

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



**ANÁLISIS SOCIO CULTURAL**

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

Version 1/2

Preparado por  
Marta Gutierrez, Consultora  
para el MSPAS

**Guatemala, agosto de 2018**

# Contenido

<b>CONTENIDO</b> .....	<b>1</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	<b>2</b>
<b>1. OBJETIVOS Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO</b> .....	<b>6</b>
<b>2. ANÁLISIS DEL MARCO LEGAL SOBRE PUEBLOS INDÍGENAS</b> .....	<b>11</b>
LEGISLACIÓN NACIONAL .....	11
INSTRUMENTOS INTERNACIONALES .....	12
POLÍTICAS DE SALVAGUARDIA DEL BID.....	13
<b>3. ANÁLISIS DEL CONTEXTO SOCIOCULTURAL</b> .....	<b>16</b>
DE QUÉ COMUNIDADES INDÍGENAS SE TRATAN .....	18
FUNCIONAMIENTO Y LÓGICAS COMUNITARIAS SOBRE EL PODER Y LA AUTORIDAD .....	23
SIMBOLISMO Y SACRALIDAD INDÍGENA .....	27
<b>6. PRINCIPALES IMPACTOS Y RIESGOS SOCIO CULTURALES</b> .....	<b>30</b>
LA PROPIEDAD Y GESTIÓN DE LOS PREDIOS .....	30
REPRODUCIR LA EXCLUSIÓN Y LA INEQUIDAD DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD .....	31
POSIBLES CONFLICTOS INTER O INTRA COMUNITARIOS .....	32
ACCESO A AGUA DE CALIDAD EN ZONAS RURALES.....	33
<b>7. PLAN DE GESTIÓN PARA PUEBLOS INDÍGENAS</b> .....	<b>35</b>
MEDIDAS QUE ASEGUREN LA PERTINENCIA CULTURAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD .....	35
MECANISMOS DE QUEJAS Y RECLAMOS.....	37
CONSULTAS A PUEBLOS INDÍGENAS .....	38
MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	40
RESUMEN DE ACTIVIDADES, PERSONAL Y CRONOGRAMA .....	40
RESUMEN DEL PRESUPUESTO DEL PLAN DE GESTIÓN PARA PUEBLOS INDÍGENAS .....	41

## Resumen ejecutivo

El programa de Fortalecimiento de la Red Institucional de Servicios de Salud (GU-L1163) tiene como objetivo mejorar la salud de la población, a través del fortalecimiento de la atención integral —con prioridad en salud materno infantil y nutrición— en todos los niveles de atención de la red de los departamentos fronterizos de San Marcos y Huehuetenango entre el año 2020 – 2025 mediante un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) que asciende a 100 millones de dólares (US\$100,000,000). Ambos departamentos, San Marcos y Huehuetenango están incluidos en el Plan para la Prosperidad del Triángulo Norte, una iniciativa conjunta entre Guatemala, El Salvador y Honduras con EEUU para frenar la emigración hacia Norteamérica.

El programa se implementará en la región suroccidental y noroccidental del país la que, después del conflicto armado interno y a raíz de la firma de los Acuerdos de la Paz, ha venido adquiriendo mayor importancia en la agenda nacional, ante todo a raíz del informe de las Naciones Unidas *Memoria de Silencio* que, resaltó la importancia del tema de derechos humanos en el norte de la región el Estado guatemalteco durante 1981 y 1983, incluyendo la población Maya Chuj y Q'anjobal. 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.

El programa se enfoca en la construcción de infraestructura de salud, equipamiento, mejoramiento o remozamiento de 157 obras en todos los niveles de atención del MSPAS se realizara de forma dispersa a lo largo de 11,191 kilómetros cuadrados en 41 municipios de los sesenta en que se encuentran organizados los departamentos de Huehuetenango y San Marcos; abarca a nueve grupos étnicos incluyendo a los ladinos, Mames, Sipakapenses, K'che's, Awakatecos, Akatecos, Chujes, Q'anjob'ales, Popti'-Jakaltecos. Esta región involucra una considerable diversidad ecológica, cultural, étnica, lingüística y económica desde las costas del Pacífico hasta la zona montañosa de los Cuchumatanes en que la altitud alcanza más de 3,000 metros sobre el nivel del mar.

Para la preparación del presente documento se tomó en cuenta una muestra de 23 proyectos, la cual se definió en base a varios criterios para asegurar que la muestra sea representativa. Estos criterios son: (i) distribución geográfica: Se eligieron obras de diferentes modalidades a ser ejecutadas en los dos departamentos a ser intervenidos bajo el Programa (Huehuetenango y San Marcos), y dentro de los departamentos se seleccionaron municipios según variedad y representatividad de los departamentos, incluyendo obras tanto en zonas urbanas como rurales; (ii) etnicidad: en cada municipio seleccionado se seleccionaron las comunidades buscando la mejor representatividad étnica y cultural de la población; (iii) tipo de obra: se seleccionaron casos de manera que cubran cada tipología de obras de infraestructuras a ser financiada bajo el Programa (Hospitales, CAP, CAIMI, CS y PS); y (iv) y tipo de intervención: se eligieron tanto construcciones nuevas como obras de mejoramiento de infraestructura existente, priorizando la inclusión de construcciones nuevas.

El análisis sociocultural ha identificado como potenciales riesgos para el programa el costo del traspaso de los predios para los centros de salud, ya que la gestión y traspaso de

predios propiedad de miembros o de las comunidades indígenas a favor de los Bienes del Estado como donaciones no establece medidas de compensación ni el reconocimiento de los aportes financieros de éstas, invisibilizando el aporte del trabajo y la contrapartida indígena. Asimismo, falta claridad por parte del MSPAS para informar a las comunidades indígenas sobre los requisitos y trámites jurídicos y de agrimensura necesarios para que las comunidades indígenas potencialmente beneficiarias del programa, gestionen eficazmente y financien el traspaso de los predios a favor del Estado guatemalteco, lo que redundará en mayores gastos económicos para comunidades que de por sí sobreviven en situaciones precarias, lo cual es consistente con un sistema de autogestión de los servicios de salud pública subsidiado por las comunidades y familias pobres y vulnerables.

También se ha documentado que el MSPAS ha respetado la voluntariedad de las comunidades indígenas para la donación de los predios y de la construcción de infraestructura de salud. No obstante, en determinados contextos puede constituirse en un criterio de exclusión tomando en cuenta que podrán ser beneficiadas comunidades que mantienen relaciones con la institucionalidad pública, y no así aquellas comunidades que habitan tierras escarbadadas que no cumplen con los requisitos técnico-legales requeridos y que tampoco cuentan con las capacidades de compra de terrenos idóneos para los servicios de salud.

El déficit de acceso al agua de calidad, así como de las medidas básicas de saneamiento en comunidades rurales es otro de los riesgos activos que pueden incidir en la ejecución del programa, ya que las obras de infraestructura de salud tendrán lugar en ambientes ecológicos que carecen de este elemento líquido o que el agua que se consume no cubre las normas básicas de sanidad. De los 1368 sistemas 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; 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. Acercar mediante el diálogo, los mecanismos oficiales 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. 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.

Las mujeres que acuden a los servicios de atención de salud potencialmente son objeto de cuádruple discriminación en su condición de féminas, indígenas, pobres, y residentes en zonas rurales. El sexo femenino se encuentra más expuesto 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 contra los niños, hombres y ancianos/as. Habría que considerar los contextos particulares en que se han registrado este tipo de eventos que atentan de esta forma los fundamentos del grupo o la familia, al agredir sexualmente a los ancianos. Por ahora ni los protocolos del MSPAS ni las estructuras organizativas de las Áreas de Salud en que operará el programa, prestan especial atención ni cuentan con los recursos humanos para prevenir en el nivel de atención primaria y secundaria los gravámenes contra las mujeres y las niñas/os.

La reproducción de la exclusión y la inequidad en la atención de salud a los pueblos indígenas es uno de los riesgos que el programa puede reproducir si no se toman en cuenta medidas que aseguren la adecuación sociocultural de los servicios de salud. El MSPAS ya cuenta con normas y procedimientos institucionales que ayuden acercar los servicios públicos de salud a los Pueblos Indígenas. Uno de los signos más patentes de la inequidad es el hecho de que pacientes, ante todo mujeres, no puedan recibir atención médica en su propio idioma o mediante intérpretes. Constituye uno de los derechos colectivos de los Pueblos Indígenas admitido por el Derecho Internacional, así como por el Derecho Constitucional guatemalteco que garantiza el derecho fundamental a la salud, sin discriminación alguna (Constitución de la República, artículo 93) y el Código de Salud que contempla tomar en cuenta el contexto nacional, multiétnico, pluricultural y multilingüe en que se desarrollan los servicios de salud (Código de Salud, artículo 18).

