunicar una decisión es un punto clave para el éxito de su ejecución”.(1) El Gerente en el papel comunicador debe tomar muy en cuenta que para lograr buenos resultados en sus colaboradores;

- Comunicar antes de realizar las acciones
- Comunicar con su lenguaje sencillo que la gente usa y entiende.
- Convertir la decisión en “Nuestra decisión” (Gerencia participativa)

### FACTORES CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS EN LA TOMA DE DECISIONES

Factores cuantitativos: Son todos aquellos que son medibles tales como: Costos fijos y operativos, tiempo y costo de servicios auxiliares.

Factores Cualitativos: Estos factores no pueden ignorarse a pesar de ser intangibles juegan un papel importante en el éxito de la organización, estos son elementos no medibles tales como: La calidad e las relaciones laborales el riesgo del cambio tecnológico, o el clima político. Estos factores deben ser evaluados.



## EVALUACION DE OPCIONES

Para evaluar las operaciones se pueden utilizar:

- a. Técnica del Análisis Marginal.
- b. Análisis de Costo-Efectividad

### A. TECNICA DE ANALISIS MARGINAL

“El análisis marginal mostrara el camino si el objetivo es de beneficios óptimos, estabilidad o durabilidad. Esta técnica se utiliza donde los ingresos incrementales se comparan con los costos incrementales”

### B. ANALISIS DE COSTO-BENEFICIO

“Consiste en una técnica para escoger entre opciones e identificar la selección preferida cuando los objetivos son algo menos específicos”

Que aquellos expresados por cantidades tan claras como ventas, costos o beneficios.

**Costo beneficio** se refiere a una manera de evaluar en que momento se esta obteniendo beneficios (ganancias) o pérdidas respecto a los costos de operación, esto nos va a servir para evaluar la conveniencia del servicio que se va a prestar.

**Costo eficiencia** Se refiere a la manera de evaluar los costos que te van a permitir la recuperación de la inversión o sea que va a ser eficiente para ser llevado a cabo.

**Costo de impacto** Se refiere al impacto que va a ejercer en la forma de vida de la comunidad en donde estará enmarcado el proyecto.

**Costo de oportunidad** Se refiere a los beneficios que va a generar el proyecto y que no pueden ser medidos en términos monetarios, pero si de oportunidades que la comunidad nacional va a poder ejecutar y que no los podría hacer si no existiera el proyecto, por ejemplo: todas las empresas turísticas que se van a generar gracias la oportunidad de tener este proyecto.

**Estudios del mercado** Es el estudio inicial que se debe ejecutar en la población en donde estará enmarcado el proyecto y que va a ser uso del mismo como posibles consumidores.

**Estudios técnico** Es el estudio propiamente del proyecto en si que se va a ejecutar.

**Economía de escala** debe ir enfocado en proporcionar el proyecto

**Estudio financiero** Se refiere a las fuentes alternativas de financiamiento, de inversión, requisitos bancarios de financiamientos, tasas de retorno de inversión, etc.

**Estudio legal** Se refiere al aspecto legal del proyecto sobre incentivos fiscales, impuestos, limitaciones o condiciones legales.

**Estudio administrativo:** Se refiere a los aspectos de organización, ejecución y supervisión del

proyecto.

#### En conclusión

Los gerentes deben resolver problema de tomar decisiones. Los tipos de problemas y las condiciones en que han de ser resueltos son variables. Por tanto, los enfoques en la toma de decisiones deben adaptarse para que correspondan a las circunstancias particulares del momento.

Las decisiones programadas son aquellas que se toman por hábito o por política. Las decisiones no programadas, en cambio se toman en condiciones nuevas no habituales, requiriendo pensamiento creativo y un examen racional.

### 3.16 MODELO DEL PROCESO DE LA GERENCIA ESTRATÉGICA

“La gerencia estratégica incluye la formación de estrategias, la identificación de las debilidades y fortalezas internas de una organización, la determinación de las amenazas y oportunidades externas, el establecimiento de las misiones, la fijación de objetivos, el desarrollo de estrategias alternativas, el análisis de dichas alternativas y la decisión de cuales escoger”<sup>21</sup>

### 3.17 ESTRUCTURACIÓN DE CONCEPTOS PARA LA GERENCIA ESTRATEGICA.

Tomando en cuenta lo definido en los incisos anteriores, se establecerán las características esenciales de un modelo gerencial viable y eficaz en América Latina para el

---

<sup>21</sup> Rabé, Byron Alfredo

Documento del curso de Gerencia. Facultad de Arquitectura. USAC. Guatemala 1997

futuro. El actual modelo gerencial esta estructurado para una era industrial, con un enfoque micro-económico y que responde a las transformaciones globales estratégicas que se están produciendo. Los conceptos y las características mas importantes de cada modelo gerencial son las que definen en si la viabilidad y eficacia de ellos, la cual es expresada en términos de su eficiencia para la empresa y su eficacia para la sociedad. Definimos el modelo gerencial del siglo XXI como el conjunto de conceptos articulados que faciliten al gerente del futuro poder eficientemente los recursos humanos, financieros, tecnológicos y empresariales hacia los objetivos propuestos, tanto económicos como socialmente. El desarrollo gerencial del futuro implica el cambio del gerente administrador. Para ello se conformado un modelo gerencial que responde en forma lógica, funcional y pragmática a los conceptos estratégicos. El modelo gerencial del futuro deberá estructurarse con los siguientes conceptos:

- a. visión estratégica
- b. capacidad de prospectiva
- c. capacidad concertadora
- d. capacidad integradora
- e. capacidad de innovación
- f. capacidad de liderazgo

#### a. Visión Estratégica

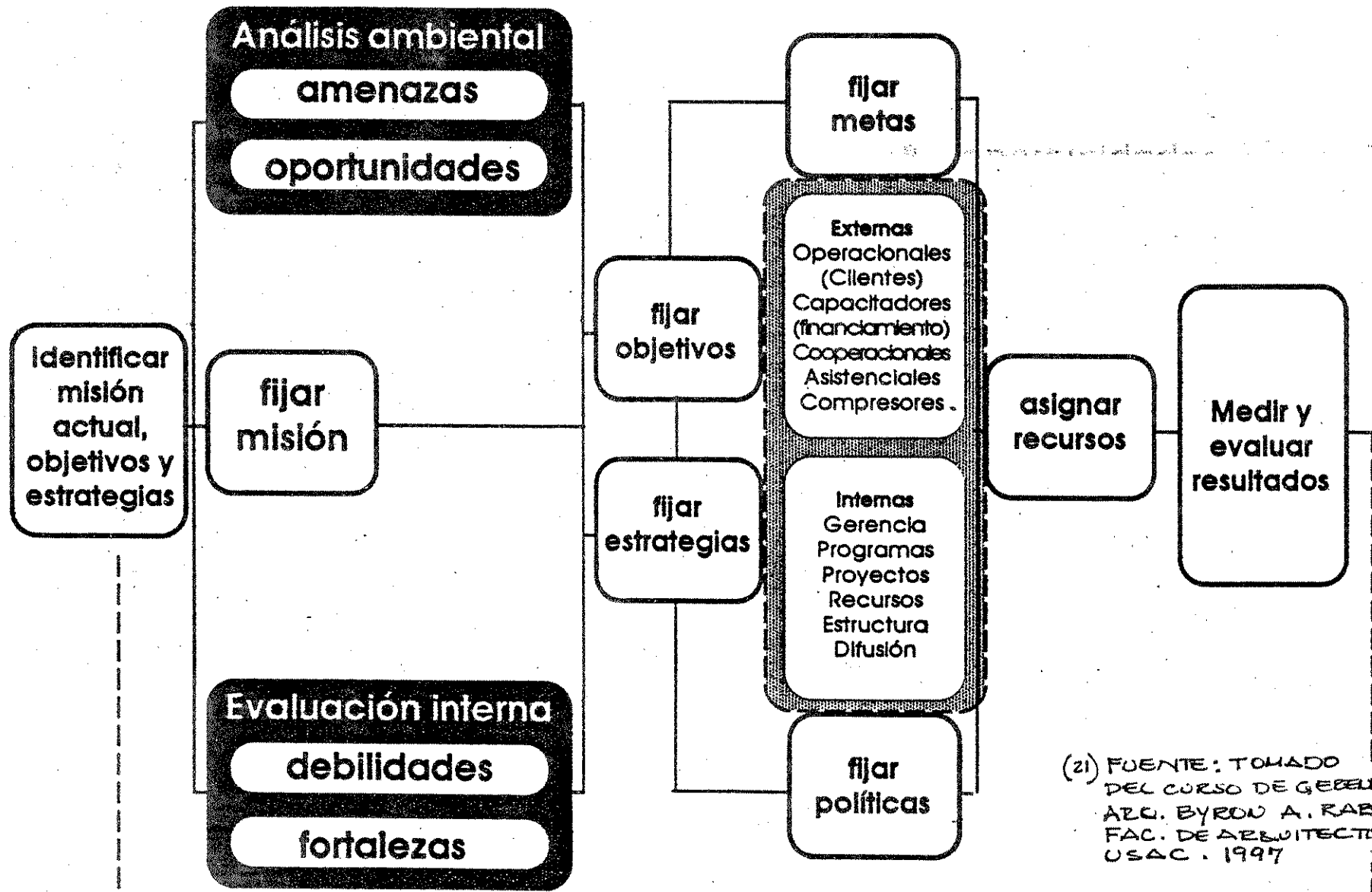
Las transformaciones del mundo están derivando en cambios en la economía, cultura, tecnología y administración. Dichos cambios son acelerados, complejos y sinérgicos. Ello implica tener una imagen precisa de los objetivos de la empresa en el entorno mundial, nacional o local lo cual se denomina visión estratégica. La empresa privada debe generar y gestionar sus requerimientos de capacitación y asistencia, y ser capaz de

# EL MODELO DEL PROCESO DE GERENCIA ESTRATEGICA

Formulación de la estrategia

Ejecución

Evaluación



(21) FUENTE: TOMADO DEL CURSO DE GERENCIA ABO. BYRON A. RABÉ FAC. DE ARQUITECTURA USAC. 1997

Adaptado del modelo de GE de Fred R. David y del modelo de DI de Milton Easman. BR-95

aprovechar al máximo las ventajas del entorno mundial y/o nacional. A partir de esta visión se definen y priorizan conceptos estratégicos que pueden hacer viable y eficaz la inserción de la Empresa Privada en el mercado interno e internacional. El arquitecto administrador y gerente de una empresa cualquiera deberá en este sentido considerar todas las transformaciones que afecten en determinado momento los objetivos que tiene la empresa a la cual el presta sus servicios.

#### b. Capacidad de comprender el futuro

Las empresas que tengan mas claridad de los cambios que se producen, tendrán la capacidad de generar respuestas (opciones de desarrollo) mas precisas y oportunas de adaptación, maximizando beneficios y minimizando costos. En este sentido por ejemplo el arquitecto deberá conocer y comprender políticas de vivienda, de turismo, etc. y saber que se puede o debe hacer para aprovechar al máximo las oportunidades y obstáculos que se presenten.

#### c. Capacidad para la concertación social

La empresa latinoamericana deberá superar los esquemas convencionales de apatía y fortalecer interna y externamente la negociación social. Deben fortalecer los cambios que modernicen el aparato productivo regional, con fundamento en un amplio consenso social. El arquitecto no deberá esperar que el Estado le resuelva los problemas sociales que nos afectan si no que a través de la Empresa promover progresos político y social.

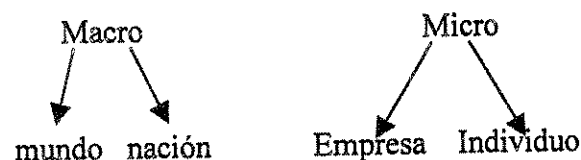
#### d. Capacidad de Integración

El modelo gerencial deberá incorporar un elemento de conocimiento de la integración en toda la concepción multidimensional que ello implica, economía, política, social, humana, tecnológica. Este es un concepto macro relacionado con la sociedad empresarial. También se vincula a la sistematización de la tecnología informática, en los niveles macro y micro como se esquematiza.

Visión estratégica y su relación a la  
Capacidad de integración : nivel macro y micro

visión estratégica

Capacidad de integración



#### e. Capacidad de Innovación y Creatividad

La innovación es el motor de la economía y de la empresa. La capacidad de la Empresa de ser creativa e innovar debe de ser fortalecida. La creatividad se defina no únicamente como función de mercado y de innovación tecnológica, sino como atributo individual en la búsqueda de eficiencia social. El modelo gerencial del futuro debe estar fundamentado en un proceso creativo de producción, comunicación, solidaridad y eficiencia.

#### f. Capacidad de Liderazgo Trascendente

La tarea del líder es llevar a su gente desde donde esta hasta donde aun no ha estado. El concepto es mas que capacidad de dirigir y de comunicar valores compartidos, es también capacidad de crear e innovar.

### EN CONCLUSIÓN:

Se establecen dos niveles: - macroglobal, en el cual se identificaría la dirección que la Empresa desea o busca y estaría determinado por la visión estratégica, que es la articulación de los conceptos de capacidad de prospectiva, capacidad de concertación, capacidad de interrogación y capacidad de innovar y crear. - El segundo nivel es el micro operativo, referido al rol del gerente líder y que se enmarca en el concepto de liderazgo trascendente

### 3.18 TENDENCIAS ECONOMICAS GERENCIALES A CONSIDERAR POR UN PROFESIONAL:

Para evitar mayor deterioro en la actividad económica y lograr un repunte económico, la mayoría de países del mundo se ha visto en la necesidad de realizar grandes transformaciones en su economía por medio de la implementación de ajustes estructurales, reformas financieras, y sobre todo aperturas económicas.

El objetivo de la apertura económica en el ámbito mundial es lograr mayores tasas de crecimiento económico por medio del incremento del comercio mundial que esencialmente está baso en el aprovechamiento de las ventajas comparativas, de esa forma, la asignación de los recursos económicos es más eficiente aumentando la productividad y generalizando una disponibilidad de bienes y servicios para el consumo.

En un mundo donde cada día hay más competencias, las naciones que tienen más éxito es porque su ambiente económico es más dinámico, desafiante y progresista, donde las innovaciones, las mejoras continuas, los cambios, las condiciones factoriales y las condiciones de demanda juegan un rol de primer orden. Los costos de mano de obra, el tipo de interés, el tipo de cambio y las economías de escala son elementos que coadyuvan a los países para ser más competitivos, pero no son determinantes; es decir, que la prosperidad de los países se crea y no se hereda.

Las probabilidades de éxito de los planes de liberalización aumentan significativamente cuando las medidas iniciales son importantes, firmes y convincentes, presumiblemente la importancia de un cambio inicial importante radica en las reformas a realizar en la etapa de preparación entre las cuales esta una reforma educativa.

Esta reforma educativa implica estimular en los estudios académicos una competencia al nivel internacional por lo que la preparación de los arquitectos que se formen en el futuro tiene que ser más sólida para consolidar la competencia que se va a dar como parte del proceso de su desempeño por lo tanto debe poner en práctica las siguientes tendencias.

El profesional de reunir los conocimientos más actualizados sobre como administrar una empresa, para lo cual completar su preparación. Para ello puede considerarse.

#### a. Calidad Total:

“Es el mejoramiento continuo en todas las áreas de trabajo y de vida personal”.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Walton, María , Como Administrar con el método Deming. New York, 1986.



Los profesionales incluyendo a los arquitectos, se deben preparar a utilizar un método de administración que ha causado una revolución tecnológica mundialmente. Los japoneses lo comenzaron a utilizar en la década de los '50, el concepto del Dr. Edward Deming. El método Deming sostiene que calidad total es una perspectiva filosófica desde la cual el administrador dirige los asuntos de la organización a largo plazo, sin perder la perspectiva que da una guía para la acción día a día. Esta filosofía es impulsada por la fuerza de la calidad.

Es una visión total y un modo de vida organizacional que ha de aprenderse, reaprenderse y refinarse con el tiempo, sólo de esta manera podrá cosecharse los grandes beneficios que se pueden obtener. Las empresas se componen de Recursos Humanos. Logística, materiales y máquinas. Estos elementos constituyen el sistema. El proceso de la empresa se amplía para incluir a los proveedores y a los clientes.

Con estos últimos se inician la comunicación de las necesidades del consumidor a la empresa de este sistema. La meta es satisfacer las necesidades.

Emprender el viaje hacia la calidad señala el comienzo de una nueva era y de un espíritu nuevo en la organización.

La administración superior esta imbuida de un espíritu de cambio y de crecimiento. Es necesario recordar que la ventaja de contar con una clientela satisfecha que difunde las cualidades de nuestros productos o servicios de la empresa es algo que no tiene cualificación de medida ni precio

El método del doctor Deming incorpora el uso de las herramientas estadísticas y un cambio monumental en la cultura empresarial. Ambos son importantes para la implementación de su filosofía. El doctor Deming ha planteado su método en catorce puntos para la administración, por medio de los cuales se lograría la calidad y productividad. Los puntos para mejorar la calidad son:

1. Compromiso de la gerencia
2. Equipo para mejorar la calidad
3. Medida de calidad
4. Evaluación del costo de la calidad
5. Conciencia de la calidad
6. Acción correctiva
7. Comité Ad-hoc para el programa de cero defectos
8. Capacitación de supervisores
9. Día de cero defectos
10. Establecimiento de metas
11. Eliminación de la causa de errores
12. Reconocimientos
13. Consejos de calidad
14. Hacerlo todo nuevo

FUENTE: METODO DEL DR. DEMING.  
CALIDAD TOTAL.

El arquitecto como el gerente debe impulsar el cambio. Cuando se habla de cambios, siempre hay una resistencia natural a estos. Pero el cambio en esta oportunidad podría ser aceptado mas fácilmente, si se convierte en parte, precisamente de esa cultura que implica este cambio.

Como se menciona dentro de los catorce puntos, uno de estos significa que el cambio de solamente un apoyo incondicional y decidido de esta, permitirá el proceso de largo plazo que significa este viaje. El arquitecto ya en su calidad de gerente se compromete a impulsar los cambios necesarios para la implementación, sabiendo que la capacitación de su personal

es la parte medular de cualquier cambio. Esta capacitación significaría una metodología continua e integrada para el crecimiento y el desarrollo personal de cada uno de sus empleados. En esta filosofía los empleados son el activo más importante. Por lo que se debe comprometer dinero, tiempo y esfuerzo para prepararlos a fin de que puedan adoptar la filosofía de la organización y efectuar su trabajo correctamente, luego evaluar si están o no alcanzando sus objetivos personales y los de la organización. Como el viaje al encuentro con la Calidad Total es de largo plazo, habrá que invertir con fe.

El largo plazo se plantea porque la perfección llega con el tiempo, además se adopta una cultura para toda la vida. Esto se alcanza al fomentar la capacitación como una filosofía y conducta de cambio, depositando en el aprendizaje continuo la confianza que todos los recursos se identificaran con las metas de la organización.

Los recursos humanos necesitan tener una idea global de lo que se esta haciendo y no limitarse a aprender las partes específicas que corresponden a su cargo. La administración debe ver a los trabajadores como seres humanos que merecen la oportunidad de aprender y desarrollarse dentro del marco de su empleo.

Nos preparamos para producir con calidad o seremos absorbidos por los cambios radicales que la globalización esta impulsando. Un aspecto muy importante que le ayudara a los arquitectos a enfrentar este gran reto en sus empresas es mantener a sus empleados contentos pues si se sienten bien con su trabajo rendirán mas y estarán en disposición de hacer cada día mejor las cosas.

En síntesis, el control de calidad constituye el instrumento gerencial para toda la compañía; en virtud del cual, los bienes y servicios de óptimo rendimiento vienen a ser el valuarate competitivo más importante en la participación del profesional en el ejercicio de su vida activa.

#### b. LA REINGENIERIA

Actualmente los arquitectos que aplican la gerencia, tienen en sus manos teoría más modernas de administración para salir adelante con el que hacer diario para poder triunfar en los procesos constructivos, de planificación, etc. que tiene en sus manos.

Para ello necesitan abandonar las viejas ideas acerca de como se debe organizar y dirigir un negocio. Tienen que abandonar los principios y los procedimientos organizacionales operativos que usan en la actualidad y crear otros enteramente nuevos. La reingeniería de negocios significa volver a empezar. Lo que importa en la reingeniería es como queremos organizar hoy el trabajo, dadas las exigencias de los mercados actuales y el potencial de las tecnologías actuales.

Un arquitecto identificado con la gerencia, se debe preguntar. Por qué estamos haciendo esto?, Si: Por que? Ya que debemos analizar si las tareas que realizan los empleados tiene como finalidad satisfacer las necesidades los clientes, es decir, crear un producto de alta calidad, suministrándolo a un precio equitativo y prestar un servicio excelente. Ya que muchas tareas se ejecutan simplemente para satisfacer exigencias internas de la propia organización de la empresa.

El arquitecto que es líder en una alta administración llena un requisito previo para el éxito. El líder tiene que ser una persona que entienda de reingeniería y que esté plenamente comprometido con ella. Debe además orientar las operaciones y apreciar la relación que hay entre el desempeño operativo y los resultados finales. Solo un alto ejecutivo orientado a procesos y capaz de pensar en toda la cadena de valor agregado, desde concepto de producto hasta ventas y servicios, puede encabezar un esfuerzo de reingeniería.

En base a lo anterior se deduce que, los conceptos y las características más importantes de cada modelo gerencial son las que definen en sí la viabilidad y eficacia de ellos, la cual es expresada en términos de su eficiencia para la empresa y su eficacia para la sociedad. En síntesis lo que pretende la preparación del profesional en cuanto a eficiencia y eficacia es la competitividad en un mercado que cada día es más exigente.

Si entendemos por eficacia a la fuerza o poder actuar y eficiencia a la capacidad de lograr un determinado efecto u objetivo, se estarán aplicando parámetros de exigencias y calidad enfocadas hacia el servicio.

Un gerente no tiene tiempo de ser ineficiente

Toda utilidad, del producto o servicio está directamente relacionada con la eficiencia, eso es algo que el profesional sabe y siempre debe tener presente.

La eficiencia es el resultado de la eficacia.

Si el profesional prevé que los resultados se optimizarán contratando más personal o buscando otras

fuentes de ingresos que robustezcan el proyecto esta ejerciendo la toma de decisiones con eficacia en búsqueda franca de mejores ganancias a través de la eficiencia producida.

La eficacia va relacionada al acierto de gerenciar con aspiraciones a la excelencia administrativa.

La eficiencia se relaciona directamente a la productividad del bien o servicio.

### c) PLANEACIÓN

La planeación como la parte mecánica o parte estructural de la administración, se ha utilizado recientemente a todo nivel dando lugar a la consecución de metas y objetivos preestablecidos.

“La planeación actualmente plantea la visual de ¿Que se quiere hacer? ¿Que se va a hacer?”<sup>23</sup> administrativamente ayuda a prefigurar las decisiones a tomar o la estrategia a seguir. Hoy día no se puede administrar ningún proyecto sin una adecuada planeación. Desde este esquema el profesional primero planea, luego organiza, seguidamente controla y finalmente dirige las acciones.

El profesional al aplicar la planificación a su administración puede fijar en beneficio del proyecto: “Los propósitos, objetivos, estrategias, políticas, programas, presupuestos y procedimientos”<sup>23</sup> antes de entrar a la organización

---

<sup>23</sup> Rabé, Byron Alfredo

Documento del curso de Gerencia. Facultad de Arquitectura. USAC. Guatemala 1997

propriadamente dicha de su proyecto.

Podría entonces resumirse que la planeación como estrategia para el futuro permitirá al profesional que la aplique, una secuencia al proceso ejecutor de proyectos permitiendo:

Planear, ejecutar y evaluar, de manera que en base a lo determinado, se comienza el proceso de nuevo ajustando los planes y las acciones a tomar. Esto en toda empresa o proyecto es un hacer constante para adaptarse a los cambios y ser flexibles de manera que planear permita mantener la dirección correcta hacia los objetivos previstos.

Esencialmente, la planeación Es un proceso que establece metas y objetivos, además de desarrollar un modelo para alcanzarlos. Un profesional, arquitecto o de cualquier profesión, al dirigir un proyecto utilizando la planeación, debe: Actualizarse constantemente, tomar las oportunidades como un reto a vencer, considerar factores externos, contemplar alternativas, mantener el proyecto con equilibrio administrativo, retroalimentación, fijar prioridades y no dejar a un lado el factor humano para quien en resumidas cuentas están dirigiendo el esfuerzo y darán vida al proyecto.

La planeación es un instrumento mas que el profesional puede y debe hacer uso practico.

Todo lo anterior es solo un indicador de las tendencias vigentes en el mundo entero de las cuales el profesional de la arquitectura debe hacer uso.

Definitivamente existen otras corrientes que podrían favorecer el desempeño del arquitecto en la sociedad de hoy, donde se requiere a un profesional avanzado y competitivo.

Como este productor y ejecutor de proyectos, el arquitecto se

incorpora día con día al proceso modernizador del país. Este en su papel de planificador y participe directo en el desarrollo físico de Guatemala, ha tenido que involucrarse en cada paso hacia su consecución.

Cada día el arquitecto se ve inmerso en la vida activa del país, involucrándose y definiéndose en el desarrollo firme aunque lento para salir y solventar problemas que Guatemala como país productor y consumidor no puede desligarse de las actividades productivas del país.

Para ubicar los diferentes roles de desempeño tanto el Gerente como del arquitecto se hace necesario plantear el perfil del Gerente estratégicos, el perfil del Gerente Social, el proceso Arquitectónico y el perfil del Arquitecto. Este planteo dará la punta del análisis en cada campo de acción y visualizar áreas comunes del desempeño.

### 3.19 PERFIL DEL GERENTE ESTRATÉGICO

El perfil del gerente estratégico surge a raíz del análisis de funciones o tareas que este realiza dentro de una organización, poniendo a prueba sus habilidades, destrezas, conocimientos y valores propios.

- Visión estratégica – ver lo interno y externo logrando equilibrio para alcanzar los objetivos propuesto.
- Orientación hacia el cliente – Habilidad para satisfacer las demandas y exigencias de los demandantes de tal o cual producto – servicio.
- Fijarse metas concretas – buscar productividad mejorando la productividad de la empresa en todos los aspectos.

- Asertivo – Toma de decisiones acertadas, seguridad en si mismo.
- Experiencia – Razonamiento lógico e integrador.
- Participativo – Trabajo en equipo buscar equilibrio en la asignación y delegación adecuada y proporcional de las funciones.
- Comunicador – Dar a conocer la toma de decisiones, desarrollar las funciones y acciones e intercambiar.
- Efectividad – optimizar recursos y lograr resultados.

La necesidad del gerente de integrarse en la vida activa del país como un ente capaz de aportar beneficios a la comunidad. Hace necesario replantear la participación gerencial presentando el perfil del gerente social. Este se adecúa más puntualmente a la proyección que el profesional le debe a la sociedad.

### **3.110 PERFIL DEL GERENTE SOCIAL:**

Al igual que el gerente estratégico, el perfil del gerente social se deriva del planteo de las funciones que este debe realizar para enfrentar los retos que se le presenten a fin de proporcionar la labor de un gerente social.

- “Interpretar el contexto”<sup>24</sup> Se logra integrándose y participando en actividades de evolución y cambios del contexto, así como de las características y tendencias de comportamiento de los grupos que determinan el éxito o logros positivos de su gestión.
- “Gerenciar complejidad”<sup>24</sup> - La actitud

<sup>24</sup> Rabé, Byron Alfredo. Propuesta para el curso de postgrado. Gerencia Social USAC Guatemala. 1994

- Promover interiormente la madurez social y política.
- Negociar democráticamente el logro de los objetivos.
- Asistir a la población para que desarrolle capacidad de enfrentar su propia problemática.
- En resumen, La Gerencia Social surge como necesidad de identificación del profesional como ente social en el afán de servir y ser útil a la comunidad: orientado, tomando las decisiones que se requieren y dar soluciones eficientes logrando así los objetivos previstos.

La Gerencia social es una resultante de la gerencia estratégica. A través de esta se logra la inserción en el proceso de cambio y desarrollo de las comunidades proyectándose e integrándose el profesional a las diferentes tareas de la sociedad.

Se deduce entonces que el gerente social específicamente, debe ser líder en la comunidad o grupo, así como ser capaz de cumplir con las funciones de delegar acciones, comunicar, innovar estrategias, manejar conflictos, negociar, instruir, evaluar el desempeño, etc. En todo caso tomando decisiones que redunden en beneficio social.

Una vez identificado el perfil del gerente se hace necesario plantear el proceso arquitectónico a fin de detectar aspectos de índole administrativo gerencial donde pueda involucrar el que hacer del arquitecto y el gerente en el área de desarrollo de proyectos en beneficio social

### **3.11 EL PROCESO ARQUITECTÓNICO**

Para mantener los niveles de análisis entre las diferentes concepciones de la teoría de formulación de proyectos, se presenta en este esquema del proceso de diseño arquitectónico, cuyo valor académico está refrendado por la

guía que se utiliza en los cursos de Teoría del Diseño de la Facultad de Arquitectura, haciéndose necesaria su presentación ya que define con mayor exactitud el que hacer del arquitecto en su propia disciplina y a la vez le permite espacios de actuación gerencial al sistematizar el proceso de gestión de cualquier proyecto arquitectónico de la misma manera en que la presentación de los conceptos de la teoría de formulación de un proyecto, en este nivel de análisis se busca identificar los principales conceptos a efecto de relacionarlos con los puntos o enfoques importantes que caracterizan a la estructura de un perfil, razón por la cual solamente se enumeran los aspectos puntuales que constituyen su estructura organizativa.

Lo que se deduce de la diferentes documentos existentes y refrendados del curso de teoría del diseño, se puede enumerar el proceso arquitectónico de la siguiente manera:

- a. Sistematización de la investigación
  - b. Ordenamiento de cualidades
  - c. Prefiguración de relaciones
  - d. Figuración integrada
  - e. Edificación
- 
- a. La sistematización de la investigación consiste en el planteo de objetivos del espacio arquitectónico socialmente solicitado, mediante la recopilación de información entre actores y sus escenarios (comunicación social por medio de la tormenta de ideas).
  - b. Ordenamiento de cualidades: consiste en la clasificación de alternativas; de solución de cualidades integrados dentro de un contexto arquitectónico y/o rural.

- c. Prefiguración de relaciones; consiste en el planteamiento de propuestas en el planteamiento de propuestas a nivel macro en función de las variables que caracterizan al entorno urbano y/o rural, ecológico y social.
- d. Figuración integrada; consiste en el desarrollo de propuestas a nivel micro en función de la integración de las diferentes sistemas que le dan soporte a la arquitectura.
- e. Edificación; consiste en la materialización de las propuestas dentro de un contexto social, urbano, ecológico y de otra naturaleza.

Su aplicación diagrama puede apreciarse con claridad en el capítulo 4 donde se establece el modelo para la Gerencia en Arquitectura (específicamente en los cuadros "A" de la conceptualización de la arquitectura y "d" de la validación del perfil del arquitecto).

Conociendo los aspectos específicos y generales del proceso arquitectónico, se debe establecer el perfil del arquitecto con el propósito de ubicarlo en el contexto de su desempeño.

### **3.112. EL PERFIL DEL ARQUITECTO**

El arquitecto egresado de la Facultad de Arquitectura USAC en el grado de licenciado, estará en la capacidad de:

- "Diseñar espacios arquitectónicos y urbanos con creatividad para enfrentar e integrar conocimientos y variables del contexto y de la sociedad actual y futura, para contribuir así al desarrollo urbano y rural.
- Utilizar diferentes medios y recursos para continuar ideas y proyectos en función de objetivos preestablecidos.

■ Planificar y dirigir la materialización de objetivos arquitectónicos y urbanísticos tomando en cuenta los avances científicos y tecnológicos; aspecto administrativos legales y financieros de la construcción, así como los recursos y factores disponibles dentro del contexto en el cual desarrollará su actividad profesional.

■ Identificar, medir, valorar y resolver el impacto de la intervención arquitectónico en el entorno ambiental.

■ Promover su trabajo profesional así como la promoción y financiamiento de proyectos arquitectónicos y/o desarrollo de infraestructura social, tanto en lo individual, como incorporado a los sectores público y privado.

■ Diseñar espacios para el ordenamiento y ocupación territorial, a través de proyectos de asentamientos humanos urbanísticos y arquitectónicos, dentro de un marco de referencia del desarrollo integral, urbano y rural, con una actitud crítica y científica, articulada o una visión estratégica que le permita incorporar las variables del contexto de la sociedad guatemalteca.

■ Satisfacer las necesidades de habitabilidad y consumo especial de acuerdo a las características sociales y culturales, naturales y tecnológicos del contexto guatemalteco.<sup>25</sup>

Conociendo los campos de acción específicos se detectan las áreas comunes donde el profesional puede conjutar sus conocimientos.

En base al contenido anterior puede visualizarse la inserción del arquitecto con la visión estratégica del gerente en el entorno mundial con prospectiva hacia el siglo XXI.

## EL ENTORNO MUNDIAL Y EL PROFESIONAL ARQUITECTO-GERENTE COMO EL LIDER DEL SIGLO XXI

(FUENTE: REVISTA MUNDO COMERCIAL)

* Integración mundial Estratégica economía mundo	Integración regional	Integración corporativa	Visión estratégica
* Macro-perspectiva mundial	Prospectiva de la macrotendencias de la región nación	Capacidad de prever tendencias futuras del entorno empresarial	Capacidad prospectiva
* Concertación mundial	Concertación nacional	Concertación social	Capacidad de concentración
* Innovación y difusión tecnológica	Capacidad tecnológica nacional	Capacidad de utilización y adaptación tecnológica	Capacidad de creatividad e innovación
* Acumulación difusión del conocimiento	Sistemas nacionales de sistematización informática	Redes y sistemas de información	Capacidad de información
* Acumulación difusión del conocimiento	Sistemas nacionales de educación con alto grado de selectividad	Alto grado de competitividad profesional	Movilidad del Conocimiento
* Liderazgo mundial	Liderazgo nacional regional	Liderazgo empresarial	Liderazgo trascendente

La reflexión final nos lleva a analizar que en la sociedad actual se requerirá mucho mas que un Gerente Administrador, el Gerente Líder asumirá un rol que trascienda su entorno económico, social y cultural, siendo el, el sujeto innovador y con la capacidad de crear e integrar las ideas y los valores en un sistema coherente y eficaz para lograr los fines económicos y sociales de la empresa y la sociedad.(Gerencia Social).

El diagrama presenta un ordenamiento a nivel Macro para llegar a un Micro, basado en el estudio del capítulo 1, sirviendo este diagrama como conclusión.

El papel del gerente social no es el de un ser aislado del

<sup>25</sup> Corea Reyna, Julio Rene.

Perfil del Arquitecto. Ponencia presentada ante la UDEFAL. Guatemala 1996.

contexto mundial y la participación de Latinoamérica en el proceso de desarrollo; sino juega un rol importante de manera significativa y participativa en su que hacer de las actividades productivas, siendo un conocedor de los procesos que se van generando de manera eslabonada y ordenada en los distintos campos del entorno mundial del siglo XXI, La nación latinoamericana como equipo, la tarea de la empresa y la actividad del Gerente del siglo XXI.

Todo lo anterior enmarca al arquitecto, al gerente en un contexto actualizado que le permite competir eficazmente al ritmo que el mundo económico de hoy exige.

Por lo tanto, es válida la aplicación y/o formulación de proyectos arquitectónicos a través de la gerencia estratégica, la cual como fundamento contextual permite establecer propuestas definidas en términos de la gerencia de proyectos que faciliten mecanismos viabilizadores al profesional.

### **3.2 LA GERENCIA DE PROYECTOS**

Para viabilizar un proyecto un arquitecto debe saber como dirigir una obra, como planificarla como supervisarla y como este proceso de desarrollo de la obra debe enfatizar a todo el conjunto justificando plenamente el modelo de ejecución de un proyecto a través de la Gerencia.

El campo de la gerencia debe sumarse al que hacer de un arquitecto como complemento de su desempeño sin perder de vista el proceso de formulación, evaluación y ejecución.

La formulación, evaluación y ejecución de proyectos arquitectónicos requiere de un mecanismo conductor que se construya los objetivos de determinado proyecto y que también permita establecer prioridades, identificar obstáculos

y posibilidades en los diferentes etapas del mismo.

se requiere entonces de un conjunto de actividades que contribuyan la toma de decisiones más conscientes para el proyecto. Dichas actividades corresponde ejecutarlas a grupos de individuos que intervienen en los diferentes ciclos de un proyecto razón por la cual el arquitecto se constituye en un momento determinado en el Gerente del Proyecto y requiere del manejo de criterios técnicos que le permitan desarrollar su actividad gerencial.

El presente trabajo muestra entonces una importancia a partir de dos puntos de vista que van relacionados de la siguiente manera.

- a. La práctica profesional del arquitecto desde el proceso de formulación ejecución y evaluación de proyectos.
- b. La práctica profesional del Arquitecto a partir de la aplicación de criterios gerenciales.

- a. En la practica profesional, el arquitecto está capacitado para visualizar el proyecto en varias dimensiones, puede establecer un orden, un proceso viable con el respaldo que da la teoría formulada dentro del aspecto académico en los criterios de investigación, diseño, planificación, planeación, ejecución hasta llegar al consumo de un proyecto arquitectónico.

Como primera instancia debemos entender el termino proyecto como; "La búsqueda de una solución inteligente a un problema tratando de satisfacer una



necesidad humana”<sup>26</sup>

El desarrollo de la formación de proyectos no es más que un proceso ordenado y secuencial de que hacer y de las actividades de un proyecto al cual se le deben asignar recursos, insumos, materiales humanos y financieros.

