

ASOCIACION PARA LA PROMOCION, INVESTIGACION Y EDUCACION EN SALUD PARA EL ALTIPLANO OCCIDENTAL DE GUATEMALA.

ASOCIACION PIES DE OCCIDENTE

PLAN ESTRATEGICO 2014-2018



QUETZALTENANGO, OCTUBRE 2013

INDICE

No.		Página
	Glosario	2
	Introducción	3
	Primera parte: La situación de la salud en la perspectiva de los pueblos indígenas.	5
1.	La salud en Guatemala y en los pueblos indígenas.	6
1.1	Los indígenas en Guatemala: marco jurídico, demografía y territorio.	6
1.2	Las condiciones de vulnerabilidad de la población indígena: estratificación social, pobreza, mercado laboral, educación y salud.	10
1.3	Marco legal en salud con perspectiva indígena	16
2.	La población de cobertura en la perspectiva de los pueblos indígenas.	18
2.1	Extensión territorial y características de población.	20
2.2	Lugares poblados rurales y urbanos	21
2.3	Crecimiento y densidad de la población proyectado al 2013.	23
2.4	Tasas de alfabetización y de cobertura neta en educación	24
2.5	Pobreza, pobreza extrema e Índice de Desarrollo Humano.	24
2.6	Indicadores materno-infantiles.	26
2.7	Infraestructura en salud y prestadoras de servicios.	27
3.	La autogestión en salud y los Sistemas Comunitarios de Salud.	28
4.	La experiencia alcanzada por PIES de Occidente.	31
4.1	Alcances y límites de la legislación sobre la salud y la salud maya.	31
4.2	El conocimiento de la medicina maya: actores comunitarios en salud y población.	32
4.3	Las relaciones y actitudes del sistema nacional hacia la medicina maya.	34
4.5	Las relaciones de interculturalidad: metodología pedagógica-comunicativa (transferencia de conocimiento).	35
4.6	La medicina maya y los terapeutas mayas.	36
4.7	Servicios comunitarios en salud.	38
4.8	Medición de la salud: sistema de información y monitoreo de la atención a embarazadas antes, durante y postparto.	39
4.9	Conocimiento del territorio y la territorialidad.	40
4.10	El escalamiento humano y tecnológico.	41
5.	Procesos emergentes en últimos 20 años.	42
5.1	El crecimiento demográfico y territorio.	43
5.2	La migración internacional e impactos.	44
5.3	La inseguridad pública y la juventud del siglo XXI.	44
5.4	Los desastres y la vulnerabilidad.	45
5.5	Cambio en enfoque del modelo de salud de atención primaria hacia ampliación de cobertura.	45
	Segunda parte: Marco estratégico por resultados 2014-2018	47
1.	Gestión del Plan Estratégico.	47
2.	Estrategias institucionales para la gestión del Plan Estratégico 2014-2018.	50
3.	Políticas institucionales de gestión del Plan Estratégico 2014-2018.	52
4.	Matriz de alcances.	53
4.1.	Visión.	53
4.2.	Misión.	53
4.3.	Matriz de resultados al 2018, productos y actividades.	54
4.4.	Matriz de monitoreo al 2018.	61
5.	Organigrama institucional al 2018.	66
	Anexo 1: FODA institucional.	67
	Anexo 2: Registro fotográfico.	68

GLOSARIO

AC	ACTORES COMUNITARIOS EN SALUD
AD	AGENTES DISTRITALES EN SAUD
AGC	AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD
AGD	AGENTES DISTRITALES EN SALUD
COLRED	CONSEJO LOCAL DE REDUCCION DE DESASTRES
CONRED	CONSEJO NACIONAL DE REDUCCION DE DESASTRES
DS	DISTRITO DE SALUD
MSPAS	MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
MINEDUC	MINISTERIO DE EDUCACION
SCAS	SISTEMA COMJNITARIO DE AUTOGESTION EN SALUD
SIDA	SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
SNS	SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PE	PLAN ESTRATEGICO
UCSS	UNIDADES COMUNITARIAS DE SERVICIOS DE SALUD
VIH	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA

Plan Estratégico de PIES de Occidente 2014-2018

Introducción

La Asociación para la promoción, investigación y educación en salud para el altiplano occidental de Guatemala, ha elaborado su plan estratégico 2014-2018. Para ello se realizó una reflexión y sistematización de lo que la Asociación PIES de Occidente ha realizado desde su fundación en 1992. Una primera reflexión se refiere al marco histórico contextual pero desde la perspectiva de los pueblos indígenas. Se concluye que si bien han habido cambios en lo político relacionados con una expresión partidaria plural y la entrada en vigencia del Acuerdo de Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas; las condiciones de vulnerabilidad social habidas en esas época siguen estando presentes hoy en la vida del conjunto de la sociedad guatemalteca y en particular la de los pueblos indígenas como se expone en la primera parte de este documento.

En este lapso de tiempo de un poco más de 20 años, el estado de Guatemala ha tenido la oportunidad del acompañamiento de la cooperación internacional en el marco de los Acuerdos de Paz de 1996, dicho acompañamiento con el fin de fortalecer la transición democrática y las sus políticas sociales para la sociedad en general y con el interés de incluir en el desarrollo a los pueblos indígenas. Sin embargo al realizar el balance desde esa fecha histórica, este cambio estructural en las condiciones de vida no ha sucedido y persiste una realidad política de exclusión expresado en el porcentaje del Producto Nacional Bruto del gasto en salud y educación, así como la inversión anual en infraestructura sanitaria y agua. Aunado a lo anterior, han emergido nuevos problemas en el contexto nacional muy estrechamente vinculados con la salud como los son la frecuencia e intensidad de los eventos climáticos, la migración internacional de las y los guatemaltecos, y la violencia e inseguridad pública y ciudadana, que no solo demandan aumento de la calidad y cantidad de servicios sino también, la modificación de sus modelos de atención.

Ante un escenario de continuidad de la exclusión e inseguridad social y continuidad estancada del gasto público en salud, la estrategia la Asociación PIES de Occidente para el período de 2014-2018 buscará sentar las bases comunitarias y teórico-metodológicas para fortalecer procesos autogestionarios en la procuración y cuidado de la salud social y comunitaria. Para alcanzar dicho desafío se hace acopio de la experiencia acumulada y la utilización de una metodología con enfoque intercultural que también ha venido desarrollando y mejorando a lo largo de este siglo. Se cuenta con la alianza y asociación con otras organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, de agencias

de cooperación al desarrollo, con la gestión de la oferta de servicios e inversión del Estado de Guatemala en salud y en colaboración con sus instituciones, y con la voluntad de actores y agentes comunitarios en salud. Todas son relaciones interinstitucionales que hay que fortalecer.

La segunda parte del documento, presenta el Plan Estratégico 2014-2018 en la que se recogen las matrices por resultados y de monitoreo que servirán de guía para alcanzar los resultados con impacto autogestionario en las comunidades. Así también, se propone como resultado institucional una reestructuración de la Asociación PIES de Occidente en el proceso de ejecución del PE 2014- 2018.

La Asociación PIES de Occidente agradece a la Asociación Horizontes de Amistad su colaboración en la realización de este Plan Estratégico y al Dr. Jacobo Dardón por su sistematización.

Primera parte: La situación de la salud en la perspectiva de los pueblos indígenas.

En Guatemala se reconocen a partir de 1996, la presencia y existencia de 4 pueblos: maya, xinca, garífuna y ladino. De estos 4 pueblos, se reconocen como indígenas a los pueblos maya y xinca, en tanto que el garífuna es resultado de un mestizaje entre indígenas araucos/caribes y africanos, y el ladino ente indígenas mayas y españoles. Sin embargo, los pueblos maya y ladino constituyen la gran mayoría de la población guatemalteca. Los mayas guatemaltecos (así como los xincas y garífunas) desde la llegada de los españoles a su territorio en 1524 hasta la actualidad, han vivido al margen del desarrollo económico-social tanto en la época colonial como la independiente. Durante todo este trayecto histórico, el pueblo maya ha sufrido inimaginables e innumerables vejaciones a su población, cultura, patrimonio y territorio. En el contexto de esta larga historia de opresión, este pueblo logró desarrollar mecanismos de resiliencia y resistencia económica, política, social y cultural a través de los cuales, no sólo ha sobrevivido sino ha logrado reproducirse y crecer. Todas estas prácticas y conocimientos ancestrales de sobrevivencia, resiliencia y resistencia han sido trasladadas de generación en generación mediante la preservación de su propio idioma y de su propia cosmovisión que comprende la unidad hombre-naturaleza; y también, el asentamiento comunitario en una base territorial cada vez más amenazada. Una parte importante en los conocimientos y prácticas heredados en el seno de los pueblos y los territorios, la constituye aquellos relacionados con el cuidado de la salud y la vida.

Un parte aguas en la historia guatemalteca del pueblo maya lo constituye el proceso de negociación de la paz y específicamente el Acuerdo de Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas de Guatemala (AIDPI), firmado el 30 de marzo de 1996 entre el gobierno de turno y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca, URNG. A partir de este momento y de la coyuntura que se vivía en el país alrededor del diálogo por la paz, los indígenas mayas empezaron a ocupar un lugar diferente en la estructura del Estado y sus demandas y derechos a considerarse en su normativa y políticas. No obstante los avances sin precedentes, la influencia política de los mayas aún no es lo suficientemente fuerte para alcanzar los acuerdos necesarios en todos los ámbitos de la vida nacional y así, establecer una relación democrática basada en los derechos de igualdad y equidad entre los pueblos.

La Asociación PIES de Occidente, se fundó en esta época de transformaciones en la participación de los mayas durante las negociaciones de la paz y a partir de entonces, ha puesto su grano de arena en el fortalecimiento de la salud en la perspectiva de los pueblos indígenas. Esta primera parte, tiene el objetivo de proveer una visualización panorámica

de la situación de los pueblos indígenas de Guatemala en general y su situación de salud en la región de cobertura de la Asociación PIES de Occidente, en particular. También hacer una síntesis de los aprendizajes y aportes realizados a partir de su fundación que permitan un preámbulo comprensivo a su Plan Estratégico 2014-2018.

1. La salud en Guatemala y en los pueblos indígenas.

1.1. Los indígenas en Guatemala: marco jurídico, demografía y territorio.

La incorporación de los derechos de los pueblos indígenas en América Latina con una perspectiva de sus derechos tiene como base el Convenio 169 de la OIT (1989), sobre ‘Pueblos indígenas y Tribales en Países Independientes’; el acuerdo gobierno-URNG sobre ‘Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas’ (1996) y la declaración de las Naciones Unidas sobre los ‘Derechos de los Pueblos Indígenas’ (2007). El Convenio 169 tiene dos postulados básicos: el derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer sus culturas, formas de vida e instituciones propias, y su derecho a participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan. Estos son la base del Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos y de la Declaración de la Naciones Unidas.

El concepto pueblo se reconoce en el AIDPI en los términos formulados por el Convenio 169 de la OIT, es decir, un pueblo se caracteriza por descender de poblaciones que habitaban el país en la época antes de la invasión española al territorio mesoamericano y el establecimiento de la colonia europea en este territorio. En el Convenio 169 se lee que “la utilización del término pueblos en este Convenio no deberá interpretarse en el sentido de que tenga implicación alguna en lo que atañe a los derechos que pueda conferirse a dicho término en el derecho internacional” (Art. 1.3).

En el AIDPI, el término ‘indígena’ abarca a la población maya, garífuna y xinca que con la ladina, constituyen los cuatro “pueblos” de Guatemala. El criterio ‘técnico’ para la definición de la identidad, asumido por las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, indígenas y no indígenas, es la autoidentificación. Es importante dejar señalado aquí, que se considera por las organizaciones indígenas e internacionales relacionadas con la observación de sus derechos, que hay un rezago sustantivo en el cumplimiento gubernamental del AIDPI.¹

Dentro de los avances, los pueblos indígenas tienen una institucionalidad reconocida por el Estado, sin embargo está limitada y restringida a ciertas instituciones como la Academia

¹ Véase, ‘Balance por compromiso del cumplimiento del AIDPI’, En: ODHAG (2007). AIDPI informe sobre su cumplimiento a 10 años de vigencia. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala. Versión digital. Págs. 80-86; <http://www.odhag.org.gt/pdf/Informe>

de Lengua Mayas de Guatemala², la Defensoría de los Pueblos Indígenas de la Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala, etc. Los pueblos indígenas no cuentan con un territorio adscrito, por lo que hoy el municipio sigue siendo un ámbito jurídico-territorial muy importante para el ejercicio de su poder y la reconstitución de su institucionalidad.

Los municipios del país tienen una densidad poblacional, una relación urbano-rural y un Índice de Desarrollo Humano de acuerdo con su localización en la regionalización derivada del modelo primario exportador de desarrollo económico del país desde la época de la colonia española. Modelo que está basado en la exportación de productos agrícolas no procesados y en menor medida, exportación de materia prima.

Derivado de lo anterior y como se ampliará adelante, los municipios en los que se reportan los niveles más bajos en los índices de desarrollo humano y pobreza son los que poseen mayoría de población indígena, alta concentración de población por kilómetro cuadrado, asentamiento mayoritariamente rural y se localizan fuera o en los intersticios entre las fincas de las regiones de producción agropecuaria para la exportación. El asentamiento actual en las laderas les suma un grado mayor de riesgo ante la amenaza constante de los eventos naturales como terremotos, tormentas copiosas, etc.

En la actualidad y posterior a la guerra interna (1954-1996), son diversos los factores que han operado a favor de la migración interna de los indígenas a regiones que tradicionalmente no ocupaban: la densidad demográfica, la poca opción a tierra cultivable, las entregas de fincas a población retornada y campesina en regiones de tierras bajas, la crisis del café, la recepción de remesas familiares desde Estados Unidos, las zonas francas, el desarrollo de regiones hortícolas con utilización intensiva de mano de obra, el trabajo doméstico, el comercio, la desaparición de las instituciones gubernamentales que se relacionaban directamente con la población para el impulso de proyectos sociales y desarrollo, etc. Estos factores de diversa naturaleza y magnitud, han hecho que la población indígena radique en prácticamente todos los municipios del país aunque en algunos, solo en pequeñas cantidades.

Se considera que los censos y encuestas nacionales no reportan la realidad poblacional indígena con exactitud, debido a la dificultad operativa en la definición del indígena, aún, considerando como importante la variante metodológica de la 'autoadscripción o autoidentificación' introducida en el último censo de población realizado en el 2002. Este censo reportó municipios con porcentajes hasta del 99% de sus habitantes definidos como indígenas y por contraste, municipios con ausencia de indígenas históricamente

² Consúltese, <http://www.almg.org.gt>

considerados ladinos, lo que se deriva en un mapa de Guatemala sobre densidad poblacional indígena orientado hacia el noroccidente del país (Véase, Mapa 1). Por otro lado, son multilingües los municipios que son cabeceras departamentales en donde se habla más de un idioma. Un caso particular lo constituye el municipio del Ixcán en el Norte del departamento de El Quiché y fronterizo con Chiapas, México, donde se hablan más de 5 idiomas derivados de los procesos de poblamiento en los años 70 y de repoblamiento en los años 90. Como se puede visualizar en el Cuadro 1, hay presencia indígena en 285 municipios, es decir en el 82% de todos los municipios del país que ocupan el 73% de la extensión territorial del país.

Cuadro 1
Municipios con población indígena y territorio
Año 2002

Pueblo	No. Municipios	Porcentaje del Total	Superficie en Km ² .	Porcentaje del Total
Maya	273	82.48	70,734	64.96
Xinka	7	2.11	1,305	1.20
Garífuna	5	1.51	7,518	6.90
Ladino*	46	13.90	29,332	26.94
Total	331	100.00	108,889	100.00

Fuente: INE, 2002. XI Censos Nacional de Población y VI Censo Nacional de Vivienda.
(*). Exclusivamente Ladinos; (**). Después del año 2002 se han creado 2 municipios más.

El número de la población indígena reportado por el último censo nacional de población del 2002 fue de 4'433,238 que constituye el 39.9% del total de la población del país siendo su asentamiento mayoritariamente rural, tal cual se observa en el Cuadro 2.

Cuadro 2
Pueblos Indígenas de Guatemala
Número de indígenas según censos nacionales 2002

Pueblo	Habitantes	Porcentaje del Total	Urbana	Rural
Maya	4'411,984	39.26	1'396,490	3'015,494
Xinka	16,214	0.14	3,180	13,034
Garífuna	5,040	0.04	4,381	659
Ladino	6'750,170	60.07	3'759,737	2'990,433
Otro	53,808	0.48	21,047	32,761
Total	11'237,216	100.00	5'184,835	6'052,361

Fuente: INE, 2002. XI Censos Nacional de Población y VI Censo Nacional de Vivienda.

La población ladina se asienta mayoritariamente en ámbitos urbanos, lo que constituye una característica poblacional nacional importante, mientras que en el ámbito rural la población indígena es mayoritaria a la población ladina, lo también es una característica cultural importante. De acuerdo con los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida,

ENCOVI 2011³, la población indígena en Guatemala estimada fue de 5'854,595 personas, reportando el mismo porcentaje anterior (39.9%) con relación al total de la población estimada en 14'636,487 personas. Los idiomas mayas K'iche', Q'ekchi', Mam y Kaqchikel son los que muestran mayor número de población constituyendo el 81% distribuidos así: 29%, 19%, 14% y 19%, respectivamente. Esto puede constatare en los datos del Cuadro 3 en el que se visualiza a la población indígena a partir de su idioma, dimensionando su población y territorialidad, así como la dinámica de su crecimiento reportada entre 1994-2002.

Cuadro No. 3
Pueblos Indígenas de Guatemala
Idioma, número de municipios, extensión territorial, población hablante

Idioma	No. Municipios	Km. Cuadrados	Censo 1994 ¹	Censo 2002 ²	Diferencia %
K'iche'	70	10,763	647,624	1'270,953	96
Q'eqchi'	20	30,055	473,749	852,012	80
Mam	64	8,788	346,548	617,171	78
Kaqchikel	55	4,372	343,038	832,968	143
Poqomchi'	7	2,224	94,714	114,423	21
Q'anjobal	4	546	75,155	150,030	100
Tz'utujil	8	544	57,080	78,498	38
Chuj	3	1,481	50,000	64,438	29
Ixil	3	163	47,902	95,315	99
Poqomam	6	1,010	46,515	42,009	-10
Akateko	5	1,228	40,991	39,370	-4
Popti'	6	1,573	39,635	47,024	19
Ch'orti'	5	1,055	27,097	46,833	73
Awakateko	1	247	18,572	11,068	-40
Achi	5	2,229	15,617	105,992	579
Uspanteko	1	837	12,402	7,494	-40
Mopan	1	3,095	8,500	2,891	-66
Tektiteko	2	647	4,895	2,077	-58
Sipakapense	1	151	4,409	10,652	142
Sakapulteko	1	368	3,033	9,763	222
Garífuna	5	7,518	2,447	5,040	106
Itza'	5	21,337	650	1,983	205
Xinka	7	1,605	107	16,214	15,053
Total	285	101,836	1'239,307	4'424,218	257

Fuente: ¹ Ministerio de Cultura y Deportes, Banco Mundial, RUTA, 2001. Perfil de los Pueblos: Maya, Garífuna y Xinka en Guatemala. ² INE, 2002. XI Censos Nacional de Población y VI Censo Nacional de Vivienda.

La comunidad lingüística Q'ekchi' es la que más territorio ocupa actualmente alcanzando un estimado del 30% del total de los territorios indígenas, pero es la comunidad lingüística

³ INE (2011). Bases de datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Instituto Nacional de Estadística. Guatemala. Versiones en Excel y SPSS.

Kaqchikel la que tiene la mayor densidad de población: 191 habitantes por kilómetro cuadrado, que es mayor al promedio nacional de 104 habitantes/km²

En la columna sobre la diferencia entre censos, el contraste de los datos a simple vista refleja sin lugar a dudas la histórica dificultad para dimensionar con precisión la población indígena. La decisión política técnica en el censo del 2002 asumida por el Instituto Nacional de Estadística de preguntar por auto-identificación la pertenencia étnica se considera un avance metodológico que deberá evaluarse en futuras encuestas y censos nacionales en función de superar los sesgos de registro en los que pueda incurrir el uso de este concepto. Un factor que sin duda impacta en la dinámica poblacional es la migración internacional y la repatriación de refugiados ocurrida entre censos.

1.2. Las condiciones de vulnerabilidad de la población indígena: estratificación social, pobreza, mercado laboral, educación y salud.

En Guatemala, es relativamente poca la información proveniente de las estadísticas públicas que se reporta con desglose étnico. El informe anual del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, del año 2005 titulado 'Diversidad étnico-cultural: la ciudadanía en un estado plural' constituye hasta la fecha la mayor compilación de datos con esta perspectiva. En este apartado, se reproduce la información y los datos relevantes a la condiciones de pobreza, exclusión, discriminación, ruralidad, secularidad (ODM) en la perspectiva de los pueblos indígenas.

a) Estratificación:

El 80% de la población indígena se localiza en el estrato bajo y bajo extremo. El porcentaje de población indígena que está en el estrato alto es casi inexistente, por lo que se puede afirmar que la población indígena está excluida virtualmente de este sector. El estudio citado enfatiza que entre los años 1989 y 2004 se evidenció una mayor concentración de riqueza en el 20% de la población con ingresos más altos, lo que muestra una tendencia al empobrecimiento y aumento de la desigualdad. El ingreso per cápita recibido por indígenas se relaciona de 1 a 1.8 con los no indígenas y en la población en general, el recibido entre hombres y mujeres es de 1.5 a 1. Es de señalar que las comunidades lingüísticas tienen diferente composición en su estratificación social y orientación laboral, así el estudio mostró, basados en la ENEI 2004, que los k'ekchi' fueron el grupo con mayor ingreso per cápita y obtenido mayormente en labores no agrícolas.

b) Pobreza:

De acuerdo con los datos desagregados con relación a pobreza reportados en el informe PNUD 2005⁴, los departamentos que reportaron los mayores índices de pobreza se correlacionan con los departamentos con alta densidad indígena. Así, los departamentos de San Marcos con 86.7%, Totonicapán 85.6%, Quiché 81.1%, Huehuetenango 77.8%, Alta Verapaz 76.4%, y Sololá 76.6%, reportaron más $\frac{3}{4}$ partes de su población como pobre. La situación de pobreza y pobreza extrema se agudiza cuando se considera el área rural y aún más aquella habitada por indígenas.⁵ En ese año, se reportó que los primeros 43 municipios con el mayor índice de pobreza total (pobreza y pobreza extrema) se corresponden con municipios con alta ruralidad y población indígena. De los primeros 20 municipios con mayor pobreza total, 16 cuentan con altos índices de población indígena. Adelante, en el Cuadro 4, se observa claramente la relación pobreza, municipio indígena y ruralidad. Obsérvese que los municipios con mayoría ladina, son municipios en territorio indígenas y en los departamentos con mayoría de población indígena.

