

PE-L1228

**PROGRAMA PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LAS REDES DE SALUD
Y EFICIENCIA DE LA GESTIÓN SANITARIA**

MARCO DE REASENTAMIENTO INVOLUNTARIO

NOVIEMBRE 2018

INDICE

MARCO DE REASENTAMIENTO INVOLUNTARIO	3
1. PREAMBULO	3
2. Descripción del proyecto y componentes	4
1) Objetivo General	4
2) Objetivos Específicos	4
2.1 Componentes	4
2.2 Componente del Programa – Posibles Impactos	5
2.3 Delimitación de las Áreas de Influencia del Proyecto	5
3. Los principios y objetivos que orientarán la preparación y ejecución del Reasentamiento	11
4. Proceso de preparación y aprobación de planes	12
5. Estimación y categorías	13
6. Criterios de Elegibilidad	13
7. Marco legal y Salvaguardas aplicables	13
1) Marco legal Nacional	13
8. Análisis de Brechas entre normativa local y OP 4.10: Reasentamiento Involuntario	15
9. Proceso de valoración de activos	16
10. Responsabilidades institucionales	17
11. Consulta y Participación de los Afectados	18
12. Descripción de la vinculación del reasentamiento con la obra pública	18
13. Mecanismo de Quejas y Reclamos	19
14. Seguimiento	20

Índice de Tablas

Tabla Nº 1. Relación de normas nacionales en materia de reasentamiento	14
Tabla Nº 2. OP 4.10 Reasentamiento Involuntario – Norma nacionales	15
Tabla Nº 3. Componentes del Programa – Posibles Impactos	¡Error! Marcador no definido.
Tabla Nº 4. Criterios Regulados sobre elección del terreno	17

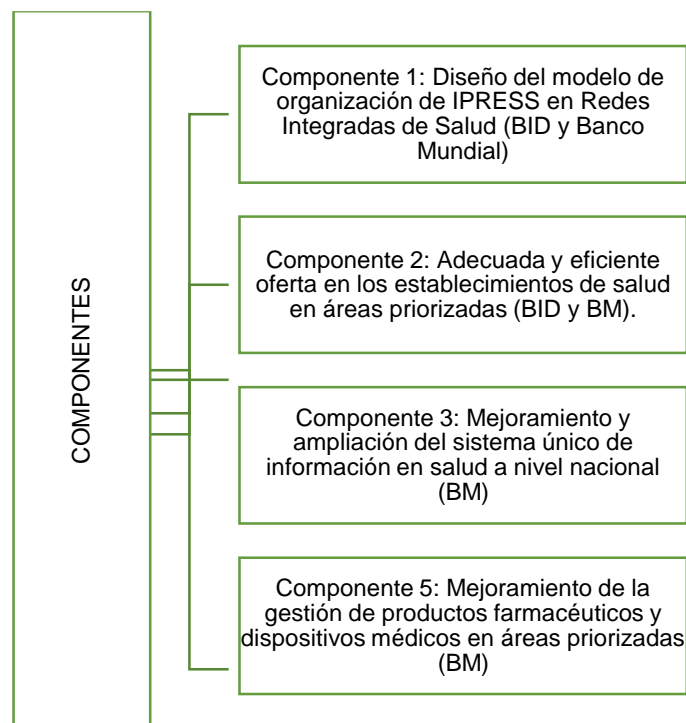
MARCO DE REASENTAMIENTO INVOLUNTARIO

1. PREAMBULO

El Gobierno de la República del Perú, solicitó al Banco Mundial (BM) / Banco Interamericano de Desarrollo (BID) la financiación del Programa para la Transformación de las Redes de Salud y Eficiencia de la Gestión Sanitaria, siendo el Organismo Ejecutor el Programa Nacional de Inversiones en Salud (PRONIS) por intermedio del Ministerio de Salud (MINSa), responsable de la coordinación general del mismo y el cumplimiento de sus objetivos.

El Programa para la Transformación de las Redes de Salud y Eficiencia de la Gestión Sanitaria, busca introducir el cambio a través del rediseño radical del servicio, centrado en la mejora de la calidad de la atención que reciben los pacientes y con énfasis en la devolución de aspectos clave de las rutas de práctica clínica desde los hospitales hacia la Atención Primaria de Salud (APS), para potenciar el primer nivel de atención. Lo anterior, se concretará en el Programa mediante el rediseño de procesos, las economías de escala y el uso de tecnologías de automatización y digitalización.

Gráfico Nº 1
Componentes del Programa



El programa debe estar alineado a las salvaguardas del BM y las normas nacionales, aplicables al programa tales como las siguientes:

- 1) Evaluación ambiental (OP 4.01),
- 2) Hábitats Naturales (OP 4.04),
- 3) Recursos culturales físicos (OP 4.11),
- 4) Reasentamiento involuntario (OP 4.12); y,
- 5) Pueblos indígenas (OP 4.10).

El presente documento tiene como propósito indicar como se atenderían los casos de reasentamiento involuntario, en caso se tenga que realizar por causas de la implementación de infraestructura física contemplada en el Proyecto, centros de data, almacenes y / o remodelación /reconstrucción de los centros de salud contemplados en del proyecto del Ministerio de Salud (MINSa).

2. Descripción del proyecto y componentes

El objetivo central del programa es lograr un adecuado acceso de la población a servicios de salud oportunos, eficientes y de calidad en el primer nivel de atención, en función a sus necesidades. Su alcance es para el ámbito nacional,

1) Objetivo General

Contribuir a la transformación de la red de servicios de salud, mediante la adecuada provisión de servicios oportunos, eficientes y de calidad en el primer nivel de atención.

