

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia y Social
(MSPAS)**



ANÁLISIS SOCIO CULTURAL

Programa de Fortalecimiento de la Red Institucional de Servicios de Salud PFRISS (GU-L1163)

Preparado por Marta Gutiérrez, consultora Social
Para el MSPAS

Guatemala, 11 octubre de 2018

CONTENIDO

SIGLAS Y ACRÓNIMOS	2
INTRODUCCIÓN	3
RESUMEN EJECUTIVO	5
1. GESTIÓN DE SALUD, Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	7
2. ANÁLISIS DEL MARCO LEGAL SOBRE PUEBLOS INDÍGENAS	11
2.1. LEGISLACIÓN NACIONAL	11
2.3. POLÍTICAS DE SALVAGUARDIA DEL BID	13
3. ANÁLISIS DEL CONTEXTO SOCIOCULTURAL	15
3.1. COMUNIDADES INDÍGENAS Y NO INDÍGENA ASENTADAS EN EL ÁREA DEL PROGRAMA. ...	17
3.2. FUNCIONAMIENTO Y LÓGICAS COMUNITARIAS DE PODER Y AUTORIDAD	21
3.3. SIMBOLISMO Y SACRALIDAD INDÍGENA	24
4. PRINCIPALES IMPACTOS Y RIESGOS SOCIO-CULTURALES DEL PROGRAMA	25
4.1. DONACIÓN Y REGULARIZACIÓN DE LOS PREDIOS	25
4.2. INEQUIDAD EN EL ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y RECOMENDACIONES PARA MITIGAR	26
4.3. POSIBLES CONFLICTOS INTER O/Y INTRA-COMUNITARIOS.	27
4.4. ACCESO A AGUA DE CALIDAD EN ZONAS RURALES.	28
4.5. DISCRIMINACIÓN A LAS MUJERES INDÍGENAS	29
5. PLAN DE GESTIÓN PARA PUEBLOS INDÍGENAS	30
5.1. MEDIDAS QUE ASEGUREN LA PERTINENCIA CULTURAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	30
5.2. LINEAMIENTOS PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS PREDIOS.	31
5.3. MECANISMOS DE QUEJAS Y RECLAMOS	34
5.4. CONSULTAS A PUEBLOS INDÍGENAS.	36
5.5. LINEAMIENTOS PARA REALIZAR LAS CONSULTAS SIGNIFICATIVAS.	37
5.6. MONITOREO Y EVALUACIÓN.	38
5.7. ACTIVIDADES, PRESUPUESTO, RESPONSABLES Y TIEMPOS	0
ANEXO 1	4
FICHA REGISTRO DE QUEJAS	4

Siglas y acrónimos

APS	Atención Primaria en Salud
ASC	Análisis Socio Cultural
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAIMI	Centros de Atención Integral Materno Infantil
CAP	Centro de Atención Permanente
CS	Centro de Salud
DGSIAS	Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud
DAS	Dirección del Área de Salud
ESA	Evaluación de Impacto Ambiental
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MCC	Mejoramiento continuo de la Calidad
PS	Puesto de Salud
PGAS	Plan de Gestión Ambiental y Social
RISS	Red Institucional de Servicios de Salud
ROP	Reglamento Operativo del Programa
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación en Salud
UASPIIG	Unidad de Atención de la Salud a los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala
UPE	Unidad de Planificación Estratégica

Introducción

Este Análisis Socio Cultural (ASC) tiene el propósito de presentar el resultado de la investigación y observaciones, enfocado en considerar los principales impactos y riesgos adversos que el Programa de Fortalecimiento de la Red Institucional de los Servicios de Salud (GU-L1163) podrá causar a los pueblos indígenas de los Departamentos de San Marcos y Huehuetenango, o el área de intervención de este programa, que comprende población indígena de nueve grupos étnicos de origen mayense. Algunos de los municipios seleccionados por el Programa, registran como pueblos indígenas hasta el 99 por ciento del total de sus habitantes. Este estudio se realizó durante la etapa de diseño del Programa.

Una vez identificados los impactos y riesgos, las Salvaguardas del Banco activadas para el Programa, Pueblos Indígenas (OP-765), Igualdad de Género en el Desarrollo (OP-761) y Medio Ambiente (OP-703), definen un conjunto de medidas para mitigar y /o compensar los impactos socio ambientes identificados, así como, incorporar al Plan de Gestión para Pueblos Indígenas, las medidas necesarias que aseguren la pertinencia cultural de las acciones del Programa que lo requieran.

La metodología para el ASC aplicó un enfoque cualitativo con la triangulación de la información recopilada en las consultas significativas a pueblos indígenas y trabajadores de salud local – metodología que se describe en el Plan e Informe de Consultas adjunto a este–, así como, entrevistas individuales al personal de salud y a actores relevantes de los pueblos indígenas; y revisión de la documentación relevante secundaria de otras operaciones del BID al Gobierno de Guatemala, que afectan y benefician a pueblos indígenas

Antecedentes

Tres programas del BID aún en fase de implementación: Mejoramiento del Acceso y Calidad de Servicios de Salud y Nutrición (GU-L1022), Fortalecimiento de la Red Hospitalaria (GU-L1009) y la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (GU-G1002), han incorporado algunas medidas de pertinencia cultural en el sector salud:

1. Mejoramiento del Acceso y Calidad de Servicios de Salud y Nutrición (GU-L1022).

El préstamo aprobado en el 2012, cuyo objetivo ha sido fortalecer la oferta de servicios de salud en el primero y segundo nivel de atención, especialmente los programas de atención y educación nutricional en el campo de los sistemas de información, monitoreo y evaluación. El área de influencia de este programa era la misma que los municipios priorizados por el gobierno de turno para realizar las transferencias condicionadas de recursos que, se caracterizaban por alta presencia de población indígena que vive en situaciones de pobreza y extrema pobreza. El último informe de monitoreo del programa, publicado en 2018¹, da cuenta de los significativos avances en el control de embarazos, atención a recién nacidos, inclusión de micronutrientes en la dieta infantil, que arrancaron de un 0% en 2011 y llegaron a un 30 y 40% en el año 2017, lo que evidencia que la cobertura del acceso a los servicios de salud tuvo un impacto positivo en los municipios priorizados por el programa. Este realizó un inventario de recursos comunitarios que prestaban salud en las comunidades donde estaban los Grupos Móviles Institucionales; luego con la implementación del Modelo Incluyente de Salud se capacitó a personal de salud con el enfoque de prestar los servicios asegurando el acercamiento y la negociación

1. Banco Interamericano de Desarrollo (2018), *Mejoramiento del Acceso y Calidad de Servicios de Salud y Nutrición (GU-L1022)*. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=EZSHARE-522669563-763> [Consultado_12/07/2018].

con las comunidades mediante el reconocimiento a los líderes comunales, comadronas, curanderos, hueseros².

2. Fortalecimiento de la Red Hospitalaria (GU-L1009). Se aprobó en el año 2007 y se enfocó en el fortalecimiento de la gestión y la inversión en infraestructura y equipo de la red hospitalaria en el área Metropolitana. Los informes de monitoreo del programa del primer trimestre de 2018 dan cuenta que existe un incremento de los partos institucionales cuyos índices se elevaron de un 41 por ciento en 2007 a un 60 por ciento en 2017; la atención en los hospitales nacionales a niños menores de cinco con enfermedades diarreicas agudas se elevó de un 23 por ciento en 2007 a un 30 por ciento en 2017. No cuenta con un enfoque de pertinencia cultural de los servicios de primer nivel³. Este implementó un módulo de atención indígena en el hospital de Cobán, Alta Verapaz. Se contrato a comadronas y a facilitadores culturales que apoyaran la interlocución del paciente con el personal institucional, se estableció telemedicina con los facilitadores culturales de las comunidades más lejanas para la referencia materna. En los hospitales donde se contaba con un alto porcentaje de población indígena se contrató dentro de la Oficina de Atención al Paciente a dos facilitadores interculturales para mejorar la calidad de atención. Se hicieron encuestas de satisfacción al paciente indígena, para identificar zonas problemáticas y hacer cambios en los servicios de comida entre otros⁴.

3. Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (GU-G1002). Focalizado en cerrar la brecha de atención a personas más vulnerables por su situación económica, social y de atención en salud. Siendo los pobres, y dentro de este segmento poblacional, las mujeres en edad reproductiva y niños menores de cinco años la prioridad. Se trata de mejorar la calidad de atención en todos los niveles de atención, asegurando la atención sistemática y metódica a las mujeres en edad reproductiva, durante el embarazo, el parto, el post parto y los primeros cinco años de vida del niño con el propósito de reducir la mortalidad materno-infantil y ampliar la cobertura de los servicios. En el hospital de Malacatán (San Marcos) ayudó al área de ginecología, y en el campo de la atención a la población indígena, este programa se centró en promover y en instalar capacidades para la atención de partos con pertinencia cultural, siguiendo los siguientes criterios: i) si el personal de salud habla el idioma de mujer embarazada, ii) si la institución de salud permitió que un familiar o partera la acompañará, iii) si se le permitió a la mujer escoger su propia ropa, iv) si se le permitió escoger la posición preferida para parir, v) si se le permitió beber líquidos y té generadores.

Finalmente, para la definición del Plan de Gestión del presente Programa, además de considerar las experiencias previas del Banco en Guatemala, se consideró la normativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de los servicios de salud pública con pertinencia cultural a los pacientes indígenas. El MSPAS ha desarrollado cuatro indicadores de resultados para monitorear la Normativa con Pertinencia Cultural: i) el uso del idioma materno en los servicios, ii) el uso de referencia a las comadronas; iii) la autoidentificación de los pacientes en los registros de los servicios. Se trata de avanzar en la consideración del sistema de salud indígena (con especialistas consuetudinarios que admiten determinadas causas de las enfermedades

2. Información escrita proporcionada por Nimia Miranda, funcionaria del BID, 22 de junio de 2018.

3. Banco Interamericano de Desarrollo (2018), *Programa Fortalecimiento de la Red Hospitalaria (GU-L1009)*. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=EZSHARE-522669563-762> [Consultado_12/07/2018].

4. Información escrita proporcionada por Nimia Miranda, funcionaria del BID, 22 de junio de 2018.

(etiología) con sus propios métodos terapéuticos) como referencia por parte de los proveedores de servicios públicos puedan hacer uso adecuando los servicios a la perspectiva cultural y lingüística de los pacientes.

Resumen ejecutivo

El Programa de Fortalecimiento de la Red Institucional de Servicios de Salud (GU-L1163) tiene como objetivo contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil en los Departamentos de Huehuetenango y San Marcos, a través de la modernización de la red asistencial para que entregue servicios oportunos, de calidad y con eficiencia a través del modelo RISS. Se desarrollará el marco técnico y presupuestario a nivel nacional y se implementará en los departamentos priorizados. El Programa a ejecutarse entre 2020 – 2025, por un monto de USD100 millones de dólares. Se implementará en la región sur y noroccidental del país donde a raíz de la firma de los Acuerdos de la Paz, ha venido adquiriendo mayor importancia en la agenda nacional⁵. Pese a los esfuerzos gubernamentales de los últimos años, esta sigue considerándose una región postergada y atrasada en cuanto a los servicios de salud disponibles para la población, la cual en su mayoría es indígena.

La operación financiará infraestructura de salud, equipamiento, mejoramiento de 153 instalaciones que comprenden todos los niveles de atención de salud del MSPAS. La intervención se realizará en un área de 11,191 KM², en 41 municipios (de un total de sesenta) de los departamentos de Huehuetenango y San Marcos, que comprenden los siguientes grupos étnicos: Ladinos, Mestizos, Mames, Sipakapenses, K'che's, Awakatecos, Akatecos, Chujes, Chalchitecos, Q'anjob'ales, Popti'-Jakaltecos. Además de la diversidad étnica, cultural, lingüística y socioeconómica de su población, esta región que va desde las costas del Pacífico hasta montañosas de los Cuchumatanes de 3.000 msnm., presenta gran diversidad ecológica y biológica.

Por ser una operación multi-obras, este ASC, analizó una muestra representativa de 18 proyectos, en base a los siguientes criterios para esta evaluación : (i) distribución geográfica: se eligieron obras de diferentes modalidades a ser ejecutadas en los dos departamentos del Programa (Huehuetenango y San Marcos), y municipios seleccionados, incluyendo obras en zonas urbanas como rurales; (ii) etnicidad: en cada municipio seleccionado se seleccionaron las comunidades buscando representatividad étnica y cultural de la población; (iii) tipo de obra: se seleccionaron tipología de obras de infraestructuras a ser financiada bajo el Programa (Hospitales, CAP, CAIMI, CS y PS); y (iv) tipo de intervención: tanto construcciones nuevas como obras de mejoramiento de infraestructura existente, priorizando construcciones nuevas.

El ASC confirmó que la donación de los predios y los costos del traspaso de los predios propiedad de miembros o de las comunidades indígenas a favor de los Bienes del Estado como donaciones,

5. Ante todo a raíz del informe de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH) *Guatemala Memoria de Silencio* que, resaltó la importancia del tema de derechos humanos en el norte de la región al considerar que el Estado guatemalteco durante 1981 y 1983 incurrió en actos de genocidio contra la población Maya Chuj y Q'anjob'al.⁵ Pese a los esfuerzos gubernamentales de los últimos años, esta sigue considerándose una región postergada y atrasada en cuanto a los servicios de salud disponibles para la población, la cual en su mayoría es indígena. En: Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH). *Guatemala Memoria del Silencio. Tz'inil Na'tab'al*. Vol. II, *Las violaciones de los derechos humanos y los hechos de violencia*. Guatemala: Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas (UNOPS), 1999.

no establece medidas de compensación ni reconocimiento de los aportes financieros de donantes, lo que está invisibilizando el aporte y la contrapartida indígena.

En este sentido, el Programa ha tomado las medidas de compensación necesarias que protejan a los grupos vulnerables, según la Salvaguarda OP- 765 sobre Pueblos Indígenas. Por lo que el costo de la tramitación de donación y escritura de los terrenos serán pagados con los fondos del Programa.