Este ordenamiento se presenta como producto de un análisis apoyado en teoría de diversos autores e instituciones especializadas en la material siendo este orden:

- a: “ Fase de pre inversión - ideal
  - b Fase de pre inversión - perfil
  - c Fase de pre inversión - prefactibilidad
  - d Fase de pre inversión - factibilidad
  - e Fase de pre inversión - gestión financiera” (26)
- a- Idea en la fase de pre inversión; se puede definir el problema identificando las causas, y consecuencias mediante la necesidad humana a satisfacer. Permite así mismo el estudio de necesidades reales con soluciones que las satisfagan, sin perder de vista objetivos principales que dieron origen a la idea.
  - b- Perfil en la fase de pre inversión; Se evalúa la idea y se perfecciona, mediante el manejo de autos para establecer estimaciones preliminares sobre costo-beneficio, visualiza las ventajas, ganancias y logros que justifiquen y se acomoden al proyecto.
  - c- Pre-factibilidad la fase de pre-inversión; permite seleccionar opciones de mercado, localización de procesos productivos, capacidad financiera y aspectos administrativos legales. Así como búsqueda de alternativas económicas o fuentes alternas de financiamiento previendo alcances que permitan hacer viable el proyecto.
  - d- Factibilidad en la fase de pre-inversión; Se establece un análisis de

---

<sup>26</sup> Zea, Miguel y Castro, Hector. Formulación y Evaluación de proyectos. SEGEPLAN Guatemala 1993

mercado mediante un proceso general de investigación directo. Así también el establecimiento definitivo de la localización y tomando del proyecto, y la realización de estudios especializados, más profundos que ayuden a planificar con mayor claridad la forma función del proyecto, o determinar áreas especiales que hagan espacios arquitectónicos habitables y consumibles que satisfagan las necesidades detectadas.

e- La gestión financiera en la fase de preinversión; su finalidad es la obtención de recursos para inversión y operación del proyecto. En esta etapa ya se han determinado los aspectos de costo beneficio del proyecto y de niveles de inversiones claras en la consecución final del objetivo previsto.

b. En cuanto a la práctica profesional del arquitecto a partir de criterios gerenciales se ha evidenciado que se apliquen dichos criterios como producto de una capacitación previa obtenida en la academia facultativa, a pesar de que en su actividad profesional se desempeña en diferentes campos tales como diseñador, planificador, docente administración, asesor, supervisor, consultor, investigador, constructor ejecutivos de ventas y presentista, viéndose obligado a aplicar criterios gerenciales en forma consciente o inconsciente.

De los planteamientos anteriores se ve la necesidad de establecer comparaciones tanto en el campo que atiende el arquitecto y el gerente como de los conceptos estratégicos comunes y la vinculación del proyecto con las diferentes áreas de trabajo, así como la fusión de ambas prácticas profesionales. Esto plantea la necesidad de elaborar marcos comparativos que presenten lo expuesto con claridad.

a) Su aplicación en forma diagramada y más claramente visualizada puede apreciarse en el siguiente capítulo (3) en los cuadros del modelo de la Gerencia de proyectos (específicamente en el cuadro “b” del nivel de interpretación del modelo Teórico de la conceptualización de la acción.  
formulación de proyectos.)

### 3.3 Marcos Comparativos:

- a) Necesidades que atiende el arquitecto, el gerente y su fusión;

Vincular a la arquitectura con las disciplinas que atañen al proceso gerencial, planificación, organización, ejecución y evaluación) permitiendo encontrar las relaciones que se predicen entre sus diferentes niveles; es decir los 4 niveles básicos del proceso de arquitectura. Esta vinculación permitirá conocer las necesidades de un arquitecto/gerente en los mismos niveles; siendo estos:

- Necesidades sociales
- Necesidades de servicio
- Necesidades de producción
- Necesidades de consumo

- a) MARCO COMPARATIVO DE LAS NECESIDADES QUE ATIENDE EL ARQUITECTO, EL GERENTE Y SU FUSION

Al interrelacionarse, se clarifica el campo de desempeño, dando lugar a la detección de las necesidades específicas que cubre cada profesional en su propia área de desempeño. De esta forma, puede justificarse la participación del Arquitecto-Gerente en cada nivel de las diferentes necesidades, tal como se presenta en los marcos comparativos:

- b) Las necesidades que atiende el arquitecto, el Gerente y su Fusión.
- c) Los conceptos estratégicos del arquitecto, del Gerente y Fusión Arquitecto-Gerente.
- d) La vinculación del proyecto con los niveles generales de

CARACTERISTICAS	ARQUITECTO	GERENTE	ARQUITECTO / GERENTE
NECESIDADES SOCIALES	Vienen dadas por el nivel cultural manifestado por las tradiciones las costumbres y la ideología	Vienen dadas, por la satisfacción de los problemas sociales al satisfacer metas sociales, políticas, económicas y tecnológicas	Integrador y facilitador del desarrollo no social y social.
NECESIDADES DE SERVICIO	Se manifiesta por medio de la oferta económica y la demanda social	Se manifiesta a través de la asistencia a la población, mediante programas que tengan grados de articulación y madurez social	Conocimientos sobre mercado y administración, y con capacidades de negociación y concertación.
NECESIDADES DE PRODUCCION	Están vinculadas con toda la infraestructura física, tecnológica y social que requiere un proyecto arquitectónico	Requiere capacidades para diseñar y montar modelos gerenciales no tradicionales	Definidor del proceso de ordenamiento y prefiguración de datos. Por medio de la innovación y ubicando a la gerencia de frontera tecnológica.
NECESIDADES DE CONSUMO	Resultante del proceso arquitectónico que satisface una necesidad humana	Involucra e identifica activamente al gerente con los programas y los actores sociales satisfaciendo la necesidades reales de los beneficios	Capaz de lograr el desarrollo social, buscando la equidad, eficiencia y eficacia

ELABORACION PROPIA 1997

Este análisis comparativo visualiza y ubica a cada profesional en su propio campo de desempeño, así, al conjontarlos se aprecian comunes denominadores donde en forma acorde se inserta la participación del profesional completo como Arquitecto-Gerente,

b. Marco Comparativo de conceptos Estratégicos del arquitecto, del gerente y fusión Arquitecto-gerente.

El cuadro comparativo que a continuación se presenta, consiste en la identificación del lenguaje conceptual estratégico que el arquitecto y el gerente en su quehacer cotidiano manejan así como sus características similares. De esta manera se llega a establecer una fusión en cuanto a su desempeño profesional (arquitecto - gerente).

Los concepto estratégicos son:

- Visión estratégica
- Asertividad
- Experiencia
- Comunicador
- Efectividad

Tal como consta en la definición del perfil del gerente estratégico, tales campos de acción, son compatibles con los del arquitecto, tanto que al fusionar ambos roles de desempeño dan como resultado un panorama amplio y coherente en perfecta armonía para el desempeño del arquitecto-gerente.

b) MARCO COMPARATIVO: de conceptos estratégicos del Gerente, del Arquitectos y Fusión Arquitecto - Gerente

CARACTERISTICAS	GERENTE	ARQUITECTO	ARQUITECTO / GERENTE
VISION ESTRATEGICA	Lograr y definir los objetivos del proyecto	Lograr y definir los objetivos del consumo del espacio (visión social)	Visión estratégico social.
ASERTIVIDAD	Seguridad en toma de decisiones	Seguridad en torno de decisiones	Asertividad
EXPERIENCIA	Razonamiento lógico e integrador	Razonamiento lógico integrador	Experiencia
COMUNICADOR	Desarrollar las funciones administrativas y de dirección	Desarrollar las funciones administrativas de dirección y de comunicación gráfica.	Comunicador gráfico
EFFECTIVIDAD	Optimizar recursos buscando la eficiencia y eficacia	Optimizar recursos buscando la eficiencia y eficacia	Efectividad
TOMA DE DECISIONES	Conocer el problema y solucionarlo	Conocer el problema y solucionarlo	Toma de decisiones

Elaboración Propia 1997

En este análisis comparativo se visualizan los conceptos estratégicos que cada profesional maneja en su propio nivel de participación, a su vez, da lugar a la inserción del profesional capaz de conjuntos estos conceptos en su desempeño diario dando lugar al Arquitecto-Gerente.

### C) MARCO COMPARATIVO DE LA VINCULACION DEL PROYECTO CON LOS NIVELES GENERALES DE ACCION

Los aspectos específicos del proyecto y los niveles con que debe vincularse de acuerdo con las características especiales se ha establecido la relación con cinco niveles que van respecto a:

- C-1 La Empresa
- C-2 El Mercado
- C-3 La Tecnología - Logística
- C-4 El Capital
- C-5 El Beneficio Social

Estos niveles ubican al proyecto en cada uno de los diferentes campos de acción donde este se lleva a cabo; así como su entorno, herramientas y usuarios.

C-1 La empresa como el núcleo central donde se generan las ideas y restablecen las necesidades a nivel de estudio y análisis.

C-2 El mercado como el área donde va a insertarse el proyecto a fin de enfrentarse a la oferta y demanda en los diferentes contextos.

C-3 La tecnología-logística como las herramientas con que se va a contar a lo largo del proceso del proyecto hasta llegar a ser ejecución.

C-4 El capital como el instrumento económico que hechará andar el proyecto en cada uno de las fases que este demanda.

C-5 El Beneficio Social como el fin hacia donde están dirigidos todos los esfuerzos.

c) MARCO COMPARATIVO DE LA VINCULACIÓN DEL PROYECTO CON LOS CAMPOS GERENCIALES EN ACCIÓN

Vinculación del proyecto con la empresa	C-1	I. La organización, la administración y los aspectos legales
Vinculación del proyecto con el mercado	C-2	II. Estudio del mercado, tamaño del mercado, demanda en el mercado, consumidor final en el mercado.
Vinculación del proyecto con la tecnología y la logística	C-3	III. La ingeniería, macrolocalización, microlocalización, diseño de obras civil, descripción de instalaciones, materia prima, (insumo), costo de funcionamiento y plan de marcha
Vinculación del proyecto con el capital	C-4	IV. Estudio económico financiero, punto de equilibrio (márgenes de ganancia, la rentabilidad (Inversión e Ingresos), la pérdida y la ganancia, gastos – costos, deuda – flujos, capacidad pago – capital.
Vinculación del proyecto con el beneficio social	C-5	V. Efectos económico – sociales, producto interno bruto, producto geográfico bruto, balanza de pagos, redistribución del ingreso.

Elaboración propia 1997

En cada uno de los campos generales de acción donde el proyecto se ubica, corresponde el funcionamiento específico que este genera dando en consecuencia, un ordenamiento obligado desde su organización preliminar, hasta la inserción . El proyecto en el medio social para el cual fue realizado.

## MODELO PARA LA GERENCIA EN ARQUITECTURA

- 4.1 FUNDAMENTACIÓN DEL MODELO
- A. NIVEL DE INTERPRETACIÓN DEL MODELO TEÓRICO DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ARQUITECTURA.
  - B. NIVEL DE INTERPRETACIÓN DEL MODELO TEÓRICO DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA FORMULACIÓN DE PROYECTOS.
  - C. NIVEL DE INTERPRETACIÓN DEL MODELO TEÓRICO DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA GERENCIA ESTRATÉGICA.
  - D. NIVEL DE ANÁLISIS DEL PERFIL DEL ARQUITECTO.
    - CONCLUSIONES SOBRE EL ANÁLISIS DEL PERFIL DEL ARQUITECTO.
    - CRITERIOS PARA DEFINIR EL MODELO.
  - D1. CUADRO DE SÍNTESIS INTERPRETADO SOBRE EL ANÁLISIS DEL PERFIL DEL ARQUITECTO.
- 4.2 FORMULACIÓN DEL MODELO GERENCIAL PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ARQUITECTO.
- E. NIVEL DE PROPUESTA DE MECANISMOS DE ACCIÓN PARA LA APLICACIÓN DE DESARROLLO GERENCIAL Y/O PRÁCTICA GERENCIAL.
    - E1. CUADRO DE MECANISMOS DE ACCIÓN DEL ARQUITECTO HACIA LA PRÁCTICA GERENCIAL.
    - E2. CUADRO DE ACTIVIDADES DE TRANSFORMACIÓN DEL ARQUITECTO EN EL CAMPO DE LA GERENCIA.
  - F. NIVEL DE ANÁLISIS-PROPUESTA COMO HERRAMIENTA PARA PROVOCAR LA TRANSFORMACIÓN.
    - F1. CUADRO DE APLICACIÓN GERENCIAL PARA LA TRANSFORMACIÓN: ARQUITECTO-GERENTE.
- 4.3 PROPUESTA DE DEFINICIÓN DEL PERFIL DEL ARQUITECTO-GERENTE.



## 4. MODELO PARA LA GERENCIA EN ARQUITECTURA

### 4.1 FUNDAMENTACION DEL MODELO

La formulación de una teoría referida al campo del arquitecto y el área de la gerencia no puede ser expresada en términos de actividades gerenciales del arquitecto, razón por la cual se debe de intervenir en una serie de conceptos que contengan rasgos o factores comunes que identifiquen las actividades de dicho profesional en áreas de trabajo que sean de su competencia.

Para establecer el área de competencia del arquitecto, se debe partir de aspectos fundamentales en por lo menos tres fases básicas de su formación, siendo estas:

- PREMISAS BASICAS
- Fase del Diseño
  - Fase de Planificación
  - Fase de Humanismo

En la fase del diseño es necesario identificar las actividades relevantes que desarrolla el profesionista y que se caracterizan por líneas generales tales como:

- Línea General 1
- Actividad de investigación
  - Actividad de diseño inicial
  - Actividad de diseño final
  - Actividad de planeación

En la fase de planificación, pueden distinguirse actividades en líneas generales, tales como:

- Línea General 2
- Actividad de investigación
  - Actividad de programación
  - Actividad de selección
  - Actividad de Dirección

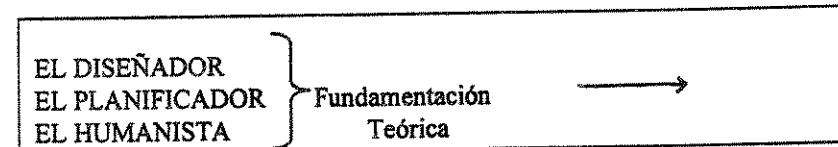
En la fase del humanismo, cabe mencionar actividades relacionadas con:

- Línea General 3
- Actividad de investigación socio-cultural
  - Actividad de aplicación tecnológica – artística

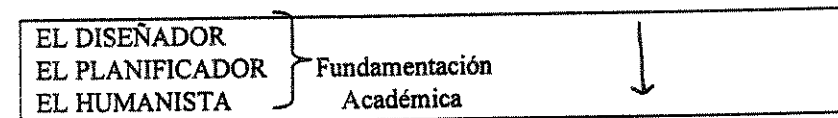
- Actividad de gestión financiero - administrativa
- Actividad de producción histórico - Social

La identificación de estas líneas generales no corresponde a un perfil determinado o específico del arquitecto, sino que constituyen una caracterización a nivel macro de lo que el arquitecto ha tenido como desenvolvimiento en su momento histórico determinado. Su validez queda identificada por la inter - relación que se produce entre los diferentes niveles de análisis en que el profesionista se ha involucrado de una manera directa como arquitecto e indirectamente como profesional en el contexto histórico social en que ha participado.

Partiendo de este primer nivel de análisis macro, es conveniente ubicar un perfil que defina las tres fases ya identificadas y para conseguir dicho objetivo se ha considerado adecuado integrar dentro de un común denominador el campo de acción del arquitecto de la siguiente manera:



Esquema preliminar de relación horizontal



Esquema preliminar de relación vertical

La integración de los conceptos de ambos esquemas permite obtener el análisis del perfil del arquitecto ya que dicho perfil está basado en la fundamentación científico – académica del actual pñsum de estudios 95 de la Facultad de Arquitectura de la Universidad de San Carlos de Guatemala. (Su aplicación diagramada se clarifica en los cuadros DI, F u F1 de este capítulo)

La metodología que sustenta el análisis del perfil consiste en el siguiente proceso.

A. Nivel de interpretación del modelo teórico de la conceptualización de la arquitectura.

Proceso del  
Desarrollo de  
la Arquitectura

Su fundamentación está basada en documentos de publicación oficial de los profesores: Arq. Carlos Valladares y Arq. Erwin Solórzano.

El nivel de interpretación del modelo es propio de la investigación realizada y tiene como proceso sistemático de análisis cuatro columnas que identifican un ordenamiento pre establecido, buscando un común denominador conceptual en el campo de la Gerencia, que es el fin último de enlace del arquitecto en el área gerencial.

La columna I, define el concepto generador sustentado por la documentación en referencia.

La columna II, define la metodología del concepto para la aplicación de la competencia, entendida esta, como la conversión del concepto en actividades que conducirán a resultados.

La columna III, define la medición de logros los cuales se canalizan como resultados.

La columna IV, operacionaliza los resultados y los convierte en mecanismos de acción que deben interpretarse como la toma de decisiones que caracterizan a la gerencia como proceso de práctica gerencial y que permite el desarrollo gerencial.

El objetivo de utilizar conceptos en el campo de la gerencia para la interpretación del modelo obedece a la intención de relacionar o buscar puntos comunes en la práctica de la Arquitectura y la Gerencia

NIVEL DE INTERPRETACIÓN DEL MODELO TEORICO DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ARQUITECTURA

Desarrollo del proceso de arquitectura	Metodología de la aplicación para la medición de la competencia.	Medición de logros	Mecanismos de acción (operativización)
I CONCEPTO	II ACTIVIDADES	III RESULTADOS	IV TOMA DE DECISIONES
0. Sistematización de la investigación	Se plantean objetivos del espacio arquitectónicos socialmente solicitado, mediante la recopilación de información y desarrollo de la tormenta de ideas	Utilización de medios y recursos para comunicar ideas y proyectos en función de objetivos pre establecidos	Investigación aplicada  Diseño arquitectónico
1. Ordenamiento de cualidades.	Se clasifican alternativas de solución de cualidades integradas dentro de un contexto arquitectónico urbano y/o rural.	Diseños de espacios arquitectónicos urbanos y/o rurales con integración de variables dentro de un contexto social determinado	Tecnología constructiva  Sistema de edificación
2. Prefiguración de relaciones	Se plantean propuestas a nivel macro en función de las variables que caracterizan al entorno urbano y/o rural, ecológico y social.	Diseño de espacios arquitectónicos que definen un patrón de ocupación social, territorial y ambiental	Recursos humanos calificados y no calificados
3. Figuración integrada	Se desarrollan propuestas a nivel micro en función de la integración de los diferentes sistemas que le dan soporte a la arquitectura	Planificación de proyectos arquitectónicos, integrando aspectos administrativos, legales, financieros y tecnológicos dentro del contexto social territorial y ambiental	Recursos humanos calificados y no calificados
4. Edificación	Se materializan las propuestas dentro de un contexto social, urbano, ecológico y de otra naturaleza	Satisfacción de las necesidades de consumo espacial y de un contexto cultural determinado	Recursos humanos calificados y no calificados

Elaboración propia 1997

**NOTA:**  
 Basado en documentos docentes publicados por los profesores :  
 Arq. Carlos Valladares y Arq. Erwin Solorzano.  
 Y análisis desglosado anteriormente en el proceso arquitectónico insiso 3.iii de este documento y 4.1 fundamentación del modelo.

## b NIVEL DE INTERPRETACIÓN DEL MODELO TEORICO DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA FORMULACIÓN DE PROYECTOS

Proceso de la teoría  
de la formulación de  
proyectos

Su fundamento está basado en el documento de SEGEPLAN  
arquitecto Hector Castror.

(O. E. A.) de publicación oficial por los profesionales arquitecto Miguel Fea y

De igual manera que el inciso A; el nivel de interpretación del modelo es propio de la investigación realizada, y tiene el mismo proceso sistemático de análisis conformado por cuatro columnas que ya han sido descritas en dicho inciso, pero conteniendo la descripción específica que este análisis requieren la columna I el proceso generador surge de la fase de preinversión analizada de la práctica profesional del arquitecto desde el proceso de formulación, ejecución y evaluación de proyectos presentada como: idea, perfil, prefactibilidad, factibilidad y gestión financiera.

En la columna II los conceptos se transforman en actividades y da a conocer la metodología de aplicación para la medición de la competencia.

En la columna III las actividades se transforman en resultados a través del Planteo de las mediciones de logros.

En la columna IV los resultados generan la Toma de decisiones a través de mecanismos de acción.

B. NIVEL DE INTERPRETACION DEL MODELO TEORICO DE LA CONCEPTUALIZACION DE LA FORMULACION DE PROYECTOS

Desarrollo del proceso de la formulación del proyecto	Metodología de aplicación para la medición de la competencia (82)	Medición de logros (6)	Mecanismos de acción (8)
I Concepto	II. Actividades	III. Resultados	IV. Toma de decisiones
0. fase de preinversión idea (48)	Se define el problema, identificando sus causas y consecuencias mediante la necesidad humana a satisfacer	Formulación de la idea mediante el planteamiento de objetivos opciones de solución y subproyectos para viabilizarlos de acuerdo a criterios institucionales, comunitarios, de dirección ejecutiva	Utilización de manuales aplicación de necesidades sentidas. Definición de tipo de proyectos
1. fase de preinversión (perfil)	Se valúa la idea y se perfecciona mediante el manejo de datos para establecer estimaciones preliminares sobre beneficios y costos	Aprobación de la idea en función de la creación de un subsistema del inventario de proyectos derivados, similares de fuentes secundarias	Utilización de información sobre: demanda, localización, oferta, insumos, montos y financiamientos
2. Fase de preinversión (Pre – factibilidad) (Pag.43)	Se seleccionan opciones de mercado, localización de procesos productivos, capacidad financiera y aspectos administrativo – legales.	Reestudio del proyecto. Rechazo definitivo. Reconsideración para momentos más propicios. Elaboración del estudio de factibilidad.	Aplicación de investigación de campo: - En áreas de acción similares - con estudios previos de proyectos similares.
3. Fase de pre inversión (factibilidad) (Pag. 54)	Análisis de mercado mediante investigación directa, estableciendo definitivo de la localización y tamaño del proyecto. Realización de estudios especializado.	Costos y beneficios del proyecto. Análisis de rentabilidad	Toma de decisiones para llevar a cabo la inversión requerida. Aprobación final
4. Fase de Inversión (Gestión Financiera) (Pag. 77)	Obtención de recursos para inversión y operación del proyecto.	Estudio operacional. Estudio tecnológico. Estudio administrativo – legal. Estudio financiero	Asignar recursos

NOTA:  
Basado en documento de SEGEPLAN(O.E.A)  
La formulación de proyectos de los profesionales:  
Arq. Miguel Zea y Arq. Hector Castro

Elaboración Propia 1997

C) NIVEL DE INTERPRETACIÓN DEL MODELO TEORICO EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA GERENCIA ESTRATEGICA

Proceso de la gerencia  
estratégica

Su fundamentación esta basada en el del curso de gerencia de uso docente del arquitecto Byron Rabe

De igual procedimiento los incisos A y B, el nivel de interpretación del modelo es propio de la investigación realizada y tiene el mismo proceso sistemático de análisis conformado por las cuatro columnas que ya han sido descritas aunque de igual manera presenta su específico análisis descriptivo.

En la columna I Su proceso generador surge del proceso de la gerencia estratégica en los niveles de formulación de la estrategia, ejecución y evaluación.

En la columna II el concepto se transforma en actividades en base al planteo de la aplicación de una metodología para la medición de la competencia. En este proceso se fija la misión, las metas, las políticas y se evalúan los resultados.

En la columna III las actividades se transforman en resultados los cuales se ordenan y pririzan dando lugar a la medición de resultados y logros.

En la columna IV los resultados confinan a la toma de decisiones por medio de la aplicación de mecanismos de acción.

C) NIVEL DE INTERPRETACION DEL MODELO TEÓRICO DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA GERENCIA ESTRATEGICA

Desarrollo del proceso de la Gerencia Estratégica	Metodología de la aplicación para la medición de la competencia	Medición de resultados y logros	Mecanismos de acción
I CONCEPTO	II ACTIVIDADES	III RESULTADOS	IV TOMA DE DECISIONES
0. Formulación de la estrategia	Se fija la misión a través de la formulación de los objetivos para luego fijar las estrategias a seguir	Toda la organización social, empresarial, institucional, determina prioridades y define áreas de intervención, tales como: Productos / Servicios Mercados / Clientes Productividad / produc. Admón. / Organización Tecnología / Innovación Investigación / Desarrollo	Aplicación del instrumento de evaluación FODA: (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas)
1, Ejecución	Se fijan las metas como puntos de referencia o aspiraciones que se deben lograr  Se fijan las políticas como guías para la toma de decisiones	Toda organización social, empresarial o institucional, determina logros temporales, gerenciales, de recursos, etc.  Toda organización social, empresarial o institucional debe definir y asignar los recursos disponibles	Aplicación priorizada en corto plazo, mediano Plazo y largo plazo.
2. Evaluación	Se miden y evalúan los resultados para conocer la realización coherente de las actividades.	Toda organización social empresarial, o institucional determina acciones para alcanzar los objetivos propuestos mediante la priorización y la selección de la mejor alternativa	Toma de decisiones mediante la aplicación de factores cualitativos y factores cuantitativos.

NOTA:  
Basado en documento de uso docente de curso de gerencia por el Arq. Byron Rabé.

Elaboración propia 1997

## D) NIVEL DE ANÁLISIS DEL PERFIL DEL ARQUITECTO

Para el análisis del perfil del arquitecto se han establecido etapas generales de análisis que toman en cuenta el campo de su competencia:

### Etapas 1

Se parte de la afirmación de las tres premisas básicas que son competencia del arquitecto (diseñador, planificador y humanista), se identifican en el proceso de la arquitectura, para ello se desagrega cada fase en líneas generales numeradas del uno al trece, que identifican las actividades propias de cada premisa y que son inherentes al campo de competencia del arquitecto, lo cual se manifiesta en la descripción del capítulo dos y que corresponde al proceso de desarrollo de la arquitectura

### Etapas 2

De acuerdo a este proceso inicial se busca la fundamentación teórica del proceso de la arquitectura en el campo de la formación del arquitecto por medio de un documento validado en el nivel académico y que lo constituye la publicación del apoyo docente de Arquitecto Carlos Valladares y la del Arquitecto Erwin Solórzano. En función de este planteamiento se establece que de las líneas generales formuladas se encuentran implícitas en la interpretación del modelo por medio de la presentación de conceptos más integrado y definidos que los que se encuentran en las líneas generales.

### Etapas 3

Se toma del modelo teórico la columna III, ligada a medición de logros que se traducen en resultados y estos son confrontados con el perfil que caracteriza al egresado de la licenciatura en arquitectura y que está fundamentado en el pènsum de estudios de la Facultad de Arquitectura Vigente a la fecha.

De acuerdo a este procedimiento se efectúa el análisis y síntesis de la relación del proceso, dando como resultado lo siguiente:

### Etapas 4

La validación del perfil del egresado en arquitectura se satisface por medio del cumplimiento de los resultados o medición de logros de la columna III y que se evidencian en la columna V del cuadro de análisis perfil.



D) CUADRO DE ANÁLISIS DEL PERFIL DEL ARQUITECTO

CONCEPTO GENERADOR	II ACTIVIDADES GENERALES	III RESULTADOS	IV NIVEL DE TOMA DE DECISIONES	V AREA DEL PERFIL QUE ANALIZA LOS RESULTADOS O MEDICION DE LOGROS
0. Sistematización de la investigación	Planteo de los objetivos. Tormenta de ideas	Utilización de medios y recursos para comunicar ideas y proyectos	La investigación aplicada para plantear objetivos del espacio socialmente solicitado	Satisfacer las necesidades de habitabilidad y consumo espacial de acuerdo a las características sociales, culturales, naturales y tecnológicas del contexto guatemalteco
1. Ordenamiento de cualidades	Clasificación de cualidades integradas dentro de un contexto arquitectónico	Integración de variables de diseño dentro de un contexto social	Diseño arquitectónico de prefiguración	Diseñar espacios arquitectónicos y urbanos con creatividad para enfrentar e integrar conocimientos y variables del concepto y de la sociedad, actual y futura, para contribuir así al desarrollo urbano y rural.
2. Prefiguración de relaciones	Propuestas a nivel macro en función de variables específicas	Definición de un patrón de ocupación territorial por medio del diseño de espacios arquitectónicos	Diseño arquitectónico con contenido de tecnología constructiva y sistema de edificación	Diseñar espacios para el ordenamiento y ocupación territorial, a través de proyectos de asentamientos humanos, urbanísticos y arquitectónicos, dentro de un marco de referencia de desarrollo integral, urbano y rural, con una acción crítica y científica.
3. Figuración integrada	Integración de sistemas que le dan soporte a la arquitectura	Planificación de objetos arquitectónicos integrando aspectos fundamentales de un contexto social, territorial y ambiental	Sistematización de la edificación e integración de la tecnología constructiva	Satisfacer las necesidades de habitabilidad y consumo espacial de acuerdo a las características sociales, culturales, naturales y tecnológicas del contexto guatemalteco.
4. Edificación	Materialización de propuestas	Satisfacción de necesidades de consumo espacial	Utilización de recursos humanos calificados y no calificados, Recursos de apoyo logístico, económico, etc.	Planificar y dirigir la materialización de objetos arquitectónicos y urbanísticos, tomando en cuenta los avances científicos y tecnológicos; aspectos administrativos, legales y financieros de la construcción así como los recursos y factores disponibles dentro del contexto en el cual desarrollará su actividad profesional.

Elaboración propia 1997

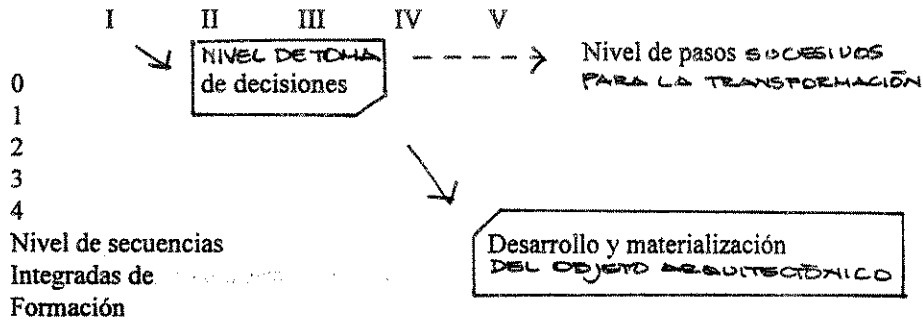
NOTA  
Basado en el Análisis conjunto: Del cuadro anterior "A" conceptualización de la Arquitectura y el análisis de perfil del arquitecto.

**CONCLUSIONES SOBRE EL ANÁLISIS DEL PERFIL DEL ARQUITECTO:**

La conclusión sobre el análisis están determinados por la integración horizontal y vertical que se da a partir del concepto generador entre las distintas variables que se identifican tanto en columnas (I, II, III, IV, V) como en niveles horizontales (0, 1, 2, 3, 4); lo que permite una interpretación lógica de los pasos sucesivos transformados que justifican el proceso adoptado en este trabajo.

La interpretación que se debe deducir en el cuadro del análisis se puede presentar esquemáticamente de la siguiente manera:

I	II	Nivel de pasos
0	Nivel de toma de decisiones	Para la transformación
Nivel de Secuencias integradas de transformación		Desarrollo y materialización del objeto arquitectónico.



Su fundamentación esta basada en la interpretación conjunta de los cuadros anteriores A, B, C y D de elaboración propia, pero a manera de síntesis que interpreta el análisis del perfil del arquitecto, conjuntando los cuadros anteriores y dándole valor a través de una resultante derivada (columna I (I) resultante), donde en forma horizontal, se aprecia no solo una simple investigación sino una investigación sistematizada, no solo un ordenamiento sino un ordenamiento de cualidades, no solo una prefiguración de relaciones generales o bloques. Igual transformación ocurre en las áreas de figuración y de la edificación. Este proceso transformador surge de la síntesis de interpretación del diagrama que lo generó. A su vez este nivel de análisis se revalida en los cuadros subsiguientes.

CUADRO DE SINTESIS INTERPRETADO SOBRE EL ANÁLISIS DEL PERFIL DEL ARQUITECTO

Areas de desempeño del arquitecto como diseñador planificador y humanista

I	II	III	IV	V	I(I)
0. Investigación	Definición de objetivos de diseño, desarrollo y ejecución	Comunicar ideas	Aplicación dentro de un espacio social	Satisfacción de necesidades sociales	Investigación sistematizada
1. Ordenamiento	Por cualidades priorizadas	Integración de cualidades	Prefiguración para el diseño	Integra conocimientos sobre el contexto social	Ordenamiento de cualidades
2. Prefiguración	Elaboración propuestas Macro (generales)	Búsqueda del desarrollo integral por patrones de ocupación	Diseño con contenido tecnológico y sistematizado	Aplicar las relaciones integradas dentro de un marco de desarrollo	Prefiguración de relaciones generales o bloques
3. Figuración	Integración de sistemas de soporte al objeto arquitectónico proyectado	Planificación de objetos arquitectónicos dentro de un contexto social	Integración y sistematización de la edificación proyectada socialmente	Satisfacción de necesidades colectivas	Figuración integrada de relaciones específicas
4. Edificación	Propuesta materializada	Consumo espacial de satisfacción colectiva	Utilización de recursos humanos, económicos y logísticos	Habitabilidad del objeto arquitectónico	Evaluación de la zona de decisiones en el campo de la arquitectura.

Elaboración propia 1997

NOTA:  
Basado en la síntesis del cuadro anterior ("D") donde se analiza el perfil del arquitecto. Y en la fundamentación del modelo inciso 4.1 de este capítulo.

## CRITERIOS PARA DEFINIR EL MODELO

Se tomarán los siguientes aspectos como elementos generadores a tomarse en cuenta para la construcción del modelo.

- 1.- La globalización de la competencia y la necesidad de un enfoque mundial obliga muchas veces a la gerencia a obtener una considerable capacidad estratégica. Ella acrecienta su poder creando recursos que son claves para su desarrollo; equipos internacionales, tecnologías, informaciones, redes, relaciones, etc. Desde esta perspectiva, el poder privado viene a ser muy importante como una poderosa arma competitiva. En muchas ramas La Gerencia es quien decide la orientación del proyecto en si, desde su concepción hasta el consumo.
- 2.- La Gerencia puede proponer un concepto central para describir la función específica del proyecto que deberá girar en torno del servicio, beneficio de la ciencia y tecnología a la comunidad como un bien adquirido para aprovechamiento colectivo.
3. El Arquitecto Gerente debe hacer funcionar el proyecto en función del manejo técnico, económico y cultural en torno al Para quién?, Cómo?, y Para qué? en una franca búsqueda del beneficio colectivo prioritariamente y no sólo como una experiencia profesional más.
- 4.- la planificación debe iniciarse con un diagnóstico basado en la información disponible sobre tanto los componentes del Ecosistema Sociocultural como de su funcionamiento. Luego se requerirá de un análisis integral pendiente de identificar problemas que requieren atención. La detección de sus causas es fundamental para culminar el trabajo con la elaboración de los programas de manejo, los cuales especificarán las acciones que se deben realizar, las condiciones o requisitos para asegurar su ejecución y éxito; y las normas que se deben tener en cuenta para definir el ámbito de las acciones recomendadas por el Gerente -

Arquitecto, que como encargados del proyecto deberá visualizar y considerar.

5. Los proyectos de manejo integrado de recursos naturales y culturales como en el que el presente trabajo de estudio, constituirán las oportunidades específicas de acción con miras a un desarrollo sostenido, estudios que mejorando la calidad de vida de los pobladores; no presupongan el deterioro irreversible ni de la base de recursos naturales ni de los recursos culturales.  
  
Estos proyectos deberán contar con etapas alternadas de planificación y de ejecución, abarcando el área protegida donde se circunscribe el proyecto, las áreas de influencia de este y otros proyectos piloto bajo niveles de control profesional.
- 6.- la etapa de ejecución, requiere de un ente que coordine acciones y una definición clara de quienes deberán ser los responsables de ejecutar acciones específicas. Dado que Guatemala cuenta con sistema Jerárquico de Consejos de Desarrollo, bien puede ser que estos organismos coordinen, promuevan e impulsen los proyectos de manejo integrado del patrimonio natural y cultural; mientras que las instituciones públicas y privadas se podrían encargar de llevar a efecto las acciones.
- 7.- Una vez conseguidos los recursos económicos para financiar el proyecto; la etapa de planificación no puede ser muy prolongada dada la urgencia de acciones necesarias no solo para la conservación de los recursos sino también para el desarrollo y ejecución inmediata del proyecto.
8. La capacidad Gerencial de un Arquitecto necesitará para responder el reto actual, debe ser desarrollada sobre el conocimiento y aplicaciones de temas tales como la formulación, evaluación y administración de proyectos acorde con la participación a nivel institucional y

UNIVERSIDAD DE LA GUATEMALA  
Biblioteca

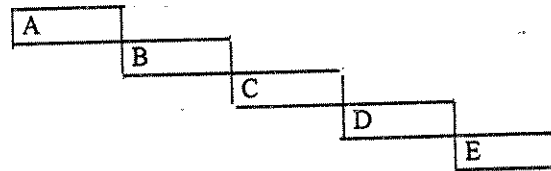
comunitaria, la obtención y manejo del financiamiento, control y seguimiento de la ejecución y ocupación del mismo sistema de información y cumplimiento de los objetivos del proyecto según calidad, cantidad, tiempo y costo del proyecto.

- 9.- El papel de un Gerente – Arquitecto en la administración de proyectos, debe concebirse como un agente de cambio, con la responsabilidad de adoptar o crear las estructuras requeridas que permitan agilizar el logro de objetivos, políticas y metas necesarias para alcanzarlos a fin de producir los bienes y servicios que permitirán satisfacer las necesidades sociales que dieron origen al proyecto.
- 10.- El Gerente del Proyecto, debe tomar en consideración la Calidad Total como un factor estratégico sobre su aplicación en el campo de las finanzas, la estructura de costos, la administración; organización, todo el proceso de ejecución y hasta la etapa del consumo del proyecto; sin olvidar de cómo el profesional Arquitecto – Gerente se va a posesionar estratégicamente en el mercado, hasta lograr objetivos específicos y metas.
- 11.- Una más de las labores del profesional es de ser el motivador e instructor del personal a su cargo. Un Gerente – Arquitecto debe lograr que su personal realice su trabajo con pleno gusto y haciendo lo mejor posible su cargo, el profesional debe estar preparado para optimizar el trabajo y los resultados físicos del proyecto a su cargo.
- 12.- En la época actual donde se vive profesionalmente en una abierta competencia; sobre todo, la calidad y el desempeño del Arquitecto – Gerente determinan el éxito de un proyecto y de supervivencia, porque constituirá su preparación, la única ventaja que puede tener un profesional dentro del sistema.