2) Objetivos Específicos

- a) Modernizar el modelo de prestación de servicios de salud
- b) Adecuar la red de APS
- c) Optimiza la red de servicios médicos de apoyo

2.1 Componentes

Respecto a los componentes del proyecto mencionados en el preámbulo, sólo en los casos de los componentes 2 y 3 se podría presentar algún tipo de reasentamiento:

- a) Componente 2: Adecuada y eficiente oferta en los establecimientos de salud en áreas priorizadas. Inversiones para mejorar las capacidades de oferta en los establecimientos de salud en Lima Metropolitana y otras áreas priorizadas bajo una lógica de redes (IPRESS 12 horas y 24 horas). Adecuar la infraestructura de establecimiento priorizados, equipamiento y capacidades humanas para la prestación de servicios.

- b) Componente 3: Mejoramiento y ampliación del sistema único de información en salud a nivel nacional (BM) Inversión en una central de las tecnologías de información y comunicación que genere sinergias y economías de escala Otorgamiento de citas en línea, Generación de Historias Clínicas Electrónica, Desarrollo y maduración de Telesalud (Atención y Capacitación) y Archivo electrónico en reemplazo de archivo físico.

Un plan de reasentamiento sólo se podrá preparar, cuando se haya definido el terreno donde se ubicarán las infraestructuras priorizadas e comprobado si se requiere un desplazamiento físico y/o económico en el marco del proyecto.

2.2 Componente del Programa – Posibles Impactos

En esta sección se identifica, para cada uno de los componentes y actividades del proyecto, la potencial generación de reasentamiento involuntario.

Tabla Nº 1. Componentes del Programa – Posibles Impactos

Componente	Actividad	Posible generación de reasentamiento o involuntario	Tipos de Posibles Afectaciones a generarse	Potenciales medidas de Mitigación
Componente 1: Diseño del modelo de organización de IPRESS en Redes Integradas de Salud (BID y Banco Mundial)	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Componente 2: Adecuada y eficiente oferta en los establecimientos de salud en áreas priorizadas (BID y Banco Mundial)	Construcción o mejoramiento de infraestructura	Se identifique población o actividades económicas o servicios	Desplazamiento físico o económico o se paraliza el servicio	Plan de reasentamiento Plan de contingencia para la continuidad del servicio
Componente 3: Mejoramiento y ampliación del sistema único de información en salud a nivel nacional (Banco Mundial)	Construcción o mejoramiento de infraestructura	Se identifique población o actividades económicas o servicios	Desplazamiento físico o económico o se paralice el servicio	Plan de reasentamiento Plan de contingencia para la continuidad del servicio

2.3 Delimitación de las Áreas de Influencia del Proyecto

El Programa, se desarrollará en las siguientes localidades:

Tabla 2. Ubicación de los Centros de data y Almacén– Componente 3 y 5

Departamento	Provincia	Distrito	Localidad
Lima	Lima	Comas	Collique
Huancavelica	Huancavelica	Huancavelica	Yananaco
La Libertad	Trujillo	La Esperanza	La Esperanza

Vale la pena indicar que en el caso de los Centros de data y almacén esas infraestructuras se ubicarán dentro de terrenos de propiedad del Estado (sea MINSa o los Gobierno Regionales), por lo que no habrá necesidad de reasentamiento en el caso de estas infraestructuras.

Las tres localidades, están dentro de ámbitos urbanos. Lima y Trujillo, son zonas de la costa y Huancavelica en la sierra del país. En ellas se habla el español, y en Huancavelica, además del español, el quechua como idioma nativo, lengua materna con mayor predominancia en las zonas rurales del departamento.

Para el análisis, se han tomado en cuenta los siguientes criterios sociales y ambientales a fin de determinar la extensión del área de influencia directa e indirecta de cada centro de salud. Desde el punto de vista social, la determinación del área de influencia sigue los mismos criterios esbozados para el aspecto ambiental: afectación de la población aledaña por las actividades de construcción. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que se está tratando de un servicio público elemental para la población. De ahí que debe sumarse el impacto positivo generado por la mejora de la provisión del servicio, a partir de la etapa de operación de los proyectos.

Por tanto, para delimitar el Área de Influencia Social Directa, se debe tomar en cuenta a la(s) comunidad(es) que se encuentra(n) parcial o totalmente comprendidas en un radio de 300 m de las instalaciones propuestas y para delimitar el Área de Influencia Social Indirecta, considerar a la(s) comunidad(es) que se encuentra(n) parcial o totalmente comprendidas en el ámbito de jurisdicción asignada al establecimiento de salud.

A efectos de una mayor comprensión de las características de la población, se presentan las principales características demográficas, cuya información ha sido tomada en materia de salud del MINSa, y en general del INEI de acuerdo al XII Censo de Población, VII de Población y III de Comunidades Indígenas del 2017:

1) LIMA METROPOLITANA, DISTRITO DE COMAS

- a) Demografía: El área de influencia del hospital Sergio Bernales en la localidad de Collique, alcanza a un promedio de 1'092,481 personas, constituyendo la juventud y la adultez, la mayor cantidad de individuos. Las edades simples (desde 0 a 19 años) constituyen 17,872 y las edades más

significativas en la estructura poblacional, se dan entre los 20 y 24 años con 96,577. El grupo etario más significativo es el de 20 a 49 años, primando las mujeres con más de 15,133 individuos. El mismo patrón se observa en el grupo de 15 a 19 años, pero con una menor diferencia de 298 individuos. Finalmente, en el grupo de 10 a 14 también predominan los hombres con 1,522 individuos.