Actualmente esta pendiente que el MSPAS defina e informe a las comunidades indígenas sobre los requisitos y trámites jurídicos y de agrimensura necesarios para realizar los trámites de donación de los predios. Importante mencionar que el MSPAS ha cambiado los criterios (en dos oportunidades), lo cual ha implicado incrementar los gastos económicos por parte de las comunidades/ individuos, que ya confrontan situaciones precarias y vulnerables. Con el propósito de evitar tales situaciones, el Programa ha definido los criterios de elegibilidad y los lineamientos generales para la adquisición de los predios previo a las inversiones. Información que será socializada con los actores interesados y pertinentes, de los pueblos indígenas.

Aunque el MSPAS ya cuenta con las Normas de Atención en Salud con Pertinencia Cultural que buscan acercar los servicios públicos de salud a los Pueblos Indígenas, uno de los temas evidentes que confrontan pacientes indígenas, ante todo mujeres, es el no poder recibir atención médica en su propio idioma o mediante intérpretes. El Derecho Constitucional guatemalteco garantiza el derecho fundamental a la salud, sin discriminación alguna (Constitución de la República, artículo 93) y el Código de Salud contempla tomar en cuenta el contexto nacional, multiétnico, pluricultural y multilingüe en que se desarrollan los servicios de salud (Código de Salud, artículo 18) por lo que hay un marco legal para la intervención del Programa, ratificado por el Relator de la ONU sobre el Derecho a la Salud, Anand Grover, que confirma que estas brechas históricas están marcadas por la discriminación y la desigualdad estructural y de facto han generado un agudo contraste entre los resultados sanitarios en comunidades indígenas y las no indígenas⁶.

En el caso de las mujeres indígenas se deberá tomar en cuenta las discriminaciones múltiples en su condición de, indígenas, pobres, y residentes en zonas rurales⁷. Las mujeres, se encuentran más expuestas a ser víctima de violencia de género, no obstante, las Clínicas de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual de los hospitales han documentado casos de violencia de este tipo en niños, hombres y ancianos/as. Los protocolos del MSPAS y la disposición de recursos humanos especializados se han enfocado principalmente en las instituciones hospitalarias, y en menor medida en las Áreas de Salud en las que también operará el Programa. Éstas cuentan con escasa atención, registro y recursos humanos limitados, para atender integralmente en el nivel de atención primaria y secundaria las violencias física, psicológica y sexual contra las mujeres y las niñas/os.

Durante la preparación de este documento y realización de consultas, no se ha identificado oposición evidente al Programa, por el contrario, el derecho a la salud en condiciones dignas es parte de los reclamos de las comunidades indígenas. Por lo tanto, no se espera la emergencia de conflictos sociales por el Programa, los posibles conflictos que puedan emerger, se estiman podrían ser producto de legados tales como resistencia a acudir a recibir atención donde se

6. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Situación de los Derechos Humanos en Guatemala. Diversidad, desigualdad y exclusión/ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Guatemala2016.pdf> [Consultado 14/09/2018].

7. Se puede consultar Instituto Nacional de Estadística/Banco Mundial, *Mapas de pobreza rural en Guatemala 2011. Resumen Ejecutivo*. Disponible en: <https://www.inec.gob.gt/sistema/uploads/2015/09/28/6jBLkHjT7YfCoukatYHvNZpWApYBqkE1.pdf>. [Consultado 14/09/2018].

mantienen querellas/rivalidades (disputas, temas limítrofes, entre otros); oposiciones aisladas de familias cuyas creencias religiosas no admiten la atención médica, o por parte de jóvenes que mantienen una actitud hostil hacia la vida comunitaria.

Con el propósito de compensar los impactos identificados en el ASC, este presenta el Plan de Gestión para Pueblos Indígenas, enfocado a fortalecer las actuales iniciativas del MSPAS tendientes a garantizar la pertinencia cultural de los servicios de salud. Además de las acciones que llevará adelante la Unidad Ejecutora del Programa, también se buscará fortalecer la Unidad de Atención de la Salud a los Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UASPIIG) del MSPAS proporcionando herramientas de difusión, instrumentos pedagógicos y ampliando el personal especializado en asuntos sociales, interculturales y de etno-arquitectura que contribuyan a cumplir sus funciones de asesoramiento en el curso de la ejecución del programa, así como las coordinaciones efectivas entre ésta unidad y, otras unidades de la institución, como el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), el Programa de Medicina Tradicional y Alternativa y las Direcciones de las Áreas de Salud de San Marcos y Huehuetenango, así como la implementación del plan de gestión indígena. El monto total del plan es de novecientos sesenta y cinco mil dólares (US\$ 965.000).

1. Gestión de Salud, y descripción del proyecto

El Programa de Fortalecimiento de la Red Institucional de Servicios de Salud (GU-L1163) tiene como objetivo contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil en los departamentos de Huehuetenango y San Marcos, a través de la modernización de la red asistencial para que entregue servicios oportunos, de calidad y con eficiencia a través del modelo RISS. Se desarrollará el marco técnico y presupuestario a nivel nacional y se implementará en los departamentos priorizados.

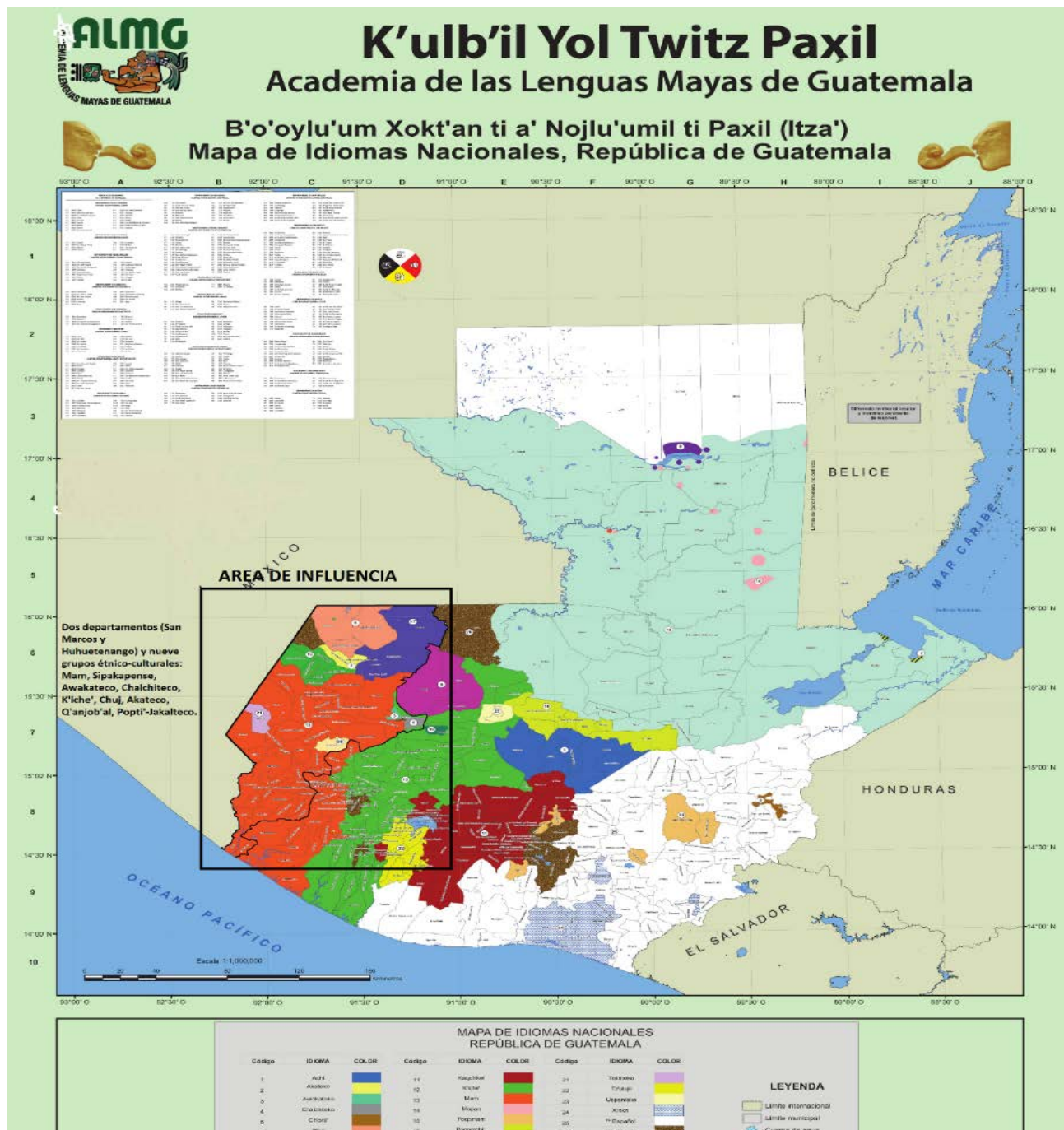
En línea con este objetivo el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), financiará un préstamo de 100 millones de dólares (US\$100,000,000). Para el diseño de la operación se han tomado en cuenta las observaciones y análisis realizados en el ACS, y las consultas a usuarios (ver documentos Plan e Informes de las Consultas); entre las cuales las más críticas se señalan a continuación:

1. El ACS confirma que el área de intervención en San Marcos y Huehuetenango, situados en la frontera con México, registran un alto índice de población indígena. De los diez municipios seleccionados para este Programa de obras múltiples, en los municipios de Comitancillo, Tajumulco, Concepción Huista, Aguacatán y San Sebastián Coatán un 80% a 100% de sus habitantes hablan un idioma de origen mayense, muy superior a la media nacional que se registra en el 60%. Esta es una zona afectada por desnutrición crónica en menores de cinco años, principal factor de riesgo de la carga de enfermedad, que afecta al 46,5% de los niños guatemaltecos, una de las más altas del mundo (66%)⁸.
2. El ASC confirma que el servicio de salud provisto por MSPAS como ente rector de la salud a nivel nacional, en las zonas indígenas y rurales, es ineficiente, y de cobertura deficiente; la infraestructura ha sido en muchas ocasiones provista por trabajadores de las comunidades, apoyado por donaciones de organizaciones privadas, internacionales y

8. Salud Mesoamérica 2015, *Encuesta de Línea de Base*, Guatemala, Salud Mesoamérica, 2014.

pequeñas inversiones de las municipalidades. Adicionalmente, los servicios de salud tienen exiguos presupuestos de operación, mantenimiento y funcionamiento. Este déficit de presupuesto institucional afecta los servicios de primer nivel, así como, el segundo nivel de atención, donde personal paramédico, ha acudido a actividades autogestionadas (e. g. rifas, kermeses etc.) para financiar necesidades en los servicios.

3. Según las observaciones realizadas, en gestión de salud hay deficiencia de infraestructura, limitado equipamiento y escasez de medicamentos. En los niveles primarios de atención, es más frecuente que los prestadores pertenezcan a las comunidades locales y su gestión la realizan en idiomas indígenas, además del español. En los niveles de atención hospitalaria, hay menos o ningún uso de idiomas indígenas por parte de los proveedores. Demás se ha podido corroborar, que los usuarios de los Centros de Atención Permanente (CAP) y los Centros de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) manifestaron preferir médicos que hablen su propio idioma. Mientras que, en lugares donde esto no sucede, las pacientes indígenas han manifestado la necesidad de la integración de médicos que hablen el idioma local o el acceso a intérpretes, por el temor de las pacientes mujeres al no ser fluidas en español (Anexo 1, imagen evidencia los múltiples idiomas indígenas guatemaltecos).



Fuente: Academia de Lenguas Mayas de Guatemala, Mapa de Idiomas Nacionales de Guatemala. Disponible en:

https://www.google.com.gt/search?q=mapa+de+la+ALMG&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=C1uJdARU7shpsM%253A%252CfrhF6sW6HcHiKM%252C_&usg=AFrqEze4NfZTYT8yeSF5v6k5Ls8HTaQuA&sa=X&ved=2ahUKEwigs4rEzLvdAhVEiqQKHUKQDdEQ9QEwA3oECAUQBg#imgrc=ZV8FzhSn75WaoM: [Consultado 14/08/2018]

El programa PFRISS se estructura en los siguientes componentes:

1. Componente 1. Modernización del Modelo RISS de la Red Nacional

(US\$18,9 millones). El objetivo de este componente es contribuir a modernizar el modelo de producción de servicios de salud a través del diseño institucional e implementación de cuatro ejes del modelo RISS nacional: (i) los modelos gobernanza de la red; (ii) los servicios de atención de salud; (iii) los sistemas de derivación de pacientes; y (iv) los servicios de apoyo asistencial. Este componente incluirá:

Establecimiento de la Gobernanza de las Redes Departamentales. A fin de modernizar e institucionalizar los instrumentos de planificación y gobernanza de la red, se financiarán consultorías para: (i) el diseño de metodología de planificación de la red asistencial departamental; (ii) la actualización del modelo de gestión de DAS y Dirección Municipal de Salud; y (iii) el diseño del modelo de gobernanza de la red, que incluirá la estrategia de MCC.

Modernización de la Metodología y Gestión para Servicios Asistenciales. Para modernizar e institucionalizar las metodologías de planificación y gestión de servicios de atención de salud, se financiarán consultorías para: (i) la actualización y desarrollo de las normas de atención materno infantil; (ii) el desarrollo y aplicación de metodología de prefactibilidad y factibilidad de inversión para APS y hospitales; y (iii) la actualización del modelo de gestión de Hospitales, CS, CAP y CAIMI, que incluyan la perspectiva intercultural, y la prevención y manejos de la VCM.

Establecimiento del Sistema de Derivación de Pacientes e Implementación de Coordinación de Urgencia. Con el fin de modernizar e institucionalizar el sistema de derivación de pacientes, así como implementar el sistema de urgencia nacional, se financiarán consultorías para: (i) diseñar e implementar el modelo de Red de Urgencia Nacional; y (ii) diseñar el modelo de agendamiento de pacientes entre establecimientos de salud. También se financiará consultorías, obras y equipos para la implementación del centro regulador de urgencia nacional, y la compra de vehículos.