Cuadro 4
20 primeros municipios con mayor índice de pobreza total
y su relación con pobreza extrema, ruralidad, población indígena

No.	Departamento	Municipio	Pobreza total	Pobreza extrema	Ruralidad	Población indígena
1	San Marcos	Comitancillo	98.7	94.4	74.8	98.9
2	San Marcos	Concepción Tutuapa	98.7	85.8	97.8	98.1
3	San Marcos	Tajumulco	98.7	82.4	93.2	80.8
4	San Marcos	Tacaná	98.5	88.6	92.2	15.6
5	San Marcos	Sibinal	97.9	83.1	88.5	7.5
6	San Marcos	San José Ojetenam	97.7	93.2	92.9	1.0
7	Totonicapán	Santa María Chiquimula	97.6	91.0	85.0	99.6
8	San Marcos	San Miguel Ixtahuacán	97.4	81.0	91.4	97.9
9	San Marcos	Sipacapa	97.3	80.0	95.6	77.2
10	San Marcos	Ixchiguán	97.2	86.2	90.0	82.5
11	Huehuetenango	Santa Bárbara	96.8	66.4	94.2	99.3
12	Huehuetenango	Tectitán	96.8	77.8	91.3	30.1
13	Totonicapán	Santa Lucía La Reforma	96.6	81.8	91.7	99.9
14	Huehuetenango	San Sebastián Huehuetenango	96.0	77.8	94.4	95.1
15	Huehuetenango	San Mateo Ixtatán	96.0	67.9	69.0	96.0
16	Huehuetenango	San Gaspar Ixchil	95.9	71.8	91.0	99.9
17	Quetzaltenango	Huitán	95.3	75.0	41.3	94.3
18	El Quiché	San Pedro Jocopilas	95.2	65.0	95.6	94.0
19	Totonicapán	Momostenango	95.1	78.7	74.0	98.8
20	San Marcos	San Lorenzo	94.8	74.1	90.0	51.1

Fuente: Elaboración propia con datos de PNUD (2004). Informe Nacional.

⁴ PNUD (2005). Diversidad étnico-cultural: la ciudadanía en un estado plural. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala. Diciembre. Pp: 405

⁵ Los datos de pobreza reportados en este informe se hicieron con base en los Censos Nacionales X y XI de población y, V y VI de habitación 1994 y 2002, ENCOVI 2000. CELADE, BANGUAT, BANCO MUNDIAL, PNUD.

Los valores de pobreza medidos a partir de la metodología de los mapas de pobreza referida en el informe citado, estimaron el promedio nacional de pobreza total en 54.3% y de extrema pobreza en 22.77%. Posteriormente a ese ejercicio, la pobreza se ha continuado monitoreando con la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) del INE. Para el año 2000, la ENCOVI reportó que el 56.0% de la población vivía en algún nivel de pobreza (15.7% pobreza extrema y 40.3% en pobreza no extrema). Para el año 2006 se reportó una leve disminución de cinco puntos porcentuales calculándose que el 51.0% de la población es pobre (15.2% pobreza extrema y 35.8% pobreza no extrema). Para el año 2011⁶ la pobreza total se situó en el 53.71% del total de la población (se redujo la pobreza extrema al 13.33% y aumentó la pobreza no extrema al 40.38%). De lo anterior se deduce que los valores totales dados por el informe del PNUD 2005, se mantienen constantes y hasta que no se realice otro censo nacional de población, siguen siendo una referencia generalizable.

c) Mercado laboral:

La Encuesta Nacional de Egresos e Ingresos, ENEI 2010⁷, consideró a la población de 10 años o más, como en edad de trabajar. Del total de la población en edad de trabajar del país, se estimó que el 38% son indígenas. Del total de la población en edad de trabajar, el 56.2% se consideró Población Económicamente Activa (PEA) y el 55.4% tenía empleo (o Tasa Bruta de Ocupación). De la PEA, se estimó que el 98.6% está ocupada, lo que implica que el 1.4% estaba desocupada. De la PEA ocupada, el 66.6% estaba subocupada y de esta una Tasa de Subempleo Visible de 20.8, véanse Cuadros 5 y 6.

Cuadro 5
Población Económicamente Activa
Total indígena por sexo

Variables	Nacional Indígena	Sexo	
		Hombre	Mujer
Población en edad de trabajar 10 años y más	4,082,601	1,973,906	2,108,695
Población económicamente activa	2,295,011	1,489,914	805,097
Población ocupada	2,263,137	1,469,447	793,690
Población en subempleo visible	477,823	315,546	162,277
Población desocupada	31,874	20,467	11,407
Población no económicamente activa	1,787,590	483,992	1,303,598

Fuente: SEGEPLAN con base a datos de Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos, ENEI-2010.

⁶ De acuerdo con la ENCOVI 2011, se estableció como línea de pobreza extrema un gasto total en alimentos de Q.4,380.00 per cápita por año para el nivel nacional. Así mismo, una línea de pobreza general con un gasto total de Q.9,030.93 per cápita por año para el nivel nacional.

⁷ INE (2010). Encuesta Nacional de Ingresos y Egresos. Instituto Nacional de Estadística. Gobierno de Guatemala. Informe preliminar en formato digital versión Excel.

Cuadro 6
Tasas de Ocupación de PEA activa
Total indígena por sexo

Indicadores	Nacional Indígena	Sexo	
		Hombre	Mujer
Tasa de participación de la PEA	56.2	75.5	38.2
Tasa de ocupación específica	98.6	98.6	98.6
Tasa bruta de ocupación	55.4	74.4	37.6
Tasa de subempleo visible	20.8	21.2	20.2
Tasa de desempleo abierto	1.4	1.4	1.4

Fuente: SEGEPLAN con base a datos de Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos, ENEI-2010.

En contraste, la PEA en población no indígena se reportó en 53.1 menor a la indígena, situación que se explica en la edad de tener el primer empleo remunerado. De igual manera la Tasa de Ocupación Bruta fue de 50.5 para la población no indígena. De la PEA el 95.1 se encontraba ocupada, mostrando una tasa mayor de desempleo abierto (4.9). Esta diferencia se explica con base a la mayor ocupación agrícola por la población indígena. No obstante lo anterior, en cuanto a la PEA subocupada se reportó que el 58.4 con una Tasa de Subempleo Visible de 21.2. Estos datos suponen un valor alto del subempleo en Guatemala (tercerización) y que una parte de ellos se registra con actividades económicas propias (visibles). También reflejan que los indígenas tienen menor acceso al pleno empleo.

Adicionalmente a lo anterior, la ENEI 2010, reportó que en el área metropolitana, en promedio un indígena ganaba Q 1,608.21 y un no indígena Q 2,570.91. En el resto de lugares urbano Q 1,382.71 y Q 1,930.99; y en el área rural Q 980.55 y Q 1480.45, respectivamente. Teniendo en cuenta que para ese año, el salario mínimo fue de Q 1,930. Es decir, en ninguno de los ámbitos medidos, los indígenas reciben en promedio el salario mínimo oficial. En el área rural, por cada Q 1.00 de salario que recibe un indígena, un no indígena recibe Q 1.50.

d) Educación.

No se puede tener una visión actualizada de la situación educativa desde la perspectiva de los pueblos indígenas. El último anuario presentado por el MINEDUC es del año 2009. Por lo que la información al alcance se obtiene de manera proyectada o indirecta. Así, la ENCOVI 2011, reportó una tasa nacional de alfabetismo de 76% que refleja la relación entre la población alfabeta de 15 años y más, y la población total de 15 años y más. Esta tasa reporta promedios departamentales menores en aquellos con mayor densidad de población indígena, así en Quiché 58%, Alta Verapaz 60%, Huehuetenango 65%, Sololá 65% y Totonicapán 68%. Siendo estas tasas aún menores en áreas rurales.

En el informe del PNUD 2005, se destacó una tendencia a la mejora del alfabetismo en los pueblos indígenas registrada entre los censos de 1994 y 2002. La tasa de alfabetismo registrada en jóvenes indígenas entre 15 y 24 años pasó de 60.4% a 71.5% en el período. De la misma manera, la escolaridad promedio paso de 2.5 a 3.8 años con un comportamiento similar entre géneros.

Si bien estos datos actualizados al 2013 deberían proyectar significativos avances debido a la mejora en la cobertura territorial de la educación, todavía los problemas en términos de pertinencia cultural siguen sin tener la atención adecuada y de acuerdo con el AIDPI. El currículo nacional básico aún muestra deficiencias en incorporar la perspectiva de los pueblos indígenas, particularmente el uso de los idiomas mayas.

e) Salud.

La salud en los pueblos indígenas de igual manera que el estado de situación en educación, no se puede estimar ya que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, no reporta datos desglosados por pertenencia étnica y su última memoria de labores publicada es la del 2010. El informe del PNUD 2005, no logró realizar un análisis pormenorizado del estado de situación en salud de los pueblos indígenas, sin embargo afirma un avance general en el acceso a los servicios de salud del 54% en 1994 al 89.7% en 2004 y 88.7% en 2010. Es decir, un estimado de 1'623,226 personas no contaban con acceso a los servicios de salud para ese año. Este aumento en la cobertura puede explicarse a partir de la implementación del modelo de Atención Primaria en la Salud, que arrancó en 1998 y a partir del año 2000 incorporó al sistema a 'prestadoras de servicios'.

En el informe del PNUD 2005, señala que el acceso físico a los servicios de salud está diferenciado entre los tipos de población indígena y no indígena, siendo el grupo étnico mam el que contaba con mayor precariedad. El informe basado en la ENCOVI 2000 reportó que los dos tipos de población adulta se enferman en similares proporciones y así como en la búsqueda de atención fuera de casa. Reveló que los k'echi' son el grupo étnico que reportó el mayor porcentaje de enfermedad y los mam que tienden a resolver en casa sus problemas de salud.

La Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil, ENSMI 2008-2009⁸, reportó una Tasa Global de Fecundidad de 3.6, que comparada con la de 4.4 de la ENSMI 2002 manifiesta

⁸ Véase, Gobierno de Guatemala (2009). Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID/Guatemala), Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional (ASDI), Calidad en Salud (USAID), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Naciones Unidad de Población (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Gobierno de Guatemala. Informe Preliminar. Noviembre. Pp: 68.

una tendencia hacia su disminución. Esta tasa se reportó de 4.5 y 3.1 para mujeres indígenas y ladinas respectivamente. La diferencia en tipos de población se explica en parte debido al mejor nivel educativo reportado en las mujeres ladinas, ya que está comprobada la relación directa entre educación y fecundidad.

La mortalidad infantil calculada en la ENSMI 2008-2009, revela que si bien las tasas han mostrado una tendencia hacia la reducción, también revelan que la mortalidad entre indígenas es mayor que para los no indígenas en todos los segmentos de edad, así neonatal 17-16, posneonatal 17-11, infantil 34-27, 14 años 17-7 y, en menores de 5 años 51-33. La encuesta concluye que la mortalidad en todos/as los menores de cinco años es muy diferente según las condiciones de la madre, es mayor en todas las desagregaciones cuando: son indígenas, no tienen ningún nivel de educación, superan los cuarenta años de edad y cuando el período intergenésico es menor de 24 meses.

En cuanto al control prenatal, se reportó que más de 95% de las mujeres indígenas han tenido al menos un control prenatal antes del parto. Se reportó que las mujeres indígenas tienden a tener el control prenatal hacia el segundo trimestre de embarazo, distinto a las mujeres no indígenas que tienden a hacerlo durante el primer trimestre. Las mujeres indígenas prefieren ser atendidas en su hogar y solamente el 29.2% lo hicieron en un centro de atención clínico, en tanto que las mujeres no indígenas buscan dichos centros en un 70%. Lo anterior explica la tendencia mayor en las mujeres indígenas a ser atendidas por comadronas y solo un 29.5% atendidas por médico. Un dato interesante, es la atención del parto por cesárea 23.1%, comparadas a las mujeres indígenas 8.4%. Lo que obliga la pregunta sobre la indicación de la cesárea. En cuanto al control prenatal las mujeres indígenas reportaron hacerlo en un 19.1% por debajo de lo reportado por las mujeres no indígenas que fue el 30%.

Las mujeres indígenas tienden a brindar una lactancia exclusiva en los primeros seis meses y por períodos mayores a un año. Este comportamiento se diferencia en las mujeres no indígenas porque tienden tempranamente a lactancia complementaria y a períodos de lactancia menores a un año.

Siguiendo con información de la ENSMI 2008-2009, menos de la mitad de las mujeres indígenas en edad reproductiva usan algún método de planificación familiar (40.2%) y de las que lo usan, dos de cada tres prefieren los métodos modernos (inyecciones, esterilización, condón, píldora, DIU, otro, en orden de importancia).

En la ENMM 2007 publicada por MSPAS y SEGEPLAN en 2011, señala que 'Entre la población indígena se encontró una RMM (Razón de Mortalidad Materna) que es más del doble de la que ocurre en la etnia no-indígena (163 a 77). Estos datos son claramente

indicativos de un mayor riesgo de muerte en la población indígena. Se observa que nueve departamentos tienen RMM mayor a la nacional, con un rango de 157.5 a 301.8, de los cuales hay seis que tienen población predominantemente indígena, rural, localizada en el altiplano, con altos niveles de pobreza e inequidad y reducido acceso a los servicios de salud.’

En el Tercer Censo Nacional de Talla realizado en 2008⁹, se informa que las prevalencias por grupo étnico según idioma materno, demuestran que los niños y niñas con español como idioma materno alcanzan una prevalencia de 34.6%, mientras que los niños y niñas cuyo idioma materno no es el español, alcanzan un 62.5%, es decir casi el doble de prevalencia de retardo en talla total o desnutrición crónica y, que dentro de estos, los niños y niñas de habla Chortí (80.7%), Akateco (79.1%) e Ixil’ (76.9%) presentan las más altas prevalencias de retardo en talla. El retardo severo reportado para la niñez indígena es del 20% contrastado con el 8% para la niñez no indígena. Es decir, 1 de cada 5 niños/as indígenas tiene una desnutrición crónica severa. Por área de residencia se observa que en áreas urbanas y rurales las prevalencias totales reportadas son de 28.3% y de 49.7% respectivamente, lo que confirma una vez más que el área rural está más afectada que la urbana con una diferencia del 21.4% entre dichas áreas.

1.3. Marco legal en salud con perspectiva indígena¹⁰

Guatemala tiene un marco legal y normativo garante de los derechos a la salud en general y de la salud reproductiva en específico. La Constitución Política de la República de Guatemala de 1985 provee del marco general en sus primeros artículos, así: el artículo 1 establece la obligación del Estado para proteger a la persona y a la familia y estipula que su fin supremo es la realización del bien común. Esto se complementa con el artículo 2, que se refiere al deber del Estado de garantizar a los habitantes de la república la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona; y con el artículo 3, que establece la obligación del Estado por garantizar y proteger la vida humana desde su concepción. En lo específico del derecho a la salud, el artículo 93 estipula que: “El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna”. Por su parte el artículo 94 enmarca la obligación que tiene el Estado de velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes y el artículo 95 considera la salud de los

⁹ Véase, SESAN-MINEDUC-INCAP (2009). **Tercer Censo Nacional de Talla**. Secretaría de Seguridad Alimentaria, Ministerio de Educación, Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá. Gobierno de Guatemala. Junio. Guatemala. Pp: 98.

¹⁰ Véase, Rafael Gallegos (2011). **Consideraciones históricas, políticas y legales de la medicina indígena en Guatemala**. Asociación PIES de Occidente, Horizontes de Amistad, Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional. Quetzaltenango, Guatemala. Septiembre. Pp: 51.

habitantes de la nación como un bien público y establece que todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento. El marco regulatorio de la salud en Guatemala lo provee el Código de Salud, Decreto 90-97. Se refieren de manera relevante a la salud los siguientes acuerdos: El Acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria y Acuerdo sobre identidad y derechos de los pueblos indígenas. Estos acuerdos establecen criterios generales para el gasto público en salud, mortalidad infantil y materna, erradicación de la poliomielitis y el sarampión, y descentralización y desconcentración administrativa en salud; y el primero de ellos expresa en el numeral 23, inciso (f) lo siguiente: “Valorándose la importancia de la medicina indígena y tradicional, se promoverá su estudio y se rescatarán sus concepciones, métodos y prácticas.”

En octubre 2001, el Congreso de la República de Guatemala promulgó la Ley de Desarrollo Social y posteriormente el gobierno formuló la “Política de Desarrollo Social y Población” para cumplir con la ley. Esta ley considera aspectos de salud, y de salud sexual y reproductiva específicamente, que en su momento se consideró un notable avance en el tema. En el año 2010 se aprueba la Ley para la Maternidad Saludable (Decreto 32-2010), que establece un conjunto de acciones para la reducción de la muerte materna.

En la perspectiva indígena existe un marco de instrumentos internacionales constituidos por el Convenio 169 de la OIT, la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y la Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas de América conocida como SAPIA. En el contexto nacional no existe ninguna ley específica relacionada con la salud en la perspectiva de los pueblos indígenas, sin embargo se ha logrado a través del esfuerzo de incidencia desde organizaciones sociales el establecimiento de programas o acciones que la consideran. Así tenemos los siguientes: el anteproyecto de Ley del Sistema de Salud Popular Tradicional y de la Ley Marco de Salud, y el Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el que PIES de Occidente participó en su formulación; y en el nivel operativo, a la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad.¹¹

¹¹ Véase también, Carlos Enrique Lix Socop (2007). Diagnóstico sobre la situación de políticas y programas del Ministerio de Salud en la prestación de servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención. Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud para el Occidente de Guatemala, PIES de Occidente; Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, ASECSA. Quetzaltenango, mayo. Pp: 42.

2. La población de cobertura en la perspectiva de los pueblos indígenas.

La salud en Guatemala tiene un perfil étnico, de género y territorial que coloca a la población indígena, a sus mujeres y a los habitantes de las áreas rurales como la poseedora de las peores condiciones de salud en el país y comparativamente, en el continente americano que comparte con otros pueblos indígenas. Esta situación en Guatemala, es el resultado de un modelo histórico de desarrollo excluyente, racista, primario exportador y con la riqueza concentrada en un pequeño grupo de familias que han heredado el poder económico y político. No obstante, se reconoce que las condiciones estructurales derivadas de dicho modelo concentrador, también ponen a la población no indígena en condiciones de pobreza y vulnerabilidad por lo que la Asociación PIES de Occidente se propone como criterios orientadores de su accionar a:

- Población indígena, mujeres y habitantes del área rural.
- Comunidades en los territorios indígenas con los mayores índices de pobreza y marginalidad.
- Población vulnerable en dichas comunidades y territorios, independiente de su origen étnico.

La vulnerabilidad puede definirse como “la capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y para recuperarse de los mismos. Es un concepto relativo y dinámico. La vulnerabilidad casi siempre se asocia con la pobreza, pero también son vulnerables las personas que viven en aislamientos, inseguridad e indefensión ante riesgos, traumas o presiones”.¹² Por lo anterior, se entiende de manera ampliada como población vulnerable independientemente de su origen étnico a personas en situación de pobreza: menores y de la tercera edad, con capacidades diferentes (discapacitadas), que viven con VIH y SIDA, que viven con cáncer, población migrante y su familias, y finalmente a las mujeres de todas las edades; y desde el enfoque territorial, a las personas que habitan viviendas construidas en lugares inadecuados (vegas de ríos, barrancas y excavaciones) con riesgo a sufrir daños por inundaciones, deslaves, derrumbes y temblores.

De acuerdo con los criterios anteriores se define la cobertura territorial nacional como se observa en el Cuadro 7, el área de cobertura 1 comprende a los departamentos de Quetzaltenango y Totonicapán. El resto de los 20 departamentos están distribuidos en 3 áreas de cobertura.