No se han identificado resistencias latentes al programa, por el contrario, el derecho a la salud en condiciones dignas es parte de los reclamos de las comunidades indígenas. Si se produjeran algunos conflictos sociales estos serían colaterales al programa, por ejemplo, antiguos conflictos limítrofes entre municipios en que los vecinos no quieren acudir a los servicios del pueblo con quienes se mantienen las querellas; oposiciones aisladas de familias cuyas creencias religiosas no admiten la atención médica, intereses de comunidades vecinas por acceder a la misma infraestructura a causa de rivalidades entre caseríos, y jóvenes que en contextos precisos mantienen una actitud hostil hacia la vida comunitaria.

Para abordar estos temas, el presente Análisis Socio Cultural incluye un Plan de Gestión de Pueblos Indígenas, el cual contiene las siguientes medidas:

1. Propiciar y fortalecer las coordinaciones entre la Unidad de Atención de la Salud a los Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UASPII), la Unidad de Medicina Tradicional y Alternativa y el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) a nivel de las Áreas de Salud de San Marcos y Huehuetenango, a través de la contratación a tiempo completo durante cinco años de tres Facilitadores Interculturales, uno/a destina al Área de Salud de San Marcos y dos para el Área de Salud Huehuetenango, considerando las particularidades regionales del norte y sur del departamento. Los facilitadores serán encargados de implementar las siguientes acciones:
  - La continuidad de las consultas de buena fe en la zona de influencia del programa.
  - Preparar campañas de sensibilización de los programas de salud en idiomas maternos.
  - Propiciar la formación de personal profesional con competencia cultural en las Áreas de Salud y hospitales que formen parte del programa.
  - Promover Intercambios de conocimientos y experiencias entre las autoridades oficiales de salud y los especialistas tradicionales indígenas ((IyomAti't, Sik'omUnin, Ilonel/ comadrona; Aj Kun/Aj Kunanel/Jeqilwom/curandero; Aj Chay, Aj Chah/curador de artritis y problemas de circulación de la sangre, entre otros).
  - Participación del personal de salud en congresos, coloquios o seminarios internacionales.

2. Asegurar la implementación eficiente del programa, y para evitar que las comunidades realicen gestiones y gastos innecesarios, así como para asegurar el reconocimiento de las comunidades indígenas, podrá previo a la implementación del programa:
  - Contratar un abogado (que cuente con los apoyos logísticos necesarios) en el Área de Salud de San Marcos, con el propósito de regularizar, ordenar y gestionar los predios a nombre del Estado.
  - Realizar un inventario de los aportes financieros de las comunidades indígenas que incluya el valor del terreno, los jornales para mejorar la topografía del mismo, la introducción del agua, la energía eléctrica, así como los gastos en que incurran para la agrimensura y escrituración de los mismos. Datos que pueden quedar reflejados en el presupuesto oficial del programa.
  - Contratar una consultoría para desarrollar material pedagógico y divulgativo escrito accesible a las comunidades indígenas, y en el que el MSPAS defina claramente los criterios técnicos, jurídicos y de agrimensura requeridos para realizar las obras de infraestructura, tomando en cuenta la diversidad geográfica y topográfica de las regiones ecológicas. Tomando en cuenta que el programa puede sentar las bases para otros esfuerzos orientados en la misma dirección.
3. Activar las Comisión de Salud de los Consejos Municipales de Desarrollo (COMUDE), en coordinación con iniciativas públicas y de la cooperación internacional, como Nexus Municipal que promueve la participación activa de las Alcaldías o Autoridades Indígenas en los espacios institucionales existentes. Estas se convertirían en los espacios institucionales de quejas y reclamos más cercanas a las comunidades indígenas. Por su parte el organismo ejecutor del programa pondrá disposición pública durante el periodo de ejecución del programa y hasta cinco años de concluido el mismo, información sobre los avances del programa, gastos previstos y realizados, grado de ejecución, beneficiarios y los procesos de adjudicación de las obras. Se realizará a través de todos los medios disponibles, incluyendo un enlace electrónico destinado al programa que estará incluido en la página web en este caso del MSPAS.
4. Sobre las consultas a pueblos indígenas, los Facilitadores Interculturales bajo la dirección de la UASPII en coordinación con el SIAS serán los órganos encargados de asegurar se cumplan los mecanismos de información y consulta a los pueblos indígenas.
5. Formará parte de la Unidad Ejecutora del programa un Especialista Social en Pueblos Indígenas que asegure la asesoría, monitoreo y seguimiento de este plan de gestión.

## 1. Objetivos y descripción del proyecto

El programa de Fortalecimiento de la Red Institucional de Servicios de Salud (GU-L1163) tiene como objetivo mejorar la salud de la población, a través del fortalecimiento de la atención integral —con prioridad en salud materno infantil y nutrición— en todos los niveles de atención de la red de los departamentos fronterizos de San Marcos y Huehuetenango entre el año 2020 – 2025 mediante un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) que asciende a 100 millones de dólares (US\$100,000,000). Ambos departamentos, San Marcos y Huehuetenango están incluidos en el Plan para la Prosperidad del Triángulo Norte, una iniciativa conjunta entre Guatemala, El Salvador y Honduras con EEUU para frenar la emigración hacia Norteamérica.

Ambos departamentos, San Marcos y Huehuetenango, situados en la frontera sur con México y de ser los mayormente poblados de Guatemala, cuentan con un alto índice de población indígena. De los diez municipios seleccionados para la muestra, en los municipios de Comitancillo, Tajumulco, Concepción Huista, Aguacatán y San Sebastián Coatán entre el 80% y 100% de sus habitantes hablan un idioma de origen mayense —muy superior a la media nacional que se registra en el 60%—; el monolingüismo lo viven mayormente las mujeres aldeanas y mujeres ancianas. Siguiendo las pautas del derecho internacional, el solo hecho de no contar con acceso a los servicios de salud en el propio idioma se convierte un síntoma de exclusión y de no reconocimiento de los derechos colectivos de los Pueblos Indígenas.

Vista la estructura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) desde abajo hacia arriba, éste inicia con los sectores que agrupa a más de una comunidad e idealmente cubre una población de 2,500 habitantes y se encuentra a cargo de dos enfermeras auxiliares y eventualmente un Técnico en Salud Rural; después le siguen los territorios que pueden estar agrupados hasta por cinco sectores bajo la dirección de una enfermera profesional y un Técnico en Salud Rural; en seguida se encuentra el Distrito de Salud a cargo de un médico general como coordinador. El Distrito de Salud corresponde a la división municipal y su coordinador depende del director del Área de Salud a nivel departamental.