Modernización de los Modelos de Servicios de Apoyo Asistencial. A fin de modernizar, institucionalizar e implementar modelos de servicios de apoyo asistencial de alcance nacional, se financiarán consultorías para el diseño e implementación de los modelos de: (i) regionalización de los bancos de sangre; (ii) regionalización de laboratorios de rutina; y (iii) logística de medicamentos e insumos. También, se financiarán el diseño e implementación de: (i) un hemocentro, mediante consultorías, obras y equipos; (ii) el modelo de mantenimiento de infraestructura y equipos de salud, mediante consultorías y equipos; y (iii) el modelo de desarrollo de TI a nivel nacional, mediante consultorías, equipos y servicios.

Componente 2. Implementación del modelo RISS a nivel departamental. (US\$74,2 millones). El objetivo del componente es implementar el modelo de RISS desarrollado en el Componente 1, en los departamentos de San Marcos y Huehuetenango. Este componente incluirá:

Implementación de Centros de Coordinación Departamental. Con el fin de implementar los Centros de Coordinación Departamental, se financiarán: (i) consultorías para la elaboración de estudio de Red de Departamentos de Huehuetenango y San Marcos; y (ii) consultorías, obras y equipos para el diseño de un manual operativo y la implementación de dos Centros de Coordinación Departamental.

Expansión y mejoramiento de Servicios Asistenciales. Para expandir y mejorar la oferta de servicios asistenciales, se financiarán: (i) consultorías, obras y bienes para construir, ampliar, mejorar y equipar PS, CS, CAP, CAIMI y hospitales; y (ii) consultorías para formar auxiliares de enfermería, y capacitar al personal en normas de salud materno infantil, gestión de APS, gestión de hospitales, organización y gestión de redes, sistemas de derivación, mejoría continuidad de la calidad, salud intercultural y enfoque de género.

Implementación de Unidades Departamentales para Derivación Asistencial. Para implementar las unidades de derivación asistencial, se financiarán consultorías, obras, bienes y servicios para: (i) implementar dos unidades de coordinación de urgencias; (ii) implementar dos unidades de agendamiento de citas; y (iii) compra de vehículos.

Implementación de servicios de apoyo asistencial para Redes. Departamentales. Con el fin de implementar los servicios de apoyo asistencial, se financiarán consultorías, obras³⁹, bienes y servicios para la implementación de: (i) red de bancos sangre; (ii) red de laboratorio de rutina; (iii) sistema de logística de medicamentos e insumos; (iv) sistema de mantenimiento de equipos e infraestructura; y (v) sistemas de información, que incluye infraestructura, comunicaciones, aplicaciones y gestión del cambio, para la implementación de la ficha clínica electrónica, telesalud y telemedicina.

Administración y Evaluación (US\$6,9 millones). Se considera el financiamiento del salario del personal cuentadante de la Unidad Especial de Ejecución (UEE); la contratación de consultorías para apoyo al funcionamiento de dicha unidad, equipos y otros gastos de operación, así como la contratación de consultorías para las actividades de auditoría, evaluación y monitoreo del programa.

2. Análisis del marco legal sobre pueblos indígenas

2.1. Legislación nacional

Los departamentos seleccionados y las poblaciones beneficiarias del Programa tienen un número mayor de pueblos indígenas en relación al resto de población, por lo que ejecución, en seguimiento a la Constitución Política de la República, debe asegurar la participación, el derecho a la identidad cultural de personas y comunidades, de acuerdo a sus costumbres, su lengua y sus costumbres. La Constitución establece especial énfasis en la protección de los grupos étnicos, comunidades indígenas de ascendencia Maya, consignando que el Estado reconoce, respeta y promueve sus formas de vida, costumbres, tradiciones, formas de organización social, el uso del traje indígena, así como, sus idiomas (Constitución de la República de Guatemala, artículo 58 y 66).

En lo relativo al idioma, la Ley de Idiomas Nacionales (Decreto No. 19-2003) reconoce el respeto, promoción, desarrollo y utilización de los idiomas de los pueblos Mayas, Garífuna y Xinca, y su observancia en irrestricto apego a la Constitución Política de la República y al respeto y ejercicio de los derechos humanos. Lo que implica que todas las personas hablantes de cualquier idioma indígena, son sujetos del reconocimiento del Estado en tanto miembros de comunidades lingüísticas que conforman el rico legado lingüístico cultural de los pueblos prehispánicos. La Ley establece que el Estado está obligado a prestar los bienes y servicios públicos en el idioma de la comunidad lingüística a la que pertenezcan las personas, facilitando el acceso a los servicios de salud, educación, justicia, seguridad, como sectores prioritarios, para los cuales la población deberá ser informada y atendida en el idioma propio de cada comunidad lingüística (Ley de Idiomas Nacionales, artículo 15). Esta prestación de servicios con pertinencia lingüística y cultural de los servicios del Estado se deberá coordinar con la Academia de las Lenguas Mayas como ente rector. El Programa comprende en este aspecto, desarrollar las medidas necesarias para el acceso de los beneficiarios a la atención en salud en el propio idioma, como parte del reconocimiento y del respeto hacia las comunidades indígenas beneficiarias con la ampliación de los servicios de salud.

Por otra parte, el Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas, firmado entre las guerrillas y Estado guatemalteco en la ciudad México en marzo de 1995, plantea que el reconocimiento de la identidad de los pueblos indígenas es fundamental para la construcción de la unidad nacional basada en el respeto y ejercicio de los derechos políticos, culturales, económicos y espirituales de todos los guatemaltecos. Agrega que la identidad de los pueblos es un conjunto de elementos que los definen y, a su vez, los hacen reconocerse como tal. Además de reconocer la identidad del pueblo maya, reconoce las identidades de los pueblos garífuna y xinca, dentro de la unidad de la nación guatemalteca.

En cuanto a los derechos de la mujer indígena, el Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas reconoce que ésta se enfrenta de forma concreta a la doble discriminación por ser mujer e indígena, además de subsistir en condiciones generalmente de pobreza. El Programa PFRISS busca mejorar el acceso y cobertura de la salud materno infantil, y ha identificado como las más vulnerables y destinatarias a las mujeres indígenas que acuden a los servicios de salud a nivel comunitario y hospitalario, principalmente las mujeres embarazadas. La Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer, es un instrumento de defensa de las mujeres contra la discriminación de todo tipo; promueve mecanismos mínimos de protección de los derechos de las mujeres, que regularmente son irrespetados en los ámbitos privados y públicos, entre ellos el derecho a la maternidad y a la propiedad, entre otros; además establece mecanismos mínimos de protección en el ámbito de la educación, el trabajo y la salud. En el ámbito de la salud, se incluye, entre otros: a) La educación y salud psico-sexual y reproductiva, planificación familiar y salud mental, pudiendo tener acceso a los mismos en completa libertad y sin presiones de ninguna clase. b) Protección a la salud y seguridad en el trabajo, incluyendo la salvaguarda de la función de reproducción. c) Servicios de salud pre y post natal para incidir en la disminución de la mortalidad materna. En este sentido el Programa es armonioso con dichos instrumentos nacionales ya que busca reducir la mortalidad materno-infantil, a través del fortalecimiento institucional de la red de servicios de salud en dos departamentos mayormente indígenas que presentan mayor mortalidad materna (82%), parto domiciliario (570%), menos disponibilidad de camas hospitalarias (389%) y egresos (167%).

2.2. Convenios Internacionales.

Guatemala es signatario de convenios internacionales que confirman la necesidad de considerar la inclusión de los pueblos indígenas en los programas de desarrollo, como la Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, incluyendo la Xenofobia (Asamblea General de las Naciones Unidas, 4/12/1969), se constituye uno de los antecedentes internacionales más tempranos en términos de condena de la discriminación de pueblos o minorías y del reconocimiento de la diversidad cultural, étnica y racial. Promueve la inclusión de todos los ciudadanos y no ciudadanos como seres humanos que gozan de igualdad de derechos, sin exclusión por raza, credo, cultura, origen étnico. El Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT, fue ratificado y firmado por el Estado guatemalteco en 1996, hace referencia a los diferentes aspectos en los que los pueblos indígenas y tribales y aquellos que viven en Estados independientes, deben ser reconocidos y respetados por los Estados de los que son parte. Consecuentemente, ello define las Consultas de Buena Fe a los Pueblos Indígenas, rechazo ante obras que pudieran considerarse que causen impactos dañinos para su forma de vida y su cosmovisión.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas (2007), recoge en gran medida muchas de las reivindicaciones establecidas en el Convenio 169, y además de reconocer que los pueblos indígenas tienen los mismos derechos que los que disfrutan todos los ciudadanos de un Estado, reconoce el derecho a la autodeterminación y a elegir su propia forma de vida; pone énfasis en que los Estados celebrarán consultas y cooperarán de buena fe con los pueblos indígenas interesados por medio de sus instituciones representativas antes de adoptar y aplicar medidas legislativas o administrativas que los afecten, a fin de obtener su consentimiento libre, previo e informado. Reconoce que los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital.

El Programa, atenderá a todas las personas sin importar su identidad étnica, cultural, religiosa o política, y no contempla acciones adversas a las observadas en los Convenios internacionales, asegurando incorporar en su diseño medidas administrativas y técnicas para la pertinencia cultural en la red de los servicios de salud. Consecuentemente, las consultas del Programa fueron llevadas a cabo durante el periodo del 31 de julio al 10 de agosto del 2018. La consulta significativa previa, informada y de buena fe a representantes de las comunidades beneficiarias, tuvo como principal objetivo informar sobre el Programa y confirmar su consentimiento. Estas consultas que están debidamente documentadas obtuvieron el consentimiento acerca de las medidas propuestas del Programa. Adicionalmente, otras consultas durante la ejecución deberán confirmar la aceptación de los procesos de donación de tierra, para la construcción de infraestructura, que en cada uno de los casos requerirá la ratificación de cada comunidad y documentación correspondiente durante la ejecución de los proyectos del Programa

2.3. Políticas de Salvaguardia del BID.

La Política Operativa sobre Pueblos Indígenas del BID (OP-765), tiene como objetivo fundamental, apoyar el desarrollo con identidad de los pueblos indígenas, incluyendo el fortalecimiento de sus capacidades de gestión, así como salvaguardar sus derechos de posibles impactos adversos y de la exclusión en los proyectos de desarrollo financiados por el Banco. Para la consecución de dichos objetivos, el BID, realiza esfuerzos encaminados a apoyar a los gobiernos y entes privados para la inclusión de temas indígenas en la agenda de desarrollo local y nacional; apoya iniciativas enfocadas en el desarrollo social, económico, cultural y organizacional de las comunidades indígenas con proyectos que deben contar con la aprobación y la no objeción, no solamente de los gobiernos nacionales, sino de los Pueblos Indígenas. Las

consultas significativas a población indígena potencialmente afectada por el desarrollo de las operaciones que el Banco apoya deberán asegurar informar y respetar la cultura y la forma de vida de los pueblos indígenas con el propósito de lograr su consentimiento.

En las directrices de esta política, se encuentra además la inclusión de la especificidad indígena en los proyectos con enfoque general, que refiere a operaciones que aunque no sean dirigidas específicamente a pueblos indígenas, éstos puedan verse afectados, para lo que cuenta con medidas que permiten: identificar y localizar a los pueblos indígenas potencialmente beneficiados; implementar procesos socioculturalmente apropiados y efectivos de consulta con dichos pueblos; respetar el conocimiento tradicional y el patrimonio cultural, natural y social, así como los sistemas propios específicos en los ámbitos social, económico, lingüístico, espiritual y legal; adaptar los servicios y otras actividades para facilitar el acceso de los beneficiarios indígenas, incluyendo el trato equitativo, y la compensación de factores de exclusión; y diseñar las medidas y actividades complementarias mediante negociaciones de buena fe con las comunidades indígenas afectadas.

El Banco debe asegurar que los proyectos elegibles para financiamiento observen las normas de derecho aplicable, los convenios internacionales del que el prestatario es signatario y políticas del Banco. Para confirmar la viabilidad las evaluaciones pertinentes determinan impactos y riesgos negativos. Estas evaluaciones incluyen las consultas y participación de los pueblos y comunidades potencialmente afectadas. En caso de que existan impactos potenciales adversos, los proponentes del proyecto deben evidenciar los acuerdos establecidos con las comunidades y determinar las medidas compensatorias y de mitigación para minimizar los impactos en la vida de las comunidades indígenas. Uno de los ejes estratégicos de desarrollo indígena, es “mejorar el acceso y la calidad de los servicios sociales”, donde se prioriza apoyar acciones específicas que en este caso el Programa, llevara a cabo para cerrar la brecha cuantitativa y cualitativa en los servicios de salud recibidos por los pueblos indígenas, mediante intervenciones preferenciales y socioculturalmente apropiadas.

La Política de Igualdad de Género en el Desarrollo (OP-761) es la respuesta del Banco a compromisos de sus países miembros en América Latina y el Caribe de promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer. En las directrices de la política, la igualdad de género significa que mujeres y hombres tienen las mismas condiciones y oportunidades para el ejercicio de sus derechos y para alcanzar su potencialidad en términos sociales, económicos, políticos y culturales. La Política reconoce que la búsqueda de la igualdad requiere de acciones dirigidas a la equidad, lo cual implica la provisión y distribución de beneficios o recursos de manera que se reduzcan las brechas existentes, reconociendo asimismo que estas brechas pueden perjudicar tanto a mujeres como a hombres. Se entiende por empoderamiento de la mujer la expansión en los derechos, recursos y capacidad de las mujeres para tomar decisiones y actuar con autonomía en las esferas social, económica y política. La inversión directa en igualdad de género que es una de las dimensiones de la política, aplica a este proyecto derivado de los objetivos que buscan reducir la mortalidad materno infantil y la desnutrición, así como mejorar la atención hospitalaria a mujeres y niños/as que han sido víctimas de violencia sexual. El Programa deberá asegurar la inclusión de mujer en igualdad de condiciones propiciando y apoyando actividades con estos objetivos, con enfoque especial en las mujeres de la comunidad indígena, para las que distintos factores tales como problemas de conocimiento/ entendimiento cabal de español/ castellano, dificultad de movilidad y responsabilidades domésticas., son obstáculos adicionales para el acceso adecuado a los servicios de salud

La Política de Medio Ambiente y Salvaguardias (OP-703), evalúa e identifica potenciales impactos ambientales y aquellos posibles impactos económicos, como producto de la operación, definiendo las acciones que mitiguen o/y compensen afectaciones causadas por la intervención del Programa. Con respecto a los impactos ambientales el ESA preparado define en el PGAS los planes para mitigación. En este caso, el Programa requiere terrenos en las comunidades indígenas, a ser donadas por las comunidades para el establecimiento de infraestructura en los puestos de atención, a nivel primario. Para la donación de terrenos comunitarios indígenas el Programa establecerá un protocolo a seguir en todos los casos, de tal forma que asegure el consentimiento de la población indígenas, en todo el proyecto, y confirme que los impactos causados por la donación son menores y que implican riesgo de empobrecimiento de los afectados. Este protocolo hará parte del PGAS y del ROP.