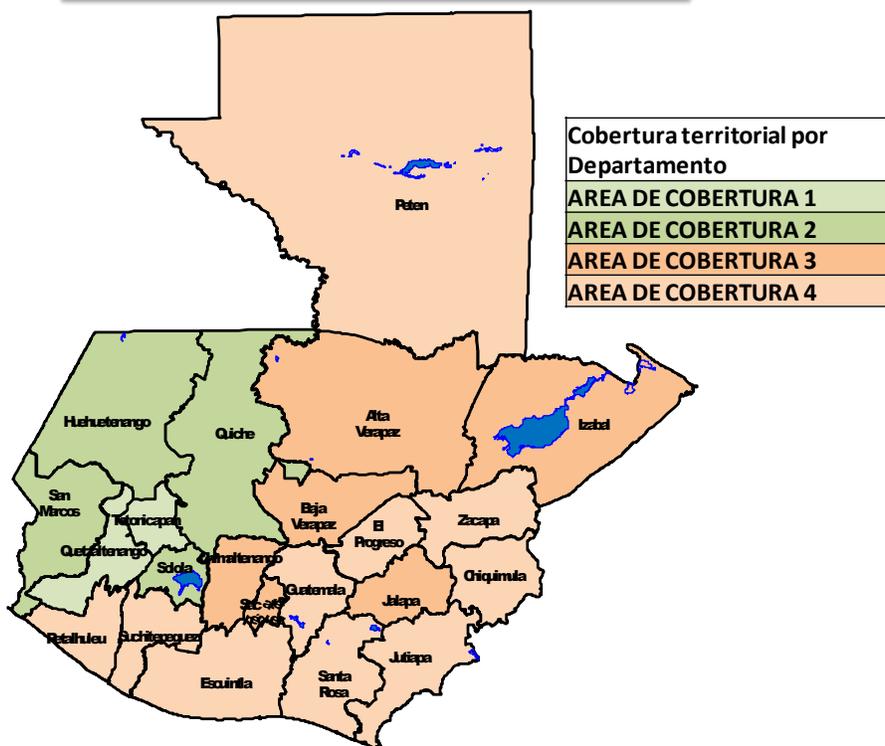
¹² Véase, definición de la Cruz Roja Internacional. <http://www.ifrc.org>

Cuadro 7
Cobertura territorial por áreas prioritarias

AREA DE COBERTURA 1	AREA DE COBERTURA 2	AREA DE COBERTURA 3	AREA DE COBERTURA 4
Quetzaltenango Tonicapán	Huehuetenango San Marcos Sololá El Quiche	Alta Verapaz Baja Verapaz Chimaltenango Sacatepéquez Jalapa Izabal	El Progreso Jutiapa Zacapa Chiquimula Escuintla Santa Rosa Guatemala* Retalhuleu Suchitepéquez El Peten*

(*) En la actualidad todos los departamentos tienen población indígena y no indígena.

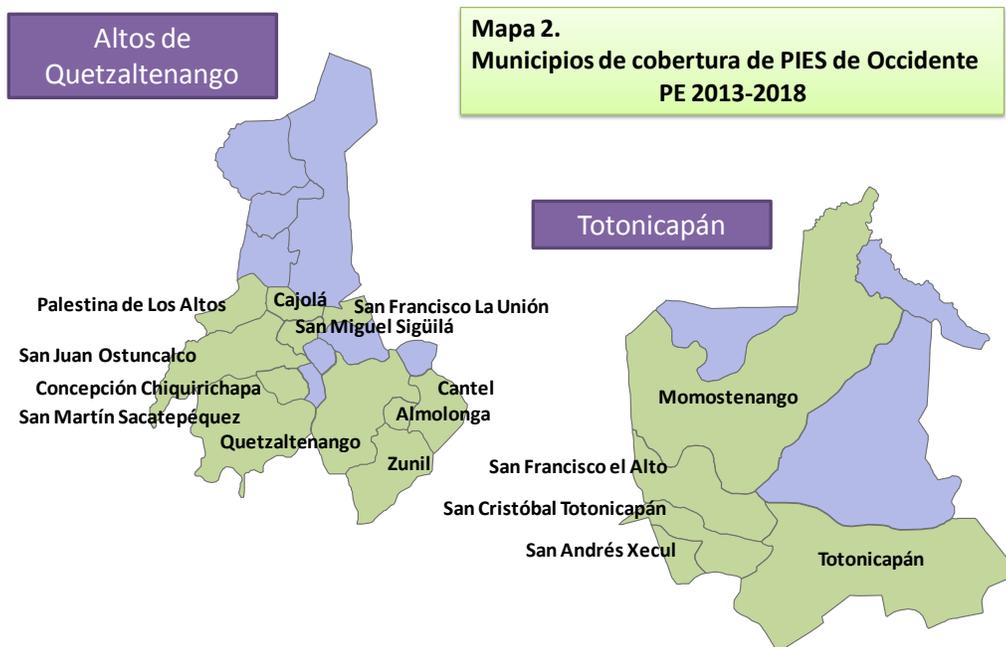
Mapa 1.
Areas de cobertura de PIES de Occidente
PE 2013-2018



En el área de cobertura 1 se priorizan 17 municipios comprendidos 5 en el departamentos de Tonicapán y 12 en el departamento de Quetzaltenango, como puede observarse en el Cuadro 8. En ambos departamentos se incluyó el municipio central donde se localiza su cabecera, lugar en donde están ubicadas las instancias político-administrativas vinculadas particularmente a dos poderes del Estado: Judicial y Ejecutivo.

Cuadro 8
Municipios seleccionados del área de cobertura 1
Idioma predominante

Totonicapán	Quetzaltenango
Momostenango, kí'che'	Almolonga, kí'che'
San Andrés Xecul, kí'che'	Cajolá, mam
San Cristóbal Totonicapán, kí'che'	Cantel, kí'che'
San Francisco El Alto, kí'che'	Concepción Chiquirichapa, mam
Totonicapán, kí'che'	Palestina de Los Altos, mam
	Quetzaltenango, kí'che', mam y español
	San Francisco La Unión, kí'che'
	San Juan Ostuncalco, mam
	San Martín Sacatepéquez, mam
	San Miguel Sigüilá, mam
	Zunil, kí'che'



2.1 Extensión territorial y características de población.

Los 17 municipios seleccionados tienen un área agregada de territorio de 1,430 kilómetros cuadrados con un promedio de distancia desde su cabecera municipal a la capital de la República de 211 kilómetros como puede observarse en el Cuadro 9. De los municipios seleccionados, 13 tienen una población indígena superior al 90%, 2 al 80% y 1 al 70%. Una excepción se hizo con el municipio de Quetzaltenango que donde población indígena es de aproximadamente 50%, debido a que la Asociación PIES de Occidente ha trabajado desde su fundación en el Valle del Palajunoj en donde opera una clínica comunitaria. El

promedio del conjunto de la población indígena supera el 90% incluyendo al municipio de Quetzaltenango.

Cuadro 9
Datos generales y población municipios

Municipio	DATOS GENERALES		POBLACION						
	Extensión territorial	Distancia a capital/km	Hombres %	Mujeres %	Indígena %	No Indígena %	Urbano %	Rural %	Total
Momostenango	305	208	47.6	52.4	98.8	1.2	26.0	74.0	87,340
San Andrés Xecul	17	196	47.3	52.7	99.7	0.3	40.4	59.6	22,362
San Cristóbal Totonicapán	36	189	47.0	53.0	95.0	5.0	13.8	86.2	30,608
San Francisco El Alto	132	192	47.5	52.5	99.6	0.4	73.5	26.5	45,241
Totonicapán	328	201	46.8	53.2	97.2	2.8	46.4	53.6	96,392
Almolonga	20	205	46.1	53.9	99.4	0.6	80.2	19.8	13,880
Cajolá	36	217	45.5	54.5	94.5	5.5	29.3	70.7	9,868
Cantel	28	208	50.1	49.9	94.8	5.2	55.4	44.6	30,888
Concepción Chiquirichapa	48	214	44.2	55.8	99.4	0.6	43.6	56.4	15,912
Huitán	16	239	46.6	53.4	94.3	5.7	58.7	41.3	9,769
Palestina de Los Altos	48	234	47.6	52.4	71.2	28.8	12.4	87.6	11,682
Quetzaltenango	120	201	47.8	52.2	49.9	50.1	94.5	5.5	127,569
San Francisco La Unión	32	217	44.5	55.5	99.8	0.2	16.3	83.7	7,403
San Juan Ostuncalco	44	215	47.1	52.9	86.4	13.6	53.7	46.3	41,150
San Martín Sacatepéquez	100	220	47.3	52.7	88.2	11.8	16.5	83.5	20,712
San Miguel Sigüilá	28	218	48.9	51.1	94.9	5.1	75.7	24.3	6,506
Zunil	92	210	47.4	52.6	90.4	9.6	77.7	22.3	11,274
Total	1,430	211	47.0	53.0	91.4	8.6	47.9	52.1	588,556

Fuente: INE 2002. Censo de Población y Habitación 2002.

La características del lugar de asentamiento tienen un rango amplio, así en Zunil con 90.4% de población indígena el 22.3% de su población se asienta en el área urbana, situación que contrasta con otros municipios como San Cristóbal Totonicapán, Palestina de Los Altos, San Francisco La Unión y San Martín Sacatepéquez que tiene más del 80% de su población habitando en las áreas rurales. Desde luego, estas características de poblamiento tienen una explicación a partir de la historia y función que han cumplido los pueblos en el desarrollo regional y nacional. Una característica demográfica que llama la atención es la mayoría de mujeres en todos los municipios con excepción de Cantel. Parte de esta tendencia puede explicarse a partir de las migraciones internas e internacionales.

2.2. Lugares poblados rurales y urbanos

La Asociación PIES de Occidente tiene el criterio de prioridad de trabajar en las áreas rurales de los municipios seleccionados sumado a los criterios de población indígena y condiciones vulnerabilidad, particularmente la pobreza. En el Cuadro 10 se puede observar que de acuerdo con la estimación de lugares poblados realizada por el INE en 2005, se contabilizan 865 lugares poblados. El INE tiene una caracterización de los lugares poblados según sean estos, urbano o rural, de acuerdo con criterios del tamaño de la

población. Sin embargo a lo largo de la historia del país, particularmente durante la colonia (1524-1821) los lugares poblados fueron recibiendo títulos desde la administración central que aún se usan y para los cuales no existen criterios específicos: villa, pueblo, labor, etc. Esto constituye en la actualidad un problema aún no resuelto y de allí la diversidad de categorías y que muchos lugares, sobretodo rurales sean catalogados como ‘otro’ tal es el caso de los ‘cantones’ ya que algunos pudieran clasificarse como aldeas y otros como caseríos.

Cuadro 10
Lugares poblados por categoría

MUNICIPIOS	TOTAL	RURAL								URBANO				
		ALDEA	CASERIO	PARAJE	FINCA	GRANJA	LABOR	OTRO	TOTAL	CIUDAD	VILLA	PUEBLO	COLONIA	TOTAL
Momostenango	284	13	142	7	5			115	282		2			2
San Andrés Xecul	10	4	2					3	9			1		1
San Cristóbal Totonicapán	23	6	7					9	22			1		1
San Francisco El Alto	53	9	5	1				37	52			1		1
Totonicapán	119	13	69	1				32	115	1			3	4
Almolonga	3	2							2			1		1
Cajolá	6	1	2					2	5			1		1
Cantel	21	10	5			1	1	2	19			1	1	2
Concepción Chiquirichapa	25	1	21					2	24			1		1
Huitán	13	3	7	1					11			1	1	2
Palestina de Los Altos	39	4	27					6	37			1	1	2
Quetzaltenango	109	2	12				8	22	44	1			64	65
San Francisco La Unión	6		4					1	5			1		1
San Juan Ostuncalco	67	6	28		13	1	4	13	65		1	1		2
San Martín Sacatepéquez	56	5	26		15		1	8	55			1		1
San Miguel Sigüilá	4	2						1	3			1		1
Zunil	27	2	7	2	3		2	8	24			1	2	3
Total	865	83	364	12	36	2	16	261	774	2	3	14	72	91

Fuente: INE 2005. Base actualizada de lugares poblados.

En el total de municipios descritos en el Cuadro 10, se puede observar que el tipo de asentamiento rural es concentrado en 5 de ellos: San Andrés Xecúl, Almolonga, Cajolá, San Francisco La Unión y San Miguel Sigüilá. En contraste con los anteriores, otros municipios tienen a su población dispersa en su territorio: Momostenango, Totonicapán, San Juan Ostuncalco entre otros. Esta característica si bien tiene relación con la extensión territorial de cada municipio, también responde a la historia política de cada pueblo. En el área rural, la categoría más importante es aldea. En los 17 municipios se consideraron 774 lugares poblados como rurales.

2.3. Crecimiento y densidad de la población proyectado al 2013.

El último censo de población realizado en Guatemala fue hace más de 10 años en el 2002 (por lo general y como norma internacional, los censos se realizan cada 10 años), debido a esta distancia temporal, los datos que hoy se generan en el país tienen la dificultad de ser estimaciones a variaciones interanuales constantes. De acuerdo con lo que se observa en el Cuadro 11, se estimó la población total para los 17 municipios a partir de la tasa de crecimiento definida en los censos 2002. De tal manera que hay 5 municipios con un crecimiento por arriba del PIB nacional durante el período (3.12) en los cuales hipotéticamente, tendería a agravarse la pobreza, por ejemplo, Momostenango. La tasa de crecimiento promedio para el total de los 17 municipios fue de 2.13, la que está debajo del crecimiento del PIB nacional.

Cuadro 11
Crecimiento y densidad de la población proyectado al 2013

Municipio	Población total 2002	Tasa de crecimiento	Población total 2013	Densidad de población 2013
Momostenango	87,340	3.28	124,564	408
San Andrés Xecul	22,362	3.83	33,811	1989
San Cristóbal Totonicapán	30,608	1.85	37,446	1040
San Francisco El Alto	45,241	3.13	62,499	473
Totonicapán	96,392	2.81	130,746	399
Almolonga	13,880	2.20	17,634	882
Cajolá	9,868	0.32	10,221	284
Cantel	30,888	2.71	41,551	1484
Concepción Chiquirichapa	15,912	1.17	18,084	377
Huitán	9,769	3.39	14,097	881
Palestina de Los Altos	11,682	0.92	12,920	269
Quetzaltenango	127,569	1.55	151,086	1259
San Francisco La Unión	7,403	0.33	7,676	240
San Juan Ostuncalco	41,150	2.09	51,664	1174
San Martín Sacatepéquez	20,712	2.03	25,836	258
San Miguel Siguilá	6,506	3.46	9,458	338
Zunil	11,274	1.10	12,716	138
Total	588,556	2.13	762,009	533

Fuente: INE 2002. Censo de Población y Habitación 2002.

La población total de los 17 municipios creció en una proporción de 1.29 en el período comprendido entre 2002 y 2013. Y la densidad poblacional promedio de 533 habitantes por kilómetro cuadrado es mayor al promedio nacional de 385 h/km². Finalmente, se estima una población rural de cobertura para el 2013 de 390,349 personas.

2.4. Tasas de alfabetización y de cobertura neta en educación

La tasa de alfabetización para la población mayor a los 15 años en promedio para los 17 municipios es de 78.5%, como puede observarse en el Cuadro 12. También puede observarse que la tasa de cobertura neta en promedio supera el 100%, esto se explica a partir de la población repitente. No obstante, se observa que la tasa de alfabetización del municipio de Cajolá tiene el mayor rezago en el conjunto de los municipios y que sus datos de cobertura neta orientan a pensar en un esfuerzo dirigido a compensarlo. Se muestra que Quetzaltenango es un centro regional para la continuidad de estudios luego la secundaria.

Cuadro 12
Tasas de alfabetización y de cobertura neta en educación

Municipio	Tasa de alfabetización 15 a 24 años	Tasa de cobertura neta			
		Pre primaria	Primaria	Secundaria (ciclo básico)	Secundaria (ciclo diversificado)
Momostenango	78.6	45.2	95.9	20.9	3.0
San Andrés Xecul	73.5	49.9	96.5	12.6	-
San Cristóbal Totonicapán	80.2	50.5	101.9	31.5	0.3
San Francisco El Alto	77.8	47.8	92.0	26.2	-
Totonicapán	87.7	43.1	86.5	45.2	14.4
Almolonga	81.0	37.7	62.8	16.4	-
Cajolá	49.6	64.0	154.7	29.6	-
Cantel	95.2	55.9	95.9	39.8	0.2
Concepción Chiquirichapa	87.4	47.0	105.9	31.6	-
Huitán	80.4	53.0	113.2	34.0	1.9
Palestina de Los Altos	62.9	76.5	144.2	35.0	0.2
Quetzaltenango	95.0	66.7	107.1	85.4	125.5
San Francisco La Unión	90.5	55.6	114.5	47.1	-
San Juan Ostuncalco	78.7	63.2	125.1	44.2	7.7
San Martín Sacatepéquez	67.3	59.8	127.7	28.9	-
San Miguel Siguilá	80.5	57.2	116.8	18.9	-
Zunil	67.9	49.9	97.4	18.2	-
Total promedio	78.5	54.3	108.1	33.3	9.0

Fuente: MINEDUC 2008. Anuario Estadístico.

No se cuenta con datos desagregados por origen étnico, ni tipo de asentamiento y se puede concluir que de cada 5 jóvenes, 1 no sabe leer y escribir, situación que debe considerarse como grave, que en general hay una alta cobertura en el nivel primario pero que 1 de cada 3 tiene la oportunidad de asistir al nivel secundario y 1 de cada 10 al nivel diversificado.

2.5. Pobreza, pobreza extrema e Índice de Desarrollo Humano.

La medición de la pobreza en Guatemala se realiza a partir de diferentes metodologías. Una de ellas es a partir de las encuestas de ingresos-egresos o condiciones de vida, donde

el lugar es generalmente desagregado hasta departamento. Los mapas de pobreza realizados en el año 2002, se hicieron con la base censal y se complementaron con la más reciente encuesta de ingresos y egresos de la época. Por lo que su estimación alcanzó el nivel municipal, véase Cuadro 13.

Cuadro 13
Pobreza y pobreza extrema, Índice de Desarrollo Humano

Municipio	Población debajo de la línea de pobreza extrema	Población debajo de la línea de pobreza total	Índice de Desarrollo Humano -IDH-
Momostenango	30.17	81.17	0.485
San Andrés Xecul	21.71	73.19	0.533
San Cristóbal Totonicapán	14.39	66.13	0.631
San Francisco El Alto	12.12	63.67	0.565
Totonicapán	14.25	66.06	0.623
Almolonga	4.29	41.58	0.671
Cajolá	25.42	81.62	0.332
Cantel	4.62	43.36	0.681
Concepción Chiquirichapa	22.61	76.48	0.519
Huitán	35.47	85.08	0.533
Palestina de Los Altos	25.48	78.45	0.489
Quetzaltenango	3.24	25.92	0.784
San Francisco La Unión	8.96	56.86	0.599
San Juan Ostuncalco	20.86	72.48	0.568
San Martín Sacatepéquez	28.09	82.89	0.569
San Miguel Sigüilá	16.89	74.27	0.448
Zunil	6.44	47.47	0.627
Total promedio	17.35	65.69	0.570

Fuente: SEGEPLAN-URL-INE 2002. Mapas de pobreza; PNUD 2005, Informe Nacional de Desarrollo Humano.

La condición de extrema pobreza de los municipios tiene un rango amplio entre 3.24 del municipio de Quetzaltenango al 35.47 de Huitán. Así, son los municipios de Huitán, Momostenango, San Martín Sacatepéquez, Palestina de Los Altos y Cajolá los que tuvieron los mayores índices de extrema pobreza, es decir, 1 de cada 4 personas está con un nivel de ingreso menor a 1 dólar diario (ingresos anuales por Q 1873/2002). Estos mismos municipios reportaron los mayores niveles de pobreza general (ingresos anuales por Q 4020/2002).

En promedio se obtuvo un IDH que evalúa condiciones de alfabetismo, salud e ingreso. De acuerdo con este índice el municipio con las peores condiciones de desarrollo es el de Cajolá con 0.322 y Quetzaltenango en el extremo opuesto con 0.784 que puede considerarse alto con relación al promedio nacional de 0.589 y comparado con el municipio de Guatemala de 0.826.

2.6. Indicadores materno-infantiles.

Uno de los indicadores de mayor relevancia para conocer el estado general de la situación de desarrollo de un municipio es la Razón de Mortalidad Materna que relaciona el número de muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos. En el año 2007, el número total de muertes maternas fue de 537 casos con una RMM de 139.7, que es una de las mayores de América Latina. En Quetzaltenango se reportaron 18 muertes maternas y en Totonicapán se reportaron 34. Como puede observarse en el Cuadro 14, en los municipios seleccionados ocurrieron 29/34 muertes y 10/18 muertes para el caso de Totonicapán y Quetzaltenango, respectivamente.

Cuadro 14
Indicadores materno-infantiles

Municipio	Mortalidad materna (casos)	Tasa de mortalidad infantil	Tasa de Mortalidad 1 y 4 años	Tasa de mortalidad menores de 5 años	Tipo de Atención del parto					Desnutrición crónica
					Médica	Comadrona	Empírica	Ninguna	Ignorado	
Momostenango	17	25.2	1.7	5.3	5.7	93.3	0.4	0.5	0.0	74.1
San Andrés Xecul	-	15.3	0.9	2.4	3.7	96.2	-	0.2	-	68.9
San Cristóbal Totonicapán	3	35.4	0.6	4.3	24.5	75.1	0.1	0.3	-	62.5
San Francisco El Alto	5	44.9	1.3	6.9	4.4	95.5	-	0.1	-	66.9
Totonicapán	4	35.9	1.3	5.3	35.9	63.5	0.3	0.3	-	65.2
Almolonga	1	14.0	-	1.6	25.2	74.8	-	-	-	57.5
Cajolá	1	11.2	1.6	4.5	19.3	70.1	1.3	9.2	-	67.8
Cantel	-	22.7	-	3.2	45.2	54.2	-	0.6	-	47.9
Concepción Chiquirichapa	-	23.5	1.4	4.5	5.5	93.7	-	0.8	-	62.6
Huitán	-	29.2	3.9	8.7	7.4	75.6	0.8	16.2	-	73.9
Palestina de Los Altos	-	30.8	2.6	11.5	7.0	87.3	4.1	1.5	-	61.5
Quetzaltenango	4	43.2	0.9	8.2	85.1	14.3	0.3	0.3	0.0	36.4
San Francisco La Unión	1	5.2	3.3	3.5	11.9	86.1	0.5	1.0	0.5	53.3
San Juan Ostuncalco	2	24.8	1.9	6.5	9.5	85.5	4.0	0.9	0.1	60.2
San Martín Sacatepéquez	1	11.4	1.7	3.5	12.8	85.6	0.7	0.9	-	64.6
San Miguel Sigüilá	-	15.7	1.0	3.8	10.2	88.2	-	1.6	-	63.7
Zunil	-	10.9	1.3	2.7	34.9	65.1	-	-	-	50.6
Total /total promedio	39	23.5	1.7	5.1	20.5	76.7	0.7	2.0	0.0	61.0

Fuente: ENMM 2007; EV-INE 2008; MINEDUC-SEGEPLAN 2008, Censo Nacional de Talla.