- b) Salud: Los indicadores que con mayor minuciosidad son seguidos, son los epidemiológicos. Respecto a la morbilidad, por consulta externa del Hospital Sergio E. Bernales presenta una mayor cantidad de casos de enfermedades del sistema digestivo con 18,196 casos en el 2017. Le sigue las enfermedades del sistema genitourinario con 13,425 casos.
- c) Educación: Entre los indicadores educativos más importantes a los cuales el MINEDU hace seguimiento están el número de matrículas, la cantidad de desaprobados y la cifra de retirados que corresponden al 2017. Los retirados de los estudios en todos los casos tienden a decrecer en la medida que se avanza año tras año. Para el nivel primario hay una reducción de los aprobados desde el inicio de los estudios, con una brusca reducción en el Segundo Grado. El indicador de desaprobados es bajo, excepto el Segundo y Tercer Grados con números más altos de desaprobados. Por último, el indicador de retirados mantiene valores más altos en el Primer y Segundo Grados. Finalmente, el nivel secundario para el Primer Grado muestra un número superior de aprobados; mientras que el último, el Quinto Grado, el más bajo, tiende a decrecer en aprobado grado tras grado. En general, en el distrito se hallan 84 IIEE distribuidas entre aquellas de gestión pública y otras de gestión privada, según los distintos niveles.
- d) Economía y empleo. - La caracterización socioeconómica de la población que habita los espacios urbanos adyacentes se mantiene entre los estratos medio bajo, medio. La población contigua al Hospital Sergio E. Bernales, sede del proyecto, corresponde a los estratos medio bajo y medio. La población del estrato bajo reside en las faldas de los cerros cercanos. Con relación al empleo, se conocen las cifras distritales del 2007 que mostraban patrones en los tipos de ocupaciones principales desempeñadas por la PEA. La principal categoría de trabajo la representaban los trabajadores de servicios personales y vendedores del comercio y mercados, seguidos por los trabajadores de servicios personales y vendedores del comercio y mercado, luego destacan por la ocupación obrero y operadores de minas, canteras, industria, manufactura y otros.

2) Región La Libertad, Provincia Trujillo, Distrito La Esperanza

- a) Demografía: De acuerdo con el Censo de Población realizado en 2017, el grupo quinquenal más grande en el distrito de La Esperanza es el de 15 a

19 años, con 34,416 habitantes. En la provincia de Trujillo, las personas de entre 15 a 19 años es el más grande con 173,164 personas. La región La Libertad, al igual que en la provincia de Trujillo y el distrito La Esperanza, el grupo quinquenal más representativo es el de 15 a 19 años, con un total 302,760 personas.

El distrito La Esperanza tenía en el 2017, 242 niños hasta un mes, frente a 1,396 entre 1 a 5 meses y 1,649, entre 6 y 11 meses; mientras que, en La Libertad, en el 2013 hubo 42,445 nacimientos. En cuanto a la población femenina, existe un total de 189,206 mujeres, de las cuales 15,990 están entre los 10 y 14 años, 15,834 están en el rango de 15 y 19, y 84,672 entre 20 y 49 años. En la provincia de Trujillo la tasa de natalidad ha decaído, 1,199 son de 28 días, frente a 7,604 niños entre 6 a 11 meses, el 2013 hubo 23,609 nacimientos. Así mismo, la población femenina en la provincia de Trujillo, existía un total de 970,016 mujeres, de las cuales 77,864 están dentro de los 10 y 14 años, mientras que las mujeres entre 15 y 19 fueron un total de 79,396 y entre 20 y 49 años 93,768 personas.

En la región de La Libertad la tasa de natalidad ha decaído al censo anterior del año 2007, ya que la población de 28 días es de 2,308 niños de 6 a 11 meses, según la información recabada del XII Censo de Población, VII de Población y III de Comunidades Indígenas. Por otro lado, según el informe regional del Instituto Nacional de Estadística e Informática de la Libertad hubo 42,445 nacimientos en el 2013 dentro del anterior rango etéreo. En cuanto a la población femenina, en la región La Libertad, existe un total de 910,144 féminas, de las cuales 163,278 están dentro de los 10 y 14 años, mientras que las mujeres que están entre 15 y 19, son un total de 145,786 y 639,625 personas entre 20 y 49 años.

Adicionalmente, y de acuerdo con los datos del MINSA, en el 2015 la morbilidad, según consulta externa fueron por enfermedades de la cavidad bucal (235,992 casos), seguido de enfermedades del esófago y estómago. Las demás causas arrojan 170,856 consultas externas.

- b) Educación: En cuanto a los estudiantes del nivel inicial, matriculados y retirados del distrito de La Esperanza hubo 8,753 alumnos matriculados, de los cuales se retiraron 100, quedando 8,653 estudiantes que asistían a las escuelas. Por otro lado, los estudiantes del nivel inicial, matriculados y retirados de la provincia de Trujillo fueron 52,221 alumnos matriculados, de los cuales 580 se retiraron quedando 51,641 estudiantes que asisten a las escuelas. Además, los estudiantes del nivel inicial, matriculados y retirados de la región La Libertad, tuvo 103,706 alumnos matriculados, de los cuales 1,290 se retiraron, quedando 102,416 estudiantes que asisten a las escuelas. En cuanto a los estudiantes del nivel primaria, matriculados y

retirados del distrito de La Esperanza, hubo 16,733 alumnos matriculados, de los cuales 257 se retiraron y 538 desaprobaron, por lo que 15,938 estudiantes llegaron a aprobar el referido nivel. Los estudiantes del nivel primaria, matriculados y retirados de la provincia de Trujillo tuvo 103,479 alumnos matriculados, de los cuales 1,105 se retiraron y 2,806 desaprobaron, entonces 99,568 estudiantes aprobaron el mencionado nivel. Además, los estudiantes del nivel primaria, matriculados y retirados de la región La Libertad, hubo 220 254 alumnos matriculados, se retiraron 2,383 y desaprobaron 7,558; aprobaron ese nivel 210,313 estudiantes.

En La Esperanza 9,464 alumnos fueron matriculados, de los cuales 320 se retiraron y 677 desaprobaron, aprobaron el mencionado nivel 8,467 estudiantes. Los estudiantes del nivel secundario, matriculados y retirados de la provincia de Trujillo, tuvo 74,143 alumnos matriculados, se retiraron 1,819 y desaprobaron 5,155, aprobaron el referido nivel 67,169 estudiantes. Además, los estudiantes del nivel secundaria, matriculados y retirados de la región de La Libertad, hubo 148,782 alumnos matriculados, 4,404 se retiraron y 9,606 desaprobaron; 134,772 estudiantes aprobaron dicho nivel.

En el distrito de La Esperanza existen 313 instituciones educativas, de las cuales 143 son públicas y 170 privadas. Por otro lado, en la provincia de Trujillo, son 824 estatales y 1,228 particulares. Además, en la región La Libertad, existen 6,243 colegios, de los cuales 4,597 son privados y 1,646 estatales. A partir de estas estadísticas, se puede afirmar que existe una gran brecha entre la cantidad de colegios estatales como privados.

- c) Economía y empleo: En cuanto a la ocupación laboral por sector, el 27,3% se dedica a la industria extractiva, seguido del 22,4% en servicios. El sector que menos personas laboran es el de construcción, con 6,4% del total.

3) Región Huancavelica, Provincia Huancavelica, Distrito Huancavelica

- a) Demografía: De acuerdo con el Censo del 2017, el grupo quinquenal más grande en el distrito de Huancavelica es el de 20 a 24 años con 4,134 habitantes. En la provincia de Huancavelica, el sector más grande con 12,784 personas fluctúa entre 10 a 14 años. Finalmente, en cuanto a la región Huancavelica, al igual que en la provincia, el grupo quinquenal más representativo es el de 10 a 14 años con un total 39,676 personas.

En el distrito de Huancavelica existieron 51 niños hasta un mes, mientras que los niños entre 1 a 5 meses fueron 301 y entre 6 y 11 meses 341. Por otro lado, según la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, hubo 1,106 nacimientos en el 2014. En cuanto a la población femenina, existió un total de 20,712 mujeres, de las cuales 1,716 estaban entre los 10 y 14 años, y las mujeres entre 15 y 19 fueron 1,875 y 9,854 entre 20 y 49 años.

En la provincia de Huancavelica la tasa de natalicio ha decaído frente al canso del 2007, ya que la población de 28 días es menor, 51 niños entre 6 a 11 meses. Además, según la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, hubo 1,106 nacimientos en el 2014 dentro de la jurisdicción. Así mismo, la población femenina en la provincia, tuvo un total de 20,712 mujeres, de las cuales 1,716 están entre los 10 y 14 años, mientras que las mujeres que están entre 15 y 19 son un total de 1,875 y las personas entre 20 y 49 años 9,854.

En la región Huancavelica la tasa de natalicio ha decaído, la población de 28 días es de 51 niños entre 6 a 11 meses. Por otro lado, según la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, hubo 1,106 nacimientos en el 2014 en su jurisdicción. En cuanto a la población femenina, existe un total de 20 712 mujeres, de las cuales 1,716 están entre los 10 y 14 años, y las mujeres entre 15 y 19 son un total de 1,875 y entre 20 y 49 años 9,854 personas.

De acuerdo con los datos por el Ministerio de Salud – MINSA, en el 2015, la mayor cantidad de atenciones por consulta externa fueron por enfermedades de la cavidad bucal, seguido de enfermedades del esófago y estómago. Por otras causas se atendieron 122,983 consultas externas.

- b) Educación: En cuanto a los estudiantes del nivel inicial, matriculados y retirados del distrito de Huancavelica hubo 2,558 alumnos matriculados de los cuales 12 se retiraron, quedando 2,546 estudiantes que asisten a las escuelas. Los estudiantes del nivel inicial, matriculados y retirados de la provincia de Huancavelica tuvo 6,947 alumnos matriculados, de los cuales 41 se retiraron, quedando 6,906 estudiantes que asisten a las escuelas. Además, los estudiantes del nivel inicial, matriculados y retirados de la región de Huancavelica hubo 21,401 alumnos matriculados, de los cuales 73 se retiraron, quedando 2,546 estudiantes que asisten a las escuelas. En cuanto a los estudiantes del nivel primaria, matriculados y retirados del distrito de Huancavelica, hubo 5,249 alumnos matriculados de los cuales 20 se retiraron y 87 desaprobaron, por lo que 2,142 estudiantes llegaron a aprobar dicho nivel. Por otro lado, los estudiantes del nivel primaria, matriculados y retirados del distrito de Huancavelica, hubo 14,592 alumnos matriculados, de los cuales 59 se retiraron y 424 desaprobaron, 14,109 estudiantes aprobaron el nivel. Además, los estudiantes, del nivel primaria, matriculados y retirados del distrito de Huancavelica fueron 47,096 alumnos matriculados, de los cuales 248 se retiraron y 1,538 desaprobaron; por tanto, 45,310 estudiantes llegaron a aprobar el mencionado nivel.

En cuanto a los estudiantes del nivel secundaria, matriculados y retirados el distrito de Huancavelica tuvo 4,221 alumnos matriculados, de los cuales

89 se retiraron y 142 desaprobaron, aprobaron el mencionado nivel 3,990 estudiantes. Los estudiantes del nivel secundaria, matriculados y retirados fue de 13,952 alumnos matriculados, de los cuales 363 se retiraron y 710 desaprobaron; por tanto, 12,879 estudiantes aprobaron el mencionado nivel. Además, los estudiantes del nivel secundaria, matriculados y retirados del distrito de Huancavelica, tuvo 44,133 alumnos matriculados, de los cuales 1,236 se retiraron y 2,025 desaprobaron, por lo que 40,872 estudiantes llegaron a aprobar dicho nivel.