3. Análisis del contexto sociocultural

La operación financiará infraestructura de salud, equipamiento, mejoramiento de 153 instalaciones que comprenden todos los niveles de atención de salud del MSPAS. La intervención se realizará en un área de 11,191 KM², en 41 municipios (de un total de sesenta) de los departamentos de Huehuetenango y San Marcos, que comprenden los siguientes grupos étnicos: Ladinos, Mestizos, Mames, Sipakapenses, K'che's, Awakatecos, Akatecos, Chujes, Q'anjob'ales, Popti'-Jakaltecos. Además de la diversidad étnica, cultural, lingüística y socioeconómica de su población, esta región que va desde las costas del Pacífico hasta montañosa de los Cuchumatanes de 3.000 msnm., presenta gran diversidad ecológica, y biológica.

Durante el conflicto armado interno las zonas indígenas de refugio en la Sierra Madre y los Cuchumatanes fueron víctimas de matanzas, secuestros y desapariciones. Al extremo que el informe *Memoria del Silencio* de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico, consideró que el Estado guatemalteco durante 1981 – 1983 cometió actos de genocidio contra la población Maya Chuj y Q'anjob'al, en el norte de Huehuetenango. Interesa acotar la incidencia que estos eventos traumáticos pueden causar en el corpus de percepciones de los funcionarios públicos que pueden reproducir estereotipos sobre las personas indígenas asociándolos con actitudes rebeldes, conflictivas y violentas. Y también, por parte de las comunidades indígenas mantener la desconfianza a las iniciativas estatales.

Los elementos que conforman la identidad étnica como el origen de los ancestros, la memoria colectiva común y la adscripción al territorio, se han visto trastocados en la medida que la integración vertical de los distintos pisos ecológicos entre la costa, la boca costa y las mesetas de las montañas, ha sufrido a lo largo de la historia importantes cambios con la introducción de nuevas actividades económicas, tecnologías y formas de organización de la fuerza laboral. En la costa del Pacífico, por ejemplo, en los últimos años ha convivido la pesca artesanal con las actividades agrícolas e industriales derivadas del cultivo de la palma africana o el hule. Hace una década, las economías familiares que vivían de la pesca experimentaron un deterioro notable con la expansión de ese cultivo sobre las pampas del río Suchiate que, significó la escasez de agua y el deterioro de las economías de subsistencia de los pescadores.



Río Suchiate, Tecún Umán, San Marcos, 2018.

En seguida, se encuentran los piedemontes, más conocidos en Guatemala como la Boca Costa o la Costa Chica que, desde la era prehispánica fue usada para el cultivo del codicioso cacao; posteriormente con la colonización alemana y europea en el siglo XIX se formaron las plantaciones y comercializadoras cafetaleras que dinamizaron toda la economía del país. Actualmente, existen plantaciones eficientes que aseguraron la renovación tecnológica, la mejora de vida de sus trabajadores, el aprovechamiento racional de las tierras y la calidad del grano; pero persisten las plantaciones en bancarrota que resultado de la fluctuación de los precios del café intentan diversificar los productos agrícolas, y en muchos casos mantienen salarios muy por debajo de lo que estipula la normativa del país.

La Sierra Madre está separada de la Boca Costa por una muralla de elevaciones volcánicas, muy parecidas a una pared rocosa, que con mucha rapidez alcanza los 1700 metros. A partir de esa altura la sierra se extiende hacia el norte donde predominan los altiplanos o las altas mesetas, hasta la formación de la sierra de los altos Cuchumatanes. A lo largo de la zona montañosa se encuentran pueblos, villas y asentamientos de origen Mayense que hicieron de las zonas montañosas zonas de refugio. Sin embargo, desde finales del siglo XX con la terminación del conflicto armado interno, la profesionalización y escolarización de los indígenas, así como el retorno del trabajo de los indígenas, dinamizado el comercio regional y participación indígena de la gestión del poder a nivel municipal

Los dos departamentos en que tendrá lugar el Programa, junto a El Quiché y El Petén, tiene frontera con México en una extensión de 965 Km². La región se encuentra comunicada con el resto de Centroamérica por la carretera Panamericana en el Pacífico; y por la carretera Interamericana se conecta con el noroccidente indígena guatemalteco hasta alcanzar la Ciudad de Guatemala que dista alrededor de unos 350 kilómetros.

3.1. Comunidades indígenas y no indígenas asentadas en el área del Programa.

El Programa PFRISS interactuará con familias de población de escasos recursos que se pueden caracterizar por:

- (i) Indígenas residentes de las ciudades intermedias y aldeas rurales. El Programa incluye ampliaciones y normalización de las redes de apoyo y conservación de los hospitales en funcionamiento de la ciudad de Huehuetenango (cabecera del departamento) y la ciudad fronteriza de Malacatán en San Marcos. Siendo el Hospital Departamental de Huehuetenango, la principal institución de referencia de los 31 municipios del departamento; así como el Hospital Distrital de Malacatán que atiende las referencias de los municipios costeros de Ocós, Pajapita, Catarina y la zona baja de Tajumulco, Tacaná y Sibinal (San Marcos). En estas ciudades las instituciones hospitalarias, atienden indígenas urbanos e indígenas que residen en comunidades rurales, de asentamientos dispersos donde se desempeñan como agricultores, comerciantes minoristas y trabajo doméstico. Estos también atienden indígenas residentes en aldeas, caseríos o parajes que pertenecen a Municipios cabecera o centro municipal. Estas comunidades residen y trabajan en el campo, visitando la cabecera municipal frecuentemente los días de mercado. En otros casos como en Concepción Huista (90.35 % indígena) y Santa Ana Huista (28.44 %), la mayoría de la población reside en la cabecera del pueblo y se desplazan para realizar las labores agrícolas o trabajan en alguna dependencia pública o privada del municipio.



Concepción Huista, Huehuetenango, 2018.

- (ii) Los asentamientos en las zonas altas el acceso a agua es un factor que incide en la calidad de vida de las familias indígenas. Por ejemplo, la aldea de Bacú (Concepción Huista) y Xepón Chiquito (Malacatancito) no hay fuentes de provisión de agua potable cercana. Los de Bacú cuentan con tecnología apropiada de láminas, nylon y tinacos para recolectar el agua de lluvia y en verano sufren de escasez; mientras que en Xepón Chiquito acuden a los pozos familiares. La escasez o lejanía del agua vulnera a las familias y recarga actividades de las mujeres indígenas, en el desempeño de las

actividades domésticas. En estas aldeas es común que jóvenes que dejan sus aldeas y migran a las ciudades dejando a sus jóvenes esposas quienes deben gestionar la vida familiar y sufragar la vida comunitaria basada en el sistema de cargos obligatorios. La vida comunitaria es autogestionaria, siendo cada familia responsable de sufragar los cargos y gastos que permiten la vida colectiva. Comúnmente los hombres desempeñan los cargos de Alcaldes Auxiliares, alguaciles, miembros de Cocodes, entre otros; en ausencia de éstos, las mujeres pagan los jornales a otro miembro de la comunidad para que sustituya a sus esposos en los cargos anuales de las comunidades. Menos frecuente es observar que mujeres solas ocupen los cargos comunitarios, aunque ya empiezan a ver excepciones.



Vista de la aldea de Ajul, Concepción Huista, Huehuetenango, 2018.

- (iii) Comunidades Mestizas: Se refiere a mestizos⁹ residentes en las tierras costeras y fronterizas de Malacatán y Tecún Umán cuyos pobladores fueron indígenas que paulatinamente se asentaron definitivamente en la Boca Costa sustituyendo el vestuario indígena, el idioma y las prácticas de cohesión tradicional. El mismo patrón de cambios culturales se observa en los municipios de plantaciones cafetaleras como El Quetzal, La Reforma, San Rafael Pie de la Cuesta y San Pablo a las que los indígenas bajaron como

9. Se prefiere usar el concepto de mestizo en lugar del ladino ya que éste último, pese a los orígenes coloniales del término, en el siglo XIX con la formación del Estado guatemalteco, el concepto ladino sirvió para legitimar posiciones aventajadas dentro de las instituciones del Estado de grupos que no tenían definición por su grupo de origen (españoles, indígenas o negros), lo cual sirvió para que se apropiaran de los ejidos, administraran la fuerza laboral indígena y aseguraran el reclutamiento para el ejército. Fue hasta el 1950 con la antropología culturalista que se entendió ladino como sinónimo de cultura occidental y que era factible la ladinización como parte del proceso de cambio. Los asentamientos a los que nos referimos en la zona de la Boca Costa y Costa no se tratan de comunidades que participaron la dinámica del poder descrita como para asociarlos con los ladinos, sino familias formadas resultado de la mezcla de variedades culturales, incluyendo la indígena.

cuadrilleros o jornaleros, conservando aun los ancianos/as la memoria colectiva de su ancestro indígena.

La Tabla 2 muestra que Cuilco, Unión Cantinil y Chiantla (Huehuetenango) forman otro núcleo de población ladina con presencia de minorías indígenas. En Chiantla y la reciente constitución del municipio de Unión Cantinil, hay una variante del ladino más conocido como chiantecos, cuya memoria colectiva de cohesión son los títulos de tierras colectivos cedidos por Justo Rufino Barrios en el siglo XIX a los milicianos que prestaron sus servicios para el ejército; mecanismo institucional empleado para integración de poblaciones indígenas y ladinas al Estado guatemalteco.

TABLA 2: ÁREA DE SALUD, GRUPOS ÉTNICO-CULTURALES, MUNICIPIOS Y OBRAS PROYECTADAS POR EL PROGRAMA, agosto 2018.

	ETNI A	DISTRITO	MUNICIPIO	PS	CS "A"	CS "B "	CA P	CAIM I	TOTA L
ARAE DE SALUD SAN MARCOS	MESTIZA/LADINA	Tecún Umán	Ayutla	2			1		3
		Tecún Umán	Pajapita				1		1
		Malacatán	Malacatán	1	1				2
		El Quetzal	El Quetzal	2	1		1		4
		La Reforma	La Reforma				1		1
		San Rafael Pie de la Cuesta	San Rafael Pie de la Cuesta	3					3
		San Pablo	San Pablo	2					2
	SIPAKA PENSE	Sipakapa	Sipakapa	2					2
	MAMES ALTIPLANO	Comitancillo	Comitancillo	11			1		12
		San Miguel Ixtahuacán	San Miguel Ixtahuacán	4			2		6
		Concepción Tutuapa	Concepción Tutuapa	7					7
		Ixchiguán	Ixchiguán	7				1	8
		San José Ojetenam	San José Ojetenam	7					7
		Tacanán	Tacanán	10			1		11
		Tajumulco	Tajumulco	4			1		5
		Tejutla	Tejutla	10				1	11
		San Antonio Sacatepéquez	San Antonio Sacatepéquez	2		1			3
		San Marcos	San Cristóbal Cucho	1					1
		San Marcos	San Marcos	2					2
		San Pedro Sacatepéquez	San Pedro Sacatepéquez	4					4
		San Lorenzo	San Lorenzo	1			1		2
		Malacatancito	Malacatancito	2					2
		Huehuetenango Sur	Huehuetenango	2					2

		Huehuetenango Norte	Huehuetenango	2					2
		Santiago Chimaltenango	Santiago Chimaltenango	1					1
		Todos Santos Cuchumatán	Todos Santos Cuchumatán	3					3
		San Juan Atitán	San Juan Atitán	1					1
		San Ildefonso Ixtahuacán	San Ildefonso Ixtahuacán	3					3
		Colotenango	Colotenango	2					2
		San Pedro Nectá	San Pedro Nectá	2					2
		San Sebastián Huehuetenango	San Sebastián Huehuetenango	2					2
	AWA KATE CO	Cuilco	Cuilco	1					1
		Unión Cantinil	Unión Cantinil	2					2
		Chiantla	Chiantla	5					5
		Aguacatán	Aguacatán	3					3
	Q'ANJOBA L	San Juan Ixcoy	San Juan Ixcoy	1					1
		Santa Cruz Barillas	Santa Cruz Barrillas	9					9
		Santa Eulalia	Santa Eulalia	1					1
		San Pedro Solomá	San Pedro Solomá	2					2
	CHUJ	San Mateo Ixtatán	San Mateo Ixtatán	3					3
		San Sebastián Coatán	San Sebastián Coatán	2					2
		Nentón	Nentón	2					2
	POPTI'-JACALT ECC	Concepción Huista	Concepcion Huista	2					2
		San Antonio Huista	San Antonio Huista	1					1
		Jacaltenango	Jacalatenango	2					2
		Totales		138	2	1	10	2	153

Fuente: Información de Áreas de Salud, mayo 2018

PS: Puesto de Salud

CS: Centro de Salud

CAP: Centro de Atención Permanente

CAIMI Centro de Atención Integral Materno Infantil

3.2. Funcionamiento y lógicas comunitarias de poder y autoridad.

Aunque jurídicamente ya no son vigentes estructuras de poder diferenciadas tales como una alcaldía oficial y otra alcaldía indígena, existe el proceso de revitalización de las alcaldías o autoridades indígenas que han posibilitado el reconocimiento de la diversidad cultural, lingüística y política del país. En Concepción Huista, por ejemplo, con apoyo de Nexus Municipal —un programa de USAID—, se está promoviendo la participación de la Alcaldía Indígena dentro del Consejo Municipal de Desarrollo (COMUDE).