#### 4.2 FORMULACION DEL MODELO GERENCIAL PARA LA PARTICIPACION DEL ARQUITECTO

Descripción del esquema interpretativo para cumplir con este cometido se ha dispuesto el manejo de un esquema gráfico que permita la interpretación lógica y coherente de los distintos pasos que presuponen el enlace metodológico de la propuesta de este trabajo de investigación y cuyo fin último es la aplicación del arquitecto en los procesos de desarrollo de su propio contexto social y competencia.

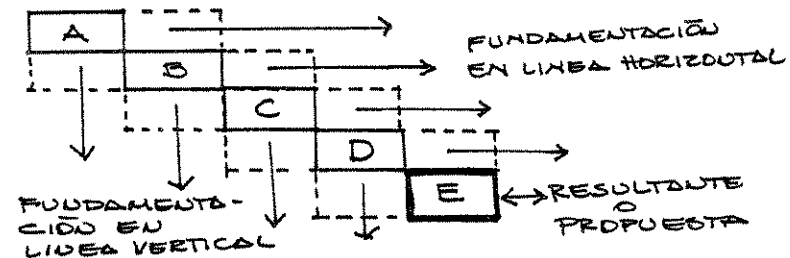
La metodología consiste en el siguiente procedimiento:  
Ubicación de los procesos que le dan validez al perfil del arquitecto y a su aplicación gerencial, por medio de la codificación literal (A, B, C, D, E), representados en cuadros y en posición diagonal, así:



Observaciones:

- A= Proceso de desarrollo de la Arquitectura, ya fundamentado.
- B= Proceso de la teoría de formulación de proyectos ya fundamentado.
- C= Proceso de la gerencia estratégica ya fundamentada.
- D= Perfil de Arquitecto ya validado.
- E= Aplicación gerencial del arquitecto por formularse.

La posición en diagonal obedece a la posibilidad de implementar los conceptos en línea horizontal y línea vertical que le den fundamento a la aplicación gerencial.



Luego los cuadros (A, B, C, y D) que contienen los procesos generadores, están codificados por los símbolos propios de las

columnas en los niveles horizontales que les permite ubicarlos conceptualmente en el lado izquierdo

Los procesos generadores ya codificados (A, B, C, D), requieren o provocan una transformación la cual se identifica horizontalmente al lado derecho del cuadro codificado, y que se representa por otro cuadro con línea punteada.

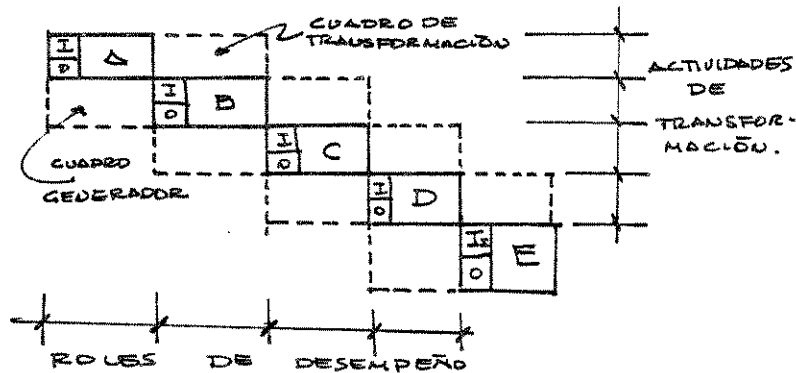
#### CUADRO DE TRANSFORMACION



El procedimiento por medio del cual se obtiene un cuadro de transformación se le denominará paso de transformación o proceso transformador; ya que la transformación es un nivel de competencia del Gerente, y que se denominará actividades de desempeño.

De igual manera, estos procesos ya codificados (A, B, C, D), provienen de un generador que le precede y que lo constituye los roles que desempeñan estos procesos en sus diferentes momentos de interpretación conceptual con fundamento teórico que ya se han descrito en la metodología de validación del perfil del arquitecto.

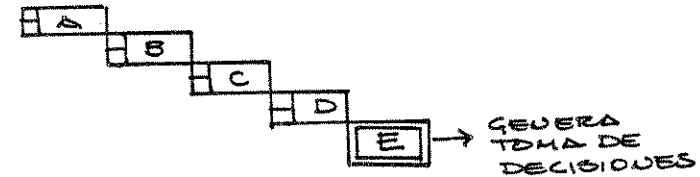
Estos procesos requieren un generador, lo cual se identifica verticalmente abajo del cuadro codificado y que se representa por otro cuadro con línea discontinua en negrilla y que se denominará roles de desempeño.



#### E) NIVEL DE PROPUESTA DE MECANISMOS DE ACCION PARA LA APLICACION DEL MODELO DE DESARROLLO GERENCIAL Y/O PRACTICA GERENCIAL

La formulación final de la propuesta, consiste en desarrollar en cuadro E, que encierra un concepto propositivo que se convierte en la aplicación general que aplicado al campo del arquitecto debe contener todos aquellos procesos ligados a su competencia y que han quedado válidos en el procedimiento de trabajo, ya efectuado.

Este proceso de aplicación y/o proposición, se identifica al final de la línea diagonal y que se representa por un cuadro de doble línea continúa rematado en negrilla.

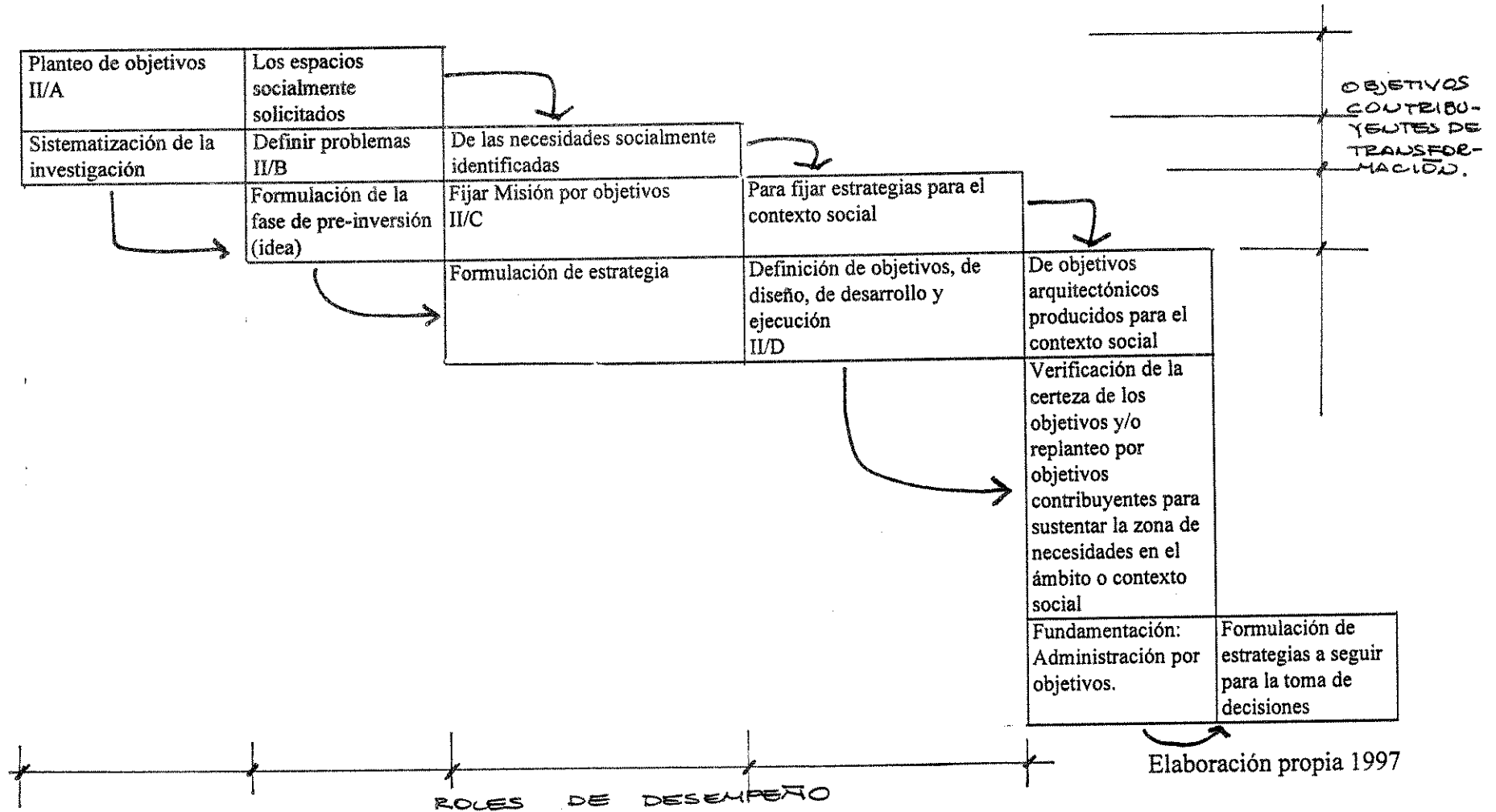


Los mecanismos de acción deben ser obtenidos de la relación de conceptos entre el cuadro que contiene el proceso de desarrollo conceptual y su paso de transformación que se aplica al lado derecho del mismo. Estos mecanismos pueden ser interpretados gerencialmente como practicas gerenciales y su resultado es la toma de decisiones debe entenderse para el presente trabajo, que los diferentes cuadros que representan a los pasos de transformación, son prácticas gerenciales parciales en los cuales el profesional arquitecto no ha sido formado, pero que las prácticas de una manera empírica y de experiencia, pero no es en sí un proceso metodológico, producto de su formación profesional. En base a lo anterior, se plantean propuestas básicas, que significan el aporte de este trabajo a la aplicación de la gerencia como herramienta de transformación para la toma de decisiones debe poner en

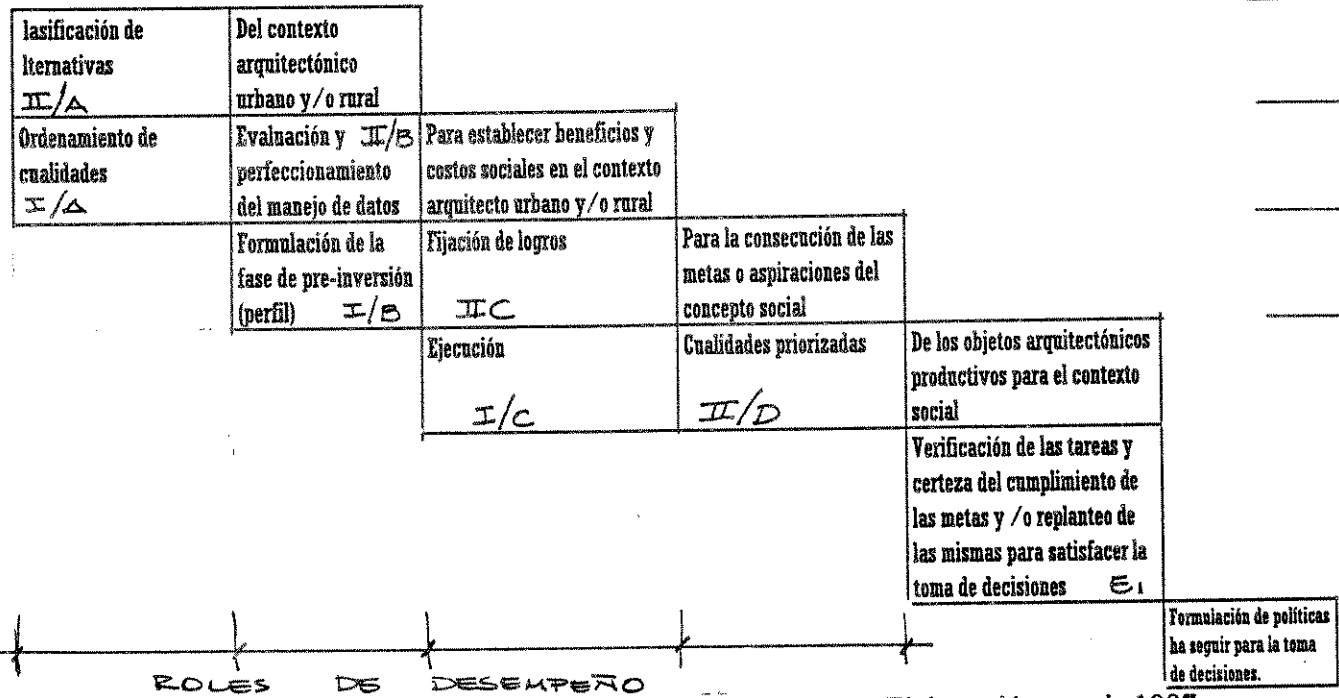
practica el arquitecto cuando desempeñe roles en actividades de transformación en el campo de la gerencia; los cuales se

pueden apreciar en los cuadros e1 y E2

### E1. CUADRO DE MECANISMOS DE ACCIÓN DEL ARQUITECTO HACIA LA PRÁCTICA GERENCIAL



E2 CUADRO DE ACTIVIDADES DE TRASFORMACIÓN DEL ARQUITECTO EN EL CAMPO DE LA GERENCIA



Elaboración propia 1997

Este proceso de análisis y síntesis se presenta como las herramientas para provocar la transformación, mismas que facilitan el proceso de fusión del arquitecto y el gerente. El siguiente cuadro, resume en forma ordenada y diagramada las premisas básicas del papel del arquitecto, las líneas generales desde su base conceptual, los conceptos generadores del proceso y practica de la arquitectura y concepto asociado a la gerencia (cuadros F y F, de este capítulo).



# F. NIVEL DE ANÁLISIS COMO HERRAMIENTA PARA PROVOCAR LA TRANSFORMACIÓN: ARQUITECTO - GERENTE

PREMISAS BÁSICAS	LINEAS GENERALES	CONCEPTOS GENERADORES DE LA ARQUITECTURA	CONCEPTOS GENERADORES ASOCIADOS A LA PRÁCTICA DE LA ARQUITECTURA	CONCEPTO GENERADOR ASOCIADO A LA GERENCIA	
<p>SU FUNDAMENTO RECIDEN EN LA PRÁCTICA DE LA ARQUITECTURA IDENTIFICANDO AL ARQUITECTO COMO EL ENTE CALIFICADO PARA SU DESARROLLO EN LOS PAPELES DE:</p> <p><b>DISEÑADOR</b> DE OBJETOS ARQUITECTÓNICOS</p> <p><b>PLANIFICADOR</b> DE OBJETOS ARQUITECTÓNICOS EN UN TERRITORIO.</p> <p><b>HUMANISTA</b> CREADOR DE PROYECTOS SOCIALES</p>	<p>SU BASE CONCEPTUAL SE ESTABLECE A PARTIR DE LAS ACTIVIDADES QUE LA PRÁCTICA DE LA ARQUITECTURA LE PERMITEN ORDENAR SUS ÁREAS DE TRABAJO EN:</p> <p>INVESTIGACIÓN DISEÑO PRELIMINAR DISEÑO FINAL</p> <p>PLANEAR Y/O PREVER INVESTIGACIÓN PROGRAMACIÓN SELECCIÓN</p> <p>DIRIGIR Y/O ASESORAR INVESTIGACIÓN SOCIAL APLICACIÓN TECNOLÓGICA GESTIÓN</p> <p>PRODUCCIÓN HISTÓRICA/SOCIAL CONSUMO DEL PRODUCTO ARQUITECTÓNICO.</p>	<p>SU CONCEPTUALIZACIÓN RELACIONADA LA TENDENCIA A LA PRÁCTICA DENTRO DE UN ENFOQUE ACADÉMICO QUE SISTEMATIZA LA PRÁCTICA COMO PROCESO PERTENECIENTE A NIVELES MÁS ESPECÍFICOS:</p> <p>INVESTIGACIÓN SISTEMATIZADA ORDENAMIENTO DE CUALIDADES PREFIGURACIÓN DE RELACIONES</p> <p>INTEGRACIÓN DE PROCESOS DE INVESTIGACIÓN FIGURACIÓN INTEGRADA</p> <p>APLICACIÓN A LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS TECNOLÓGICOS MATERIALIZACIÓN DE LOS PROCESOS</p> <p>EDIFICACIÓN APLICACIÓN DE TECNOLOGÍA CONSTRUCTIVA.</p>	<p>SU APLICACIÓN METODOLÓGICA EN ARQUITECTURA SE SUSTENTA EN LA VINCULACIÓN DE LA PRÁCTICA CON FASES O ETAPAS RESPONDIDAS POR PROCESOS RELACIONADOS LA FORMULACIÓN DE PROYECTOS QUE PERMITEN LA CREACIÓN DE:</p> <p>SUBSISTEMA DE BASE DE DATOS ASIGNA CÓDIGOS ELABORA DIAGRAMAS ANÁLISIS DE MATRICES.</p> <p>APLICACIÓN DE INFORMACIÓN ESPECIALIZADA ELABORACIÓN DE PROGRAMAS ESPECÍFICOS</p> <p>CONTROL DE LOS PROGRAMAS Y MEDICIÓN DE RESULTADOS SUPERVISIÓN DEL AVANCE DE LOS PROGRAMAS</p> <p>GESTIÓN DE PROYECTOS Y TOMA DE DECISIONES PROYECTOS DE BENEFICIO SOCIAL Y USO DE TECNOLOGÍA.</p>	<p>SU APLICACIÓN MANTIENE LOS VÍNCULOS CON LA PRÁCTICA DE LA ARQUITECTURA Y SE RESPALDA CON CRITERIOS DE PRÁCTICAS GERENCIALES QUE SE DEFINEN POR:</p> <p>FORMULACIÓN DE OBJETIVOS FIJACIÓN DE ESTRATEGIAS OBJETIVOS CONTRIBUTIVOS DE TRANSFORMACIÓN FIJAR MISIÓN.</p> <p>APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN (FODA, ETC) FIJACIÓN DE METAS FIJACIÓN DE POLÍTICAS.</p> <p>APLICACIÓN CON PRIORIDADES MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS.</p> <p>TOMA DE DECISIONES ADMINISTRACIÓN POR OBJETIVOS.</p>	<p>ROL DE DESEMPEÑO DEL ARQUITECTO/GERENTE EN LOS DIFERENTES CAMPOS DE ACCIÓN, DE DONDE PODRÁ DETERMINARSE EL PERFIL DEL ARQUITECTO GERENTE.</p>

NOTA: BASADO EN EL PLANTEO QUE ORIGINO LOS CUADROS ANTERIORES CON LOS CUALES SE SINTETIZA EL PRESENTE NIVEL DE ANÁLISIS.

ELABORACIÓN PROPIA. 1997

F. NIVEL DE ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN GERENCIAL PARA LA TRANSFORMACIÓN: ARQUITECTO-GERENTE

EL ARQUITECTO COMO:	I (I) RESULTANTE	METODOLOGIA DE TRABAJO CON APLICACIONES GERENCIALES		EJECUCIÓN GERENCIAL
D I S E Ñ A D O R	INVESTIGACIÓN SISTEMATIZADA →	CREAR SUBSISTEMAS DE BASE DE DATOS, CODIGOS, DIAGRAMAS Y MATRICES.	FORMULAR OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS	PLANEACIÓN DE LA GERENCIA ESTRATÉGICA. FIJAR LA MISIÓN.
	ORDEÑAMIENTO DE CUALIDADES →	MANEJO DE INFORMACIÓN ESPECIALIZADA CON APLICACIÓN TECNOLÓGICA. USO DE PROGRAMAS COMPUTARIZADOS.	APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN. EJ: FODA, EVALUACIÓN DE OPCIONES.	ASIGNAR PRIORIDADES, FIJAR OBJETIVOS Y FIJAR ESTRATEGIAS.
	PREFIGURACIÓN DE RELACIONES GENERALES O BLOQUES →	INTEGRACIÓN DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN, ORDENAMIENTO Y PREFIGURACIÓN CON APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS, PROGRAMAS ESPECÍFICOS (EJ: WINDOWS 95.)	FIJAR METAS EXTERNAS OPERACIONALES, COOPERACIONALES Y CAPACITADORES. FIJAR POLITICAS INTERNAS: GERENCIA, PROGRAMAS, PROYECTOS, RECURSOS, ESTRUCTURA Y DIFUSIÓN.	
	PLANNIFICADOR →	FIGURACIÓN INTEGRADA DE RELACIONES ESPECÍFICAS	ELABORACIÓN DE PROGRAMAS ESPECÍFICOS. DISEÑO Y CONTROL DE LOS MISMOS. PROCESOS ADMINISTRATIVOS, TECNOLÓGICOS Y DE GESTIÓN.	CONTROL DE LOS PROGRAMAS Y MEDICIÓN DE RESULTADOS. ASIGNACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, ECONÓMICOS Y LOGÍSTICOS.
HUMANISTA	EVALUACIÓN DE LA TOMA DE DECISIONES EN EL CAMPO DE LA ARQUITECTURA. →	PRODUCCIÓN HISTÓRICO-SOCIAL GESTIÓN DE PROYECTOS ADMINISTRACIÓN POR OBJETIVOS TOMA DE DECISIONES PARA MEDIR Y EVALUAR RESULTADOS.		

NOTA: BASADO COMO SINTESIS DEL CUADRO "D" QUE INTERPRETA EL ANÁLISIS DEL PERFIL DEL ARQUITECTO, Y EL CUADRO "F" DEL NIVEL DE ANÁLISIS COMO HERRAMIENTA DE TRANSFORMACIÓN.

ELABORACIÓN PROPIA. 1997

### 4.3

#### PROPUESTA PARA DEFINIR EL PERFIL DEL ARQUITECTO – GERENTE

Los componentes generadores sobre los cuales se fundamentan el perfil del Arquitecto – Gerente, se basan principalmente en el estudio previo de los perfiles del Arquitecto, del Gerente Estratégico y social, que fundamentan la propuesta del profesional de la arquitectura al ejercer gerencia

1. Diseñar espacios arquitectónicos, tomando en cuenta todos los aspectos (financieros, políticos, sociales, tecnológicos, económicos, etc.) que llevan a la realización de proyectos, tanto urbanos como rurales acorde a cada contexto social.
2. Aplicar las metodologías e instrumentos disponibles para la formulación de proyectos.
3. Formular proyectos abordando resoluciones de las necesidades mediante la participación conjunta de la población y el profesional en cada fase del proyecto.
4. Seleccionar proyectos no solo en base a criterios de rentabilidad económica, sino los que tomen en cuenta los valores que se identifiquen con nuestra propia identidad cultural, en virtud de generar múltiples beneficios sociales.
5. Conocer las corrientes globales que afectan el contexto mundial y por ende, del país, así como los efectos que recaen en su desempeño profesional.
6. Los objetivos propuestos mediante la priorización y selección de la mejor alternativa.
7. Adoptar criterios gerencias a la práctica de la arquitectura, que aseguren el cumplimiento de los objetivos establecidos.
8. Diseñar estrategias viables en base a las necesidades humanas de cada contexto social, por medio de la clara identificación del problema.
9. Identificar problemas sociales y plantear las estrategias de solución a nivel gubernamental, institucional, particular o de otra índole en vías de un desarrollo comunitario.

10. Gerenciar proyectos que promuevan al desarrollo social mediante la implementación de políticas y estrategias que lo hagan viables, habitables y rentables.
11. Visualizar costo – beneficio, tomando en cuenta los recursos reales disponibles, tanto económicos como humanos, racionalizados al máximo, administrando tomando decisiones certeras, con vistas a la consecución de logros previstos en los objetivos
12. Ejercer como rol de su competencia; ser comunicador de las decisiones tomadas en la practica gerencial del Arquitecto a su personal de apoyo.
13. Buscar la excelencia profesional en la práctica diaria como ente productor altamente capacitado.
14. Ser creativo en cuanto a diseño de estrategias de beneficio común.
15. Investigar, administrar y llevar a cabo planes y políticas de desarrollo, tanto de la empresa como personales y comunitarios.
16. Planificar y dirigir acciones en base a un estudio operacional tecnológico, administrativo, legal y financiero.
17. Comunicar y negociar con los diferentes sectores del país, proyectos de interés colectivo.
18. Aprovechar las innovaciones tecnológicas y científica disponibles en el contexto de su quehacer profesional.
19. Diseñar programas y lineamientos ventajosos manteniendo una postura ética.
20. Ser líder en cuanto a equidad, eficiencia y eficacia.  
Tomar decisiones asumiendo las responsabilidades que llevan a alcanzar.
21. Manifestar autoridad eficiente con la toma de decisiones acertadas.
22. Saber delegar y asignar tareas a su personal de apoyo, a fin de alcanzar metas, logros y objetivos óptimos.

Es evidente que el perfil del arquitecto-gerente en su rol de desempeño, podría ser más amplio, dependiendo de los marcos generales que accionan su quehacer en el extenso campo de su competencia.

CONCLUSIONES  
Y  
RECOMENDACIONES

5

## CONCLUSIONES

1. La gerencia como nuevo campo de desempeño del Arquitecto permitirá aumentar la productividad y calidad en un proyecto, garantizando desarrollar sus fases con eficiencia, eficacia y capacidad administrativa.
2. Aplicando principios de Gerencia estratégica a su trabajo, el Arquitecto será realmente eficiente y exitoso al arriesgarse, innovar y administrar un proyecto empleando redes de apoyo diversificadas que permitan dar fluidez a la toma de decisiones.
3. El Arquitecto a cargo de cualquier proyecto tiempo y diseño, necesita una sólida formación en el campo gerencial para poder enfrentar con éxito las diversas actividades en el ejercicio de su profesión.
4. Es necesario una revisión del proceso de formación del Arquitecto, ya que en la práctica debe resolver problemas y tomar decisiones como actividades propias del Gerente.
5. El Arquitecto para optimizar su nivel de eficiencia, deberá buscar el apoyo gerencial a fin de convertir los recursos disponibles en producción optimizada (Costo-Beneficio).
6. La dependencia formal de modelos extranjeros, evidencia la necesidad de buscar una identidad propia en el área constructiva del país a través de todos sus procesos.

## RECOMENDACIONES

1. Que la Facultad de Arquitectura promueva cursos y programas de la actualización y adecuación de la Arquitectura en la Gerencia.
2. Introducir en los módulos específicos del pñsum de estudios, elementos sobre administración, planificación y/o Gerencia, que sistematicen la coordinación horizontal y vertical en los niveles de aprendizaje.
3. Hacer viable el conocimiento gerencial del Arquitecto hacia la toma de decisiones por medio de la medición y evaluación de resultados.
4. Integrar los procesos asociados a la práctica de la Arquitectura en las disciplinas de la administración de la tecnología, de la inversión y de la gestión social.
5. Crear un curso de Gerencia Estratégica y Social para la formulación, ejecución y evaluación de proyectos de Arquitectura.
6. El proceso de formación de proyectos de carácter social debe implicar la toma de decisiones con una postura profesional y ética en todos los campos de acción.
7. El Arquitecto-Gerente como líder de la empresa, deberá reflejar coherencia, ética y moral para obtener confianza y credibilidad ante su personal de apoyo.

8. El Arquitecto-Gerente deberá tomar en cuenta la identidad cultural al desarrollar proyectos sociales, reconociendo que en Guatemala existe una gran diversidad de grupos étnicos con una organización, dialectos, tradiciones y costumbres muy particulares.

GLOSARIO  
Y  
BIBLIOGRAFIA

## GLOSARIO

### - ACCION

Está íntimamente ligado con la toma de decisiones.  
(Actuar para resolver el problema).

### - AGIP

Asociación Guatemalteca de Investigadores de Presupuesto.

### - ASIES

Asociación de Investigación y Estudios Sociales.

### - CIFA

Centro de Investigaciones de la Facultad de Arquitectura.

### - COMPETENCIA

Es convertir las palabras en actividad y la actividad en resultado.

### - DEMANDA

La expresión individual o colectiva de necesidades no satisfechas adecuadamente.

### - DESARROLLO

Proceso mediante el cual los integrantes de un grupo o sector adquieren un nivel o calidad de vida de acuerdo al avance en su conjunto y sin perder su propia identidad cultural.

### - EFICIENCIA

La eficiencia está directamente ligada con la eficacia, la eficiencia puede ser cuantificada y cualificada a partir del producto.

### - EQUIDAD

Igualdad o equilibrio que el profesional debe mantener en la consecución de un fin.

### - ESTRATEGIA

Capacidad de dirigir y organizar las acciones de una manera conjunta con el propósito firme de alcanzar logros, beneficios, objetivos y metas.

### - ESTUDIO DE FACTIBILIDAD ETAPA DEL CICLO DE UN PROYECTO

Consiste en la organización, sistematizaciones, análisis y evaluación de un proyecto.

### - FACTIBILIDAD

Término que se refiere a la posibilidad de ejecutar una tarea, actividad o proyecto. También se puede utilizar el término "VI".

### - GESTION FINANCIERA

La consecución que lleva el propósito de establecer la viabilidad financiera del proyecto, el análisis financiero del proyecto comprende la inversión, la proyección de los ingresos, de los gastos y las formas de financiamiento que se prevén para todo el período de su ejecución y de su operación.



- IDEA

Estimación previa apriorística, casi intuitiva y no sistematizada sobre como abordar.

- IMPACTO

El efecto positivo o negativo resultado de la ejecución de un proyecto.

- INAP

Instituto Guatemalteco de administración pública.

- INTEGRAR RACIONALIDADES

Capacidad del Arquitecto - Gerente de unificar: Equidad, eficiencia y eficacia en búsqueda de un beneficio.

- INVERSION

Aplicación de recursos financieros para generar oferta de bienes y servicios.

- LOGRO

Es el punto de referencia para el Super Jefe. Es lo que ha aportado y se puede medir.

- MERCADO

Punto donde ocurren la oferta y la demanda para acceder a los bienes y/o servicios.

- META

La meta se relaciona con los objetivos globales que se han fijado inicialmente y se promueve su logro coherente.

- SEGEPLAN

Secretaría General de Planificación Económica.

- TECNOLOGIA

Conjunto de alternativas de aplicación del conocimiento científico, disponibles en un momento histórico para dar respuestas a una necesidad de resolver un problema específico.

- TOMA DE DECISIONES

La selección de un curso de acción entre varias acciones - es el núcleo de la planeación.

- UDEFAL

Unión de Escuelas y Facultades de Arquitectura de Latinoamérica.



## BIBLIOGRAFIA

### A. LIBROS:

Kliksberg, Bernardo. LA GERENCIA EN LA DÉCADA DE LOS NOVENTA. Serie de Administración pública y sociedad No. 4 INAP. Guatemala, 1992.

Thompson, Philip C. CÍRCULOS DE CALIDAD. Cómo hacer que funcione. Desarrollo gerencial, Colombia. Grupo editorial Norma 1992.

Sachse, Matías. BASE PARA EL DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA. Teorías de planificación estratégica. CIAD. Venezuela, 1989.

Ishikawa, Kaoro. ¿QUÉ ES EL CONTROL TOTAL DE CALIDAD?. La modalidad japonesa. Colombia. Grupo Editorial Norma 1994.

Walton, Mary. ¿CÓMO ADMINISTRAR CON EL MÉTODO DEMING?. Colombia. Grupo Editorial Norma. 1994.

Freemantle, David. DESARROLLO GERENCIAL. EL SUPERJEFE. Cómo dirigir con éxito. Editorial Norma 1992.

Terry, Jorge R. TOMA DE DECISIONES ADMINISTRATIVAS. Técnicas Gerenciales. México, 1986.

Blake, Mouton y Allen. CÓMO TRABAJAR EN EQUIPO. Teoría para impulsar la productividad de un grupo empresarial. Desarrollo gerencial. Colombia, Grupo Editorial Norma 1993.

Ahoja, Hira y Michael Walsh,. INGENIERÍA DE COSTOS Y ADMINISTRACIÓN DE PROYECTOS. México, Ediciones Alfaomega 1989.

Mobil, José Alfredo. HISTORIA DEL ARTE GUATEMALTECO. Guatemala. Editorial Serviprensa Centroamericana 1988.

Zea, Miguel y Héctor Castro,. FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS. Curso Departamental. Guatemala. SEGEPLAM 1993.

Rabé Rendón, Byron Alfredo. PROPUESTA PARA EL CURSO DE POSTGRADO EN GERENCIA SOCIAL. Tesis. Facultad de Humanidades, USAC. Guatemala 1994.

### B. DOCUMENTOS:

Silva, Jorge. CURSO SOBRE TÉCNICAS GERENCIALES. Recepción y Comunicación. Guatemala. INAP 1986.

Silva, Jorge. CURSO SOBRE TÉCNICAS GERENCIALES. Influencia, poder y liderazgo. INAP 1986.

Silva, Jorge. CURSO SOBRE TÉCNICAS GERENCIALES. Elementos de la administración. Guatemala. INAP 1986.

Aldana, Valdéz Eduardo. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA: Viabilidad de acción. Guatemala. INAP 1990.

From, Ramón Antonio. PROGRAMACIÓN PRESUPUESTARIA. Guatemala AGIP. S/f.

G.T.Z. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA PLANIFICACIÓN Y EJECUCION DEL PROYECTO. Guatemala AGIP. s/f.

Rabé Rendón, Byron Alfredo. DOCUMENTO DEL CURSO DE GERENCIA. Facultad de Arquitectura. Guatemala. USAC 1997.

INAP. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA. Guatemala 1986.

Serral, Alejandro. CURSO DE TÉCNICAS GERENCIALES. La teoría "Z". Guatemala, INAP 1983.

Colmenares, María del Rosario. LA TOMA DE DECISIONES. División de Ingeniería y Mantenimiento. Guatemala, DGSS. 1995.

INAP. VISIÓN GENERAL DE LA GERENCIA ESTRATÉGICA. El proceso de la gerencia estratégica. Guatemala. s/f.

INAP. VISIÓN GENERAL DE LA GERENCIA ESTRATÉGICA. La naturaleza de la Gerencia estratégica. Guatemala. s/f.

Corea y Reyna, Julio René. PERFIL DEL ARQUITECTO. Ponencia presentada en la UDEFAL. Documento del sistema de evaluación de la currícula académica de las facultades que integran la UDEFAL. Guatemala. 1996.

INAP. TÉCNICO ADMINISTRATIVO. Formulación de proyectos de carácter social, Guatemala 1988.

SEGEPLAN. LOS NUEVOS CAMINOS DE LA PLANIFICACIÓN EN GUATEMALA. Guatemala 1992.

Solórzano, Erwin. EL PROCESO DE LA ARQUITECTURA. Documento docente. Guatemala. USAC. 1966.

Valladares, Carlos. EL PROCESO DEL DISEÑO ARQUITECTÓNICO. Teoría del diseño y la Arquitectura. Facultad de Arquitectura. Guatemala USAC s/f.

SEGEPLAN. GLOSARIO DE TÉRMINOS MÁS UTILIZADOS EN LA PLANIFICACIÓN REGIONAL Y URBANA. Guatemala 1992.

Cowan, Robert. CURSO DE TÉCNICAS GERENCIALES. La Administración por objetivos, Guatemala. INAP. 1986.

Harberger, Arnold C. EL ECONOMISTA Y EL MUNDO REAL. Centro Internacional para el Desarrollo Económico. Panamá. CIEN, 1990.

### C. REVISTAS.

De león Luis J. LA CALIDAD TOTAL PARTE HUMANA DE LA ECONOMÍA DE MERCADO. Guatemala. Pulso Económico siglo XXI 2 agosto 1994.

MOMENTO. ASIES. Revista No. 10 Año 7. Guatemala 1991.

EMPRESA, No. 5. PLANEACIÓN: ESTRATEGIA PARA EL FUTURO. Guatemala 1995.

MUNDO COMERCIAL. Año 2, No. 13 DE LA INTEGRACIÓN AL COMERCIO GLOBAL. Guatemala. Cámara de Comercio de Guatemala. 1996.

Gasparico, Juan Estuardo. LA GLOBALIZACIÓN Y SUS ÁREAS DE INFLUENCIA. Editorial Prensa Libre. Revista/suplemento Económico. Guatemala 16 agosto 1994.

REPORTE POLÍTICO. PANORAMA CENTROAMERICANO No. 124. Guatemala hacia su nueva imagen. 1977.

D. ENTREVISTA

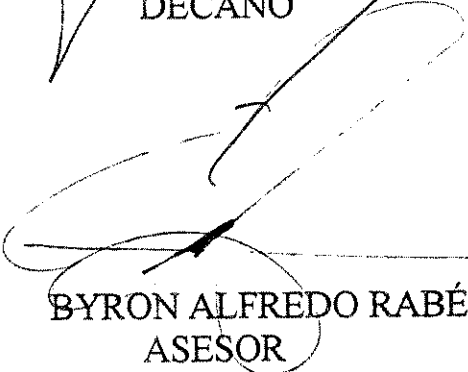
Ayala, Carlos. LA INFLUENCIA EXTRANJERA EN EL ARTE GUATEMALTECO. Facultad de Arquitectura USAC. Guatemala. CIFA. 1994.

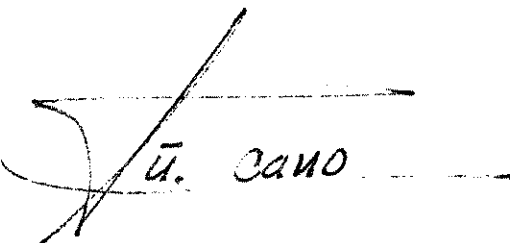
E. VIDEO CASSETES


Punto de Encuentro. Sección de Historia Iberoamericana. Editado en España para Iberoamérica Unida. España 1988.