El rango de la tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) varía entre el municipio de Quetzaltenango con una TMI de 0.9 por mil nacidos vivos y el municipio de San Francisco El Alto con una TMI de 44.9 con datos de Estadísticas Vitales del INE 2008. Esta misma fuente reportó que la mujeres embarazadas tienden a atender su parto en un promedio de 76.7% para los 17 municipios con comadronas y en algunos municipios, como puede observarse en el Cuadro 14 el porcentaje supera al 90%. Tanto la MM como la MI, son indicadores considerados por las NU como metas del Desarrollo del Milenio, metas que con los indicadores 2007-2008 Guatemala no alcanzará.

Otro indicador de las condiciones de la población es la prevalencia de la desnutrición crónica en la población. En el año 2008 se realizó el último censo de talla como indicador de desnutrición crónica en población comprendida entre los 6 años 0 meses y 9 años 11 meses que asisten a los establecimientos públicos del país. El promedio general de prevalencia en talla fue de 45.6% la cual se considera 'muy elevada'. Con la excepción del municipio de Quetzaltenango, todos los demás municipios tienen índices de prevalencia superiores al promedio nacional. En los casos de Momostenango y Huitán, 3 de 4 niños tienen retardo en talla o desnutrición crónica.

2.7. Infraestructura en salud y prestadoras de servicios.

Las cabeceras departamentales de Totonicapán y Quetzaltenango son sede de los hospitales o tercer nivel de atención. Como puede observarse en el Cuadro 15 en Totonicapán se cuenta con un hospital y en Quetzaltenango con 2 hospitales: uno regional y otro de referencia nacional (Rodolfo Robles) especializado en enfermedades infecto-contagiosas (TB, HIV y SIDA).

En el área de cobertura se cuenta con 15 Centros de Salud tipo B (sin encamamiento) y se corresponden con los distritos de salud. El municipio con menor infraestructura es el de San Francisco La Unión, debido a su poca población y su cercanía con la cabecera departamental de Quetzaltenango.

A partir del año 2009 se han venido impulsando Centros de Urgencias que atienden las 24 horas y que generalmente están ubicados en las cabeceras municipales. Son extensiones de los Centros de Salud tipo B y no cuentan con encamamiento. En el municipio de Concepción Chiquirichapa se cuenta con una maternidad cantonal a la que acuden las comadronas y tienen la posibilidad de atender el parto con la asistencia técnica de una enfermera o médico. Sin embargo, no está dotada para hacer cirugía o cesáreas. Los centros comunitarios son 'puestos de salud' sin infraestructura fija y están presupuestados dentro de la contratación de servicios que realiza el Programa de Extensión de Cobertura. Se estima que en el 2010 había un total de 286 centros comunitarios, siendo el municipio de Momostenango el que contaba con 135. Se estima que en el año 2012 todos los municipios contaban con Centros Comunitarios.

Cuadro 15
Infraestructura en salud y prestadoras de servicios

Municipios	Hospital Regional	Hospital Departamental	Hospital de Referencia Nacional	Centro Salud B	Puestos de Salud	Maternidades Cantonales	Centro de Urgencias 24 Horas	Centros Comunitario	Prestadoras de Servicios
Momostenango				1	5		1	135	4
San Andrés Xecul				1	1		1	3	1
San Cristóbal Totonicapán				1	3		1	19	1
San Francisco El Alto				1	3		1	20	3
Totonicapán		1		1	4		2	52	
Almolonga				1	0				
Cajolá					2		2	5	1
Cantel				1	2				1
Concepción Chiquirichapa				1	1	1		11	1
Huitán				1	3				1
Palestina de Los Altos				1	3				
Quetzaltenango	1		1	1	1			18	2
San Francisco La Unión								4	1
San Juan Ostuncalco				1	8			7	1
San Martín Sacatepéquez				1	2			12	1
San Miguel Sigüilá				1					1
Zunil				1	2				
Total /total promedio	1	1	1	15	39	1	8	286	19

Fuente: MSPAS 2008, 2010, 2011. MEMORIAS DE LABORES.

El programa de Extensión de Cobertura contrata ONG como prestadoras de servicios de salud. En total se registraron 13 municipios con 19 prestadoras de servicios, sin embargo, una ONG puede prestar servicios de salud en una o más jurisdicciones de aproximadamente 10,000 habitantes. La Asociación PIES de Occidente en la actualidad atiende dos jurisdicciones: una de Cajolá y otra en Cantel.

3. La autogestión en salud y los Sistemas Comunitarios de Salud.

Las condiciones de salud para el área de cobertura 1 y para los municipios seleccionados son resultado del modelo de desarrollo liberal (estado de bienestar) y ahora neoliberal (privatización de los servicios públicos) de Guatemala, de alguna manera impuesto por las élites económicas con larga tradición familiar. El Estado de Guatemala ha invertido en los últimos lustros en salud, menos del 2.5% del PIB Nacional. De este monto, el MSPAS recibe el 1.08% y va directamente a la prestación de servicios en los tres niveles de atención.

En el corto y mediano plazo no hay razones para pensar que la inversión en salud se modificará significativamente y que está se sostendrá por un período suficiente para alcanzar un impacto sostenido. De igual manera, la inversión en desarrollo rural en las regiones indígenas sufre del mismo proceso secular de exclusión de la salud y en menor medida la educación, que ha contado por más de 15 años con un componente de cooperación externa importante.

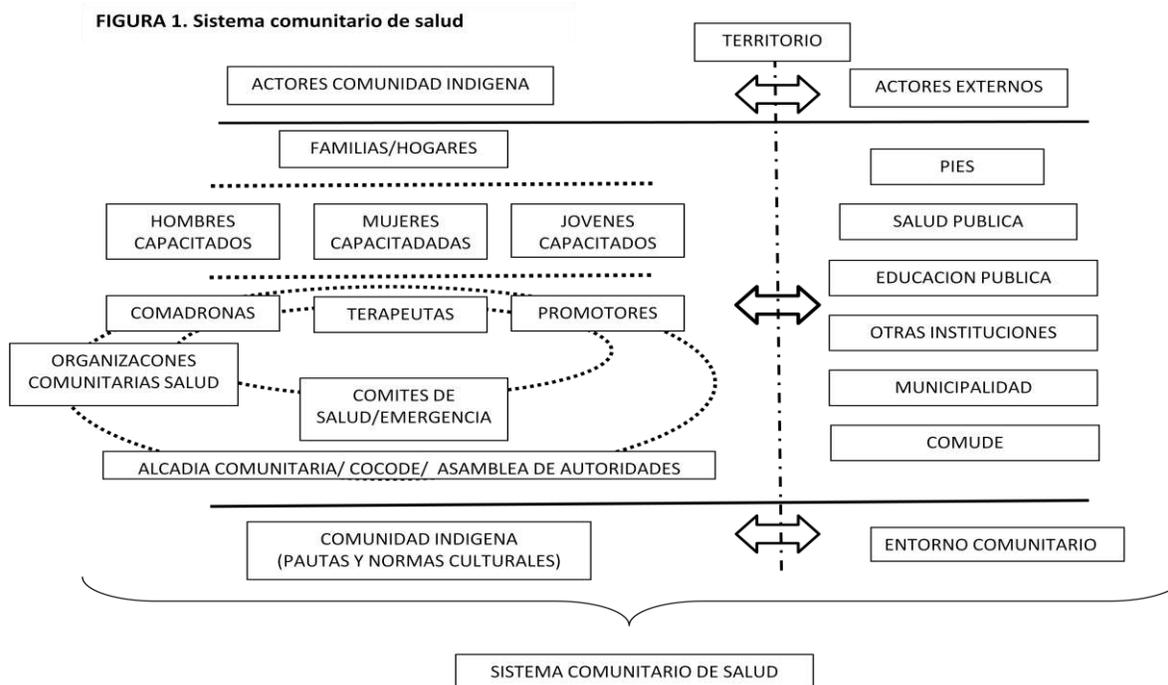
La Asociación PIES de Occidente, desde su fundación inició procesos para fortalecer a los actores comunitarios en salud en su práctica de prestador de servicios en salud como en generar un entorno favorable para su reconocimiento como ciudadano y técnico. Esta estrategia se ha acompañado por investigación de los conocimientos ancestrales sobre salud y su explicación en el marco filosófico propio (cosmovisión). Este ha sido un esfuerzo retroalimentado por otros actores de la sociedad civil que han avanzado en la misma dirección.

Si bien, la salud es un derecho Constitucional, se sabe de la debilidad del Estado para satisfacer la demanda en salud y más aún cuando se incorpora el derecho a la demanda de la salud con pertinencia cultural. Un derecho que no hay que abandonar y continuar con la exigencia de su cumplimiento. No obstante, continuar irrenunciablemente exigiendo el cumplimiento de la Constitución, la Asociación PIES de Occidente buscará la integración de todos los conocimientos y sistematización de las prácticas en salud en una estrategia que profundice la institucionalización comunitaria del cuidado y atención a los problemas de salud.

El sistema de autoridades comunitarias mayas, se ha caracterizado por alcanzar altos niveles de organización y trascendencia. Su institucionalización ha llevado a través de muchos años, a establecer normativas que respetan todos sus habitantes. Estas normativas están en mantener el orden público, el cuidado de los recursos naturales (agua y bosque), en el servicio comunitario, y en la organización para proyectos de desarrollo (principalmente infraestructura). En otro orden de institucionalización comunitaria, se puede considerar el caso de las comadronas y terapeutas mayas, ambos actores comunitarios sin bien tradicionalmente no participan en el sistema de autoridades comunitarias, si son reconocidas por el conjunto de la sociedad comunitaria.

La Asociación PIES de Occidente, ha tenido en los últimos años la experiencia promover la organización local o comunitaria de todos los actores comunitarios en salud que incluye a los formados por el MSPAS: vigilantes de salud, facilitadores, comadronas, promotores de salud, enfermeras, técnicos en salud y médicos. De esta experiencia se propone avanzar a

la construcción de sistemas comunitarios de salud con perspectiva indígena en relación de complementariedad con el sistema del MSPAS (Rector del sector). La autogestión de la salud con enfoque de desarrollo integral (o sustentabilidad) que no renuncia a su derecho de exigirla del Estado y con pertinencia cultural, es la alternativa obligada para mejorar la situación de salud de las comunidades. A diferencia de hace 20 años, cuatro condiciones contextuales se suman para avanzar en esta dirección: el conocimiento/experiencia acumulado, mejores condiciones políticas de receptividad en el sistema de salud, la revolución tecnológica que ha alcanzado a toda la población indígena, y finalmente, las familias indígenas con migrantes internacionales que son hoy un factor dinámico en la transformación multidimensional de las comunidades rurales e indígenas. La autogestión organizada de la salud se piensa como un sistema abierto y comunitario de salud que deberá construirse a partir de las condiciones, prácticas e historia de cada comunidad como un proceso de mediano y largo alcance, véase Figura 1.¹³



El sistema comunitario de salud –SCS– se articula a las autoridades comunitarias por medio de una Comité o Comisión organizada con representantes de los actores en salud comunitarios y pertenecientes al programa de Extensión de Cobertura, organizaciones comunitarias que se relacionan con salud y voluntarios. Este órgano será el rector comunitario de todas las acciones en salud a través de una agenda o plan comunitario de

¹³ Véase, Action Medeor-PIES (2013). Informe de Evaluación de Proyecto ‘Mejoramiento de la salud sexual y reproductiva en comunidades indígenas del departamento Totonicapán’. Se tomó el diagrama y se amplió su información.

salud. Los actores comunitarios en salud organizados se harán representar por medio de uno o dos de sus miembros. No obstante, el proceso de organización del SCS en cada comunidad tendrá su propia lógica, reflejo de su historia organizativa y tradición cultural.

4. La experiencia alcanzada por PIES de Occidente.

La Asociación PIES de Occidente, desde su fundación ha realizado investigación y sistematización de los proyectos que ha ejecutado. El primero de estos, en sus primeros años de fundación, fue la formación de promotores de salud que inicialmente estableció el pensum básico para la atención de un perfil epidemiológico comunitario en la región, luego este pensum avanzó en la búsqueda de la utilización de medicina natural y prácticas ancestrales de curación. De esta manera, luego de más de 18 años, la Asociación cuenta con un importante acervo de conocimientos en los roles y funciones de los actores comunitarios en salud como en acciones que vinculan el SCS con la institucionalidad pública, académica y el público en general. De esta experiencia se extraen las lecciones aprendidas que constituyen la base con la que se inicia este nuevo plan estratégico.

4.1. Alcances y límites de la legislación sobre la salud y la salud maya.

La Asociación PIES de Occidente cuenta con la sistematización de los Tratados y Convenios internacionales relacionados con la salud maya y de estos, los que el gobierno de Guatemala ha ratificado, obligándose a cumplirlos. Así también, cuenta con el marco legal nacional sobre salud que debe ajustarse a los compromisos internacionales y sobre todo, a la Constitución de la República de Guatemala. La Constitución a su vez, debe reformarse para incorporar la perspectiva maya de la salud y de la multinacionalidad de sus pueblos, tal cual se consideró en los Acuerdos de Paz.¹⁴

La Asociación conoce las políticas en salud y relacionadas con la salud, que identifican con claridad la alta vulnerabilidad que particularmente tienen las mujeres mayas y habitantes de las áreas rurales sobre cualquier otro segmento de población. Sin embargo, las acciones que realizan, se hacen sin la perspectiva cultural maya (bolsa segura¹⁵), de género y sin incorporar activamente a sus actores en salud e institucionalidad comunitaria. Esto que puede apuntarse como un avance en la perspectiva histórica pero insuficiente, la Asociación puede contribuir con vincular en el territorio a las acciones de

¹⁴ Véase, Rafael Gallegos (2011). **Consideraciones históricas, políticas y legales de la medicina indígena en Guatemala**. Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud (PIES) de Occidente. Horizontes de Amistad. Quetzaltenango, Guatemala, septiembre. Pp: 51.

¹⁵ Bolsa Segura: política de compensación social como transferencia condicionada (asistencia familiar a los servicios de educación y salud). Se reparte a nivel nacional. No existe un estudio sobre el contenido con perspectiva cultural y de la calidad nutricional de sus productos relacionada con el grado de prevalencia de desnutrición, entre otros señalamientos.

salud con otras políticas de desarrollo para atender a los problemas de salud de manera integral (holística). En este sentido la institucionalidad de las comunidades mayas debe respetarse y fortalecerse.

La Asociación en confluencia con otras organizaciones, han tenido éxito en la incorporación de conceptos mayas en la atención a la salud en comunidades rurales. Se creó en el MSPAS un Programa Nacional sobre Medicina Tradicional y Alternativa (PMTA). No obstante, el enfoque adoptado se ha limitado a enunciados y poco se ha hecho en cumplimiento de esta dirección, una prueba de ello es que el Sistema Integral de Atención a la Salud (conocido mejor como Programa de Extensión) que tiene se dirige al primer nivel de atención y aún no ha incorporado alguna de las prácticas consideradas ‘populares, tradicionales o alternativas’.¹⁶ La Asociación tiene que realizar esfuerzos encaminados a la generación de políticas públicas no sólo pertinentes a la cultura sino efectivas en la cultura, es decir en la población rural e indígena, por lo que las políticas en salud deben revisarse, monitorearse, evaluarse y ampliarse tanto en sus aspectos metodológicos-conceptuales como en la inclusión de la perspectiva maya en salud.

4.2. El conocimiento de la medicina maya: actores comunitarios en salud y población.

La Asociación PIES de Occidente tiene conocimiento de los actores en salud en la perspectiva maya que cumplen en las comunidades no solo con el cuidado de la salud, sino también con la reproducción cultural al heredar conocimientos ancestrales que socializan y transmiten a la población atendida. La Asociación ha logrado conjuntar a promotores en salud, comadronas mayas, y terapeutas mayas en espacios de organización propia que les ha permitido una mejor interlocución con el MSPAS en el largo camino del reconocimiento de sus conocimientos, prácticas y terapéuticas; también en principio, sistematizadas.

La Asociación ha avanzado en conocer en la perspectiva maya cómo se instituye socialmente y culturalmente el rol y función de servidor comunitario en salud.¹⁷ Así

¹⁶ Véase, Rafael Gallegos, Carlos Enrique Lix Socop (2008). **Propuesta para la relación entre la medicina maya y medicina oficial en los distritos de salud.** Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud –PIES- de Occidente y Asociación de Servicios Comunitarios de Salud –ASECSA-. Quetzaltenango, Guatemala. Pp: 50; y, Carlos Enrique Lix Socop (2007). **Diagnóstico sobre la situación de políticas y programas del Ministerio de Salud en la prestación de servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención.** Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud –PIES- de Occidente y Asociación de Servicios Comunitarios de Salud –ASECSA-. Quetzaltenango, Guatemala, mayo. Pp: 42.

¹⁷ Véanse, Rafael Gallegos (2001). **El potencial de la comadrona en salud reproductiva.** Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud (PIES) de Occidente. Quetzaltenango, Guatemala. Pp: 46; y, Rafael Gallegos, Carlos Morán (2001). **El rol de la comadrona en su contexto sociocultural.** Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud (PIES) de Occidente. Quetzaltenango, Guatemala. Pp: 46.

también, definida la proximidad y distancia entre el conocimiento maya y el occidental expresado en la medicina alópata. Un esfuerzo significativo ha sido el sistematizar la relación entre la cosmovisión maya recogida en los actores en salud (especialmente comadronas y terapeutas mayas) y la práctica maya.¹⁸ La cosmovisión o filosofía maya en los mayas de hoy, entendidos como depositarios de una cultura oral que se ha transmitido de generación en generación, requiere de la utilización de métodos cualitativos en una construcción multidimensional y compleja que requerirá de muchos años por delante y comparar lo hecho por múltiples y diversos investigadores (individuales de ambos sexos e institucionales) en la diversidad de pueblos mayas actuales con lo registrado en códices mayas sobrevivientes.

No obstante, se ha avanzado en su definición por la vía de la comparación de preceptos entre la cultura maya y la occidental.¹⁹ Este método comparativo ha llevado a la Asociación a definir la complementariedad como la vía, no del acercamiento conceptual, sino de que ambas visiones se comprendan por ladinos y mayas. La experiencia ha sido, que los propios ladinos se ven reflejados en su marco cultural, introyectado pero no consciente, es decir, mayas y ladinos experimentan de esta manera un doble aprendizaje.

La sistematización e investigación en salud, no únicamente corresponde a los actores de salud, su conocimiento y prácticas, sino también a cómo la población entiende, atiende y mantiene prácticas de prevención y autocuidado de la salud. Es en esta perspectiva que se ha sistematizado la nosología²⁰ maya en salud, incorporando el conocimiento que la población tiene.²¹ Así, la educación en salud con una perspectiva cultural propia y sincrética se reproduce familiarmente con variantes de acuerdo con los ambientes naturales y prácticas económicas de sobrevivencia, por ejemplo, las comunidades que

¹⁸ Véase, Rafael Gallegos (2010). **Estado de la Cuestión: sistemas de salud ancestral, medicina comunitaria y participación popular en salud**. Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud (PIES) de Occidente. Horizontes de Amistad. Quetzaltenango, Guatemala, junio. Pp: 67.

¹⁹ Véase, Rafael Gallegos (2007). **Agenda temática para la relación entre la medicina maya y la medicina occidental**. Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud (PIES) de Occidente. Unión Europea, Proyecto Fortalecimiento de la Sociedad Civil en Guatemala GMT/B7/310/2001/0164. Quetzaltenango, Guatemala. Pp: 26.

²⁰ La nosología es la ciencia que —formando parte del cuerpo de conocimientos de la medicina— tiene por objeto describir, explicar, diferenciar y clasificar la amplia variedad de enfermedades y procesos patológicos existentes, entendiendo estos como entidades clínico-semiológicas, generalmente independientes e identificables según criterios idóneos.

²¹ Véanse, Rafael Gallegos (2010). **Sistematización de las principales enfermedades identificadas desde la cultura maya**. Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud (PIES) de Occidente. Horizontes de Amistad. Quetzaltenango, Guatemala, junio. Pp: 71; y, Rafael Gallegos, Carol Aguilar (2003). **Conocimientos, actitudes, prácticas, preferencias y obstáculos (CAPPO) de las madres sobre la salud infantil y materna desde el contexto cultural maya y occidental**. Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud (PIES) de Occidente. IDRC-CANADA. Quetzaltenango, Guatemala, julio. Pp: 71.

participan en circuitos de migración laboral interna, incorporan un mayor vademécum en su conocimiento familiar de opciones de tratamiento. Una práctica novedosa en la comunidad, derivada del programa de salud materno infantil es la exigencia por las familias del parto no solo limpio (que ha sido así siempre) sino con la utilización de equipo y técnicas que disminuyen el riesgo a la contaminación y la mayor aceptación del consejo por comadrona sobre riesgo materno.

4.3. Las relaciones y actitudes del sistema nacional hacia la medicina maya.

La medicina maya, hasta hace pocos años tenía un lugar muy distante en la institucionalidad pública. La práctica de los terapeutas mayas era tipificada como brujería y existían patologías en la jerga médica como el síndrome conocido como ‘manipulada (la madre en situación de parto) por comadrona’ que se relacionaba con la muerte materna. Se puede afirmar que el acuerdo de AIDPI constituye el parte aguas histórico cuando se registra un giro en la comprensión de la perspectiva multi, pluri e intercultural. A partir de este acuerdo se generó una institucionalidad estatal facilitadora y vigilante la inclusión de los derechos de los pueblos indígenas de Guatemala. A partir de entonces, la actitud racista y discriminadora en los funcionarios de salud, aún de servidores públicos indígenas, ha ido paulatinamente desapareciendo del sistema. Un paso muy importante del Estado en esta dirección fue la creación de la Comisión Presidencial Contra la Discriminación y el Racismo contra los Pueblos Indígenas en Guatemala, CODISRA (Acuerdo Gubernativo Número 390-2002).