Las comunidades que serán beneficiarias de las obras proyectadas por el PFRISS no sólo mantienen relaciones de pertenencia y una memoria colectiva común, sino se encuentran asentadas en territorio ancestral asociado con la civilización Maya con sus variantes identitarias y étnicas (Mam, Chuj, Awacateko, Popti' y K'iche') que, en determinados contextos, pueden derivar en conflictos interétnicos. Esto son principalmente relacionado a títulos de tierras municipales que alimentan una perspectiva autonómica con el interés de la administración colectiva de los bosques, el agua, la caza, la posesión de las parcelas para cultivo y otras utilidades. No obstante, cada grupo étnico cuenta con su propio idioma, cultura, cosmovisión, forma de vida, identidad y prácticas de medicina tradicional y organización.

En las comunidades visitadas el vínculo entre la institucionalidad estatal y las comunidades indígenas se produce mediante el Alcalde Auxiliar también llamado Alcalde Comunitario de Justicia, y más recientemente los Consejos de Desarrollo Comunitario (Cocode). Al igual que el sistema de Consejos de Desarrollo, las Alcaldías Comunitarias cuentan con su propio sistema de cargos y entre sus funciones se encuentra impartir justicia dentro de la comunidad, proteger los bosques, velar por el acceso y calidad del agua; y aunque, tradicionalmente también eran quienes cedían los derechos de posesión sobre las tierras que, con el crecimiento demográfico y la escasez de tierras ha dejado de ser funcional. Aunque las mujeres no fueron consideradas sujetos de posesión, ahora junto a los jóvenes son de las más vulnerables, quienes, muchas veces buscan alternativas económicas y de residencia fuera de las comunidades. En San Andrés Huista, por ejemplo, la Alcaldía Comunitaria, se encuentra compuesta por tres alcaldes, tres tesoreros, tres secretarios, tres guardabosques y 80 polacos precedidos por un primer y segundo jefe o comisario. Cada semana un alcalde auxiliar con su respectivo tesorero, secretario, guardabosques y 20 polacos cumplen su servicio obligatorio.

La participación de las mujeres está ausente en el sistema de cargos de la Alcaldía Comunitaria; su participación en temas de salud sigue enfocándose a la atención de partos por parte de las comadronas, curanderas.

Las comunidades indígenas frecuentemente buscan armonizar los rituales de las Alcaldías Comunitarias indígenas con el reciente Sistema de Consejos de Desarrollo. La robustez de las autoridades comunitarias depende en buena medida de los antecedentes históricos en que algunas aldeas han disputado el poder a la cabecera del pueblo. Hay confrontaciones entre aldeas como son San Marcos y San Andrés Huista mantienen rivalidad con Jacaltenango; lo mismo que Santiago Petatán con Concepción Huista, entre otros. A diferencia de aquellas que se unifican en torno a la autonomía municipal, en cientos de comunidades indígenas de la Sierra Madre y los Cuchumatanes, las Alcaldías Comunitarias persisten como una forma de mantener cierta unidad y bienestar de las sociedades indígenas. Gestionar democráticamente la compleja vida social en territorios indígenas, presenta muchos retos dada la emergencia de violencia y la delincuencia organizada, actualmente preocupaciones de las comunidades y sus autoridades locales.



Alcaldía Comunitaria San Andrés Huista, Jacaltenango, 2008 (Marta G).

También en algunos municipios donde se implementará el programa PFRISS persisten estructuras de poder autónomas y tradicionales como los Alcaldes Rezadores, principal forma de organización y representación indígena en los Cuchumatanes que atraviesan cambios al momento. De ser una institución que aglutinaba la vida social de los municipios y sus comunidades, se convirtió en una reserva que guardan familias como en el caso de Santa Eulalia, y comunidades específicas como Ixquebaj en San Sebastián Coatán —una de las comunidades en que se ha propuesto construir un Puesto de Salud—, o *Ch'imb'an* en San Miguel Acatán.





Ch'imban, San Miguel Acatán, Huehuetenango, 2008. Foto de arriba fachada de la Iglesia; abajo vista interior de la misma Iglesia de *Ch'imban*, uno de los referentes de los *mamines* akatecos (Marta G.).

El Programa PF s en las zonas de intervención que son relativas a salud, por ejemplo, aquellas evangélicas, el pentecostalismo católico y grupos independientes en zonas indígenas. En caso como las comunidades como Ixquebaj en que se encuentra en custodia la *ordenanza* (títulos de las tierras), donde los mandos indígenas eligen cada cuatro años en el *Pat K'um*, (una reunión especial de los Alcaldes Rezadores) y que, según la tradición, son quienes consideran personas idóneas para pedir y orar por la salud y los sagrados alimentos de los pueblos Mayas. Situación similar sucede entre los akatecos de San Rafael, La Independencia y San Miguel Acatán, y los huistas de Concepción con respecto a persistencia de un mundo de creencias mágicas y cosmogónicas con respecto a la salud, por lo que se hace necesario comprender, y tender puentes e intercambios entre estas concepciones tradicionales de salud y aquellas del sistema público.

3.3. Simbolismo y sacralidad indígena.

Además de los idiomas, el vestuario indígena, el territorio/ espacialidad, hacen todos parte de rituales y/o celebraciones que son prácticas ancestrales conservadas en la memoria colectiva indígena. Estos se utilizan para, por ejemplo, contar los días del Calendario Maya, así como para pedir la protección de los pueblos. No obstante, los cambios que se han dado en los trajes y vestidos por varios motivos tales como inmigración y los costos, aún persiste su uso entre mujeres, y hombres de las comunidades indígenas, diferenciados por origen entre municipios, que llevan simbologías en sus diseños y colores. Otros simbolismos de las comunidades se encuentran relacionados a la geografía del territorio, las tierras y espacio. Los chujes de Coatlán, por ejemplo, cada cuatro años después de una ceremonia llamada *Pat K'um* entregan sus ofrendas y sacrificios a los cuatro cerros principales del municipio, que hace parte de la memoria colectiva de su grupo.



Después del Día de la Cruz, 3 de mayo 2008, Concepción Huista (Marta G.)

El viajero que recorra los caminos de la región desde las tierras montañosas hasta la costa del Pacífico encontrará que, en las incisiones de las rocas, los nombres de los cerros, la historia de las montañas, el recorrido de los ríos, existe un relato del origen y de los incidentes de los antepasados. La Cruz que se encuentra en la entrada de los pueblos o las comunidades, quizá sea el simbolismo más representativo de la identidad indígena. Entre los antropólogos se ha aceptado que la Cruz es una especie de envoltorio prehispánico aceptado por el catolicismo, pero en el que perduran fuertes creencias indígenas.

4. Principales impactos y riesgos socioculturales

4.1. Donación y regularización de los predios.

La construcción de infraestructura nueva, en algunos casos podría afectar terrenos comunitarios, los que ya son y serían donados para el Programa. Tomando en cuenta lo anterior, el MSPAS inicio conversaciones con las autoridades comunitarias y municipales para confirmar la donación regularizada a nombre de Bienes del Estado, de terrenos para la infraestructura de salud (Centros Comunitarios, Puestos de Salud y Centros de Salud), factor que es una condición de elegibilidad para realización de obras públicas.

Por una parte, en el proceso de selección de las obras, el MSPAS ha respetado el principio de voluntariedad de la donación, así como la disponibilidad de las comunidades para comprar en algunos casos los terrenos y costear los gastos de agrimensura y escrituración. No obstante, bajo este tipo de criterios quedarían excluidas comunidades con escasas tierras o recursos económicos escasos para la compra de los terrenos (como se sugirió en San Pablo, San Marcos). Mientras que aquellas comunidades que sí pueden sufragar los costos podrán experimentar

cierta frustración si la institución pública de salud deja de atender sus solicitudes y aspiraciones en el desarrollo de los servicios de salud.

Importante anotar, que se pudo evidenciar que el MSPAS cambia los criterios técnicos y jurídicos de la gestión, lo que se convierte en sobre carga económica para las comunidades quienes en algunas ocasiones han tenido que realizar el trámite hasta en dos ocasiones. Los requisitos del proceso para donación y regularización no son complicados, el problema son los cambios de criterios. El proceso de gestión de los predios recaería en las comunidades beneficiarias mientras que las autoridades del MSPAS como ente rector se orientan a revisar el cumplimiento de las normas, sin que se provea información escrita a las comunidades sobre los procedimientos, requisitos y normas. Lo anterior, cambios de criterios y falta de información apropiada, puede ser causa de dudas y desconfianza de ciertas comunidades indígenas, a la hora de confirmar la donación al MSPAS o Bienes del Estado, pues no hay garantía de poderse revertir a la comunidad en los casos que no construyera la infraestructura propuesta, o cuando los servicios de salud pudieran ser privatizados o concesionados a empresas privadas.

Sobre la gestión de los predios se enumeran a continuación demandas reiteradas de las comunidades donde se ha presentado el contenido del Programa y que deberá tomarse en cuenta en el diseño para asegurar que no hay impactos sociales y riesgos de generar conflictos: i) asegurar que en los casos de no autorizarse el préstamo y de no llevarse a cabo los proyectos, el MSPAS les informará oficialmente de esta situación, para que la comunidad autogestione el proceso-, como manifiesto por ejemplo los Chuj de San Sebastián Coatán. ii) solicitar, ya que las comunidades indígenas están donando parte de su patrimonio colectivo al Estado guatemalteco, que la contrapartida del presupuesto del Programa se especifique y cuantifique el aporte de las comunidades indígenas para la realización del proyecto. iii) asegurar que el MSPAS sufrague los gastos de regularización de los predios donde se realizara las inversiones del Programa

4.2. Inequidad en el acceso y calidad de los servicios de salud y recomendaciones para mitigar.

La ampliación, equipamiento, funcionamiento y acercamiento de los servicios de salud puede ayudar a reducir las brechas de inequidad en que los servicios oficiales de salud han atendido y tratado a los usuarios indígenas. Los indígenas son atendidos en un idioma ajeno y bajo un sistema de salud extraño en cuanto a las causas de las enfermedades (etiología), las enfermedades reconocidas y los métodos terapéuticos empleados. Se ha reflexionado que para los pueblos indígenas el estado de salud es un proceso de equilibrio espiritual, socio territorial y psicobiológico, en el que inciden los ciclos naturales del universo y de la vida.

Uno de los errores frecuentes a la hora de implementar los programas de salud en zonas indígenas es el supuesto de que, con infraestructura mínima de salud provista, un mayor número habitantes indígenas acudirán. Por ejemplo, en San Mateo Ixtatán, un pueblo Chuj en el que durante el 2018 ya se han registrado siete muertes maternas; ni las mujeres ni las comadronas quieren acudir al Centro de Atención Permanente (CAP) porque ahí no se encuentra con medicamento disponible, el personal de salud no atiende emergencias cuando se va la luz —que es frecuente—, la doctora solo habla español y no existe ningún interprete. Aunque sea una emergencia, las mujeres no quieren ir por la oscuridad y el temor de no hablar español.

Los servicios de salud mínimos como la vacunación, el control de las embarazadas y la nutrición de los niños se realizan en la casa de los vecinos, las instalaciones de la Iglesia o pequeñas construcciones improvisadas por las autoridades comunitaria por lo que, la construcción y mejoras a la infraestructura forman parte de las necesidades colectivas. No obstante, la

valoración positiva de los servicios por parte de las comunidades indígenas también implica, hacerlo en el propio idioma local, contar con disponibilidad de medicamentos, el personal de salud idóneo dispuestos a colaboración, buen trato a los pacientes indígenas, alejado de la indiferencia y la discriminación.

El acceso a los servicios de salud todos los días de la semana y en horarios idóneos en aldeas estratégicas por su ubicación y accesibilidad, forma parte del corpus de mejoras en los servicios de salud que piden las comunidades indígenas; sumado a las frecuentes denuncias de que el personal de salud en zonas bien focalizadas no cumple con los horarios de trabajo de ocho horas de trabajo durante cinco días a la semana. Actualmente, los principales usuarios de los servicios de salud son las mujeres y los niños. Asegurar la participación de la figura paterna en los asuntos de salud familiar requeriría ampliar o modificar los horarios convencionales de atención al público.

Los usuarios del sistema del MSPAS son personas o familias de escasos recursos. En muchos casos son familias que para curarse decide vender o hipotecar con un usurero local, parte de sus tierras o patrimonios, como el testimonio un hombre de Santa Eulalia durante su recorrido desde una institución pública de Santa Eulalia, la de San Pedro Soloma hasta llegar al hospital departamental, en que no dejaron entrar a ningún miembro de la familia, la mujer se quedó sola sin poder hablar español, situación por la que cuatro horas más tarde, los parientes resolvieron vender un terreno y trasladar a la paciente a un servicio privado.

4.3. Posibles conflictos inter o/ intra-comunitarios.

No se vislumbran conflictos directos o movimientos de oposición a la ampliación de la red de los servicios de salud; comúnmente gestionar los servicios de salud forma parte de las iniciativas de las comunidades y autoridades de las zonas alejadas y dispersas, ya que éstos constituyen parte del proceso de formalización y desarrollo comunal como sucede con las Alcaldías Comunitarias (administración de aldea), la iglesia, el cementerio, la/s escuela/s y más recientemente los servicios de salud.

Sí se registrarán controversias, éstas serían ante todo en lugares en que existen conflictos añejos relacionados con los límites municipales. Probablemente, las familias de Ixchiguán no querrán acudir a los servicios de salud que se prestan en Tajumulco, ya que entre ambos pueblos las disputas siguen activas después de casi un siglo. Se ha interpretado que las inversiones que se realizarán en Tajumulco podrían ser interpretadas por los ixchiguanecos como respaldo político al otro pueblo.