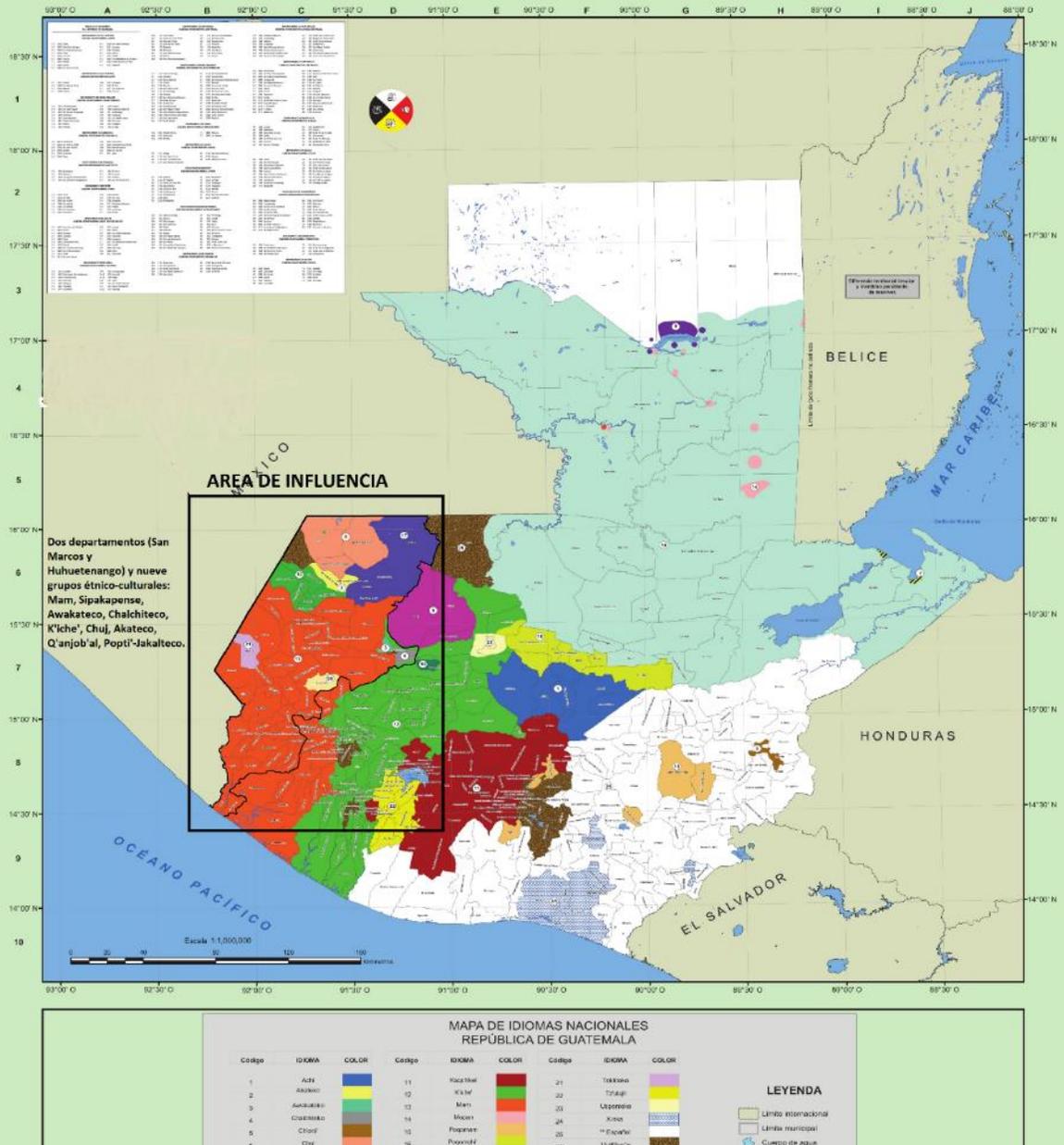
Según se pudo observar que, el personal de salud a nivel de sectores y territorios con equipamiento mínimo, escasez de medicamentos y de infraestructura, son quienes mantienen una relación más estrecha con las comunidades, la comunicación la mantienen en el idioma materno ya que frecuentemente el personal de salud forma parte de las mismas comunidades. Entre más se especializan los servicios en la jerarquía institucional a nivel hospitalario, frecuentemente los usuarios indígenas son atendidos en un idioma ajeno. Sin embargo, aún en el segundo nivel de atención a través de los Centros de Atención Permanente (CAP) o los Centros de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) los usuarios valoran ser atendidos en su propio idioma por médicos indígenas profesionalizados, y cuando esto no sucede en lugares como Santa Eulalia (Huehuetenango) los pacientes indígenas expresaron que para mejorar el servicio éste pudiera estar a cargo de una médica indígena, ya que las mujeres aldeanas les da miedo quedarse solas sin poder hablar su idioma con nadie.



# K'ulb'il Yol Twitz Paxil

## Academia de las Lenguas Mayas de Guatemala

B'o'oylu'um Xokt'an ti a' Nojlu'umil ti Paxil (Itza')  
 Mapa de Idiomas Nacionales, República de Guatemala



La situación de exclusión de los indígenas se puede comprender por los mismos motivos que llevaron al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a seleccionar como prioritarias a las Áreas de Salud de San Marcos y Huehuetenango debido a sus altos índices de desnutrición infantil crónica, la que es 87 % superior a las Áreas de Salud no priorizadas.

Pero la asimetría también se observa en la mortalidad materna (82%), el parto domiciliario (570%), las camas hospitalarias disponibles (389%) y los egresos (167%).

Interesa resaltar que en las zonas indígenas y rurales se puede hablar de un abandono por parte del MSPAS como ente rector de la salud a nivel nacional; las Unidades Mínimas de Salud, los Centros de Convergencia o Centros Comunitarios usados para atender a los pacientes, han sido construidos con trabajo no calificado de los hombres de las comunidades, las donaciones de organizaciones privadas internacionales y frecuentemente pequeñas inversiones realizadas por las municipalidades. Esta especie de irregularidad institucional se traduce en que los exiguos costos de operación, mantenimiento y funcionamiento de los servicios en el primer nivel de atención han recaído en la economía comunitaria. El déficit de presupuesto institucional destinado para este propósito redundante que también en el segundo y primer nivel de atención, frecuentemente el personal paramédico acuda a actividades como rifas, kermeses, con el propósito de autofinanciar necesidades concretas de los servicios.

Por lo que en el marco del PFRISS, la estrategia del MSPAS se enfoca a fortalecer los tres niveles de atención mediante la construcción de infraestructura, equipamiento, normalización y re categorización de la red de servicios. Los impactos esperados del programa son:

1. Reducir el daño en salud (desnutrición, mortalidad materno infantil)
2. Mejorar la calidad de los servicios
3. Mejorar la eficiencia productiva

Asimismo, la idoneidad del programa PFRISS en contextos indígenas tomarán en cuenta la capacidad de ajustar los servicios de salud al ambiente sociocultural, el cual podrá ser medido por la aceptación que las comunidades y usuarios indígenas le otorguen al programa desde la etapa del diseño hasta su implementación.

El programa se encuentra organizado en tres componentes:

**Componente 1: Fortalecimiento integral de la red de atención de salud (US\$ 75,451,333)**

El objetivo de este componente es apoyar la normalización y expansión de la red de servicios de salud, así como el desarrollo del modelo de redes basadas en atención primaria en salud. Contempla construir, remozar, normalizar y recategorizar a nivel de las cabeceras municipales tres Centros de Salud, diez Centros de Atención Permanente, dos Centros de Atención Integral Materno Infantil; así como 138 Puestos de Salud a nivel de aldeas que han sido identificadas por el MSPAS como sede de sector o de territorio, considerando un número de población ideal de 5,000 habitantes, la accesibilidad para otras comunidades y que el próximo servicio de salud se encuentre a más de una hora de distancia. Tendrá una cobertura de más de 2.5 millones de usuarios del MSPAS.

A fin de fortalecer el funcionamiento de la red se desarrollarán sistemas y capacitaciones para los distintos niveles de la Red Integrada de Sistema de Salud, Direcciones de Áreas de Salud y Distritos, a manera de diseñar y poner en marcha un mecanismo de gestión de la red que asegure la continuidad de cuidados, la calidad, la oportunidad de los servicios y la eficiencia productiva de los servicios de la red.

### **Componente 2: Fortalecimiento de la función de regulación en la provisión de servicios del MSPAS (US\$ 19.948.667)**

El objetivo de este componente es fortalecer la función de regulación de la provisión de servicios de salud del MSPAS para lo cual se promoverá el desarrollo de las redes de apoyo desde el nivel nacional al departamental, así como la estandarización de los modelos de organización y gestión de redes y gestión de hospitales. Se estima ampliaciones y mejoras en las redes de apoyo del Hospital Departamental de Huehuetenango y el Hospital Distrital de Malacatán (departamento de San Marcos), así como la construcción de dos nuevos Hospitales Distritales en Santa Huista y Santa Eulalia (Huehuetenango).

El componente financiará:

- a) Los estudios de factibilidad para la regionalización de los Bancos de Sangre
  - i.Regionalización de Laboratorios de Rutina,
  - ii.Red de Urgencia-Emergencia prehospitalaria
  - iii.Logística de Medicamentos e Insumos
  - iv.Mantenimiento de Infraestructura y equipos de salud
  - v.Sistemas de Información en Salud.
- b) Inversión (infraestructura, equipos, gestión del cambio, puesta en marcha y supervisión de la implementación de los modelos de gestión en los departamentos de Huehuetenango y San Marcos).
- c) Actualización del modelo de gestión hospitalaria y su puesta en marcha en dos hospitales departamentales.

El rediseño de estas redes beneficiará a los 14.2 millones de usuarios del MSPAS (2018), su implementación mejorará los servicios de los 2.5 millones de usuarios de los departamentos de San Marcos y Huehuetenango.

### **Componente 3. Administración y auditoría (US\$.4,600,000)**

Se financiarán los gastos operativos del programa, incluyendo los costos de la Unidad Coordinadora del Proyecto, las auditorías financieras y las evaluaciones del proyecto.

El presupuesto del programa se desglosa por componentes, como se presenta a continuación:

Tabla 1  
Presupuesto programa PFRISS  
Agosto 2018

<b>COMPONENTE</b>	<b>BID</b>	<b>APORTE LOCAL</b>	<b>TOTAL</b>
Componente 1	75,451,334	22,663,253	98,114,586
Componente 2	19,948,667	4,500,000	24,448,667
Componente 3	4,600,000	-	4,600,000
Total	100,000,000	27,163,253	127,163,253

## 2. Análisis del marco legal sobre pueblos indígenas

### Legislación nacional

El Programa de Fortalecimiento de la Red Institucional de Servicios de Salud (GU-L1163), cuyo objetivo es *mejorar la salud de la población, a través del fortalecimiento de la atención integral -con prioridad en salud materno infantil y nutrición- en todos los niveles de atención de la red de salud* de los departamentos priorizados es congruente con la normativa y legislación nacional. En dicho sentido, siendo los departamentos seleccionados y las poblaciones beneficiarias, en su gran mayoría pertenecientes a pueblos indígenas, y debiendo el programa desarrollarse y ejecutarse con pertinencia cultural, la Constitución Política de la República, contempla dentro de sus contenidos esenciales, la participación de las personas en la vida cultural de las comunidades, derecho a la identidad cultural de personas y comunidades, de acuerdo a sus costumbres, su lengua y sus costumbres; se 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 en hombres y mujeres, así como de sus idiomas (Constitución de la República de Guatemala, artículo 58 y 66). En ese contexto se proyecta el fortalecimiento y el acceso a la salud, a través de la realización de obras de infraestructura, equipamiento y continuidad del funcionamiento de los servicios en el primer, segundo y tercer nivel de atención en salud.

En lo relativo al idioma, la Ley de Idiomas Nacionales 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 AIDPI 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%).

### **Instrumentos Internacionales**

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. De esa cuenta los Estados que los suscribieron admiten la obligación de someter a la aprobación de las instituciones representativas de los pueblos indígenas, todos aquellos proyectos legislativos, administrativos y de cualquier índole que puedan en algún momento alterar la forma de vida, social, cultural, económica de las comunidades o pueblos originarios. Para ello define las Consultas de Buena Fe a los Pueblos Indígenas, con el objetivo de obtener de éstos su consentimiento o rechazo ante obras que pudieran considerarse dañinos para su forma de vida y su cosmovisión. Las consultas llevadas a cabo en aplicación de este Convenio deberán efectuarse de buena fe y de una manera apropiada a las circunstancias, con la finalidad de llegar a un acuerdo o lograr el consentimiento acerca de las medidas propuestas. En el caso que ocupa, la consulta previa, informada y de buena fe a representantes de las comunidades beneficiarias, tienen como principal objetivo informar sobre el programa y buscar el consentimiento y la no objeción del mismo, como parte del reconocimiento y respeto a los Pueblos Indígenas.

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, en ese sentido 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 de Fortalecimiento a la Red Institucional de Servicios de Salud, no contempla acciones adversas a estas declaraciones; por el contrario, busca incorporar en su diseño medidas administrativas y técnicas que aseguren la pertinencia cultural en la red de los servicios de salud.

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 en 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, etc. Fortalecer el sistema de salud que atienda a todas las personas sin importar su identidad étnica, cultural, religiosa o política, es uno de los propósitos del programa en referencia.

### **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 a los Pueblos Indígenas y 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, para lo que ha implementado el tema de las consultas a los grupos culturales que puedan ser afectados por el desarrollo de las operaciones que el Banco apoya. Estas consultas deben realizarse respetando la cultura y la forma de vida de los pueblos indígenas involucrados, con el propósito de llegar a un acuerdo y 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 focalizar 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.

En el campo de las salvaguardias en las operaciones del Banco, busca que los proyectos elegibles para financiamiento, observen las normas de derecho aplicable. En referencia a los impactos adversos, se evita desarrollar operaciones que alteren o perjudiquen la vida, cultura y medio de los pueblos indígenas. Para la viabilidad de estos proyectos el Banco requiere de parte del proponente, evaluaciones pertinentes para determinar la gravedad de los impactos negativos sobre todos los aspectos de la vida de las comunidades indígenas. Estas evaluaciones incluyen las consultas a los pueblos y comunidades involucradas. 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”, dentro de este eje, se prioriza apoyar acciones específicas que busquen cerrar la brecha cuantitativa y cualitativa en los servicios de salud recibidos por los pueblos indígenas, mediante intervenciones preferenciales y socioculturalmente apropiadas. Esta política se inscribe dentro de los postulados de la legislación nacional e internacional.

El objetivo de la Política de Igualdad de Género en el Desarrollo (OP-761) es fortalecer la respuesta del Banco a los objetivos y 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.

En la Política de Medio Ambiente y Salvaguardias (OP-703), el Banco identifica el ambiente, la reducción de la pobreza y el desarrollo social como las áreas prioritarias para inversión, buscando: potenciar la generación de beneficios de desarrollo de largo plazo para los países miembros, a través de resultados y metas de sostenibilidad ambiental en todas las operaciones y actividades del Banco y a través del fortalecimiento de las capacidades de gestión ambiental de los países miembros prestatarios; asegurar que todas las operaciones y

actividades del Banco sean ambientalmente sostenibles; e incentivar la responsabilidad ambiental corporativa dentro del Banco mismo.

El respeto por el medio ambiente es un eje transversal de las operaciones del Banco, se traten o no directamente de proyectos ambientales. Desde los años 90's el tema del ambiente se incluyó como una prioridad, tal como se señaló anteriormente para todas las operaciones de índole de desarrollo económico y social. Esto significa que todos los proyectos apoyados por el Banco, requiere que el proponente del proyecto realice una revisión cuidadosa de las alternaciones y los impactos positivos y negativos que las operaciones puedan implicar, así como del medio ecológico en el que conviven las comunidades y pueblos urbanos y rurales, indígenas o no indígenas, con el fin de causar el menor impacto adverso posible y cuando éste sea inevitable, implementar las medidas de mitigación pertinentes para rescatar y compensar los daños provocados. En el caso del presente programa propuesto por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social aunque se prevé los impactos ambientales de la intervención en sí misma sean casi inexistentes; el problema ambiental cobra notoriedad ya que el buen funcionamiento de los servicios de salud depende de fortalecer el buen manejo de las aguas residuales, el tratamiento de basura y de los desechos bioinfecciosos, así como de asegurar la calidad del agua para consumo humano, ya que las comunidades y ciudades donde se realizarán las obras de infraestructura presentan una brecha considerable que pueden afectar el funcionamiento de los servicios de salud.

### 3. Análisis del contexto sociocultural

El área de influencia del programa PFRISS con la construcción de infraestructura de salud, equipamiento, mejoramiento o remozamiento de más de 150 obras en todos los niveles de atención del MSPAS, se llevará a cabo a lo largo de unos 11,191 kilómetros cuadrados en 41 municipios de los sesenta en que se encuentran organizados los departamentos de Huehuetenango y San Marcos; abarca a ocho grupos étnicos entre ellos, Mames, Sipakapenses, K'che's, Awakatecos, Akatecos, Chujes, Q'anjob'ales, Popti'-Jakaltecos. Involucra una considerable diversidad ecológica, cultural, étnica, lingüística y económica desde las costas del Pacífico hasta la zona montañosa de los Cuchumatanes en que la altitud alcanza más de 3,000 metros sobre el nivel del mar.

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.

Ahora bien, 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 por parte del Grupo Hame 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 se encuentra 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 verdaderas zonas de refugio, así como pequeños núcleos de ladinos que con las reformas liberales del siglo XX adquirieron poder en el control de la administración a nivel municipal. 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 que emigraron a Estados Unidos a través de las remesas y la actividad lucrativa de los coyotes, ha ayudado a que los indígenas dinamicen el comercio regional y participen de la gestión del poder a nivel municipal.

Todavía perviven barreras infranqueables como el racismo para asegurar su participación equitativa en las diputaciones, la asamblea legislativa y la presidencia de la República.

Los dos departamentos en que tendrá lugar el programa, junto a El Quiché y El Petén, cuenta con una longitud fronteriza con México de 965 kilómetros cuadrados. Las lógicas centralistas del Estado guatemalteco han ayudado a la formación de una frontera sur sumamente porosa en cuanto a las dinámicas económicas y comerciales. Las familias indígenas y no indígenas que viven en la frontera como parte de sus mecanismos de sobrevivencia frecuentan el contrabando de productos de uso domésticos o comercial, como el diésel o la gasolina; y los jóvenes y hombres indígenas, son los que más migran para trabajar en los ranchos, ejidos, ciudades y complejos turísticos mexicanos. Acuden a las ciudades guatemaltecas más alejadas cuando se trata de solventar trámites administrativos o judiciales.

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; las carreteras se encuentran en mal estado lo que retarda la movilización de las principales ciudades hacia las cabeceras departamentales, asimismo con el traslado de las aldeas a las cabeceras municipales en donde las mejoras en los caminos depende fundamentalmente de la autoorganización comunitaria.

### **De qué comunidades indígenas se tratan**

El programa interactuará con personas indígenas que siguen residiendo en el país, casi siempre provienen de familias de escasos recursos que son las que acuden más frecuentemente a los servicios de salud públicos. Ya que las personas en mejores condiciones económicas prefieren la atención privada.

Las comunidades indígenas con quienes interactuará el programa se pueden caracterizar de la siguiente manera:

#### 1) Residente indígenas en las ciudades intermedias del país

El programa prevé 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. Comúnmente los indígenas que viven en estas ciudades pudieron haber perdido el sentido de comunidad tradicional y otros signos visibles de identificación como el traje o el idioma. Se encuentran expuestos a un proceso de aculturación continuo lo que no necesariamente redundará en la pérdida de lazos de solidaridad y comunicación con sus pueblos de origen. De no integrarse a las dinámicas comerciales y laborales de la región, incluyendo las ciudades fronterizas mexicanas, pueden retornar a sus lugares de origen, y hasta formar parte de la mendicidad que se extiende en las ciudades intermedias. Son presa fácil para involucrarse en actividades ilícitas de distinto tipo.

Visitan también las instituciones hospitalarias, indígenas que residen en comunidades rurales en el que se dedican a la agricultura, el comercio al menudeo y al trabajo doméstico en el caso de las mujeres.

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).

## 2) Comunidades indígenas con patrones de asentamiento disperso

Todos los municipios en Guatemala tienen una cabecera o centro municipal. La cabecera es el centro de la vida de la comunidad y en el caso de los servicios de salud, es el centro del Distrito; en la mayoría de municipios mayormente indígenas las familias viven dispersas en las aldeas, caseríos o parajes. La antropología ha llamado a esta forma de asentamiento “pueblo vacío” en cuanto se tratan de sociedades de base rural que residen y trabajan en el campo, visitando la cabecera municipal frecuentemente los días de mercado con fines de comercializar su propia producción o abastecerse a sí mismos. La variable étnica por sí misma deja de ser oportuna para comprender las formas de asentamiento, frecuentemente éstas responden a la extensión y vocación de tierras para la agricultura, la densidad poblacional, las opciones de arrendamiento fuera del municipio y la disponibilidad de capital para producir. En Concepción Huista (90.35 % indígena) y Santa Ana Huista (28.44 %), el primero más indígena que el segundo, por ejemplo, la mayoría de la gente reside en la cabecera del pueblo y se desplazan desde sus casas a los terrenos alejados del centro para realizar las labores agrícolas o acuden a negociar y a trabajar a alguna dependencia pública o privada del municipio.



Concepción Huista, Huehuetenango, 2018.

No obstante, la dispersión y alejamiento de los asentamientos en las zonas montañosas 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) explican sus residentes que a causa de la altura no hay acceso a nacimientos de agua cercanos que cuando están disponibles se encuentran debajo de sus comunidades. Bombear el agua o realizar obras hidráulicas de fuentes de agua lejanas es demasiado caro y ningún proyecto municipal o de la cooperación internacional han podido invertir en ese sentido. 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 vulneran a las mujeres indígenas, principales usuarias del líquido en las actividades domésticas de reproducción. Se ha identificado que los jóvenes que dejan sus aldeas y migran a las ciudades y a los Estados Unidos frecuentemente dejan en sus residencias a las jóvenes esposas con hijos, quienes se hacen cargo de gestionar la vida familiar y sufragar la vida comunitaria basada en el sistema de cargos obligatorios.



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

### 3) Comunidades mestizas en las tierras bajas

Existe un comportamiento inverso al núcleo de población ladina dentro de territorios mayoritariamente indígenas como Comitancillo, Tajumulco, Concepción Huista, Aguacatán o San Sebastián Coatán. Se trata de comunidades más mestizas que indígenas, situadas en las tierras costeras de Malacatán y Tecún Umán, ciudades con una fuerte economía comercial y prácticas de contrabando al menudeo. Se ha llamado comunidades mestizas porque, aunque algunos de sus miembros sean ladinos, en muchos casos fueron indígenas que migraron de las zonas montañosas en busca de trabajo o de tierras apta para la agricultura, y que paulatinamente se asentaron definitivamente en la Boca Costa sustituyendo la ropa, 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 cuadrilleros o jornaleros, conservando ante todo en los ancianos y las mujeres la memoria colectiva común de un ancestro indígena.

Se observa en la tabla 2 que Cuilco, Unión Cantinil y Chiantla (Huehuetenango) forman otro núcleo de población ladina con la 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  
Áreas de Salud, grupos étnico-culturales,  
municipios y obras proyectadas por el programa PFRISS  
Agosto 2018

	ETNIA	DISTRITO	MUNICIPIO	PS	CS	CS	CAP	CAIMI	TOTAL
				"A"	"B"				
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
	SIPAKAPEN SE	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
		Tacaná	Tacaná	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	
AREA DE SALUD		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	

AWAKA TECO	LADINA	Cuilco	Cuilco	1					1
		Unión Cantinil	Unión Cantinil	2					2
		Chiantla	Chiantla	5					5
		Aguacatán	Aguacatán	3					3
Q'ANJOB'AL		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'- JACALTECO		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

## Funcionamiento y lógicas comunitarias sobre el poder y la autoridad

Aunque desde hace casi un siglo se eliminó de la legislación nacional la vigencia de dos estructuras de poder diferenciadas en los pueblos mayoritariamente indígenas, una alcaldía oficial y otra alcaldía indígena, ésta última regida por la ascensión de los cargos eclesiales dentro del catolicismo. En la práctica esta distinción se atenuó en la medida que hubo alcaldes indígenas en las municipalidades. No obstante, la alcaldía indígena puede revitalizarse cuando los alcaldes municipales aun siendo indígenas, se alejan de los intereses del común. Las alcaldías indígenas en la vida contemporánea siguen siendo actores relevantes en el proceso de democratización, se han convertido en un signo del 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 territorios que la arqueología ha asociado con la civilización maya con sus variantes identitarias y étnicas (Mam, Chuj, Awacateco, Popti' y K'iche') que en determinados contextos, pueden derivar como parte de medidas ejecutivas nacionales, en conflictos interétnicos, principalmente en cuanto a los 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.

En cualquiera de 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 guarda bosques 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 como parte del sistema de cargos de la Alcaldía Comunitaria; su participación sigue enfocándose a la atención de partos por parte de las comadronas, curanderas y organizadoras de las fiestas religiosas comunitarias.

Las comunidades indígenas frecuentemente buscan armonizar la temporalidad y los rituales de las Alcaldías Comunitarias indígenas con el reciente Sistema de Consejos de Desarrollo, siendo en la práctica el principal mecanismo para acceder a proyectos estatales y de la cooperación internacional. El funcionamiento de los Consejos Municipales de Desarrollo ha sido accidentado y rodeado de malestares sociales que suscitan el clientelismo, la arbitrariedad y la corrupción.

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, incluso con iniciativas de autonomías municipales. La aldea de 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 los 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 locales indígenas. Al mismo tiempo que interactúan en dinámicas extracomunitarias como es el trato con funcionarios gubernamentales, los partidos políticos, las organizaciones no gubernamentales, las empresas, que suelen ser portadoras de ofrecimientos y de ciertos incentivos materiales (fertilizantes, regalos, etcétera) que según han asegurado, casi nunca se cumplen. Se tratan de actores externos a la comunidad que no cuentan con los recursos simbólicos de poder para gestionar democráticamente la compleja vida social en territorios indígenas, en donde la mercantilización, la violencia y la delincuencia organizada, han pasado a formar parte de las 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 más autónomas como los Alcaldes Rezadores, principal forma de organización y representación indígena en los Cuchumatanes. Su ritual se organiza alrededor del Rezo y no del Santo como sucede en las cofradías de otras regiones indígenas. La institución atraviesa por un importante proceso de cambio y hasta de reducción o pérdida, a tal punto que habrá personas indígenas de la región que desconozcan su existencia. 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 Coatlán —una de las comunidades en que se ha propuesto construir un Puesto de Salud—, o *Ch'imb'an* en San Miguel Acatán.





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

Particularmente, interesa resaltar que en aquellas comunidades como Ixquebaj en que se encuentra en custodia la *ordenanza* (títulos de las tierras) y sus respectivos mandos indígenas que se eligen cada cuatro años en el *Pat K'um*, una reunión especial de los Alcaldes Rezadores, son a éstos a quienes, dentro de la tradición, los chujes 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.

Podría resultar relevante para el programa PFRISS conocer los stock de poder indígena tradicional; así como otras experiencias de cambio religioso introducido por denominaciones evangélicas, el pentecostalismo católico y grupos independientes en zonas indígenas, con el propósito de comprender que atrás de las llamadas “demoras” con que el personal médico y paramédico analiza las muertes maternas e infantiles, persiste un mundo de creencias mágicas y cosmogónicas que se hace necesario comprender y respetar con el propósito de tender puentes de diálogos e intercambios.

### **Simbolismo y sacralidad indígena**

Son evidentes los cambios culturales dentro del mundo indígena regional, que se pueden observar, en el uso de nuevos atuendos, los alimentos y sobre todo las comunicaciones con

el uso generalizado de celulares, radios y televisores. No obstante, persiste ante todo entre las mujeres, pero también entre los hombres —que en otras regiones del país definitivamente abandonaron la ropa tradicional masculina—, el simbolismo de la ropa que se diferencia de un municipio a otro convirtiéndose en un signo identitario local. Aun perteneciendo al mismo grupo étnico la ropa tiene sus particularidades con el uso de los colores, los diseños y el significado. Se ha observado que entre las familias indígenas más pobres existen más probabilidades de pérdida de la ropa tradicional a causa de los elevados costos de la misma, en lo que también influye los procesos migratorios internos y transnacionales. Aunque comúnmente no se abandonan todos los objetos utilizados; persistiendo tendencias en los gustos y las formas.

Otro de los elementos con fuerte simbolismo material se encuentra en el territorio, las tierras o el espacio. Existe una especie de pacto político y geográfico según se puede observar en los rituales entre los indígenas y el territorio. Los chujes de Coatán, por ejemplo, cada cuatro años después de una ceremonia especial llamada *Pat K'um* entregan sus ofrendas y sacrificios a los cuatro cerros principales del municipio, siendo este uno de los medios pedagógicos de trasladar a las nuevas generaciones la memoria colectiva del grupo y los límites de sus tierras.



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.

La ropa tradicional, el idioma, las piedras, el territorio, la cruz son cosas con significado, tienen sentido y a ellas recurren las comunidades y sus representantes indígenas para las fiestas, para actualizar la memoria colectiva, para contar los días del Calendario Maya o para pedir la protección de los pueblos.

## **6. Principales impactos y riesgos socio culturales**

A continuación, se presentan los principales impactos socioculturales asociados al programa PFRISS:

### **La propiedad y gestión de los predios**

El MSPAS instruyó al personal de salud para que inicie negociaciones con las autoridades comunitarias y municipales en función de asegurar que los terrenos donde se encuentren infraestructura de salud (Unidades Mínimas, Centros Comunitarios) o donde se prevé nuevas construcciones, sean voluntariamente donadas a favor de Bienes del Estado, una de las normas para la realización de inversiones públicas.

Aunque el proceso de regularización de las propiedades ha sido aceptado por casi todas las comunidades que forman parte de la lista de obras; existen comunidades ya identificadas dentro de la lista (cuyo trámite no se ha dado por finalizado) que tienen la duda que si una vez donado el predio a nombre del MSPAS o Bienes del Estado, estos terrenos en un futuro próximo pueden ser devueltos en propiedad a la comunidad, considerando que no se construya la infraestructura de salud propuesta o que los servicios de salud pudieran ser privatizados o concesionados a empresas privadas.

El proceso de selección de las obras por parte del 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 para la compra de los predios (como se sugirió en San Pablo, San Marcos), así como aquellas comunidades que mantienen interacciones alejadas con el MSPAS. Llama la atención que, en Santiago Chimaltenango, un municipio Maya Mam con un alto índice de parto domiciliar y muerte materna, se tramite un Puesto de Salud.

Por otra parte, el proceso de gestión de los predios recae en las comunidades beneficiarias del programa, mientras que las autoridades del MSPAS como ente rector se orientan a revisar el cumplimiento de las normas y requisitos. Se ha identificado que frecuentemente el MSPAS cambia los criterios técnicos y jurídicos de la gestión, lo que redundaría en una sobre carga económica para las comunidades quienes en algunas ocasiones han tenido que realizar el trámite hasta en tres ocasiones. Los requisitos pueden no resultar complicados, lo que se vuelve un problema son los cambios de criterios. No existe registro escrito que informe a las comunidades sobre los procedimientos, requisitos y normas, la principal forma de comunicación es oral.

Sobre la gestión de los predios se enumeran a continuación tres criterios que podrán tomarse en cuenta:

- 1) Existen comunidades dispuestas a realizar los gastos de regularización de los predios por sí mismas, y, por lo tanto, piden que el MSPAS concrete dicho proyecto, y que no suceda como en muchas otras experiencias de “ofrecimientos que no se cumplen”. Los Chuj de

San Sebastián Coatán, enfatizaron que de no autorizarse el préstamo y de no llevarse a cabo los proyectos, el MSPAS les informara oficialmente de esta situación, para continuar la comunidad sus gestiones por sí mismas.

- 2) Tomando en cuenta que las comunidades indígenas están donando parte de su patrimonio colectivo al Estado guatemalteco, solicitan que en la contrapartida del presupuesto del programa se especifique el aporte de las comunidades indígenas para la realización del proyecto.
- 3) Que el MSPAS sufrague los gastos de regularización de los predios.

### **Reproducir la exclusión y la inequidad del acceso a los servicios de salud**

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 que, comúnmente, son atendidos en una lengua ajena 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 la instalación de la infraestructura mínima de salud los habitantes indígenas acudirán en mayores cantidades a los servicios. 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 les da miedo no tener con quien hablar.

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 la disponibilidad de medicamentos adecuados, el personal de salud idóneo con quienes mantienen canales de colaboración y comunicación, así como el buen trato a los pacientes indígenas, alejado de la indiferencia, la discriminación y en el propio idioma.

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; ya que los que tienen opciones económicas prefieren desde el inicio acudir a un centro de atención privado. No obstante, existen familias que para curarse decide vender o hipotecar con un usurero local, parte de sus tierras o patrimonios. Así lo contó 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. Cuatro horas más tarde resolvieron vender un terreno y trasladar a la paciente a la parte privada.

### **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 colaterales al programa, 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”.

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 parte de los programas en que se harán mejoras a la infraestructura en el marco del programa PFRISS.

### **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 directos en 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 de la ropa con el uso del cloro, sean las justificaciones para que continúe el rezago en cuanto al consumo de agua de calidad.

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.

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. 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.

### **Potencial discriminación a las mujeres indígenas**

Las mujeres embarazadas y puérperas, así como los niños menores de cinco años han sido identificados dentro del 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 dijo: –Porqué estás gritando, acaso gritaste cuando estabas con el hombre, acaso hasta ahora abriste las piernas. 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 PFRISS 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.

## **7. Plan de gestión para pueblos indígenas**

El plan de gestión para Pueblos Indígenas tiene el propósito de priorizar acciones que se tomarán en cuenta para evitar, reducir, mitigar y/o compensar los potenciales impactos adversos del programa desde la fase del diseño y su implementación, además de establecer los mecanismos para que los Pueblos Indígenas se beneficien del proyecto de manera culturalmente apropiada.

El plan de gestión para pueblos indígenas comprende los siguientes elementos: a) Medidas que aseguren la pertinencia cultural de los servicios de salud. b) Lineamientos para la adquisición de predios de las comunidades por parte del MSPAS y la concurrencia y reconocimiento de los aportes de las comunidades. c) Mecanismos de quejas y reclamos funcional el cual sea culturalmente apropiado y acode a las características geográficas de la población indígena durante la construcción y operación de las obras. d) Consultas a Pueblos Indígenas. e) Monitoreo y evaluación. F) Personal, presupuesto y cronograma de ejecución.

### **Medidas que aseguren la pertinencia cultural de los servicios de salud**

El MSPAS cuenta con la Unidad de Atención de la Salud a los Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UASPII) y la Unidad de Medicina Tradicional y Alternativa que, han desarrollado criterios y normativa que buscan garantizar la pertinencia cultural de los servicios en todos los niveles, particularmente enfocado a: a) Reconocimiento y respeto de los elementos terapéuticos de los sistemas de salud indígena. b) Cambio de actitudes en los prestadores públicos de los servicios (respeto a los actores indígenas, la referencia y contrarreferencia, uso de la ropa indígena). c) Atención a los pacientes y usuarios/as (uso del idioma materno, la ropa indígena, libre de elección de las mujeres sobre la posición de la atención del parto, permitir el acompañamiento de algún familiar o médico indígena, devolución de la placenta a la puérpera, la dieta hospitalaria, uso de té generadores, el uso de plantas y el registro de la pertenencia sociolingüística de los pacientes). d) Infraestructura (temperatura, colores, posición de las camas, amplitud, salas de parto culturalmente adecuadas).

Ambas unidades fueron conceptualizadas con funciones de asesoría al despacho del Viceministerio Técnico, por lo que cuenta 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 concretizar sus funciones a nivel de las Áreas de Salud y las instituciones hospitalarias. Las actividades de sensibilización y formación casi siempre las llevan a cabo con 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.

Se considera oportuno que el programa PFRISS propicie la coordinación entre las Unidades asesores referidas y el SIAS para adelantar iniciativas que aseguren la pertinencia cultural de los servicios en el área de influencia del programa. Asimismo, fortalecer el trabajo de los Facilitadores Interculturales. Actualmente existen los Facilitadores Interculturales y los Facilitadores/as de Género que, en la práctica se trata de personal de salud que se dedica a múltiples funciones en las Áreas de Salud ya sea como encargados de los programas de Salud Mental, Coordinadores de los Técnicos en Salud Rural, entre otros.

El programa fortalecerá dichas iniciativas mediante la contratación a tiempo completo durante cinco años a tres Facilitadores Interculturales, uno/a destina al Área de Salud de San Marcos y dos para el Área de Salud Huehuetenango, considerando las particularidades la región norte y sur de este departamento. Los facilitadores serán encargados de,

- La continuidad de las consultas de buena fe en la zona de influencia del programa.
- Preparar campañas de sensibilización de los programas de salud en idiomas maternos.
- Propiciar la formación de personal profesional con competencia cultural en las Áreas de Salud y hospitales que formen parte del programa.
- Promover Intercambios de conocimientos y experiencias entre las autoridades oficiales de salud y los especialistas tradicionales indígenas (IyomAti't, Sik'omUnin, Ilonel/comadrona; Aj Kun/Aj Kunanel/Jeqilwom/curandero; Aj Chay, Aj Chah/curador de artritis y problemas de circulación de la sangre, entre otros).
- Participación del personal de salud en congresos, coloquios o seminarios internacionales

### **Lineamientos para la adquisición de los predios**

Las gestiones de los predios se coordinan a nivel del MSPAS a través del SIAS, Jurídico y la Unidad de Planificación Estratégica, 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. Se ha identificado como uno de los principales riesgos institucionales que puedan atrasar el desarrollo de infraestructura la falta de criterios consensuados dentro de las distintas dependencias del MSPAS involucradas en la gestión de predios. Esta situación institucional está afectando a las comunidades quienes en más de una oportunidad han repetido los trámites requeridos por el proponente.

El programa para evitar que las comunidades realicen gestiones y gastos innecesarios, y así mismo asegurar la implementación eficiente del programa, y, el reconocimiento de las comunidades indígenas, podrá previo a la implementación del programa:

- Contratar un abogado (que cuente con los apoyos logísticos necesarios) en el Área de Salud de San Marcos, con el propósito de regularizar, ordenar y gestionar los predios a nombre del Estado.
- Realizar un inventario de los aportes financieros de las comunidades indígenas que incluya el valor del terreno, los jornales para mejorar la topografía del mismo, la introducción del agua, la energía eléctrica, así como los gastos en que incurran para la agrimensura y escrituración de los mismos. Datos que pueden quedar reflejados en el presupuesto oficial del programa.

- Contratar una consultoría para desarrollar material pedagógico y divulgativo escrito accesible a las comunidades indígenas, y en el que el MSPAS defina claramente los criterios técnicos, jurídicos y de agrimensura requeridos para realizar las obras de infraestructura, tomando en cuenta la diversidad geográfica y topográfica de las regiones ecológicas. Tomando en cuenta que el programa puede sentar las bases para otros esfuerzos orientados en la misma dirección.

### **Mecanismos de quejas y reclamos**

La Dirección del Área de Salud propiciará puentes de comunicación, traslado de información y recepción de reclamos mediante la Comisión de Salud del Consejo de Desarrollo Municipal de Desarrollo (COMUDE) compuesto por el alcalde, los síndicos y concejales, así como por representantes de los Consejos Comunitarios de Desarrollo, y en este caso por representante del Distrito de Salud y de organizaciones de las sociedades locales (Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, artículo 11; Código de Salud, artículo 71). Habrá que asegurar la representación equitativa de las comunidades en donde se construirán las obras, así como la participación de la población indígena y sus organizaciones (Código Municipal, artículo 171), tomando en cuenta el contexto nacional, multiétnico, pluricultural y multilingüe del país (Código de Salud, artículo 18). Se podrá coordinar con otros programas especializados en la promoción y participación de los Pueblos Indígenas, como Nexus Municipal (de la USAID) la incorporación activa de las Alcaldía o Autoridades Indígenas al COMUDE.

Comúnmente las Comisiones de Salud del COMUDE no funcionan en sus respectivas jurisdicciones municipales o Distritos de Salud, por lo que el programa PFRISS coordinando con otros programas públicos o de la cooperación internacional, contribuirá en la activación de dichas comisiones haciéndole el ente institucional de traslado de información y consulta en las tres fases del proyecto:

- a) En la fase previa a la construcción en que se deberá asegurar que los predios se encuentren debidamente registrados a favor de Bienes del Estado, la Comisión de Salud del COMUDE puede ser un canal efectivo para el traslado de información sobre los requerimientos técnicos, ambientales y jurídicos que requiere el MSPAS. Esto ayudaría a reducir los gastos económicos que recaen en las comunidades a la hora de gestionar los predios.
- b) Previo al inicio de la construcción de las obras el MSPAS presentará a la Comisión de Salud del COMUDE y a los beneficiarios directos de las obras, a los contratistas, las condiciones del contrato, la fecha de inicio y terminación de las construcciones, así como las medidas que se tomarán para asegurar la continuidad de los servicios de salud.
- c) Los principales afectados durante la construcción de las obras podrán presentar ante la Comisión de Salud del COMUDE de forma escrita y oral los reclamos y quejas asociados a incumplimiento de los contratos o atrasos. La Comisión de Salud habilitará un libro de registro de las quejas o reclamos, y mediante el Coordinador de Salud del Distrito, asegurará el traslado de la información a la Dirección de Área de Salud, la Unidad Ejecutora del programa y autoridades superiores de salud.

En la fase de operación de los servicios, la Comisión de Salud podría jugar un papel destacable previendo medidas concertadas entre las comunidades, las autoridades de salud y la municipalidad, para asegurar el mantenimiento de las instalaciones, mobiliarios y equipo del nuevo servicio de salud, y así avanzar hacia la ampliación y mejora de los servicios, y no a la inversa de como sucede en la actualidad en que la falta de mantenimiento deteriora los servicios de salud.

Por otra parte, 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. Se realizará a través de todos los medios disponibles, incluyendo un enlace electrónico destinado al programa que estará incluido en la página web en este caso del MSPAS.

### **Consultas a Pueblos Indígenas**

La Unidad de Atención de la Salud a los Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UASP II) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con tres antecedentes de diálogo e intercambio con las sociedades locales. La primera experiencia se dio en el 2010 en coordinación con la Embajada Extraordinaria Itinerante de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala de la Presidencia de la República, que consistió en encuentros con comunidades lingüísticas para dar a conocer el Acuerdo Ministerial 1632-2009 con el cual se creó la UASP II, y cuyos resultados fueron publicados como una *Guía desde los Pueblos Indígena para las autoridades y personal del MSPAS*.

El segundo ejercicio de consultas fueron los 33 diálogos realizados en distintas regiones del país para elaborar la Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala 2015-2025 (Acuerdo Gubernativo 102-2015). La tercera experiencia la constituyen las consultas realizadas a la institucionalidad departamental y municipal del departamento de San Marcos,<sup>1</sup> así como con las autoridades indígenas y las organizaciones de mujeres que trabajan en el lugar, en el primer semestre de 2017. Esto con el propósito de lograr una mejor comprensión de las necesidades de los servicios de salud a través de procesos de intercambios y diálogos entre el personal de salud y los actores relevantes de las sociedades locales.

Recientemente, la Sección de Análisis del Departamento de Desarrollo de los Servicios de la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) ha iniciado a realizar consultas con los usuarios de la zona sur del Área de Salud de Guatemala Sur (Amatitlán, Villa Canales, San Miguel Petapa y Villa Nueva).

Las consultas a pueblos indígenas del programa FRISS se inscriben dentro de esas experiencias de acercamiento a las sociedades locales por parte del MSPAS, y a su vez

---

<sup>1</sup>. Consejos de Desarrollo Departamental (CODEDE) y Consejo de Desarrollo Municipal (COMUDE), respectivamente.

forman parte de las normas y guías de buenas prácticas para abordar los aspectos de riesgo y oportunidad ambiental y social en los proyectos financiados por el BID.

Las consultas a los pueblos indígenas y al personal de salud local se entienden como parte de un proceso institucional en que el MSPAS asegura la participación equitativa y no discriminatoria de los beneficiarios y/o perjudicados potenciales de los proyectos, a quienes previamente entrega información objetiva y clara sobre los proyectos. El MSPAS asegura que los funcionarios encargados de realizar las consultas sean respetuosos y se encuentren exentos del uso de cualquier coerción.

Los actores identificados para realizar las consultas del programa de Fortalecimiento de la Red Institucional de Servicios de Salud (PFRISS) se definieron según los tres niveles de atención y se agruparon según fueran autoridades oficiales formalmente reconocidas por la administración pública; las 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; las autoridades indígenas que aunque no cuentan con el reconocimiento estatal tienen prestigio y legitimidad en las sociedades locales; y el 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 convocatorias a las consultas significativas del programa PFRISS serán realizadas por el órgano de dirección de los servicios de salud a nivel departamental. La Dirección del Área de Salud de San Marcos y Huehuetenango promoverán las convocatorias mediante los Coordinadores Municipales de Distrito para las consultas en Puestos de Salud, CAP y CAIMI. Mientras que la Dirección del Hospital Distrital de Malacatán (San Marcos) y el Hospital Regional de Huehuetenango, convocarán a las consultas dentro de su jurisdicción.

Se considera pertinente que en las consultas a pueblos indígenas se traslade la información a los actores interesados con por lo menos tres meses de anticipación, y preferentemente de forma oral, para asegurar que éstas garanticen el derecho colectivo de los pueblos indígenas a expresarse en su propio idioma, fortalezcan la participación social 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.

Las actividades de consultas se realizarán 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.

Previendo que al menos la mitad de los actores convocados hablan un idioma de origen mayense (Mam, Chuj, Awakateco, Popti', Kiche') y que en las comunidades rurales persiste mecanismos de comunicación oral, el día de las consultas, personal de la UASPII y el SIAS del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, informará oralmente del proyecto. Antes de iniciar las consultas se identificarán las necesidades prácticas de traducción; un trabajador de salud a nivel de territorios o distrito, podrá colaborar en la traducción durante las exposiciones, los comentarios de los participantes y trabajo en grupos.

Para el seguimiento del proyecto se prevé al menos dos actividades de consulta: a) Al iniciar la construcción de las obras para explicar a los actores interesados los mecanismos, las empresas contratadas, los plazos y otros aspectos relevantes del programa. b) Al finalizar

las obras de infraestructura, el MSPAS informará a las comunidades sobre la primera fase del programa, así como de otros ámbitos del mismo relacionados con la pertinencia intercultural de los servicios.

### Monitoreo y evaluación

La Unidad Ejecutora del programa contratará un Especialista Social en Pueblos Indígenas encargado de asesorar y dar seguimiento al presente plan. Se realizarán visitas de campo y una reunión de monitoreo anual con las contrapartes a nivel central y de las Direcciones de Áreas de Salud involucradas en el programa, así como una evaluación intermedia y una evaluación final.

### Resumen de actividades, personal y cronograma

ACTIVIDADES	PREVIO	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
<b>1. Adquisición de los predios</b>						
1.1 Contratación de una consultoría jurídica	X					
1.2. Contratación de una consultoría que sintetiza criterios y elabora material pedagógico y visual/escrito						
<b>2.Pertinencia cultural de los servicios de salud:</b>						
2.2. Tres Facilitadores/as Interculturales						
2.3. Preparar tres campañas de sensibilización de los programas de salud en idiomas maternos.						
2.4. Propiciar actividades de formación de personal profesional con competencia cultural en los territorios y distritos de las Áreas de Salud y hospitales que formen parte del programa						
2.5. Promover intercambios de conocimientos y experiencias entre las autoridades oficiales de salud y los especialistas tradicionales indígenas (1 actividad anual)						
2.6. Participación del personal de salud en congresos, coloquios o seminarios internacionales (2 actividades)						
<b>3. Mecanismos de quejas y reclamos</b>						
<b>4. Consulta a Pueblos Indígenas</b>						
4.1. Actividades de consulta al iniciar las obras (uno en cada departamento)						

4.2. Actividades de consulta a concluir las obras e informar sobre el seguimiento del programa.						
<b>5. Monitoreo y evaluación</b>						
5.1. Especialista social de la Unidad Ejecutora						
5.2. Evaluación intermedia						
5.3. Evaluación final						

## Resumen del presupuesto del plan de Gestión para Pueblos Indígenas

DESCRIPCIÓN CONCEPTO	SUB TOTAL (US\$)*	TOTAL (US\$)*
<b>1. Adquisición de los predios</b>	MPD	MPD
1.1 Contratación de una consultoría jurídica	MPD	MPD
1.2. Contratación de una consultoría que sintetiza criterios y elabora material pedagógico y visual/escrito	MPD	MPD
<b>2.Pertinencia cultural de los servicios de salud:</b>	MPD	MPD
2.2. Tres Facilitadores/as Interculturales	MPD	MPD
2.3. Preparar tres campañas de sensibilización de los programas de salud en idiomas maternos.	MPD	MPD
2.4. Propiciar actividades de formación de personal profesional con competencia cultural en los territorios y distritos de las Áreas de Salud y hospitales que formen parte del programa	MPD	MPD
2.5. Promover intercambios de conocimientos y experiencias entre las autoridades oficiales de salud y los especialistas tradicionales indígenas (1 actividad anual)	MPD	MPD
2.6. Participación del personal de salud en congresos, coloquios o seminarios internacionales (2 actividades)	MPD	MPD
<b>3. Mecanismos de quejas y reclamos</b>	MPD	MPD
<b>4. Consulta a Pueblos Indígenas</b>	MPD	MPD
4.1. Actividades de consulta al iniciar las obras (uno en cada departamento)	MPD	MPD
4.2. Actividades de consulta a concluir las obras e informar sobre el seguimiento del programa.	MPD	MPD
<b>5. Monitoreo y evaluación</b>	MPD	MPD
5.1. Especialista social de la Unidad Ejecutora	MPD	MPD
5.2. Evaluación intermedia	MPD	MPD
5.3. Evaluación final	MPD	MPD

\* MPD = Monto por definirse, en base a la información a ser posteriormente confirmada.