La Asociación ha avanzado en conocer en la perspectiva de los actores en salud cómo se ha concretado dicha discriminación. Ha sido sistematizada y con esta, discutida con las autoridades en salud. Este conocimiento ha permitido a la Asociación contribuir con mejorar las relaciones, otrora excluyentes y discriminatorias, entre los/las funcionarios públicos y los/las actores mayas en salud en un plano profesional, y con el público de origen maya/rural en un plano poblacional.

Luego de superar en alguna medida la discriminación como práctica de racismo (el racismo como creencia se supone requerirá de cambio generacional en una mayoría de personas) en los servidores públicos, la aceptación del conocimiento en salud de los actores comunitarios de salud es una segunda barrera. Superarla ha requerido de impulsar estrategias de información, de comprobación teórica y de demostración práctica de dichos conocimientos en procesos de relación entre la Asociación y los funcionarios de distinto nivel del sistema oficial de salud. La Asociación en la región de occidente fue pionera en impulsar la aceptación de la referencia de las comadronas como referencia técnica y, de fomentar el acceso y acompañamiento de las comadronas a sus mujeres parturientas en la sala hospitalaria de atención del parto. El avance en esta dirección ha

sido fluctuante y en mucho debido a la movilidad del personal directivo y administrativo de los servicios de salud como por la capacidad limitada de la facilitación de la ONG y la incidencia de la Asociación Departamental de Comadronas.

La Asociación debe evaluar estos resultados para dimensionar las barreras culturales y operativas concretas que provean de un marco objetivo de alcances y límites que pueda ser una contribución más allá de voluntarismos. Actualmente, en la región el MSPAS ha abierto Centros de Atención Integral Materno Infantil, CAIMI. En estos servicios de segundo nivel, recientemente se han diseñado espacios para la atención asistida del parto por comadrona, sin embargo, la experiencia de Momostenango es que nunca han sido utilizados.

4.5. Las relaciones de interculturalidad: metodología pedagógica-comunicativa (transferencia de conocimiento).

La Asociación PIES de Occidente, ha dirigido su esfuerzo en dar a conocer la medicina maya en los actores de salud tanto los servicios de salud como en los procesos de formación de recursos humanos en salud. Uno de los logros más relevantes ha sido el de incorporar el curso sobre medicina maya en los primeros años de formación de médicos en el Centro Universitario de Occidente de la Universidad de San Carlos de Guatemala (única universidad nacional) y de enfermeras en la Escuela Nacional de Enfermería de Occidente (sede Quetzaltenango).

Para esta estrategia se inició con un proceso de investigación que consistió en conocer las dudas que todos estos actores en salud tenían sobre la medicina maya. A partir de esta sistematización se produjo un primer documento de base conceptual útil para homogeneizar criterios clave basados en los derechos de los pueblos indígenas que se consideraron debían ser comunicados.²² Un factor importante pero no excluyente en estos logros, se considera que los/las comunicadores sean médicos/as titulados en la medicina occidental, lo que rompe algunas barreras prejuiciadas desde el inicio de la formación.

Así también, la experiencia adquirida ha permitido la formulación de un programa de formación sobre la medicina maya que parte de las bases filosóficas o cosmogónicas hasta las prácticas terapéuticas. Aún no se pueden establecer los impactos (largo plazo) de esta incidencia en el sector salud, sin embargo los resultados experimentados por la Asociación

²² Véase, Surama Lima (2009). **Conociendo la medicina maya en Guatemala**. Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud (PIES) de Occidente. Universidad de Granada. Quetzaltenango, Guatemala. Pp: 105.

son cada vez de mayor apertura del sistema oficial a propuestas de esquemas de atención que consideran ambas culturas.

La Asociación PIES de Occidente debe continuar apoyando el proceso de armonización y complementariedad de ambas visiones de salud desde la formación de los actores en salud pero también buscando situar el concepto en un público mayor como lo son los jóvenes, particularmente los escolares que están inmersos en un contexto educativo-formativo. También debe buscarse la multiplicación de formadores entre los médicos alópatas, por lo que la realización de cursos específicos deben ser considerados (diplomado sobre medicina maya) como estrategia comunicativa. Esta estrategia debe situarse en el contexto de los terapeutas mayas y su agenda política.

4.6. La medicina maya y los terapeutas mayas.

La experiencia adquirida por la Asociación sobre la medicina maya, se inició con la capacitación a promotores en salud en 1992. Los promotores en salud son mayoritariamente formados por los servicios de salud con enfoque alópata y orientados a identificar problemas de salud en la niñez y a orientar medidas de prevención y emergencias médicas. Los promotores salud en áreas rurales generalmente hombres y agricultores, se desempeñan entre población maya y con escasos recursos económicos. Estas condiciones son propicias para que los conocimientos sobre las propiedades curativas de flora y en menor medida fauna, sean parte de una tendencia que predomina en su acción en salud. Los promotores en salud, no necesariamente son reconocidos como terapeutas mayas aunque la tendencia es a poseer esta dualidad.

La Asociación, se inició en esa primera época en la sistematización de las plantas medicinales conocidas, cultivadas y comercializadas en la región. Se conoció sobre las propiedades medicinales atribuidas por la población. De esta experiencia se cultivaron huertos de plantas medicinales locales basados en un perfil epidemiológico definido por la población. Se conoció sobre la desecación de plantas y flores, como la elaboración de combinaciones de estas en preparados para acentuar los principios activos de las plantas. De la misma manera se conoció sobre la elaboración de pomadas y algunos tratamientos alternativos como el uso de baño *chuj*²³ y masajes. La Asociación luego de varias generaciones de promotores y haber alcanzado un nivel importante de conocimiento sobre la acción de estos actores en salud, promovió la organización de promotores en su propia Asociación de Promotores. A partir de entonces, la Asociación de Promotores fue cada vez más independiente y hoy, se constituyó una prestadora de servicios en salud para el MSPAS.

²³ Chuj: baño de vapor con base en piedras calentadas, de uso milenario en la población maya.

Paralelamente al caso de los promotores, unos pocos años después se inició el trabajo con comadronas denominadas en esa época ‘tradicionales’. Las comadronas en el país son capacitadas y autorizadas por personal técnico en los Centros Distritales de Salud. La Asociación inició dando acompañamiento a esta capacitación en dos distritos de salud del área mam y uno del área k’iche’. Se realizó primero la sistematización de la problemática relacionada con las comadronas, se conoció el plan de capacitación de los centros de salud (no existía un programa formal) y la problemática definida por las comadronas. Una segunda etapa fue la sistematización del rol de la comadrona y su función en el seno de las comunidades. De esta manera se construyó una línea de trabajo que las organizó y luego gestionó su aceptación por el hospital de referencia regional. Con base en la organización se puso en funcionamiento una maternidad cantonal, administrada y operada por las comadronas, aún en funcionamiento. Experiencia que se replicó en la región por otras organizaciones. La organización de las comadronas derivó en un proceso que culminó con su Asociación a nivel departamental en Quetzaltenango y sus representantes son reconocidas por el MSPAS. De los aprendizajes relevantes en este proceso están la forma de descubrir la vocación de comadrona, el proceso de autocapacitación en su formación, el conocimiento acumulado en las comadronas mayores y la lógica territorial de su cobertura. Sin embargo, mostraron muchas otras capacidades no médicas a pesar que una buena parte de las comadronas son analfabetas.

Finalmente, la Asociación fue conociendo a otros actores en salud en las comunidades que el sistema no reconoce pero que a pesar de ello tienen una relevancia muy importante en la acción curativa.²⁴ Estos actores en salud, son actualmente identificados despectivamente por la medicina occidental por su carácter empírico y reconocidos por la población maya pues además de las enfermedades científicamente conocidas atienden un campo de problemas de salud no abordadas por el sistema occidental actual. La Asociación ha promovido la organización de estos actores en una red e iniciado la sistematización de la problemática que enfrentan.²⁵

La Red de Médicos Mayas ha caminado lentamente durante estos años y se reconoce como los resultados de mayor relevancia, el haberse reunido y conocido lo que les dio fortaleza al saber que no estaban solos. Otro de los resultados relevantes deriva de los encuentros organizados por la Asociación, en donde se produce un rico intercambio de

²⁴ Véase, Rafael Gallegos, Carlos Morán (2006). **Red de Médicos Mayas en San Andrés Xecul: sus áreas de trabajo, cobertura y problemática**. Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud (PIES) de Occidente. FODIGUA. Quetzaltenango, Guatemala. Pp: 44.

²⁵ Consejo de Ajkunanelab’ Mayab’ (2004). **Agenda sociopolítica de la red de médicos mayas**. Sistematizada por: Carlos Morán Ical, Valeriano Chiché, María Victoria Margos, Pedro Antonio Vásquez Ordóñez. Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud (PIES) de Occidente. Manos Unidas. Movimiento Tzuk Kim-pop. Quetzaltenango, Guatemala. Pp: 24.

experiencias, conocimientos y prácticas. No obstante, la Asociación reconoce estos avances como un proceso que recién inicia en el rescate histórico de los conocimientos en medicina maya dentro del marco de la cosmovisión maya. La acción como ya se señaló, ha iniciado acciones para hacer emerger a los terapeutas mayas de la oscuridad obligada por las condiciones sociales históricas racistas y discriminadoras, muchas con carácter religioso.

La Asociación contribuyó con la Red de Médicos Mayas a la construcción de una agenda para su fortalecimiento.²⁶ Sin embargo, se hace necesario realizar una evaluación de los alcances obtenidos y avanzar en la sistematización del conocimiento epidemiológico y terapéutico.

4.7. Servicios comunitarios en salud.

Los actores comunitarios en salud prestan servicios de salud preferentemente de tipo domiciliario. Esta práctica domiciliar es un espacio privilegiado al contar con la confianza de la familia y llegar al lecho del paciente. En el caso de las comadronas, se ha iniciado un proceso de capacitación para incluir este espacio domiciliario como espacio de capacitación y educación en salud pero de manera aún incipiente. No ha sido el caso de los promotores y terapeutas mayas.

La Asociación en su afán de avanzar a la creación de modelos de atención basados en la dinámica comunitaria, ha creado dos espacios de atención en salud. El primero de ellos es una clínica comunitaria que se constituyó como centro de las actividades en salud de los actores comunitarios con el registro de población y buscaba articular territorialmente la prestación de servicios.²⁷ Esta experiencia inicial permitió a la Asociación contribuir en el año 2003 con la Instancia Nacional de Salud, conformada por organizaciones no gubernamentales, a formular una propuesta “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos–” que posteriormente se conoció como ‘Modelo Incluyente en Salud’ en el primer nivel de atención y que se piloteó en cuatro distritos de salud (2004-2011). La seriedad con la que se realizó este pilotaje de modelo alternativo merece una evaluación conjunta INS-MSPAS de sus resultados y definir cuáles de ellos se deben incorporar al actual modelo de extensión de cobertura. La experiencia fue

²⁶ Consejo de Ajkunanelab’ Mayab’ (2004). **Agenda temática para la relación entre la Medicina Maya y la Medicina Occidental**. Sistematizada por: Rafael Gallegos. Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud (PIES) de Occidente. Unión Europea, proyecto Fortalecimiento de la Sociedad Civil en Guatemala GMT/B7-310/2001/0164. Quetzaltenango, Guatemala. Pp: 26.

²⁷ Jared Gómez (2003). **Diagnóstico situacional de la infraestructura, organización y recursos sanitarios en el valle de Palajunoj**. Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud (PIES) de Occidente. IDRC-CANADA. Quetzaltenango, Guatemala. Pp: 50.

sistematiza por la INS y se derivaron de sus resultados ‘elementos clave’ que constituyen las propuestas planteadas por la INS al MSPAS.²⁸

Otra experiencia la constituye la ‘maternidad cantonal’ cuyo propósito inicial fue servir de centro de referencia para las comadronas y brindar servicios complementarios a las mujeres en edad fértil en el marco de la atención a la salud sexual y reproductiva. La experiencia sirvió para desarrollar conjuntamente con las comadronas un sistema articulado de servicios a las mujeres mam en edad fértil en donde las comadronas fungen como administradoras y proveedoras de los servicios, así como gestionar y obtener otro tipo de servicios con otras instituciones.

La sistematización de ambos servicios comunitarios, le fueron útiles a la Asociación para profundizar en las características que los servicios de salud deben tener en contextos de pueblos indígenas, es decir, con pertinencia cultural.²⁹ Lo anterior permitió comprender con claridad que no se trata de incorporar a los actores y los servicios al sistema oficial de salud porque hay un sistema comunitario en salud, un sistema propio, que por ahora funciona bajo la presión del sistema oficial con lógica centralizada en la cúpula del MSPAS y en acciones sobre el individuo, sin considerar los contextos naturales y culturales.

La Asociación por todos los aprendizajes aquí expuestos se abre durante el próximo quinquenio a sentar bases para fortalecer o vincular territorialmente a los actores y servicios comunitarios en salud con perspectiva maya, interiorizando los esfuerzos que han experimentado otras organizaciones y en territorialidades diversas, que incluye a la realizada por la INS.³⁰

4.8. Medición de la salud: sistema de información y monitoreo de la atención a embarazadas antes, durante y postparto.

La Asociación ha venido registrando durante más de 10 años, la práctica de las comadronas primero con la intención de contar con un instrumento que permitiera seguir individualmente la práctica de cada comadrona. Cabe recordar que al inicio del trabajo

²⁸ Véase, Juan Carlos Verdugo Urrejola, Lucrecia Hernández Mack, Lidia Cristina Morales, Velia Oliva Herrera, Carmen Alicia Arriaga y César Sánchez (2009). **Del dicho al hecho: los avances de un primer nivel de salud incluyente**. Medicus Mundi Navarra. España. Pp: 144.

²⁹ Rafael Gallegos (2004). **El Lineamientos para un Modelo de Servicios de Salud culturalmente adecuados en el altiplano occidental de Guatemala, encuentro de dos sistemas médicos: Maya y Occidental**. Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud (PIES) de Occidente. Quetzaltenango, Guatemala. Pp: 71.

³⁰ Véase, Juan José Escalante, Surama Lima (2007). **Experiencias nacionales e internacionales de organización y prestación de servicios oficiales de salud con pertinencia cultural**. Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud –PIES- de Occidente y Asociación de Servicios Comunitarios de Salud –ASECSA-. Quetzaltenango, Guatemala, mayo. Pp: 89.

con las comadronas, el perfil era de mujeres de la tercera edad, monolingües y analfabetas. Todas barreras culturales que contribuían a colocar a las comadronas en un lugar subordinado y muchas veces discriminado por las autoridades en salud. En este cuadro de realidad social, el instrumento diseñado con referencias gráficas cumplió con identificar los avances en el conocimiento de cada comadrona, al retroalimentar con una discusión técnica la atención que había proporcionado a cada una de sus pacientes. El instrumento evolucionó con validaciones sucesivas tanto con comadronas como con mujeres en edad reproductiva, a ser un instrumento sistemático de registro de la práctica de las comadronas que hoy constituye una base de datos con miles de registros.

Este sistema de monitoreo de la práctica de las comadronas ha sido un referente importante para discutir con las autoridades de salud y con los participantes en los Observatorios Departamentales sobre Salud Sexual y Reproductiva sobre tópicos relacionados con la muerte materna y neonatal en donde se deslinda la responsabilidad de las comadronas ante la prueba objetiva sobre su capacidad técnica y conocimientos. Este sistema de monitoreo ha sido socializado con otras organizaciones que trabajan en salud en el país y la región. El sistema de monitoreo constituye una metodología muy valiosa sobretodo en contextos con alta mortalidad materna y neonatal, tal como ha sido utilizado en el municipio de Momostenango.³¹

La Asociación debe avanzar en sistematizar la metodología de monitoreo para incorporar el conjunto de resultados tanto de datos como formativos en el proceso de capacitación de comadronas como de intervención territorial. Por otro lado, la experiencia se puede implementar como eje de trabajo para desarrollar el Sistema Comunitario de Salud en donde se incorporan otros actores y toda la población.

4.9. Conocimiento del territorio y la territorialidad.

La Asociación recientemente está valorando el rol que juega el territorio en la prestación de los servicios de salud. La observación sobre el tejido social territorial que se establece a través de las generaciones, constituye un aprendizaje relevante en la experiencia de la Asociación. Esta observación resulta del proceso de casi 20 años de trabajo que ha permitido conocer cómo se crea una comunidad nueva por la vía del crecimiento demográfico y la herencia patrilínea. Las familias habitantes de las áreas rurales en el Altiplano Occidental y agricultoras poseen en promedio tierra con extensión apenas suficiente para el consumo familiar.

Generalmente, la tierra que posee una familia no la tiene en un solo lugar, sino dividida en varias porciones de diferente tamaño y en diferentes lugares de un mismo municipio o

³¹ El segundo en mortalidad materna a nivel nacional de acuerdo con la ENSMI 2008-2009.

aún en municipios vecinos. La tendencia en las familias mayas es dotar a los hijos varones de tierra cuando se casan y estos tienden a construir su vivienda en dicha tierra heredada. Este ha sido el mecanismo por el cual se han ido ocupando primero los pequeños valles entre montañas y luego las laderas mismas de las montañas.

Este mecanismo de poblamiento conforma en períodos entre 5 a 10 años nuevos caseríos (0-20 viviendas) y por tanto, nuevas comunidades rurales con la demanda de sus necesidades vitales (agua y energía). A pesar de ello, se mantienen o reconstruyen relaciones sociales en una territorialidad mayor como lo son las aldeas (o cantones, según sea la autodenominación territorial). Situación que tiene dos consecuencias directas: la formación en salud en la juventud permite que se puedan tener impactos territoriales a futuro; y la creación de sistemas territoriales que se basan en lazos de relación comunitaria, pues los jóvenes líderes de nuevos asentamientos mantienen relaciones de consejería con los líderes de los viejos asentamientos. Ambos aprendizajes son referentes importantes en los Sistemas Comunitarios en Salud.

Una segunda observación se refiere a como una comunidad aprende de otra comunidad, se construye así territorialidad e identidad territorial. Las prácticas sociales o culturales de una comunidad que tienen tras de sí algún valor estético, moral, educativo, religioso o de prestigio tienden a ser imitadas por las comunidades circunvecinas. Ejemplos de esto son el ornato, los salones comunitarios, los servicios públicos, las fiestas patronales, etc. Si bien esto no ocurre como regla universal, si ocurre cuando las condiciones se presentan, como lo puede ser el apoyo municipal o la presencia de cooperación. Este aprendizaje tiene algunas consecuencias directas aprovechables para fomentar los sistemas comunitarios en salud al identificar aquellas comunidades que son productoras de 'valores comunitarios' y su entorno de territorialidad. La hipótesis es que al fomentar la institucionalización de un sistema comunitario de salud en una comunidad productora de valores, este puede propagarse y ser apropiado por otras comunidades de acuerdo con sus especificidades. A las anteriores generalizaciones se suman los temas de distancia, idioma, conectividad económica y social, vocación productiva, etc. Todas variables poblacionales y territoriales que la Asociación conoce en el área de cobertura para su PE 2014-2018.

4.10. El escalamiento humano y tecnológico.

La tecnología ha hecho su aparición en las áreas rurales mayas y llegó para transformar de manera aún no dimensionada las relaciones sociales. La transformación en las áreas rurales del área de cobertura de la Asociación se ha visto impulsada por la migración internacional y la consecuente recepción de remesas familiares que ha aumentado, sin precedentes en la historia de los mayas, su capacidad de consumo. Hoy la TV y los

electrodomésticos son parte de la vida cotidiana en las comunidades rurales. Sin embargo, han sido el transporte y las comunicaciones las que mayor revolución tecnológica y cultural han causado, sobre todo con el uso de automotores (pick up usados) y la telefonía celular.³²

Hoy un buen número de comadronas, aún con limitado alfabetismo usan teléfono celular. Y están abiertas a la incorporación de tecnología si tiene un sentido práctico para su vida. No es ocioso imaginar, procesos de vinculación informativa y comunicativa utilizando este tipo de tecnología entre actores comunitarios. La Asociación debe dimensionar con mejor precisión el impacto de estos factores y buscar su incorporación a los sistemas comunitarios de salud.

No obstante el vertiginoso cambio en el transporte y las comunicaciones, las personas buscan cómo mejorar sus conocimientos y desde luego, sus ingresos personales. La Asociación ve con mucha preocupación que los procesos de formación de actores comunitarios en salud y de los mismos trabajadores en salud se estancan y se vuelven repetitivos. Tal es el caso de las comadronas o del personal auxiliar de enfermería. No existen programas de capacitación a las comadronas fuera de un número básico de conocimientos sobre la atención a la mujer embarazada y el reconocimiento temprano de señales de peligro. No hay un estímulo para las comadronas que quieren adentrarse en conocimientos médicos. Los promotores de salud tienden a poner sus propios establecimientos en donde prestan atención y venta de medicamentos alópatas o naturales que no son reconocidos. La Asociación debe buscar la formulación de políticas de retribución a actores comunitarios de salud provenientes del sistema oficial, así como de escalamiento en el reconocimiento técnico y de conocimientos de comadronas y promotores. No es el caso de los terapeutas mayas que están bajo su propio sistema maya de salud.

5. Procesos emergentes en últimos 20 años.

La región del altiplano occidental ha experimentado muchos cambios en diferentes dimensiones políticas, sociales, económicas y en percibidos menor medida, culturales. Así se puede hablar de una mejora en educación, salud, carreteras, transporte, descentralización de servicios públicos, comunicaciones (TICS), emergencia de la economía informal (fenómeno aparecido en la ciudad capital en los años sesenta del siglo pasado), etc. Sin embargo, estos cambios no han sido suficientes para erradicar la extrema pobreza y la prevalencia de desnutrición crónica en el conjunto de la población. En este

³² Se conocen muchos casos de innovación en la comunicación de las familias en Guatemala con sus familiares migrantes en Estados Unidos.

Plan Estratégico se reseñan aquellos procesos sociales y económicos que constituyen hechos o fenómenos generales que si han cambiando en el período de vida de la Asociación PIES de Occidente y que deben considerarse en su perspectiva de trabajo:

5.1. El crecimiento demográfico y territorio.

La población maya entre los censos de población de 1994-2002 creció de 1,2 millones a 4,4 millones. La población total en el censo de 2002 se estimó en 11,2 millones de habitantes y de la cual el 39.2% fue maya. Las proyecciones de población al 2013 están en 15,2 y debido a la diferencia en la tasa de natalidad entre indígenas y ladinos, se puede hipotetizar que ese porcentaje aumentó en al menos unos puntos. Es decir, la tendencia demográfica en pocos lustros es a constituir la mayoría de la población.

La observación de los cambios ocurridos en el paisaje general urbano-rural y ambiental es en lo siguiente:

- a) Cambio en la construcción de la vivienda. Derivado de las remesas familiares en dólares como factor económico, la vivienda 'tradicional' ha cambiado su estructura y guardado en alguna medida sus especificidades culturales que se pueden observar en el uso del patio, techo, cocina, ducha o baño y el tipo/ubicación del inodoro. De igual manera, los cambios estéticos se pueden observar en el uso de acabados y decorados. La vivienda tradicional de pared de adobe, techo de teja y piso de tierra aún constituye un contraste en el paisaje rural pero en relación de minoría.
- b) Cambio en el paisaje: de ruralidad rural a una ruralidad urbana. Los cambios ocurridos en la vivienda se han producido tanto en los lugares urbanos, centro de los municipios como en las áreas rurales. La mejor capacidad de gestión de las comunidades en los últimos años, acompañada a la inversión del Estado en servicios públicos (relacionada con los Objetivos del Milenio), ha dotado a lo rural de infraestructura que era base para su definición de 'rural'. La tendencia de ocupación del territorio en la población maya es a construir en su propia tierra, por lo que el paisaje rural refleja las nuevas condiciones de la vivienda y la ocupación de las laderas derivado del crecimiento demográfico por lo que se puede caracterizar el fenómeno como urbanización de lo rural poniendo en cuestionamiento la definición del término 'rural'.
- c) Cambio en la agricultura y demanda de recursos naturales. En los últimos 20 años la región dejó de ser productora de trigo a productora de hortalizas y maíz para autoconsumo. La economía familiar experimentó en los años noventa la crisis provocada por la apertura comercial a las harinas lo que afectó al 100% de la agricultura familiar campesina que era esencialmente cultivadora de trigo desde

tiempos de la colonia española. A partir de entonces la economía familiar se ha movido a desarrollar una estrategia de sobrevivencia múltiple que involucra a todos sus miembros. La agricultura de hortalizas se propaga a lo largo del río Samalá y el cultivo de papa en municipios con suelos blandos, ambos cultivos con fines comerciales con el uso intensivo de agroquímicos³³; el cultivo de maíz para autoconsumo; la producción de artesanías, textiles en su mayoría; el autoempleo en los centros urbanos próximos; la migración campo-ciudad y finalmente, la migración internacional. La forma intensiva de la agricultura se ha ubicado en áreas donde los recursos naturales tenían características adecuadas para su desarrollo. Estas áreas se han agotado y se han incorporado áreas menos favorecidas el consecuente impacto ambiental sobre agua, suelo y bosque.

5.2. La migración internacional e impactos.

La región de cobertura se incorporó de manera masiva a los flujos migratorios indocumentados hacia Estados Unidos en la segunda mitad de la década de los años noventa. Es un proceso social que ha involucrado a prácticamente todas las familias de la región que al menos tienen un familiar con historia migratoria internacional. Los migrantes y sus familiares cambian su capacidad de resiliencia y su condición de vulnerabilidad social al momento de tomar la decisión de marchar. Los impactos en las familias son multidimensionales y en los pueblos indígenas, constituye un proceso sin un referente histórico.³⁴ Los impactos en la salud de los migrantes y sus familias han sido poco estudiados como también lo ha sido el riesgo al VIH y SIDA.

5.3. La inseguridad pública y la juventud del siglo XXI.

La crisis de seguridad pública es un proceso derivado de un modelo histórico de desarrollo oligárquico y militar combinado recientemente con medidas neoliberales que en el pasado consolidó una estructura política de poder generadora de condiciones de pobreza, exclusión y discriminación, y en la actualidad, la privatización de los bienes y servicios públicos con la liberalización laboral han profundizado tales condiciones. Adicionalmente, la falta de cumplimiento de los Acuerdos de Paz, específicamente el relacionado con la

³³ Cecilia Morales (2008). **Análisis toxicológico de plaguicidas en el valle del Palajunoj, Quetzaltenango, Guatemala.** Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud (PIES) de Occidente. Quetzaltenango, Guatemala. Pp: 46.

³⁴ Véase, Jacobo Dardón (2006). **Migración internacional: espiral perversa de crecimiento con nuevas pobreza.** FLACSO sede académica Guatemala. Guatemala. Colección Serie Debates y propuestas sobre la pobreza. No. 2. Editorial en ciencias sociales. Pp: 109-142; y, Jacobo Dardón (2007). **Pueblos indígenas, regiones excluidas y globalización en Guatemala: de peones acasillados a clientes consumidores.** En: Rafael Machado (Coord.). **Globalización y Territorios Indígenas: Un análisis desde la realidad de Guatemala.** Departamento de Geografía, Universidad de Granada. España. Pp: 9-46.

seguridad de pública y del Estado son factores causales y contribuyentes al actual estado de la violencia que sitúa al país entre los peores de América Latina. La inseguridad por tanto, es un fenómeno multidimensional y estructural que requiere para su tratamiento una política también multisectorial que incluye a la generación de empleo digno. El homicidio se ha convertido en la primera causa de mortalidad en adultos. Un fenómeno vinculado a la crisis de seguridad pública se relaciona con la participación organizada de la juventud en la delincuencia, conocido como ‘maras o pandillas juveniles’. El apareamiento de este tipo de organización juvenil en la región y en las áreas rurales es un proceso social nuevo que se vincula al fenómeno migratorio, a la crisis de desempleo o falta de oportunidades y al establecimiento de Guatemala como corredor de narcotráfico (otro proceso reciente en la región). Los impactos psicosociales en las familias causados por la inseguridad pública no han sido sistematizados, ni tampoco las nuevas demandas y desafíos para los jóvenes.

5.4. Los desastres y la vulnerabilidad.

Los fenómenos naturales ocurridos en el periodo de observación: la epidemia del cólera (1991-1999) en Guatemala, en la región en 1995), la tormenta tropical Stan (2005), la tormenta tropical Agatha (2010) y el terremoto de San Marcos (2012) han desnudado las condiciones de vulnerabilidad social y de asentamiento poblacional, así como la capacidad diferenciada de resiliencia que poseen las comunidades rurales y el gobierno de Guatemala aún con problemas en la reconstrucción de la tormenta Stan, Agatha y el terremoto. La respuesta del Estado ha estado delimitada a la apoyar a la población damnificada, sin establecer medidas reales de prevención y actuación organizada de las emergencias.

5.5. Cambio en enfoque del modelo de salud de atención primaria hacia ampliación de cobertura.

El modelo de atención primaria a la salud definido en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978,³⁵ es un hito en la historia de la salud pública planteando “todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social”. La aplicación de los preceptos de Alma Ata o Atención Primaria a la Salud, desde esa fecha, han tenido dos modelos. La introducción en el MSPAS de la planificación por niveles de atención y referencia en el

³⁵ Consúltese, http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

período de gobierno de 1978-1982; en el cual la atención comunitaria se concentraba territorialmente en el 'puesto de salud'.

A partir de 1996, el modelo se modificó introduciendo en dos sentidos: la organización comunitaria y la incorporación de 'administradoras y prestadoras de servicios' influenciados por el modelo neoliberal donde el estado debe tener una función subsidiaria. En el año 2000, el modelo se restringió conceptualmente a 'ampliación de cobertura' y se redujo a áreas priorizadas, se abandonó la organización comunitaria y se mantuvo el sistema de adquisición de prestación de servicios de salud. El actual modelo de extensión de cobertura reduce el enfoque de Atención Primaria de Alama Ata, no está dando los resultados esperados y dudosamente los deseado en términos de cumplir las metas de los Objetivos del Milenio.³⁶ A partir de los Acuerdos de Paz se inició el diálogo multisectorial para realizar una reforma al sector salud, por falta de voluntad política de gobierno e intereses privados este diálogo se interrumpió luego de comenzar.

³⁶ Véase, III Informe de Gobierno de Avances sobre las Metas del Milenio. http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_content&view=article&id=503&Itemid=348

Segunda parte: Marco estratégico por resultados 2014-2018

La segunda parte contiene el ‘**marco estratégico por resultados**’ que la Asociación PIES de Occidente seguirá y realizará durante el período 2014-2018. El marco estratégico es resultado de una consulta dialogada en toda la estructura organizativa y de servicios de la Asociación PIES de Occidente que recogió opiniones de agentes institucionales y actores comunitarios en todos los niveles territoriales; así también, es resultado de una consulta horizontal mediante un taller de planificación estratégica con agentes institucionales de PIES de Occidente de niveles de dirección, coordinación de programas/proyectos, administración, servicios y promoción comunitaria.

En ambas consultas se reconstruyó una perspectiva temporal de los cambios ocurridos en los últimos 20 años y de la actuación en salud del Sistema Nacional de Salud y de PIES de Occidente en la región. La consulta se realizó entre los meses de noviembre de 2012 y enero de 2013. La segunda parte contiene la sistematización de las consultas realizadas complementadas con la revisión de planes estratégicos anteriores³⁷, informes anuales de proyectos, reportes de investigación, memorias de labores del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS y la evaluación realizada en 2013 al Programa de Salud Sexual y Reproductiva.³⁸ En septiembre de 2013 se realizó una validación institucional de lo sistematizado en el plan estratégico y a finales de 2013 se realizará la inducción general al nuevo período de gestión, 2014-2018.

1. Gestión del Plan Estratégico 2014-2018.

La Asociación PIES de Occidente centra su atención en la formación de recursos humanos comunitarios como estrategia central de transformación de las condiciones locales de salud en una perspectiva autogestionaria y culturalmente pertinente, frente a la convicción de que el MSPAS no contará con los recursos suficientes y de manera sostenida para alcanzar en el mediano plazo las coberturas de población ideales y tampoco el gobierno central invertirá lo suficiente para reducir significativamente la pobreza general y pobreza extrema en el país y específicamente en las áreas rurales e indígenas.

Los resultados esperados de aumentar las capacidades de las comunidades se aúnan al esfuerzo de transformar el enfoque liberal individualizado de la acción en salud hacia un

³⁷ Véase, Asociación PIES de OCCIDENTE (2005). **Plan estratégico quinquenal 2005-2009**. Mimeo. Pp:27.

³⁸ Véase, Action Medeor-PIES (2013). **Informe de Evaluación de Proyecto ‘Mejoramiento de la salud sexual y reproductiva en comunidades indígenas del departamento Totonicapán’**. Se tomó el diagrama y se amplió su información.

enfoque comunitario que genera sistemas comunitarios de atención a la salud y enfermedad e incorpora al territorio como activo social, cultural y natural.

Los conocimientos sobre el cuidado de salud que posee la población rural e indígena se han transmitido de generación en generación de manera oral. En la cultura maya, servir es un 'don' que debe ejecutarse durante toda la vida. En la cultura maya los servidores en salud adquieren el don al nacer y lo reconocen mediante un proceso reflexivo asistido o no, que posteriormente practican. La salud de la comunidad adquiere servidores comprometidos en adquirir los conocimientos ancestrales y procurar permanentemente el bienestar social. El tiempo ha borrado huellas y necesariamente se han adquirido nuevos conocimientos provenientes de los avances de la ciencia occidental. Lo importante es que en las comunidades hay un activo de 'conocimientos y de formas culturales propias' que deben ser sistematizados y fortalecidos en un nuevo contexto nacional derivado de los acuerdos de paz y particularmente, el AIDPI.

La perspectiva expuesta, supone que el perfil epidemiológico actual en el área rural y en la población indígena puede ser modificado en el mediano plazo, al conjuntar la formación de RRHH comunitarios, la conformación de Sistemas Comunitarios en Salud y reforzar el conocimiento ancestral sobre salud y el buen vivir en las familias. Desde luego, esta acción se incorpora y articula con las acciones de salud preventiva que el MSPAS impulsa y la obligada referencia a consulta y tratamiento en los casos de riesgo, con especial atención en las mujeres embarazadas y recién nacidos.

Este resultado general obtenido a través de la realización del plan estratégico 2014-2018 requiere de la actuación conjunta con otras instituciones públicas y privadas que trabajan en el sector salud, sin estas relaciones interinstitucionales no se podría aspirar a alcanzar las metas y los resultados propuestos. La Asociación PIES de Occidente establecerá estas relaciones mediante esquemas diferentes que pueden sintetizarse en: relaciones de cooperación, colaboración y/o coordinación, sin ser excluyentes.³⁹ El marco normativo y de intenciones se establece mediante la firma de convenios generales o específicos; y la vía de concretar estas relaciones son los proyectos (o programas).

El plan estratégico por resultados constituye un cambio en la manera de trabajar de la Asociación PIES de Occidente centrando sus resultados en articular estrategias de gestión, modelo de atención, recursos humanos, cultura y territorio. Esta articulación requiere de una lógica de gestión que no está basada en proyectos o programas aislados con objetivos

³⁹ PIES con fines de categorizar las relaciones interinstitucionales define estos conceptos de la siguiente manera: cooperación, comparten objetivos y se involucran ambas instituciones en obtener los resultados; colaboración, se realiza una acción general o puntal de una institución a otra; coordinación, se busca un resultado con acción individualizada de cada institución.

puestos en los efectos, sino en conjuntar acciones que deben derivar en sistemas autogestionarios en salud en donde el factor humano e institucionalidad son claves, es decir sistemas con capacidad de reproducirse y mantenerse en el tiempo.

Los convenios de cooperación que realiza la Asociación PIES de Occidente deben orientarse en la lógica de gestión del Plan Estratégico e incorporar uno o más resultados como todas sus estrategias de gestión. Para mayor claridad de lo expresado, se sintetiza la estrategia o lógica general de gestión en el Cuadro 1. Es decir, un proyecto es una gestión de menor alcance que un programa. El proyecto o programa constituyen los acuerdos específicos de cooperación entre instituciones socias o aliadas de la Asociación PIES de Occidente.

Cuadro 1
LOGICA DE GESTION A PARTIR DEL PLAN ESTRATEGICO

PLAN ESTRATEGICO		PROYECTOS	PROGRAMAS
VISION	20 años		X
MISION	5 años		X
RESULTADO ESTRATEGICO	1 año	X	X
ESTRATEGIAS	Alianzas interinstitucionales	Sobre una estrategia	Todas las estrategias
	Comunicación		
	Gestión pública		
	Cooperación nacional e internacional		
RESULTADO ESPECIFICO 1	Redes comunitarias autogestionarias en salud y desastres	Sobre una o más actividades	Sobre uno o más productos
RESULTADO ESPECIFICO 2	Educación continua en salud y riesgo		
RESULTADO ESPECIFICO 3	Investigación cultural en salud y riesgo		
RESULTADO ESPECIFICO 4	Servicios de salud autogestionarios a población en riesgo		

La gestión comunitaria del Plan Estratégico requiere de un proceso continuo para establecer acuerdos de cooperación y asociación con las autoridades comunitarias. La Asociación Pies de Occidente siempre ha mantenido relaciones de gestión con las autoridades comunitarias pero de manera puntual ante una acción institucional o de los agentes en salud con los que se trabaja. Esta relación permitirá formalizar el sistema comunitario de salud en el seno de las autoridades comunitarias como mecanismo de universalizar las acciones de salud preventiva, de referencia y autogestionarias.

Un enfoque importante en el modelo de atención autogestionario es la legitimidad que los actores y agentes en salud tienen en su propia comunidad. Las comunidades indígenas tienen como valor esencial el servicio comunitario y este se realiza en el marco de una institucionalidad local con sus propias autoridades indígenas o comunitarias. Esta institucionalidad tiene alcances, matices y organicidad diferentes entre comunidades. Sin embargo, en todas existe. La legitimidad se obtiene por la práctica del servicio

comunitario y el reconocimiento que las autoridades comunitarias le otorgan al actor o agente de salud. El modelo propuesto requiere institucionalizar el sistema comunitario de salud en donde se legitime a sus actores, agentes y servicios.

De esta manera legítima, se establecerá un techo socialmente aceptado a la retribución económica para los agentes de salud por la prestación de sus servicios que les permita atender sus propias necesidades y familia. De igual manera, se procederá con el funcionamiento de las Unidades de Atención a la Salud Comunitaria que debe alcanzar el punto de equilibrio financiero para su sostenibilidad en el largo plazo.

2. Estrategias institucionales para la gestión del Plan Estratégico 2014-2018.

Las estrategias específicas de gestión del Plan Estratégico se resumen en: establecimiento de alianzas interinstitucionales, comunicación para el cambio social, gestión pública y sistema de información territorial en salud.

Las alianzas interinstitucionales son acuerdos de cooperación, colaboración o coordinación que se establecen con instituciones públicas y privadas, nacionales e internacionales para alcanzar los resultados planteados en el Plan Estratégico 2014-2018 de la Asociación PIES de Occidente. Tiene particular interés para la Asociación, establecer relaciones de coordinación con las entidades públicas y privadas que trabajan por la salud en el área de cobertura prioritaria definida en el PE. Por tanto, se establecerán relaciones con ONG y Fundaciones, ONG prestadoras de servicios al Programa de Extensión de Cobertura, instituciones público y privadas formadoras de RRHH en salud (nivel diversificado en salud, escuelas técnicas, escuelas de enfermería y universidades). Otras alianzas se establecerán con instituciones nacionales e internacionales que trabajan en salud para la conformación de redes de conocimiento e incidencia.

Las agencias de cooperación y ONG internacionales de desarrollo se constituyen en aliadas o socias institucionales de la Asociación, con ellas se iniciará un diálogo para reencauzar las relaciones de cooperación en el enfoque, lógica de gestión y resultados del PE 2014-2018.

La comunicación para el cambio social se constituye en un mecanismo de trabajo que tiene como población meta a toda la población del área de cobertura prioritaria. Los segmentos y tipos de población son: población de comunidades priorizadas; población de comunidades del entorno microregional priorizado; población joven (13-24 años); población total; actores en salud; agentes en salud; y finalmente, autoridades en salud. La comunicación requiere en avanzar en comprender las formas y fondos culturales como los intereses de los segmentos y tipos de población objetivo. La Asociación PIES de Occidente

ha avanzado en desarrollar una metodología de comunicación eficaz y de bajo costo a todos los niveles en donde el reto principal es adaptar y combinar las nuevas tecnologías de información-comunicación (TIC) con la participación directa de las personas, particularmente jóvenes de ambos sexos.

La gestión pública constituye una estrategia dirigida al MSPAS, MINEDUC, Municipalidad, Gobernación Departamental, Consejos de Desarrollo y Sector Justicia. La Asociación tiene establecido un marco de acciones de cooperación, colaboración y coordinación con el MSPAS que deberá fortalecer replanteando su metodología. La Asociación tiene un interés especial en realizar procesos de gestión para el reconocimiento de la salud Maya, avanzar en los procesos en marcha sobre la salud con pertinencia cultural y luego, gestionar política pública intercultural. De igual manera se tiene interés en desarrollar estos procesos en el Ministerio de Educación, sobre todo para fortalecer al cuerpo docente en sus conocimientos sobre salud maya y salud sexual y reproductiva. El sector justicia tiene particular importancia en los casos de violencia intradoméstica y el sistema de consejos de desarrollo para la infraestructura y ordenamiento territorial. Por su parte, las municipalidades tienen por ley que conformar una 'Comisión de Salud y Asistencia Social' pero también otras comisiones que se relacionan con esta: de Educación; de Servicios, Infraestructura, Ordenamiento Territorial, Urbanismo y Vivienda; de Fomento Económico, Turismo, Medio Ambiente y Recursos Naturales; de Derechos Humanos y de la Paz; y de la Familia, Mujer y Niñez. Así también, la ley autoriza conformar las comisiones que el Concejo Municipal y la ciudadanía consideren necesarias. Es importante para Pies acompañar y capacitar a los miembros de la Comisión en Salud y Asistencia Social.

La gestión pública también se refiere a todos los espacios necesarios o activos, construidos por entidades de la sociedad civil relacionados con la salud: mesas, observatorios, frentes, federaciones, etc. La Asociación tiene interés en sumarse en los diferentes niveles a estos espacios formalizados o no, que buscan mejorar las condiciones de salud de las subregiones, países o regiones internacionales.

Una estrategia esencial de gestión y también herramienta para el cumplimiento del PE es contar con un sistema territorial de información en salud y desastres. La Asociación PIES de Occidente ha realizado ya acciones dirigidas a construir un sistema de información territorial en salud y desastres (SITSD) con la experiencia de monitoreo de la prestación de servicios por las comadronas. Sin embargo, esta herramienta no es utilizada por el MSPAS para la información social permanente que acompaña a sus estrategias de intervención.

Se han iniciado conversaciones con instituciones públicas (CUNOC y SEGEPLAN) que tienen el hardware con el propósito de formular una experiencia piloto de cooperación con la Asociación PIES de Occidente. Este sistema constituye la estructura informática para el

sistema de información que nutre a la vigilancia comunitaria de su propia situación de salud y pone en metas concretas la acción comunitaria. Se debe señalar que el programa de Extensión de Cobertura del MSPAS ha acumulado considerable experiencia en metodología de registro de información en las comunidades, experiencia que la Asociación se propone apoyar para sistematizar.

3. Políticas institucionales para la gestión del plan estratégico 2014-2018.

Las políticas institucionales son orientaciones o alcances que el conjunto de las acciones realizadas por la Asociación PIES de Occidente deben considerar en la ejecución del Plan Estratégico 2014-2018, véase Cuadro 2.

Cuadro 2
Políticas Institucionales que orientan el PE 2014-2018

POLITICAS	DESCRIPCION
DERECHOS ESC Y PI	Busca realizar los derechos de los pueblos indígenas, particularmente los contenidos en el Acuerdo de Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas (AIDPI) y en el Convenio 169 de la OIT.
TERRITORIAL-COMUNITARIO	Propone a la comunidad como unidad de gestión territorial de las condiciones sociales de reproducción en un entorno micro-regional y sub-municipal.
RIESGO (poblacional y territorial)	Se enfoca en la población con mayor vulnerabilidad: rural, indígena, mujer joven, niñez/vejez; se enfoca en los territorios de mayor vulnerabilidad: vegas de ríos, escorrentías, laderas pronunciadas, tierras bajas.
GENERO*	Diseña estrategias para reducir la desigualdad e inequidad entre mujeres y hombres, más allá de las condiciones específicas de cada sexo.
AUTOINCLUSION**	Principio de la realidad histórico-social de las comunidades rurales indígenas derivado del sistema histórico de exclusión en la categorías de clase social, de etnia, centro-periferia y urbano-rural.
INTERCULTURALIDAD**	Relación de complementariedad de los conocimientos, prácticas y fundamentos entre las culturas maya-indígena y universal (más allá de la occidental).
PERTINENCIA CULTURAL**	Marco de filosofía, ciencia y prácticas de la sociedad maya que deben comprenderse e integrarse en las acciones de salud y mitigación de riesgo que realicen instituciones externas con la población maya.
FORTEALECIMIENTO INSTITUCIONAL	Acción permanente de formación de recursos humanos institucionales, mejoramiento de sistemas de operación, visibilidad propia y de socios, actualización de equipo, cumplimiento de normativa fiscal y laboral, evaluación y monitoreo, etc.
(*) Véase, Asociación PIES de Occidente (2012). Política de Género . Elaborada con el apoyo de Horizontes de Amistad. Quetzaltenango. Pp: 25 (**)Rafael Gallegos, Carlos Enrique Lix Socop (2008). Propuesta para la relación entre la medicina maya y medicina oficial en los distritos de salud . Asociación PIES de Occidente y ASECSA. Quetzaltenango, Guatemala. Pp: 50; Rafael Gallegos (2007). Agenda temática para la relación entre la medicina maya y la medicina occidental . Asociación PIES de Occidente. UE, Proyecto Fortalecimiento de la Sociedad Civil en Guatemala GMT/B7/310/2001/0164. Quetzaltenango, Guatemala. Pp: 26; Juan José Escalante, Surama Lima (2007). Experiencias nacionales e internacionales de organización y prestación de servicios oficiales de salud con pertinencia cultural . Asociación PIES de Occidente y Asociación ASECSA. Quetzaltenango, Guatemala, mayo. Pp: 89	

4. Matriz de resultados

4.1. Visión

En el Altiplano Occidental, las comunidades indígenas de las áreas rurales y la sociedad en su conjunto han reducido significativamente el riesgo a sufrir enfermedades y aumentado su longevidad y capacidad de resiliencia, cuentan con una mejor calidad de vida y han transformado a positivas las condicionantes o factores que han provocado estructuralmente su pobreza, exclusión y discriminación.

La visión se plantea en el marco del derecho universal a la salud, sin exclusión de ningún tipo. Se ha promovido la plena participación de las personas, con conocimiento de sus derechos y obligaciones (plena ciudadanía) frente al Estado, en donde la persona y su entorno socio-natural constituyen una unidad holística, territorial, indivisible y por tanto, se consideran en conjunto los aspectos espirituales, psicológicos, políticos, históricos, económicos, sociales, culturales, ambientales y naturales (conceptos que constituyen el territorio y dinámicamente la territorialidad).

4.2. Misión

Contribuir, colaborar y cooperar con la población, las comunidades, la sociedad civil y las autoridades locales y nacionales para desarrollar procesos de inclusión social, económica y política de las comunidades indígenas y de la población con alta vulnerabilidad a la enfermedad y a sufrir desastres, mediante la conformación de sistemas comunitarios en salud como procesos de autogestión comunitaria-territorial del cuidado de la salud con enfoques de derechos, territorial, autogestionario, de género y complementario desde la perspectiva maya.

El sistema comunitario autogestionario de salud (SCAS) se concibe como la expresión organizada de la comunidad para atender el proceso de salud-enfermedad de sus pobladores sobre la base constituida por sus conocimientos ancestrales en el cuidado de la salud y su medicina maya.

En esta realidad, se ha fortalecido la experiencia comunitaria en organización político-social y sus conocimientos en medicina y cuidado de la salud, que forman parte medular del modelo de atención y prestación de servicios autogestionarios en las comunidades. Así también, al promover las relaciones horizontales entre las comunidades y sus actores-agentes en salud, se han conformado redes de conocimiento y gestión en diferentes niveles de relación de gestión, cooperación y complementariedad con el Estado.

4.3. Matriz de resultados, productos y actividades.

Resultado mediano: En 5 años, se ha contribuido, colaborado y cooperado para reducir las condiciones generadoras de alta vulnerabilidad a la enfermedad y muerte en las comunidades indígenas rurales y comunidades urbanas (marginales) en el Altiplano Occidental de Guatemala, mediante estrategias y acciones de educación, promoción e investigación en salud y para el fortaleciendo de la organización territorial de sistemas maya-comunitarios autogestionarios en salud, que complementan al sistema nacional de salud.

PRODUCTO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	LINEA DE BASE	VERIFICADOR	SUPUESTO
Producto 1. Comunidades indígenas se han incorporado a la red de comunidades en salud con enfoque autogestionario, maya e intercultural.	A1. Organización e institucionalización de Redes de sistemas comunitarios autogestionarios en salud (SCAS).	Redes organizadas.	2 redes de salud comunitaria autogestionaria: 1 mam y 1 k'iche'.	0 redes	Actas de adhesión a la Red de Comunidades Autogestionarias.	Tradición de gestión comunitaria.
	A1.1. Organización e institucionalización de sistemas comunitarios autogestionaria de salud (SCAS).	Comunidad organizada.	20 SCAS organizados y funcionado: 10 en área mam y 10 k'iche'.	0 SCS.	Actas de fundación de SCAS.	Tradición de autogestión comunitaria en desarrollo y seguridad ciudadana.
	A1.2. Estructurado y sistematizado el proceso de organización e institucionalización de los sistemas comunitarios autogestionarios de salud (SCAS).	Normativa para SCAS sistematizada y validada.	1 Guía metodológica de organización y funcionamiento de los SCAS.	Experiencia de organización comunitaria no sistematizada.	Un documento base conteniendo normativa adaptada y validada por comunidad. Memoria de sistematización.	Anuencia y participación voluntaria de autoridades comunitarias en sistematizar su normativa consuetudinaria.
	A1.3. Realización de mapeo de comunidades en riesgo y alta vulnerabilidad a enfermedad y eventos naturales intensos.	Mapa de riesgo en salud por municipio.	6 mapas municipales en riesgo y vulnerabilidad en salud y desastres.	0 mapas municipales de riesgo y vulnerabilidad en salud (a la enfermedad) y desastres.	Un archivo de información territorial digital por municipio.	Información territorial de municipios priorizados actualizada y accesible. Unidad de información territorial del CUNOC con disponibilidad de colaboración.

Plan estratégico Asociación PIES de Occidente 2014-2018

Resultado mediano: En 5 años, se ha contribuido, colaborado y cooperado para reducir las condiciones generadoras de alta vulnerabilidad a la enfermedad y muerte en las comunidades indígenas rurales y en la población en riesgo del Altiplano Occidental de Guatemala, mediante estrategias y acciones de educación, promoción e investigación en salud para el fortalecimiento de la organización territorial de sistemas maya-comunitarios en salud autogestionarios y articulados biculturalmente con el sistema nacional de salud.

PRODUCTO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	LINEA DE BASE	VERIFICADOR	SUPUESTO
Producto 2. Agentes y actores comunitarios y distritales en salud formados y fortalecidos en su conocimiento, práctica y actitud sobre salud intercultural y SCAS.	A2. Involucramiento de agentes y actores comunitarios y distritales en los procesos de capacitación y/o actualización.	Número de agentes y actores comunitarios en salud capacitados. Número de agentes comunitarios en salud en seguimiento. Número de agentes distritales en salud fortalecidos. Número de actores comunitarios en salud capacitados y fortalecidos.	40 nuevos agentes comunitarios en salud incorporados al proceso. 400 agentes comunitarios fortalecidos y acompañados. 60 nuevos agentes distritales en salud informados y acompañando el proceso. 100 médicos mayas fortalecidos. 200 actores comunitarios fortalecidos y acompañados en el proceso.	520 agentes comunitarios en salud trabajando (comadronas, médicos mayas y promotores). 15 actores comunitarios en el proceso. 30 actores distritales en el proceso.	Directorio distrital de agentes y actores de salud del MSPAS y de PIES.	Distritos de salud en municipios priorizados comparten información sobre actores y agentes en salud. Autoridades comunitarias proponen, avalan y reconocen agentes y autoridades en salud.
	A2.1. Capacitación de promotores (agentes comunitarios) en salud comunitaria con perspectiva maya e intercultural.	Número de promotores nuevos formados en nivel básico por comunidad. Número de promotores activos actualizados en nivel intermedio por comunidad.	20 promotores nuevos capacitados en nivel básico. 20 promotores activos actualizados en nivel intermedio.	20 promotores activos en comunidades priorizadas.	Registro distrital de agentes en salud. Registro institucional de agentes en salud.	Agentes activos en salud con disposición a participación en procesos de actualización. Autoridades comunitarias proponen, validan y reconocen agentes en salud.
	A2.2. Socialización y actualización de conocimientos y prácticas entre médicos o terapeutas mayas (agentes comunitarios).	Cohorte multicultural por área de cobertura.	2 cohortes de médicos o terapeutas mayas en el proceso. Avance la gestión de la agenda políticas de los MM.	100 médicos mayas (sin comadronas).	Memoria anual de actividades realizadas.	Disponibilidad de los terapeutas o médicos mayas a compartir su conocimiento.

Plan estratégico Asociación PIES de Occidente 2014-2018

PRODUCTO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	LINEA DE BASE	VERIFICADOR	SUPUESTO
(continuación...) Producto 2. Agentes y actores comunitarios y distritales en salud formados y fortalecidos en su conocimiento, práctica y actitud sobre salud intercultural.	A2.3. Capacitación de mujeres (agentes comunitarios), preferentemente jóvenes, en salud sexual y reproductiva con perspectiva maya e intercultural.	Comadrona nivel inicial capacitada y promovida. Comadrona nivel intermedio capacitada y promovida. Comadrona nivel avanzado capacitadas y promovida.	40 comadronas nivel inicial capacitadas. 80 comadronas nivel intermedio capacitadas. 10 comadronas nivel avanzado capacitadas.	400 comadronas tradicionales sin clasificación por calidad de servicio y conocimientos.	Memoria anual de actividades realizadas (incluye metodología de evaluación promocional de acuerdo a pensum de comadronas).	Comadronas activas en disposición de incorporarse a programa de actualización y mujeres jóvenes con interés en formarse en SSR. Autoridades comunitarias proponen, validan y reconocen agentes en salud. El SNS avala y apoya proceso.
	A2.4. Capacitación de actores comunitarios en procesos de institucionalización de SCAS y prevención de desastres con enfoque autogestionario, maya e intercultural.	Número actores comunitarios voluntarios.	100 actores comunitarios voluntarios capacitados y organizados.	0 actores comunitarios.	Libro de actas comunitario. Informe anual de actividades realizadas.	Actores comunitarios voluntarios de ambos sexos) con disposición a participar. Autoridades comunitarias proponen, aceptan y reconocen a nuevas autoridades comunitarias.
	A2.5. Capacitación de actores comunitarios en administración de servicios en salud comunitaria con enfoque autogestionario, maya e intercultural.	Número de actores comunitarios voluntarios.	40 actores comunitarios voluntarios capacitados e incorporados a Unidades Comunitarias de Servicios de Salud (UCSS).	0 actores comunitarios.	Libro de actas comunitario. Informe anual de actividades realizadas.	Actores comunitarios voluntarios de ambos sexos) con disposición a participar. Autoridades comunitarias proponen, aceptan y reconocen a nuevas autoridades comunitarias.

Plan estratégico Asociación PIES de Occidente 2014-2018

PRODUCTO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	LINEA DE BASE	VERIFICADOR	SUPUESTO
(continuación ...) Producto 2. Agentes y actores comunitarios y distritales en salud formados y fortalecidos en su conocimiento, práctica y actitud sobre salud intercultural. (continuación)	A2.6. Mapeo comunitario y distrital de actores y agentes de salud por población de cobertura.	Mapa por distrito	6 mapas de actores y agentes comunitarios y distritales en salud.	0 mapas	Directorio de agentes comunitarios y distritales en salud. Mapas.	Autoridades comunitarias y distritales en salud proporcionan información. Unidad de información territorial del CUNOC con disponibilidad de colaboración.
	A2.7. Promoción de la Red de actores en salud, institucionalizados o no, para socializar en sus ámbitos institucionales y laborales el conocimiento sobre la medicina y enfoque de salud indígena, y la gestión intercultural.	Nodo sobre salud intercultural o alternativa en Centroamérica.	5 personas clave activas por país. 5 países activos: Guatemala, El Salvador, Honduras, Panamá, México, Costa Rica.	12 personas clave. 1 país.	Informe anual de actividades.	Personas en ámbitos sociales o institucionales con interés en participar en redes de conocimiento en salud intercultural o alternativa residentes en 5 países de mesoamérica indígena.

Resultado mediano: En 5 años, se ha contribuido, colaborado y cooperado para reducir las condiciones generadoras de alta vulnerabilidad a la enfermedad y muerte en las comunidades indígenas rurales y en la población en riesgo del Altiplano Occidental de Guatemala, mediante estrategias y acciones de educación, promoción e investigación en salud para el fortalecimiento de la organización territorial de sistemas maya-comunitarios en salud autogestionarios y articulados biculturalmente con el sistema nacional de salud.

PRODUCTO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	LINEA DE BASE	VERIFICADOR	SUPUESTO
Producto 3. La medicina maya se ha estudiado y documentado con relación a los sistemas comunitarios en salud y la complementariedad con el sistema nacional de salud.	A3. Investigación aplicada y documentación del conocimiento, filosofía, prácticas y actitudes sobre la salud maya, intercultural y los sistemas comunitarios autogestionarios en salud.	Número de estudios realizados y publicados por año.	17 estudios realizados.	10 estudios realizados	Documento digital publicado en WEB de PIES.	Instituciones comunitarias y públicas participando en comités de retroalimentación crítica y validación cultural de los estudios.
	A3.1. Sistematización (estudios cualitativos y cuantitativos aplicados) sobre medicina maya con base en la agenda de los médicos mayas y/o en las demandas de conceptos en los procesos de formación y prestación de servicios comunitarios en salud.	Número de estudios por año.	2 estudio.	2 estudios realizados	Documento digital publicado en WEB de PIES.	Disposición de terapeutas mayas para proporcionar información. Disposición de agentes comunitarios en salud para proporcionar información.
	A3.2. Sistematización (estudios cualitativos y cuantitativos aplicados) epidemiológica y riesgo a desastres con base en los conocimientos comunitarios sobre la utilización de recursos naturales, cosmovisión y cultura.	Número de estudios por año.	5 estudio.	1 estudio realizado.	Documento digital publicado en WEB de PIES.	Disposición de informantes clave comunitarios para proporcionar información.
	A3.3. Sistematización comparativa (estudios cualitativos y cuantitativos aplicados) sobre de las mejores prácticas interculturales en la prestación de servicios de salud.	Número de estudios por año.	10 estudios.	6 estudios realizados	Documento digital publicado en WEB de PIES.	Disposición de agentes comunitarios en salud para proporcionar información. Disposición de informantes clave comunitarios para proporcionar información. Colaboración en red a nivel de Mesoamérica.

Resultado mediano: En 5 años, se ha contribuido, colaborado y cooperado para reducir las condiciones generadoras de alta vulnerabilidad a la enfermedad y muerte en las comunidades indígenas rurales y en la población en riesgo del Altiplano Occidental de Guatemala, mediante estrategias y acciones de educación, promoción e investigación en salud para el fortaleciendo de la organización territorial de sistemas maya-comunitarios en salud autogestionarios y articulados biculturalmente con el sistema nacional de salud.

PRODUCTO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	LINEA DE BASE	VERIFICADOR	SUPUESTO
Producto 4. Mejoradas las capacidades de resiliencia comunitaria y poblacional ante el riesgo en salud (y eventos climáticos intensos).	A4. Realización de actividades de capacitación, formación, sensibilización y servicios en salud en la población indígena rural y población vulnerable del área prioritaria de cobertura.	Cobertura de población. Población joven estudiantil atendida.	2 distritos de salud atendidos en extensión de cobertura del MSPAS. 10% de la población joven estudiantil matriculada en el sistema educativo atendida en área de cobertura.	2 distritos de salud. 2% población estudiantil nivel básico y diversificado informada.	Convenios interinstitucionales. Informes anuales específicos.	Programa público de extensión de cobertura activos y con financiamiento. Autoridades del Ministerio de Educación con disposición colaborativa para formar en SSR.
	A4.1. Se han ejecutado acciones de extensión de cobertura en distritos de salud en comunidades identificadas con alta vulnerabilidad en coordinación con el MSPAS.	Tasa de mortalidad infantil. Razón de mortalidad materna.	Disminuido en 10% la tasa de mortalidad infantil. Disminuida la RMM en un 30%.	Tasa de mortalidad infantil: TOTO 2011: 24.45 QUET 2011: 21.32 Razón de mortalidad materna: TOTO 2011: 149.69 QUET 2011: 109.85	Memorias anuales de salud del MSPAS. Memoria por distrito de cobertura.	Involucramiento de autoridades comunitarias en promoción de la salud. Evaluación crítica por personal asignado a Extensión de Cobertura.

Plan estratégico Asociación PIES de Occidente 2014-2018

PRODUCTO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	LINEA DE BASE	VERIFICADOR	SUPUESTO
(continuación ...) Producto 4. Mejoradas las capacidades de resiliencia comunitaria y poblacional ante el riesgo en salud y eventos climáticos intensos.	A4.2. Capacitación de jóvenes indígenas en salud sexual y reproductiva con enfoque en VIH, SIDA y embarazo en adolescentes.	No pacientes infectados VIH vía madre a hijo. No pacientes infectados VIH vía relaciones sexuales. Porcentaje de partos en menores de 20 años.	10% de la población estudiantil en niveles básico y diversificado en establecimientos públicos atendidos por año. 10% de docentes niveles básico y diversificado en establecimientos públicos atendidos por año. 5 % de disminución en infectados VIH vía relaciones sexuales. Disminución del 1% en el porcentaje de partos en menores de 20 años.	No pacientes infectados VIH vía relaciones sexuales: TOTO: 11 QUET: 305 Porcentaje de partos en menores de 20 años: TOTO 2011 6.17% QUET 2011: 4.71%	Informe anual de actividades. Informe de evaluación individual de conocimientos ex ante y ex post.	Disponibilidad del cuerpo de docentes de los niveles básico y diversificado a participar individualmente y coordinar la participación de sus educandos.
	A4.3. Capacitación a actores y agentes comunitarios en salud sobre gestión de riesgo (prevención, atención, mitigación y organización).	Actores y agentes en salud informados. Actores y agentes en salud integrados a sistema CONRED.	600 actores y agentes comunitarios integrados al sistema CONRED.	0 actores y agentes capacitados e integrados a COLDED (Coordinadora local de prevención de desastres).	Informe anual de actividades. Informe de evaluación individual de conocimientos ex ante y ex post.	Colaboración con el Consejo Nacional de Prevención y Mitigación de Desastres, CONRED.
	A4.4. Instalación de Unidades Comunitarias de servicios de salud en comunidades mayas con enfoque territorial y población con alta vulnerabilidad.	1 UCSS por SCAS.	10 UCSS funcionando.	2 UCSS	Acta comunitaria de apoyo a la UCSS. Informe anual de labores.	Apertura de autoridades comunitarias en comunidades identificadas como centros microregionales.

4.4. Matriz de monitoreo.

PRODUCTO	ACTIVIDAD	2014	2015	2016	2017	2018	META 2018
Producto 1. Comunidades indígenas se han incorporado a la red de comunidades en salud con enfoque autogestionario, maya e intercultural.	A1. Organización e institucionalización de Redes de sistemas comunitarios autogestionarios en salud (SCAS).	Sistematización de organización, funcionamiento y administración de redes	Sistematización de organización, funcionamiento y administración de redes	Pilotaje de operación de red con 4 SCAS.	Integración de 2 redes de salud comunitaria con 16 SCAS. Validación de metodología.	Integración de 2 redes de salud comunitaria con 20 SCAS. Evaluación comparativa de resultados en salud.	2 redes de salud comunitaria autogestionaria: 1 mam y 1 k'iche'.
	A1.1. Organización e institucionalización de sistemas comunitarios autogestionaria de salud (SCAS).	Identificación territorial de comunidades y mapeo de liderazgo comunitario (agentes, actores y autoridades).	Integración de 4 SCAS: 2 en área mam y 2 k'iche'.	Integración de 4 SCAS: 2 en área mam y 2 k'iche'.	Integración de 6 SCAS: 3 en área mam y 3 k'iche'.	Integración de 6 SCAS: 3 en área mam y 3 k'iche'.	20 SCAS organizados y funcionado: 10 en área mam y 10 k'iche'.
	A1.2. Estructurado y sistematizado el proceso de organización e institucionalización de los sistemas comunitarios autogestionarios de salud (SCAS).	Observación de buenas prácticas en la región y fuera de ella (incluye experiencia internacional). Desarrollo de instrumental.	Validación de instrumental y generación de nuevos instrumentos. Sistematización en el proceso.	Formulación, aplicación y validación de Guía Metodológica de SCAS.	Retroalimentación de Guía.	Retroalimentación de Guía.	1 Guía metodológica de organización y funcionamiento de los SCAS.
	A1.3. Realización de mapeo de comunidades en riesgo y alta vulnerabilidad a enfermedad y eventos naturales intensos.	Inventario de RRHH por comunidad. Priorización de municipios. Identificación de comunidades. Obtención de información por comunidad.	Elaboración de metodología de mapas municipales de riesgo que identifica vulnerabilidad a nivel de comunidad. Elaboración de 6 mapas municipales.	Validación y actualización de 6 mapas municipales.	Validación y actualización de 6 mapas municipales.	Validación y actualización de 6 mapas municipales.	6 mapas municipales en riesgo y vulnerabilidad en salud y desastres.

Plan estratégico Asociación PIES de Occidente 2014-2018

PRODUCTO	ACTIVIDAD	2014	2015	2016	2017	2018	META 2018
Producto 2. Agentes y actores comunitarios y distritales en salud fortalecidos en su conocimiento, práctica y actitud sobre salud intercultural y SCAS.	A2. Involucramiento de agentes y actores comunitarios y distritales en los procesos de capacitación y/o actualización.	Proceso de selección de nuevos actores y agentes comunitarios en salud. Revisión de currícula y metodología de capacitación	150 nuevos agentes comunitarios en salud incorporados al proceso. 500 actores y agentes comunitarios fortalecidos. 30 nuevos actores distritales involucrados.	300 nuevos agentes comunitarios en salud incorporados al proceso. 500 actores y agentes comunitarios fortalecidos. 60 actores distritales involucrados.	300 nuevos agentes comunitarios en salud incorporados al proceso. 500 actores y agentes comunitarios fortalecidos. 60 actores distritales involucrados.	300 nuevos agentes comunitarios en salud incorporados al proceso. 500 actores y agentes comunitarios fortalecidos. 60 actores distritales involucrados.	300 nuevos agentes comunitarios en salud incorporados al proceso. 500 actores y agentes comunitarios fortalecidos. 60 actores distritales involucrados.
	A2.1. Capacitación de promotores (agentes comunitarios) en salud comunitaria con perspectiva maya e intercultural.	Proceso de selección de nuevos promotores en salud. Revisión de currícula y metodología de capacitación. Capacitación de cohorte de 20 nuevos promotores.	Evaluación de avance del proceso. Seguimiento de cohorte de 20 promotores en salud.	Evaluación de avance del proceso. Seguimiento de cohorte de 20 promotores en salud.	Evaluación de avance del proceso. Seguimiento de cohorte de 20 promotores en salud.	Evaluación de avance del proceso. Seguimiento de cohorte de 20 promotores en salud.	20 promotores nuevos capacitados en nivel básico.
	A2.2. Socialización y actualización de conocimientos y prácticas entre médicos o terapeutas mayas (agentes comunitarios).	Actualización de agenda de gestión de médicos mayas. Sistematización de conocimientos. Encuentros de intercambio de experiencia.	Actualización de agenda de gestión de médicos mayas. Sistematización de conocimientos. Encuentros de intercambio de experiencia.	Actualización de agenda de gestión de médicos mayas. Sistematización de conocimientos. Encuentros de intercambio de experiencia.	Actualización de agenda de gestión de médicos mayas. Sistematización de conocimientos. Encuentros de intercambio de experiencia.	Actualización de agenda de gestión de médicos mayas. Sistematización de conocimientos. Encuentros de intercambio de experiencia.	2 cohortes de médicos o terapeutas mayas en el proceso. Avance la gestión de la agenda políticas de los MM.
	A2.3. Capacitación de mujeres (agentes comunitarios), preferentemente jóvenes, en salud sexual y reproductiva con perspectiva maya e intercultural.	Reestructuración de las comadronas de acuerdo a las prioridades territoriales. Proceso de identificación y selección de nuevas comadronas. Seguimiento a 400 comadronas. Revisión de currícula.	Capacitación de 40 comadronas en nivel inicial. Conformación de grupos intermedios y avanzados.	Capacitación de 40 comadronas en nivel inicial. Capacitación a 80 comadronas en nivel intermedio. Capacitación a 10 comadronas en nivel avanzado.	Capacitación de 40 comadronas en nivel inicial. Capacitación a 80 comadronas en nivel intermedio. Capacitación a 10 comadronas en nivel avanzado.	Capacitación de 40 comadronas en nivel inicial. Capacitación a 80 comadronas en nivel intermedio. Capacitación a 10 comadronas en nivel avanzado.	Capacitación de 40 comadronas en nivel inicial. Capacitación a 80 comadronas en nivel intermedio. Capacitación a 10 comadronas en nivel avanzado.

Plan estratégico Asociación PIES de Occidente 2014-2018

PRODUCTO	ACTIVIDAD	2014	2015	2016	2017	2018	META 2018
(Continuación ...) Producto 2. Agentes comunitarios y actores comunarios y distritales en salud formados y fortalecidos en su conocimiento, práctica y actitud sobre salud intercultural y SCAS.	A2.4. Capacitación de actores comunarios en procesos de institucionalización de SCAS y prevención de desastres con enfoque autogestionario, maya e intercultural.	Proceso de selección de nuevos actores en salud. Revisión de currícula y metodología de capacitación. Capacitación de cohorte de 20 nuevos actores.	Proceso de selección de nuevos actores en salud. Revisión de currícula y metodología de capacitación. Capacitación de cohorte de 20 nuevos actores. Seguimiento a 20 actores comunarios.	Proceso de selección de nuevos actores en salud. Revisión de currícula y metodología de capacitación. Capacitación de cohorte de 20 nuevos actores. Seguimiento a 40 actores comunarios.	Proceso de selección de nuevos actores en salud. Revisión de currícula y metodología de capacitación. Capacitación de cohorte de 20 nuevos actores. Seguimiento a 60 actores comunarios.	Proceso de selección de nuevos actores en salud. Revisión de currícula y metodología de capacitación. Capacitación de cohorte de 20 nuevos actores. Seguimiento a 80 actores comunarios.	100 actores comunarios voluntarios capacitados y organizados.
	A2.5. Capacitación de actores comunarios en administración de servicios en salud comunaria con enfoque autogestionario, maya e intercultural.	Proceso de selección de nuevos actores en salud. Revisión de currícula y metodología de capacitación. Capacitación de cohorte de 20 nuevos actores.	Proceso de selección de nuevos actores en salud. Revisión de currícula y metodología de capacitación. Capacitación de cohorte de 20 nuevos actores.	Proceso de selección de nuevos actores en salud. Revisión de currícula y metodología de capacitación. Capacitación de cohorte de 20 nuevos actores. Seguimiento a 20 actores comunarios en salud.	Proceso de selección de nuevos actores en salud. Revisión de currícula y metodología de capacitación. Capacitación de cohorte de 20 nuevos actores. Seguimiento a 20 actores comunarios en salud.	Seguimiento a 40 actores comunarios en salud.	40 actores comunarios voluntarios capacitados e incorporados a Unidades Comunitarias de Servicios de Salud (UCSS).
	A2.6. Mapeo comunario y distrital de actores y agentes de salud por población de cobertura.	Realización de mapeo en 6 municipios prioritarios.	Actualización de mapeo en 6 municipios prioritarios.	Actualización de mapeo en 6 municipios prioritarios.	Actualización de mapeo en 6 municipios prioritarios.	Actualización de mapeo en 6 municipios prioritarios.	6 mapas de actores y agentes comunarios y distritales en salud.
	A2.7. Promoción de la Red de actores en salud, institucionalizados o no, para socializar en sus ámbitos institucionales y laborales el conocimiento sobre la medicina y enfoque de salud indígena, y la gestión intercultural.	Construcción de agenda de intercambio de conocimiento en salud intercultural y mecanismos de incidencia.	Seguimiento a agenda.	Seguimiento a agenda.	Seguimiento a agenda.	Seguimiento a agenda.	5 personas clave activas por país.

Plan estratégico Asociación PIES de Occidente 2014-2018

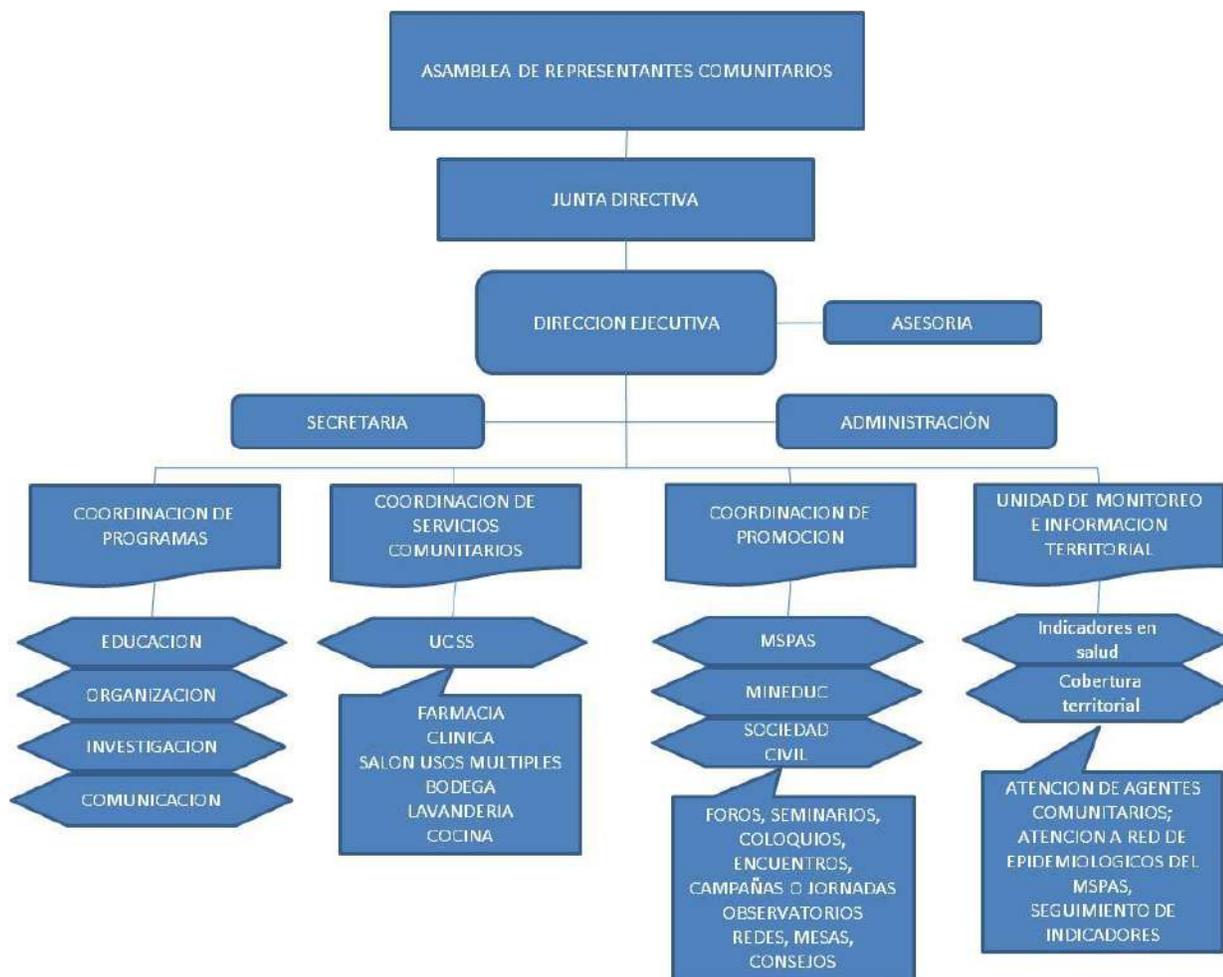
PRODUCTO	ACTIVIDAD	2014	2015	2016	2017	2018	META 2018
Producto 3. La medicina maya se ha estudiado y documentado con relación a los sistemas comunitarios en salud y la complementariedad con el sistema nacional de salud.	A3. Investigación aplicada y documentación del conocimiento, filosofía, prácticas y actitudes sobre la salud maya, intercultural y los sistemas comunitarios autogestionarios en salud.	1 perfil y 3 estudios realizados a partir de problemas en la aplicación de metodología intercultural de salud y medicina maya.	4 estudios realizados a partir de problemas en la aplicación de metodología intercultural de salud y medicina maya.	1 perfil y 3 estudios realizados a partir de problemas en la aplicación de metodología intercultural de salud y medicina maya.	4 estudios realizados a partir de problemas en la aplicación de metodología intercultural de salud y medicina maya.	4 estudios realizados a partir de problemas en la aplicación de metodología intercultural de salud y medicina maya.	17 estudios realizados.
	A3.1. Sistematización (estudios cualitativos y cuantitativos aplicados) sobre medicina maya con base en la agenda de los médicos mayas y/o en las demandas de conceptos en los procesos de formación y prestación de servicios comunitarios en salud.	Preparación de 1 perfil de sistematización.	Elaboración de 1 estudio.	Preparación de 1 perfil de sistematización.	Elaboración de 1 estudio.	Preparación de 1 perfil de sistematización.	2 estudios.
	A3.2. Sistematización (estudios cualitativos y cuantitativos aplicados) epidemiológica y riesgo a desastres con base en los conocimientos comunitarios sobre la utilización de recursos naturales, cosmovisión y cultura.	Elaboración de 1 estudio.	Elaboración de 1 estudio.	Elaboración de 1 estudio.	Elaboración de 1 estudio.	Elaboración de 1 estudio.	5 estudios.
	A3.3. Sistematización comparativa (estudios cualitativos y cuantitativos aplicados) sobre de las mejores prácticas interculturales en la prestación de servicios de salud.	Elaboración de 2 estudios.	Elaboración de 2 estudios.	Elaboración de 2 estudios.	Elaboración de 2 estudios.	Elaboración de 2 estudios.	10 estudios.

Plan estratégico Asociación PIES de Occidente 2014-2018

PRODUCTO	ACTIVIDAD	2014	2015	2016	2017	2018	META 2018	
Producto 4. Mejoradas las capacidades de resiliencia comunitaria y poblacional ante el riesgo en salud (y eventos climáticos intensos).	A4. Realización de actividades de capacitación, formación, sensibilización y servicios en salud en la población indígena rural y población vulnerable del área prioritaria de cobertura.	Seguimiento a distritos de salud programa EC. Capacitación 1 cohortes de estudiantes y 1 cohorte de actores comunitarios. Puesta a punto las UCSS.	Seguimiento a distritos de salud programa EC. Capacitación 1 cohortes de estudiantes y 1 cohorte de actores comunitarios. Apertura de 2 UCSS.	Seguimiento a distritos de salud programa EC. Capacitación 1 cohortes de estudiantes y 1 cohorte de actores comunitarios. Apertura de 2 UCSS.	Seguimiento a distritos de salud programa EC. Capacitación 1 cohortes de estudiantes y 1 cohorte de actores comunitarios. Apertura de 2 UCSS.	Seguimiento a distritos de salud programa EC. Capacitación 1 cohortes de estudiantes y 1 cohorte de actores comunitarios. Apertura de 2 UCSS.	2 distritos de salud atendidos en extensión de cobertura del MSPAS. 10% de la población joven estudiantil matriculada en el sistema educativo atendida en área de cobertura.	
	A4.1. Se han ejecutado acciones de extensión de cobertura en distritos de salud en comunidades identificadas con alta vulnerabilidad en coordinación con el MSPAS.	2 distritos en seguimiento en el Programa de Atención de Cobertura en Salud.	2 distritos en seguimiento en el Programa de Atención de Cobertura en Salud.	2 distritos en seguimiento en el Programa de Atención de Cobertura en Salud.	2 distritos en seguimiento en el Programa de Atención de Cobertura en Salud.	2 distritos en seguimiento en el Programa de Atención de Cobertura en Salud.	2 distritos en seguimiento en el Programa de Atención de Cobertura en Salud.	2 distritos de salud atendidos en extensión de cobertura del MSPAS.
	A4.2. Capacitación de jóvenes indígenas en salud sexual y reproductiva con enfoque en VIH, SIDA y embarazo en adolescentes.	Capacitados 2000 nuevos estudiantes de ambos sexos en los niveles educativos básico y diversificado.	Capacitados 2000 nuevos estudiantes de ambos sexos en los niveles educativos básico y diversificado.	Capacitados 2000 nuevos estudiantes de ambos sexos en los niveles educativos básico y diversificado.	Capacitados 2000 nuevos estudiantes de ambos sexos en los niveles educativos básico y diversificado.	Capacitados 2000 nuevos estudiantes de ambos sexos en los niveles educativos básico y diversificado.	Capacitados 2000 nuevos estudiantes de ambos sexos en los niveles educativos básico y diversificado.	10% de la población estudiantil en niveles básico y diversificado en establecimientos públicos atendidos por año.
	A4.3. Capacitación a actores y agentes comunitarios en salud sobre gestión de riesgo (prevención, atención, mitigación y organización).	Cohorte de 120 agentes comunitarios en salud capacitados.	Cohorte de 120 agentes comunitarios en salud capacitados.	Cohorte de 120 agentes comunitarios en salud capacitados.	Cohorte de 120 agentes comunitarios en salud capacitados.	Cohorte de 120 agentes comunitarios en salud capacitados.	Cohorte de 120 agentes comunitarios en salud capacitados.	600 actores y agentes comunitarios integrados al sistema CONRED.
	A4.4. Instalación de Unidades Comunitarias de servicios de salud en comunidades mayas con enfoque territorial y población con alta vulnerabilidad.	Puesta a punto de manuales de operación y criterios territoriales de ubicación. Refuncionalización de UCSS ya instaladas.	Apertura de 2 UCSS. Seguimiento de 2 UCSS.	Apertura de 2 UCSS. Seguimiento de 4 UCSS.	Apertura de 2 UCSS. Seguimiento de 6 UCSS.	Apertura de 2 UCSS. Seguimiento de 6 UCSS.	Apertura de 2 UCSS. Seguimiento de 8 UCSS.	10 UCSS funcionando.

5. Organigrama institucional al 2018.

La Asociación PIES de Occidente con el firme propósito de alcanzar los resultados planteados en este Plan Estratégico 2014-2018, iniciará un proceso gradual de reestructuración de acuerdo con el siguiente organigrama:



La Asamblea de la Asociación PIES de Occidente irá integrando representantes de las comunidades que se sumen voluntariamente al proceso autogestionario en salud. De tal manera que en los próximos 5 años, esta Asamblea General integre con sus miembros la Junta Directiva de la Asociación PIES de Occidente. Lo anterior, implica la revisión y adecuación del reglamento interno de PIES por la actual Asamblea General para dar cabida a la nueva estructura.

Anexo 1.

FODA INSTITUCIONAL

La Asociación está bien organizada continúan sus fundadoras involucradas, posee buena administración y una trayectoria de trabajo de 18 años. Su personal está capacitado, es permanente y proviene de las comunidades, hablan idiomas mayas. Se ha posicionado en el occidente debido a su experiencia acumulada, sistematizada y a la coordinación interinstitucional con los sectores salud, educación y justicia. Posee credibilidad ante los socios donantes y las comunidades.

FORTALEZAS

La crítica situación de salud sigue siendo una preocupación prioritaria para las agencias de cooperación con Guatemala. Existe un mejor nivel comunicacional en las comunidades debido al amplio uso de telefonía celular y en menor medida internet. Hay interés de los jóvenes en involucrarse en acción social y comunitaria con perspectiva de fortalecimiento cultural. Hay voluntad política de tomadores de decisiones en adentrarse en el conocimiento de la salud desde la perspectiva maya y coordinar con PIES. Buena coordinación con otras OG y ONG para enlazar y fortalecer acciones.

OPORTUNIDADES

El activismo en que se está inmerso limita la posibilidad de análisis del trabajo que se hace. Ausencia de acciones que generen sostenibilidad de PIES (ingresos propios). Ausencia de una estrategia descentralizada. Poca capacitación a personal por falta de planificación y tiempo. No atender a comunidades más lejanas. No evaluar sistemáticamente las acciones de trabajo. No fortalecer a los grupos en las comunidades. Poco trabajo con hombres.

DEBILIDADES

La ausencia de una política social coordinada, sostenida e integral. Politización de las acciones gubernamentales de protección social. No contar con una base suficiente de fondos propios. La crisis internacional en países con tradición de cooperación con Guatemala. Los procesos de salud en la comunidad dependientes de instituciones externas. Disminución del gasto e inversión gubernamental en salud. Competencia interinstitucional. Los cambios de gobierno provocan cambios de políticas y programas gubernamentales que entorpecen el avance de los procesos.

AMENAZAS

Anexo 2. Registro fotográfico de la elaboración de la Planificación Estratégica

Visita a Clínica Ucux Kaxlemal, Valle del palajunoj, 9/11/2012



Visita Clínica de Concepción Chiquirichapa, 9/11/2012



Vacunación en puesto de Salud, Pueblo Viejo, Momostenango, 12/11/2012



Visita al Puesto de salud, Pueblo Viejo, Momostenango, 12/11/2012



Comité de Emergencia, Pueblo Viejo, Momostenango, 12/11/2012



Grupo de Mujeres, Paraje Pachawacán, Momostenango, 14/11/2012



Monitoreo de registro de comadronas, Momostenango, 14/11/2012



Taller con Comadronas, Momostenango, 14/11/2012



Estudiantes de Medicina, CUNOC, 22/11/2012



Consejo y Red de Médicos Mayas, Quetzaltenango, 28/11/2012



Promotores de Salud, Centro de Salud San Francisco el Alto, 16/11/2012



Intercambio de experiencias de Actores Comunitarios de Salud, Salón Municipal San Francisco el Alto, 20/11/2012



Reunión con Comités de Emergencia, Cajolá, 19/11/2012



Monitoreo de crecimiento y vacunación, San Miguel Siguilá, 19/11/2012



Capacitación con comadronas en San Martín S, 13/11/2012



Taller de Planificación Estratégica, 5, 6 y 7 /12/2012