Otro orden de dificultades podría suscitarse al interior de las comunidades en donde la adscripción religiosa ha debilitado las antiguas relaciones que cohesionaban las comunidades. En Xepón Chiquito (Malacatancito, Huehuetenango), una comunidad K'iche', existen al menos cuatro familias evangélicas que no comparten la gestión del Puesto de Salud, al que asocian con cosas del demonio; también existe divisionismo entre los caseríos y sectores, por ejemplo, San Antonio es un caserío grande que ya cuenta con agua entubada, y tienen interés en que se construya el Puesto de Salud en el caserío. Por su parte, en Pueblo Nuevo (Tajumulco, San Marcos), las Iglesias se oponen a la planificación familiar por parte de las mujeres. Sin embargo, una de las comadronas reflexionó que “no son ellos los que tienen los hijos en un tiempo en que ya no hay tierra ni se encuentra trabajo, no pueden enojarse con los Puestos de Salud”.

Tomando en cuenta la anterior, la medida de mitigación para emergencia de conflictos sociales es asegurar la comprensión de las creencias y valores indígenas inscritos a su vez en las creencias de los nuevos movimientos religiosos pentecostales, incluyendo los católicos o grupo

independientes, que exaltan el poder del Espíritu Santo en la sanación de las personas, familias y comunidades es un actor relevante para el diálogo con el sistema de salud oficial, ya que pueden constituirse en canal de facilitación o de tropiezo en el trabajo comunitario.

Guatemala expulsa a la juventud fuera de los territorios tradicionalmente indígenas o del país en general; la idea y vuelta de los muchachos y en menor medida las mujeres jóvenes, se ha convertido en un factor de cambio cultural relevante. En la aldea Tocaché (San Pablo, San Marcos) existen grupos juveniles organizados que adversan la convivencia. Robaron equipo y causaron daños a las instalaciones del Puesto de Salud que recién se había terminado de construir. Por lo que ya se reforzó con un muro perimetral y forma actualmente parte del Programa PFRISS.

4.4. Acceso a agua de calidad en zonas rurales.

El acceso a agua de calidad y a los servicios de saneamiento básicos constituye uno de los riesgos ambientales a la hora de la construcción de infraestructura de salud. El MSPAS suele vigilar la calidad de agua de acueductos formales, pero no cuenta con las capacidades institucionales para vigilar y sistematizar la calidad de agua de unidades más pequeñas, pero importantes en la prevención y saneamiento de las poblaciones como son las escuelas y los servicios de salud de la jurisdicción. Por lo que el funcionamiento, de los servicios de salud reproducen las condiciones generales de salubridad del medio en cuanto al tratamiento de aguas residuales, los desechos sólidos y acceso al agua de calidad. Por ejemplo, Comitancillo en que el 99 por ciento de sus residentes son mames no existe un tren de aseo, existen 18 desfogues directos de aguas residuales al río, los basureros son ilegales (no cumplen con los requisitos mínimos) y aunque se seleccionó ocho sistemas de agua para cloración, esta meta aún no se alcanza debido a que no es una prioridad en el presupuesto municipal, persisten canales de comunicación débiles entre las autoridades municipales, las autoridades de salud y la sociedad local, lo que favorece que los reclamos ciudadanos como el mal sabor del agua y la comida y el desteñido del vestuario indígena con el uso del cloro, sean las justificaciones para que continúe el rezago en cuanto al consumo de agua de calidad. En Guatemala las enfermedades diarreicas siguen formando parte de las primeras cinco causas de morbilidad y mortalidad en el país; una cuarta parte de las muertes de niños menores de cinco años se asocian con enfermedades diarreicas

De los 1368 sistema de agua para consumo humano en las zonas rurales de San Marcos, solamente el 5 % sigue las normas de cloración del agua que la define como apta para el consumo humano (Acuerdo Ministerial No. 1148-09); y en Huehuetenango el 8% de los sistemas de agua. Las comunidades indígenas aseguran que cuentan con sus propios fontaneros y mecanismos para asegurar agua de calidad, mientras que la mayoría admite que sus aguas se encuentran contaminadas.

Al Programa se recomienda acercar mediante el diálogo, los mecanismos de monitoreo sobre la calidad del agua basada en la cloración, los procedimientos de limpieza consuetudinarios y la adecuada valoración de la incidencia de las transformaciones del medio ecológico y productivo, pueden ayudar a mejorar la calidad del agua que se consume en las comunidades.

4.5. Discriminación a las mujeres indígenas.

Las mujeres embarazadas y puérperas, así como los niños menores de cinco años han sido identificados por el Programa como las más vulnerables que requieren atención en todos los niveles de los servicios de salud. Un niño que sufre discriminación y malos tratos en una institución pública puede empeorar el padecimiento por el que su familia decidió acudir a los servicios de salud.

Las mujeres indígenas, al igual que las demás mujeres, conviven con instituciones públicas y comunitarias androcéntricas, no obstante, enfrentan otros problemas estructurales como el racismo, los estereotipos, distintas prácticas médicas y la imposibilidad de comunicarse en su propio idioma. Muchas veces las mujeres no quieren salir de sus comunidades para recibir atención médica debido a que han escuchado experiencias previas de otras mujeres que han sido objeto de gritos y malos tratos. Se relató la experiencia de una mujer en que el personal paramédico le preguntó: *–Porqué estás gritando, acaso gritaste cuando estabas con el hombre, acaso hasta ahora abriste las piernas*, que es solo un ejemplo de un trato ofensivo e irrespetuoso, por decir lo menos.

Las mujeres también contemplan como un buen trato mantener la individualidad en la atención a la paciente; les disgusta que en las instituciones donde acuden estudiantes de medicina éstos se amontonen sobre ellas, discutan los problemas médicos y les tomen fotografías. Otra forma de discriminación cotidiana que han observado las mujeres es cuando las pacientes indígenas están haciendo cola y el personal médico le reclama la falta de limpieza y le concede el lugar a otra persona que se presenta arreglada y de mejor apariencia. Mandarlas a bañar con agua fría en un hospital se suele contrastar con la preparación de los baños de vapor que aseguran las comadronas de la localidad. Tanto en San Marcos y Huehuetenango, las Casas Maternas Rurales se han identificado como buenas prácticas para acercar los servicios de salud a la comunidad, ya que se cuenta con ultrasonido y las comadronas participan activamente y en situaciones equiparables con el personal médico.

Ya que el Programa en parte construirá nueva infraestructura de salud sería contraproducente que reprodujera patrones discriminatorios en el servicio y la disponibilidad de la infraestructura. Asegurar la pertinencia cultural de la infraestructura podría mejorar el servicio que se brinda a las mujeres, principalmente con relación a la amplitud de las salas de espera ya que las mujeres casi siempre se hacen acompañar de sus hijos; la existencia de medicamentos adecuados y oportunos, y que se asegure la temperatura adecuada de los edificios. Las mujeres suelen asociar los edificios hospitalarios con el frío, mientras que dentro de la tradición indígena una buena práctica médica, ante todo en las labores de parto, se asocia con el calor.

Las mujeres y menores de edad víctimas de violencia se ha identificado como población vulnerable en las ciudades y comunidades rurales o indígenas. Los hospitales distritales y departamentales de la región donde se implementará el programa cuentan con Clínicas de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual que siguen los protocolos especializados del MSPAS. Cuenta con equipos multidisciplinarios formados por una ginecóloga/obstetra, pediatra, psicóloga y los servicios de enfermería. Aseguran atender a la víctima en una sola sesión para evitar la revictimización; coordinan las diligencias con el Ministerio Público que frecuentemente tiene una sede en la institución hospitalaria, así como con el Instituto Nacional de Ciencias Forenses para los respectivos exámenes médicos resolutivos. Funciona por referencias de otros servicios médicos hospitalarios (existen mujeres violadas que entran a la emergencia como mujeres embarazadas), los CAP, Centros de Salud y Puestos de Salud.

A nivel de Direcciones de Áreas de Salud, aunque el personal médico y paramédico ha participado en actividades de formación y se conocen los protocolos institucionales, aún no se incorpora como una problemática que es necesario monitorear en el primer y segundo nivel de atención.

5. Plan de gestión para pueblos indígenas

El plan de gestión para Pueblos Indígenas tiene el propósito de priorizar acciones para evitar, reducir, mitigar y/o compensar los potenciales impactos adversos de la construcción y operación, asegurando su inclusión de manera culturalmente apropiada. Comprende los siguientes elementos: i) medidas que aseguren la pertinencia cultural de los servicios de salud; ii) lineamientos para la adquisición de predios de las comunidades por parte del MSPAS y la concurrencia y reconocimiento de los aportes de las comunidades; iii) mecanismos de quejas y reclamos funcional y acorde a la población indígena; iv) consultas significativas a Pueblos Indígenas; vii) presupuesto y cronograma de ejecución; vi) monitoreo y evaluación.

5.1. Medidas que aseguren la pertinencia cultural de los servicios de salud.

Ambas unidades conceptualizadas con funciones de asesoría al despacho del Viceministerio Técnico cuentan con escasos recursos humanos y financieros para adelantar las funciones que les fueron delegadas en el Acuerdo Ministerial de creación (No. 1632-2009), particularmente para las funciones a nivel de las Áreas de Salud y las instituciones hospitalarias. Las actividades de sensibilización y formación tienen financiamiento de las organizaciones internacionales de salud. Por otra parte, el Sistema Integral de Atención en Salud, como parte del Viceministerio de Atención Primaria, norma, supervisa y monitorea el funcionamiento de la red de los servicios a nivel de Distritos, Territorios y Sectores.

El Programa fortalecerá la Unidad de Atención de la Salud a los Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UASPIIG) con el propósito de que esta unidad asesore eficazmente en materia de pertinencia cultural a las Direcciones de las Áreas de Salud y a los Distritos de Salud, siendo estos los entes operativos del programa.

Se busca fortalecer a la UASPIIG con las siguientes acciones:

- i. Preparar diseños arquitectónicos de infraestructura de los servicios de salud con pertinencia cultural., cuando sea viable técnicamente.
- ii. Asesorar a las Direcciones de las Áreas de Salud y Distritos de Salud en materia intercultural en la preparación y realización de las consultas previas, libres e informadas a los pueblos indígenas y al personal de salud a nivel local.
- iii. Preparar la actualización de la normativa sobre pertinencia cultural e interculturalidad, así como el diseño de un Plan Estratégico Nacional para la Atención en Salud a los Pueblos Indígenas.
- iv. Elaborar la línea base sobre el uso del idioma como barrera para acceder a los servicios de salud.
- v. Desarrollar capacidades profesionales con pertinencia cultural en el personal médico y paramédico.
- vi. Producción de material audiovisual y escrito con fines informativos y pedagógicos.

- vii. Promover e institucionalizar los diálogos interculturales que ayuden a superar la brecha entre el personal médico profesional y los especialistas indígenas.
- viii. Concretar el Plan de Acción de Atención en Salud para Pueblos Indígenas e Interculturalidad en las Dirección de las Áreas de Salud de San Marcos y Huehuetenango.

5.2. Lineamientos para la adquisición de los predios.

Las gestiones de los terrenos las realizan los Directores de Áreas de Salud, con la opinión técnica favorable del área jurídica, la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (DGSIAS) y de la Unidad de Planificación Estratégica (UPE) del MSPAS, ésta última encargada de definir los lineamientos socio ambientales, el tamaño y topografía de los predios según el nivel de los servicios de atención en salud, así como la arquitectura de los edificios.

Los terrenos están siendo donados por una personal individual, una persona jurídica (como las municipalidades) y las comunidades indígenas.

Para que el Programa pueda realizar las inversiones previstas, será necesario cumplir con los siguientes lineamientos generales para la adquisición de los terrenos:

1. La comunidad indígena, la municipalidad o una persona individual presentan por escrito ante la Dirección del Área de Salud la intención de donación del terreno, en la que se hace constar las dimensiones del terreno, sus medidas topográficas, la vocación y ocupación actual del mismo. Se solicita que la Dirección del Área de Salud evalúe el terreno. Se adjunta a la carta, el Acta en que la comunidad acordó y/o consintió la donación del terreno para la instalación de servicios de salud.
2. La Dirección del Área de Salud solicita la opinión técnica de la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (DGSIAS) sobre si la comunidad proponente del servicio de salud cumple con la Normativa para la Categorización y Habilitación de la Red de Servicios Públicos de Salud (Acuerdo Ministerial 20-2016), ya sea como sede de Sector (Centro Comunitario de Salud que atiende a más de 2,500 habitantes), sede de Territorio (Puesto de Salud que atiende a más 5,000 habitantes) o sede de Centro de Salud, urbano o rural, que atiende población de 5,000 a 20,000 habitantes; cumpliendo con otros lineamientos como la convergencia de un conjunto de comunidades en función del acceso, vías de comunicación, aspectos topográficos, culturales y lingüísticos, así como la disponibilidad de los recursos humanos mínimos para asegurar el eficiente funcionamiento de los servicios de salud.
3. La Dirección del Área de Salud en coordinación con la Unidad de Planificación Estratégica del MSPAS (con sede en el departamento) realizan una visita *in situ* para evaluar la elegibilidad del terreno. Realizan por escrito el dictamen técnico según los criterios de elegibilidad del Programa.

Si el dictamen técnico realizado por la Dirección del Área de Salud y la Unidad de Planificación Estratégico es negativo, los interesados podrán buscar otras opciones que igualmente deberán presentar a la DAS/UPE para su evaluación técnica. Si el dictamen es positivo, los interesados deberán continuar con los siguientes requisitos.

4. Si la donación la realiza una persona jurídica (o municipalidad) se deberá presentar ante la Dirección del Área de Salud, los siguientes documentos: i) El consentimiento de la Asamblea Comunitaria, registrada por escrito en el Libro de Actas del Consejo de Desarrollo

Comunitario, ii) Dictamen técnico de la Unidad de Planificación Estratégica/DAS, iii) Escritura Pública, iv) Toma de posesión del Consejo Municipal electo.