IMPRIMASE

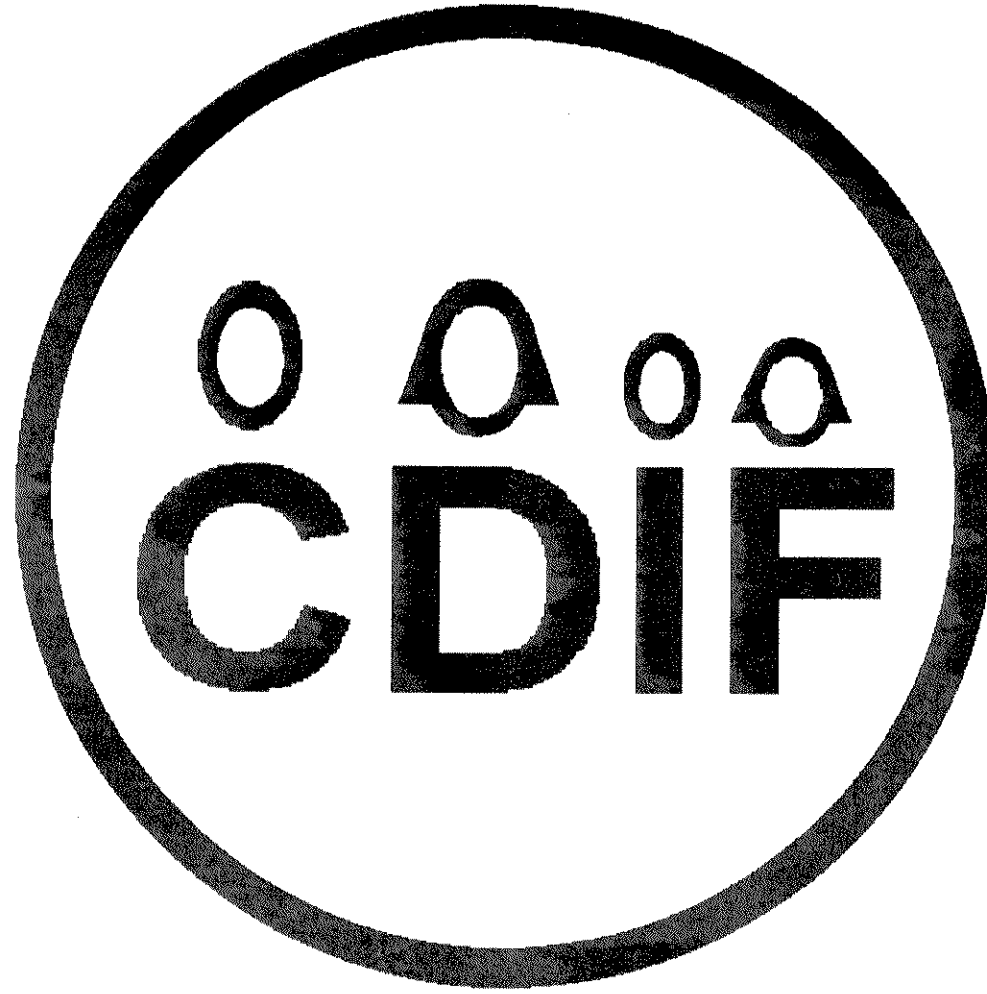
ARQ.  JULIO RENÉ COREA Y REYNA  
DECANO

ARQ.  BYRON ALFREDO RABÉ RENDÓN  
ASESOR

  
LUCRECIA CAROLINA CANO GONZÁLEZ  
SUSTENTANTE

  
RUTH-ELBA GORDILLO RODRÍGUEZ  
SUSTENTANTE

LA UNIVERSIDAD DE ZEMALA  
Bibliotec



**“Centro de Desarrollo Integral de la Familia”**

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

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

Tesis

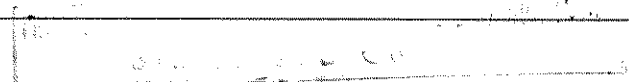
Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Arquitectura por:

**Miguel Angel Alvarado Samayoa**

Previo a conferirle el título de:

**ARQUITECTO**

Guatemala, julio de 1997



**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”.

*"Mas Dios ha de permitir  
que esto llegue a mejorar,  
pero se ha de recordar  
para hacer bien el trabajo  
que el fuego, pa calentar,  
debe ir siempre por abajo."*

Martín Fierro

# 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:

<b>Capítulo I. Contexto general</b> .....	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
<b>Conclusiones del capítulo I.....</b>	<b>9</b>

## Capítulo II. Contexto regional.....

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
<b>Conclusiones del capítulo II.....</b>	<b>20</b>

## Capítulo III. Contexto urbano precario:.....

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
<b>Conclusiones del capítulo III.....</b>	<b>32</b>

## Capítulo IV. Atención Primaria en Salud (APS):.....

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
<b>Capítulo V. Materialización de la Atención Primaria en Salud (APS):.....</b>	<b>41</b>
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
<b>Capítulo VI. Planificación Local del CDIF:.....</b>	<b>47</b>
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
<b>Capítulo VII. Modelo de atención local, caso específico: colonia La Verbena:.....</b>	<b>53</b>
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
<b>Capítulo VIII Localización del CDIF:.....</b>	<b>66</b>
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
<b>Capítulo IX. Planificación del Centro de Desarrollo Integral de la Familia (CDIF):.....</b>	<b>73</b>
a) Sistema de planificación de los servicios.....	74
b) Estimación de los servicios.....	75
c) Organigrama funcional del CDIF.....	80

## 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 dirigirlas 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.

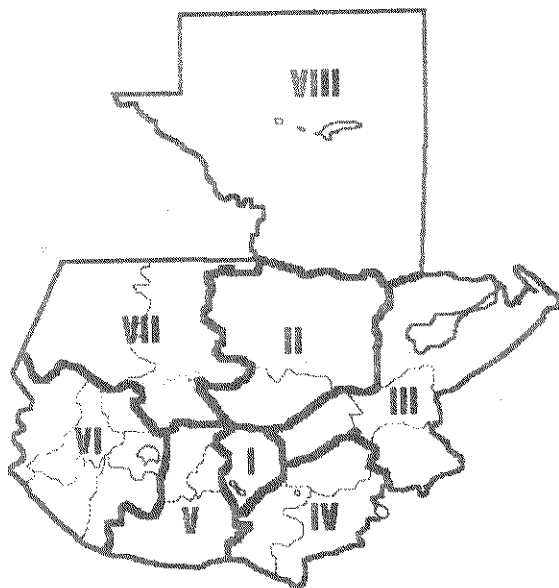
Se establecerá un contraste entre los mecanismos actuales de prestación de servicios de salud, especialmente los estatales, y los nuevos modelos, más reales y participativos. Se programará una estrategia que también sea aplicable a otros actores y espacios sociales, y que brinde los lineamientos y parámetros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

De acuerdo a este cruce de variables, se 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 mediata 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 extensión<sup>1</sup> de 108.889 Km<sup>2</sup>, habitada en dos terceras partes por población rural, predominantemente indígena y joven, ya que de los 8,322.051 habitantes<sup>2</sup> en 1994, el 46% de los habitantes son menores de 15 años<sup>2</sup>.

El país está dividido políticamente en 22 departamentos y 329 municipios<sup>3</sup>, 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./Km<sup>2</sup>, doce veces más que la nacional, que para 1994<sup>4</sup> era de 76 Hab./Km<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> UNICEF, *Realidad socioeconómica de Guatemala*, (1994)

<sup>2</sup> INE, X CENSO de Población y V de Habitación, *Departamento de Guatemala*, (1996)

<sup>3</sup> OPS, *Análisis de la salud por regiones*, Guatemala, (1992)

<sup>4</sup> 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 1991<sup>5</sup>. 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%<sup>6</sup>, 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%<sup>7</sup> 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. 13.48<sup>6</sup>, y en 1994 ya era de Q. 35.79<sup>7</sup> 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. 7.04<sup>8</sup>, 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 unidades<sup>8</sup>. 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 miembros<sup>5</sup> 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.

<sup>5</sup> INE-FNUAP, Aspectos Sociodemográficos de la Pobreza, (1992)

<sup>6</sup> UNICEF-SEGEPLAN, Análisis de la Situación del Niño y la Mujer, (1991)

<sup>7</sup> INE, Índice de Precios al Consumidor, (julio, 1996)

<sup>8</sup> 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 hemorragias<sup>9</sup>; el 24% debido a abortos complicados, el 18% por la sepsis<sup>10</sup> y el 14% por toxemias<sup>11</sup>. 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%<sup>12</sup> de los casos.

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

<sup>9</sup> DGSS-MSPAS, Informe de Labores, 1994.

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

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> 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 años<sup>13</sup>. Se estima que el 20%<sup>14</sup> 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.)<sup>15</sup>. 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 período 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 14.2<sup>16</sup>, 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%<sup>17</sup>.

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%<sup>15</sup>. 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 1993<sup>15</sup>.

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.

<sup>13</sup> UNICEF-SEGEPLAN, Op. cit., p. 3

<sup>14</sup> DGSS-MSPAS, Op. cit., p. 4

<sup>15</sup> OPS, Op. cit., p. 2

<sup>16</sup> DGSS-MSPAS, Informe de labores (1987)

<sup>17</sup> 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

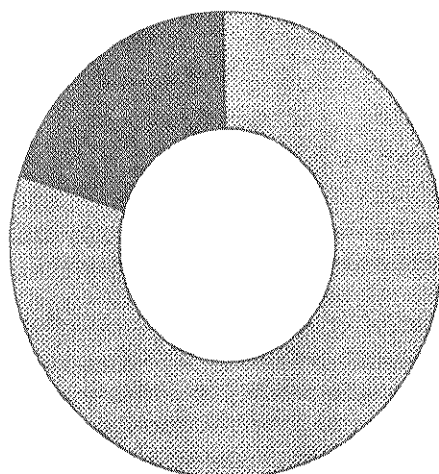
El MSPAS, aporta el 27% de los servicios del sector, aunque cubre sólo al 25% de la población; el IGSS, aporta el 2% de los servicios y cubre al 15% de la población, y el Sector Privado, con el 52% de los servicios, únicamente cubre al 14%.<sup>18</sup> La cobertura del IGSS, relacionada a su capacidad 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 debieran Cubrir Los Niveles de  
Resto de Niveles  
20%



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 609<sup>19</sup> 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

<sup>18</sup> UNICEF-SEGEPLAN, Op. cit. p. 3

<sup>19</sup> 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 1<sup>20</sup>. 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%<sup>21</sup>. 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 7,560<sup>22</sup> 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 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 7,850<sup>21</sup> 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.

<sup>20</sup> Contabilización de clínicas con teléfono, en la Guía 1996, respectiva.

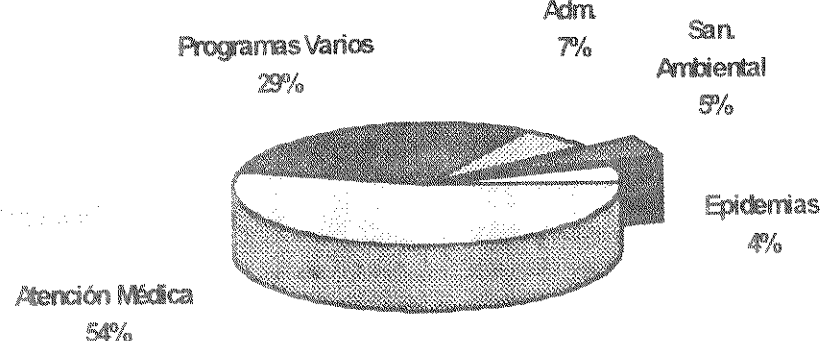
<sup>21</sup> OPS, Op. cit. p. 2

<sup>22</sup> DGSS-MSPAS Informe de Labores (1993)

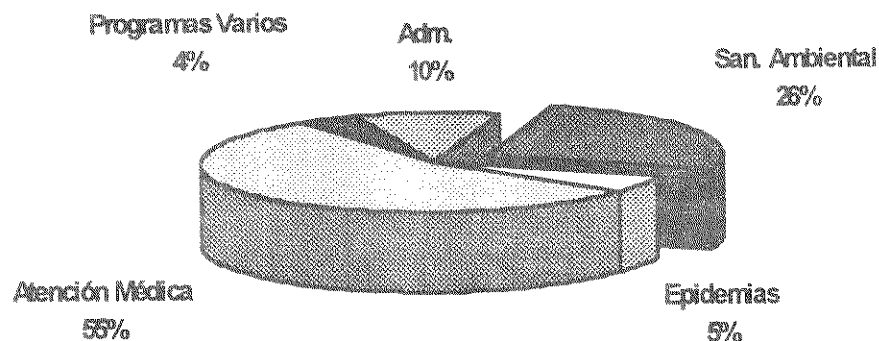


### Distribución del Presupuesto del MSPAS en 1980,

Fuente: DGSS



### Distribución del Presupuesto del MSPAS en 1993



1992, de Q. 3.60<sup>25</sup>, esto sumado a la devaluación de la moneda en ese mismo periodo.

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 Salud<sup>23</sup>."*

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 1997<sup>24</sup>, 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

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

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

<sup>25</sup> 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 habitantes<sup>26</sup>, 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./Km<sup>2</sup>, (343 en 1964) El municipio de Guatemala, posee una densidad particular que se eleva a 4.453 Hab. por Km<sup>2</sup>; 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%<sup>26</sup>, 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.



<sup>26</sup> 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./hogar<sup>27</sup>, 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 indigentes<sup>28</sup>.

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.

<sup>27</sup> Ibid. p. 11

<sup>28</sup> 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 24.5<sup>29</sup>, 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%<sup>30</sup> 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%<sup>30</sup> fue atendido por los médicos.

<sup>29</sup> DGSS-MSPAS, Informe Mimeografiado, (1992)

<sup>30</sup> 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%<sup>31</sup>. En cuanto al puerperio<sup>32</sup> 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%<sup>33</sup> 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 Salud<sup>34</sup>, 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%<sup>31</sup> 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:

<sup>31</sup> DGSS-MSPAS, Op. cit. p. 13

<sup>32</sup> 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.

<sup>33</sup> OPS, *Análisis de la Salud por Regiones*, (1992)

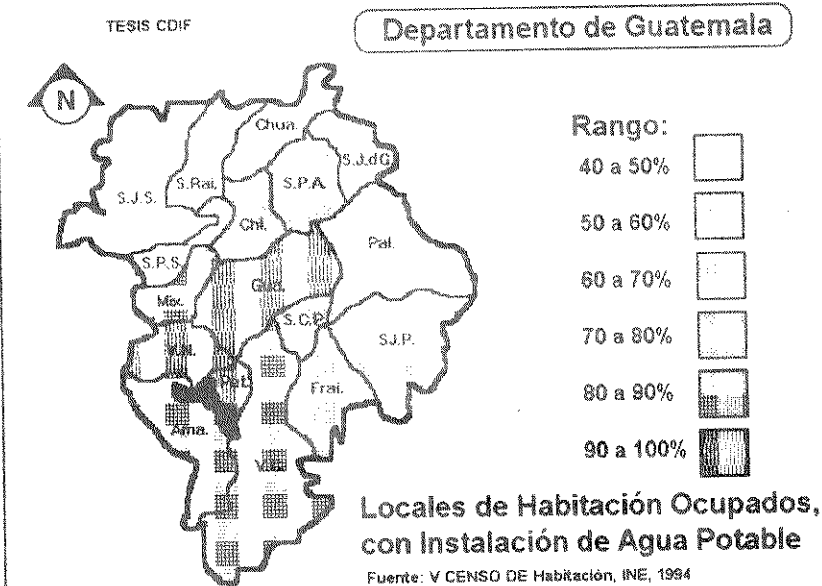
<sup>34</sup> OPS, *Condiciones de Salud en Guatemala*, (1994)

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 precios<sup>35</sup>, 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%<sup>37</sup> de los hogares posee servicio de agua potable por medio de la red pública, pero únicamente el 70% de éstos lo reciben domiciliarmente. 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%).<sup>36</sup>



La infraestructura que proporciona la red pública de agua potable sólo cubre al 85% de la población urbana y al 48%<sup>36</sup> 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.

<sup>35</sup> INE, Índice de Precios al Consumidor (julio 1996)

<sup>36</sup> 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%<sup>37</sup> 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.

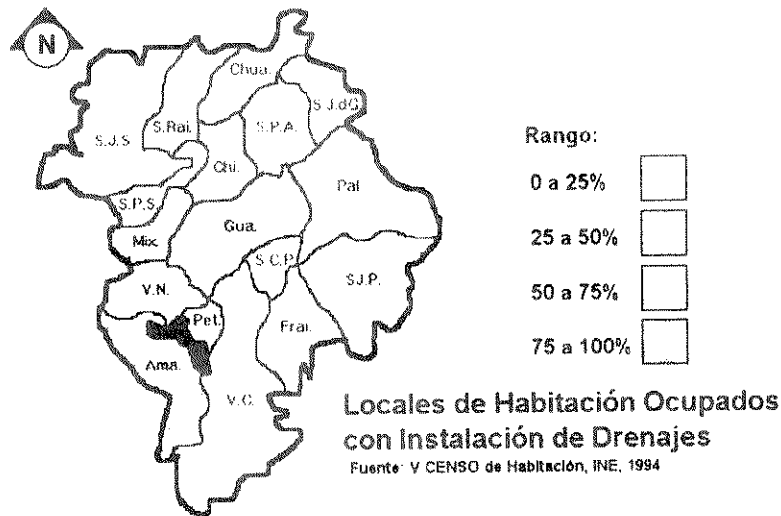
Las redes de desfogue sanitario llegan al 56.7% de los hogares urbanos, y sólo al 18% de los rurales, por lo que la mayoría utiliza sistemas, en mayor o menor grado, con efectos contaminantes.

### 2.2.4 Alumbrado público:

En 1994, el 88%<sup>37</sup> 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



<sup>37</sup> 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%<sup>38</sup>, 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%<sup>39</sup> 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 m<sup>3</sup><sup>39</sup> 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%<sup>38</sup> continúa utilizando la leña, como principal combustible para cocinar, y en los hogares pobres a nivel nacional, este uso llega a un 84%<sup>40</sup>, esto produce contaminación por el humo. El 40% de los hogares rurales, utiliza leña para cocinar cuando el 17.3%<sup>38</sup> no posee cuarto individual para la cocina.

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

La Región I cuenta con 105<sup>41</sup> 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%<sup>41</sup> 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.

<sup>38</sup> INE, Op. cit. p. 11

<sup>39</sup> Municipalidad Metropolitana, Memoria de Labores (1991-96)

<sup>40</sup> INE-FNUAP, Op. cit. p. 12

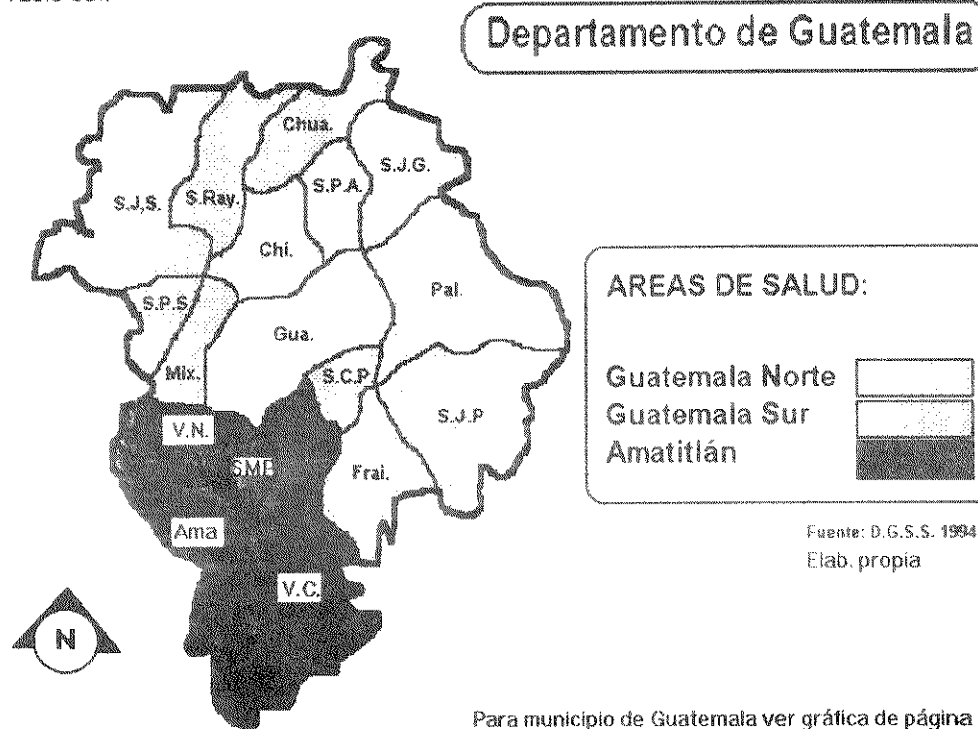
<sup>41</sup> DGSS-MSPAS, Op. cit. p. 13

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.

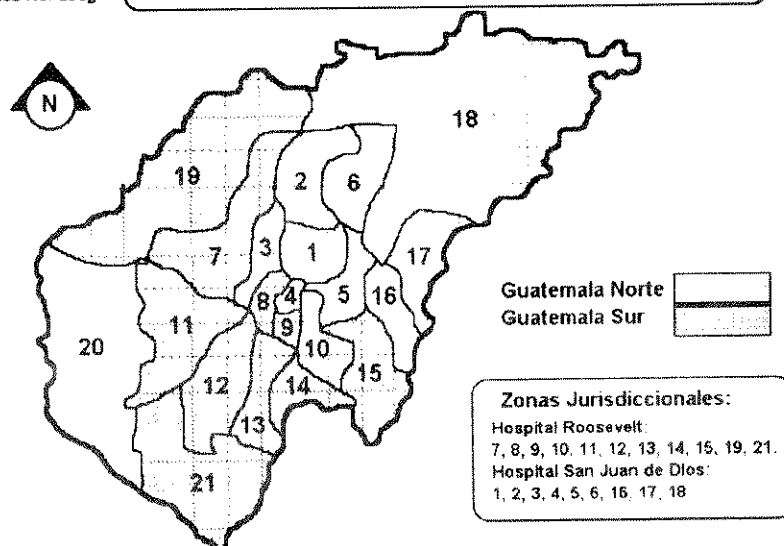
TESIS CDIF



Para municipio de Guatemala ver gráfica de página 19.

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 poliomielitis. 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<sup>42</sup>

#### 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%<sup>43</sup> 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

<sup>42</sup> DGSS-MSPAS, Op. cit. p. 13

<sup>43</sup> Bravo, Mario A., UNICEF, *La Farmacia Comunitaria*, (1995)

"disminuido" del 4.71% del total, al 2.61%<sup>44</sup> 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 encuentren "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.

<sup>44</sup> 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 XVI<sup>45</sup>, 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 Av. 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 cincuenta 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 precarios<sup>45</sup>, concentrados en las zonas 3,5,6,7 y 19, con una tasa de crecimiento, en ese momento, de 6.7%. En los sesenta 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

<sup>45</sup> 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 aledañas; esto ha dado origen a la proliferación 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 viviendas<sup>46</sup>, 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 Áreas 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 Km<sup>2</sup>, únicamente el 1.38% tiene vocación urbana<sup>47</sup>, 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

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

<sup>47</sup> 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.

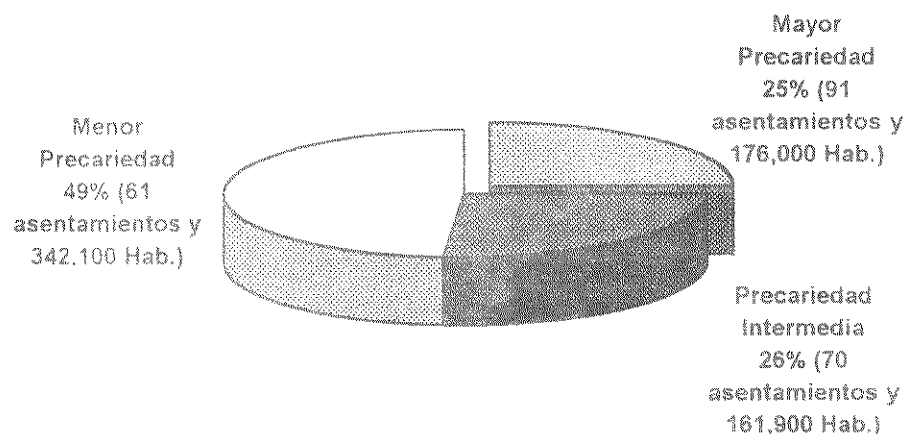
El peso relativo de estas condiciones y su impacto en la habitabilidad de los asentamientos, permitió hacer la "Caracterización de las áreas precarias urbanas de la ciudad de Guatemala"<sup>48</sup>, y la estratificación de las mismas en tres grandes grupos. Definidas por esta caracterización, existen las áreas de "mayor precariedad", con aproximadamente 176.000 hab.<sup>48</sup> (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:<sup>48</sup>**

- ⇒ **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.

<sup>48</sup> 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 821.922<sup>49</sup> 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%<sup>50</sup> 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%<sup>51</sup>, 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%<sup>51</sup> anual, lo que duplica al crecimiento nacional.

Hasta 1991, existían 230<sup>51</sup> 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.

<sup>49</sup> Espinoza L. Hidalgo E. Op. cit. p. 23

<sup>50</sup> COINAP-UNICEF. *Diagnóstico histórico de 5 asentamientos, ciudad de Guatemala*, (1994)

<sup>51</sup> 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 mes<sup>52</sup>.

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%<sup>53</sup>, 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 Guatemala<sup>54</sup>, 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 medicamentos<sup>55</sup>; 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.

<sup>52</sup> INE, índice de precios al consumidor, (julio 1996)

<sup>53</sup> Espinoza L. Hidalgo E. Op. cit. p. 23

<sup>54</sup> COINAP-UNICEF, Op. cit. p. 25

<sup>55</sup> 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 Farmacias<sup>56</sup> 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 íntimamente 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%<sup>57</sup> 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, esto agravado por el grado de precariedad, prueba de ello es que un equipamiento adecuado en las poblaciones de mayor precariedad llega sólo al 3%.

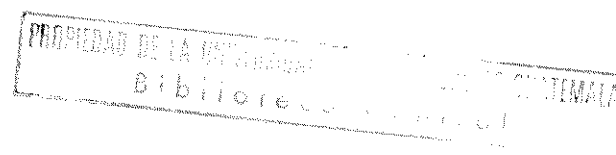
#### 5.1 Educación:

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.

<sup>56</sup> Ibid. p. 26

<sup>57</sup> 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%<sup>58</sup>.

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 años<sup>59</sup>.

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%<sup>60</sup> por diarrea.

En base a la encuesta mencionada<sup>61</sup> 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% antibióticos<sup>62</sup>, 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 Mezquital<sup>63</sup>, 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.

<sup>58</sup> DGSS-MSPAS, *Informe de Labores* (1994)

<sup>59</sup> PSBU-UNICEF, *Encuesta de Salud en los Asentamientos Urbano-precarios* (1991)

<sup>60</sup> DGSS-MSPAS, *Op. cit.* p. 27

<sup>61</sup> COINAP-UNICEF, *Op. cit.* p. 25

<sup>62</sup> Zen M./Castro H. UNICEF-SEGEPLAN, *Op. cit.* p. 24

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

La patología dominante en los adultos manifestó<sup>64</sup> 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<sup>65</sup> 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%<sup>65</sup>, 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.

<sup>64</sup> Ibid. p. 28

<sup>65</sup> 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 familia<sup>66</sup>.

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<sup>67</sup> y con tasas de consumo congruentes y preferenciales para estos sectores. Los trabajos de instalación de la red, mantenimiento y administración del servicio son compartidos 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 llenacintaro y el 7.21%<sup>68</sup> 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%<sup>68</sup> utiliza modoro 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 800<sup>69</sup> basureros clandestinos, los que generalmente se ubicaban en los límites de estas áreas precarias.

Si se piensa en las 10 libras<sup>69</sup> diarias de basura, predominantemente orgánica que produce cada familia, es comprensible el nivel de contaminación de estos

<sup>66</sup> COINAP-UNICEF, Op. cit. p. 25

<sup>67</sup> 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.

<sup>68</sup> Zea M. Castro H., UNICEF-SEGEPLAN, Op. cit p. 24

<sup>69</sup> 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%<sup>70</sup> 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 Mts<sup>2</sup>, el 9% no rebasaba los 25 Mts<sup>2</sup> 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 pomez 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%<sup>71</sup>, 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

<sup>70</sup> COINAP-UNICEF, Op. cit. p. 25

<sup>71</sup> 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."<sup>72</sup>

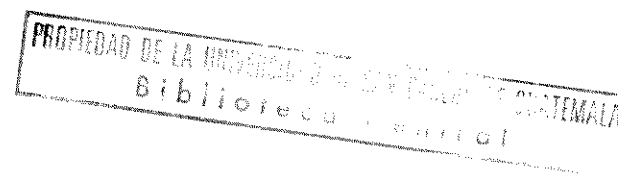
#### 1.1. En la búsqueda de una cobertura real:

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.

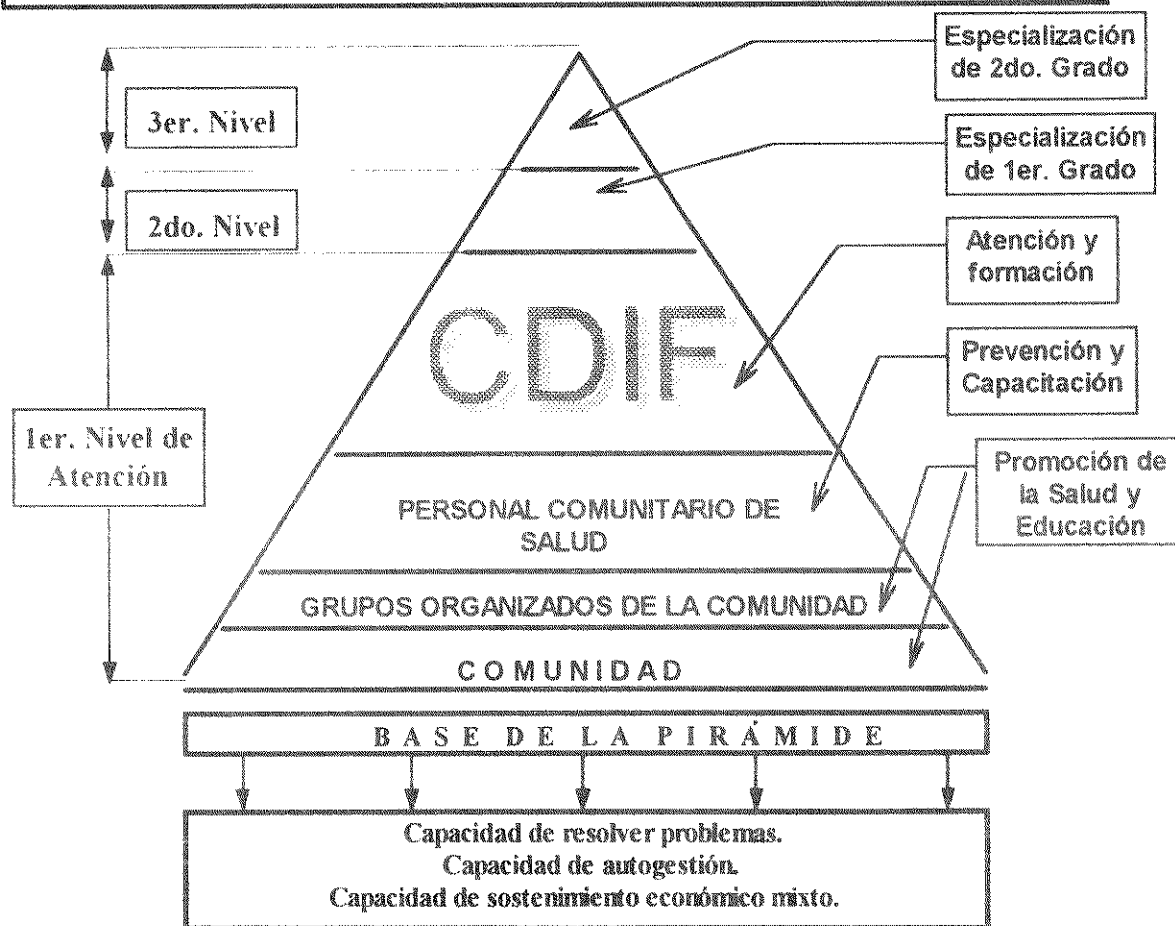
#### 1.2 Caracterización de los programas, dentro de la APS<sup>72</sup> :

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.

<sup>72</sup> 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 eficaces<sup>3</sup>.

### 1.3 Participación comunitaria y definición de los servicios:

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

<sup>3</sup> 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<sup>74</sup>.

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)<sup>75</sup>, 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 APS<sup>74</sup> 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.

<sup>74</sup> Kroeger A. Luna R. Op. cit. p. 34

<sup>75</sup> 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 jerárquica 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.

<sup>6</sup> MSPAS Seminario-taller sobre los SILOS en Guatemala (abril 1995)

### **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"<sup>6</sup>, 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

<sup>6</sup> 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 hipodermoterapia<sup>8</sup> 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"<sup>9</sup>
- 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.

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

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

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

*Capítulo V Materialización de la Atención Primaria en Salud (APS)*

*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 APS<sup>80</sup>:

- 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.

<sup>80</sup> 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 Mezquitán, 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 censo. 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 solo 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 de 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 150<sup>81</sup> muertes por 1.000 nacidos vivos. Debido a esta dramática situación, la comunidad se organizó en comités locales y entablo 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.

<sup>81</sup> Médicos sin Fronteras- Francia, Diagnóstico de Salud de los Asentamientos de El Mezquital, (1987)

### 3.1.3 Principios fundamentales del PIS:

El PIS pretende<sup>82</sup> 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 Salud<sup>82</sup> (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 constituye 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.

<sup>82</sup> 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.

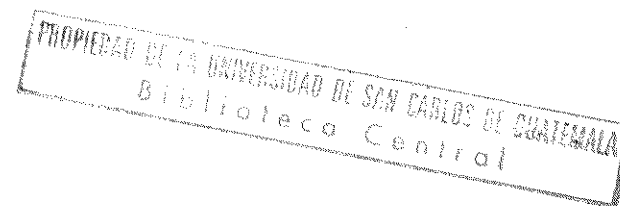
En Guatemala, considerando las deficiencias sanitarias de los sectores más desprotegidos, y mediante la participación de los grupos comunitarios directamente afectados, las organizaciones no gubernamentales e instituciones del Estado involucradas en este campo de acción, decidieron definir el "Programa 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 mejora 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**

*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 promoció, 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.)<sup>83</sup> 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.

<sup>83</sup> 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 misma.

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.*

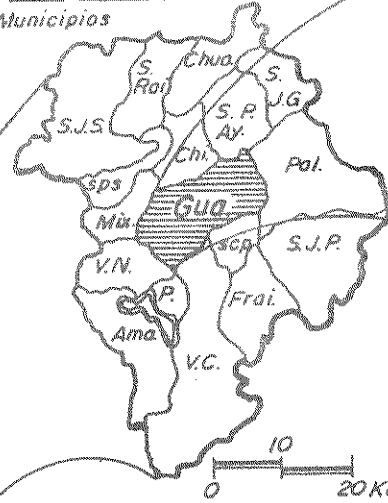
*Considera sus atributos organizativos, particular sectorización, viabilidad interna y sus antecedentes en la aplicación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.*

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

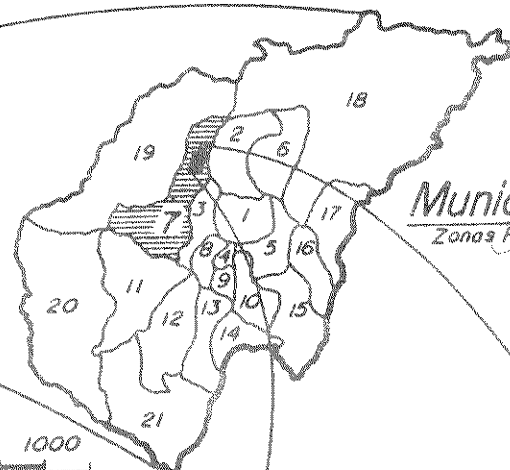


Departamental

Municipios

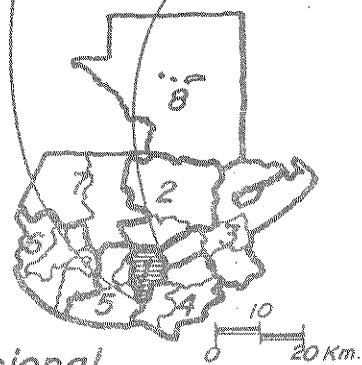


Municipal  
Zonas Postales



Nacional

Regiones



Cementerio La Verbena

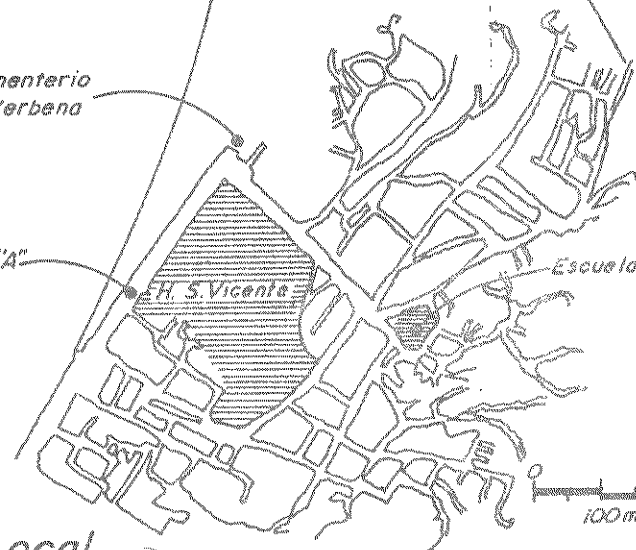
11 Av. "A"

H. S. Vicente

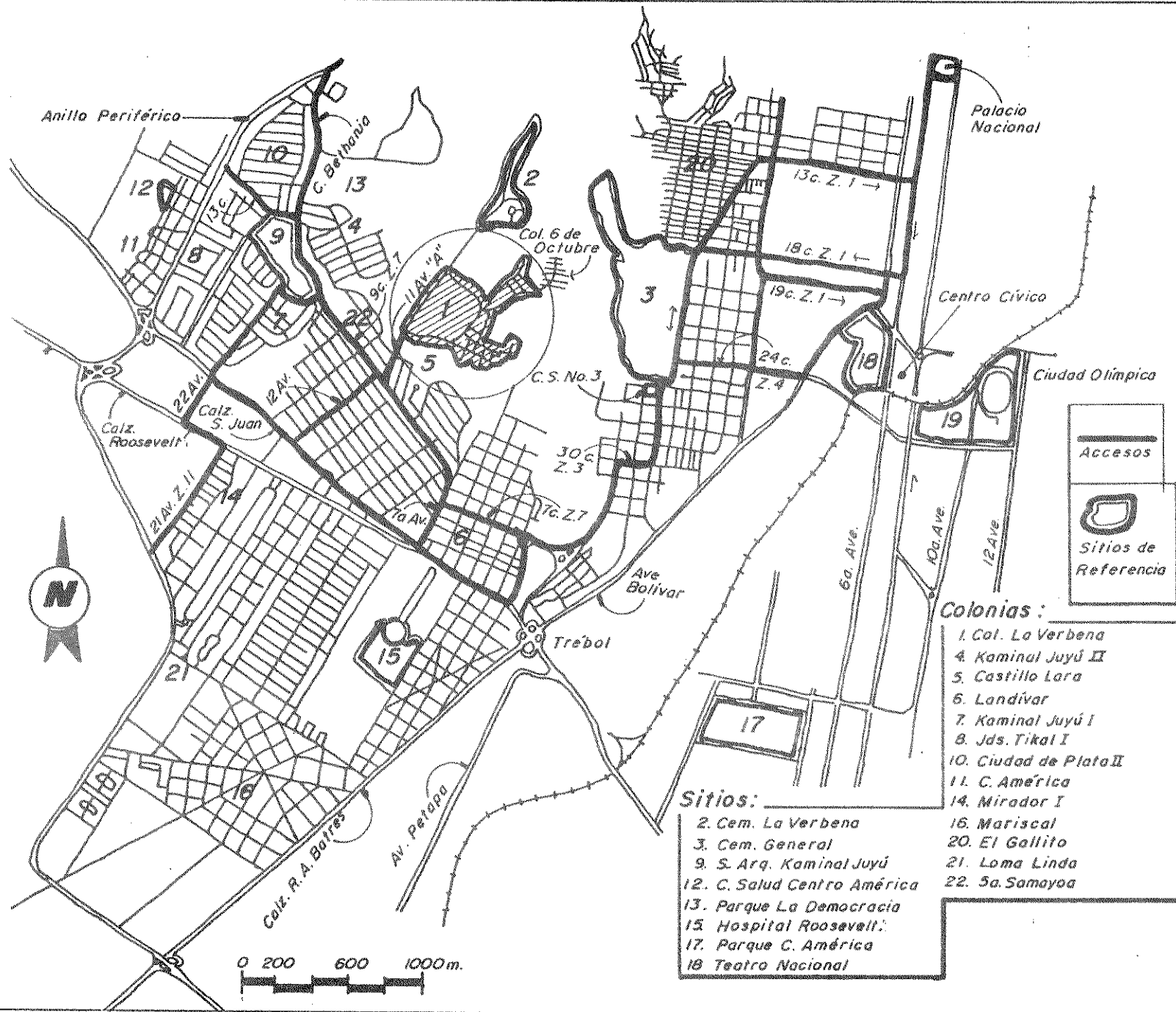
Escuela

Local

Colonia La Verbena Z. 7

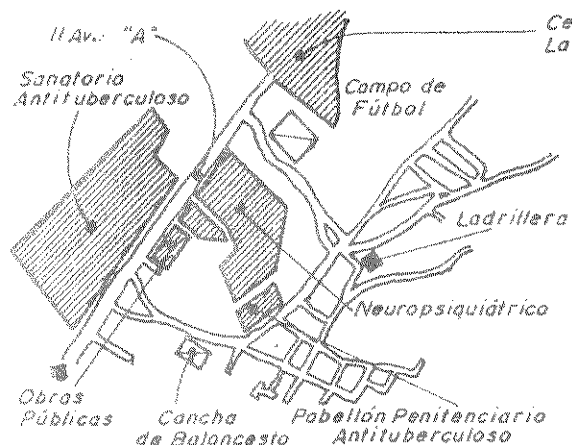


Vías de Acceso y alrededores de la Col. La Verbena Fuente: mapa turístico del INGUAT, elab. propia



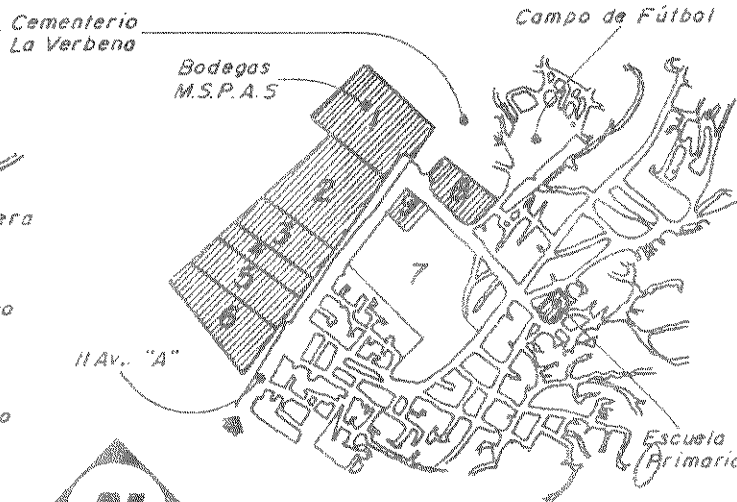


Desarrollo Histórico de la Colonia la Verbena, Fuente indicada, elab. propia



1964

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

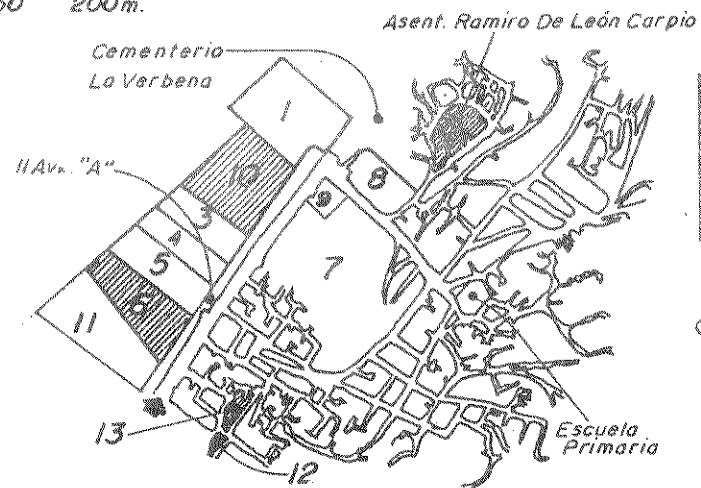


Referencia:

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.C.O.A.I.N.

1987

Fuente: COINAP, elab. p.

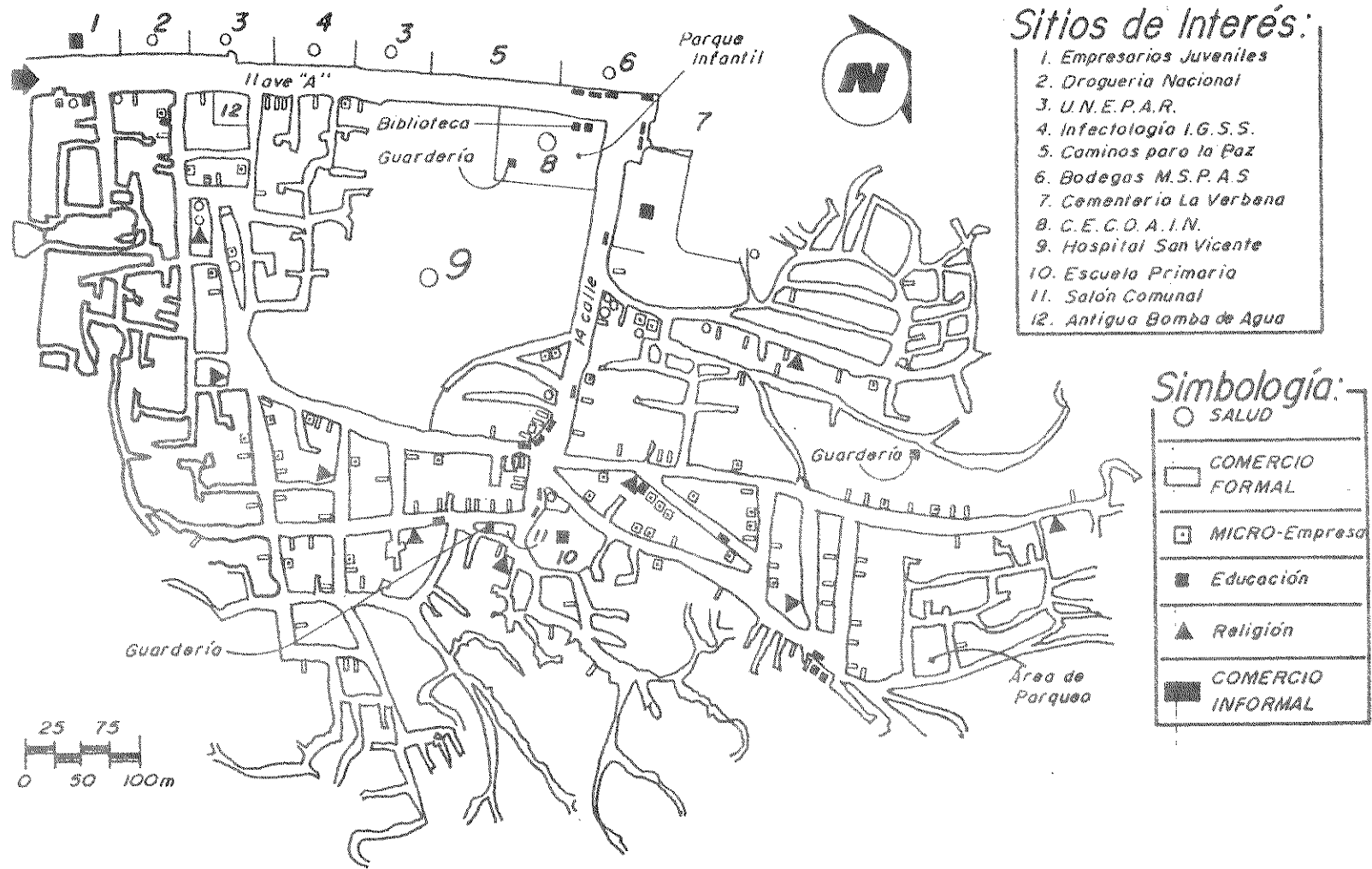


Referencia:

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



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 "T". calle	Intersección en 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 11 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 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 Retornos, tráfico liviano y c) Final 7 Av "B"	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 el egreso de la colonia en la 9 Av "A". Alejar del crucero 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 "A"	Intersección en "Y", tráfico pesado intenso	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.	Señalizar 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 señalizado. 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 Variable pesado		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.	Señalizar 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.	Señalizar 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 de 45.00 metros	Sin acabado dominante	Terciaria	Doble sentido	El área de aparcamiento informal y desordenado, depósito de chatarra clandestino 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 colonia<sup>84</sup> 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: 59<sup>85</sup> 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 1967<sup>86</sup> 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 Bolaños<sup>85</sup>, 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 1939) 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 1960<sup>87</sup> 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 1944<sup>85</sup>, 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 1970<sup>86</sup>, 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.

<sup>84</sup> 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.

<sup>85</sup> DGOP, Estudios Geográficos, Informe sobre La Verbena, (1968)

<sup>86</sup> 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

<sup>87</sup> 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 1978<sup>88</sup>, 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 entregó<sup>88</sup>.

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 haberseles 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 1976<sup>88</sup>.

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 1994<sup>88</sup>, 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.

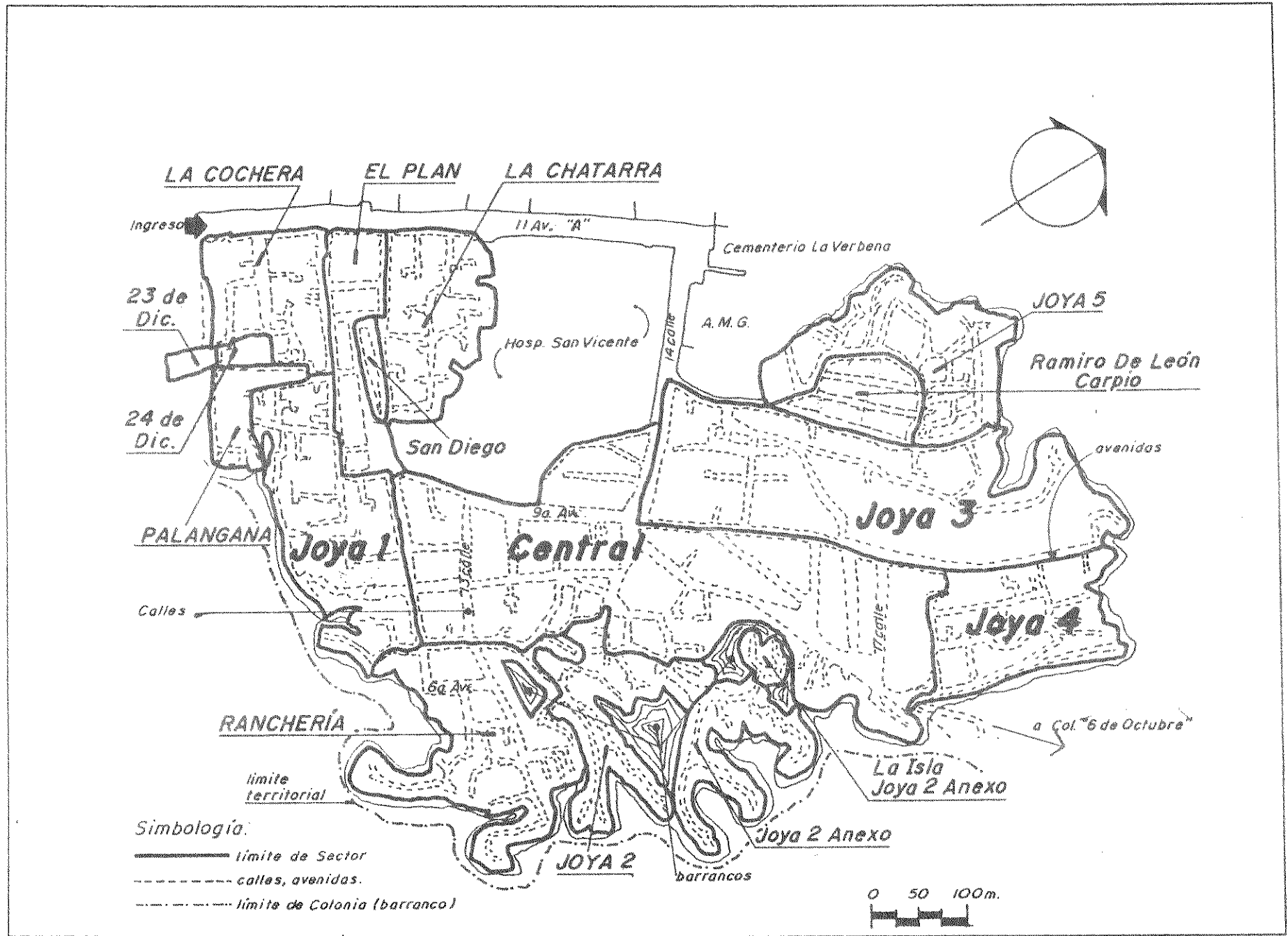
La Municipalidad metropolitana, mediante el coordinador del programa Alimentos por Trabajo el Sr. Salvador Gándara<sup>89</sup>, se organizó a La Verbena en 12 sectores con 12 representantes cada uno.

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:*

<sup>88</sup> Sras. M. de Chávez, V. de Salazar y A. Chávez, Op. cit. p. 54

<sup>89</sup> Srs. F. Plato y R. Pérez, Op. cit. p. 54



**Distribución Sectorizada de la Colonia La Verbena**

Fuente: observación de campo, Representantes de Sectores, elab. propia



### 1.3 Origen de los pobladores

El 30%<sup>90</sup> 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 1986<sup>91</sup> 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 1964<sup>90</sup> 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:

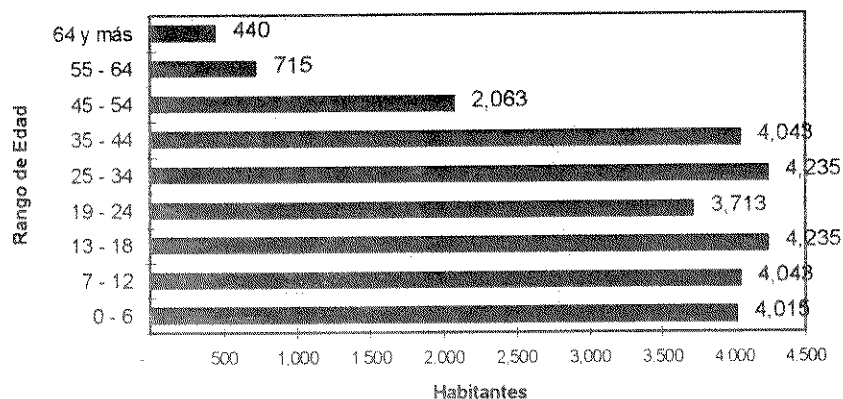
El área de cultivo de la finca estaba ocupada por plantaciones de maíz y de maguey, precisamente de éste último extraían materiales y materia prima para elaborar los ranchos de los mozos. Así se encontraba La Verbena aproximadamente en 1957<sup>92</sup>.

<sup>90</sup> DGOP, Op. cit. p. 54

<sup>91</sup> Srs. F. Plato y R. Pérez, Op. cit. p. 54

<sup>92</sup> Srs. F. Plato y R. Pérez, 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**



**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.46.67<sup>95</sup>, 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 quetzales<sup>95</sup>

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 mes<sup>96</sup>.

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%

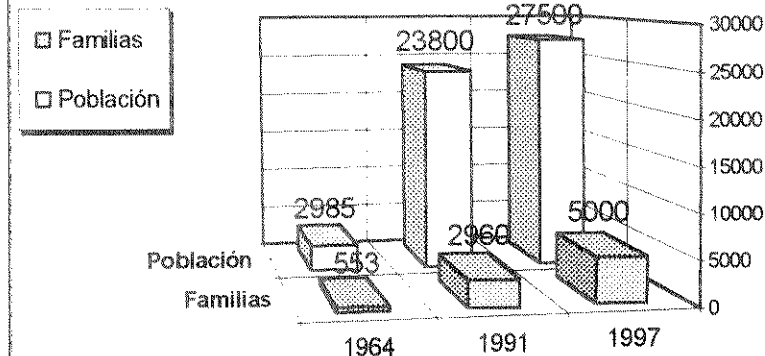
En 1994 un estudio de COINAP/UNICEF/PRONICE<sup>94</sup> contabilizó 23,800 habitantes, equivalentes a 4,327 familias y a 5.5 Hab./hogar. Actualmente se ocupa un área aproximada de 30 hectáreas y con una densidad de 793 Hab./Hect., incluyendo a los aproximadamente 1.500 habitantes de la Colonia "6 de 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 1994<sup>94</sup>, 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%<sup>94</sup> 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

**Crecimiento Poblacional de la Verbena**



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

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

<sup>95</sup> DGOP, Op. cit. p. 54

<sup>96</sup> 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 declaró<sup>96</sup> "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 alcañanas, el resto era empleos de escaso requerimiento técnico, además el 40% en 1964, se dedicaba a la construcción, el 30.7%<sup>97</sup>, 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 preciosos<sup>98</sup>, 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- PRONICE<sup>99</sup> 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 estudio<sup>99</sup>, 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%<sup>100</sup> 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 1964<sup>97</sup>, 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 local<sup>100</sup> 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 1994<sup>99</sup>, el 9.5% alquilaba y un 5.1% estaba prestando su vivienda.

En La Verbena el 40.24%<sup>100</sup> 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%<sup>100</sup> de los hogares se considera desintegrado, y un porcentaje similar lo encabezan madres solteras.

Se estima que en 1997, unas 480<sup>98</sup> viviendas no cuentan todavía con escrituración de sus terrenos, aspecto que limita las acciones legales, imprescindibles para la solicitud de servicios básicos.

<sup>97</sup> DGOP, Op. cit. p. 54

<sup>98</sup> Sras. De Chávez M., De Salazar V. y Chávez A., Op. cit. p. 54

<sup>99</sup> UNICEF-PRONICE-COINAP, Op. cit. p. 58

<sup>100</sup> 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 existían<sup>101</sup> 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

## 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 2.985<sup>101</sup> 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.<sup>102</sup> 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 tonel<sup>103</sup>, muchas veces la misma era revendida dentro de la Verbena. También esta alternativa presentaba riesgos, pues según cuentan algunos de sus pobladores actuales<sup>102</sup>, 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. 200.00<sup>102</sup> en 1970.

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

<sup>101</sup> DGOP, Op. cit. p. 54

<sup>102</sup> Sras. De Chávez M., De Salazar V. y Chávez A., Op. cit. p. 54

<sup>103</sup> Srs. Plato F. y Pérez R., Op. cit. p. 54

<sup>104</sup> UNICEF-PRONICE-COINAP, Op. cit. p. 58

### 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 1.25<sup>105</sup> (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 internos<sup>106</sup> 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-PRONICE<sup>107</sup> 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.

<sup>105</sup> DGOP, Op. cit. p. 54

<sup>106</sup> Srs. Plato F. y Pérez R., Op. cit. p. 54

<sup>107</sup> 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)<sup>108</sup> con su farmacia popular y laboratorio, además de 5 clínicas privadas y 4 locales privados de venta de medicamentos.

### 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

## 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		
Heridas, quemaduras, accidentes	Emergencia	7	4	3	7	4%
Infecc. 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%

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 entrevista<sup>109</sup> 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.

<sup>108</sup> 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 limitantes espaciales y de funcionamiento como justificación de la creación del CDIF.

<sup>109</sup> 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 UNICEF<sup>110</sup>, 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 Verbena<sup>111</sup> 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.

<sup>110</sup> Morales S. Polanco M. UNICEF. Op. cit. p. 58

<sup>111</sup> 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 desean 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 geotónicas	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 subterráneas permanentes o superficiales eventuales.	1	7. Terreno firme, con una resistencia no menor a 2 Kg./cm <sup>2</sup> , o bien 50 Ton./m <sup>2</sup> .	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 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., 1985	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)<sup>112</sup>, 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 1989<sup>113</sup> 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":**

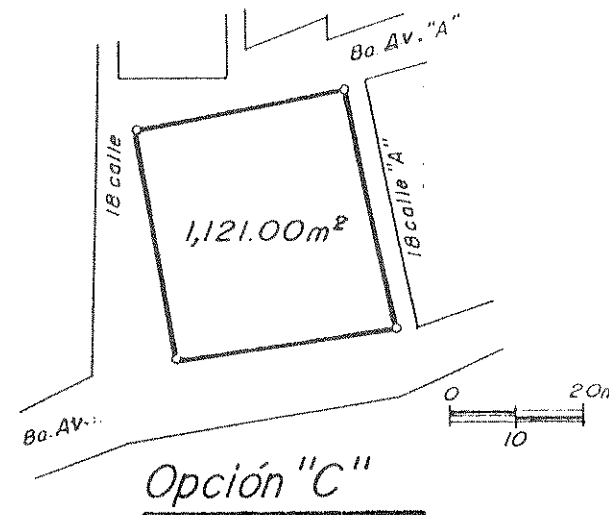
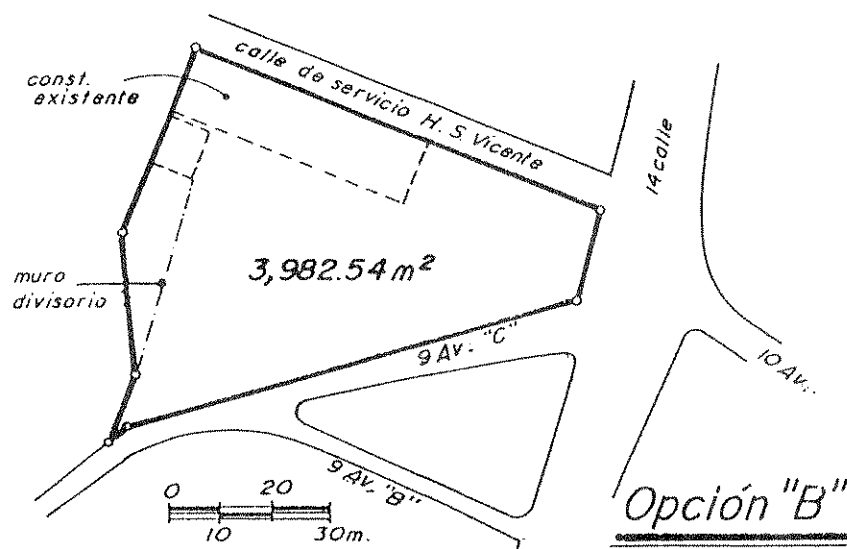
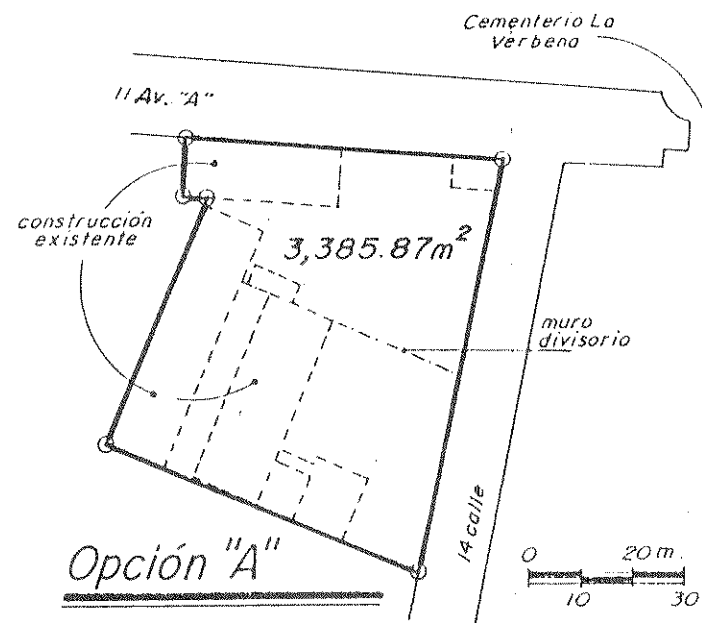
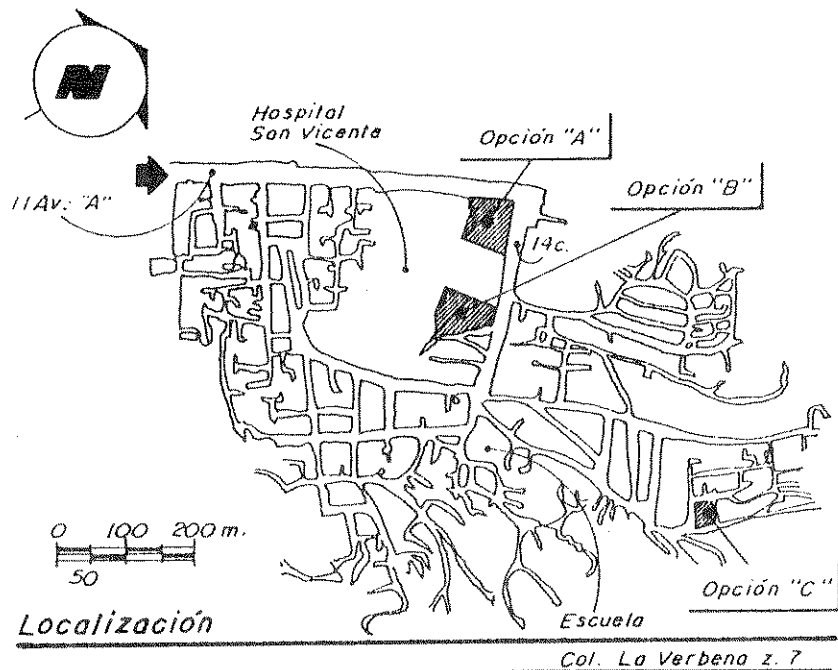
Único predio ubicado fuera de las instalaciones del Hospital San Vicente, se encuentra rodeado por los Sectores Joya 4 y Central, sobre la 8 avenida entre 18 y 18 calle "A" de La Verbena. Actualmente, es utilizado para el estacionamiento informal de buses y de talleres mecánicos locales, genera contaminación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

*Ver planos y referencias espaciales de las opciones a continuación:*

<sup>112</sup> Ing. Manuel Motta INSIVUMEH, Entrevista personal de fecha 13/02/97

<sup>113</sup> 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



### 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.1 Factores físicos de localización

ATRIBUTO	TAMANO	Topografía	ESTRUCTURA DEL SUELO	COSTO	Vegetación	MICRO - CLIMA			PAISAJE		
						Orientación	Soleamiento	Vientos	Espacios	Vistas	
Cualidad recomendada	El área mínima del terreno 2.660 m <sup>2</sup>	Pendiente menor al 15%	Cap Sop mínima de 1 kg/cm <sup>2</sup>	Donación, usufructo o pedido	En un 25% del terreno	Eje longitudinal a 90° del Norte	No excesivo con área de sombras	Controlados dirección norte-sur	Semi-abiertos	Áreas verdes	Máximo posible
Ponderación del atributo	0.120	0.180	0.160	0.100	0.050	0.100	0.100	0.100	0.045	0.045	1
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	
Evaluación ponderada	0.120 0.120 0.060	0.180 0.180 0.180	0.160 0.160 0.160	0.100 0.100 0.050	0.040 0.050 0.000	0.070 0.060 0.090	0.070 0.080 0.010	0.070 0.090 0.010	0.020 0.045 0.010	0.022 0.045 0.000	TOTAL
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>								
	Ubicado en la 11 Av. "A" y 14 calle esquina Col. La Verbena, z. 7	Ubicado en la 14 calle y 9 Av "C" esquina. Col. La Verbena, z. 7	Ubicado en la 8 Av entre 18 y 18 calle "A" Col. La Verbena, z. 7								
	Cuenta con 3.385 67 m <sup>2</sup> aprox. Pendiente del 2% hacia el noreste	Cuenta con 3.982 54 m <sup>2</sup> aprox. Pendiente del 2% hacia el noreste	Cuenta con 1.121.10 m <sup>2</sup> aprox. Pendiente del 4% hacia el noroeste								
	Terreno con sedimentos eólicos, flujo de ceniza y sedimentos fluviales y lacust.	Terreno con sedimentos eólicos, flujo de ceniza y sedimentos fluviales y lacust.	Terreno del Banco Nacional de la Vivienda (BANVI)								
	Terreno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Terreno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Sin vegetación alguna								
	Eje longitudinal del terreno a 50° del Norte	Eje longitudinal del terreno a 35° del Norte	Eje longitudinal del terreno a 75° del Norte								
	70% del área con soleamiento todo el día	60% del área con soleamiento todo el día	100% del área con soleamiento todo el día								
	Viento del Norte controlado por vegetación y del sur sin barreras naturales o artificiales	Viento del Norte moderado corredor de viento al centro controlable por barreras artificiales	Viento del Norte, sin barreras naturales o artificiales								
	Edificaciones existentes en 1/3 del área	Edificaciones existentes en 1/6 del área	Sin edificación alguna espacio totalmente abierto.								
	Dos de los lados poseen vista hacia áreas verdes internas	áreas verdes rodean al predio excepto al Oeste	Sólo tiene vista hacia el lado Este hacia área verde de la C. 6 de Oct.								
	<b>0.862</b>	<b>0.930</b>	<b>0.570</b>								



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				
		Agua	Drenaje	Eléctrico	R. d/acción	Vialidad	Residencial	Industrial	Recreación	Educativo	Salud	Comunal	Tranporte	Servicios	
Cualidad Recomendada	Preferible propiedad estatal	Con acceso a red de agua municipal	Con acceso a red municipal	Abmetida cercana al predio	Cobertura centralizada en la colonia	Primaria con acceso secundario	Alta densidad	Alejado	Cercana	Cercano	Cercano	Cercano	Estación cercana	Cercano	
Ponderación del atributo	0.1	0.2	0.067	0.113	0.08	0.12	0.013	0.027	0.04	0.04	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 0.2 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	0.05 0.05 0.02	0.05 0.03 0.03 0.05	
<b>A</b>	Ubicado en la 11 Av. "A" y 14 calle esquina Col. La Verbena, Z. 7	Predio propiedad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Predio con instalación municipal de agua	Cuenta con instalación de drenaje sanitario, pero con drenaje pluvial superficial	Con acometida cercana y servicio instalado, sólo requiere ampliación. Semi-centralizado a 250 m. del centro de la Col. La Verbena	Con vialidad primaria únicamente	Densidad residencial baja, rodeado de instituciones	Cercano a bodegas generales ingreso del Cern. La Verbena 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>0.809</b>	
<b>B</b>	Ubicado en la 14 calle y 9 Av "C" esquina. Col. La Verbena, Z. 7	Predio propiedad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Predio con instalación municipal de agua	Cuenta con instalación de drenaje sanitario y sistema canalizado de aguas pluviales	Con acometida cercana y servicio instalado, sólo requiere ampliación. Semi-centralizado a 125 m. del centro de la Col. La Verbena	Con vialidad primaria, secundaria y peatonal	Densidad residencial moderada	Delante de ingresos de algunas instituciones	Área de recreación a 150 m. Aunque puede proyectarse dentro del terreno.	Cercano a equipamiento educativo	Colindante	A 170 m. del salón comunal y a 150 m. del CECCOAIN	Acceso a parada de buses del transporte local. Mercado informal a 100 m., Guardería a 15 m.	<b>0.979</b>	
<b>C</b>	Ubicado en la 8 Av entre 18 y 18 calle "A" Col. La Verbena, Z. 7	Propiedad del Banco Nacional de la Vivienda (BANVI)	Sin instalación a Red pero con acceso cercano	No cuenta con drenaje sanitario ni pluvial determinado	Acometida cercana al predio requiere instalación propia	Marginal, a 370 m. del centro de la colonia La Verbena. Con vialidad secundaria y peatonal	Rodeado de alta densidad residencial	Sin contiguo industrial	Área de recreación a 650 m. (Área Verde de la Col. "6 de Octubre"	Alejado del equipamiento educativo	Alejado del equipamiento 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.	<b>0.53</b>	
<b>TOTAL</b>														<b>0.809</b>	
<b>Máximo</b>														<b>1</b>	
<b>Total</b>															

# 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	ECO-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	TOTAL FACTOR NATURAL	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	TOTAL FACTOR SOCIAL															
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	0.01	0.12	0.15	0.156	0.015	0.018	0.022	0.089	0.06	0.06	0.089	0.089	0.18	0.2	0.16	0.09	0.08	0.1	0.02	0.044	0.044	0.156	0.156	0.1
<b>A</b>	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	<b>0.900</b>						Generaría aumento de tráfico peatonal	No genera cambios en la población	Genera empleo formal interno, en su entorno empleo informal	Ahorro relativo en cuanto al tiempo de traslado	Economía en gastos de salud	No afecta áreas de protección forestal	No afecta a viviendas	Mejoraría la identificación ya existente en el lugar	<b>0.86</b>											
<b>B</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 su residuos sólidos y líquidos	No generaría ruidos contaminantes	Mejoraría su propio ecosistema y el de las viviendas a su alrededor	<b>1.000</b>						Existe parada de autobús en el lugar, debe mejorarse con banías	Podría provocar densificación en la zona de impacto inmediato	Genera empleo formal interno, y en su entorno empleo informal	Ahorro en cuanto al tiempo de traslado	Economía en gastos de salud	Modifica áreas de protección forestal	Afecta a sector vivienda inmediato	Mejoraría el sentido de pertenencia	<b>0.91</b>											
<b>C</b>	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 red de drenajes	Hacia más impermeable los suelos a su alrededor	No generaría ruidos contaminantes	Mejoraría su propio ecosistema y el de las viviendas a su alrededor	<b>0.810</b>						No provocaría congestión pues no se ubica en una vía primaria ni secundaria	Podría provocar densificación en la zona de impacto inmediato	Genera empleo formal interno, y en su entorno empleo informal	No hay ahorro en tiempo de traslado, Economía en gastos de salud	Debe crear áreas de protección forestal	Afecta al sector vivienda inmediato	Se identificaría sólo con los sectores cercanos	<b>0.808</b>												

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	TOTALES
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: Matiz adaptada de la Tesis "Esc. Reg. Téc. y Agrícola de S. C. Verapaz, Santa Cruz/Diaz, 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 aproximada<sup>114</sup> de 3,982.54 m<sup>2</sup> 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.

<sup>114</sup> 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 m<sup>2</sup> y un perímetro de 267.40 m

Según un mapa de suelos del INSIVUMEH<sup>115</sup> 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 Paisaje<sup>116</sup>:

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.

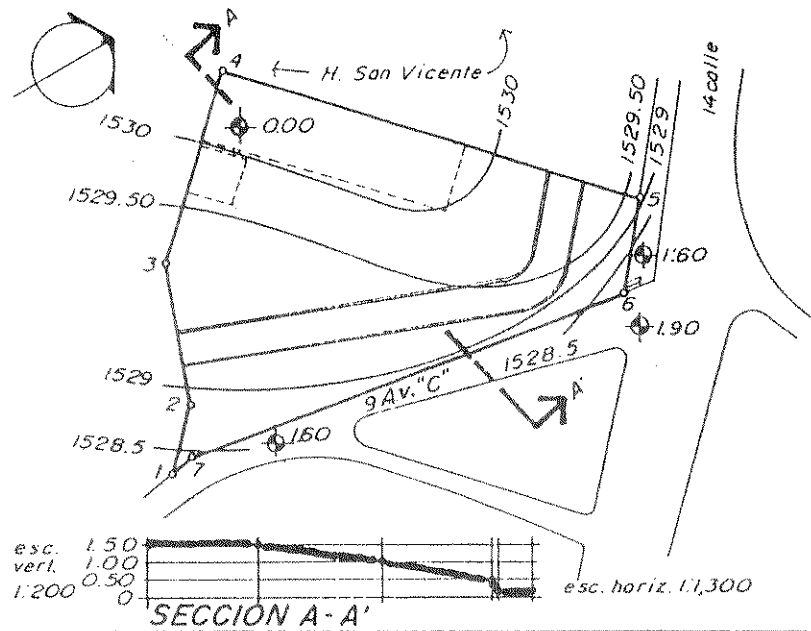
Por encontrarse en una esquina se ve favorecido con dos accesos peatonales de 5.00 metros de ancho promedio y uno vehicular de 12.50 metros de gabarito

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

<sup>115</sup> Ing. Manuel Motta, INSIVUMEH, Op. cit. p. 68

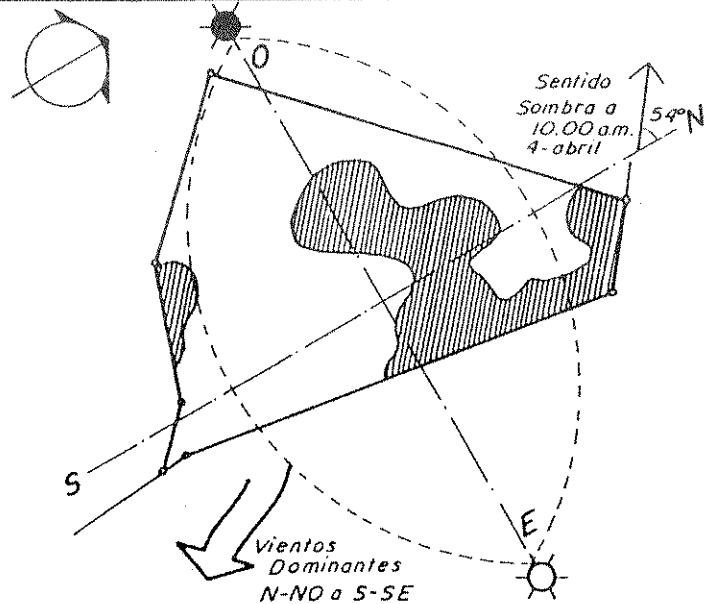
<sup>116</sup> Levantamiento de campo hecho por el autor de la presente tesis

**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 o o o	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

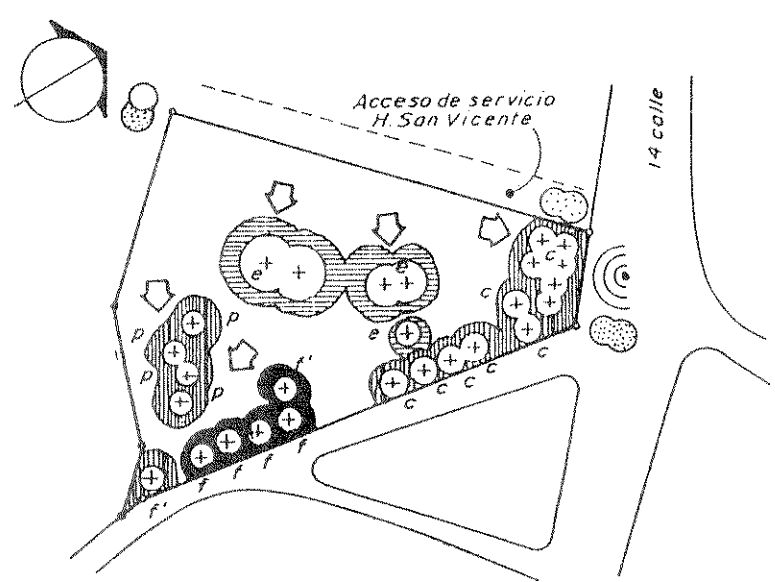


**B) Micro-clima:**

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

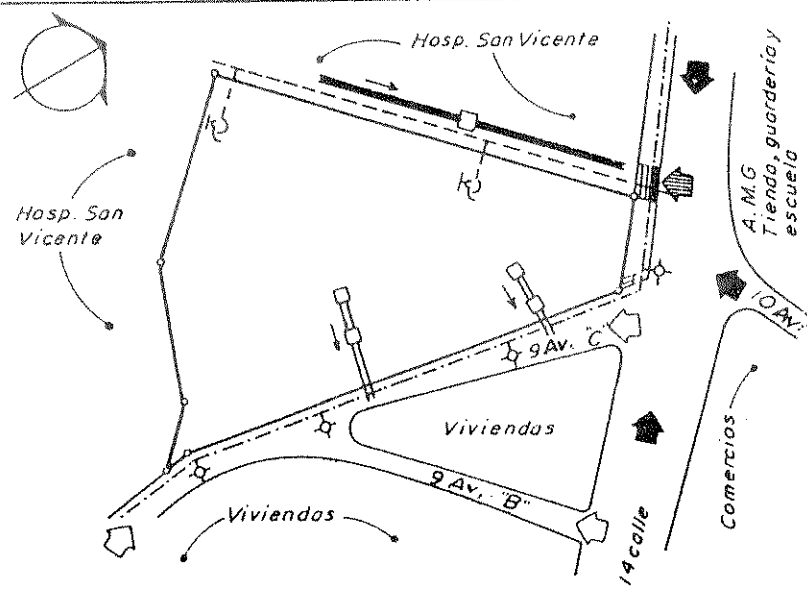
**Análisis del Sitio,** Fuente: observación de campo y análisis de premisas generales de localización, elab. propia



→ **C) Paisaje y Vegetación:**

Símbolo	DESCRIPCIÓN
☁	MASA ARBÓREA distancia menor a 3.00 m.
⊕	ÁRBOL DISPERSO distancia mayor a 3.00 m.
⊗	Vegetación d/amplo 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, allos 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 40 motos/h.)

PAISAJE: Ambiente general tranquilo



→ **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 cubículos de trabajo social, planificación

familiar, inspectoria sanitaria y de asesoría jurídica. 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 coadyuven 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.

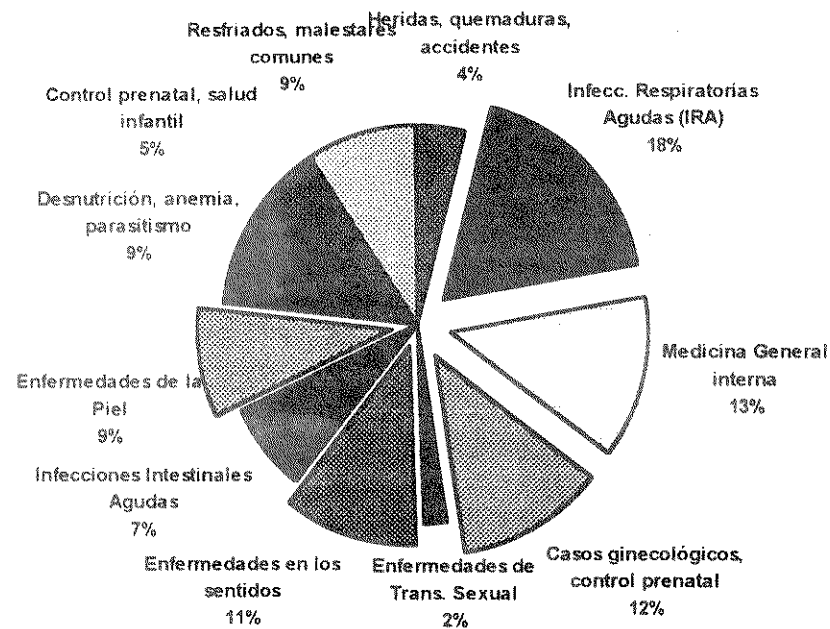
### b) ESTIMACIÓN DE LOS SERVICIOS:

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



#### 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, ésto 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,<sup>117</sup> 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 vestibulación común, éstos son:

<sup>117</sup> OPS. Estructura orgánica de un centro de salud urbano. México, (1987)

**■ Laboratorio:**

Se contará con un técnico en laboratorio por cada 7.500 habitantes<sup>118</sup>, 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 habitantes<sup>118</sup>, 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:**

<sup>118</sup> 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.

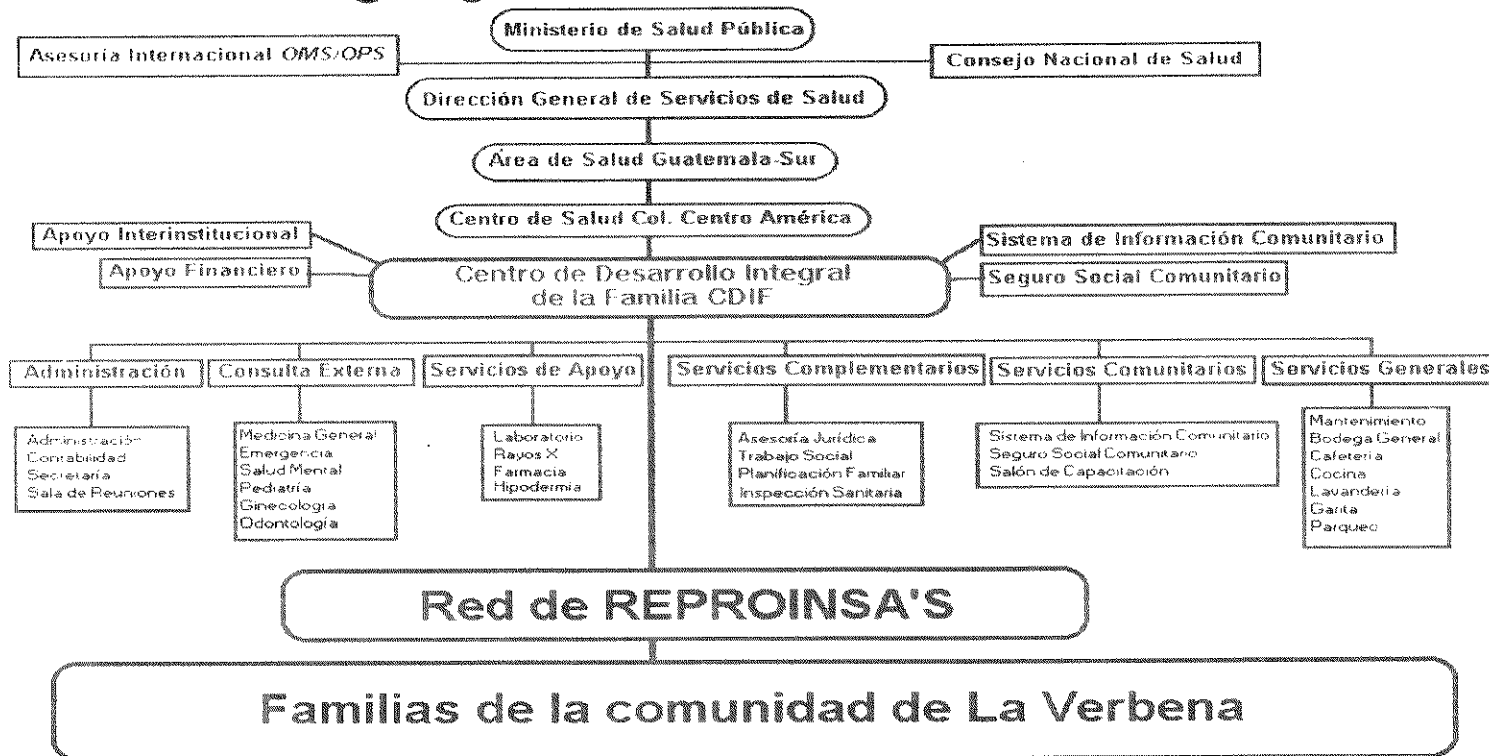
■ **Bodega de Limpieza**

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:**

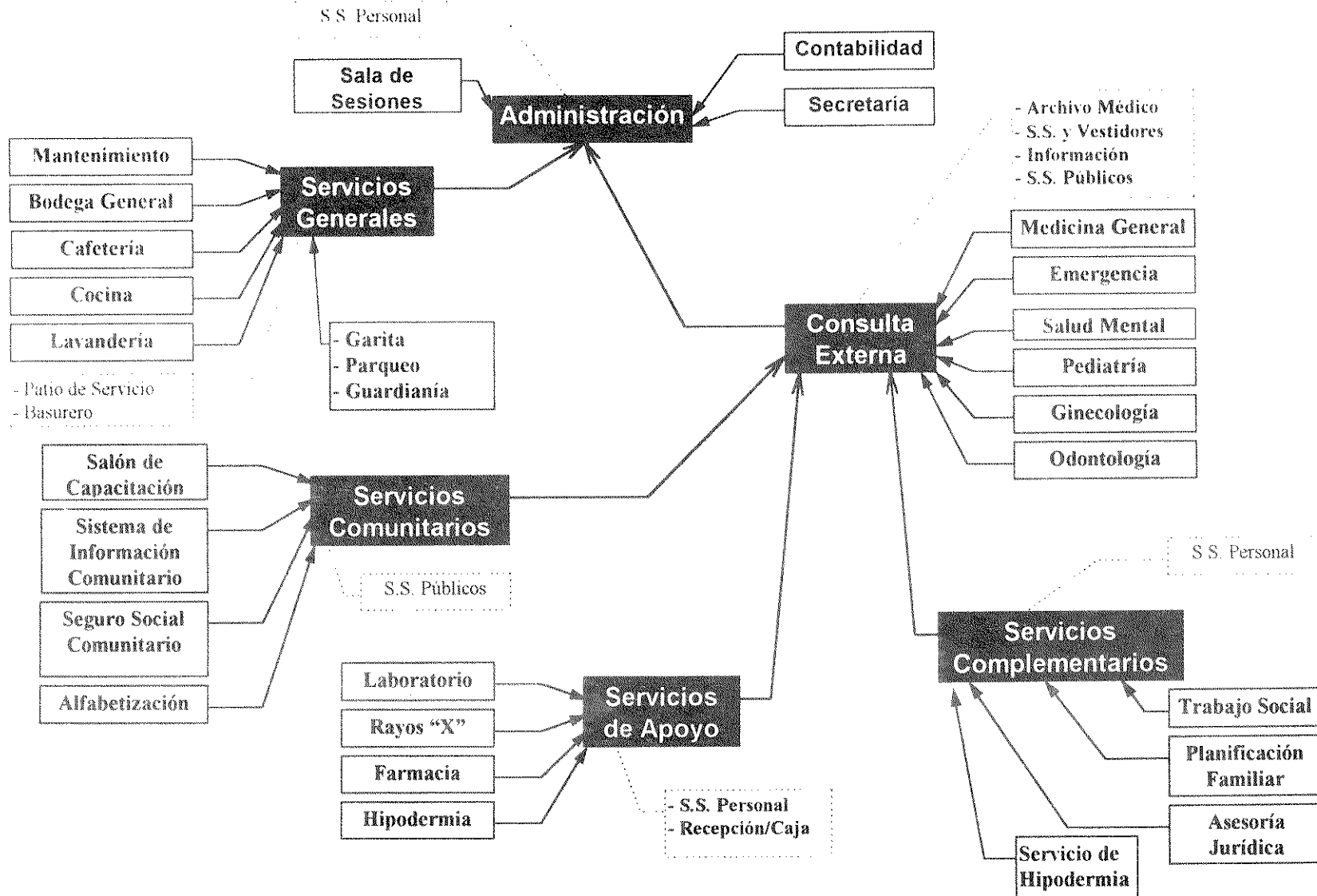
Es posible diagramar el funcionamiento, relaciones funcionales de referencia y contra-referencia, tanto a nivel local, como en los niveles superiores de atención

**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:***

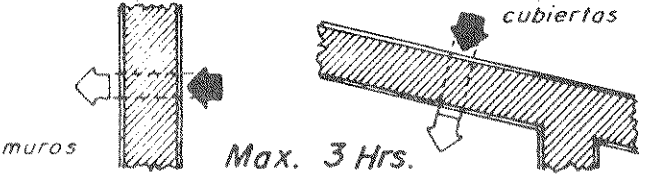

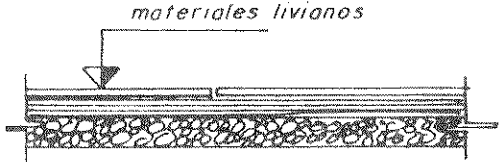
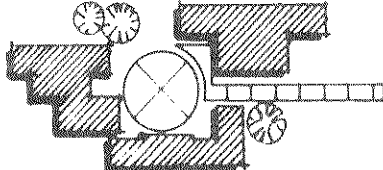
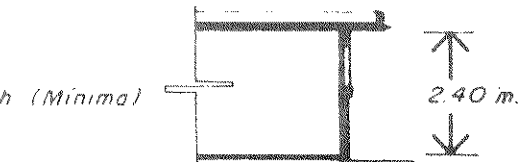
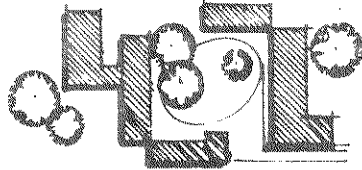
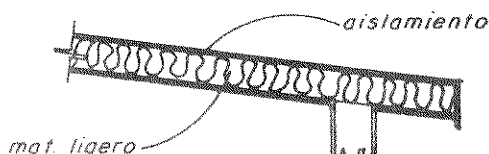
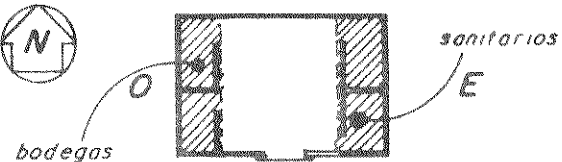
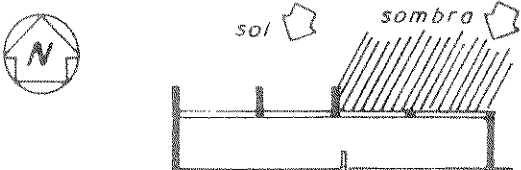
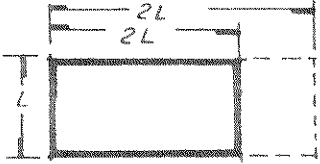

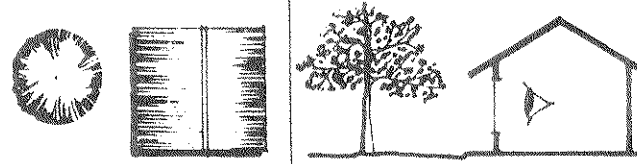
Para el anteproyecto del Centro de Desarrollo Integral de la Familia, colonia La Verbena zona 7, se recomiendan algunos criterios generales. En primer lugar se detallan las Recomendaciones de Diseño Ambientales, que condicionan particularmente el emplazamiento y partido arquitectónico del conjunto.

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"

Ciudades 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	

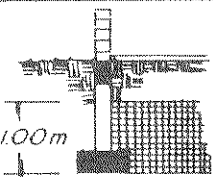
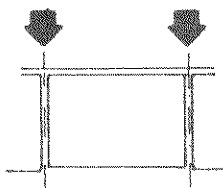
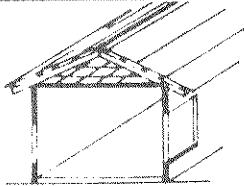
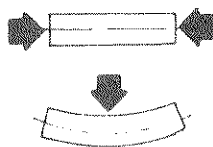
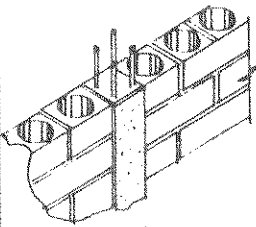
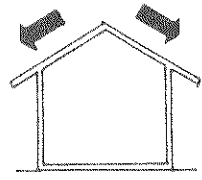
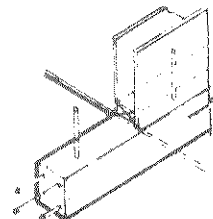
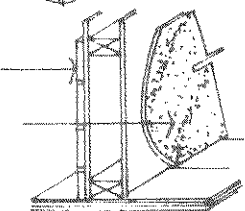
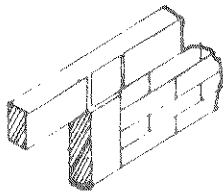
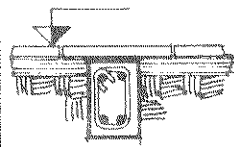
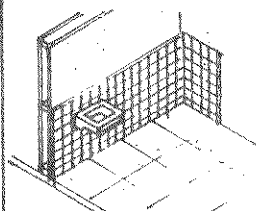
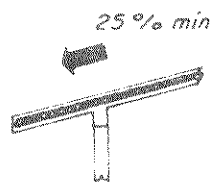
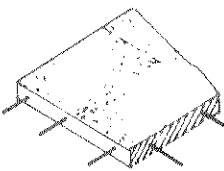
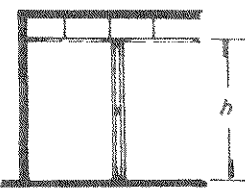
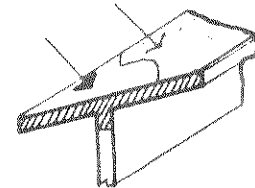
**RECOMENDACIONES DE DISEÑO AMBIENTALES PARA EL "CDIF"**

*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 protegerlas 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	
<b>Fuentes de referencia:</b>	1 Jan Bazant "Manual de criterios de diseño urbano" Mexico 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. 1985		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 Gomerá" Tesis Farusac. 1972	
	10 Recomendaciones generales							

RECOMENDACIONES CONSTRUCTIVAS PARA EL CDIF

b) Red de Instalaciones:






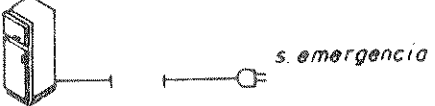


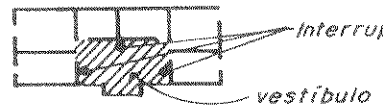
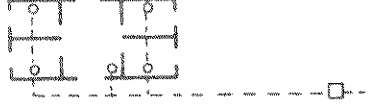




b.1) Agua potable y drenajes

AGUA		Ref.	Graficación	DRENAJE		Ref.	Graficación
Conexiones con mecanismo giratorio	2			Dejar previstas cajas y registros de control	8		
Instalaciones suspendidas de placas mallas 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 del consumo diario el doble del consumo diario	8			Instalaciones identificadas para su fácil mantenimiento.	10		
<b>Fuentes de referencia:</b>		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:**

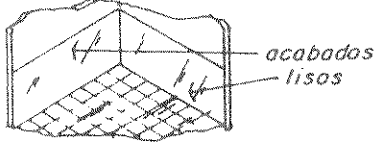
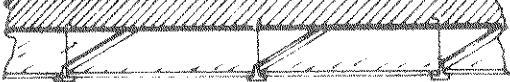
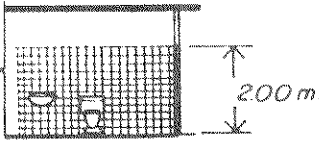

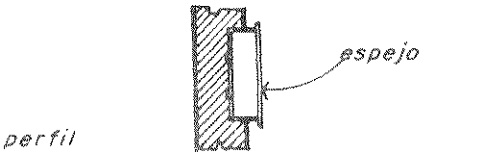
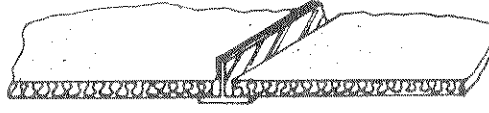
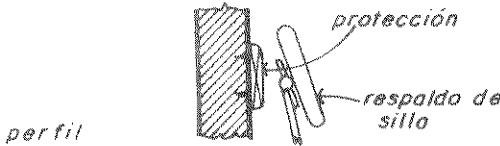
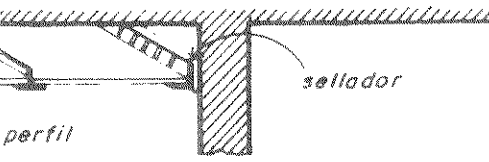
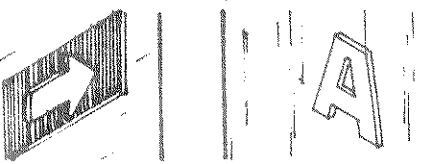
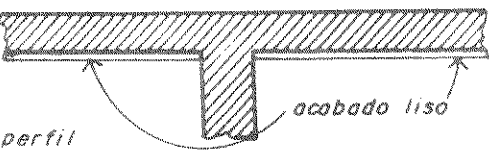
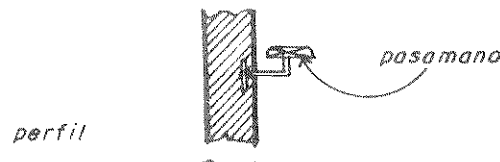
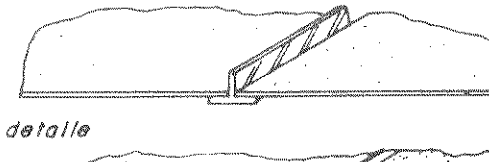
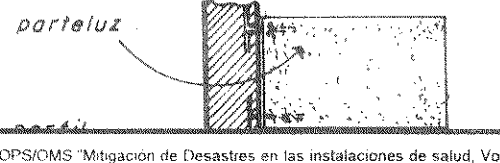
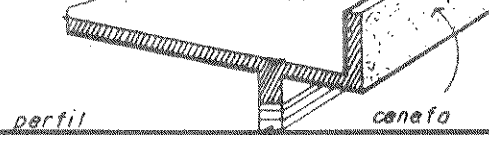
**b.2) Electricidad y especiales**

Iluminación	Ref.	Graficación	FUERZA y especiales	Ref.	Graficación
En salas de curaciones 500 bujías por m <sup>2</sup>	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	3 DGSS,MSPAS,"Normas técnicas para el diseño o remodelación de hospitales departamentales", Guate, 1995	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.1) Paredes y cielos			
PARED	Ref.	Graficación	Cielos	Ref.	Graficación
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 2 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 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	
<b>Fuentes de referencia:</b>		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 Mazanegos 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		Ventaneria 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	
<b>Fuentes de referencia:</b>		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 Mazarregos 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	área	Volumen	Relación funcional	Observaciones
1	<b>Emergencia e hipodermia</b>	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 gatorios Serv Sanitario incluido	30 m <sup>2</sup>	90 m <sup>3</sup>	Sala de Recepción vestíbulo y espera inmediata.	Equipo adicional: carro de curaciones, riñón, atril porta sueros, refrigerador, olla de presión
2	<b>Recepción y archivo</b>	Recepción y control de ingreso inmediato a la consulta externa	Recibir, clasificar, referir y ordenar el ingreso de pacientes a las salas de consulta externa y de emergencia.	2	4	Mostrador basureros, muro cartonera archivos, escritorio pizarrón, anaqueles metálicos silla acolchada	10	30	Vestíbulo, área de espera inmediata y general, emergencia y salas de consulta externa.	
3	<b>Vestíbulo</b>	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	<b>Sala de preconsulta</b>	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	<b>El área de espera general</b>	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	Vestíbulo exterior (plaza), consulta externa, s. de apoyo / complementarios, administración y vestibulo comunitario.	Contiene un cubículo de información y orientación general.
6	<b>Cubículos de consulta externa</b>	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 peñaños lámpara de mano. Lavabos centralizados para los 4 cubículos	4 x 9 = 36 m <sup>2</sup>	144	Ingreso de personal, preconsulta, recepción y vestíbulo.	Equipo adicional: esfigmomanómetro portátil, estetoscopio, fetoscopio de Lee.
7	<b>Servicio sanitario personal</b>	Ambiente de sanitarios y de vestidor, para el personal médico	Aseo personal y cambio de ropa adecuada.	0	2 (H y M)	Inodoro, lavabos, espejos, lockers, bancas de vestidor, basureros, ducha	12 m <sup>2</sup> x servicio = 24 m <sup>2</sup>	72 m <sup>3</sup>	Ambiente de cubículos de consulta externa, ingreso de personal	Servicio individualizado y restringido al público en general.
8	<b>Servicio sanitario público</b>	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 <sup>2</sup> x servicio (H y M) = 24 m <sup>2</sup>	72	Vestíbulo y área de espera general	Servicio individualizado y señalizado 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 <sup>2</sup>	75 m <sup>3</sup>	Vestíbulo y recepción y área de espera inmediata	Incluye servicio sanitario para uso exclusivo de ginecología
10	Pediatría / Niño Sano	Atención preventiva y de diagnóstico infantil	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, esfignomanómetro, 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 <sup>2</sup> c/u = 36 m <sup>2</sup>	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 cárdex 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, centrífuga banco giratorio, refrigerador basurero de pedal, horno eléctrico, mesa Pasteur	25 m <sup>2</sup>	75 m <sup>3</sup>	Vestíbulo 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, vestíbulo 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	Vestíbulo 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	Vestíbulo, 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, cédex 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 referencia de órdenes de diagnóstico, Contabilidad y estadística	1	2	Escritorio, archivo, basurero, silla giratoria, calculadora	8	24	Vestíbulo, 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 <sup>2</sup>	54	Vestíbulo 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 <sup>2</sup>	90	Vestíbulo, 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	Vestíbulo, 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	Vestíbulo, recepción	Contiene área exterior de consulta.
14	Servicio sanitario de personal	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 <sup>2</sup> x 24 m <sup>2</sup>	= 72 m <sup>3</sup>	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 <sup>2</sup>	45 m <sup>3</sup>	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 vestibulo, 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, vestibulo, 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, vestibulo	
5	Contabilidad	Apoyo contable y de estadística	Actividades de contaduría	2	2	Escritorio, silla acolchada, archivos, basurero	12	36	Secretaría, vestibulo, 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	Vestibulo, 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 <sup>2</sup>	120 m <sup>3</sup>	Ingreso de servicio, vestibulo 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	Vestibulo 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	Vestibulo 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, sanitarios de personal.	Lavandería atendida por empresa comunitaria
5	Patio de servicio	Area 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	Vestibulo 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, vestibulo 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, lavafastos, basureros, anaqueles, refrigerador,	40	120	Cafetería, despensa, sanitarios de personal, vestibulo 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	

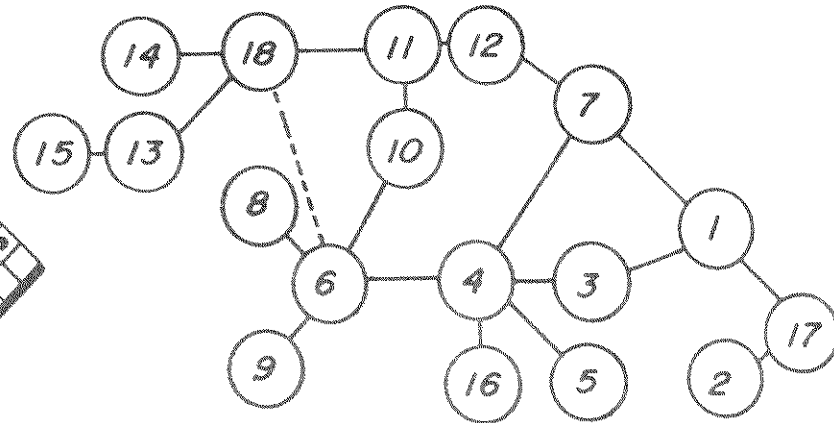
**Necesidades arquitectónicas del CENTRO INTEGRAL DE LA FAMILIA CDIF  
SERVICIOS COMUNITARIOS:**

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 <sup>2</sup>	240 m <sup>3</sup>	Cafetería, salones 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 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 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 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 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	Área 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 <sup>2</sup> x servicio (H y M) = 32 m <sup>2</sup>	96	Vestíbulo comunitario, salón comunal, servicios comunitarios y cafetería.	Servicio individualizado y señalizado por sexo.



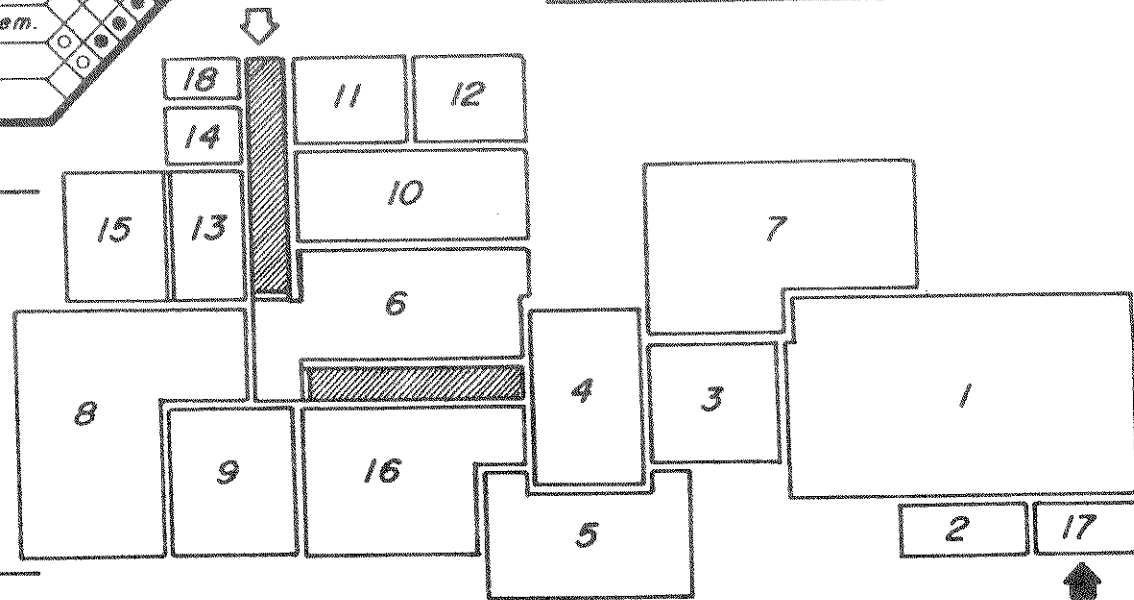
# Relaciones de CONJUNTO: CDIF

1	Parqueo
2	Garita de Ingreso
3	Vestibulo Exterior (Plaza)
4	Area de Espera General
5	Administración
6	Vestibulo 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

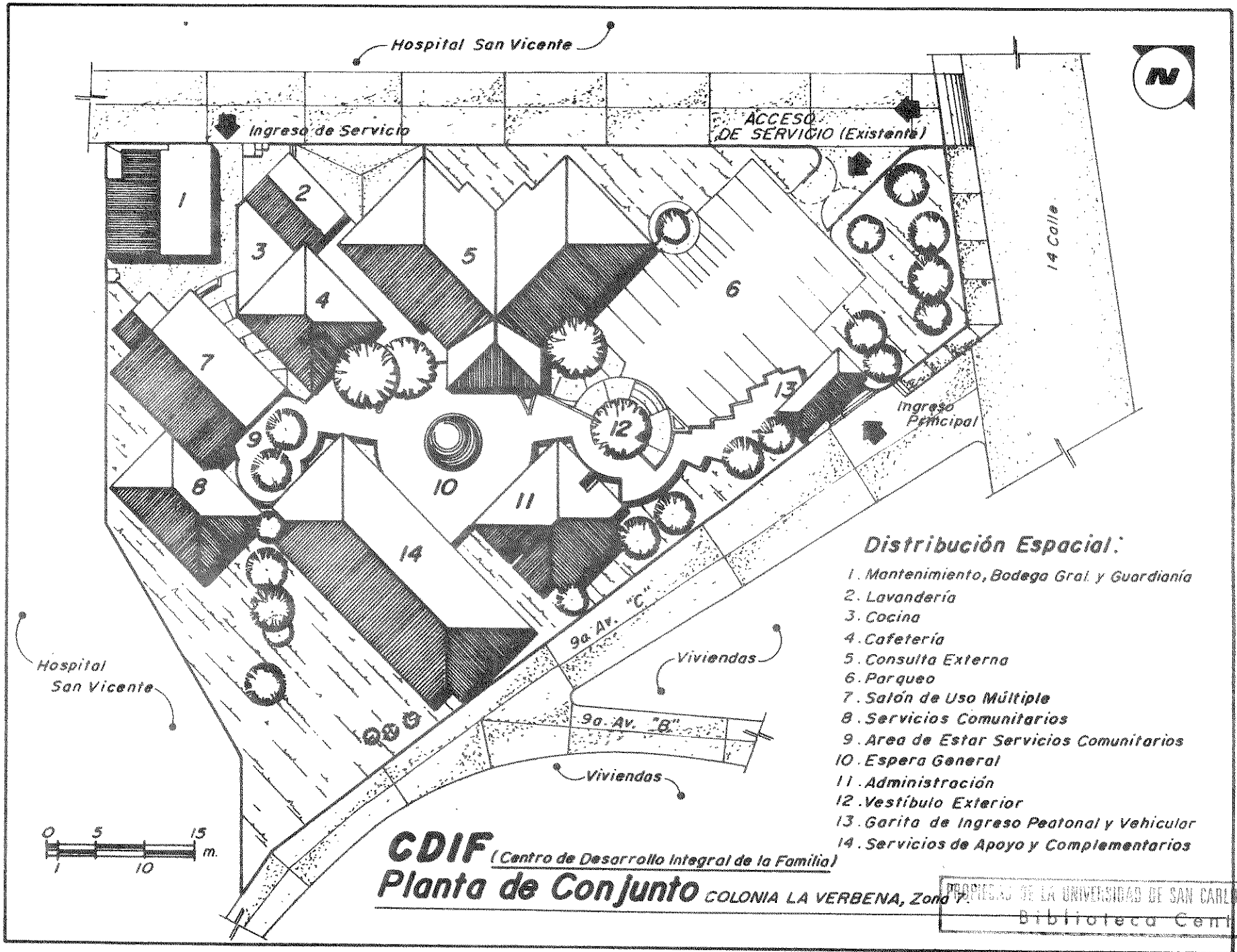


Circulación:

Relaciones:



Bloques:



**Distribución Espacial:**

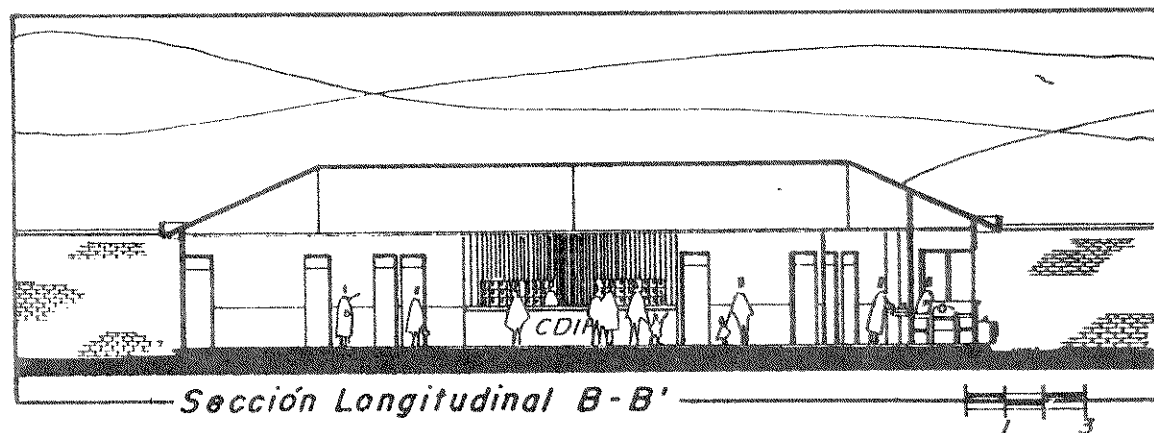
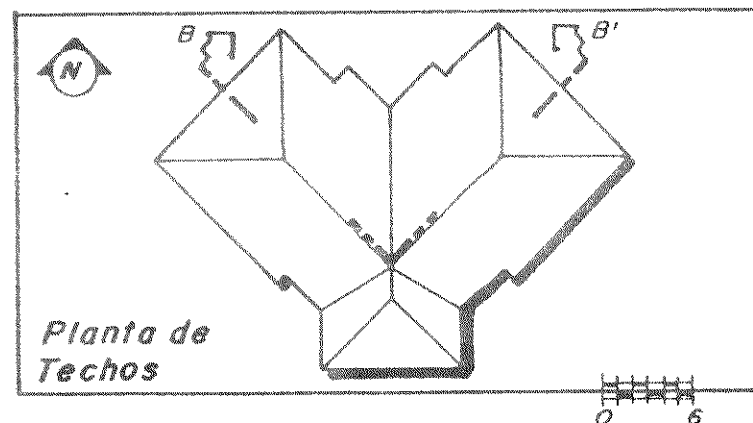
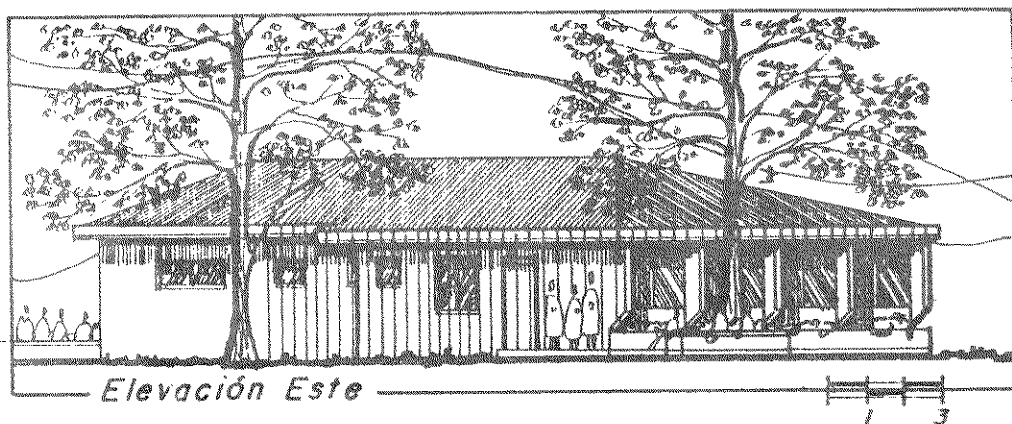
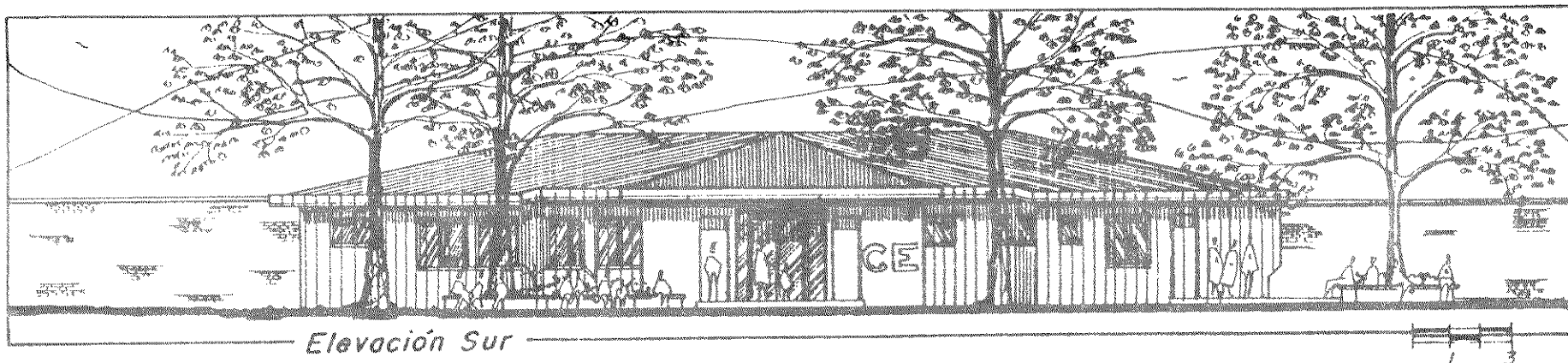
- 1. Mantenimiento, Bodega Gral. y Guardianía
- 2. Lavandería
- 3. Cocina
- 4. Cafetería
- 5. Consulta Externa
- 6. Parqueo
- 7. Salón de Uso Múltiple
- 8. Servicios Comunitarios
- 9. Area de Estar Servicios Comunitarios
- 10. Espera General
- 11. Administración
- 12. Vestíbulo Exterior
- 13. Garita 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



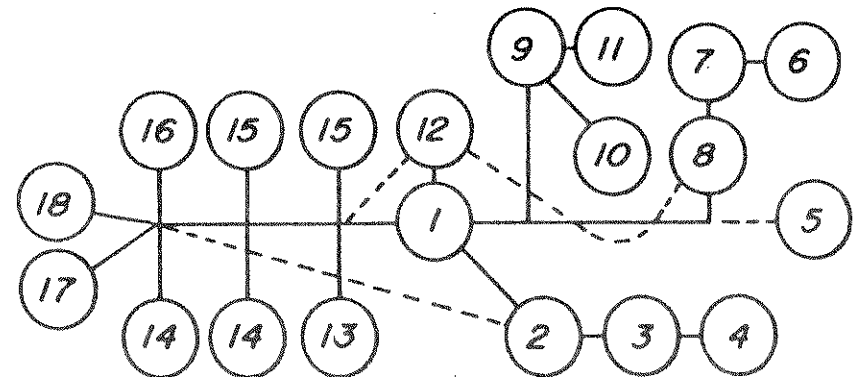




*Consulta Externa*  
CDIF

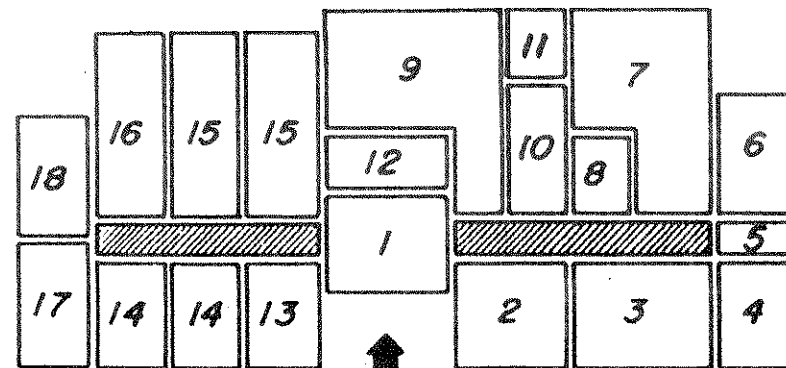
# Servicios de Apoyo y Complementarios CDIF

1	Vestibulo
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.

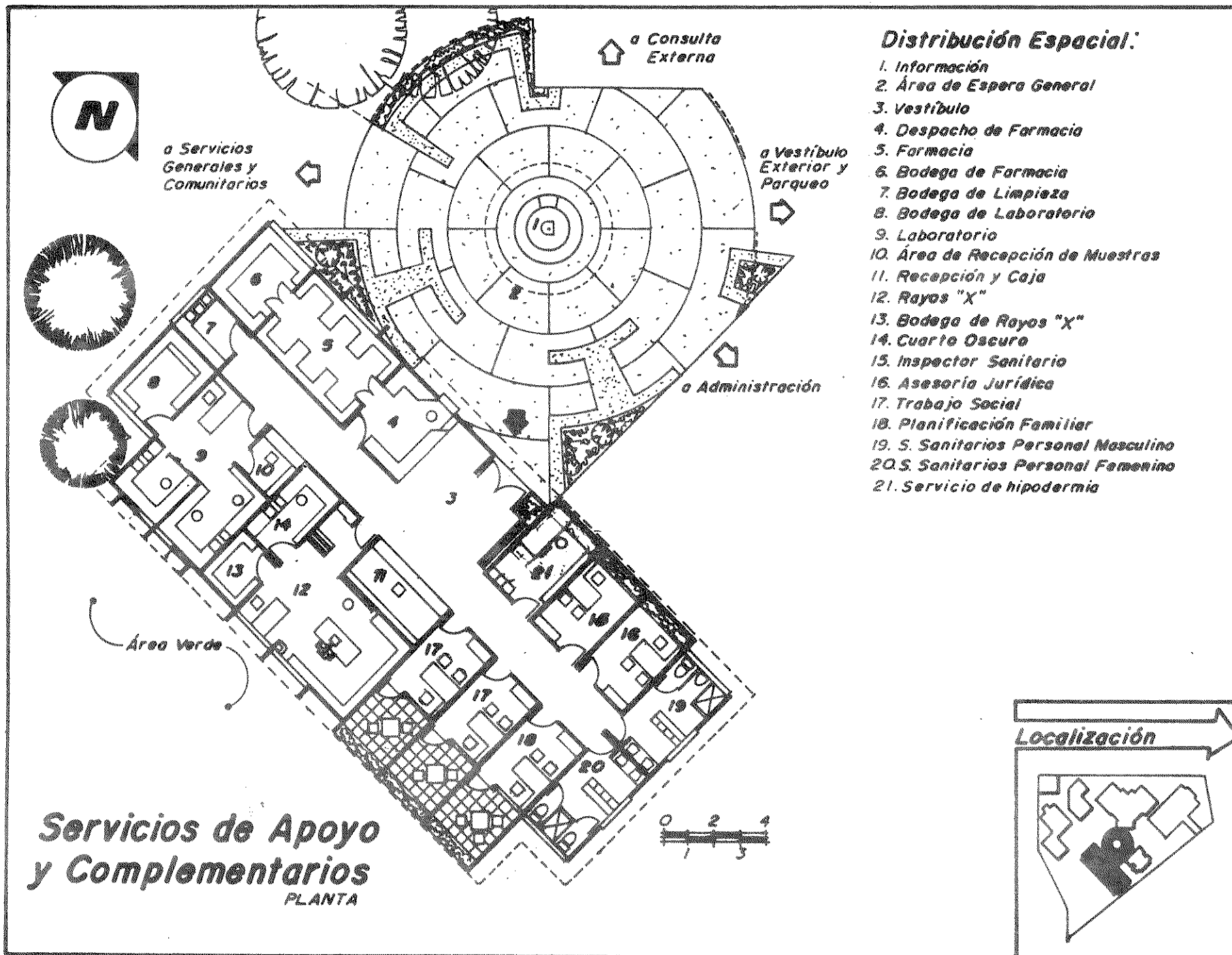


Circulación:

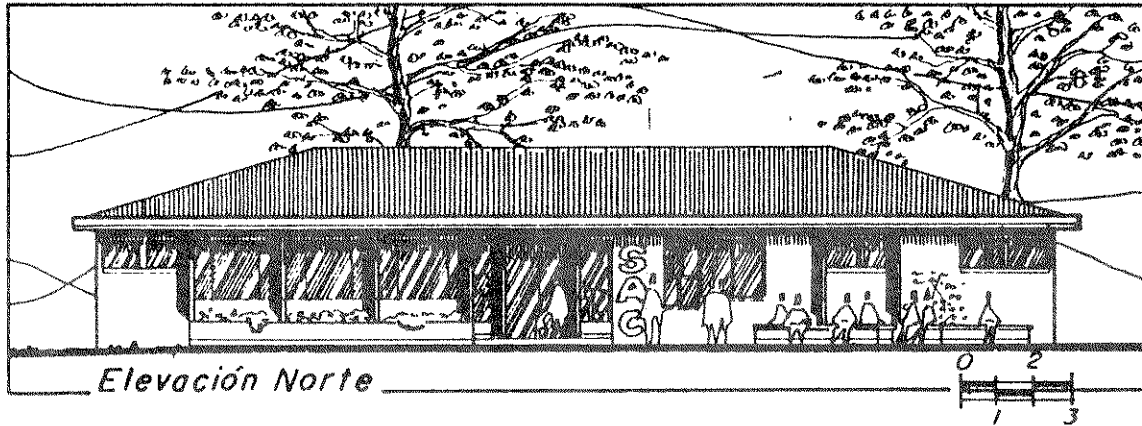
Relaciones:



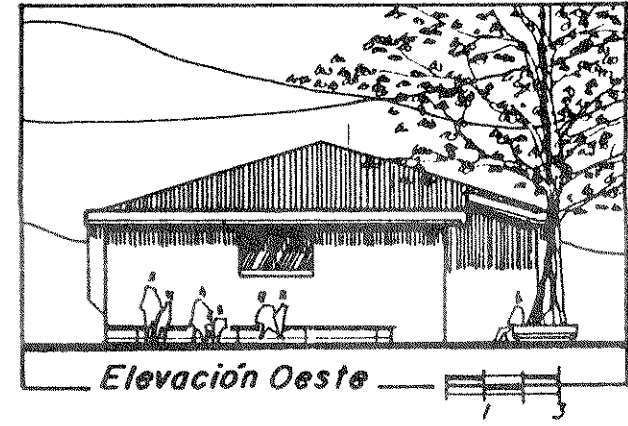
Bloques:



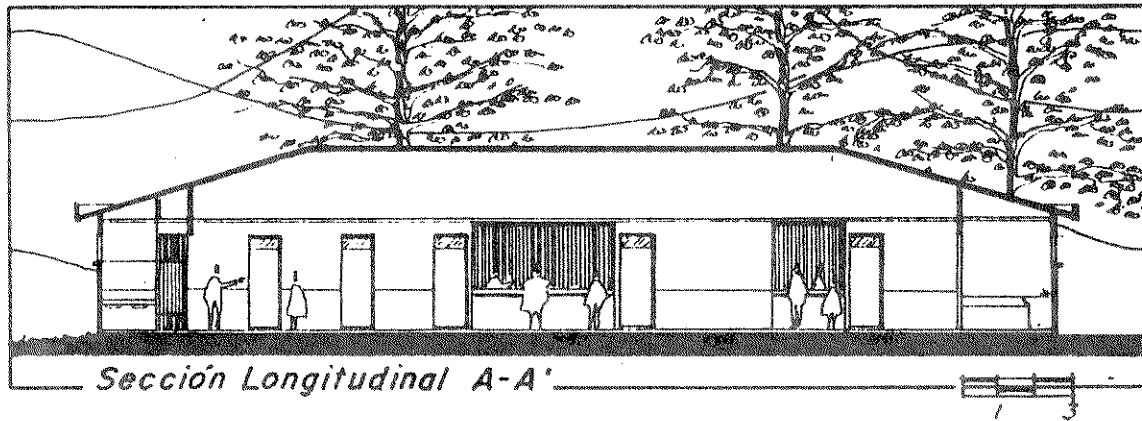




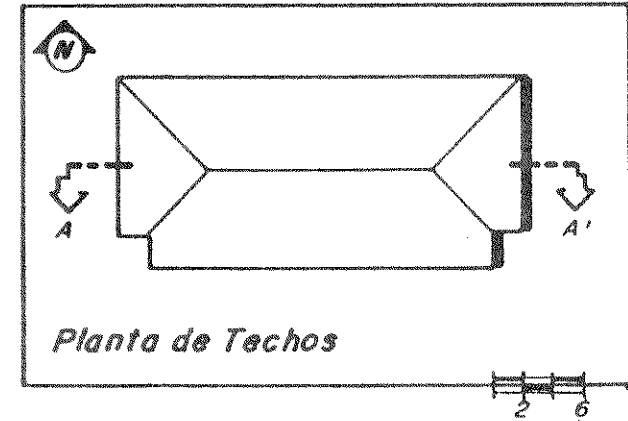
Elevación Norte



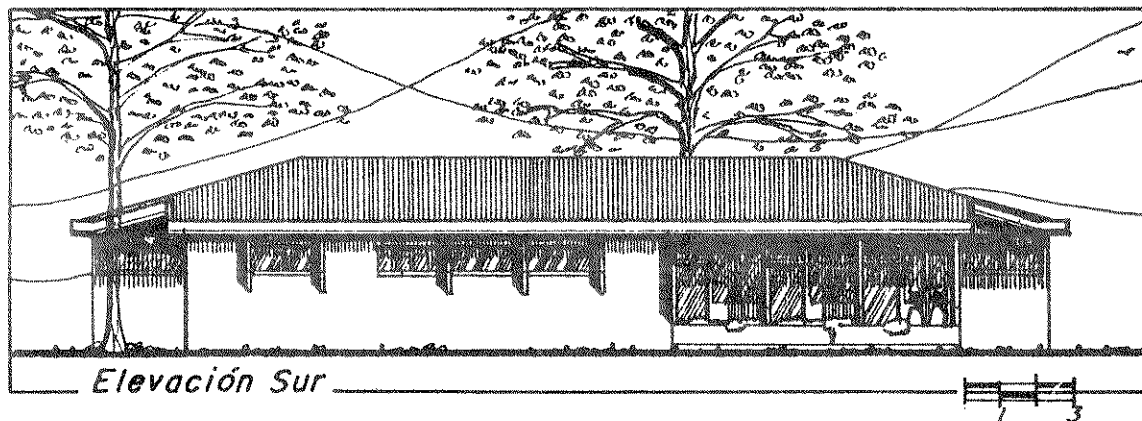
Elevación Oeste



Sección Longitudinal A-A'



Planta de Techos



Elevación Sur

*Servicios de Apoyo  
y Complementarios*  
CDIF

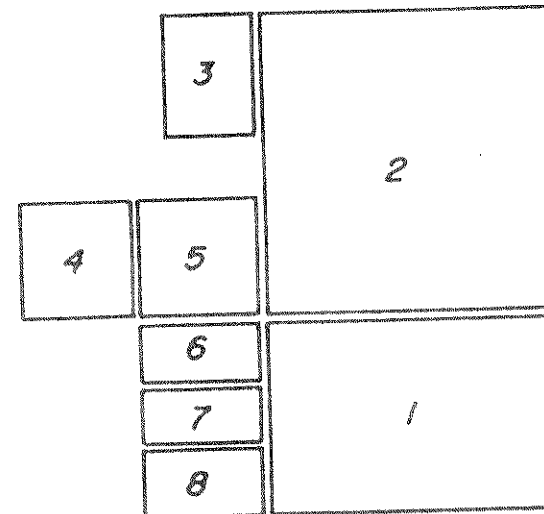
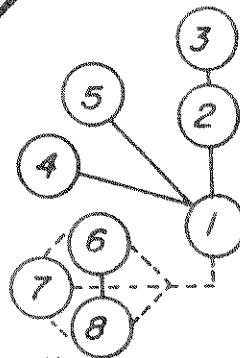


### Servicios Comunitarios: CDIF

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: \_\_\_\_\_



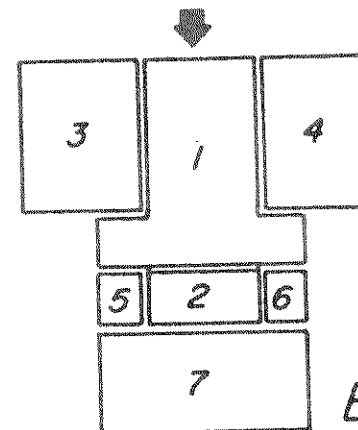
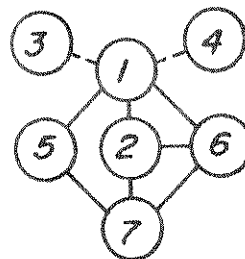
Bloques: \_\_\_\_\_

### Administración: CDIF

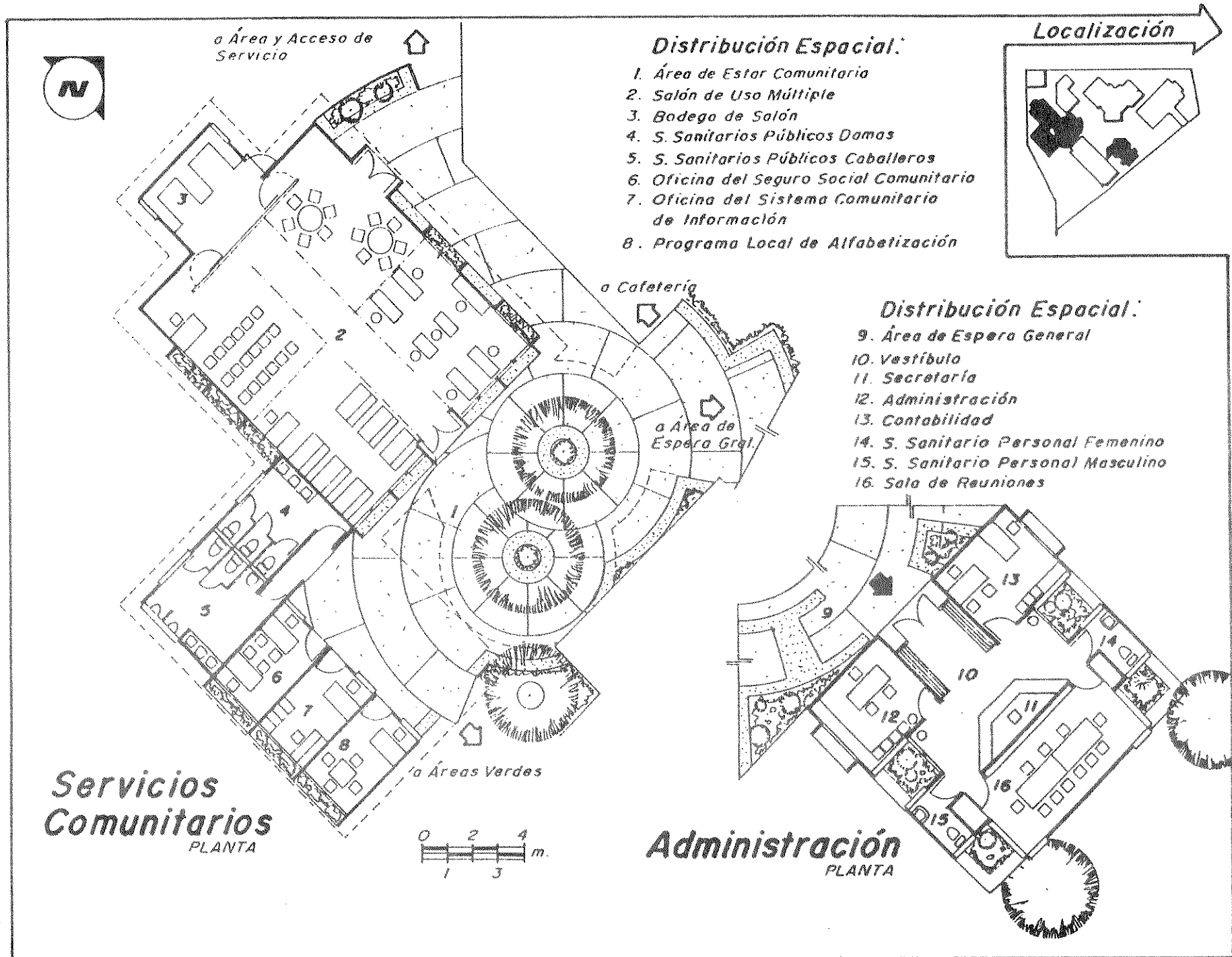
1	Vestíbulo
2	Secretaría
3	Administrador
4	Contabilidad
5	S. San. Personal Masc.
6	S. San. Personal Fem.
7	Sala de Reuniones

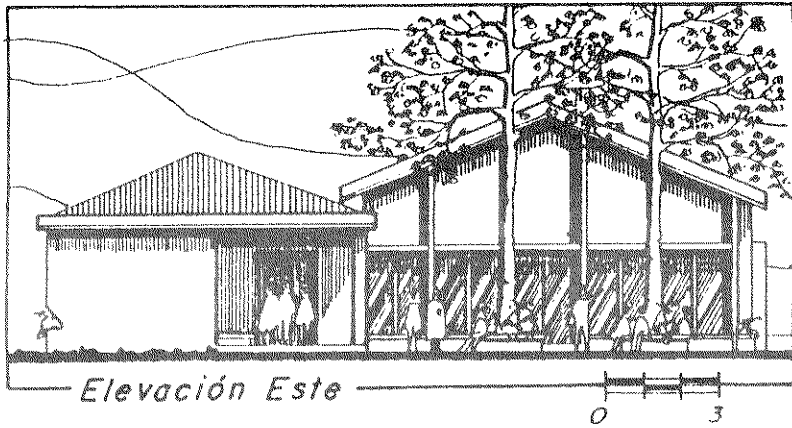
Relaciones: \_\_\_\_\_

Circulación: \_\_\_\_\_

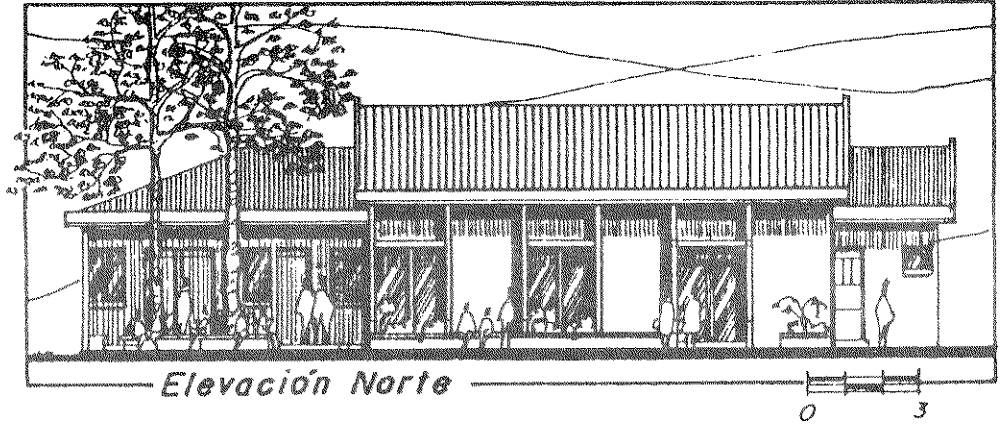


Bloques: \_\_\_\_\_

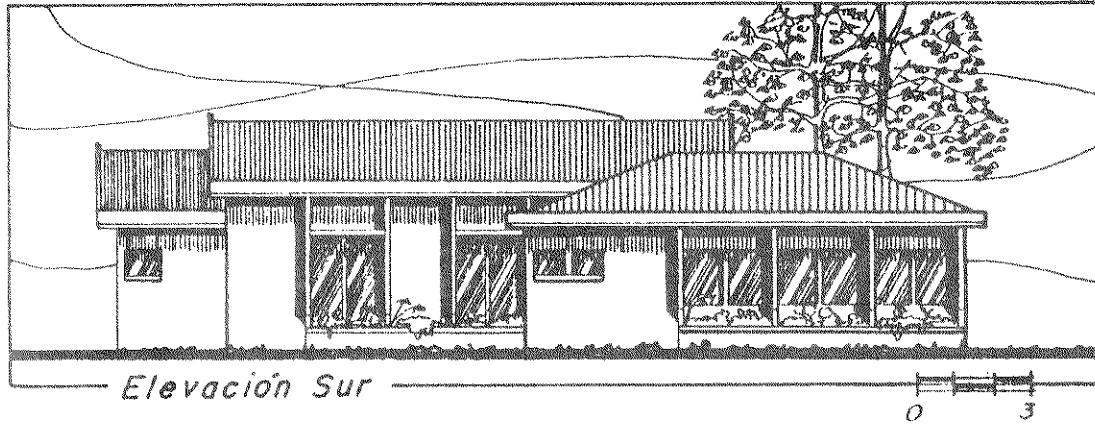




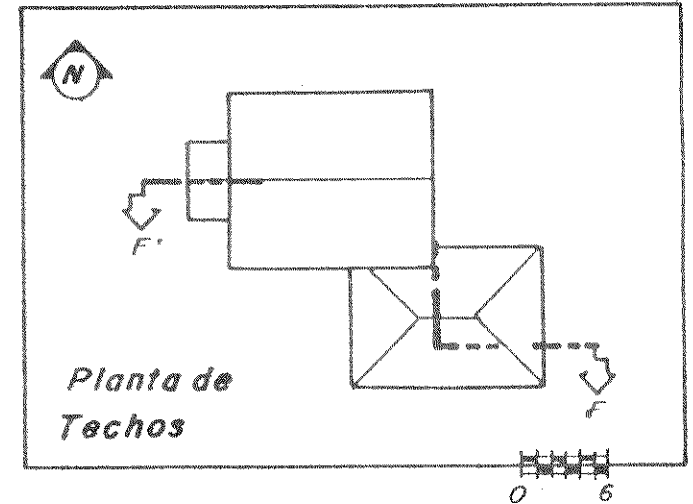
Elevación Este



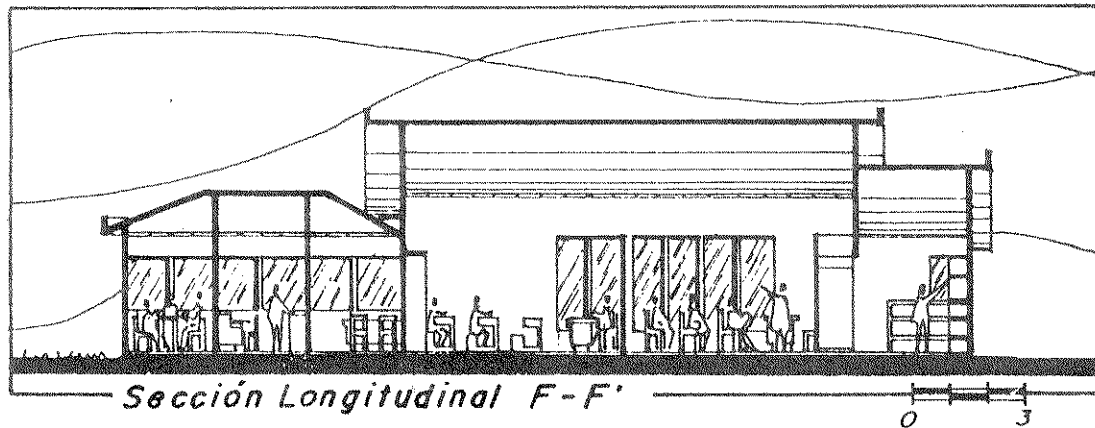
Elevación Norte



Elevación Sur

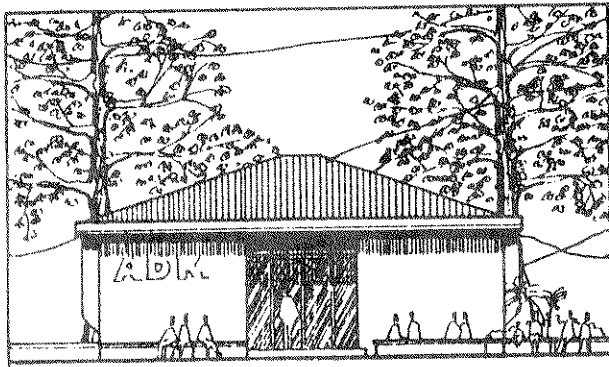


Planta de Techos

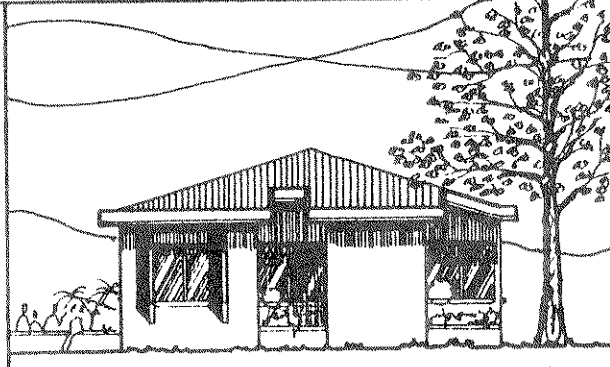


Sección Longitudinal F-F'

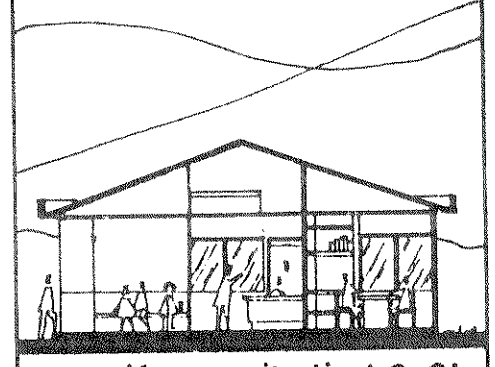
Servicios  
Comunitarios  
CDIF



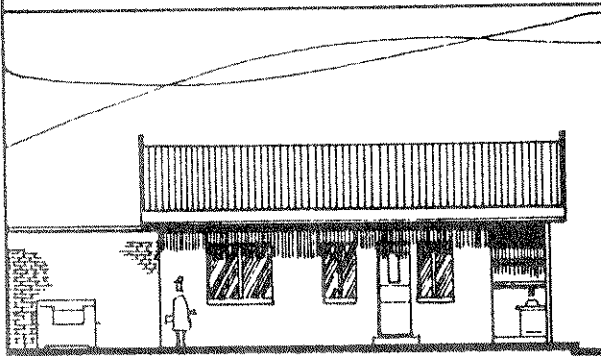
Elevación Oeste  
Administración



Elevación Sur  
Administración

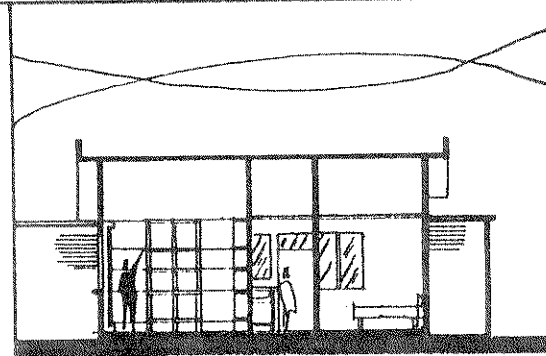


Sección Longitudinal C-C'  
Administración

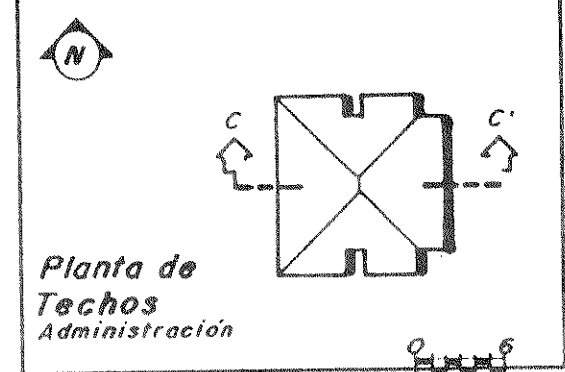


Elevación Nor-este

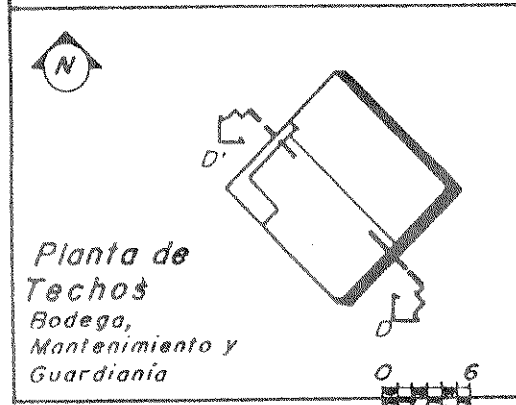
Bodega, Mantenimiento y Guardianía



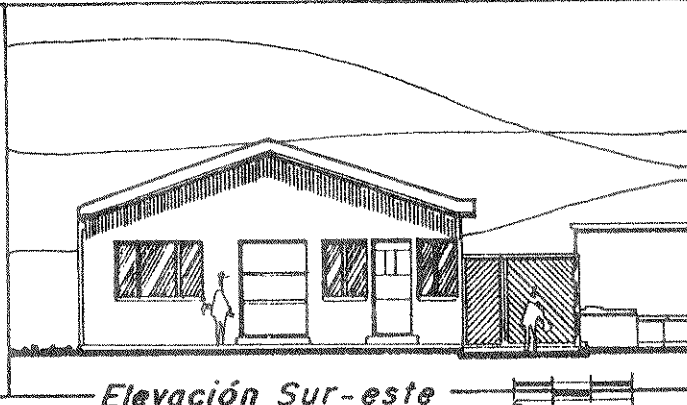
Sección Longitudinal D-D'



Planta de  
Techos  
Administración



Planta de  
Techos  
Bodega,  
Mantenimiento y  
Guardianía



Elevación Sur-este  
Bodega, Mantenimiento y  
Guardianía

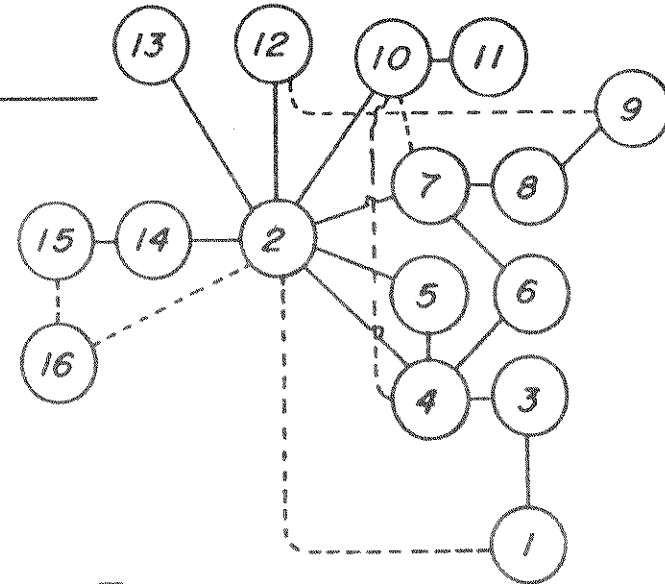
- Administración

- Bodega,  
Mantenimiento y  
Guardianía

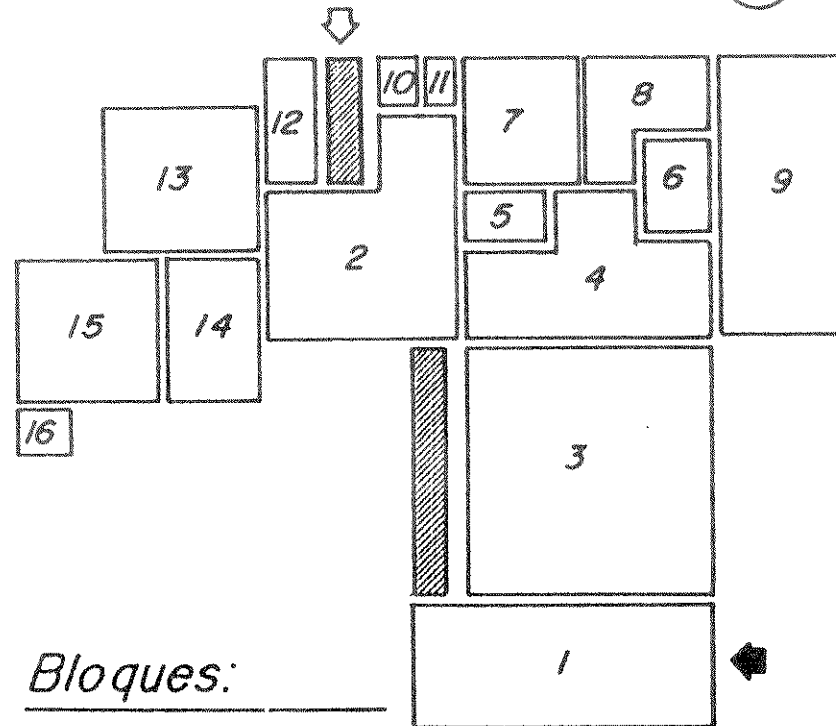
# Servicios Generales

1	Vestibulo Comunitario
2	Vestibulo de Servicio
3	Cafeteria
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

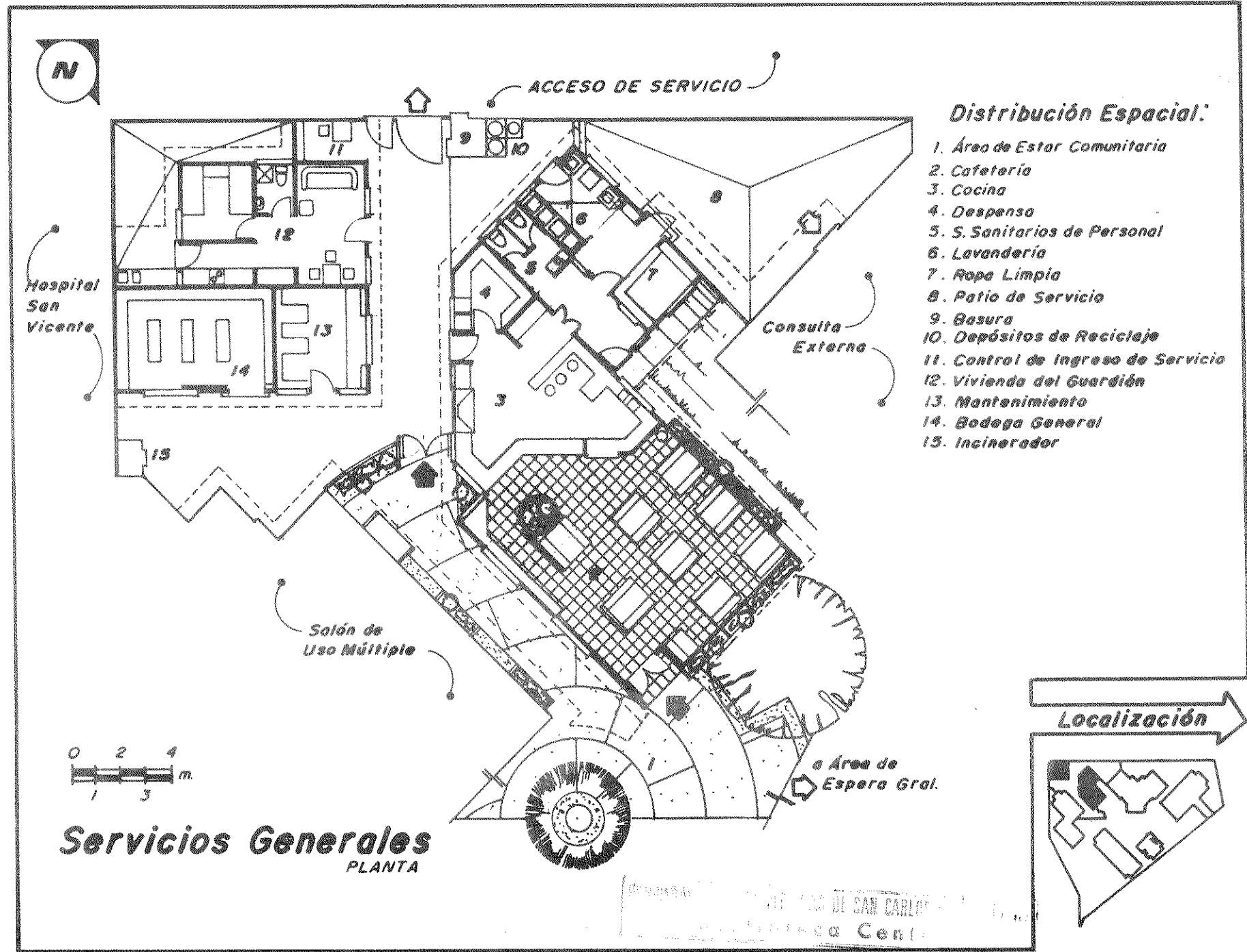
Circulación:

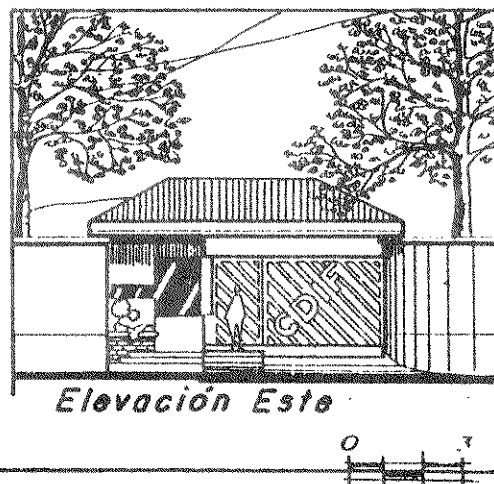
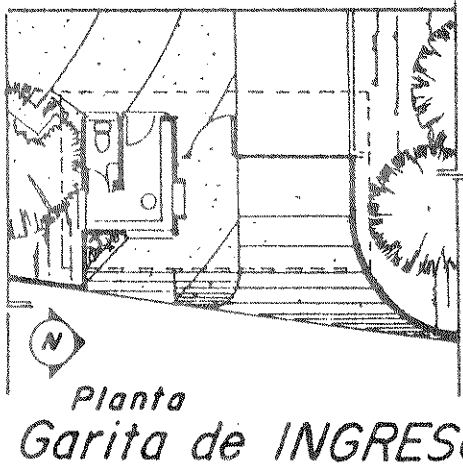
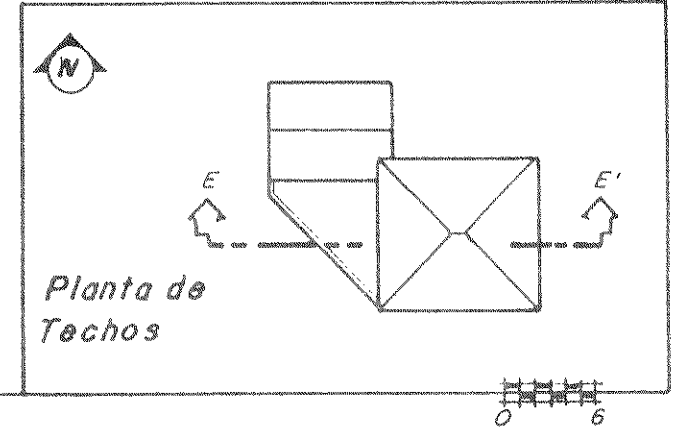
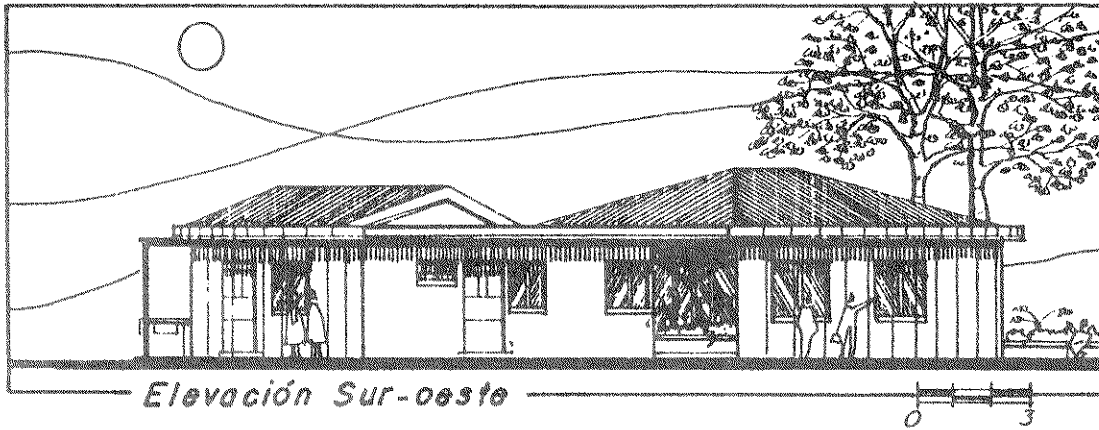
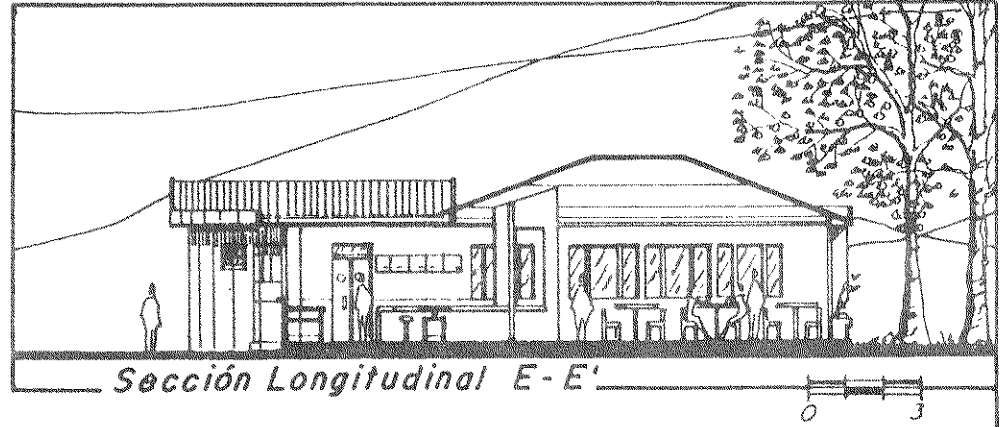
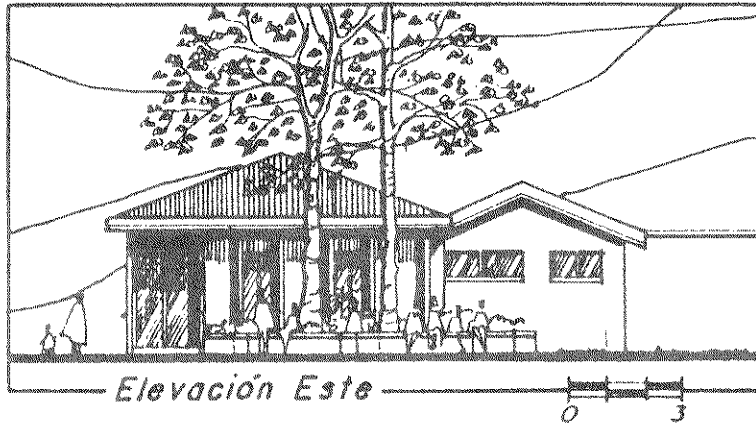


Relaciones:



Bloques:



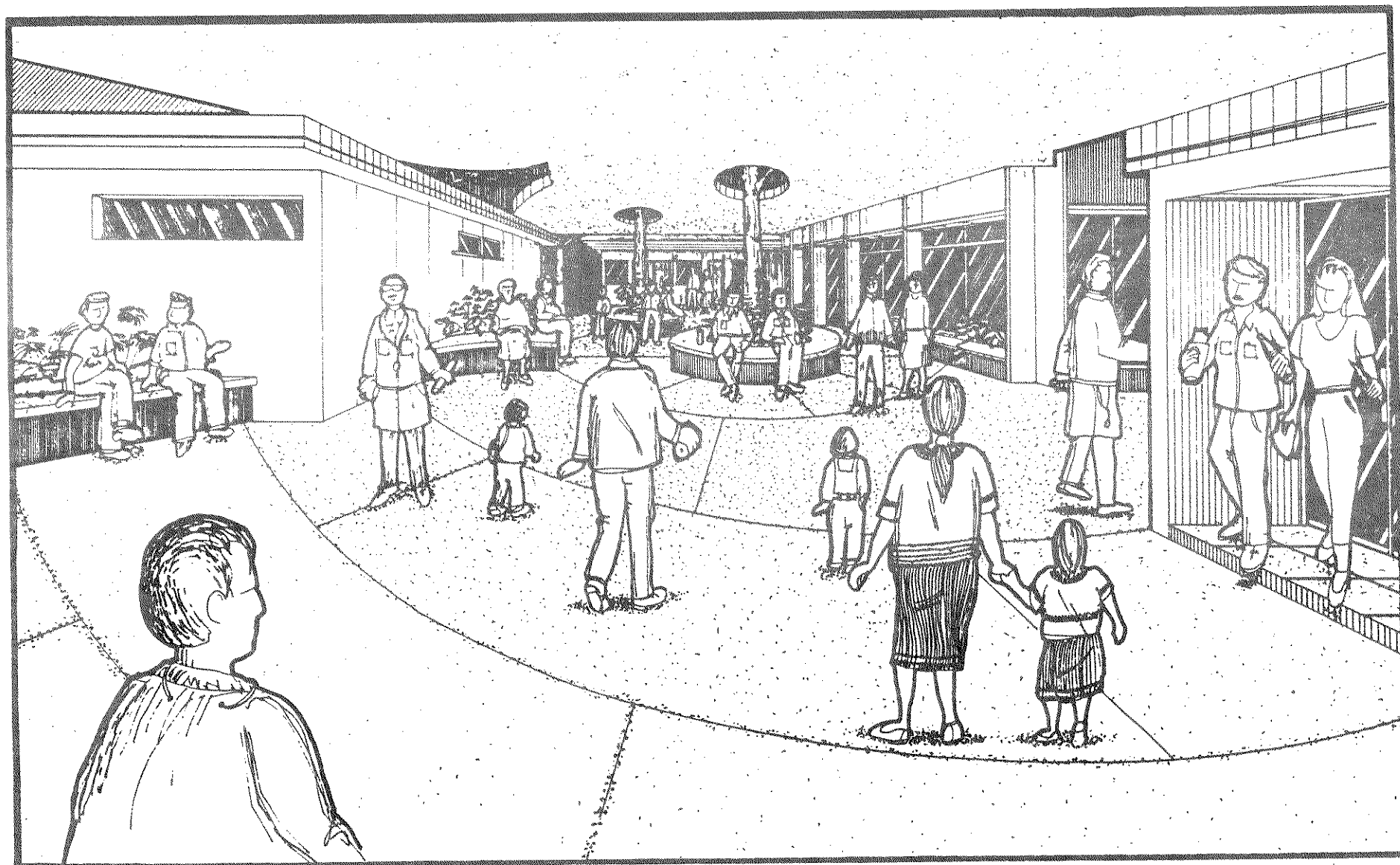


- Cafetería, Cocina y Lavandería.

- Garita de Ingreso

CDIF

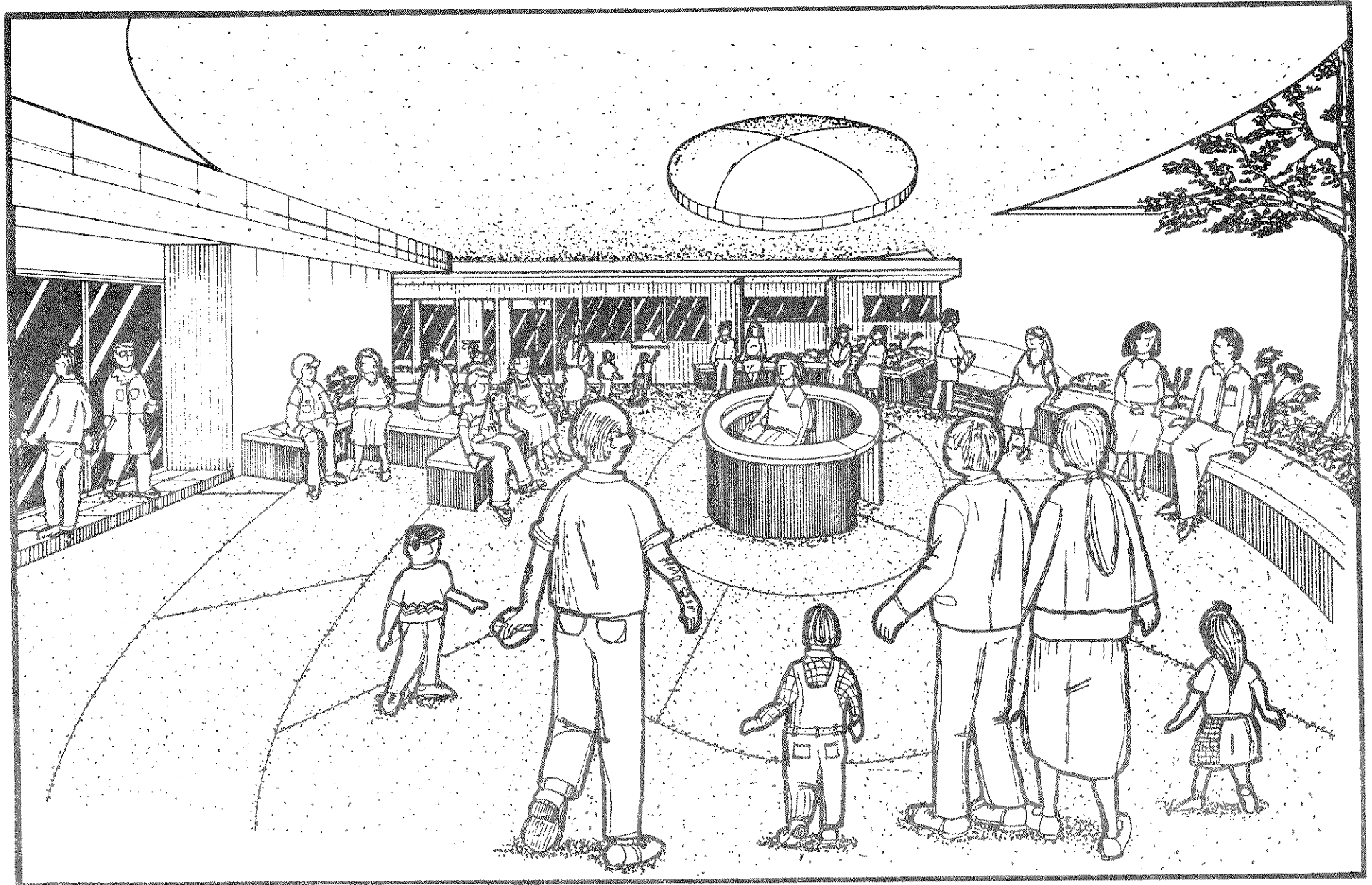




## ***Vestíbulo comunitario***

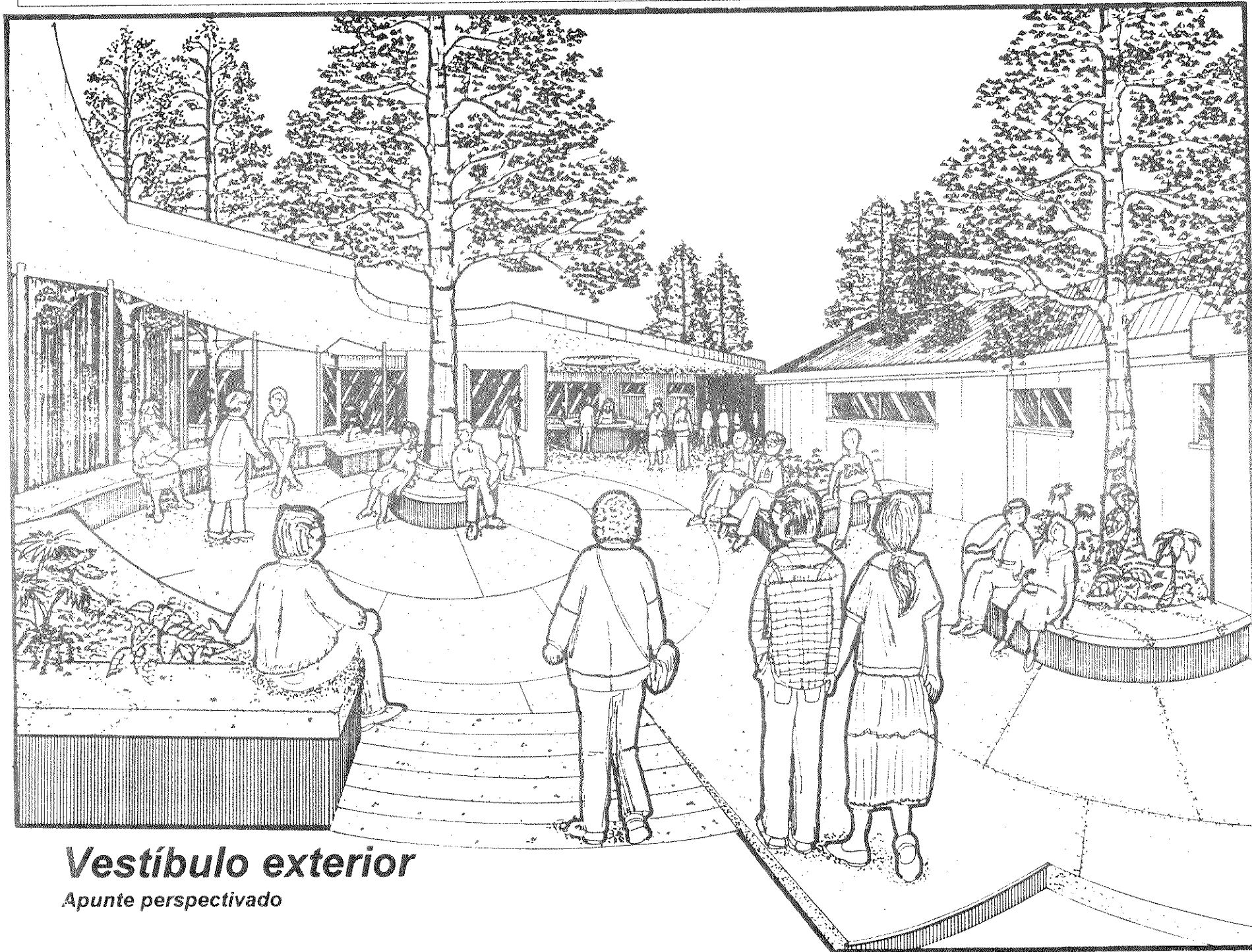
*Apunte perspectivado*





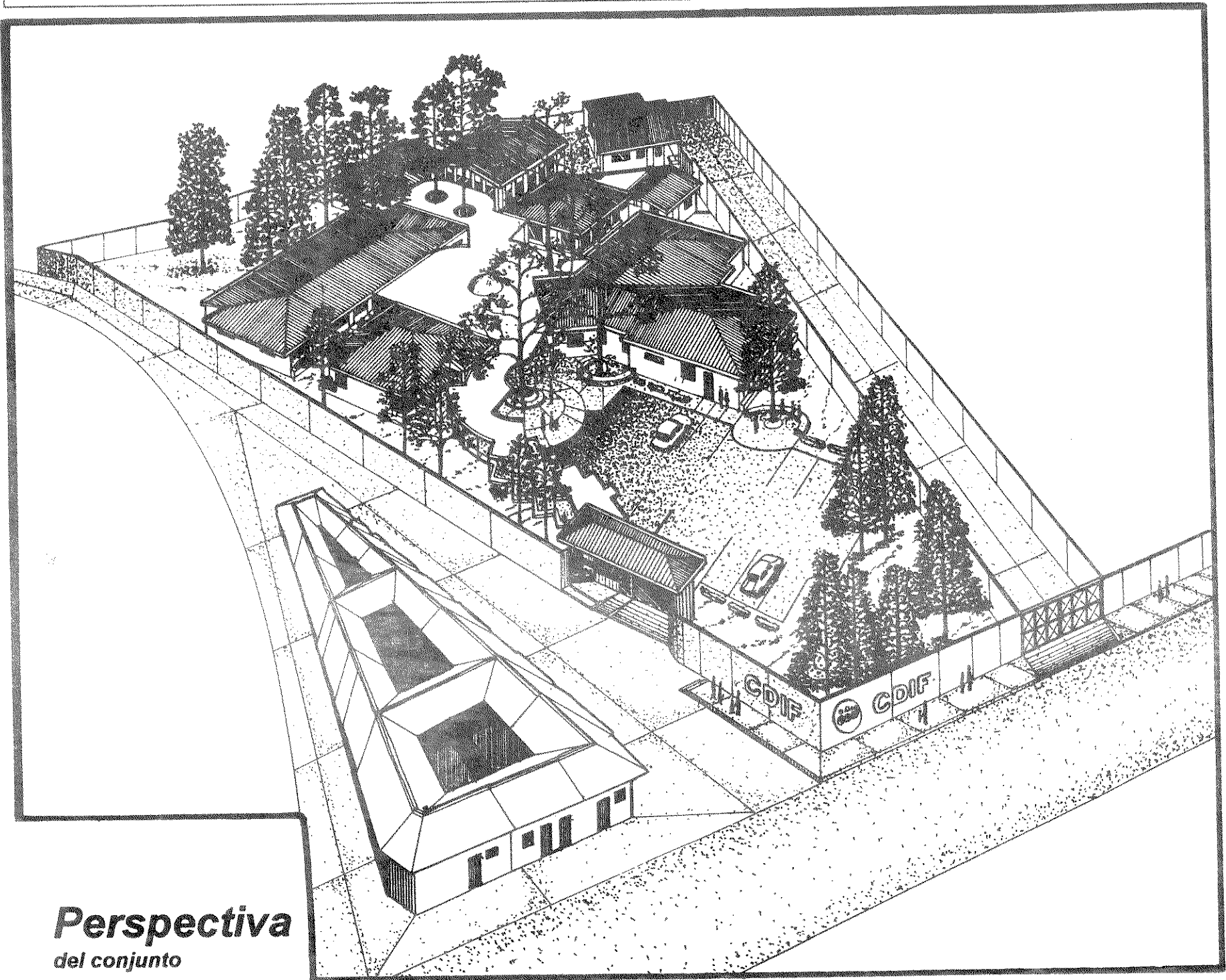
## ***Vestíbulo de espera general***

***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, guardiana, 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./pgl<sup>2</sup> 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 autoprotante.

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 Jardinería:**

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.

				<i>CDIF Col. La Verbena</i>				
No.	Descripción	área descubierta m <sup>2</sup>	Costo unitario Q.	Sub-total Q.	área construcción m <sup>2</sup>	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
	<i>Costos promedio (Q.)</i>		163.7			1,375.63		
	<b>TOTALES</b>	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 m<sup>2</sup>. 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:*



CDIF Col. La Verbena

No. FASE	Ambiente a construir	área descubierta m <sup>2</sup>	Costo unitario Q.	Sub-total Q.	área construcción m <sup>2</sup>	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
<i>Costos promedio (Q.)</i>			<i>88.17</i>			<i>1,318.75</i>		
<b>TOTALES</b>		<b>383.50</b>		<b>42,162.00</b>	<b>690.66</b>		<b>944,437.50</b>	<b>986,599.50</b>
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
	Vestibulo comunitario	18	300.00	5,400.00	62.00	500.00	31,000.00	36,400.00
	Vestibulo exterior (plaza)	78	325.00	25,350.00	52.00	650.00	33,800.00	59,150.00
<i>Costos promedio (Q.)</i>			<i>249.25</i>			<i>966.00</i>		
<b>TOTALES</b>		<b>181</b>		<b>50,550.00</b>	<b>687.55</b>		<b>871,727.50</b>	<b>922,277.50</b>
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
	Vestibulo de servicio	74	170.00	12,580.00				12,580.00
<i>Costos promedio (Q.)</i>			<i>125.17</i>			<i>1,550.00</i>		
<b>TOTALES</b>		<b>1801.08</b>		<b>80,616.34</b>	<b>238.75</b>		<b>370,062.50</b>	<b>450,678.84</b>
<b>TOTAL LAS TRES FASES:</b>								<b>2,359,555.84</b>

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 <sup>2</sup>	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 <sup>2</sup>	250.00	995,635.00		995,635.00		Predio estatal
				<b>Sub-totales:</b>	<b>904,496.41</b>	<b>1,280,275.77</b>	<b>1,464,418.67</b>	<b>TOTAL</b>
				<b>Porcentaje</b>	<b>25%</b>	<b>35%</b>	<b>40%</b>	<b>Q3,649,190.85</b>
								<b>100%</b>

**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 países<sup>119</sup> 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 PIB<sup>119</sup>, 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 sectaria en aspectos puramente curativos y paleativos. 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.

<sup>119</sup> 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 reconocido<sup>120</sup> 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%<sup>120</sup> 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 estudio<sup>120</sup> de UNICEF sobre la viabilidad del SSC en La Verbena, la comunidad manifestó su voluntad expresa sobre el pago de un seguro familiar médico.

<sup>120</sup> 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%<sup>121</sup>, 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. 48.85<sup>121</sup> (4.89% del ingreso familiar)

Según la misma encuesta de UNICEF<sup>121</sup>, 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. 10.00<sup>121</sup>.

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.

<sup>121</sup> 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	
<b>a) CONSULTA EXTERNA</b>										
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			
						<b>Subtotales</b>	<b>19,400.00</b>	<b>1,800.00</b>	<b>21,200.00</b>	
<b>b) SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</b>										
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. J.J. SS. USAC/URL	800.00	1,600.00	1,600.00			
						<b>Subtotales</b>	<b>4,800.00</b>		<b>4,800.00</b>	
<b>c) SERVICIOS DE APOYO</b>										
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			
						<b>Subtotales</b>	<b>2,850.00</b>	<b>900.00</b>	<b>3,750.00</b>	
<b>d) SERVICIOS GENERALES</b>										
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				8,200.00		
						<b>Subtotales</b>			<b>5,200.00</b>	
<b>e) SERVICIOS COMUNITARIOS</b>										
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	400.00	450.00		450.00		
						<b>Subtotales</b>	<b>1,700.00</b>		<b>1,700.00</b>	
<b>f) Administración:</b>										
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	650.00	650.00		650.00		
						<b>Subtotales</b>	<b>4,350.00</b>		<b>4,350.00</b>	
							<b>Gastos mensuales (S.)</b>	<b>27,650.00</b>	<b>13,350.00</b>	<b>41,000.00</b>

**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:**

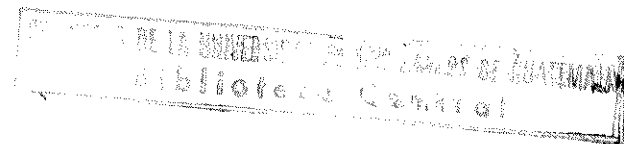
En el caso particular de La Verbena, se aprovechará al personal voluntario de salud que ya es de amplio reconocimiento, el de las REPROINSA's. Esta red pretende en sí misma ampliar la cobertura actual, mediante dos mecanismos, el primero es proponer una remuneración mensual a las REPROINSA's, y constituirse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





<b>c) Ingresos directos estimados al mes:</b>		<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
<b>Ingresos directos mensuales (Q.)</b>						<b>10,470.00</b>

**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%<sup>122</sup>. 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.

<sup>122</sup> 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, Agustin 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 Área 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 áreas precarias urbanas", 1992.
4. MARROQUIN Pacheco Omar  
"Asentamientos del Área del Mezquital"  
Tesis de Grado Arquitectura USAC, 1980
5. MARROQUIN Toledo, Darío Rolando  
"Asentamientos marginales en el área Metropolitana de Guate."  
Tesis de Grado, FARUSAC, 1970
6. MEDECINS Sans Frontières 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/COINAP  
"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) INDICIES 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 ESTADISTICA  
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),  
Secretaria 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 Areas  
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

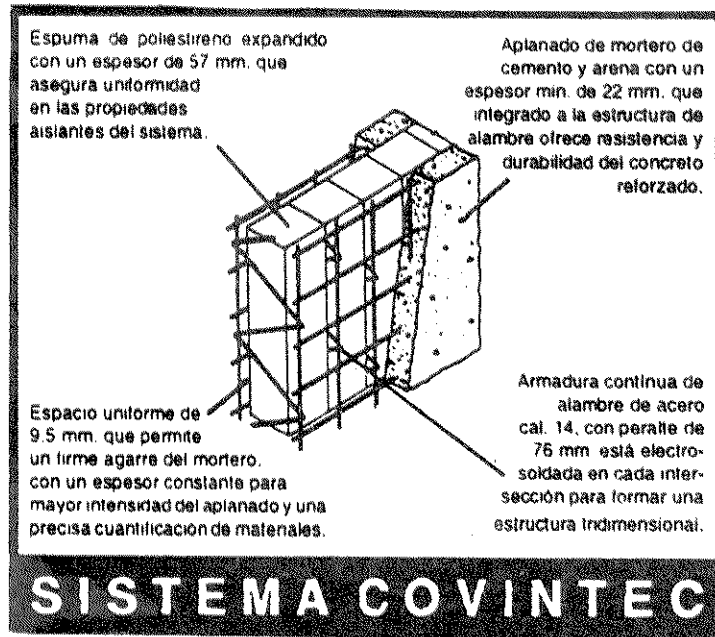
Habitantes de la Colonia la Verbena:

- Sr. Fermín Plato, 40 años de Residencia, Sector Joya I.
- Sr. Reginaldo Pérez Gómez, 30 años de Residencia, Joya III.

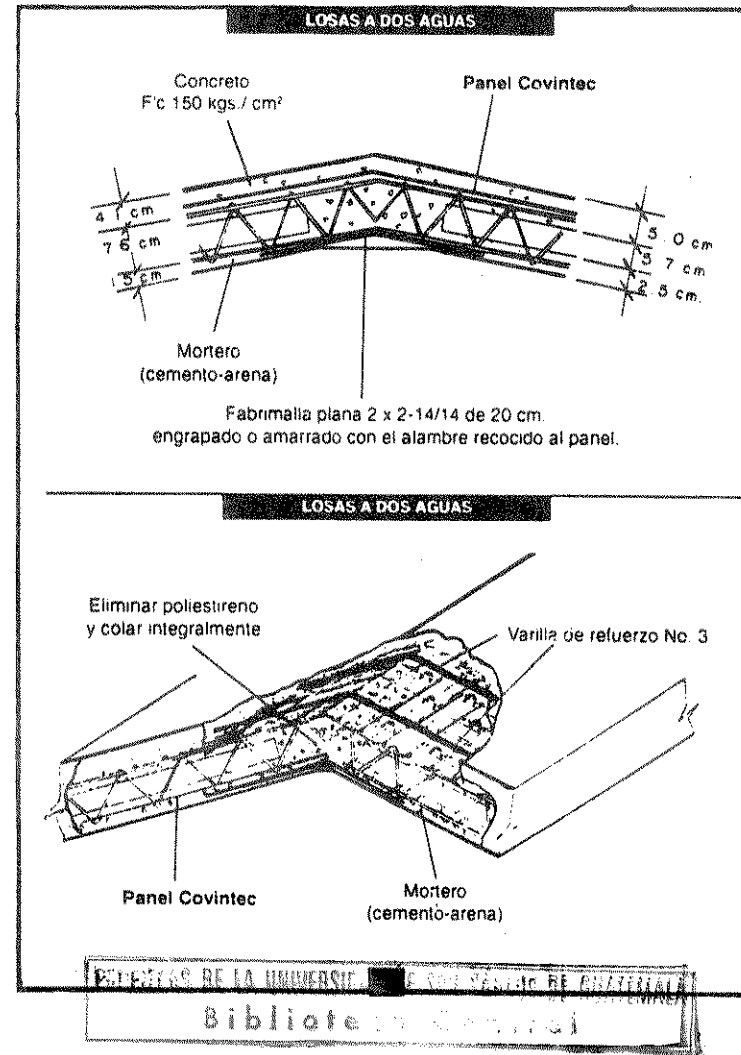
**Detalles constructivos del panel COVINTEC:** Fuente: COVINTEC Guatemala

**Especificaciones:**

- Compresión mortero.....F'c: 70Kg./cm<sup>2</sup> con una Proporción 1:3
- Compresión concreto.....F'c: 150 Kg./cm<sup>2</sup> agregado máximo de 1/2 pulgada
- Esfuerzo de fluencia en el alambre del panel.....Fy: 4,200 Kg./cm<sup>2</sup>
- Esfuerzo de fluencia en el acero de refuerzo.....Fy: 4,220 Kg./cm<sup>2</sup>

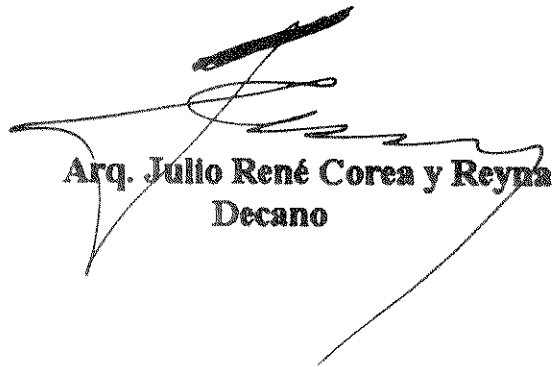


Detalle del sistema



Detalle de armado en losas

**Imprimase:**



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



**Arq. Eduardo Quemé Cotona**  
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).-**