En el distrito de Huancavelica existen 115 instituciones educativas, de las cuales 86 son públicas y 29 privadas. Por otro lado, en la provincia de Huancavelica, son 771 estatales y 33 particulares. Además, en la región Huancavelica, existen 3,202 colegios de los cuales 67 son privados y 3,135 estatales. A partir de estas estadísticas, se puede afirmar que existe una gran brecha entre la cantidad de colegios estatales como privados.

- c) Economía y empleo: En el distrito de Huancavelica el 43,9% son trabajadores no calificados de servicios, peones agropecuarios, forestales, pesca, minas, canteras; siguen los agricultores, trabajadores calificados agropecuarios, pesqueros, con 34,5% del total. Los casos menos representativos son los pertenecientes a las fuerzas armadas y policiales, y miembros del Poder Ejecutivo y Legislativo con 0.3%. el 25,9% de la ocupación de los varones son agricultores, trabajadores calificados agropecuarios, pesqueros; mientras que la ocupación más popular en las mujeres es la de trabajadoras no calificadas de servicios, peones agropecuarios forestales, pesca, minas, canteras, siendo el 30,1% del total.

3. Los principios y objetivos que orientarán la preparación y ejecución del Reasentamiento

El reasentamiento, especialmente aquel que se genera por construcciones de obras públicas, genera impactos sociales negativos, como el desplazamiento físico o económico de personas afectadas por el proyecto, los cuales requieren ser mitigados desde antes del inicio de las obras. La OP 4.12, precisa los lineamientos a seguir a efectos de minimizar los referidos impactos sociales negativos del reasentamiento involuntario.

Al respecto, para el Pronis, uno de los criterios en la elección del terreno de sus proyectos, es asegurarse que no se tenga que hacer desplazamiento ni económico ni físico; sin embargo, es pertinente precisar en el presente Marco, se indican las acciones que serán aplicables en caso de presentarse una situación de desplazamiento involuntario.

Al respecto, un Plan de Reasentamiento, de acuerdo a la OP 4.12 y concordante con normas nacionales sobre la materia, se rige por los siguientes principios y procedimientos:

- a) Los impactos negativos del desplazamiento involuntario, en la medida de lo posible, deben de evitarse. Cada subproyecto incluirá un análisis concienzudo de todas las opciones viables posibles, con el fin de adoptar la que no cause desplazamiento.
- b) Cuando no es posible evitar el desplazamiento, el PRONIS actuará de acuerdo a un plan previamente diseñado, y aprobado por el BM, para asistir a la población desplazada en el restablecimiento o mejoramiento de sus condiciones.
- c) Todos los habitantes de los sitios intervenidos por las acciones del proyecto, independiente de la forma de tenencia que acrediten, tendrán derecho a ser asistidos en el restablecimiento de sus condiciones de vida.
- d) Las soluciones de reasentamiento que proponga el ejecutor responderán a los impactos causados por el desplazamiento y a la magnitud del mismo.
- e) Todo hogar o empresa que sea objeto de traslado recibirá el mismo tratamiento de acuerdo al tipo de afectación y categoría de elegibilidad y accederá en condiciones de equidad a los diversos programas que se ofrezcan.
- f) Los afectados de los predios recibirán toda la información pertinente sobre sus derechos y el estado en que se encuentra la implementación del plan de reasentamiento.
- g) Los afectados que deben ser trasladados serán consultados sobre las alternativas del reasentamiento y los planes que se formulen para ello.
- h) Todo el proceso de reasentamiento debe ser manejado con transparencia y solo debe cubrir a la población afectada y se debe velar porque los criterios y procedimientos se apliquen de manera equitativa para los mismos.

4. Proceso de preparación y aprobación de planes

En el presente marco de reasentamiento involuntario, se desarrollan: los principios normativos, los derechos y los criterios sobre elegibilidad, las disposiciones institucionales, los mecanismos de seguimiento y evaluación, el método de participación y los mecanismos de compensación de las reclamaciones enunciados en el marco de políticas de reasentamiento.

Entonces, el plan de reasentamiento que se prepare para un subproyecto determinado deberá incluir información de base obtenida mediante un censo y un estudio socioeconómico; tasas y normas específicas sobre compensación; derechos relacionados con los impactos adicionales que se hayan identificado a través del censo o el estudio; una descripción de los sitios de reubicación y programas para el mejoramiento o restablecimiento de los medios de subsistencia y los niveles de vida; un calendario de ejecución de las actividades de reasentamiento, y una estimación de costos detallada

Es importante resaltar, en los proyectos no habrá desplazamiento económico ni físico de terceros, por lo que no se va a requerir elaborar un plan de reasentamiento,

sin embargo en los casos donde las construcciones de los nuevos establecimientos de salud se realicen sobre el terreno en el cual viene brindándose ese servicio se debe asegurar la continuidad del servicio para lo cual el PRONIS elabora un documento denominado Plan de Contingencia de continuidad del servicio, en el cual se deben incorporar principios y lineamientos propios de los procesos de reasentamiento a fin de asegurar la continuidad del servicio en óptimas condiciones:

5. Estimación y categorías

En el presente proyecto las infraestructuras de los componentes identificados en la Tabla 4 no implican desplazamiento físico ni económico. En el caso del Plan de Contingencia, las personas que brindan el servicio de salud y las actividades conexas al mismo deberán ser consideradas en las nuevas instalaciones temporales en la cual se continúe brindando el servicio.

6. Criterios de Elegibilidad

Con los estudios de campo y el análisis social, legal y ambiental de la población, y en base a los criterios de elegibilidad señalados en el párrafo 15 de OP 4.12, se determina la población objeto del reasentamiento.

“a) aquellos que tienen derechos legales oficialmente establecidos respecto de las tierras (incluso derechos consuetudinarios y tradicionales reconocidos en la legislación del país);

b) aquellos que no tienen derechos legales oficialmente establecidos respecto de las tierras en el momento de iniciarse el censo, pero que reclaman algún derecho a esas tierras o activos, a condición de que su reclamación esté reconocida en la legislación del país o se reconozca mediante un proceso indicado en el plan de reasentamiento

c) los que carecen de un derecho legal o una pretensión reconocibles respecto de la tierra que ocupan, como es el caso de los guardianes, agricultores, entre otros”.

Uno de los enfoques que se debe considerar en el Plan de Reasentamiento Involuntario, es asegurar que la población vulnerable constituida por mujeres cabeza de familia, ancianos, niños y personas con habilidades especiales sean acompañadas durante el proceso a fin de evitar que sean perjudicadas.

Por lo expuesto, constituyen casos de atención que no deben quedar al margen del Plan que se proponga, siendo así, la planilla de costos debe incorporar el presupuesto y tratamiento adecuado en el marco de medidas mitigadoras de los impactos que pudieran generarse.

7. Marco legal y Salvaguardas aplicables

1) Marco legal Nacional

En el Perú, se han emitido normas en materia de reasentamiento en función a la causa que origina estos procesos, tales como los son las obras de infraestructura de transporte, saneamiento, hidro energético, entre otros,

ocasionados por causa de violencia o por riesgos ambientales; al respecto, se tienen las siguientes normas nacionales:

Tabla N° 3. Relación de normas nacionales en materia de reasentamiento

N°	NORMA	SECTOR	ALCANCE
1	Resolución Directoral N° 007-2004-MTC-16	Transporte	Directrices para la Elaboración y Aplicación de Planes de Compensación y Reasentamiento Involuntario para Proyectos de Infraestructura de Transporte.
2	Ley N° 28223	Violencia	Desplazamientos Internos.
3	Reglamento de la Ley 28223 D.S. N° 004-2005-MIMDES	Violencia	Reglamento de la Ley de Desplazamientos Internos
4	Resolución Directoral N° 067-2005-MTC/16	Transporte	Marco Conceptual de Compensación y Reasentamiento Involuntario
5	Ordenanza Regional N° 026-2006-GR.LAMB./CR	Irrigación – Caso concreto	Directrices para la Elaboración y Aplicación de Planes de Compensación y Relocalización Involuntario (PCRI) para el Proyecto de Irrigación Hidro energético Olmos.
6	Ley N° 29293	Minero – Caso concreto	Ley que declara de necesidad pública e interés nacional la implementación de medidas para lograr el desarrollo urbano sostenible concertado y la reubicación de la ciudad de Cerro de Pasco.
7	Reglamento de la Ley N° 29293, D.S. N° 018-2010-PCM	Minero – Caso concreto	Reglamento de la Ley que declara de necesidad pública e interés nacional la implementación de medidas para lograr el desarrollo urbano sostenible concertado y la reubicación de la ciudad de Cerro de Pasco
8	Resolución de Gerencia General N° 0170-2011-GG	Saneamiento Agua y Desagüe	Norma técnica para el reasentamiento involuntario y la afectación de terrenos. Incorporo como Anexo N° 7 de la Norma Técnica, Revisión: 02.2010 CTPS.PR-02 “Reglamento de Elaboración de Proyectos de Agua Potable y Alcantarillado para Habilitaciones Urbanas de Lima Metropolitana y el Callao”
9	Ley N° 29869	Riesgos Naturales	Ley de reasentamiento poblacional para zonas de muy alto riesgo no mitigable.
10	Reglamento de la Ley N° 29869, D.S. N° 115-2013-PCM	Riesgos Naturales	Reglamento de la Ley de reasentamiento poblacional para zonas de muy alto riesgo no mitigable.

Las normas señaladas en la Tabla 2, son exclusivamente sobre reasentamiento; sin embargo, en la Ley N° 29836 del 09/02/2012 que declara de necesidad pública la expropiación de inmuebles adyacentes al Aeropuerto Internacional Jorge Chávez, se incluyeron artículos sobre el reasentamiento de una importante cantidad de pobladores.

En materia de salud, no se cuenta con una norma especial sobre reasentamiento; sin embargo, la Constitución Política del Perú, declara como derechos fundamentales de las personas, aquellos que comprenden o que se protegen en el marco de un proceso de reasentamiento, especialmente el derecho de información, el derecho a vivir en un ambiente adecuado, el derecho a la participación y el derecho a la salud, entre otros.

8. Análisis de Brechas entre normativa local y OP 4.10: Reasentamiento Involuntario

Tabla N° 4. OP 4.10 Reasentamiento Involuntario – Brechas Norma nacionales

Política	Alcance	Brecha
<p>OP 4.12 Reasentamiento Involuntario Diciembre 2001</p>	<p>Esta OP comprende salvaguardias destinadas a atender riesgos de empobrecimiento y a mitigarlos ante un posible proceso de reasentamiento involuntario</p> <p>Por esas razones, los objetivos generales de la política del Banco sobre reasentamiento involuntario son los siguientes:</p> <p>a) En la medida de lo posible, los reasentamientos involuntarios deben evitarse o reducirse al mínimo, para lo cual deben estudiarse todas las opciones viables de diseño del proyecto.</p> <p>b) Cuando el reasentamiento resulte inevitable, las actividades de reasentamiento se deben concebir y ejecutar como programas de desarrollo sostenible, que proporcionen recursos de inversión suficientes para que las personas desplazadas por el proyecto puedan participar en los beneficios del mismo. Es preciso celebrar consultas satisfactorias con las personas desplazadas y darles la oportunidad de participar en la planificación y ejecución de los programas de reasentamiento.</p> <p>c) Se debe ayudar a las personas desplazadas en sus esfuerzos por mejorar sus medios de subsistencia y sus niveles de vida, o al menos devolverles, en términos reales, los niveles que tenían antes de ser desplazados o antes del comienzo de la ejecución del proyecto, cuando sea que presentaban los niveles más altos</p> <p>Marco de políticas de reasentamiento:</p> <p>Cuando se trate de operaciones de inversión sectorial que puedan entrañar reasentamiento</p>	<p>En materia de salud, a diferencia de otros sectores como: transporte, agua y saneamiento, entre otros, no se cuenta con una norma sobre reasentamiento; sin embargo, la Constitución Política del Perú, como una función del Estado, establece en el “Artículo 44°.- Son deberes primordiales del Estado: defender la soberanía nacional; garantizar la plena vigencia de los derechos humanos; proteger a la población de las amenazas contra su seguridad; y promover el bienestar general que se fundamenta en la justicia y en el desarrollo integral y equilibrado de la Nación” marco constitucional de la función del Estado de garantizar la plena vigencia de los derechos humanos y promover el bienestar general, es decir, garantizar la continuidad del servicio de salud.</p> <p>En el sector salud, cuando la construcción se realiza sobre el terreno del mismo establecimiento de salud en funcionamiento, y dado que se debe asegurar la continuidad de la prestación del servicio, el PRONIS usualmente elabora un Plan de Contingencia.</p> <p>Dicho plan debe garantizar la continuidad del servicio en iguales</p>

Política	Alcance	Brecha
	involuntario, el Banco exigirá que el organismo de ejecución del proyecto examine los subproyectos que han de ser financiados por el Banco para asegurarse de que sean compatibles con la presente política operacional	o mejores condiciones a las que se viene brindando. Algunos de los lineamientos de la OP 4.12 Reasentamiento Involuntario (consulta), pueden guiar y mejorar la elaboración del mencionado plan.

9. Proceso de valoración de activos

En Perú, los mecanismos de valoración de tierras, viviendas, y otros activos, está previsto en el Reglamento de Tasaciones aprobado por R.M. N° 172-2016-VIVIENDA, modificada por R.M. N° 424-2017-VIVIENDA, el cual es de obligatorio cumplimiento cuando los recursos provienen del Estado. La Dirección Nacional de Construcciones del Ministerio de Vivienda, es la entidad encargada de aprobar las tasaciones en valores comerciales, previa presentación de los expedientes técnico legales de cada inmueble afectado.

Sin embargo, dichas tasaciones no incluyen los costos de acompañamiento al nuevo hábitat y tampoco considera pagar valor de la tierra a los ocupantes, ésta corresponde al legítimo propietario; menos aún considera los impactos generados por el reasentamiento en los medios de vida y subsistencia de la población; sin embargo, comprobada la ocupación, procede el reconocimiento de las mejoras del inmueble, valor que en la mayor parte de los casos, no es suficiente para la reposición de las pérdidas.

Por tanto, es previsible que se planteen los costos de traslados físicos, trámites, entre otros dentro del plan, los mismos que deben corresponder en respuesta a los diagnósticos técnicos, legales y sociales, cuyos resultados deberán ser trasladados a una matriz que debe incluir las características de los inmuebles afectados, propietarios y/o poseedores debidamente identificados, así como el detalle de las medidas de mitigación para la aprobación del Plan por la entidad a cargo del proyecto, así como, asegurar la efectiva ejecución del Plan.

El Plan que se formule, debe ser aprobado por la entidad competente; para el caso del sector Salud, le corresponde a la DIGESA cuando se trata de DIA's y EIA's, pero cuando se trata de un EIA Detallado, el mismo que incluye impactos negativos a poblaciones, el plan de reasentamiento debe ser aprobado por el Servicio Nacional de Certificación Ambiental para las Inversiones Sostenibles – SENACE.

Pronis indica que del análisis de los proyectos que comprenden el Programa, se desprende que no será necesario formular un Plan de Reasentamiento, pero los alcances de este Marco, deben ser considerados para futuros proyectos que requieran necesariamente, la formulación de un Plan de reasentamiento Involuntario.

10. Responsabilidades institucionales

El Plan de reasentamiento, y de ser el caso del plan de contingencia para asegurar la continuidad del servicio, son incluidos en los programas y proyectos que forman parte del instrumento de gestión ambiental (MGAS). La entidad responsable de su implementación, mientras los proyectos estén a su cargo, será el PRONIS hasta que se trasladen las funciones que correspondan a los Gobiernos Regionales.

Para los efectos del caso, la entidad responsable del proyecto, deberá designar a los responsables, presupuesto, actividades, monitoreo, así como, los informes cuya temporalidad debe estar en función a tiempos y actividades del proyecto; es importante considerar desde la formulación del Plan de Reasentamiento, los indicadores que fueren necesarios para la evaluación ex post; luego, y por último la presentación del cronograma con las diferentes etapas y actividades que pudieran corresponder.

La identificación del predio para el proyecto es una de las funciones del PRONIS – MINSA –, uno de los criterios que son considerados es la situación de la tenencia, es decir, que la titularidad del predio sea del Estado, o del Ministerio de Salud o las Direcciones Regionales de Salud.

La Norma Técnica de la Salud N° 113-MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos del Primer Nivel de Atención”, indica en el 6.3 los criterios a considerarse para la elección del terreno:

Tabla N° 5. Criterios Regulados sobre elección del terreno

N°	Criterios
1	Acorde con la zonificación
2	El proyecto debe estar acorde con los instrumentos urbanísticos (Plan de Desarrollo Urbano, entre otros)
3	Debe contar con servicios básicos
4	Fuera de área de riesgos naturales
5	Fuera de áreas donde existan evidencias de restos arqueológicos
6	Distancia menor de 100 m de lugares como estación de combustibles, centros educativos, centros comerciales, otros.
7	Distancia menor de 300 m
8	Suelos estables, seco y otros. Por tanto, no rellenos sanitarios.
9	Lejos de fuentes de contaminación ambiental

10	Fuera de zonas con fallas geológicas
11	Se cuente con el saneamiento físico legal
12	Otros

De acuerdo a las reuniones técnicas con el PRONIS, se indica que el principal criterio que define la elección del predio, es la situación legal de la tenencia del predio (propiedad del Estado), lo que debería ser materia de revisión; puede ser uno de los criterios, pero no el único que defina la selección del sitio donde se instalarán las infraestructuras del proyecto, pues se deben evaluar otros criterios como la accesibilidad, los tiempos, es decir, la distancia de la población al centro de salud, la conectividad con otros establecimientos de salud respecto a los potenciales usuarios del servicio. Considerando que el tiempo es un aspecto clave en temas de salud, porque puede ser la diferencia entre la vida o muerte de la persona.

11. Consulta y Participación de los Afectados

La población afectada en el proceso de reasentamiento debe ser informada sobre el proyecto, los impactos que van a resultar por la disposición de las áreas, entre otros, desde las primeras etapas del proyecto, lo que permitirá recopilar documentación e información adecuada y oportuna de los afectados para la elaboración del Plan de Reasentamiento, de darse el caso.

En los casos de la construcción del proyecto en los actuales centros de salud, se va a requerir la suspensión del servicio en el mismo lugar, para lo cual se elabora un Plan de Contingencia; por tanto, corresponde informar a la población, para que tomen conocimiento sobre el lugar, las condiciones del servicio salud en el nuevo lugar, entre otros aspectos.

12. Descripción de la vinculación del reasentamiento con la obra pública

Es importante resaltar que los predios en los cuales se estarían ejecutando los proyectos para el programa son de propiedad del Estado, algunos se encuentran libres, y otros vienen siendo ocupados por el mismo establecimiento de salud.

Es en este último supuesto, en el que se configuraría el desplazamiento físico temporal del servicio mientras se realiza la obra, y respecto al cual el MINSA – PRONIS, elaborará el documento denominado Plan de Contingencia.

El Plan de Contingencia para la continuidad del servicio de salud, debe incorporar lineamientos/ garantías contenidas en la Política Operativa 4.12 Reasentamiento Involuntario del BM y las normas nacionales en materia de reasentamiento involuntario y sobre la base de los derechos fundamentales contenidos en la Constitución Política del Perú, de tal forma que se aseguren los derechos de quienes prestan el servicio, así como, de los que lo reciben en iguales o mejores condiciones.

Se debe considerar para la elaboración del Plan de Contingencia lo siguiente:

- a) El lugar donde se instalará de forma temporal el centro de salud, debe ser cercano a la ubicación actual donde funciona el actual establecimiento, para que los usuarios continúen asistiendo sin mayores costos.
- b) La población, los vecinos deben conocer con tiempo donde se instalará de forma temporal el centro de salud.
- c) Se debe asegurar la continuidad del servicio, para ello se deben cuidar los tiempos, todo lo cual deberá estar detallado en el Plan de Contingencia.
- d) La población del centro de salud (cuerpo médico, enfermeras, administrativos, otros), también debe estar informada e incorporada sus recomendaciones y atendidas sus preocupaciones con la debida anticipación.
- e) Asegurar, que la población de salud y los trabajadores continúen prestando los servicios de salud en el nuevo lugar.
- f) Asegurar que se brinden los mismos servicios, entre otros.

13. Mecanismo de Quejas y Reclamos

Dado los diferentes actores a intervenir durante la fase de diseño e implementación de los componentes del programa, corresponde programar reuniones a fin de evaluar cómo se van articulando los mecanismos de quejas y reclamos, de cada uno de los actores intervinientes, tales como el centro de salud, el PRONIS, constructora, supervisora, entre otros. Siendo el centro de salud quien debe articularlo.

Las quejas y reclamos por el proceso de reasentamiento son parte del Sistema de Quejas y Reclamos conforme a lo indicado en el Marco de Gestión Ambiental y Social, sólo varía en la canalización y atención de las mismas, por ejemplo, se debe tener un filtro de las quejas o reclamos o consultas de la población objetivo del plan de reasentamiento a fin de que sean canalizadas para la atención por parte de los especialistas responsables. Estos especialistas responsables serían parte del equipo de la empresa que va implementar el instrumento de gestión ambiental.

El sistema de atención de quejas debe permitir identificar cuáles son los aspectos en los cuales el usuario percibe, considera o ve vulnerado sus derechos, es por ello importante que estos procesos sean claros, accesibles, eficientes, eficaces y que les permitan a los ejecutores de los proyectos de salud incorporar mejoras a sus procesos para lo cual deben tener los registros y estadísticas del número y tipo de estas quejas y reclamos.

Se debe contar con un sistema de quejas y reclamos accesible, sencillo y ágil adecuado a las características socioculturales de la población impactada.

14. Seguimiento

El plan de contingencia como proyecto de mitigación del impacto por afectación del suelo del instrumento de gestión ambiental (DIA, EIAAs, y EIAAd) y como instrumento de gestión del Plan de Reasentamiento, una vez aprobado se hace obligatorio, por lo que corresponde su ejecución y la supervisión del mismo, para lo cual se deberá hacer seguimiento del cronograma y plan de trabajo a fin de evaluar el avance, los resultados y realizar las acciones de corrección de ser el caso. Esta función podría ser encargada a un supervisor independiente para lo cual se deben establecer desde los estudios los indicadores de medición.