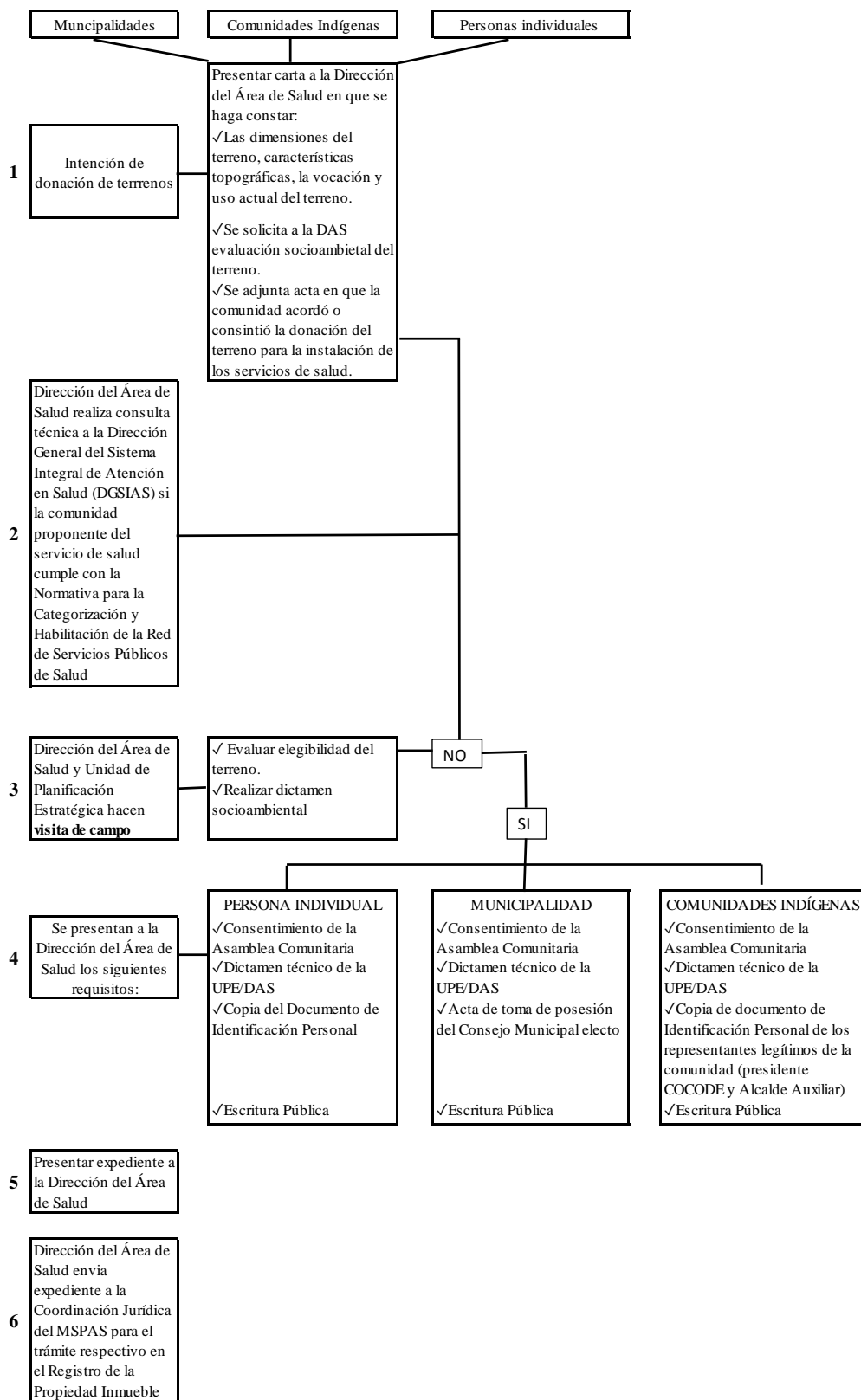
Si la donación la realiza una persona individual se deberá presentar a la Dirección del Área de Salud, los siguientes documentos: i) El consentimiento de la Asamblea Comunitaria, registrada por escrito en el Libro de Actas del Consejo de Desarrollo Comunitario, ii) Dictamen técnico de la Unidad de Planificación Estratégica/DAS, iii) Escritura Pública, iv) Copia del Documento de Identificación Personal.

Si la donación la realiza una comunidad indígena se deberá presentar a la Dirección del Área de Salud, los siguientes documentos: i) El consentimiento de la Asamblea Comunitaria, registrada por escrito en el Libro de Actas del Consejo de Desarrollo Comunitario, ii) Dictamen técnico de la Unidad de Planificación Estratégica/DAS, iii) Escritura Pública, iv) Copia del Documento de Identificación Personal de los representantes legítimos de la comunidad (presidente del COCODE y Alcalde Auxiliar).

5. Los interesados en la donación del predio presentan el expediente a la Dirección del Área de Salud.
6. La Dirección del Área de Salud envía los expedientes a la Coordinación Jurídica del MSPAS para continuar los trámites respectivos en el Registro de la Propiedad.

Para garantizar el retorno del terreno al donante, si no se construye el servicio de salud propuesto, deberá realizarse un acuerdo entre el donante y el Ministerio haciendo explícito que no se enviará la carpeta a bienes del estado si el ministerio no tiene la certeza del financiamiento del servicio.

GRÁFICA 1: LINEAMIENTOS DE ADQUISICIÓN DE TERRENOS



5.3. Mecanismos de quejas y reclamos.

El MSPAS para los asuntos de los reclamos y quejas hace uso de los buzones de sugerencias en los establecimientos de salud y del Libro de Quejas de la Dirección de Atención y Asistencia al Consumidor (DIACO) que, según la ley, debe estar disponible y accesible a los usuarios en los establecimientos públicos y privados, en este caso de los servicios de salud. Por otra parte, existen los mecanismos particulares de cada programa. Por ejemplo, el Programa de Inmunizaciones cuenta con las boletas de entrada, proceso y salida para monitorear la cobertura y calidad de los servicios de vacunación. La Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de los Servicios de Salud fue usada en las Direcciones de las Áreas de Salud como parte de la gestión de calidad y se revisaba cada seis meses, ante todo en los municipios certificados para brindar servicios de salud de calidad, en el marco del Sistema de Gestión de Calidad. Actualmente se ha abandonado la revisión periódica y se sigue usando cuando hay denuncias cursadas a través de las oficinas de la Procuraduría de los Derechos Humanos. Entonces, se solicita al denunciante que llene boleta, y en una reunión tipo Sala Situacional, el Consejo Técnico –en que participaban los coordinadores disciplinarios, los coordinadores de Distrito y el director del Área de Salud– conoce el caso, los hallazgos y asegura una respuesta y solución al reclamo planteado.

La Unidad Ejecutora del Programa estará formada por un Especialista Ambiental y un Especialista Social en cada una de las dos Direcciones del Áreas de Salud. El Especialista Social será el responsable técnico del monitoreo y seguimiento al Plan de Gestión Indígena, incluyendo los mecanismos de reclamos y quejas.

Los criterios para que las quejas o reclamos sean atendibles son los siguientes: i) La queja o el reclamo puede ser individual o colectivo. ii) Los hechos denunciados se encuentran directamente relacionados con el lugar donde se realizan las obras del Programa en la fase de construcción y de implementación. iii) Los agravios denunciados afecten la convivencia y la vida de los miembros de las comunidades indígenas, iv) Los denunciantes presentan evidencias fundadas sobre los reclamos.

Para el Hospital Distrital de Malacatán (San Marcos) y el Hospital Departamental de Huehuetenango, se incentivará y asegurará la disponibilidad del Libro de Quejas de la Dirección de Atención y Asistencia al Consumidor (DIACO) en las Oficinas de Atención al Paciente, así como campañas informativas que promuevan dentro de los usuarios del sistema público de salud la importancia de denunciar los hechos que afecten el derecho a la salud de los pacientes, con el propósito de mejorar la calidad de los mismos. Será el Consejo Técnico del Hospital el responsable de conocer los reclamos y de darle seguimiento a los mismos asegurando una respuesta escrita a los denunciantes en la que se explique el contexto, las causas de los hechos registrados y las soluciones encontradas.

La recepción, registro y tramitación de las quejas en el primer y segundo nivel de atención se hará a través de las Autoridades Comunitarias (Alcalde Auxiliar y miembros del COCODE) en coordinación con los Técnicos en Salud Rural a nivel de Sector o Territorio, quienes serán los primeros en conocer y registrar los hechos denunciados en el libro de actas del COCODE y/o en un libro del Distrito de Salud habilitado especialmente para el Programa. El Técnico en Salud Rural reportará a sus coordinadores inmediatos superiores siguiendo el formato de ficha que se adjunta en el Anexo 1 que inicia con el registro de la queja y concluye con la solución entregada al afectado(s) o resolución del caso.

Dependiendo del a gravedad de la queja, las autoridades comunales podrán buscar los mecanismos consensuados para resolver las desavenencias denunciadas durante la

construcción y la implementación de los servicios, en coordinación con los trabajadores de salud locales, como actualmente se viene haciendo. Las quejas y su seguimiento quedarán registradas en los libros de actas de los COCODES y/o del Distrito de Salud, conteniendo la siguiente información.

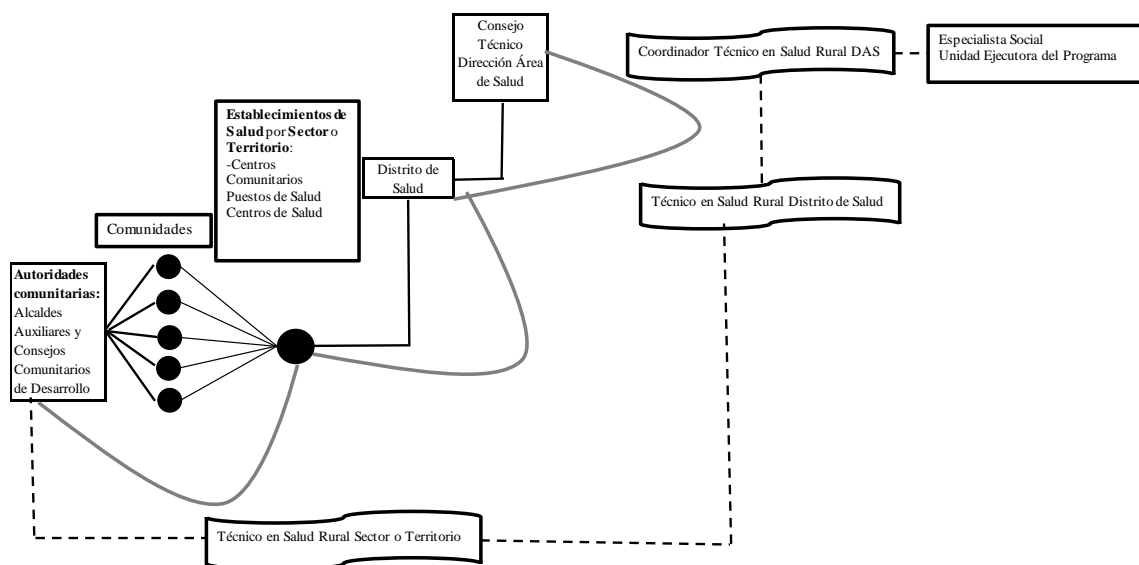
- Nombre del denunciante(s) y/o afectado (as):
- Tipo de reclamo (descripción de la queja atendiendo el tiempo, el modo y el lugar)
- Acuerdos sobre los mecanismos de averiguación o investigación (qué hicieron las autoridades comunales para darle seguimiento al caso y las respuestas encontradas)
- Evidencias presentadas (fotos, documentos, testigos).
- Resolución sobre el caso presentado (conciliatorio), o
- Institución a la que derivó la denuncia (Distrito de Salud, Dirección de Área de Salud, Alcalde Municipal, Ministerio Público, Juzgado de Paz, Centros de Resolución de Conflictos, Procuraduría de los Derechos Humanos, entre otros).

Los Técnicos en Salud Rural serán los encargados de monitorear las denuncias en la zona de influencia del Programa dentro de su jurisdicción, tomando en cuenta que actualmente son responsables de organizar y darle funcionalidad a las Comisiones de Salud a nivel de aldea. El coordinador de los Técnicos de Salud Rural a nivel de Distrito será el responsable del acopio de la información de su jurisdicción, así como de darle seguimiento a los casos de mayor gravedad, procurando asegurar respuestas factibles a los interesados, después de haber coordinado con el director del Distrito y de ser necesario, ambos darán seguimiento a los reclamos a nivel del Consejo Técnico de la Dirección del Área de Salud.

El Director General del Sistema Integral de Atención en Salud dentro de su jurisdicción es el responsable de solventar los agravios graves contra las comunidades indígenas quien tendrá a su cargo coordinar las medidas idóneas con las autoridades centrales del MSPAS.

El coordinador de los Técnicos de Salud Rural a nivel de las Direcciones del Área de Salud en coordinación con el Especialista Social, serán los responsables de centralizar y de registrar en una base de datos de Excel las quejas y reclamos que presenten los agraviados, asegurando asesorar el mejoramiento de los mecanismos de quejas, así como incentivando una cultura de denuncia documentada y con evidencias que ayude a mejorar los servicios de salud del Programa. El Especialista Social asignado al Área de Salud, como parte de los informes semestrales narrativos y financieros que el MSPAS reportará al Banco, también informará sobre los reclamos y quejas reportados durante ese periodo, así como los mecanismos de respuesta y solución institucional usados para su tratamiento.

GRÁFICA 2: FLUJOGRAMA DEL MECANISMO DE QUEJAS DEL PROGRAMA



5.4. Consultas a Pueblos Indígenas.

La Unidad de Atención de la Salud a los Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UASPIIG) y la Sección de Análisis Estratégico del Departamento de Desarrollo de los Servicios de la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (DGSIAS) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cuentan con experiencias previas de consulta a los usuarios de los servicios de salud. En este sentido, las consultas realizadas dentro del Programa se inscriben dentro de ese marco institucional de acercamiento por parte de las autoridades de salud a las sociedades locales.

Las consultas se realizaron en los tres niveles de atención de los servicios de salud, y los actores identificados para ser consultados fueron los siguientes: i) autoridades oficiales formalmente reconocidas por la administración pública; ii) Comadronas que además de realizar las funciones médicas de control prenatal, planificación familiar y atención de partos, actualmente son una de las figuras más sobresalientes de intermediación entre la comunidad y los servicios de salud; iii) Autoridades indígenas que aunque no cuenten con el reconocimiento estatal tienen prestigio y legitimidad en las sociedades locales; y iv) Personal de salud más cercano a la atención como las auxiliares de enfermería o los técnicos de salud rural a nivel de territorios y los coordinadores de los servicios según se trate del primer, segundo o tercer nivel de atención.

Las Dirección del Área de Salud de San Marcos y Huehuetenango, así como los directores del Hospital de Huehuetenango y San Marcos, realizaron mediante carta escrita las convocatorias a las consultas, ocho días antes de que éstas tuvieran lugar. Los eventos de consulta tuvieron carácter informativo sobre el programa y los servicios de salud local.

Las actividades de consultas se realizaron entre el 31 de julio y 10 de agosto de 2018, en las cabeceras municipales o departamentales donde se prevé realizar las obras, con excepciones

cuando por razones logísticas ha sido necesario reunir en un mismo lugar a actores provenientes de distintos lugares y distritos.

Fueron consultadas 266 personas, el 41.33 por ciento eran mujeres y el 51.06 por ciento de los actores consultados hablan un idioma de origen mayense. Se privilegió las consultas a pueblos indígenas mediante sus sistemas de autoridades vigentes, y, las mujeres fueron identificadas como actores relevantes a través de las comadronas que juegan un rol destacado en el servicio a la comunidad y a las coordinaciones que mantienen con los servicios públicos, así como la participación de enfermeras auxiliares y enfermeras profesionales que ocupan un rubro destacados dentro de los salubristas públicos.

Tomando en cuenta que en las comunidades rurales persiste mecanismos de comunicación oral, el día en que se realizó el evento de consulta, miembros de la UASPIIG o del SIAS del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, informaron oralmente del proyecto. Antes de iniciar las consultas se identificaron las necesidades prácticas de traducción; cuando fue necesario un trabajador de salud a nivel de territorios o distrito colaboró como interprete, principalmente en Concepción Huista y San Sebastián Coatán.

Con anticipación a la celebración de las consultas la UASPIIG solicitó que los participantes acudieran con los libros de actas de las autoridades de salud del Distrito y de los Consejos de Desarrollo Comunitario (COCODE), por lo que, los acuerdos logrados durante las consultas quedaron registrados en esos libros de actas habilitados de los COCODES y del Distrito de Salud.

Se recomienda que en las próximas consultas a pueblos indígenas se traslade la información a los actores interesados con por lo menos tres meses de anticipación, preferentemente de forma oral o mediante recursos audiovisuales, para asegurar que éstas garanticen el derecho colectivo de los pueblos indígenas a expresarse en su propio idioma, fortalezcan la participación de las Asambleas Comunitarias y la representatividad de los actores que, en esta primera fase, no fue posible tomar en cuenta como los líderes religiosos, organizaciones juveniles y de mujeres.

5.5. Lineamientos para realizar las consultas significativas.

Las consultas significativas dentro del Programa serán coordinadas por la UASPIIG quienes asesorarán a las Direcciones de Áreas de Salud y Distritos de Salud. Las consultas a los pueblos indígenas son un proceso que incluye el consentimiento previo, libre e informado a los pueblos indígenas previo al inicio de las obras que, se mantendrá, durante el tiempo que dure el Programa, incluyendo la consulta del Plan Estratégico Nacional de Atención en Salud a los Pueblos Indígenas. La UASPIIG desarrollará cuatro eventos preparatorios con los Técnicos en Salud Rural de las Direcciones de Áreas de Salud para desarrollar los criterios metodológicos y los objetivos de las consultas en dos fases diferentes. Dos eventos se realizarán previo al inicio de las obras con el objetivo de: i) informar la estructura organizativa y el ciclo del Programa, identificando los momentos claves consistentes en la aprobación del financiamiento por parte del Banco, la ratificación del mismo por el Congreso de la República, la apertura de las licitaciones y su adjudicación, el inicio de las obras y su finalización. ii) Los mecanismos de quejas y reclamos del Programa. iii) El cronograma de realización de las obras, y otros temas que se consideren pertinentes. Los otros dos eventos se realizarán durante el segundo año de inicio del Programa para socializar y validar el Plan Estratégico Nacional de Atención en Salud a Pueblos Indígenas e Interculturalidad. A nivel del Área de Salud son los Técnicos en Salud Rural, los responsables de coordinar, organizar y realizar las consultas con los representantes legítimos de las comunidades y pueblos indígenas.

Son considerados representantes legítimos de los pueblos indígenas: i) Los miembros de los Consejos de Desarrollo Local, ii) Los Alcaldes Auxiliares, iii) Comadronas, iv) Terapeutas tradicionales, v) Organizaciones Mayas, vi) Organizaciones de mujeres indígenas, vii) Organizaciones Juveniles, viii) Organizaciones religiosas. También se encuentran dentro de los actores a consultar, las Autoridades Municipales (síndicos, concejales, Dirección de Planificación Municipal) con quienes las autoridades de salud y las comunidades indígenas mantienen relaciones de colaboración en el mantenimiento de los servicios en los distintos niveles.

Para alcanzar la equidad de género en los procesos de consultas se tomará en cuenta los siguientes criterios: i) que en los actores identificados se distingan claramente las agrupaciones de mujeres (comadronas, académicas, activistas), ii) la representación paritaria de hombres y mujeres en los eventos de consulta, iii) la identificación étnica de las mujeres que participan en las consultas. iv) en contextos de mayoría indígena las consultas se realizarán en idioma materno con el propósito de fortalecer la participación de las mujeres indígenas que muchas veces tienen dificultades para hablar de manera fluida el idioma español. v) las consultas se realizarán en lugares accesibles para propiciar y garantizar la participación de las mujeres más vulnerables que residen en zona alejadas de difícil tránsito o acceso.

La difusión de la información previo a las jornadas de las consultas se recomienda realizarla con tres meses de anticipación, y en los municipios donde la población indígena sobrepasa el 60 por ciento de la población, se hará uso del idioma materno, se empleará el material audiovisual bilingüe que se producirá en el marco del Programa, mediante la red de Técnicos en Salud Rural a nivel de Áreas de Salud.

El MSPAS, mediante un enlace de la página web de la institución pondrá a disposición del público y los beneficiarios directos, información sobre los avances del programa, gastos previstos y realizados, grado de ejecución, beneficiarios y los procesos de adjudicación de las obras; instrumentos que podrán ser consultados por los pueblos indígenas.

5.6. Monitoreo y evaluación.

La Unidad Ejecutora del Programa contratará un Especialista Ambiental y un Especialista Social, así como a dos Facilitadores Interculturales para las Direcciones del Área de Salud de San Marcos y Huehuetenango. El especialista Social será el encargado del monitoreo del presente plan, y en coordinación con los Facilitadores Interculturales hará visitas de campo y una reunión de monitoreo semestral con las contrapartes a nivel central y de las Direcciones de Áreas de Salud involucradas en el plan de gestión para pueblos indígenas. Al finalizar el programa, se hará una evaluación final del plan de gestión para pueblos indígenas.

5.7. Actividades, presupuesto, responsables y tiempos.

No.	ACTIVIDAD	MONTO \$US	ENTE RESPONSABLE DEL MSPAS	TIEMPO MESES	OBSERVACIONES
1	Plan de Gestión para la Atención en Salud a los Pueblos Indígenas de Huehuetenango y San Marcos.	\$25,000.00	Unidad de Pueblos Indígenas e Interculturalidad –UASPIIG- Programa de Medicina Tradicional y Alternativa, Direcciones de Áreas de Salud de Huehuetenango y San Marcos	6	Componente 1 del Programa. Se trata de un plan nacional multianual con visión estratégica no menor a cinco años. En este Plan se deben contemplar esta serie de acciones con el presupuesto respectivo
2	Consultas significativas a las comunidades interesadas	\$130,000.00	Unidad de Atención de la Salud a los Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UASPIIGG), Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (DGSIAS) y Direcciones de Área de Salud (DAS)	24	Plan de Gestión para Pueblos Indígenas Contempla la realización de las consultas a las comunidades pendientes de realizar, que forman parte del universo del proyecto.
3	Seguimiento a las consultas significativas en Huehuetenango y San Marcos	\$15,000	Direcciones de Áreas de Salud, distritos de Salud de los departamentos de Huehuetenango y San Marcos. Unidad de Pueblos Indígenas / UPE Huehuetenango y San Marcos	24	Plan de Gestión para Pueblos Indígenas Transferencia de capacidades a personal de la DAS y Distritos de Salud de las Áreas de Salud de Huehuetenango y San Marcos. Conformación de Comité de seguimiento conformado por representantes comunitarios y personal de salud de las DAS, Distritos de Salud

			Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (DGSIAS)		
4	Contratación de Facilitadores Interculturales en las Dirección del Área de Salud de San Marcos y Huehuetenango	\$355,000.00	Dirección de Áreas de Salud Unidad de Atención de la Salud a los Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UASPIIGG)	48	Componente 1 del Programa , contratar servicios profesionales de 4 Facilitadores Interculturales para las dos Áreas de Salud del Programa, dos en cada una de ellas. Serán los encargados de darle seguimiento a las consultas a Pueblos Indígenas y de implementar el Plan de Acción. Se recomienda que el MSPAS cree la figura del facilitador intercultural para la sostenibilidad del personal a futuro. El perfil de los Facilitadores Interculturales serán profesionales de sociología, antropología, lingüística y otras ciencias sociales con conocimiento en las ciencias médicas profesionales o tradicionales. Los cálculos fueron realizados sobre Q14,000.00 mensuales.
5	Preparación de diseños arquitectónicos de infraestructura con pertinencia cultural.	\$25,000.00	Unidad e Planificación Estratégica (UPE) y Unidad de Atención de Salud a los Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UASPIIGG)	4	Componente 1 del Programa. Contratar profesionales con conocimientos en etno arquitectura y arqueología para asegurar la pertinencia cultural de la infraestructura de los servicios de salud. 1.5

6	Línea base sobre el uso del idioma materno como barrera para acceder a los servicios de salud	\$75,000.00	Unidad de Atención de la Salud a los Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UASPIIGG) y coordinaciones con otras unidades del MSPAS.	10	Plan de Gestión para Pueblos Indígenas: Incluye la contratación de una consultoría que permita asegurar los requisitos técnicos y legales para implementar una política adecuada de recursos humanos según las necesidades culturales y lingüísticas de los servicios de salud.
7	Diplomado semipresencial para personal de los distritos de salud y Dirección de Área de Salud de Huehuetenango y San Marcos con enfoque en salud intercultural	\$125,000.00	Unidad de Atención de la Salud a los Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UASPIIGG) y coordinaciones con otras unidades del MSPAS, Direcciones de Áreas de Salud de Huehuetenango y SIAS.	36	Componente 1 del Programa, Año1: incluye el diseño de un diplomado semi presencial dirigido a médicos, directores de Áreas de Salud y enfermeras profesionales; Años 2: Gestión de créditos institucionales y académicos, y elaboración de materiales pedagógico para los fines. Año 3: Implementación del diplomado, garantizado su sostenibilidad para promociones futuras.
8	Materiales Comunicaciones con enfoque intercultural y de pueblos indígenas	\$75,000.00	Unidad de Atención de la Salud a los Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UASPIIGG)	8	Programa de Gestión para Pueblos Indígenas. Se trataría de la producción de material audiovisual con las siguientes temáticas: 1) Normas de pertinencia cultural, 2) Uso de plantas medicinales, 3) La Autoidentificación, 4) Política Nacional de Comadronas para los Pueblos Indígenas, Garífunas, Xincas y Ladinos. 4) El uso del idioma. Así como la elaboración e impresión de un trifoliar que informe sobre el ciclo del Programa, los lineamientos de

					adquisición de terrenos y los mecanismos de quejas y reclamos del Programa.
9	Desarrollo e institucionalización de los Diálogos interculturales en salud	\$25,000.00	Unidad de Atención de la Salud a los Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UASPIIG)		Programa de Gestión para Pueblos Indígenas. Desarrollar 15 diálogos interculturales entre personal de salud y los especialistas de salud en el sistema indígena, que puede convertirse en una alternativa al actual adiestramiento para comadronas, entre otras.
10	Evaluación final del plan de gestión para pueblos indígenas	\$15,000.00	Unidad de Atención de la Salud a los Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UASPIIG)	4	Plan de Gestión para Pueblos Indígenas
11	TOTAL	\$865,000.00			
12	Imprevistos	\$100,000.00			Para cubrir las necesidades de implementación del Plan de Acción y de ser posible el uso de aplicaciones tecnológicas en los servicios de salud.
	GRAN TOTAL	\$965,000.00			



Anexo 1

FICHA REGISTRO DE QUEJAS **Programa de Fortalecimiento de la Red Institucional de Servicios de Salud** **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

DATOS GENERALES

Lugar y fecha: _____

Nombre del establecimiento de salud: _____

Nombre(s) de los agraviados (as): _____

TIPO DE QUEJAS Y RECLAMOS: Describir qué pasó, dónde pasó y cuándo sucedió. Adjuntar evidencias materiales si existen (fotos, documentos, etcétera).

MECANISMOS DE AVERIGUACIÓN y TRAMITACIÓN: Se describe qué actividades se realizaron por parte del Técnico en Salud Rural para esclarecer los hechos.

RESOLUCIÓN DE LA QUEJA: Se informa cómo se soluciona el caso, si fue mediante mecanismos conciliatorios o si la queja se derivó a otra institución pública para su conocimiento y sanción. Se detalla la respuesta entregada a los afectados y la fecha en que se cierra el caso.

PERCEPCIONES DE LOS USUARIOS:

¿En qué idioma prefiere que le pregunte sobre la queja presentada? Español ☐ Idioma materno ☐

¿En qué idioma lo atendieron cuando presentó la queja? Español ☐ Idioma materno ☐

¿Cuánto tiempo pasó desde que presentó la denuncia hasta que le dieron una solución o respuesta? _____

¿Cómo se sintió ese tiempo? Le dio seguimiento ☐ Se le había olvidado ☐ Otro _____

¿Se encuentra(n) satisfechos con la solución? SI ☐ NO ☐

¿Por qué? _____

Lugar y fecha del cierre de la queja:

Nombre y firma de la persona responsable:
