

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

**“REFORMA DE LA ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTARIA
EN EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL”**

TESIS
PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

POR
LUCRECIA EDITH MARTÍNEZ LÓPEZ

PREVIO A CONFERÍRSELE EL TÍTULO DE
ADMINISTRADORA DE EMPRESAS
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA

GUATEMALA, MAYO DE 2007

**MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

DECANO: Lic. José Rolando Secaida Morales
SECRETARIO: Lic. Carlos Roberto Cabrera Morales
VOCAL PRIMERO: Lic. Cantón Lee Villela
VOCAL SEGUNDO: Lic. Mario Leonel Perdomo Salguero
VOCAL TERCERO: Lic. Juan Antonio Gómez Monterroso
VOCAL CUARTO: P.C. Efrén Arturo Rosales Alvarez
VOCAL QUINTO: P.C. Deiby Boanerges Ramírez Valenzuela

**PROFESIONALES QUE PRACTICARON EL
EXÁMEN DE ÁREAS PRÁCTICAS BÁSICAS**

ÁREA MATEMÁTICA-ESTADÍSTICA: Lic. Victor Manuel Castro Sosa
ÁREA ADMINISTRACIÓN-FINANZAS: Licda. Fulvia Liseth Ruiz Palacios
ÁREA MERCADOTECNIA-OPERACIONES: Lic. César Augusto Marroquín Dueñas

**PROFESIONALES QUE PRACTICARON EL
EXÁMEN PRIVADO DE TESIS**

PRESIDENTE: Lic. Edgar Antonio Polanco Juárez
SECRETARIA: Licda. Mónica Soledad Casia Cárcamo
EXAMINADOR: Lic. Mynor René Morales Flores

Guatemala,
Mayo de 2006

Licenciado

Eduardo Antonio Velásquez Carrera

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

Su Despacho

Señor Decano:

De conformidad con el nombramiento emanado de su decanatura, con fecha 7 de junio de 2004, donde se me designa asesora de la estudiante Secretaria Bilingüe **Lucrecia Edith Martínez López**, para la elaboración del trabajo de tesis titulado "**REFORMA DE LA ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTARIA EN EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**", me permito informarle que he procedido a revisar el contenido de dicho estudio; el cual cumple con las normas y requisitos académicos necesarios y constituye una fuente de información útil, especialmente en lo referente al tema.

En virtud de lo anterior y considerando que este trabajo de tesis fue desarrollado de acuerdo a los lineamientos exigidos por la Facultad, lo recomiendo para que sea discutido en Examen Privado de Tesis, previo a optar el título de **Administrador de Empresas** en el grado académico de **Licenciado**.

Atentamente,



Licda. Fulvia Liseth Ruiz Palacios

Administradora de Empresas

Colegiado No. 4323



FACULTAD DE
CIENCIAS ECONOMICAS

Edificio "S-8"
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

**DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS. GUATEMALA,
DIECIOCHO DE MAYO DE DOS MIL SIETE.**

Con base en el Punto QUINTO, inciso 5.5 del Acta 9-2007 de la sesión celebrada por la Junta Directiva de la Facultad el 10 de mayo de 2007, se conoció el Acta ADMINISTRACION 24-2007 de aprobación del Examen Privado de Tesis, de fecha 16 de marzo de 2007 y el trabajo de Tesis denominado: "REFORMA DE LA ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTARIA EN EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL", que para su graduación profesional presentó la estudiante LUCRECIA EDITH MARTÍNEZ LÓPEZ, autorizándose su impresión.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


LIC. CARLOS ROBERTO CABRERA MORALES
SECRETARIO

LIC. JOSE ROLANDO SECAIDA MORALES
DECANO

Smp.



ACTO QUE DEDICO

- A DIOS: Administrador perfecto de todo lo que existe. Gracias Padre, por darme la bendición de la vida, otorgarme una familia tan especial, ser el apoyo espiritual en todo momento e iluminarme con tu sabiduría.
- A MI ESPOSO: **Esdras**, con quien he compartido mi carrera, mis logros y mis sueños. Gracias por creer en mi y por concederme el privilegio de convivir los mejores momentos de mi vida. Gracias por tu amor y apoyo incondicional.
- A MIS PADRES: **Carlos y Arminda**, quienes supieron modelar la persona que soy, inculcarme siempre el espíritu de perseverancia, formarme con su ejemplo de honestidad, trabajo, sacrificio y temor a Dios. Gracias por estar siempre a mi lado en los momentos más importantes de mi vida, por su amor y sabios consejos.
- A MIS HERMANOS: **Ilcia, Onelia, Karla y Carlos Virgilio**, que el triunfo que hoy alcanzo sea un ejemplo en su desarrollo personal y profesional y aunque no todos estamos cerca, gracias por mantener la unión familiar y que al paso de los años sepamos convivir tan igual, como en el ayer, los quiero mucho.
- A MI FAMILIA: Por todos los momentos compartidos, gracias.
- A MIS AMIGOS: Por su amistad, cariño y vivencias agradables, éxitos para todos.
- A MIS CATEDRÁTICOS: Por su dedicación en mi formación profesional y la de mis compañeros, en especial a quienes ofrecen mucho más de lo que su deber les exige, por sus consejos, ayuda para la elaboración de este trabajo y su amistad sincera, gracias.
- A: La **Universidad de San Carlos de Guatemala**, por abrirme las puertas y encontrar en esa casa de estudios la preparación para ser una mujer profesional al servicio de Guatemala.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO	
1.1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	01
1.1.1 Guatemala, sector salud	01
1.1.2 Plan nacional de salud	02
1.1.3 Funciones y responsabilidades	04
1.1.4 Organización	04
1.1.5 Aspectos legales	06
1.1.6 La salud, un compromiso de Estado y gobierno por la paz firme y duradera	09
1.2 Modernización de la gestión pública en Guatemala	12
1.2.1 Antecedentes	12
1.2.2 Sistema Integrado de Administración Financiera SIAF	14
1.2.3 La administración gubernamental y el SIAF	15
1.2.4 Módulo presupuestario	16
1.2.5 El proceso presupuestario	16
1.2.5.1 Formulación presupuestaria	17
1.2.5.2 Ejecución presupuestaria	18
1.2.5.3 Programación de cuotas de compromiso, devengado y pago	20
1.2.5.4 Modificaciones presupuestarias	21
1.2.5.5 Seguimiento y evaluación	22
1.2.5.6 Liquidación o cierre de la gestión presupuestaria	25
1.3 Presupuesto	26
1.3.1 Presupuesto del sector público	26
1.3.2 Presupuesto por programas y actividades	27
1.3.2.1 Categorías programáticas	28
1.3.2.2 Descripción de las categorías programáticas	28

	Página
1.3.2.3 Validación o modificación de la red de categorías programáticas	33
1.3.3 Estructura programática presupuestaria	34
1.4 Programas prioritarios de salud país	35
1.4.1 Nacional de inmunizaciones	35
1.4.2 Atención a niños, niñas y adolescentes	35
1.4.3 Adulto mayor y personas con discapacidad	36
1.4.4 Infecciones respiratorias agudas (Ira´s)	36
1.4.5 Enfermedades transmitidas por agua y alimentos	36
1.4.6 Enfermedades transmitidas por vectores	37
1.4.7 Rabia y otras zoonosis	38
1.4.8 Tuberculosis	39
1.4.9 Nacional de prevención y control de ITS/VIH/SIDA	39
1.4.10 Salud mental	40
1.4.11 Seguridad alimentaria y nutricional	40
1.4.12 Enfermedad bucodental	40
1.4.13 Enfermedades crónicas y degenerativas	41
1.4.14 Salud laboral	41
1.4.15 Población migrante	42
1.4.16 Medicina transfusional y bancos de sangre	42
1.4.17 Medicina popular, tradicional y alternativa	42
1.4.18 Salud reproductiva	43

CAPÍTULO II

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTARIA EN EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

2.1 Estructura programática presupuestaria	44
2.2 Situación actual de la estructura programática presupuestaria	45

	Página
2.2.1 Actividades centrales (Programa 01)	49
2.2.2 Desarrollo del recurso humano (Programa 11)	49
2.2.3 Mejoramiento de las condiciones de salud y ambiente (Programa 12)	50
2.2.4 Servicios de salud a las personas (Programa 13)	51
2.2.5 Proyectos de infraestructura de salud (Programa 14)	52
2.2.6 Partidas no asignables a programas (Programa 99)	53
2.3 Programas prioritarios de salud país y la estructura programática presupuestaria	55
2.3.1 Nacional de inmunizaciones	57
2.3.2 Atención a niños, niñas y adolescentes	62
2.3.3 Adulto mayor y personas con discapacidad	65
2.3.4 Infecciones respiratorias agudas (Ira's)	68
2.3.5 Enfermedades transmitidas por agua y alimentos	74
2.3.6 Enfermedades transmitidas por vectores	78
2.3.7 Rabia y otras zoonosis	82
2.3.8 Tuberculosis	87
2.3.9 Nacional de prevención y control de ITS/VIH/SIDA	90
2.3.10 Salud mental	97
2.3.11 Seguridad alimentaria y nutricional	99
2.3.12 Enfermedad bucodental	102
2.3.13 Enfermedades crónicas y degenerativas	105
2.3.14 Salud laboral	108
2.3.15 Población migrante	111
2.3.16 Medicina transfusional y bancos de sangre	113
2.3.17 Medicina popular, tradicional y alternativa	116
2.3.18 Salud reproductiva	118
2.4 Análisis de la situación actual de los programas prioritarios de salud país	124

**CAPÍTULO III
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL
EN EL ÁMBITO DE SALUD**

3.1	Objetivo	136
3.2	Programas prioritarios de salud país y la estructura programática presupuestaria	136
3.3	Registro de las actividades específicas en la estructura programática presupuestaria	137
3.3.1	Actividades Centrales (Programa 01)	138
3.3.2	Desarrollo del Recurso Humano (Programa 11)	141
3.3.3	Servicios de Salud Ambiental (Programa 12)	143
3.3.4	Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud (Programa 13)	145
3.3.5	Servicios de Salud a las Personas (Programa 14)	150
3.3.6	Partidas No Asignables a Programas (Programa 99)	159
3.4	Propuesta de Estructura Programática Presupuestaria para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	160
	CONCLUSIONES	170
	RECOMENDACIONES	172
	BIBLIOGRAFÍA	174
	ANEXO	

ÍNDICE DE CUADROS

	Página
1. Programación y Ejecución de Acciones del Programa Prioritario “Nacional de Inmunizaciones”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	58
2. Resumen de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Años 2001-2004	61
3. Programación y Ejecución de Acciones del Programa Prioritario “Atención a Niños, Niñas y Adolescentes”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	63
4. Programación y Ejecución de Acciones del Programa Prioritario “Adulto Mayor y Personas con Discapacidad”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	66
5. Morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas por Áreas de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004.	69
6. Programación y Ejecución de Acciones del Programa Prioritario “Infecciones Respiratorias Agudas (Ira’s)”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	71
7. Programación y Ejecución de Acciones del Programa Prioritario “Enfermedades Transmitidas por Agua y Alimentos”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	75

	Página
8. Programación y Ejecución de Acciones del Programa Prioritario “Enfermedades Transmitidas por Vectores”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	79
9. Programación y Ejecución de Acciones del Programa Prioritario “Rabia y otras Zoonosis”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	84
10. Situación de la Rabia en Guatemala. Muestras enviadas, focos rábicos y coberturas de vacunación. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004.	85
11. Programación y Ejecución de Acciones del Programa Prioritario “Tuberculosis”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	89
12. Programación y Ejecución de Acciones del Programa Prioritario “Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	94
13. Programación y Ejecución de Acciones del Programa Prioritario “Salud Mental”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	98
14. Programación y Ejecución de Acciones del Programa Prioritario “Enfermedad Bucodental”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	103

	Página
15. Programación y Ejecución de Acciones del Programa Prioritario “Enfermedades Crónicas y Degenerativas”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	106
16. Programación y Ejecución de Acciones del Programa Prioritario “Salud Laboral”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	109
17. Pacientes atendidos en los servicios de salud por accidentes laborales. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	111
18. Programación y Ejecución de Acciones del Programa Prioritario “Población Migrante”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	112
19. Recursos Financieros Solicitados y Aprobados al Programa Prioritario “Medicina Transfusional y Bancos de Sangre”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	114
20. Áreas de salud seleccionadas para realizar acciones en materia de Medicina popular, tradicional y alternativa. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	117
21. Programación y Ejecución de Acciones del Programa Prioritario “Salud Reproductiva”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	119

Página

22. Presupuesto Programado y Aprobado por Programa Prioritario.
Ministerio de Pública y Asistencia Social. Año 2004 123
23. Presupuesto Recomendado por Actividad Específica, Meta de
Personas y Acciones a Atender. Ministerio de Pública y Asistencia
Social. Año 2005 161

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Página
1. Sistema Integral de Atención en Salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	11
2. Proporción de entrevistados que conocen o desconocen la Estructura Programática Presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	54
3. Porcentaje de los programas prioritarios registrados en la actual Estructura Programática Presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	56
4. Número de Defunciones por Neumonías. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Años 2002, 2003 y 2004	73
5. Enfermedad Diarreica: Casos por grupo de edad. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	76
6. Situación del Cólera: Casos y defunciones. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Años 1996-2004.	77
7. Casos de Tuberculosis. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Años 2000-2004	88
8. Proporción de SIDA, según vía de transmisión. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Años 1984-2004	91
9. Casos de SIDA por grupos de edades acumuladas. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Años 1984-2004	96

	Página
10. Principales actividades realizadas en los servicios de odontología. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	105
11. Principales enfermedades crónicas atendidas en los servicios de salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	108
12. Departamentos a nivel nacional con mayor incidencia en donación de sangre. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Año 2004	115
13. Grado de conocimiento de los programas prioritarios de salud por parte de los entrevistados. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	125
14. Entrevistados que consideran que los recursos financieros asignados tienen o no correspondencia con los programas prioritarios de salud país. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	126
15. Deficiencias en la actual estructura programática presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004.	129
16. Proporción de los entrevistados que consideran necesario actualizar de forma inmediata la actual estructura programática presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	132

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
1. Red de Establecimientos de Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	06
2. Estructura Presupuestaria. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	34
3. Estructura Programática Presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el Año 2004. (Cifras en Quetzales)	46
4. Problemas más comunes de salud en niños, niñas y adolescentes. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Año 2004	62
5. Información relacionada con el adulto mayor. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	68
6. Acciones realizadas para prevenir las enfermedades del dengue. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	81
7. Pacientes atendidos en Seguridad Alimentaria Nutricional. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	100
8. Principales causas de mortalidad infantil. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	121

	Página
9. Principales causas de mortalidad materna. Ministerio de Salud de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	122
10. Deficiencias en la actual Estructura Programática Presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2004	130
11. Existe interés por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en actualizar la estructura programática presupuestaria vigente. Año 2004	134
12. Propuesta de Estructura Programática Presupuestaria al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (Cifras en Quetzales). Año 2005.	163

ÍNDICE DE FIGURAS

Página

1. Propuesta de Estructura Programática Presupuestaria para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Año 2005. 167

INTRODUCCIÓN

El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna y obliga al Estado a velar por la misma, desarrollando a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación a fin de procurarles a los habitantes el mas completo bienestar físico, mental y social, reconociendo asimismo, que la salud de los habitantes de la nación es un bien público.

De acuerdo a lo señalado anteriormente, es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien tiene a su cargo la rectoría del sector salud en Guatemala, siendo una entidad estatal que debe velar por que la población pueda satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a servicios de buena calidad en forma oportuna. Para lograr lo anterior, el Estado asigna los recursos financieros necesarios para el financiamiento público de la prestación de servicios de salud, para atender a la población en general y en forma prioritaria y obligatoria, a la de mayor postergación en su desarrollo social y económico.

En ese contexto, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, utiliza la metodología del Presupuesto por Programas y Actividades, el cual busca determinar las funciones básicas de la institución, enmarcándola dentro de las actividades productivas del sector público establecidas a nivel nacional, por lo indicado, se ha establecido que es necesidad primordial del Presupuesto por Programas y Actividades, la elaboración de una Estructura Programática Presupuestaria, que permita clasificar las actividades específicas de cada prioridad por programa, subprograma y actividad presupuestaria.

Tomando en cuenta la importancia que tiene el sector salud en el país, se identificó la necesidad de reformular la Estructura Programática Presupuestaria actual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dicha reformulación se desarrolla en la presente tesis con el propósito de elaborar una propuesta coherente con los programas prioritarios de salud establecidos a nivel nacional, de tal forma que el ente rector pueda cumplir con la prestación de servicios de salud gratuitos a aquellas personas y sus familias cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la

totalidad de los servicios de salud, así como para solucionar los problemas relacionados con la falta de asignación de recursos financieros para desarrollar las acciones de cada programa prioritario en el territorio nacional.

El contenido de la presente tesis se expone en tres capítulos, de la siguiente forma: El Capítulo I, incluye un marco teórico conceptual que presenta definiciones y explicaciones de conceptos y temas relacionados con el sector salud, el Sistema Integrado de Administración Financiera, el proceso presupuestario, el presupuesto, el presupuesto del sector público, el presupuesto por programas y actividades, la estructura programática presupuestaria y los programas prioritarios de salud país.

El Capítulo II, presenta los resultados de la situación actual de la Estructura Programática Presupuestaria, en donde se observan los programas generales que tiene registrados la organización estudiada, así como un análisis de los programas prioritarios de salud país y la relación que tienen éstos con la Estructura Programática Presupuestaria, las acciones que realiza cada uno de estos programas prioritarios a nivel nacional, así como la opinión de los coordinadores de éstos programas sobre la situación de salud pública en Guatemala.

El Capítulo III, contiene la propuesta de Estructura Programática Presupuestaria que responde a las necesidades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, este capítulo constituye el resultado práctico del estudio realizado, el cual presenta el objetivo y la incorporación de los programas prioritarios de salud país a los programas generales de la Estructura Programática Presupuestaria, plasmando en cada uno de éstos la representación gráfica, que incluye el programa, subprograma, proyecto y las actividades centrales y específicas, al final del capítulo, se encuentra la Representación Gráfica integrada para ser presentada a las autoridades de la Dirección Técnica del Presupuesto del Ministerio de Finanzas Públicas para su implementación.

Luego se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio realizado, así como la bibliografía consultada y el anexo correspondiente a la investigación y propuesta.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Es el que “tiene a su cargo la rectoría del sector salud, entendida esta rectoría como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional. Asimismo, tiene la función de formular, organizar, dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población” (2:3).

1.1.1 Guatemala, sector salud

De acuerdo al Código de Salud, el órgano rector de la salud en el país es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Actualmente se estima que el 75% de la población está cubierta por el Sistema Nacional de Salud MSPAS, el 8.48% por el Sistema de Seguridad Social -IGSS- y 4% por el sector privado. El 12.52% no tiene ningún tipo de cobertura formal de salud y la mayoría de los recursos siguen concentrados en las grandes aglomeraciones urbanas dejando sin otorgar cobertura básica a una mayoría de la población que se encuentra en extrema pobreza.

Por otra parte, es importante mencionar que el total del presupuesto asignado a salud en relación con el producto interno bruto es de 2.29% del cual el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social participa únicamente en el 0.98% y el resto está destinado principalmente al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. A lo anterior hay que agregar que la carga tributaria en Guatemala es una de las más bajas del mundo y está orientada hacia el consumo y no hacia los bienes permanentes (renta y propiedad), de tal forma que al considerarla proporcionalmente tributan más las personas de escasos recursos en comparación con las que tienen mayores ingresos.

En Guatemala los problemas básicos de morbilidad y mortalidad están relacionados con la atención del embarazo y el parto, los embarazos precoces, frecuentes y múltiples, el cuidado del recién nacido, la prevención y control de la desnutrición y la carencia de

micronutrientes, la diarrea, las infecciones respiratorias y las enfermedades inmunoprevenibles en los niños, algunas enfermedades transmitidas por vectores y la tuberculosis.

El perfil epidemiológico del país por lo tanto continúa caracterizado por alta mortalidad infantil y elevada permanencia de enfermedades infecciosas. De cada 1,000 niñas/os nacidos en Guatemala mueren 39. Esta mortalidad es menor cuando los hijos/as tienen un espacio entre cada nacimiento no menor de tres años y cuando son hijos de madres mayores de 20 pero menores de 40. También la mortalidad infantil es mayor en las poblaciones rurales (48 por mil) e indígenas (49 por mil). Cabe decir que está entre las más altas de América Latina. La mortalidad del país sigue centrada en patologías derivadas de las precarias condiciones de vida de la población. Dos de cada cinco niños en edad preescolar están desnutridos, siendo esta situación más severa en la región occidental del país. Seis de cada diez mujeres lactantes sufren anemia nutricional.

1.1.2 Plan nacional de salud

En éste se encuentran plasmadas las estrategias y políticas necesarias para la ejecución de los programas, el funcionamiento de la red de servicios y satisfacer las necesidades de salud de los guatemaltecos. Para dar cumplimiento a dichas políticas se considera pertinente fortalecer y desarrollar programas específicos que contribuyan a disminuir la mortalidad y morbilidad que repercute con mayor magnitud en el grupo materno infantil, por lo cual es necesario e imprescindible desarrollar la política de salud reproductiva con sus diversos componentes de esa manera se dará cumplimiento a lo establecido en los acuerdos de paz en lo que respecta al campo de la salud pública. Asimismo es importante considerar la misión y visión institucional, definidas así:

Misión: La tarea principal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el marco del plan nacional de salud es cumplir con el proceso de atención para mejorar los niveles de salud y bienestar de la población guatemalteca, con especial énfasis en los grupos de mayor postergación, riesgo biológico y social. Dentro de ese orden de ideas

y en cumplimiento de su mandato constitucional favorecerá la movilización y orientación social de los recursos para la prestación de los servicios de salud.

Visión: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social orienta sus intervenciones hacia la conformación de un efectivo sistema integrado de servicios que brinde atención adecuada a las necesidades reales de salud de la población guatemalteca. De esa manera la población puede gozar de un mejor nivel de salud y bienestar, así también está en condiciones de contribuir a la consolidación del proceso de paz, la democratización, al proceso productivo y el desarrollo integral de la república de Guatemala.

Entre los objetivos establecidos en el plan nacional de salud se encuentran:

- Consolidar la función rectora del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en la conducción de actividades de salud de las instituciones que conforman el sector.
- Fortalecer la modernización de las dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para lograr que sean altamente competitivas ante los procesos de globalización actual.
- Mejorar las condiciones de salud de la población guatemalteca especialmente del grupo materno infantil, los pueblos indígenas y la población migrante.
- Ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud a toda la población guatemalteca priorizando las áreas con mayor ruralidad y postergación.
- Aumentar el gasto público en salud con relación al producto interno bruto en un 50% respecto del gasto de 1995; darle sostenibilidad y aumentarlo para el año 2004.
- Mantener la certificación de la erradicación de la poliomielitis y lograr la eliminación del sarampión.
- Descentralizar la conducción de los distintos niveles de atención impulsando el mejoramiento y modernización de los servicios de salud asegurando la existencia de programas comunales debidamente coordinados e integrados de manera regional y nacional.

1.1.3 Funciones y responsabilidades

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene las funciones y responsabilidad siguientes:

- Ejercer la rectoría del desarrollo de las acciones de salud a nivel nacional.
- Formular políticas nacionales de salud.
- Coordinar las acciones en salud que ejecuta cada una de sus dependencias y otras instituciones sectoriales.
- Normar, monitorear, supervisar y evaluar los programas y servicios que sus unidades ejecutoras desarrollan como entes descentralizadas.
- Velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud.
- Dictar todas las medidas que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones del servicio competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.
- Desarrollar acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud y las complementarias pertinentes a fin de procurar a la población la satisfacción de sus necesidades en salud.
- Propiciar y fortalecer la participación de las comunidades en la administración parcial o total de las acciones de salud.
- Coordinar la cooperación técnica y financiera que organismos internacionales brinden al país sobre la base de las políticas y planes nacionales de carácter sectorial.
- Coordinar las acciones en el ámbito de las organizaciones no gubernamentales relacionadas con salud a fin de promover la complementariedad de las acciones y evitar la duplicidad de esfuerzos.
- Elaborar los reglamentos requeridos para la correcta aplicación de la ley, revisarlos y readecuarlos permanentemente.

1.1.4 Organización

La organización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social está basada en la Ley del organismo ejecutivo y está enmarcado dentro de las estrategias de

descentralización, desconcentración y participación social. Comprende el nivel central y el nivel ejecutor, integrándose para el efecto con las dependencias siguientes:

Nivel central

Está compuesto por el despacho ministerial conformado por el ministro y viceministros.

Apoyan la gestión de dicho despacho las siguientes unidades:

- Consejo técnico
- Dirección general de regulación, vigilancia y control de la salud
- Dirección general del sistema integral de atención en salud
- Dirección general de recursos humanos en salud
- Gerencia general administrativa financiera

El Consejo técnico está constituido por: Ministro de Salud, Viceministros de Salud, Gerente General Administrativo Financiero, Directores Generales de las diferentes direcciones, Secretaría Ejecutiva del Despacho Ministerial, Unidad de Planificación Estratégica, Sistema de Información Gerencial, Auditoría Interna, Asesoría Jurídica, Asesorías específicas y Unidades especiales de ejecución. La Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, está conformada por las siguientes dependencias: Regulación de los programas de atención a las personas, salud y ambiente, acreditación y control de establecimientos de salud, control de alimentos, control de productos farmacéuticos y laboratorio nacional de salud.

La Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud integrado por: Departamento de desarrollo de los servicios de salud, epidemiología, promoción y educación en salud.

La Dirección general de recursos humanos en salud por los departamentos de formación, capacitación y administración de recursos humanos en salud.

La gerencia general administrativa financiera está conformada por los departamentos financiero, administrativo, adquisiciones y mantenimiento.

Nivel ejecutor

Está integrado por las diferentes instituciones que conforman el sector salud a nivel nacional, los cuales se detallan en el siguiente cuadro:

Tabla No. 1
Red de Establecimientos de Servicios de Salud
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Entidades	Cantidad
Puestos de salud	926
Centros de salud tipo "B"	249
Centros de salud tipo "A"	32
Maternidades cantonales	16
Centros de urgencia	5
Clínicas periféricas	5
Hospitales generales de área	16
Hospitales distritales	12
Hospitales regionales	6
Hospitales de referencia nacional	2
Hospitales especializados	7
Unidades técnico normativas	10

Fuente: La Salud, una revolución silenciosa en las comunidades

1.1.5 Aspectos legales

El sector salud en Guatemala se rige básicamente por las disposiciones gubernamentales, encontrándose a cargo de esta rama el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien es el encargado de observar y establecer los diversos programas que ayuden a proporcionar servicios de salud pública con eficiencia y eficacia así también es el ente responsable de mejorar la salud de toda la población a nivel nacional.

La actuación o el quehacer del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el contexto del plan nacional de salud se enmarca dentro de la Constitución Política de la República, Código de Salud, Acuerdos de Paz, Ley del Organismo Ejecutivo y el Reglamento orgánico interno vigente. A continuación se enuncian los puntos más relevantes de cada uno de ellos.

- **La Constitución Política de la República:** Establece en su artículo 94, “Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social” (3:23).
- **Código de salud:** El artículo 4to. del Decreto 90-97 del Congreso de la República, en su último párrafo establece que el “Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados” (2:2).
- **Acuerdos de paz:** Contemplan los cuatro rubros relacionados con la salud pública, los cuales se detallan a continuación:
 - “**Gasto público en salud:** Aumentar para el año 2000 el gasto público ejecutado en salud con relación al producto interno bruto en un 50%, respecto del gasto ejecutado en el año 1995 y presupuestar por lo menos el 50% del gasto público en salud a la atención preventiva” (32:123).
 - “**Descentralización y desconcentración de servicios de salud:** Poner en marcha la organización descentralizada de los distintos niveles de atención para asegurar la existencia de programas y servicios de salud a nivel comunal, regional y nacional, base del sistema nacional coordinado de salud” (32:124).

“Mortalidad infantil y materna: Reducir la mortalidad infantil y materna antes del año 2000 a un 50% del índice observado en el año 1995” (32:125).

“Erradicación de la poliomielitis y el sarampión: Mantener la certificación de la erradicación de la poliomielitis y alcanzar la erradicación del sarampión para el año dos mil” (32:125).

- **Ley del organismo ejecutivo:** Establece que “al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social le corresponde formular las políticas y hacer cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva y curativa, las acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de los habitantes del país y a la preservación higiénica del medio ambiente; la orientación y coordinación de la cooperación técnica y financiera en salud, velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud en casos de emergencias por epidemias y desastres naturales; y a dirigir en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de los recursos humanos del sector salud” (4:59).

- **Reglamento orgánico interno:** La organización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social fue reestructurada mediante el acuerdo gubernativo número 115-99, misma que hasta la fecha no ha cobrado plena vigencia al no haber sido respaldada en su momento por la Oficina Nacional de Servicio Civil y la Dirección Técnica del Presupuesto del Ministerio de Finanzas Públicas. No obstante, dicha organización sirve como estructura funcional para la ejecución del plan nacional de salud.

- **Ley orgánica del presupuesto:** “tiene por finalidad normar los sistemas presupuestario, de contabilidad integrada gubernamental, de tesorería y de crédito público, a efecto de realizar la programación, organización, coordinación, ejecución y control de la captación y uso de los recursos públicos bajo los principios de legalidad, economía, eficiencia, eficacia y equidad, para el cumplimiento de los programas y los proyectos de conformidad con las políticas establecidas” (10:2).

- **Ley del tribunal y contraloría general de cuentas:** indica la obligatoriedad de permitir la fiscalización estatal en el uso de los fondos públicos en el momento que se considere pertinente.

1.1.6 La salud, un compromiso de Estado y gobierno por la paz firme y duradera

Los acuerdos de paz firmados por el Gobierno de la República de Guatemala y la comandancia de la Unión Revolucionaria Nacional Guatemalteca en 1996, refuerzan lo establecido en la carta magna al definir la salud como un derecho fundamental de la población, sin discriminación alguna y otorgan al Estado la responsabilidad de velar porque todas y todos los guatemaltecos puedan ejercitar efectivamente este derecho.

Dentro de ellos el acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria, determina la importancia de integrar el concepto de la salud en prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, buscando reducir la mortalidad infantil y materna, erradicando la poliomielitis y alcanzando la eliminación del sarampión. Además se refiere a la necesidad de asegurar el abastecimiento, abaratamiento y calidad de los medicamentos con el objetivo de hacerlos más accesibles a la población.

Por otra parte el acuerdo también hace énfasis en la necesidad de conformar un sistema nacional coordinado de salud que inserte a instituciones públicas (incluyendo al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS), privadas y no gubernamentales, con el objeto de brindar atención básica en salud a toda la población y sobre todo a la de escasos recursos que durante años ha permanecido postergada.

Así, este sistema considera la participación de las municipalidades, comunidades y organizaciones sociales en la planificación, ejecución y fiscalización de la administración de los servicios y programas de salud por medio de los grupos locales de salud y los consejos de desarrollo urbano y rural. Además, establece la necesidad de descentralizar las operaciones de los distintos niveles de atención con el fin de asegurar la existencia de programas y servicios de salud comunales, regionales y nacionales.

Es así como en cumplimiento de los planteamientos antes expuestos, se realizó el proceso de modernización con el propósito de fortalecer el modelo de atención en salud del país para mejorar la calidad de vida de la población, utilizando criterios de eficiencia, eficacia y equidad. Para lograr esto se definieron las catorce políticas básicas:

- Salud integral de los grupos familiares.
- Salud de los pueblos mayas, garífuna y xinca con énfasis en la mujer.
- Salud de la población migrante.
- Desarrollo y fortalecimiento de la salud integral a otros grupos.
- Ampliación a la cobertura de los servicios básicos de salud con calidad y sostenibilidad.
- Desarrollo del saneamiento básico y del ambiente.
- Acceso a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y a la medicina tradicional y alternativa.
- Desarrollo estratégico del recurso humano.
- Desarrollo, desconcentración y descentralización institucional.
- Coordinación intra e intersectorial.
- Mejoramiento y optimización de la cooperación externa.
- Desarrollo del financiamiento del sector salud.
- Salud reproductiva.
- Seguridad alimentaria y nutricional.

La base legal para el desarrollo de estas políticas y de todo el proceso ha sido en gran parte el código de salud ya que ha permitido aplicar las siguientes estrategias fundamentales:

- El fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para que pueda coordinar eficientemente sus funciones con otras instituciones del sector, como el IGSS, ministerios, universidades privadas y estatales, organizaciones no gubernamentales y el sector privado para ejercer su función rectora.

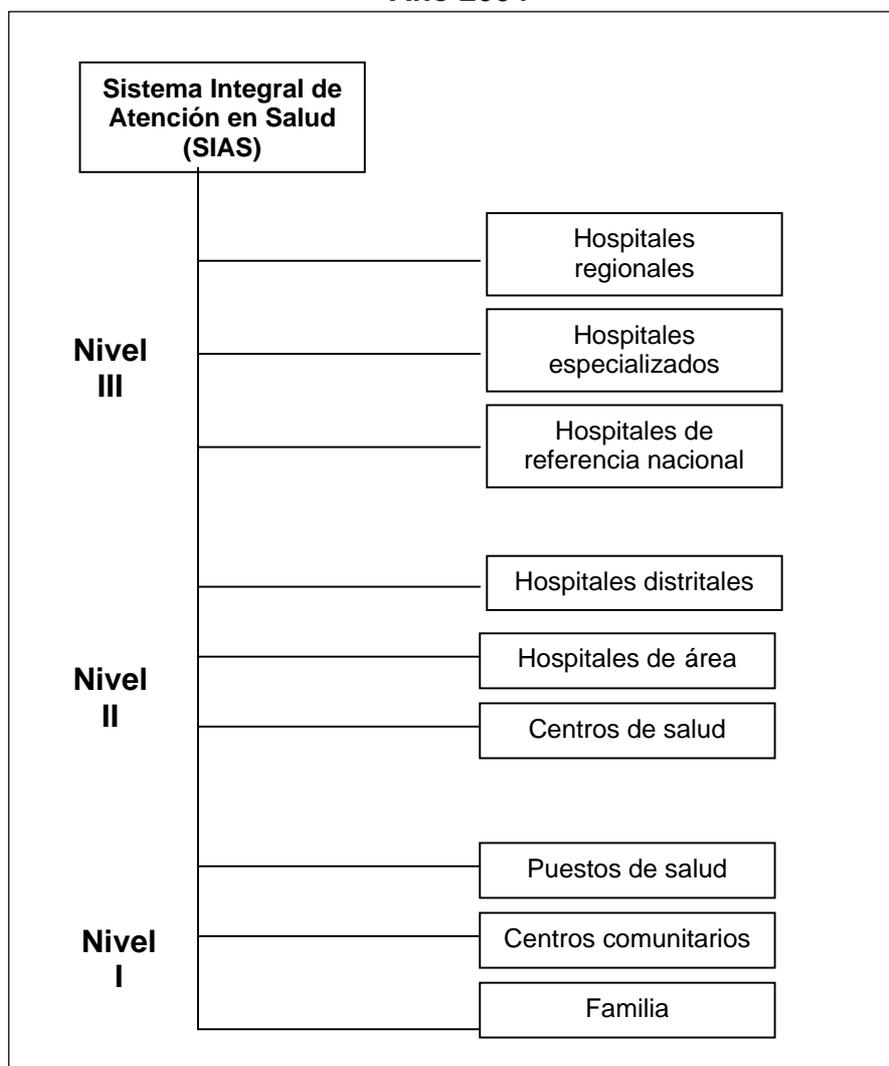
- La definición y desarrollo del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), que progresivamente se ha dotado de medicamentos, insumos básicos, equipo y personal, para trabajar a nivel nacional en los tres niveles de atención, los cuales están integrados así:

Primer nivel: puestos de salud, centros comunitarios y familia;

Segundo nivel: hospitales distritales, de área y centros de salud;

Tercer nivel: por los hospitales regionales, especializados y de referencia nacional.

Gráfica No. 1
Sistema Integral de Atención en Salud
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004



Fuente: La Salud, una revolución silenciosa en las comunidades

Al ampliar el primer nivel de atención, 3.6 millones de habitantes tienen ahora acceso a servicios básicos de salud como vacunaciones, control prenatal y postnatal, promoción del crecimiento del niño, atención de enfermedades diarreicas y respiratorias lo que contribuye a reducir las altas tasas de mortalidad infantil y materna.

Para el caso del segundo y tercer nivel de atención se han invertido Q.355.0 millones para equipar los hospitales. Así también, se han abierto otros cinco hospitales distritales en los departamentos de Quiché y Alta Verapaz, con lo cual se ha reducido el tiempo de traslado de personas enfermas desde lugares muy lejanos hacia cabeceras departamentales. Pese a estos resultados, aún falta mucho por hacer ya que todavía quedan muchos habitantes que no tienen acceso a los servicios básicos de salud.

1.2 Modernización de la gestión pública en Guatemala

En 1996 el Gobierno de Guatemala inició un proceso de reforma del Estado, uno de cuyos pilares fue la modernización de la administración de las finanzas públicas a través del desarrollo, organización e implementación de un sistema computarizado, para lo cual se contó con la asistencia del Banco Mundial. Este proceso se inició con el desarrollo del Sistema Integrado de Administración Financiera SIAF a través de los módulos de presupuesto, contabilidad y tesorería.

1.2.1 Antecedentes

Inicia el proceso de reforma de la administración pública con el propósito de modernizarla, hacerla más eficiente y orientar esfuerzos para mejorar la calidad de vida de los guatemaltecos que viven en condiciones de pobreza. La calidad de vida se mejora en la medida que los servicios públicos esenciales como la salud, educación, saneamiento ambiental y agua potable, se proporcionen en las condiciones de cantidad, calidad y costo que requieren los distintos niveles de la población. Para cumplir con las condiciones señaladas debe realizarse un importante esfuerzo en la reestructuración de la administración pública, poniéndola al servicio de la comunidad, a través de procesos de centralización normativa y desconcentración operativa para que la comunidad pueda ejercer un control social sobre la actuación de los funcionarios públicos, así como de

una racionalización de los procesos de captación y uso de los recursos públicos a través de la modernización de los sistemas administrativos y de control de la administración pública.

Se hizo indispensable para ello desarrollar una reforma integrada de la administración financiera y de la auditoría gubernamental que comprendiera los aspectos relacionados con ingresos y egresos públicos, programación presupuestaria, registros contables y financieros, procedimientos para adquisiciones, pagos, así como medidas efectivas y oportunas de control interno y externo.

Por medio del Acuerdo Gubernativo Número 217-95 de fecha 17 de mayo de 1995, se crea el Proyecto de Reforma de la Administración Financiera, denominado “Sistema Integrado de Administración Financiera y Control” (SIAF-SAG), que comprende los subsistemas de presupuesto, contabilidad, tesorería, crédito público, adquisiciones y auditoría.

La primera etapa del proyecto inició en el primer semestre de 1996. Se programó para cuatro años y se ejecutó en tres ya que su inicio coincidió con un nuevo Gobierno el cual marcó una serie de prioridades que obligaron a acelerar la ejecución cumpliendo varias actividades simultáneamente, se elaboraron los diseños conceptuales, funcionales y se inició el desarrollo informático base del proceso de implementación, por lo que en el presupuesto correspondiente al ejercicio fiscal 1997, ya se incluyeron los clasificadores presupuestarios del sistema integrado formulándose el presupuesto de 1998 con la metodología del presupuesto por resultados o programas.

A partir de enero de 1998 con la vigencia de la nueva Ley Orgánica del Presupuesto, en donde se incluyen todos los elementos de modernización de la administración financiera, se inicia la operación del Sistema de Contabilidad Integrada (SICOIN), 34 unidades financieras de la administración central realizaron los registros de la ejecución del presupuesto en el mismo y esa información se transmitió electrónicamente hacia el Ministerio de Finanzas Públicas.

1.2.2 Sistema Integrado de Administración Financiera SIAF

Es un sistema que está diseñado como un instrumento de apoyo a la modernización del proceso de descentralización, estableciendo procedimientos sobre la base de que la comunidad requiere bienes y servicios públicos en las mejores condiciones de cantidad, calidad y al menor costo. El SIAF se ha implementado en todas las instituciones que conforman el organismo ejecutivo desde 1998 y opera en tiempo real con los entes rectores del Ministerio de Finanzas Públicas (Dirección Técnica del Presupuesto, Dirección de Contabilidad del Estado, Tesorería Nacional, Dirección de Crédito Público) y en 44 Instituciones (Ministerios y Secretarías) las cuales formulan y registran la ejecución del Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado utilizando la herramienta informática.

A través del SIAF el presupuesto se formula por resultados, fijando metas físicas y financieras en forma desconcentrada para cada uno de los ministerios y secretarías. Los proyectos de presupuesto institucionales se consolidan y con esa base se formula el Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado que presenta el Ejecutivo al Congreso de la República el dos de septiembre de cada año.

Los principales objetivos del SIAF son generar las capacidades dentro del sector público que le permitan:

- Programar, organizar, ejecutar y controlar la captación, uso eficaz y eficiente de los recursos públicos para el cumplimiento y ajuste oportuno de las políticas, programas y proyectos del sector público.
- Disponer de información útil, oportuna y confiable apoyado con un mayor número de alternativas evaluadas como la toma de decisiones en todos los niveles de la administración pública, así como la información a la colectividad del uso de los recursos y de los costos de los servicios públicos.

- Lograr que todo servidor público sin distinción de jerarquía asuma plena responsabilidad por sus actos rindiendo cuenta no sólo del destino de los recursos públicos, sino también de la forma y resultado de su aplicación.
- Fortalecer la capacidad administrativa para impedir o identificar y comprobar el manejo incorrecto de los recursos del Estado.
- Realizar la gestión de los recursos públicos con la mayor transparencia.
- Interrelacionar los sistemas operacionales y administrativos con los controles interno y externo, facilitando la vigilancia de la gestión pública por parte del Congreso de República y la comunidad.

1.2.3 La administración gubernamental y el SIAF

Para apoyar las operaciones de producción de bienes y servicios el Estado cuenta con un conjunto de sistemas tales como:

- El sistema presupuestario
- El sistema de contabilidad gubernamental
- El sistema de tesorería
- El sistema de crédito público

Para controlar la gestión del Sector Público, el Estado cuenta con los sistemas de:

- Control interno
- Control externo

La implementación del SIAF se inscribe dentro de un cambio en la filosofía del manejo de la administración pública tratando de ir hacia una administración por resultados, con el objetivo principal de que cada uno de los sistemas debe operar con un sentido de integralidad con los demás y donde adquieren especial prioridad la consecución de las metas en las mejores condiciones de eficacia y eficiencia, el manejo transparente de los recursos, el conocimiento del costo de los servicios públicos, así como la información y el sistema de rendición de cuentas a la comunidad por parte de los ejecutivos del sector público.

En función de lo anterior a continuación se señalan las principales características de uno de los módulos que es el más utilizado en el sistema como lo es el módulo presupuestario:

1.2.4 Módulo presupuestario

Es un componente del Sistema Integrado de Administración Financiera que contiene los clasificadores de programación y ejecución del gasto. Entre los objetivos principales de este módulo se pueden mencionar los siguientes:

- Ser una verdadera herramienta de gestión a partir de la programación de operaciones en la etapa de formulación a través de la fijación de metas de los programas, proyectos y la definición de las relaciones insumo-producto necesarias para alcanzarlas y en las posteriores de control y evaluación de la gestión presupuestaria los ejecutivos públicos cuenten con una herramienta que los apoye en el proceso de toma de decisiones.
- Asistir en el proceso de descentralización de la toma de decisiones llevándola hacia los programas, proyectos o unidades desconcentradas que constituyen las unidades básicas de la gestión pública.
- Desarrollar metodologías que hagan eficiente el procesamiento automatizado de la información presupuestaria y su integración con los sistemas de contabilidad gubernamental, crédito público, tesorería, personal y administración de bienes y servicios del Estado.

1.2.5 El proceso presupuestario

Además de las definiciones existentes el presupuesto constituye un proceso a través del cual se elabora, expresa, aprueba, coordina la ejecución y evalúa la producción pública de una institución, sector o región, en función de las políticas de desarrollo, así como de los insumos reales y financieros que la misma requiere.

La organización del sistema presupuestario se puede conocer a través de las diferentes etapas que conforman el proceso presupuestario, siendo las que se detallan a continuación:

1.2.5.1 Formulación presupuestaria

Corresponde a la Dirección Técnica del Presupuesto dictar las normas donde se establecen los procedimientos para todas las etapas del proceso presupuestario en los diversos niveles del sector público.

La formulación del presupuesto público que se realiza en términos físicos y financieros se sustenta en las definiciones de una política presupuestaria para el sector público y se efectúa sobre la base de metodologías que se adaptan a las características operativas de diferentes grupos institucionales, tales como: entidades descentralizadas, empresas públicas, entre otros.

La formulación del anteproyecto de presupuesto institucional es responsabilidad de cada una de las instituciones a partir de los lineamientos de la política presupuestaria y en base a metodologías previamente elaboradas por la Dirección Técnica del Presupuesto. El Ministerio de Finanzas Públicas recibe dichos anteproyectos, los analiza en base a metodologías previamente diseñadas y es el encargado de formular el proyecto de Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado, el cual es presentado en forma global a nivel de programas, proyectos, renglones de gasto, rubros de ingresos y fuentes de financiamiento. El Ministerio de Finanzas Públicas elabora anualmente el presupuesto consolidado del sector público.

Entre las disposiciones legales que sustentan la formulación presupuestaria están las que se detallan seguidamente:

- La Constitución Política de la Republica de Guatemala en el capítulo IV, Régimen Financiero, Artículo 237, establece que el “Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado aprobado para cada ejercicio fiscal de conformidad con lo

establecido en esta Constitución, incluirá la estimación de todos los ingresos a obtener y el detalle de los gastos e inversiones por realizar. La unidad de presupuesto es obligatoria así como la estructura programática presupuestaria” (3:72).

- El artículo 238 de la Constitución Política de la República, indica que la “Ley Orgánica del Presupuesto regulará la formulación, ejecución y liquidación del Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado y las normas que conforme a la Constitución se someten a discusión y aprobación” (3:73).
- El Artículo 15 del Acuerdo Gubernativo 240-98, Reglamento de la Ley Orgánica del Presupuesto, establece que “la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia a más tardar el 28 de febrero de cada año, presentará el informe de evaluación de la ejecución de la política general del Gobierno. Con base en esta evaluación el Ministerio de Finanzas Públicas en coordinación con dicha Secretaría, propondrá las políticas presupuestarias y los lineamientos generales para la formulación del Proyecto de Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado para el Ejercicio Fiscal que corresponda” (11:8).

1.2.5.2 Ejecución presupuestaria

La ejecución presupuestaria es uno de los más importantes del proceso presupuestario y se divide en varios subprocesos los cuales están detallados a continuación:

- **Carga inicial:** Una vez aprobado el Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado por el Congreso de la República por medio del Decreto correspondiente, se publica en el Diario Oficial y se procede a realizar la carga inicial dentro del Sistema Integrado de Administración Financiera a nivel analítico de conformidad con los montos que institucionalmente haya aprobado el Congreso de la República.

La Ley Orgánica del Presupuesto en su Sección III de la ejecución del presupuesto, norma todo lo relativo a esta etapa, así:

“Artículo 25. Ejecución del Presupuesto de Ingresos: La ejecución del presupuesto de ingresos se regirá por las leyes y reglamentos que determinan su creación y administración, así como por las normas y procedimientos establecidos por el órgano rector del sistema presupuestario.

Artículo 26. Límite de los Egresos y su Destino: Los créditos contenidos en el presupuesto general de ingresos y egresos del Estado aprobados por el Congreso de la República, constituyen el límite máximo de las asignaciones presupuestarias.

No se podrán adquirir compromisos ni devengar gastos para los cuales no existan saldos disponibles de créditos presupuestarios, ni disponer de estos créditos para una finalidad distinta a la prevista.

Artículo 27. Distribución Analítica: Aprobado el presupuesto general de ingresos y egresos del Estado por el Congreso de la República, el Organismo Ejecutivo pondrá en vigencia mediante acuerdo gubernativo la distribución analítica del presupuesto, que consistirá en la presentación desagregada hasta el último nivel previsto en los clasificadores y categorías de programación utilizados de los créditos y realizaciones contenidos en el mismo.

Artículo 28. Medidas de Ajuste Presupuestario: Cuando el comportamiento de los ingresos corrientes muestre una tendencia significativamente inferior a las estimaciones contenidas en el presupuesto general de ingresos y egresos del Estado, el Ministerio de Finanzas Públicas deberá realizar los ajustes pertinentes en el presupuesto, incluyendo el recorte e inmovilización de créditos o el cambio de fuentes de financiamiento de asignaciones presupuestarias.

Artículo 29. Autorizadores de Egresos: Los Ministros y los Secretarios de Estado, los Presidentes de los Organismos Legislativo y Judicial, así como la autoridad no colegiada que ocupe el nivel jerárquico superior de las entidades descentralizadas y autónomas y de otras instituciones serán autorizadores de egresos en cuanto a sus respectivos presupuestos. Dichas facultades de autorización de egresos podrán delegarse a otro servidor público de la misma institución o al responsable de la ejecución del gasto.

Artículo 31. Ingresos Propios. La utilización de los ingresos que perciban las diferentes instituciones, producto de su gestión, se ejecutará de acuerdo a la percepción real de los mismos” (10:9,10).

- **Creación del control legal:** Se definen los criterios de control legal. Esta actividad consiste en definir para cada partida o código presupuestario los niveles de flexibilidad o restricción del gasto. Por ejemplo, los renglones del grupo de gasto 0, “Servicios Personales”, no pueden tener una ejecución superior al monto asignado en cada renglón de gasto, mientras que los renglones en otros grupos de gastos como el 1 “Servicios no Personales”, el monto mayor a gastar es el del grupo permitiendo el sistema que se ejecute dentro de renglones sin sobrepasar dicho monto.

1.2.5.3 Programación de cuotas de compromiso, devengado y pago: La Ley Orgánica del Presupuesto norma en el “Artículo 30. Programación de la Ejecución: De acuerdo con las normas técnicas y periodicidad que para efectos de la programación de la ejecución establezca el Ministerio de Finanzas Públicas, las entidades y organismos que financieramente dependan total o parcialmente del presupuesto general de ingresos y egresos del Estado, propondrán a dicho Ministerio la programación de la ejecución física y financiera de sus presupuestos. Este fijará las cuotas de compromisos, devengados y pagos, considerando el flujo estacional de los ingresos, la capacidad real de ejecución y el flujo de fondos requeridos para el logro oportuno y eficiente de las metas de los programas y proyectos” (10:10).

Las instituciones ingresan en el Sistema Integrado de Administración Financiera y presentan por escrito a la Dirección Técnica del Presupuesto la solicitud de cuotas trimestrales de compromiso y devengado para iniciar la ejecución que se fijan a nivel de institución por grupo de gasto y fuente de financiamiento.

El analista de presupuesto encargado de la institución correspondiente, revisa la consistencia de la solicitud y si es necesario la modifica, se traslada para su integración al Departamento encargado y una vez consolidada es trasladada al Comité de Programación de la Ejecución Presupuestaria (Viceministro de Finanzas Públicas del área de Egresos, Jefe de la Unidad de Bonos, Director Técnico del Presupuesto, Tesorero Nacional, Director de Contabilidad del Estado y Director de Crédito Público), en donde se analiza el nivel de ingreso, la prioridad del gasto y se emite la resolución de aprobación total o parcial, ésta regresa al analista del área correspondiente quien es el responsable de cargar las cuotas en el sistema.

Las cuotas referidas pueden ser modificadas (reprogramación) durante la ejecución siguiendo el procedimiento indicado y atendiendo las normas que emite el Ministerio de Finanzas Públicas.

1.2.5.4 Modificaciones presupuestarias: El Artículo 32 de la Ley Orgánica del Presupuesto establece que “las transferencias y modificaciones presupuestarias que resulten necesarias durante la ejecución del presupuesto general de ingresos y egresos del Estado, se realizarán de la manera siguiente:

- Por medio de acuerdo gubernativo refrendado por los titulares de las instituciones afectadas cuando el traslado sea de una institución a otra, previo dictamen favorable del Ministerio de Finanzas Públicas.
- Por medio de acuerdo emitido por el Ministerio de Finanzas Públicas siempre y cuando las transferencias ocurran dentro de una misma institución, en los casos siguientes:

- Cuando las transferencias impliquen la creación, incremento o disminución de asignaciones de los renglones del grupo 0 “Servicios Personales” y renglones 911 “Emergencias y Calamidades Públicas” y 914 “Gastos no Previstos”.
 - Modificaciones en las fuentes de financiamiento; y
 - Cuando se transfieren asignaciones de un programa o categoría equivalente a otro o entre proyectos de inversión de un mismo o diferente programa y/o subprograma.
- Por resolución Ministerial del Ministerio interesado, en los casos siguientes:
 - Cuando las transferencias de asignaciones ocurran entre subprogramas de un mismo programa o entre actividades específicas de un mismo programa o subprograma;
 - Cuando las transferencias de asignaciones ocurran entre grupos no controlados del programa o categoría equivalente, subprograma o proyecto; y
 - Cuando las transferencias ocurran entre renglones no controlados del mismo grupo de gasto del programa, o categoría equivalente, subprograma o proyecto.

Todas las transferencias deberán ser remitidas a la Dirección Técnica del Presupuesto dentro de los diez (10) días siguientes de su aprobación, la que deberá notificarlas de inmediato al Congreso de la República y a la Contraloría General de Cuentas” (10:10,11).

1.2.5.5 Seguimiento y evaluación: La evaluación de la ejecución presupuestaria es normada por la Ley Orgánica del Presupuesto en los artículos que se detallan a continuación:

“Artículo 34. Alcance de la Evaluación: La evaluación presupuestaria comprenderá básicamente la medición de los resultados físicos y financieros obtenidos y los efectos

producidos, el análisis de las variaciones observadas con la determinación de las causas y la recomendación de medidas correctivas.

Artículo 35. Evaluación de la Gestión Presupuestaria: Sin perjuicio de la evaluación permanente interna que debe realizar cada organismo y entes comprendidos en la presente ley, el Ministerio de Finanzas Públicas evaluará la ejecución del presupuesto general de ingresos y egresos del Estado y de los presupuestos de las entidades con excepción de las municipalidades y de la Universidad de San Carlos de Guatemala, tanto en forma periódica, durante la ejecución, como al cierre del ejercicio, para lo cual considerará la situación económica y de las finanzas públicas.

Tratándose de los proyectos de inversión la evaluación se coordinará con la Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica” (10:11, 12).

Según el Acuerdo Gubernativo No. 240-98, Reglamento de la Ley Orgánica del Presupuesto, Artículo 22, establece que “las unidades de administración financiera de cada entidad centralizarán la información sobre la ejecución de sus respectivos presupuestos; para ello deberán:

- Determinar en colaboración con las unidades responsables de la ejecución de cada una de las categorías programáticas, las unidades de medida para cuantificar la producción terminal e intermedia, respetando las normas técnicas que para el efecto emita la Dirección Técnica del Presupuesto;
- Apoyar la creación y operación de centros de medición en las unidades responsables de la ejecución de las categorías programáticas que se juzguen relevantes y cuya producción sea de un volumen o especificidad que haga conveniente su medición. La máxima autoridad de cada una de las unidades seleccionadas será responsable de la operación y los datos que suministren dichos centros.

- Presentar a la Dirección Técnica del Presupuesto dentro de los primeros 15 días hábiles de los meses de mayo, septiembre y enero, un informe del cuatrimestre inmediato anterior a dichas fechas, sobre el avance de los programas, subprogramas y proyectos, así como sobre la asistencia financiera y los ingresos percibidos en forma analítica y debidamente codificados en los formularios y conforme instructivos que dicha Dirección proporcione; y en cuanto al presupuesto de inversión, deberán presentar a la Dirección Técnica del Presupuesto y a la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia en los primeros 10 días de cada mes, el informe correspondiente al mes inmediato anterior, indicando el avance físico y financiero de los proyectos” (11:11).

La información que se registra para el seguimiento y la evaluación es de dos tipos, así: La programación física anual y trimestral de metas o producción bruta terminal que están relacionadas directamente con los programas y que trasciende la institución; y la información que corresponde a la programación física anual y trimestral de las tareas.

La información se obtiene desde las unidades ejecutoras a través del módulo de seguimiento físico que está contenido en el sistema, consistiendo en la carga inicial que depende de las metas que se programan, pudiendo efectuarse actualización y obtener los reportes necesarios en el tiempo real a distintos niveles. El proceso que se realiza actualmente puede describirse de la siguiente manera:

- Al inicio de cada año se actualiza la metodología de evaluación.
- Se revisan las metas y asignaciones presupuestarias al inicio del ejercicio fiscal.
- Se lleva a cabo la ejecución física y financiera y las unidades informan sobre su registro en los formularios diseñados para el efecto.
- Se prepara el informe trimestral de evaluación y se traslada a la Subdirección, si no contiene ajustes se traslada al Director Técnico del Presupuesto y con su aval

se traslada a las instituciones para su conocimiento y proponer las medidas correctivas.

- Se elabora el informe institucional que contiene la información siguiente:
 - Asignaciones del presupuesto vigente y devengado.
 - Nivel de ejecución como una relación porcentual entre el presupuesto devengado y el presupuesto vigente.
 - Ejecución presupuestaria financiera y física que se recoge por programa.
 - Comparación entre las metas de producción de bienes y servicios programadas y ejecutadas, las cuales se conforman en tres grupos, clasificados así:
 - el número de metas que se cumplieron con menos del 80 por ciento de lo programado;
 - las que se cumplieron entre el 80 por ciento y el 120 por ciento y,
 - las que se cumplieron con más del 120 por ciento de lo programado.

1.2.5.6 Liquidación o cierre de la gestión presupuestaria: Las cuentas del presupuesto se cierran al 31 de diciembre de cada año. Después de esa fecha los recursos que se recauden se considerarán parte del presupuesto vigente con independencia de la fecha en que se hubiere originado la obligación de pago o liquidación de los mismos. Posterior al 31 de diciembre de cada año no podrán asumirse compromisos ni devengarse gastos con cargo al ejercicio que se cierra en esa fecha.

Los gastos devengados y no pagados al 31 de diciembre de cada año se cancelarán durante el año siguiente con cargo a las disponibilidades existentes. Los gastos comprometidos y no devengados al 31 de diciembre de cada año se afectarán al ejercicio siguiente imputando los mismos a los créditos disponibles para ese ejercicio.

La Constitución Política de la República de Guatemala en su Artículo 241, establece que “el Organismo Ejecutivo presentará anualmente al Congreso de la República la rendición de cuentas del Estado. El ministerio respectivo formulará la liquidación del

presupuesto anual y la someterá a conocimiento de la Contraloría General de Cuentas dentro de los tres primeros meses de cada año” (3:75).

En esta fase el Ministerio de Finanzas Públicas a través de la Dirección de Contabilidad del Estado procede a efectuar el cierre del ejercicio fiscal y elabora el informe que se entregará a la Contraloría General de Cuentas quien después de analizarlo lo remitirá al Congreso de la República para su aprobación total o parcial.

1.3 Presupuesto

Es un medio para prever y decidir la producción que se va a realizar en un período determinado, así como para asignar formalmente los recursos que la producción exige en una institución. Lo descrito anteriormente implica que debe entenderse como un sistema que se desarrolla por etapas: formulación, discusión, ejecución, control, evaluación y liquidación.

Es también la “expresión cuantitativa formal de los objetivos que se propone alcanzar la administración de la empresa en un período, con la adopción de las estrategias necesarias para lograrlos” (1:11).

1.3.1 Presupuesto del sector público

La percepción generalizada que se tiene con respecto a los presupuestos del sector público es que sirven con fines de control de gastos. Lo que si es real es que los gobiernos hacen primero una estimación de los gastos e inversiones que deben pagar para satisfacer las necesidades públicas y después planean las formas en que obtendrán los fondos para poder cubrirlas.

Las opciones que tiene un gobierno para agenciarse de fondos son la recaudación de impuestos, la obtención de préstamos y como último recurso la colocación de bonos del tesoro.

El presupuesto constituye la determinación de las fuentes de recursos así como la proyección de los mismos, que permitirán financiar las autorizaciones máximas de gastos o egresos para un período anual, con el propósito de ejecutar los distintos programas de gobierno y alcanzar sus objetivos y metas, todo ello orientado a satisfacer las necesidades básicas de la población. Es el instrumento que limita la acción del Estado a través de la ejecución de planes, programas, proyectos, asignación de recursos y la coordinación de actividades del sector público.

1.3.2 Presupuesto por programas y actividades

En la moderna técnica presupuestaria el presupuesto por programas y actividades, presenta una orientación clara y objetiva de la política económica y fiscal de una entidad mediante el establecimiento de programas y la clasificación de los gastos en: gastos de funcionamiento y gastos de inversión. Este presupuesto contiene una distribución por sectores o funciones con el señalamiento de los programas a realizar, tomando como base las metas a alcanzar. Para el cumplimiento de los programas, el logro de los objetivos y las labores a realizar se distribuyen los montos entre las distintas secciones; formándose así diversas categorías dentro de los mismos programas, como son los subprogramas, las actividades, los proyectos, entre otros.

En América Latina, se ha visto la conveniencia de implementar el presupuesto por programas del sector público por considerarlo una herramienta eficaz de planificación, desarrollo y control.

El presupuesto por programas y actividades puede definirse como “un sistema en que se presta particular atención a las cosas que un gobierno realiza más bien que a las cosas que adquiere. Las cosas que un gobierno adquiere tales como: servicios personales, provisiones, equipos, medios de transporte, etc., no son naturalmente, sino medios que emplea para el cumplimiento de sus funciones que pueden ser carreteras, escuelas, casos tramitados, etcétera” (6:V-6).

Es también “un conjunto de técnicas y procedimientos que sistemáticamente ordenados en forma de programas y proyectos muestran las tareas a efectuar, señalando objetivos específicos y sus costos de ejecución, además de racionalizar el gasto público, mejorando la selección de las actividades gubernamentales” (6:V-6).

Un sistema de presupuesto por programas y actividades está formado por una estructura o conjunto de categorías, en virtud de las cuales se distribuyen o se clasifican los fondos para hacer lo programado, esto debe precisarse e integrarse en una nomenclatura uniforme en la que se apoye técnicamente la programación del presupuesto.

Dentro del presupuesto por programas existen las siguientes categorías programáticas: programa, subprograma, proyecto, actividad, obra, tarea o trabajo.

1.3.2.1 Categorías programáticas

Permiten jerarquizar y delimitar el ámbito de las acciones presupuestarias para expresar el grado de flexibilidad y responsabilidad en la asignación y uso de los recursos para la obtención de productos.

1.3.2.2 Descripción de las categorías programáticas

A continuación se presenta una breve descripción de cada una de las categorías programáticas existentes:

- **Programa**

Es una categoría programática cuya producción es terminal de la red de acciones presupuestarias de una institución o sector, entendiéndose estas acciones presupuestarias como la agregación o combinación de acciones operacionales cuyos recursos y productos son perfectamente definibles y excluyentes con respecto a otras relaciones de insumo-producto.

Tiene las siguientes características:

- Es la categoría programática de mayor nivel en el ámbito de la producción terminal.
- Expresa la contribución a una política ya que refleja un propósito esencial en la red de acciones presupuestarias que ejecuta una institución o sector a través de la producción terminal.
- Al ser producción terminal conforman los nudos finales de la red de categorías programáticas de la institución.
- Se conforman por la agregación de categorías programáticas de menor nivel que conllevan al logro de su producción con la excepción del programa que origina varios productos terminales.

- **Subprograma**

Es una categoría programática cuyas relaciones de condicionamiento son exclusivas con un programa. Cada subprograma por si sólo resulta en producción terminal. Las características con que cuenta un subprograma son tres y están detalladas a continuación:

- La producción originada por todos los subprogramas es sumable en unidades físicas sin pérdida del significado de la unidad de medición de la producción originada por el programa del cual forman parte.
- Los insumos de todos los subprogramas son sumables en términos financieros y cada tipo de insumo de todos los subprogramas consolidan a través de unidades físicas a nivel de programas.
- Un requisito para que exista un subprograma es que el centro de gestión productiva sea divisible en centros menores de gestión productiva, cada uno de los cuales debe dar origen a una producción terminal que es parcial en relación a la del programa.

▪ **Proyecto**

Se denomina proyecto a la categoría programática que expresa la creación, ampliación o mejora de un medio de producción durable. El proyecto posee las siguientes características:

- Su producto se considera como formación bruta de capital del sector público.
- Cuando el proyecto se refiere a la producción, ampliación o mejora de un bien de capital, la satisfacción de la necesidad que se plantea en la formulación sólo se materializa en el momento en el que finaliza su construcción, reparación o mejora respectiva.
- Dependiendo de la relación de condicionamiento que se establezca en la red de producción institucional los proyectos se subdividen en específicos, si condicionan a un solo programa; centrales, si condicionan a todos los programas; centrales y comunes, si condicionan a dos o más programas de la institución pero no a todos.

En la descripción del proyecto se debe incluir como mínimo la siguiente información:

- Finalidad propia del proyecto reflejando los beneficios de orden económico y social a obtener mediante su realización, ampliación o mejora. Si el proyecto abarca más de un ejercicio fiscal la descripción debe señalar el objetivo integral del mismo.
- Se debe indicar la relación del proyecto con el o los programas de los cuales forma parte.
- Señalar la vinculación del proyecto con los objetivos de los sectores económicos y sociales en el cual está involucrado.
- Señalar las fuentes de financiamiento del proyecto y de las diversas etapas que lo conforman.
- Cuando se trate de proyectos que hayan iniciado en ejercicios anteriores, se deben examinar las características con las cuales se ha venido ejecutando.

- Se debe indicar si la realización del proyecto se hará por administración directa o a través de terceros.
- En los proyectos es imprescindible identificar claramente las obras que los conforman y examinar las características de éstas y su grado de vinculación entre sí.
- Cuando se prevea la terminación de un proyecto en el ejercicio que se presupuesta y a los fines de hacer un uso racional de la infraestructura creada en los organismos a quienes se les entreguen las obras, se deben prever los recursos reales y financieros necesarios para ponerlos en funcionamiento.

- **Actividad**

Es una categoría programática cuya producción es intermedia y por tanto es condición de uno o varios productos terminales o intermedios. La actividad es la acción presupuestaria de mínimo nivel. Las actividades pueden ser; *a) específicas; b) centrales; c) comunes.*

- **Actividad específica**

Es una categoría cuya producción es condición exclusiva de una producción terminal y forma parte integral del programa, subprograma o proyecto que la expresa. La actividad específica cuenta con las características que están detalladas a continuación:

- Los insumos son sumables presupuestariamente a nivel del respectivo programa, subprograma o proyecto en los mismos términos ya señalados para el caso de los subprogramas.
- Es una acción presupuestaria terminal.
- Todas las actividades específicas de un programa o subprograma condicionan el cumplimiento de las características de una producción terminal.

- **Actividad central**

Es una categoría programática cuya producción condiciona a la producción terminal e intermedia indirecta de una institución, sector o región y no es parte integrante de ningún programa o subprograma.

Toda actividad central cuenta con dos características las cuales se detallan a continuación:

- Es una acción presupuestaria intermedia cuyas relaciones de condicionamiento están dirigidas hacia todas las acciones presupuestarias y generalmente están vinculadas con actividades de dirección y apoyo a toda la gestión productiva.
- Los insumos no son sumables presupuestariamente a nivel de las categorías programáticas condicionadas. Solo son asignables por estimación extra-presupuestaria de costos.

- **Actividad común**

Tiene todas las características de una actividad central, salvo que condiciona a dos o más programas pero no a todos los programas de la institución o sector.

- **Obra**

Un proyecto de inversión puede desagregarse por razones tecnológicas en diversas unidades menores las cuales en una secuencia temporal y de mutua complementación conforman el medio de producción de bienes y servicios proyectado. A esas unidades que por sí mismas no pueden satisfacer la necesidad para la cual se ejecuta el proyecto aunque formen parte de él, se les denomina “obras” y se consideran para efectos presupuestarios como una categoría programática de mínimo nivel.

- **Tarea o trabajo**

Es una categoría programática que no cumple con el requisito de ser un centro formal de asignación de recursos por cuanto no reúne las condiciones de posibilidad y relevancia de las acciones presupuestarias.

La tarea o trabajo es básica para el cálculo de los insumos que requiere una actividad u obra, constituyendo la base central para la formulación del presupuesto por programas.

1.3.2.3 Validación o modificación de la red de categorías programáticas

Esta actividad consiste en revisar y analizar conjuntamente con funcionarios de las instituciones y entidades descentralizadas la producción final o prestación de servicios de cada una de ellas, que debe reflejarse en su red de categorías programáticas para su validación o modificación ya que durante cada ejercicio fiscal y de acuerdo a la política presupuestaria de cada Gobierno, es posible que se modifiquen sus funciones y producción de tanto de bienes como de servicios lo que puede implicar una modificación a su red.

Como se indicó anteriormente la red de categorías programáticas de cada institución del sector público puede variar o ser modificada anualmente cuando se considere pertinente de tal forma que dicha red tenga coherencia con el plan operativo anual de cada entidad. Lo anterior con el objetivo principal de establecer en cualquier momento el gasto real que se ha ejecutado en las acciones o actividades programadas en dicho plan.

De la red establecida surge la estructura programática presupuestaria la cual esta conformada por las siguientes categorías: ejercicio, entidad, unidad ejecutora, unidad ejecutora desconcentrada, programa, subprograma, proyecto, actividad u obra, renglón, ubicación geográfica y fuente de financiamiento con sus respectivos códigos, según se detalla en la gráfica siguiente:

Tabla No. 2
Estructura Presupuestaria
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Categorías	Códigos
Ejercicio	0000
Entidad	000
Unidad Ejecutora	000
Unidad Ejecutora Desconcentrada	00
Programa	000
Subprograma	000
Proyecto	000
Actividad u Obra	000
Renglón	000
Ubicación Geográfica	0000
Fuente de Financiamiento	00

Fuente: SICOINWEB

1.3.3 Estructura programática presupuestaria

Es necesidad primordial del presupuesto por programas y actividades la codificación, con la cual se tiende a uniformar la terminología y las operaciones en materia del presupuesto. La estructura programática presupuestaria permite clasificar las actividades específicas de cada prioridad por programa, subprograma y actividad presupuestaria como se indica anteriormente en la descripción de las categorías.

Es importante conocer el concepto de reforma o reforma administrativa el cual nos indica que “es un proceso político-técnico de transformación de actitudes, procesos, procedimientos, sistemas, relaciones y estructuras administrativas con el fin de hacerlos compatibles con los planes y programas de desarrollo” (7:17). Lo anterior porque se sabe que con el proceso de reforma y modernización en el área financiera del sector público se afronta la deficiencia tradicional en la planificación institucional.

A continuación se detalla una breve descripción de los programas prioritarios de salud país que desarrolla el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a nivel nacional para dar cumplimiento a las demandas en aspectos de salud por parte de la población.

1.4 Programas prioritarios de salud país

A través del desarrollo de las acciones programadas en cada uno de estos programas prioritarios, se pretende cumplir con lo establecido en el plan nacional de salud principalmente en lo que se refiere a satisfacer las necesidades de salud de los guatemaltecos en general.

1.4.1 Nacional de inmunizaciones

Este programa prioritario tiene como objetivo principal disminuir las enfermedades inmunoprevenibles, lo cual se logra a través de la realización de jornadas de vacunación para niños desde los recién nacidos hasta los que tienen 15 años en su mayoría, ya que está comprobado que este tipo de enfermedades constituyen aún altas tasas de mortalidad principalmente en las áreas rurales del interior del país por lo que vacunar es una de las prioridades del sector salud a nivel nacional.

La vacuna puede definirse como “una sustancia biológica que al ser administrada, estimula el sistema de defensa natural en el cuerpo lo cual crea defensas para no permitir que se desarrollen las enfermedades a pesar de tener contacto con el virus o bacteria que lo produce, las vacunas pueden evitar enfermedades infecciosas tales como: poliomielitis, sarampión, difteria, pertusis (tos ferina), tétanos y tuberculosis” (16:2,3).

1.4.2 Atención a niños, niñas y adolescentes

Entre las enfermedades prevalentes en la niñez se pueden mencionar: las enfermedades respiratorias agudas, diarreas, enfermedades inmunoprevenibles, vectores, seguridad alimentaria y nutricional; con respecto a la adolescencia: todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva, salud bucodental, salud mental y

seguridad alimentaria nutricional, todo lo anterior de acuerdo al perfil epidemiológico local.

La adolescencia puede definirse como “el período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten tener su identidad y plantearse un proyecto de vida propio” (15:1).

1.4.3 Adulto mayor y personas con discapacidad

La atención del adulto mayor se define como “un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones mediante los cuales se logra la detección temprana y el diagnóstico oportuno de una o algunas de las patologías crónicas específicas de este grupo poblacional, con el objetivo de ofrecer alternativas para el control de los factores de riesgo, el tratamiento adecuado o rehabilitación” (14:2).

La discapacidad se entiende como “una deficiencia física, mental o sensorial, de naturaleza permanente o temporal que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria y que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social” (14:3).

1.4.4 Infecciones respiratorias agudas (Ira's)

Las infecciones respiratorias agudas están en el primer lugar de las diez primeras causas de morbilidad general en todo el país, incluyen “infecciones en la zona de las vías respiratorias, que incluye nariz, oídos, faringe, laringe, tráquea, bronquios y pulmones” (21:1).

1.4.5 Enfermedades transmitidas por agua y alimentos

Las enfermedades mayormente transmitidas por agua y alimentos son el cólera, fiebre tifoidea, hepatitis “A” e intoxicaciones alimentarias. Éstas pueden definirse como “las

originadas por ingestión de agua y/o alimentos con contaminantes biológicos o químicos en cantidades tales que afecten la salud del consumidor individual o en grupos de población. Las alergias por hipersensibilidad individual a ciertos alimentos no son considerados como enfermedades transmitidas por agua y alimentos” (20:1).

1.4.6 Enfermedades transmitidas por vectores

Entre las enfermedades más importantes se pueden señalar las que se detallan a continuación: *dengue, la enfermedad de chagas y leishmaniasis, malaria y oncocercosis.*

El dengue “es una enfermedad infecciosa que se parece a la gripe porque da fiebre, dolor de cabeza, cuerpo y escalofríos puede causar la muerte cuando se presenta con hemorragias graves, llamándose a la enfermedad dengue hemorrágico. El dengue y el dengue hemorrágico se transmite por la picadura de un mosquito, éste es tipo zancudo que vive en las casas y sus alrededores”. (17:1,2).

La enfermedad de chagas “existe solamente en América, es producida por el parásito sanguíneo llamado *Tripanosoma cruzi* y transmitido por la chinche picuda (*triatominos*), al contacto con sus excrementos infectados o también por transfusiones sanguíneas contaminadas o de madre infectada a su hijo (a) recién nacido (a)” (19:1).

La leishmaniasis “es un grupo de enfermedades causada por parásitos protozoarios del género *leishmania*, siendo endémicas en muchas de las regiones tropicales y subtropicales. Es transmitida a través de la mosca chiclera. Existen tres formas clínicas de presentación de la enfermedad que son: cutánea, muco cutánea y visceral, siendo la leishmaniasis cutánea un serio problema de salud pública en Guatemala especialmente en los departamentos de Petén, Huehuetenango, Chiquimula, El Quiché, Las Verapaces, Izabal y El Progreso” (19:7).

Malaria “es una enfermedad que produce fiebre caracterizada porque se presenta en lapsos, es decir, con períodos en que se dan fiebres muy altas y otros sin fiebres. Es

una enfermedad que produce problemas en el número de glóbulos blancos y rojos, ya que al estar disminuidos el número de los glóbulos rojos se produce la anemia. Se transmite por la picadura de un mosquito que se llama anopheles, el cual transmite los parásitos de género plasmodium vivax y falciparum” (16:37).

Oncocercosis “es una enfermedad parasitaria (oncocherca volvulus), transmitida por insectos vectores específicos (en Guatemala el simulium ochraceum) de evolución crónica capaz de producir ceguera. La enfermedad es transmitida mediante la picadura de simúlidos hembras infectados con microfilarias (gusano pequeño). Cuando el vector pica a una persona infectada y aspira la sangre que sale de un vaso capilar roto toma también alguna microfilarias que allí pueden haber, las cuales pasan del aparato digestivo a los músculos torácicos del insecto en donde sufren cambios hasta ser infectivas siendo de esta forma que pasa a situarse entre las piezas bucales y cuando el insecto en tales condiciones vuelve a picar para tomar sangre, penetra a través de la piel e inicia una nueva infección”. (25:1).

1.4.7 Rabia y otras zoonosis

“Es una enfermedad mortal que es producida por un virus causado por la mordedura de un animal enfermo. Los animales domésticos como el perro y el gato pueden transmitirla y animales silvestres como zorros, coyotes, mapaches pizotes y murciélagos” (16:39).

La única manera de prevenir la rabia es vacunando a perros, gatos y evitando el contacto principalmente con animales silvestres. Los animales pueden agredir al hombre provocándole traumatismos en distintas partes del cuerpo.

Las lesiones que se vinculan con la transmisión de la rabia están básicamente producidas por los dientes y secundariamente por las uñas, cualquiera de estas dos agresiones produce pérdida de continuidad en la piel que actúan como puerta de entrada al virus.

1.4.8 Tuberculosis

Es una enfermedad que en un alto porcentaje puede evitarse con la aplicación a los niños recién nacidos de la vacuna BCG. Los tres elementos fundamentales de la lucha antituberculosa son los siguientes: prevención, pesquisa y diagnóstico y tratamiento.

La prevención se basa en la protección que confiere la vacuna BCG; la pesquisa y diagnóstico, se detecta en aquellas personas con tos persistente durante tres semanas o más, fatiga, pérdida del apetito y peso, sudores nocturnos, fiebre, dificultad para respirar y dolor de tórax. Con relación al tratamiento se puede indicar que la tuberculosis es una enfermedad curable y en consecuencia el objetivo final del tratamiento es lograr la curación del paciente y no solamente proporcionar drogas antituberculosas a todo nuevo caso positivo.

1.4.9 Nacional de prevención y control de ITS/VIH/SIDA

“El sida es una enfermedad infecciosa que se transmite por un virus llamado VIH y significa: Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Este virus entra al organismo atacando y destruyendo los glóbulos blancos (linfocitos), lo que produce el debilitamiento progresivo de todo el sistema inmunitario de la persona que padece la enfermedad.

Lo indicado anteriormente impide que el organismo se defienda de las enfermedades lo que finalmente causa la muerte. Una persona puede tener el virus del VIH por meses o años sin sufrir ninguno de los síntomas de la enfermedad, sentirse bien y sana es lo que se llama “portador asintomático”, esta persona aunque parezca sana transmite el virus del VIH a otras personas” (27:5).

“El virus del sida destruye las defensas del cuerpo haciendo posible que las personas puedan tener con facilidad diferentes enfermedades o infecciones. El virus se puede encontrar en todos los líquidos del cuerpo pero los únicos que pueden infectar a una persona son: la sangre, el semen, los líquidos vaginales y la leche materna infectada con VIH” (27:6).

1.4.10 Salud mental

“Es en el sentido más amplio bienestar y felicidad. No se puede concebir la salud humana sin satisfacción emocional y un adecuado funcionamiento social. Ahora bien, el concepto de enfermedad psíquica se refiere a la presencia de síntomas o alteraciones relacionadas con las ideas, los pensamientos, sentimientos, emociones y conductas humanas.

Los síntomas descritos anteriormente pueden causar sufrimiento a la persona o dificultades en su vida de relación e interacción social. En ocasiones el paciente no tiene crítica de su trastorno pero distorsiona la realidad y tiene una conducta anormal” (30:1).

1.4.11 Seguridad alimentaria y nutricional

“Es el derecho de toda persona a tener acceso físico, económico y social, oportuna y permanentemente a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, con pertinencia cultural preferiblemente de origen nacional, así como a su adecuado aprovechamiento biológico para mantener una vida saludable y activa” (16:7).

Respecto al factor productivo se basa en modelos sostenibles que respetan la diversidad biológica, cultural y que protejan los recursos naturales, en este sentido es importante considerar la disponibilidad de alimentos, el poder adquisitivo, así como las costumbres y tradiciones de cada uno de los pueblos del país.

La sostenibilidad se garantiza, además, mediante las normas, políticas públicas e institucionales necesarias y debe estar dotada de los recursos financieros, técnicos y humanos necesarios.

1.4.12 Enfermedad bucodental

La enfermedad bucodental afecta con mayor intensidad a menores de 15 años, es decir, población en edad escolar. Entre las más comunes se puede mencionar la caries,

que se puede definir como “una enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los dientes que se caracteriza por la desmineralización de la porción inorgánica y la destrucción de la sustancia orgánica del diente. Es la enfermedad crónica del diente más frecuente que afecta a la raza humana” (28:3).

1.4.13 Enfermedades crónicas y degenerativas

“Son aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vida inapropiados aunque es importante considerar que siempre existen factores genéticos (de naturaleza hereditaria) que pueden originar estas condiciones” (18:1).

También pueden definirse como “enfermedades hipocinéticas partiendo de la premisa que normalmente la mayoría de estas condiciones pueden surgir por la falta o poco movimiento corporal, es decir la ausencia de ejercicio o actividad física” (18:1).

La diferencia entre una condición crónica y degenerativa con una infecto-contagiosa se fundamenta sobre el hecho de que las enfermedades crónicas degenerativas no son transmitidas mediante las vías de contagio que se dan a través de contacto físico, directo o personal.

1.4.14 Salud laboral

Se entiende salud laboral como “integrar en la gestión de la empresa la mejora permanente de las condiciones de trabajo. Es la promoción integral de la salud física y mental del trabajador/a” (29:2).

El objetivo principal es evitar el daño derivado del trabajo y promover la salud de los trabajadores/as pero no sólo en un sentido restringido a lo más evidente (accidente de trabajo o daño físico) sino en un sentido más global de tal forma que las personas estén protegidas y sientan que su salud es parte importante no sólo para la empresa o institución a la cual le prestan sus servicios sino también para las autoridades del sector público.

El campo de la acción preventiva, es decir, las condiciones de trabajo se entienden como “cualquier aspecto del trabajo con posibles consecuencias negativas para la salud de los trabajadores/as, incluyendo en ello, además de los aspectos ambientales y los tecnológicos, las cuestiones de organización y ordenación del trabajo” (29:3).

1.4.15 Población migrante

“Es un grupo que engloba a los distintos migrantes ya sea en situación regular o irregular, refugiados, asilados, residentes permanentes o temporales así como desplazados internos. Se considera migrante aquella persona que salió de su hogar a residir en otro país en forma permanente” (26:2).

1.4.16 Medicina transfusional y bancos de sangre

Recientemente la transfusión de sangre se ha convertido en una actividad fundamental en la actual asistencia sanitaria. Una medicina cada vez más compleja permite que muchos enfermos que antes eran considerados irrecuperables hoy tengan oportunidad de curarse. Para ello, muchas veces requieren de la transfusión de sangre y sus componentes (concentrados celulares, plasma, factores antihemofílicos, etc.) por consiguiente, en los últimos años la demanda de sangre aumentó en todo el mundo.

“La sangre no se puede fabricar. La única solución posible es que una persona tenga la voluntad de ceder un pequeño volumen de su sangre de manera voluntaria y altruista. La donación de sangre se transforma de esta manera en un acto responsable y solidario que debería practicarse en todo el mundo” (23:1).

1.4.17 Medicina popular, tradicional y alternativa

Como medicina popular tradicional “entendemos a la práctica donde se integran un conjunto de conocimientos y prácticas de origen indígena, prehispánico con cierta influencia de la medicina popular hispánica y negra africana que se expresa oralmente, se aprende empíricamente, se transmite a través de enseñanza, iniciación, herencia o revelación por seres sobrenaturales cuya lógica va más allá de entender la salud y la

enfermedad restringida al funcionamiento corporal y se rige sobre un sustento mítico religioso.

Así también, se entiende lo tradicional en contraposición a lo moderno, representado por la medicina de base biomédica; pero comprendemos que lo que se entiende normalmente por tradicional no es un conocimiento estático ni atávico, sino dinámico que se actualiza y sincretiza permanentemente” (22:3).

La medicina alternativa también es “el conjunto variado de prácticas curativas que generalmente infunden elementos míticos y rituales provenientes de varias tradiciones de origen europeo, africano y oriental y puede por lo tanto sincretizar o retomar elementos de la medicina alópata y/o tradicional” (22:4).

1.4.18 Salud reproductiva

La salud reproductiva es un elemento importante, su enfoque interviene en los diferentes niveles de salud a lo largo de toda la vida reproductiva del hombre y de la mujer, es decir desde la infancia, la adolescencia, durante el período reproductivo, el climaterio y durante la vejez en lo relacionado a salud sexual.

Se entiende por salud reproductiva “el estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como con la libertad de procrear o no y de decir cuándo y con qué frecuencia de una forma responsable” (31:2).

Sobre la base de esta definición se puede interpretar que el objetivo de la salud reproductiva no solamente es evitar que la madres y el producto (feto o recién nacido) enfermen o mueran durante el proceso de reproducción, sino que el mismo se lleve a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre y el padre que permita la obtención de un recién nacido saludable.

CAPÍTULO II

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTARIA EN EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

2.1 Estructura programática presupuestaria

El presente estudio constituye el primer análisis de la situación actual de la estructura programática presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Para la realización de dicho estudio se contó con el apoyo de los dieciocho coordinadores de los programas prioritarios de salud que prestan sus servicios en las diferentes áreas de salud de todo del país, realizando una entrevista directa a través de una serie de interrogantes planteadas en una boleta; así también se obtuvo información de parte del personal de la Unidad de Administración Financiera (UDAF) y del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Este análisis incluye aquellos elementos relacionados directamente con la estructura programática presupuestaria, iniciando con los programas generales y actividades específicas ya registradas en la misma, así como una revisión de todos los programas prioritarios de salud que se ejecutan a nivel nacional, para lo cual se integró la información reportada por las áreas de salud en el plan operativo anual correspondiente al ejercicio fiscal 2004 y la ejecución de acuerdo a los registros del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), dicha información se presenta en el desarrollo del presente capítulo en un cuadro consolidado por programa prioritario.

La estructura programática presupuestaria es obligatoria para el presupuesto por programas que desarrolla el sector público de Guatemala, el cual debe ajustarse siempre en función del plan operativo anual y comprende programa, subprograma, proyecto, actividad u obra.

La actual estructura programática presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no ha sido modificada desde que fue elaborada en el año 1997, ha tenido algunos agregados pero éstos han sido mínimos. Entre los agregados que ha

tenido, se puede indicar la incorporación de los programas prioritarios *ITS/VIH/SIDA* y *Vigilancia y recuperación nutricional materno infantil*, registrados en el año 2002 en un programa que sirve únicamente de apoyo, es decir no debieron incorporarse allí, ya que éstos son programas prioritarios que realizan acciones concretas en beneficio de la población guatemalteca. Lo anterior implica que la misma no tenga relación con las políticas de gobierno establecidas, generando una serie de problemas como falta de asignación de recursos financieros para ejecutar las acciones de cada programa prioritario, desorden en la ejecución del presupuesto, entre otros.

Es importante indicar que el procedimiento utilizado actualmente para la asignación de recursos financieros está fundamentado en la elaboración del plan operativo anual, el cual es realizado por el personal de las diferentes áreas de salud, incluyendo a los centros y puestos de salud. Esta actividad inicia normalmente durante el mes de marzo de cada año, para lo cual se nombra una comisión integrada por personal del nivel central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien es la responsable de proporcionar los lineamientos al personal involucrado. Después de realizada esta actividad, se procede a la elaboración del plan operativo anual que es entregado por las diferentes áreas de salud de todo el país en la Unidad de Planificación Estratégica durante la primera semana del mes de mayo de cada año; en este documento se plasman las acciones a desarrollar y la cantidad de recursos financieros y humanos indispensables para dar cumplimiento a lo establecido en el plan operativo anual.

2.2 Situación actual de la estructura programática presupuestaria

A continuación se muestra la estructura programática presupuestaria que funciona actualmente en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para efectos de asignación de recursos financieros. Dicha estructura responde al presupuesto por programas y actividades que se utiliza en todas las instituciones que conforman el gobierno central. Los recursos financieros están asignados por programas y cada uno de éstos cuenta con subprogramas, proyectos y actividades u obras; el último detalle está a nivel de renglón de gasto en cada una de las actividades.

Tabla No. 3
Estructura Programática Presupuestaria del Ministerio de
Salud Pública y Asistencia Social para el Año 2004
(Cifras en Quetzales)

Inicia Tabla No. 3

Prg.	Subp.	Proy.	A/O	Descripción	Presupuesto Aprobado
				<u>Total</u>	<u>1,835,816,530.00</u>
<u>01</u>	00	000		<u>Actividades centrales</u>	<u>189,125,395.00</u>
				<i>Sin subprograma</i>	
				<i>Sin proyecto</i>	
			01	Rectoría y coordinación sectorial e institucional	44,798,828.00
			02	Gerencia general	65,258,314.00
			03	Sistema integral de atención en salud	40,936,372.00
			04	Regulación, vigilancia y control de la salud	20,995,208.00
			05	Administración del recurso humano	1,001,920.00
			06	Programa nacional de prevención y control del SIDA	10,098,473.00
			07	Seguridad alimentaria y nutricional	6,036,280.00
<u>11</u>	00	000		<u>Desarrollo del recurso humano</u>	<u>18,452,325.00</u>
				<i>Sin subprograma</i>	
				<i>Sin proyecto</i>	
			01	Formación	17,169,723.00
			02	Capacitación	1,282,602.00
<u>12</u>	01	000		<u>Mejoramiento de las condiciones de salud y ambiente</u>	<u>24,510,432.00</u>
				<i>Control y vigilancia del medio</i>	<i>21,976,253.00</i>
				<i>Sin proyecto</i>	
			01	Control y vigilancia de riesgos ambientales	8,147,601.00
			02	Control y vigilancia del agua	337,803.00
			03	Control y vigilancia de excretas, desechos sólidos y aguas residuales	31,439.00
			04	Control y vigilancia de los alimentos y medicamentos	13,459,410.00

Fuente: Unidad de Administración Financiera UDAF del Minsalud. Año 2004

Tabla No. 3 (Continuación)
Estructura Programática Presupuestaria del Ministerio de
Salud Pública y Asistencia Social para el Año 2004
(Cifras en Quetzales)

Prg.	Subp.	Proy.	A/O	Descripción	Presupuesto Aprobado
	02	000		<i>Control y vigilancia de establecimientos y acciones conexas</i>	2,534,179.00
				Sin proyecto	
			O1	Control y vigilancia de establecimientos comerciales, industriales y de servicios	23,710.00
			O2	Control y vigilancia de cementerios y manejo de cadáveres	2,499,255.00
			O3	Control y vigilancia de urbanizaciones y viviendas	11,214.00
13				<u>Servicios de salud a las personas</u>	<u>1,451,331,639.00</u>
	00	000		<i>Sin subprograma</i>	107,715,145.00
				Sin proyecto	
			O1	Extensión de cobertura	72,032,026.00
			O2	Rehabilitación y equipamiento red nacional de servicios	35,683,119.00
	01	000		<i>Servicios de promoción y prevención</i>	488,082,070.00
				Sin proyecto	
			O1	Gestión administrativa	300,384,360.00
			O2	Educación y comunicación	9,202,846.00
			O3	Vigilancia epidemiológica e información	2,236,191.00
			O4	Diagnóstico, acciones específicas y tratamiento	111,114,451.00
			O5	Asistencia a desarraigados y desmovilizados	4,000,000.00
			O6	Cooperación AID	13,430,265.00
			O8	Cooperación BID/Mejoramientos de los servicios de salud	44,475,000.00
			11	Asistencia a discapacitados	1,000,000.00
			12	Medicina popular tradicional	2,238,957.00
	02	000		<i>Servicios de recuperación y rehabilitación de la salud</i>	855,534,424.00
				Sin proyecto	
			O1	Gestión administrativa	613,418,749.00
			O2	Servicios de hospitalización	196,153,634.00
			O3	Servicios de consulta externa	16,650,928.00
			O4	Servicios de emergencias	29,311,113.00

Fuente: Unidad de Administración Financiera UDAF del Minsalud. Año 2004

Tabla No. 3 (Continuación)
Estructura Programática Presupuestaria del Ministerio de
Salud Pública y Asistencia Social para el Año 2004
(Cifras en Quetzales)

Prg.	Subp.	Proy.	A/O	Descripción	Presupuesto Aprobado
14				<u>Proyectos de infraestructura de salud</u>	<u>69,274,257.00</u>
	00	000		<i>Sin subprograma</i>	3,103,436.00
				<i>Sin proyecto</i>	
	01	001	01	Dirección y coordinación	3,103,436.00
				<i>Construcción, remozamiento y ampliación de edificios de salud</i>	66,170,821.00
				Construcción y equipamiento de hospitales	
			52	Hospital nacional de El Progreso, Guastatoya	7,892,000.00
			55	Hospital de Amatitlán, módulo materno infantil	5,670,000.00
			56	Sistema eléctrico, hospital general San Juan de Dios	3,000,000.00
			57	Remozamiento, rehabilitación, construcción y supervisión, hospital general San Juan de Dios, Guatemala	8,400,000.00
			58	Diseño y supervisión, remodelación, rehabilitación, hospital nacional de Amatitlán	0.00
			61	Construcción y equipamiento, hospital regional de Jalapa	0.00
			62	Construcción hospital nacional de Puerto Barrios	16,458,821.00
			65	Construcción pozo incineración de desechos hospitalarios, hospital nacional de Infectología	0.00
			66	Reparación y readecuación, hospital nacional Rodolfo Robles, Quetzaltenango	0.00
			67	Reparación hospital nacional de Huehuetenango	0.00
			68	Reparación hospital nacional de Mazatenango, Suchitepequez	0.00
			69	Reparación hospital nacional de Quiché	0.00
			70	Reparación hospital nacional de San Marcos	0.00
			77	Hospital de Ixcán, Quiché	0.00
			80	Construcción hospital de Poptún, Petén	24,750,000.00
99				<u>Partidas no asignables a programas</u>	<u>83,122,482.00</u>
	00	000		<i>Sin subprograma</i>	
				<i>Sin proyecto</i>	
			01	Cuotas a organismos nacionales e internacionales y entidades de asistencia social	83,122,482.00

Fuente: Unidad de Administración Financiera UDAF del Minsalud. Año 2004

En el esquema presentado, se observan los programas generales que integran la estructura programática presupuestaria actual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dichos programas se detallan a continuación:

- *Actividades centrales (Programa 01)*
- *Desarrollo del recurso humano (Programa 11)*
- *Mejoramiento de las condiciones de salud y ambiente (Programa 12)*
- *Servicios de salud a las personas (Programa 13)*
- *Proyectos de infraestructura de salud (Programa 14)*
- *Partidas no asignables a programas (Programa 99)*

2.2.1 Actividades centrales (Programa 01)

Es un programa único que por sus características únicas de apoyo y de carácter administrativo no es obligatorio para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el tener que llevar un control específico y registrar la producción bruta terminal o metas que se deriven de las acciones realizadas con los recursos financieros asignados al mismo. En éste programa se incluyen actividades como: rectoría y coordinación sectorial e institucional, gerencia general, sistema integral de atención en salud, regulación, vigilancia y control de la salud, administración del recurso humano, programa nacional de control y prevención del SIDA, vigilancia y recuperación nutricional materno infantil.

Las actividades registradas en el programa de actividades centrales no producen bienes o servicios que puedan ser cuantificables para ser considerados como metas físicas debido a que son unidades de apoyo al despacho ministerial.

2.2.2 Desarrollo del recurso humano (Programa 11)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con la estrategia de programas para formar personal técnico y profesional en salud, lo cual realiza en forma conjunta con universidades privadas y otras instituciones del país; en ese sentido se espera

disminuir la mortalidad y morbilidad en todos los niveles de los servicios de salud, así como mejorar la calidad en la prestación de los mismos y en la ampliación de la cobertura a nivel nacional.

Para lograr lo anterior, se tiene en la estructura las actividades de formación y capacitación que es donde se asignan los recursos financieros para desarrollar las acciones indicadas anteriormente, principalmente en las escuelas formadoras de personal.

2.2.3 Mejoramiento de las condiciones de salud y ambiente (Programa 12)

Este programa general está creado para prevenir el daño a la salud de las personas, en virtud que la baja cobertura en agua y saneamiento al que tiene acceso la población en general, incide directamente en el aumento de las enfermedades, ya que en ausencia de controles en la prestación de los servicios básicos se da lugar a la contaminación de las fuentes de agua (ríos, lagos, manantiales, entre otros), lo cual actualmente está causando serios daños en la salud de la población.

Es importante indicar que las poblaciones que cuentan con los servicios de agua y saneamiento, requieren un seguimiento de los proyectos en el ámbito de control y vigilancia, con el fin de tenerlos en un nivel óptimo para poder brindar agua potable y que los sistemas de evacuación de excretas y aguas residuales no constituyan un foco de contaminación.

Este programa cuenta con dos subprogramas: *Control y vigilancia del medio*, el cual comprende las actividades de: control y vigilancia de riesgos ambientales; del agua; de excretas, desechos sólidos y aguas residuales, alimentos y medicamentos; el subprograma de *Control y vigilancia de establecimientos y acciones conexas*, está integrado por las actividades de: control y vigilancia de establecimientos comerciales, industriales y de servicios; cementerios y manejo de cadáveres; urbanizaciones y viviendas.

2.2.4 Servicios de salud a las personas (Programa 13)

Este programa está orientado a cubrir todo lo relacionado con la prestación de servicios de salud a la población, comprende las actividades de extensión de cobertura, rehabilitación y equipamiento de la red nacional de servicios, los cuales tienen como propósito fundamental la contratación de servicios de salud a través de ONGs y la adquisición de todo tipo de equipo necesario en la red hospitalaria nacional, centros y puestos de salud.

En el subprograma de *Servicios de promoción y prevención* figuran las actividades siguientes:

- Gestión administrativa
- Educación y comunicación
- Vigilancia epidemiológica e información
- Diagnóstico, acciones específicas y tratamiento
- Asistencia a desarraigados y desmovilizados
- Asistencia a discapacitados
- Cooperación BID/Mejoramiento de los servicios de salud
- Medicina popular tradicional
- Cooperación AID

Las primeras cuatro actividades específicas están registradas en la estructura programática presupuestaria de las diferentes áreas de salud, el resto únicamente pueden visualizarse en la estructura aprobada al nivel central exceptuando la última que se refleja en los presupuestos de las ocho áreas de salud involucradas en el convenio suscrito con la Agencia Interamericana de Desarrollo (AID).

El subprograma: *Servicios de recuperación y rehabilitación de la salud*, incluye:

- Gestión administrativa
- Servicios de hospitalización
- Consulta externa
- Emergencias

Las actividades específicas indicadas anteriormente están dirigidas exclusivamente a la red hospitalaria nacional.

2.2.5 Proyectos de infraestructura de salud (Programa 14)

Es el programa responsable de la planificación y ejecución de los proyectos de construcción, ampliación, mejoramiento, reconstrucción, mantenimiento de la infraestructura de la red hospitalaria, centros y puestos de salud en todo el territorio nacional. Tiene registradas las actividades de: dirección y coordinación y cuenta con recursos financieros para las gestiones administrativas de la unidad ejecutora; adicionalmente se registra el subprograma: *Construcción, remozamiento y ampliación de edificios de salud*, el cual tiene las siguientes actividades u obras:

- Hospital nacional de El Progreso Guastatoya
- Hospital nacional de Amatitlán módulo materno infantil
- Sistema eléctrico hospital general San Juan de Dios Guatemala
- Remozamiento, rehabilitación, construcción y supervisión hospital general San Juan de Dios Guatemala
- Diseño, supervisión, remodelación y rehabilitación hospital nacional de Amatitlán
- Construcción y equipamiento hospital nacional de Jalapa
- Construcción hospital nacional de Puerto Barrios
- Construcción pozo incineración de desechos hospitalarios hospital nacional de Infectología
- Reparación y readecuación hospital Rodolfo Robles Quetzaltenango
- Reparación hospital nacional de Huehuetenango
- Reparación hospital nacional de Mazatenango, Suchitepequez
- Reparación hospital nacional de Quiché
- Reparación hospital nacional de San Marcos
- Hospital de Ixcán, Quiché
- Construcción hospital nacional de Poptún, Petén.

Es importante indicar que no todas las actividades registradas en este programa general tienen recursos financieros asignados debido a que algunas son obras aprobadas en ejercicios fiscales anteriores y debido a que la estructura programática presupuestaria no está actualizada todavía pueden observarse las mismas.

2.2.6 Partidas no asignables a programas (Programa 99)

En este programa general se registran los recursos financieros destinados a ser trasladados como aportes a organizaciones y entidades de servicio social que de una u otra forma prestan servicios de salud a la población guatemalteca ya sea ésta general o especializada; asimismo se consideran recursos para dar cumplimiento a los aportes que se realizan a favor de organizaciones internacionales o bien derivados de la firma de convenios y compromisos de gobierno. En este programa únicamente está registrada la actividad: cuotas a organismos nacionales e internacionales y entidades de asistencia social.

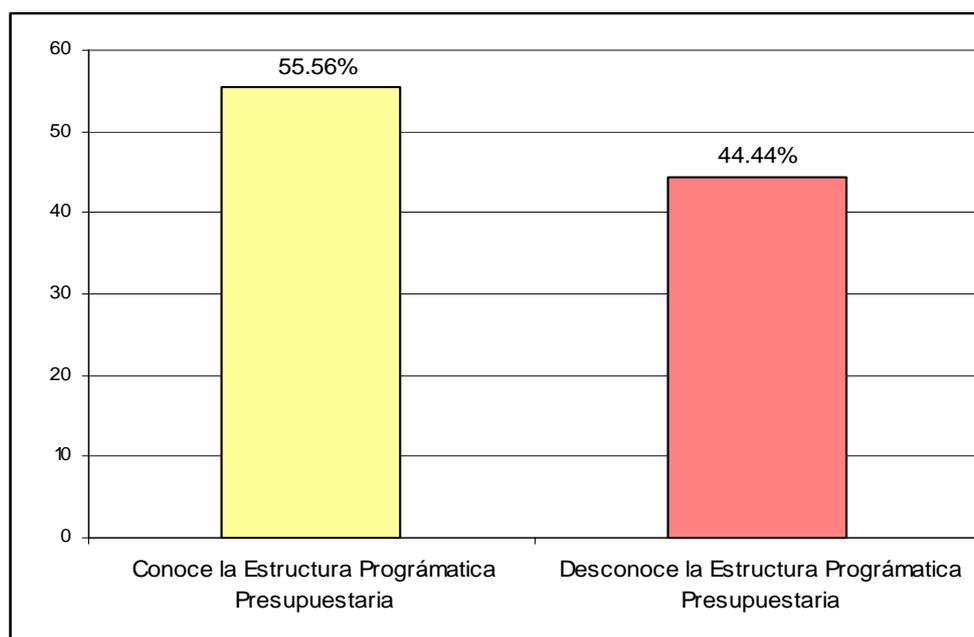
La actual estructura programática presupuestaria cuenta con programas generales que son los descritos anteriormente, en éstos se registran actividades específicas que permiten canalizar recursos financieros a las dependencias que conforman el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con el objetivo de desarrollar las acciones orientadas al sector salud en todo el país, tomando como base lo establecido en el plan operativo anual elaborado por las diferentes unidades ejecutoras anualmente en donde se incluyen los recursos para adquirir los insumos indispensables en hospitales nacionales, centros y puestos de salud, sin embargo, su principal deficiencia es que no incluye los programas prioritarios de salud país como actividades específicas, lo cual provoca problemas para desarrollar a cabalidad las acciones de cada uno de éstos en los diferentes Departamentos del país, ya que como no se encuentran en dicha estructura no tienen una asignación específica, así también se desconoce la cantidad de recursos financieros invertidos en la población a través de acciones concretas.

Como ejemplo de lo descrito anteriormente, según el trabajo de campo desarrollado, se puede citar el caso del programa prioritario: *Nacional de prevención y control de*

ITS/VIH/SIDA: si una persona desea saber cuanto de dinero invirtió el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en acciones relacionadas con la enfermedad de SIDA durante el año 2003 en el departamento de Quetzaltenango, este monto no se puede proporcionar debido a que el programa no aparece en la estructura programática presupuestaria de las áreas de salud, provocando lo anterior, que se proporcione información no real, poco documentada y en algunos casos simplemente se indica que no existe la información porque no está registrado el programa en la estructura programática presupuestaria.

En la investigación realizada se obtuvieron los siguientes datos:

Gráfica No. 2
Proporción de entrevistados que conocen o desconocen la Estructura Programática Presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004



Fuente: Elaboración propia con base a datos obtenidos en entrevista. Año 2004

Según lo que muestra la gráfica anterior, el 55.56% de los entrevistados conocen en términos generales la estructura programática presupuestaria y el 44.44% la desconocen, de lo anterior se puede indicar que aunque es la mayoría de los

entrevistados que conocen la estructura programática presupuestaria, cada uno de ellos utiliza un procedimiento diferente para obtener los recursos financieros que se requieren para desarrollar las acciones programadas, ya que manifiestan estar concientes que la misma no satisface las necesidades que debe cubrir el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a nivel nacional, razón por la cual no se logra llevar a cabo todas las actividades que demanda la población en aspectos de salud.

El porcentaje de entrevistados que desconoce dicha estructura simplemente se limita a realizar lo que está en sus posibilidades, sin preocuparse por cumplir con las acciones que están plasmadas en el plan operativo anual, justificándose con la falta de recursos financieros indispensables para llevar a cabo dichas acciones, por lo que manifiestan que no es responsabilidad de ellos si no de las máximas autoridades.

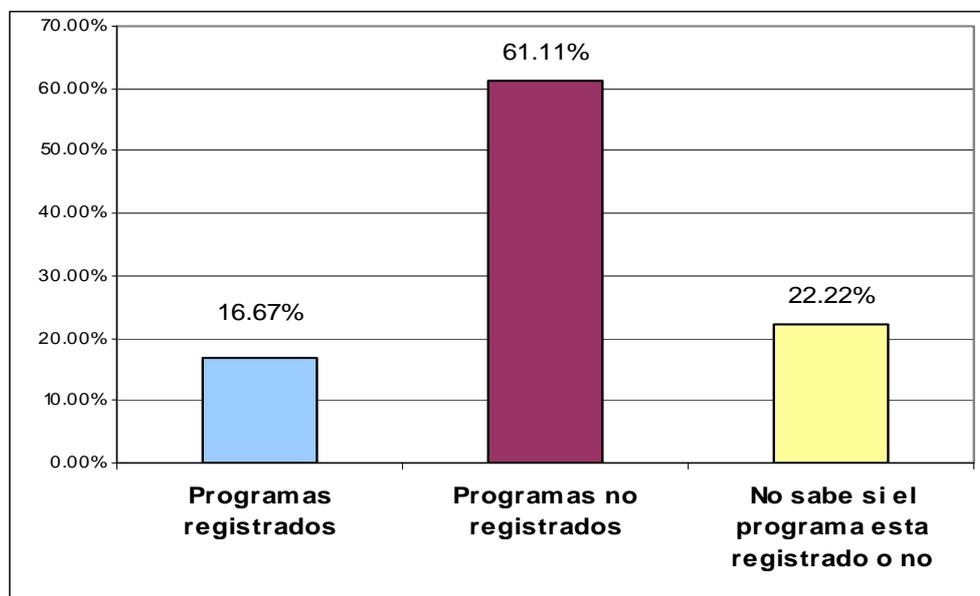
A pesar de lo indicado, expresan su preocupación debido a que es la población de escasos recursos la que acude a los servicios públicos de salud así también reconocen que el Estado tiene la obligación de proporcionar todo lo relacionado con el tema de salud, sin embargo, no se le asignan los recursos financieros que se necesitan.

2.3 Programas prioritarios de salud país y la estructura programática presupuestaria

En la actual estructura programática presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se observa la falta de registro de los programas prioritarios de salud que ejecuta, lo cual genera diversos cuestionamientos por parte de autoridades, otras instituciones e investigadores, ya que según el plan nacional de salud para sustentar las políticas y enfrentar los problemas de salud se han realizado esfuerzos para desarrollar acciones que estén dirigidas a las comunidades de todo el país con el objetivo principal de mejorar las condiciones de vida de la población en general.

En la siguiente gráfica se observa el porcentaje de programas prioritarios que actualmente están registrados en la estructura programática presupuestaria, así como los que no han sido incorporados.

Gráfica No. 3
Porcentaje de los programas prioritarios registrados en la actual
Estructura Programática Presupuestaria del Ministerio de
Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004



Fuente: Elaboración propia con base a datos obtenidos en entrevista. Año 2004

De acuerdo a lo que muestra la gráfica anterior, el 16.67% de los entrevistados expone que el programa prioritario que coordina si está registrado en la estructura programática presupuestaria porque conoce la cantidad de recursos financieros que están destinados a cubrir anualmente las acciones que realiza el programa que tiene a su cargo, estos son: Programa nacional de prevención y control de ITS/VIH/SIDA, Seguridad alimentaria y nutricional, Medicina popular, tradicional y alternativa; el 22.22% exponen no saber si el programa que coordinan tiene recursos asignados y si está registrado en la estructura; el 61.11% manifiestan que no existe ninguna asignación presupuestaria que esté destinada directamente a cubrir las acciones que tienen planificadas por lo tanto no aparecen en la estructura programática presupuestaria.

Los programas prioritarios de salud país que ha implementado el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y que se encuentran plasmados en el plan nacional de salud para dar respuesta a las necesidades de la población en términos de salud se detallan a continuación:

- Nacional de inmunizaciones
- Atención a niños, niñas y adolescentes
- Adulto mayor y personas con discapacidad
- Infecciones respiratorias agudas (Ira´s)
- Enfermedades transmitidas por agua y alimentos
- Enfermedades transmitidas por vectores
- Rabia y otras zoonosis
- Tuberculosis
- Nacional de prevención y control de ITS/VIH/SIDA
- Salud mental
- Enfermedad bucodental
- Enfermedades crónicas y degenerativas
- Salud laboral
- Población migrante
- Medicina transfusional y bancos de sangre
- Medicina popular, tradicional y alternativa
- Salud reproductiva

A continuación se detalla la situación actual de cada uno de los programas prioritarios, para lo cual se elaboró un análisis de las acciones programadas y ejecutadas durante el año 2004, así como la diferencia por persona y en quetzales respecto a la programación y ejecución.

Es importante indicar que la información incluida en los cuadros se refleja a nivel nacional y consolidado en virtud que cada rubro está conformado por una serie de acciones que se realizan con los entes involucrados.

2.3.1 Nacional de inmunizaciones

Las acciones planificadas y realizadas por este programa prioritario se visualizan a continuación:

Cuadro No. 1
Programación y Ejecución de Acciones del
Programa Prioritario “Nacional de Inmunizaciones”
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Acciones	Programación			Ejecución		Diferencia	
	Meta de personas a atender	Recursos Necesarios	Inversión por Persona	Personas atendidas	Inversión por Personas atendidas	(Por persona)	(En Quetzales)
Total	4,691,591	Q5,352,538.00	Q1.14	4,249,273	Q4,844,043.77	442,318	Q508,494.23
Neonato							
Niños y niñas con esquemas completos de vacunación.	889,318	Q1,023,995.00	Q1.15	800,386	Q921,595.50	88,932	Q102,399.50
Lactante							
Niños y niñas con esquemas completos de vacunación.	2,017,350	Q1,865,886.00	Q0.92	1,835,789	Q1,697,956.26	181,562	Q167,929.74
Niñez							
Niños y niñas con esquemas completos de vacunación.	1,032,473	Q1,058,466.00	Q1.03	934,388	Q957,911.73	98,085	Q100,554.27
Atención a los niños y niñas con enfermedades inmunoprevenibles.	752,450	Q1,404,191.00	Q1.87	678,710	Q1,266,580.28	73,740	Q137,610.72

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

De acuerdo a la información del cuadro anterior se programó atender a cuatro millones seiscientos noventa y un mil quinientos noventa y un personas, sin embargo no se atendió al cien por ciento de las mismas en las jornadas realizadas tal y como fue establecido en el proceso de formulación del anteproyecto de presupuesto debido a que no fueron asignados los recursos financieros indispensables para cumplir con lo programado.

Es importante indicar que el procedimiento utilizado actualmente para la programación de recursos financieros es el siguiente: La coordinadora de este programa elabora el plan operativo anual en el cual detalla el número de personas a atender, así como los montos necesarios para llevar a cabo dos jornadas de vacunación en el año y el personal temporal que requerirá para cubrir dichas jornadas, éste documento es presentado a la Gerencia General, quien lo incluye en el anteproyecto de presupuesto y lo remite a la Dirección Técnica del Presupuesto para el análisis y aprobación correspondiente.

Al aprobarse el presupuesto del ejercicio fiscal, la coordinadora del programa espera que se le informe por escrito cuánto fue aprobado para adquirir las vacunas que se necesitan en los centros y puestos de salud, como no recibe ningún documento que contenga la cantidad disponible en quetzales o el presupuesto aprobado para inmunizaciones, informa nuevamente que requiere la cantidad solicitada en el plan operativo anual, ya que de lo contrario no podrá cubrir las jornadas de vacunación que tiene planificadas y las existencias mínimas que deben tener los centros y puestos de salud.

En la actual estructura programática presupuestaria no se observa dicho programa prioritario, los recursos financieros son asignados a una partida presupuestaria que puede visualizarse a nivel central; el despacho de uno de los viceministros es el autorizado para suscribir un convenio con la Organización Panamericana de la Salud, quien es la responsable de suministrar todas las vacunas hacia los hospitales, centros y puestos de salud.

Por su parte, la coordinadora del programa en mención informa a la Gerencia General del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la cantidad de insumos entregados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y a cuanto asciende para que se busquen las fuentes de financiamiento y se proceda al pago respectivo.

Según datos obtenidos de la Unidad de Administración Financiera del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el año 2004 se aprobaron Q.59.8 millones, específicamente para el renglón 472 "*Transferencias a organismos e instituciones internacionales*", sin embargo éste tuvo un recorte por la cantidad de Q.22.5 millones que fue necesario realizar para cubrir la deuda flotante de la red hospitalaria nacional por concepto de medicamentos adquiridos en el año 2003, así mismo se tenía una deuda de Q.6.0 millones correspondiente a vacunas despachadas durante el año 2003.

Es importante indicar que con el recorte y cubriendo la deuda mencionada, aún existían los recursos financieros requeridos para dar cumplimiento a la programación realizada, lo cual no fue así ya que los fondos fueron utilizados para cubrir otros aspectos relacionados con adquisición de medicamentos para los hospitales nacionales, compra de bienes, entre otros.

Uno de los aspectos importantes que manifiestan los entrevistados es que la meta más importante que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se ha propuesto en los últimos años, está su interés por vacunar en todos los departamentos del país, prueba de ello es que a partir del año 2001 después de veintisiete años sin cambio en el tipo de vacuna que se utilizaba, el gobierno introduce una nueva vacuna (sarampión, paperas y rubéola -SPR-), para lo cual durante los años 2001, 2002 y 2003 se han capacitado para cumplir con todos los pasos para una vacunación efectiva a quinientos setenta trabajadores del nivel básico en las áreas de salud, municipios y distritos.

Todo ello ha permitido planificar, coordinar y llevar a cabo acciones que conllevan a obtener los siguientes logros: Cobertura de vacunación por arriba del 90% anualmente, se ha mantenido la erradicación de la poliomielitis en el país, no se ha diagnosticado

ningún caso de sarampión, el tétanos neonatal ha disminuido a un mínimo de tres casos en el año 2002, entre otros. Los resultados obtenidos de lo descrito anteriormente pueden observarse a continuación:

Cuadro No. 2
Resumen de Enfermedades Inmunoprevenibles
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Años 2001 – 2004

Año	Poliomielitis	Sarampión	Tos Ferina	Tétanos N.	Difteria	Meningitis TB
2001	0	0	441	8	0	9
2002	0	0	268	6	0	5
2003	0	0	194	3	0	5
2004	0	0	87	2	0	3

Fuente: Sistema de información gerencial en salud del Minsalud. Año 2004

Según información obtenida, se evidencia que los recursos financieros asignados para cubrir las necesidades de este programa prioritario han sido suficientes para atender a la población en general, sin embargo, debido a que la asignación está en un bolsón general y no específicamente para este programa prioritario, se han utilizado los recursos para cubrir otros compromisos y no se ha atendido al total de los pacientes programados.

Lo anterior provoca que a muchos niños y niñas no se les suministren las vacunas indispensables en el momento oportuno, lo cual traerá consecuencias graves a la población principalmente a la que se encuentra en extrema pobreza ya que padecerán de enfermedades crónicas en el futuro, así también muchos morirán por causas que pueden ser prevenidas, también se arrastrarán deudas para el siguiente ejercicio fiscal.

Otro factor importante es que en muchas oportunidades se requiere conocer la cantidad exacta que se ha desembolsado por concepto de vacunas lo cual resulta difícil identificar, ya que en ocasiones los pagos son cargados a la partida indicada anteriormente y otras veces se busca cualquier otra actividad específica donde se haya

creado el renglón 472 y si tiene asignación se operan los pagos aunque esa disponibilidad este prevista para cubrir otros asuntos.

Lo indicado anteriormente se ha presentado principalmente cuando la institución que provee los insumos ha informado que ya no puede continuar despachando porque se ha llegado a tener atrasos en los pagos hasta de un año, es en ese momento cuando se afectan partidas presupuestarias que no tienen ninguna relación con los gastos en que incurre este programa prioritario.

2.3.2 Atención a niños, niñas y adolescentes

Según investigación realizada se determinó que no existe en la estructura programática presupuestaria este programa como tal, tampoco una partida presupuestaria en la cual se tenga una asignación aprobada para cubrir las necesidades de este programa. Los problemas más comunes se detallan en la tabla siguiente:

Tabla No. 4
Problemas más comunes de salud en niños, niñas y adolescentes
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Tema	Problemas comunes
Pediatría	Diarreas, neumonías, infecciones respiratorias, inmunizaciones, desnutrición, parasitismo intestinal, entre otros.
Dermatología	Acné
Salud mental	Trastornos en el rendimiento académico, en la conducta, alcoholismo, angustia, depresión, riesgo suicida, psicosis, obesidad, masturbación, entre otros.
Ginecología	Embarazos en adolescentes, trastornos menstruales, pubertad retrasada, violación, abortos, entre otros.

Fuente: Boletín epidemiológico nacional del Minsalud. Año 2004

Los problemas detallados anteriormente son los que se presentan comúnmente y sobre la base de los cuales se programan las acciones a realizar. A continuación se detallan las acciones programadas y ejecutadas por este programa prioritario durante el año 2004:

Cuadro No. 3
Programación y Ejecución de Acciones del
Programa Prioritario “Atención a Niños, Niñas y Adolescentes”
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Acciones	Programación			Ejecución		Diferencia	
	Meta de personas a atender	Recursos Necesarios	Inversión por Persona	Personas atendidas	Inversión por Personas atendidas	(Por persona)	(En Quetzales)
Total	1,214,747	Q7,622,017.00	Q6.27	950,714	Q5,988,013.83	264,033	Q1,634,003.17
<u>Niños y niñas</u>							
Pediatría	369,375	Q3,360,396.00	Q9.10	295,500	Q2,688,316.80	73,875	Q672,079.20
<u>Adolescentes</u>							
Dermatología	214,117	Q1,030,536.00	Q4.81	160,588	Q772,902.00	53,529	Q257,634.00
Salud mental	203,245	Q1,288,106.00	Q6.34	156,499	Q991,841.62	46,746	Q296,264.38
Ginecología	428,010	Q1,942,979.00	Q4.54	338,128	Q1,534,953.41	89,882	Q408,025.59

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

El cuadro anterior refleja que se tuvo un déficit de Q.1.6 millones para dar cumplimiento a la programación realizada, lo cual representa que más de doscientos mil niños, niñas y adolescentes no recibieran la atención adecuada y tratamiento necesario para sus enfermedades.

Es importante indicar que cuando son agotados los recursos asignados en el bolsón general el responsable de este programa prioritario coordina con los directores de las áreas de salud para que los recursos financieros que necesita para llevar a cabo todas las acciones planificadas puedan ser contemplados en el presupuesto que se elabora para el área de salud, agregando a varias partidas presupuestarias la cantidad que requiere este programa prioritario lo cual en muchas oportunidades no es aprobada. Cuando eso sucede, el área de salud debe sacrificar otras asignaciones, como por ejemplo: Los rubros de mantenimientos a los edificios o instalaciones para apoyar en las actividades que se programan. Si el área de salud no tiene asignaciones disponibles el coordinador del mismo gestiona ante las autoridades entiéndase gerencia general, consejo técnico, entre otros; para que le autoricen la cantidad de recursos que hacen falta. Si es válida la justificación que manifiesta se le solicita que haga un planteamiento formal al presentarlo se analizan las actividades que ha planificado desarrollar, la disponibilidad que tiene el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y los compromisos que ya ha adquirido normalmente si el requerimiento es presentado en el transcurso del primer semestre del año en un 85% de los casos se autoriza la cantidad solicitada de lo contrario se autoriza el 50% siempre y cuando sea justificable y razonable el monto requerido.

A lo anterior es indispensable agregar que según entrevista realizada al coordinador de este programa prioritario, considera que los recursos financieros asignados no tienen ninguna correspondencia con las acciones plasmadas en el plan operativo anual ya que cuando reciben el presupuesto los montos no han sido aprobados de la forma en que fueron programados, manifestando que de manera urgente debería tomarse el tiempo necesario para actualizar la estructura programática en la cual se registren los programas prioritarios que se han plasmado en el plan nacional de salud, de lo contrario

no es valido el esfuerzo que se realiza constantemente para reducir el número de enfermedades que afecta a la población, principalmente a los niños, niñas y adolescentes.

2.3.3 Adulto mayor y personas con discapacidad

Según el estudio realizado, este programa prioritario no figura en la estructura programática presupuestaria, por lo tanto el procedimiento utilizado por el coordinador del mismo para la obtención de los recursos financieros, es solicitar por escrito cada tres meses a la Gerencia Administrativa Financiera la cantidad que considera indispensable para cubrir las necesidades en el interior del país.

En la solicitud que presenta indica la cantidad que requiere por departamento y renglón presupuestario con el objetivo que al momento de autorizar la cantidad requerida si es que se aprueba en su totalidad o parcial se realice una transferencia presupuestaria para las direcciones de áreas de salud para lo cual se coordina con cada una indicándoles que los incrementos que visualizarán en las partidas indicadas en la solicitud sean reservadas exclusivamente para cubrir los gastos en que incurra cada centro y puesto de salud en las actividades programadas a la vez entrega al Director y Gerente Administrativo Financiero del área de salud una copia de la modificación presupuestaria autorizada para que visualicen la cantidad aprobada.

Si se presenta el caso en el que no se autoriza el monto solicitado el responsable del programa tiene que coordinar con el Director para que del presupuesto autorizado al área de salud se le apoye en las acciones que tiene planificado atender, ya que no cuenta con los recursos financieros indispensables para dar cumplimiento a la planificación elaborada.

La programación realizada para el año 2004 y las acciones ejecutadas se reflejan en el siguiente cuadro, así como el número de pacientes que no fue posible atender y la cantidad de recursos financieros que no fueron aprobados.

Cuadro No. 4
Programación y Ejecución de Acciones del
Programa Prioritario “Adulto Mayor y Personas con Discapacidad”
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Acciones	Programación			Ejecución		Diferencia	
	Meta de personas a atender	Recursos Necesarios	Inversión por Persona	Personas atendidas	Inversión por Personas atendidas	(Por persona)	(En Quetzales)
Total	756,111	Q2,515,805.00	Q3.33	573,001	Q1,876,821.55	183,110	Q638,983.45
Provisión del Tratamiento de ITS a personas afectadas	47,573	Q218,610.00	Q4.60	40,437	Q185,818.50	7,136	Q32,791.50
Atención a enfermedades prevalentes (diarrea, anemia, desnutrición, hambre, etc.)	289,423	Q693,091.00	Q2.39	228,644	Q547,541.89	60,779	Q145,549.11
Atención de adultos mayores con enfermedades osteo musculares	66,085	Q128,100.00	Q1.94	49,564	Q96,075.00	16,521	Q32,025.00
Atención de adultos mayores con enfermedad péptica	87,587	Q315,314.00	Q3.60	66,566	Q239,638.64	21,021	Q75,675.36
Atención de adultos mayores con ETAS	38,903	Q451,851.00	Q11.61	25,287	Q293,703.15	13,616	Q158,147.85
Atención de adultos mayores con IRAS	170,474	Q453,738.00	Q2.66	119,332	Q317,616.60	51,142	Q136,121.40
Personas con discapacidad	56,066	Q255,101.00	Q4.55	43,171	Q196,427.77	12,895	Q58,673.23

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

A pesar que el coordinador de este programa prioritario constantemente esta presentando solicitudes para gestionar los fondos que requiere para dar cumplimiento a la atención de los pacientes que visitan los centros y puestos de salud, no se le han autorizado los montos que ha solicitado por lo que no se ha dado cumplimiento a la programación realizada ya que se ha dejado de atender a ciento ochenta y tres mil ciento diez adultos mayores y personas con discapacidad, lo que implica que muchos de ellos mueran por la falta de atención y medicamentos para tratar sus malestares ya que en la mayoría de los casos reciben tratamiento únicamente para alargar su tiempo de vida no así para curarse en tu totalidad, debido a que acuden a los servicios de salud con enfermedades avanzadas lo cual implica ya no poder hacer mucho por ellos.

El procedimiento indicado anteriormente según el coordinador de este programa prioritario, representa problemas muy serios para realizar las actividades relacionadas con las enfermedades que afectan a los adultos mayores, así como para impartir la capacitación y monitoreo a los equipos de los servicios de salud en los aspectos preventivos de la discapacidad y de las enfermedades fatales, charlas educativas sobre conocimientos básicos de la atención a la discapacidad para evitar un sinnúmero de enfermedades que pueden acortar la vida de estas personas.

En un estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el año 2002, se detectó que en el área rural la mayoría de los adultos mayores padecen de las mismas enfermedades que sufren los niños de 0 a 5 años, como son las diarreas, enfermedades respiratorias, anemia, desnutrición y hambre.

De acuerdo a la investigación realizada se obtuvieron datos relacionados con las personas de la tercera edad en Guatemala, encontrándose que un alto porcentaje no tiene ninguna pensión en materia de salud y previsión social porque la mayoría, habiéndose dedicado a la agricultura no estuvo incorporada a un empleo remunerado, lo cual los afecta directamente ya que obligadamente deben acudir a los servicios de salud pública porque sus ingresos no les permiten visitar un hospital privado donde

puedan ser bien atendidos. A continuación se detallan algunos relacionados con este programa prioritario:

Tabla No. 5
Información relacionada con el adulto mayor
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Descripción	Personas
Personas de la tercera edad comprendidos desde los 60 años en adelante que viven en pobreza.	713,780
Adultos mayores que no reciben ninguna pensión económica	550,000
Personas Indígenas en todo el país que pertenecen al sector de la tercera edad y que son tratados con respeto y vistos como fuente de sabiduría.	249,823
Adultos mayores que viven en hogares para ancianos.	1,665

Fuente: Boletín epidemiológico nacional del Minsalud. Año 2004

Del total de personas de la tercera edad que viven en Guatemala, el 50.4% son mujeres y el 49.6% son hombres. Según la información registrada en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el 45.5% de la población arriba de los 60 años es pobre y de ésta el 10% se encuentra en extrema pobreza. Un estudio realizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en el año 2002 indica que sólo 78,962 ancianos son pensionados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Según información proporcionada por el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para un limitado número de personas de la tercera edad existe la opción de los asilos. En Guatemala existen 68 hogares para ancianos, de los cuales sólo uno es estatal administrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de los 67 restantes, 26 son privados y 41 funcionan a través de donaciones en su mayoría aportadas por personas particulares.

2.3.4 Infecciones respiratorias agudas (Ira's)

Según registros del Sistema de Información General en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las infecciones respiratorias agudas han sido la

primera causa de morbilidad reportadas por los servicios de salud en los años 2001, 2002 y 2003. A continuación se visualiza el siguiente cuadro con información del 2004:

Cuadro No. 5
Morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas
Por Áreas de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

No.	Área de Salud	Población	No. de Casos	%
	Total	11,237,196	1,047,247	9.32
1	Guatemala	2,541,581	174,676	6.87
2	El Progreso	139,490	26,028	18.66
3	Sacatepequez	248,019	43,643	17.60
4	Chimaltenango	446,133	49,309	11.05
5	Escuintla	538,746	99,489	18.47
6	Santa Rosa	301,370	52,583	17.45
7	Sololá	307,661	27,771	9.03
8	Totonicapán	339,254	25,321	7.46
9	Quetzaltenango	624,716	18,744	13.0
10	Suchitepequez	403,945	29,867	7.39
11	Retalhuleu	241,411	29,089	12.05
12	San Marcos	794,951	42,407	5.33
13	Huehuetenango	846,544	43,803	5.17
14	Quiché	595,101	49,400	8.30
15	Ixcán	60,409	7,179	11.88
16	Alta Verapaz	776,246	79,443	10.23
17	Baja Verapaz	216,441	28,824	13.32
18	Petén Norte	103,678	14,924	14.39
19	Petén Sur Oriente	123,636	22,733	18.39
20	Petén Sur Occidente	138,895	11,693	8.42
21	Izabal	314,306	32,703	10.40
22	Chiquimula	302,485	39,438	13.04
23	Zacapa	200,167	33,268	16.62
24	Jalapa	242,926	16,140	6.64
25	Jutiapa	389,085	48,772	12.54

Fuente: Boletín epidemiológico nacional del Minsalud. Año 2004

Según registros publicados en el boletín epidemiológico nacional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social las áreas de salud de El Progreso, Escuintla, Petén Sur oriente, Sacatepequez y Santa Rosa muestran un porcentaje mayor de morbilidad por infecciones respiratorias agudas a nivel nacional.

Es importante indicar que a pesar que éste es un programa prioritario importante no se ha incluido en la estructura programática presupuestaria simplemente las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social han girado instrucciones a las Direcciones de áreas de salud de todos los departamentos del país para que al momento de elaborar el plan operativo anual, sea incluido en el programa general: “*Servicios de salud a las personas*” la cantidad de recursos financieros necesarios para llevar a cabo directamente en las comunidades las acciones que ayuden a prevenir las enfermedades respiratorias.

En la investigación realizada se pudo determinar que a pesar que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha girado instrucciones a nivel nacional para que se programen los recursos financieros necesarios para dar cumplimiento a las acciones planificadas en este programa prioritario, dichos recursos no han sido asignados en su totalidad y los pocos que han sido aprobados están en un bolsón general difíciles de identificar por lo que en su mayoría no se ha dado cumplimiento en un cien por ciento a las acciones planificadas y que están relacionadas con la atención directa a los pacientes afectados con infecciones respiratorias agudas que en su mayoría son niños y niñas.

Lo indicado anteriormente puede observarse en el cuadro consolidado que se presenta a continuación en el cual se visualiza la situación de este programa prioritario para el año 2004, ya que refleja la programación de pacientes a atender así como la ejecución real tanto en personas atendidas como de los recursos financieros aprobados e invertidos en la población guatemalteca principalmente los que presentaron infecciones respiratorias agudas.

Cuadro No. 6
Programación y Ejecución de Acciones del
Programa Prioritario "Infecciones Respiratorias Agudas (Ira's)
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Acciones	Programación			Ejecución		Diferencia	
	Meta de personas a atender	Recursos Necesarios	Inversión por Persona	Personas atendidas	Inversión por Personas atendidas	(Por persona)	(En Quetzales)
Total	1,047,247	Q2,817,640.00	Q2.69	914,989	Q2,472,016.50	132,258	Q345,623.50
<u>Neonato</u>							
Atención a los niños y niñas con infecciones respiratorias agudas	73,934	Q58,516.00	Q0.79	67,280	Q53,249.56	6,654	Q5,266.44
<u>Lactante</u>							
Atención a los niños y niñas con infecciones respiratorias agudas	164,372	Q1,191,014.00	Q7.25	146,291	Q1,060,002.46	18,081	Q131,011.54
<u>Niñez</u>							
Atención a los niños y niñas con infecciones respiratorias agudas	690,925	Q1,293,549.00	Q1.87	601,105	Q1,125,387.63	89,820	Q168,161.37
<u>Mujer</u>							
Atención de mujeres con IRAS	118,016	Q274,561.00	Q2.33	100,314	Q233,376.85	17,702	Q41,184.15

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

Para el año 2004, en los servicios de salud pública se programó atender a un total de un millón cuarenta y siete mil doscientos cuarenta y siete casos de pacientes con enfermedades transmitidas por infecciones respiratorias agudas. Para atender al total de la población el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debió asignar a este programa prioritario la cantidad de Q.2.8 millones, sin embargo, únicamente aprobó Q.2.4 millones, lo que representa el 87.7% del monto total, existiendo una diferencia de trescientos cuarenta y cinco mil seiscientos veintitrés quetzales.

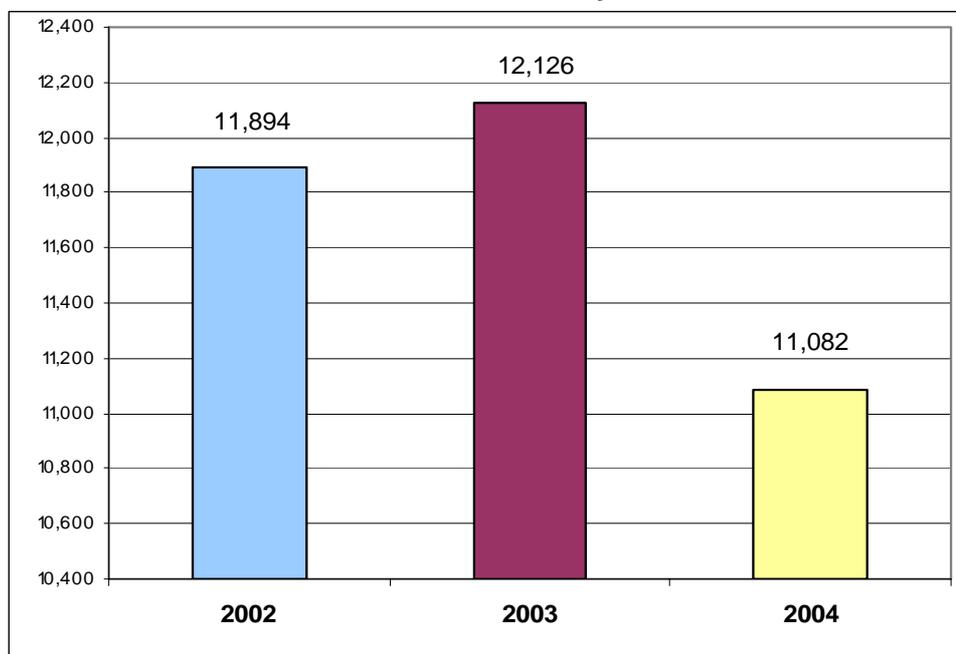
Lo anterior indica que más de cien mil pacientes no fueron atendidos conforme a sus necesidades, ya que no recibieron el tratamiento adecuado o indispensable porque en la mayoría de casos debieron adquirirlo por sus propios medios o simplemente no fueron vistos por un especialista.

En los últimos años el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha puesto mucho énfasis en este programa prioritario debido a que es una enfermedad muy común que afecta principalmente a los niños y niñas que viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza en las áreas rurales y urbanas marginales del país, así también, según los registros de las instituciones que conforman el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se observa que los niños y niñas de familias indígenas están más propensos a morir por este tipo de enfermedades.

Según información proporcionada por el coordinador de este programa prioritario alrededor de una cuarta parte de todos los niños menores de cinco años de edad que mueren en los países en desarrollo se debe a la neumonía que es una de las dos causas más comunes de muerte.

Las estadísticas registradas en el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con respecto al número de defunciones registradas a nivel nacional por neumonías se muestran en la gráfica que se presenta a continuación:

Gráfica No. 4
Número de Defunciones por Neumonías
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Años 2002, 2003 y 2004



Fuente: Sistema de información gerencial en salud del Minsalud. Año 2004

La gráfica anterior muestra que en el año 2003, se presentó un número mayor de defunciones por neumonías las cuales afectaron principalmente a los niños menores de cinco años. Los departamentos de Baja Verapaz, Guatemala, Santa Rosa, Totonicapán, Quetzaltenango, Quiché, Sacatepequez, Huehuetenango, San Marcos, El Progreso, Escuintla y Petén Sur oriente son los que presentan la mayor tasa de incidencia en comparación con el resto de los departamentos del país.

También se considera importante agregar que entre las metas relevantes que este programa prioritario tiene están el tratar un 30% de los casos de neumonía en la misma comunidad, reducir las complicaciones de infecciones respiratorias agudas, que el cien por ciento del personal técnico de las áreas de salud esté actualizado en contenidos básicos sobre estas enfermedades. Lo anterior con el objetivo que los niños sean atendidos en la comunidad y que los hospitales nacionales no tengan que dirigir esfuerzos en atender a los pacientes que pueden ser tratados en los centros o puestos de salud de la localidad.

2.3.5 Enfermedades transmitidas por agua y alimentos

Este programa no está registrado en la actual estructura presupuestaria, sin embargo, el procedimiento utilizado para obtener los recursos financieros necesarios para desarrollar las acciones principales es el siguiente: en el programa general “*actividades centrales*” existe una actividad específica con el nombre: Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, de esta dirección dependen los departamentos de: acreditación y control de establecimientos de salud y alimentos, quienes reciben una asignación anual que comparten con este programa prioritario, ya que perciben ingresos privativos y también tienen una parte de ingresos corrientes.

Los dos departamentos indicados anteriormente conjuntamente con el coordinador de este programa prioritario realizan el plan operativo anual en el cual dejan plasmados los recursos financieros que necesitarán, el número de personas a atender así como las actividades a desarrollar; posterior a la aprobación del presupuesto, la dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, informa a estos departamentos los montos que se les han autorizado para que inicien el trámite de solicitud de los recursos al departamento financiero, quien emite cheques parciales a favor de éstos, debiendo liquidar un mes después de recibir el cheque.

Si los recursos que estos dos departamentos proporcionan para las acciones programadas son insuficientes, las Direcciones de áreas de salud deben apoyar al coordinador de este programa prioritario con recursos específicamente para capacitaciones a madres que amamantan a sus niños desde que nacen hasta los dos años de edad y a personal de las comunidades en temas como: la manipulación de alimentos y agua.

A continuación se presenta un cuadro con la programación de acciones a realizar y la ejecución real de este programa durante el ejercicio fiscal 2004, así también la cantidad de pacientes que no fueron atendidos en los servicios de salud pública por las enfermedades transmitidas por agua y alimentos:

Cuadro No. 7
Programación y Ejecución de Acciones del
Programa Prioritario “Enfermedades Transmitidas por Agua y Alimentos”
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

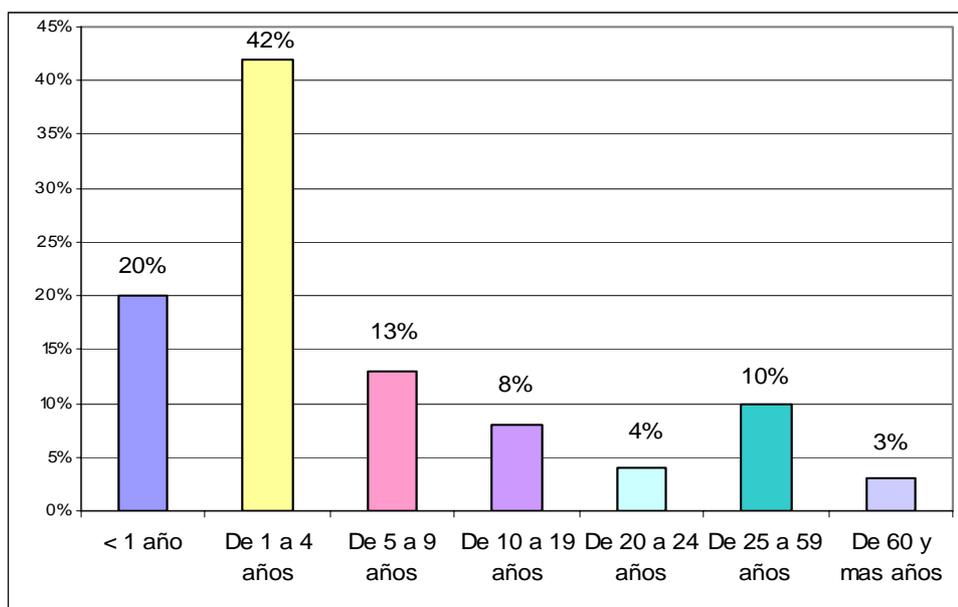
Acciones	Programación			Ejecución		Diferencia	
	Meta de personas a atender	Recursos Necesarios	Inversión por Persona	Personas atendidas	Inversión por Personas atendidas	(Por persona)	(En Quetzales)
Total	1,694,421	Q1,738,697.00	Q1.03	1,355,125	Q1,417,831.87	339,296	Q320,865.13
<u>Neonato</u>							
Atención a los niños y niñas con enfermedades transmitidas por agua y alimentos.	7,207	Q11,892.00	Q1.65	6,486	Q10,702.80	721	Q1,189.20
<u>Lactante</u>							
Atención a los niños y niñas con enfermedades transmitidas por agua y alimentos.	78,929	Q158,575.00	Q2.01	69,458	Q139,546.00	9,471	Q19,029.00
<u>Niñez</u>							
Atención a los niños y niñas con enfermedades diarreicas	468,981	Q996,543.00	Q2.12	375,185	Q797,234.40	93,796	Q199,308.60
Atención a pacientes con enfermedades como cólera, fiebre tifoidea, hepatitis A, entre otros.	3,876	Q298,574.00	Q77.03	3,295	Q253,787.90	581	Q44,786.10
<u>Otras acciones</u>							
Fuentes de agua vigiladas	635,077	Q155,928.00	Q0.25	495,360	Q121,623.84	139,717	Q34,304.16
Sistema de abastecimiento de agua vigilados	497,501	Q116,331.00	Q0.23	402,976	Q94,228.11	94,525	Q22,102.89
Abastecedores de agua por cisterna controlados	2,850	Q854.00	Q0.30	2,366	Q708.82	485	Q145.18

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

Del total de recursos financieros que este programa prioritario solicitó para cumplir con la programación elaborada únicamente se le asignaron Q.1.4 millones, teniendo un déficit de trescientos veinte mil ochocientos sesenta y cinco quetzales, lo cual representa no atender a trescientas treinta y nueve mil doscientos noventa y seis pacientes que acudieron a los servicios de salud pública.

Como resultado de la investigación efectuada se estableció que las enfermedades transmitidas por agua y alimentos en Guatemala son la segunda causa de morbilidad del país especialmente la enfermedad diarreica, estas enfermedades son poco estudiadas desde su punto de vista de fuente de infección y por lo general se les da mayor importancia cuando se presentan en forma de brotes, las mayormente notificadas son: cólera, fiebre tifoidea, hepatitis "A", intoxicaciones alimentarias, parasitosis, entre otros. La mayor cantidad de casos se presenta durante la época lluviosa afectando principalmente a los niños menores de cinco años. Seguidamente se observa una gráfica que muestra los casos de diarrea diagnosticados:

Gráfica No. 5
Enfermedad Diarreica: Casos por grupo de edad
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

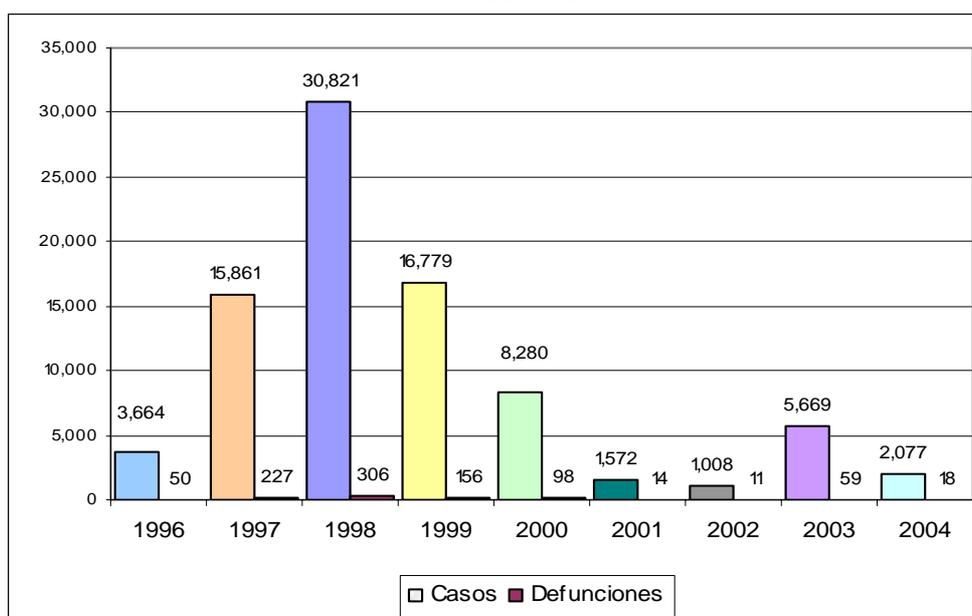


Fuente: Sistema de información gerencial en salud del Minsalud. Año 2004

De acuerdo a registros del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se estableció que para el año 2004 se reportaron 468,981 casos de diarreas y como puede observarse en la gráfica anterior el porcentaje mayor de dichos casos lo representan los grupos de edades menores de cinco años los cuales suman 290,769 es decir el 62% del total de casos reportados durante el año. Lo anterior refleja la transmisión de la enfermedad dentro de la casa debido a malas prácticas higiénicas y poca educación en salud. Los departamentos que muestran un mayor incremento son: El Progreso, Santa Rosa, Petén, El Quiché, Jalapa, Chimaltenango y Sololá.

En general, el comportamiento de estas enfermedades refleja las inadecuadas condiciones de saneamiento básico como: bastos de agua sin cloración, baja cobertura de agua segura, excretas, falta de buenas prácticas de higiene como el lavado de manos y poco control en la manipulación de alimentos especialmente en las ventas callejeras. Otra de las enfermedades transmitidas por agua y alimentos es el cólera para lo cual se presenta la siguiente gráfica:

Gráfica No. 6
Situación del Cólera: Casos y defunciones
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Años 1996-2004



Fuente: Sistema de información gerencial en salud del Minsalud. Año 2004

En la gráfica anterior se observa el número de casos y defunciones que se han registrado en el Sistema de Información Gerencia en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por parte de todas las áreas de salud con relación a la enfermedad del cólera a partir del año 1996, en la misma se visualiza que 1998 fue el año en el cual se reportaron mayores casos y defunciones, los últimos cuatro años muestran que el índice ha bajado significativamente exceptuando el año 2003.

2.3.6 Enfermedades transmitidas por vectores

Las enfermedades transmitidas por vectores ocupan la tercera causa de morbilidad reportadas por las diferentes áreas de salud del país durante el año 2004. Este tipo de enfermedades afectan principalmente a los niños y las niñas comprendidas entre las edades de uno a nueve años ya que son más vulnerables al contagio de este tipo de enfermedades.

Según las estadísticas que maneja el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), se han reportado doce punto seis casos de este tipo de enfermedades por cada diez mil habitantes a nivel nacional.

El propósito principal de este programa es realizar acciones contra los agentes que transmiten gérmenes de una persona a otra. Entre las enfermedades más importantes que se caracterizan en este programa están *el dengue, la enfermedad de chagas, leishmaniasis, malaria y oncocercosis*.

A continuación se presenta un cuadro que detalla la programación de las acciones contempladas en el plan operativo anual para ser ejecutadas durante el año 2004, así como la ejecución real ya que los recursos financieros que se aprobaron en el bolsón general fueron insuficientes para realizar el cien por ciento de las acciones planificadas por el coordinador de este programa prioritario:

Cuadro No. 8
Programación y Ejecución de Acciones del
Programa Prioritario “Enfermedades Transmitidas por Vectores”
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Acciones	Programación			Ejecución		Diferencia	
	Meta de personas y acciones a atender	Recursos Necesarios	Inversión por Persona/acciones	Personas/acciones atendidas	Inversión por Personas y acciones atendidas	(Por persona/acciones)	(En Quetzales)
Total	17,767,974	Q12,748,930.00	Q0.72	14,186,417	Q10,635,462.18	3,581,557	Q2,113,467.82
<i>Oncocercosis</i>							
Tratamientos para personas afectadas	606,547	Q10,747.00	Q0.02	236,328	Q4,187.34	370,219	Q6,559.66
<i>Malaria</i>							
Tratamientos para personas afectadas	143,987	Q175,246.00	Q1.22	109,874	Q133,727.20	34,113	Q41,518.80
Casos de malaria diagnosticados	143,987	Q91,399.00	Q0.63	109,874	Q69,745.00	34,113	Q21,654.00
<i>Dengue</i>							
Tratamientos para personas afectadas	10,732	Q98,926.00	Q9.22	10,083	Q92,943.61	649	Q5,982.39
Diagnósticos de casos de dengue clínico	10,732	Q62,245.00	Q5.80	10,083	Q58,480.84	649	Q3,764.16
Control y vigilancia de las enfermedades del dengue	16,000,000	Q12,005,097.00	Q0.75	13,677,445	Q10,262,440.87	2,322,555	Q1,742,656.13
<i>Leishmaniasis cutánea</i>							
Tratamientos para personas afectadas	295,166	Q63,871.00	Q0.22	1,161	Q251.23	294,005	Q63,619.77
<i>Chagas</i>							
Casos de malaria diagnosticados	556,823	Q241,399.00	Q0.43	31,569	Q13,686.08	525,254	Q227,712.92

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

Para el año 2004, se aprobaron Q.10.6 millones de los Q.12.7 solicitados para desarrollar todas las acciones planificadas, existiendo un déficit de Q.2.1 millones que no fueron aprobados para este programa prioritario, lo cual representó no dar cumplimiento a todas las actividades programadas.

En el estudio realizado se muestra que el programa de vectores es de gran importancia para las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ya que se trabaja con un plan donde se tienen identificados los lugares del país que son más vulnerables, los cuales están ubicados principalmente en áreas fronterizas del país debido a que son éstos quienes tienen un mayor riesgo de contagio en enfermedades como dengue y chagas, entre los departamentos que se pueden mencionar están Escuintla, Jutiapa, Chiquimula, Petén, Zacapa, Huehuetenango, Santa Rosa, entre otros.

En la estructura programática presupuestaria no figura ningún registro de este programa prioritario como tal, sin embargo, existe en el presupuesto aprobado a cada una de las Direcciones de áreas de salud un programa general llamado "*Desarrollo de las condiciones de salud y ambiente*", en éste se asignan los recursos que se necesitan principalmente para la compra de insecticidas, fumigantes y la contratación de personal operativo temporal para aquellos departamentos que requieran en algunos meses del año dedicar más tiempo al rociamiento de viviendas, eliminación de desechos, inspecciones, entre otros. Asimismo, se contempla una mínima cantidad de recursos para capacitar a personal en las comunidades, básicamente en aspectos como: campañas de limpieza e información sobre los insectos que provocan las enfermedades de chagas, leishmaniasis y oncocercosis.

Para lograr lo descrito anteriormente, se involucra al personal de promoción de las áreas de salud, líderes de grupos de apoyo formados en las comunidades, promotores y técnicos en salud rural, quienes de acuerdo a la planificación del coordinador del programa dedican todos sus esfuerzos exclusivamente a este tipo de actividades en el

lapso del año en que la población de su departamento tiene un mayor riesgo de adquirir este tipo de enfermedades.

Se detallan a continuación las acciones más comunes que desarrolla el personal de las áreas de salud conjuntamente con el coordinador de este programa en todos los departamentos priorizando aquellos que son más vulnerables, así como las actividades con los logros obtenidos durante el ejercicio fiscal 2004:

Tabla No. 6
Acciones realizadas para prevenir las enfermedades del dengue
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Acciones realizadas	Cantidad
Recipientes inspeccionados	4,878,141
Criaderos controlados	3,616,364
Casas abatidas	1,441,141
Viviendas inspeccionadas	1,170,983
Casas deschatarrizadas	839,828
Nebulizaciones intradomiciliares	760,073
Nebulizaciones extradomiciliares	568,594
Recipientes positivos a A. Aegypti	272,426
Viviendas positivas a A. Aegypti	129,895

Fuente: Sistema de información gerencial en salud del Minsalud. Año 2004

Durante el año 2004, se registraron 10,083 casos de dengue clásico reportados por las áreas de salud que conforman el país, distribuyéndose de la siguiente manera: 9,006 casos clínicos; 1,035 confirmados y 42 hemorrágicos, habiéndose presentado 9 casos fatales. Según registros del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, los departamentos más afectados fueron: Escuintla, Zacapa, Santa Rosa, El Progreso y Petén quienes presentaron el 65% de los casos.

En relación con la enfermedad de malaria en el año 2004 se notificaron 109,874 casos, confirmándose a través de laboratorio el 92% de los casos los cuales ocurrieron en siete áreas de salud, siendo éstas: Petén Sur Occidente, Ixcán, Petén Sur Oriente, Suchitepequez, Petén Norte, Retalhuleu y Escuintla que a su vez son las que tienen las mayores tasas de incidencia.

Para el caso de la enfermedad de oncocercosis la población en riesgo de adquirirla fue de 606,547 habitantes, sin embargo fueron confirmados 236,328 distribuidos en las siguientes áreas endémicas: Chimaltenango, Huehuetenango, Suchitepequez, Escuintla, Guatemala, Sololá y Santa Rosa.

La población en riesgo reportada por las áreas de salud relacionada con la enfermedad de leishmaniasis fue de 295,166 habitantes de los departamentos de Huehuetenango, Quiché, Alta Verapáz y El Petén. Se detectaron 956 casos positivos con lesiones cutáneas y 205 con lesiones viscerales.

Con respecto a la enfermedad de chagas, las áreas de salud de: Jutiapa, Santa Rosa, Chiquimula, Alta Verapáz, Zacapa y Baja Verapáz, son las que el programa considera como prioritarias siendo 556,823 habitantes los que están en riesgo de adquirirla en dichas áreas. Se detectaron 174 casos en los bancos de sangre, se inspeccionaron viviendas en las comunidades de las cuales 31,395 fueron positivas para chinche picuda (triatomas).

2.3.7 Rabia y otras zoonosis

En el análisis realizado se observó que éste es uno de los programas prioritarios en el cual se han logrado avances muy significativos ya que de acuerdo a las estadísticas que maneja el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, desde el mes de febrero del año 2001 no se ha presentado ningún caso de rabia humana en el país, se ha vacunado a la mayoría de las personas que han sufrido mordeduras de perros y se ha tenido una cobertura en vacunación de perros que alcanza el 52.77% del total de perros en todo el país (aproximadamente 2.4 millones), para lo cual se han realizado dos

jornadas de vacunación canina cada año, la primera en el mes de marzo dirigida principalmente al área rural y la segunda en el mes de agosto para cubrir el área urbana.

Lo anterior ha requerido que se invierta una buena cantidad de recursos financieros en la adquisición de las vacunas que deben aplicarse a los perros, para lo cual se ha seguido el procedimiento siguiente: el Coordinador de este programa prioritario elabora el plan operativo anual, lo presenta a la Gerencia administrativa financiera y como no existe en el presupuesto una asignación específica para dar cumplimiento a las acciones planificadas por parte de este programa prioritario, se autoriza una transferencia que va directamente a una cuenta que se tiene en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, a la cual se le asignan los recursos financieros necesarios para aquellos programas prioritarios que no pueden quedarse desfinanciados, debido a que en el presupuesto autorizado para el ejercicio fiscal no se aprobó ninguna asignación para desarrollar las acciones de los mismos.

Por lo indicado anteriormente, se hace una redistribución de las cantidades asignadas y se identifican aquellos montos que pueden ser transferidos ya que en algún momento del año será necesario desembolsar cierta cantidad de recursos para la adquisición de insumos importantes, uno de éstos es la vacuna canina.

Para el presente caso, dicha entidad respeta las asignaciones llevando un control de lo asignado y ejecutado por rubro de gasto, la mayor parte de recursos que este programa prioritario requiere para su funcionamiento normal es canalizado a través de dicha cuenta, el resto de compras que sean muy indispensables como collares para perros, hieleras, útiles de oficina, entre otros, son adquiridos a través de las direcciones de áreas de salud de todos los departamentos del país.

Para el año 2004 se realizó la programación de acciones de este programa prioritario la cual se muestra a continuación, así también la ejecución real de las acciones que se llevaron a cabo:

Cuadro No. 9
Programación y Ejecución de Acciones del
Programa Prioritario “Rabia y otras Zoonosis”
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Acciones	Programación			Ejecución		Diferencia	
	Meta de personas y perros a atender	Recursos Necesarios	Inversión por Persona/perro	Personas y perros atendidos	Inversión por Personas y perros atendidos	(Por persona/perros)	(En Quetzales)
Total	2,758,870	Q1,825,020.00	Q0.66	2,426,369	Q1,604,026.00	332,501	Q220,994.00
Vacuna antirrábica humana	28,870	Q56,066.00	Q1.94	24,540	Q47,656.10	4,331	Q8,409.90
Población canina vacunada en el área urbana	696,773	Q449,979.00	Q0.65	592,257	Q382,482.15	104,516	Q67,496.85
Población canina vacunada en el área rural	2,033,227	Q1,318,975.00	Q0.65	1,809,572	Q1,173,887.75	223,655	Q145,087.25

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

Como este programa prioritario no está registrado en la estructura programática presupuestaria el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, trasladó para la compra de vacuna antirrábica humana y canina Q.1.6 millones a la cuenta del Programa de Naciones Unidas PNUD, sin embargo, todavía existió un déficit de doscientos veinte mil novecientos noventa y cuatro quetzales para cumplir con el cien por ciento de la cobertura programada a nivel nacional, es decir no fueron vacunadas cuatro mil trescientas treinta y un personas y trescientos veintiocho mil ciento setenta y un perros en todo el país.

A pesar que no se cumplió a cabalidad con la meta programada en el siguiente cuadro se visualizan las coberturas de vacunación canina realizadas durante el año 2003 por departamento, así también el número de muestras y focos rábicos de los casos sospechosos encontrados durante las diferentes jornadas y que fueron enviados a laboratorio para el análisis correspondiente:

Cuadro No. 10
Situación de la Rabia en Guatemala
Muestras enviadas, focos rábicos y coberturas de vacunación
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Inicia Cuadro No. 10

Áreas de Salud	Muestras Enviadas	Focos Rábicos	% Cobertura Urbana	% Cobertura Rural
Guatemala	69	19	37	63
El Progreso	4	1	84	64
Sacatepequez	6	1	63	62
Chimaltenango	10	2	83	83
Escuintla	9	3	89	56
Santa Rosa	4	1	100	75
Sololá	8	6	51	53
Totonicapán	6	3	100	65
Quetzaltenango	47	30	92	79
Suchitepequez	11	1	92	54

Fuente: Boletín epidemiológico nacional del Minsalud. Año 2004

Cuadro No. 10 (Continuación)
Situación de la Rabia en Guatemala
Muestras enviadas, focos rábicos y coberturas de vacunación
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Retalhuleu	18	1	88	73
San Marcos	20	8	99	63
Huehuetenango	72	43	92	70
Quiché	17	11	100	37
Ixcán	0	0	66	27
Alta Verapaz	44	0	65	53
Baja Verapaz	0	0	96	79
Petén Norte	6	1	100	48
Petén Sur Oriente	4	0	66	47
Petén Sur Occidente	0	0	100	18
Izabal	12	0	100	72
Chiquimula	26	1	85	93
Zacapa	5	1	74	53
Jalapa	7	6	79	94
Jutiapa	9	4	98	88

Fuente: Boletín epidemiológico nacional del Minsalud. Año 2004

En el transcurso del año 2004 a nivel nacional se reportaron un total de 15,053 personas mordidas por animales potencialmente transmisores de la rabia, la notificación se incrementó en un 14% con respecto al año anterior, sin embargo, aunque el número es elevado no se han tenido repercusiones graves, es decir no se ha reportado ningún caso de fallecimiento de pacientes derivado de este tipo de lesiones.

En las áreas de salud de Ixcán y Petén Sur Occidente, se observa un bajo porcentaje de cobertura rural debido a que en la mayoría de comunidades los pobladores no permiten que sus perros sean vacunados por el personal de los puestos y centros de salud a pesar de haber sido concientizados en la importancia que tiene la vacunación canina tanto para los animales como en los seres humanos.

2.3.8 Tuberculosis

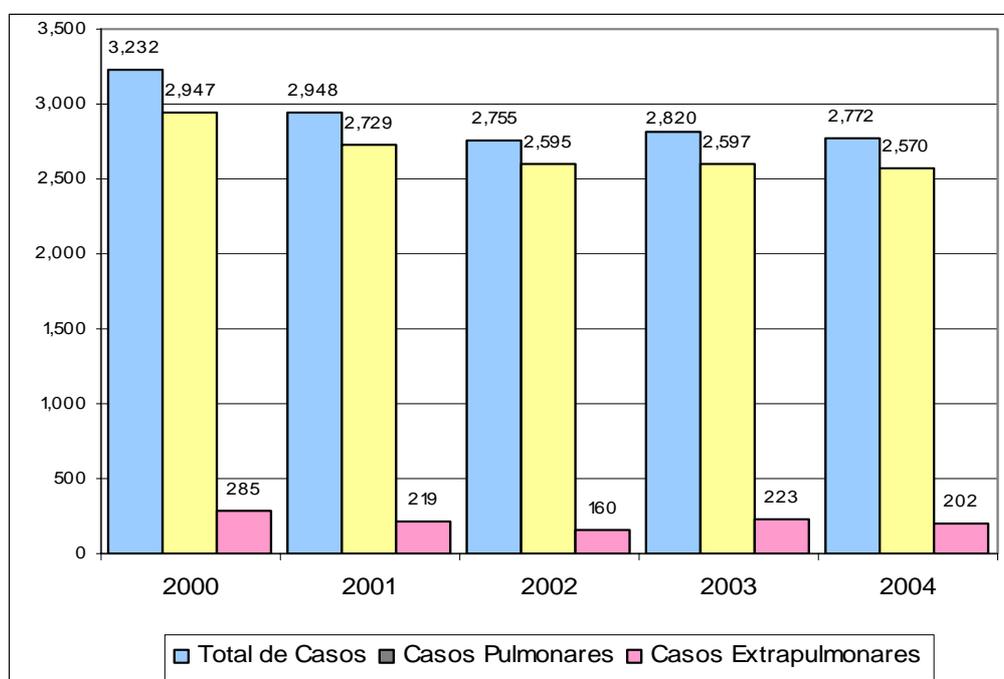
Este programa es uno de los prioritarios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debido a las características de la enfermedad ya que un alto porcentaje de los pacientes que son diagnosticados deben recibir un régimen de drogas antituberculosas por varios meses, debiendo tener el cuidado de seguir el tratamiento con absoluta regularidad el tiempo que establezca el médico.

Tuberculosis, es un programa prioritario que no se encuentra en la estructura programática presupuestaria, sin embargo, en la investigación realizada se observó que en el nivel ejecutor se cuenta con un hospital especializado que atiende directamente a las pacientes con la enfermedad ya avanzada, así mismo en el presupuesto aprobado a dicho centro hospitalario existe una partida presupuestaria con una asignación anual de Q.3.0 millones que son utilizados exclusivamente para compra de medicamentos antituberculosos y vacunas para los pacientes.

Este hospital es el encargado de efectuar compras de medicamentos que requieren los hospitales nacionales, centros y puestos de salud para atender aquellos pacientes que visitan al médico por primera vez y que posterior a realizarles todos los exámenes, se emite un diagnóstico positivo y que el paciente no se encuentre en el status de enfermedad avanzada, de lo contrario es remitido directamente al hospital especializado San Vicente, ubicado en la capital; una vez el paciente visite dicho hospital empieza a recibir el tratamiento adecuado y en ese momento el médico indica si es necesario que permanezca por un tiempo prudencial internado o no, lo anterior de acuerdo al estado del paciente y el grado de avance de la enfermedad.

Es importante indicar que aunque existe este hospital especializado a nivel de las áreas de salud no se cuenta con los suficientes recursos financieros para llevar a cabo las actividades de este programa prioritario únicamente el hospital San Vicente, sin embargo, siempre se presta el servicio a los pacientes que lo requieren tal y como se muestra a continuación:

Gráfica No. 7
Casos de Tuberculosis
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Años 2000-2004



Fuente: Sistema de información gerencial en salud del Minsalud. Año 2004

Como muestra la gráfica anterior en los últimos cinco años se han atendido una cantidad significativa de pacientes con la enfermedad de tuberculosis. El número de casos que se reflejan, se refiere únicamente a pacientes atendidos en las áreas de salud, es decir centros y puestos de salud y aunque no se tenga la asignación directamente en el presupuesto siempre se programan las acciones que este programa prioritario requiere para atender a la población aunque posteriormente tengan que buscar el financiamiento, ya que los pacientes casi siempre acuden a los servicios de salud pública debido a que no cuentan con el servicio del seguro social, no tienen los recursos financieros para acudir a un centro hospitalario privado y en la mayoría de ocasiones desconocen tener la enfermedad. Las acciones programadas y ejecutadas durante el año 2004 se reflejan a continuación, así como la cantidad de pacientes que no fueron atendidos por diversas razones:

Cuadro No. 11
Programación y Ejecución de Acciones del
Programa Prioritario "Tuberculosis"
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Acciones	Programación			Ejecución		Diferencia	
	Meta de personas a atender	Recursos Necesarios	Inversión por Persona	Personas atendidas	Inversión por Personas atendidas	(Por persona)	(En Quetzales)
Total	240,704	Q1,530,725.00	Q6.36	209,341	Q1,329,219.31	31,363	Q201,505.69
Provisión de Tratamiento a personas con tuberculosis	29,176	Q386,470.00	Q13.25	24,800	Q328,499.50	4,376	Q57,970.50
Pacientes sintomáticos	177,285	Q1,021,563.00	Q5.76	156,011	Q898,975.44	21,274	Q122,587.56
Pacientes con tuberculosis en áreas prioritarias	14,671	Q55,572.00	Q3.79	11,737	Q44,457.60	2,934	Q11,114.40
Casos pulmonares	2,483	Q20,811.00	Q8.38	2,111	Q17,689.35	372	Q3,121.65
Casos Extrapulmonares	314	Q5,498.00	Q17.51	257	Q4,499.96	57	Q998.04
Pruebas a pacientes con tratamientos	16,775	Q40,811.00	Q2.43	14,427	Q35,097.46	2,349	Q5,713.54

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

Como lo demuestra el cuadro anterior se programó atender a doscientos cuarenta mil setecientos cuatro pacientes durante el año para lo cual se requerían Q1.5 millones de los cuales únicamente fueron aprobados Q1.3 millones, lo que representa a treinta y un mil trescientos sesenta y tres personas con enfermedades tuberculosas que no recibieron el tratamiento adecuado o indispensable para su enfermedad, ya que existió un déficit en la asignación formal de los recursos financieros por un monto de doscientos un mil quinientos cinco quetzales.

Es importante indicar que de acuerdo a la entrevista realizada al coordinador de este programa prioritario manifiesta que es preocupante la situación en que se asignan los recursos financieros ya que no son aprobados directamente para el programa si no en un bolsón general para las acciones que deben realizar todos los programas prioritarios a nivel nacional, provocando ello que normalmente durante los últimos meses del año no se preste ni siquiera el servicio mínimo que deberían recibir los pacientes, ya que muchas veces no se cuenta con los medicamentos que deben suministrar principalmente a este tipo de pacientes debido a la enfermedad que padecen por lo que normalmente optan por referirlos al hospital de la capital pero muchas veces no acuden por las distancias y el costo que representa lo cual no pueden cubrir.

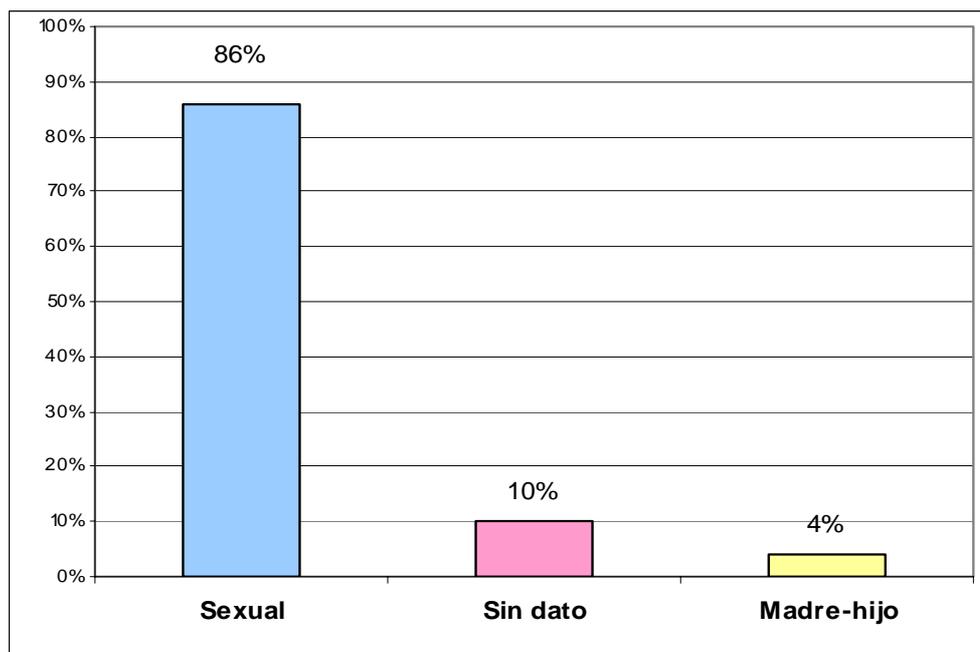
2.3.9 Nacional de prevención y control de ITS/VIH/SIDA

En Guatemala desde el año 1984 al mes de abril del año 2004, se cuenta con una frecuencia de datos acumulados reportados a este programa prioritario con lo que puede establecerse una tasa de prevalencia de 45.68 por 100,000 habitantes. El grupo más afectado es el sexo masculino con una tasa de 65.84 por 100,000 habitantes, mientras que en el sexo femenino se ha presentado una tasa de 25.06.

El grupo de edad donde se registra el mayor número de casos es el comprendido entre los 15 a 49 años de edad representando un 84% del total de la población afectada; y de este porcentaje el grupo de edad más afectado es el de los 25 a 29 años, seguidamente de los 30 a 34 años. Lo anterior se debe al comportamiento sexual de riesgo de las personas en este grupo de edad que los hace ser más vulnerables. La vía de

transmisión más frecuente es la sexual (86%) seguida de la transmisión madre-hijo (4%), tal y como se observa a continuación:

Gráfica No. 8
Proporción de SIDA, según vía de transmisión
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Años 1984-2004



Fuente: Sistema de información gerencial en salud del Minsalud. Año 2004

La notificación de casos inicia con dos casos reportados en 1984, teniendo un notable incremento a partir del año 1996 donde se reportan en promedio 600 casos al año. Esto se debe a que se han detectado más casos a través del sistema de vigilancia a pesar que este es pasivo e incluye únicamente a las personas que asisten a los servicios de salud pública.

Al analizar el SIDA por departamentos se determina que la mayor prevalencia se encuentra en el departamento de Guatemala con una tasa de 94 por 100,000 habitantes, seguidos del departamento de Suchitepequez (89), Escuintla (87) y Retalhuleu (72). El departamento con la tasa más baja es Alta Verapaz (4.67).

A nivel mundial, la epidemia de SIDA no da señales de disminuir pese a los intentos a nivel internacional en su contra ya que unos 46 millones de personas están infectadas con el virus. El informe de ONUSIDA, la agencia de Naciones Unidas encargada de coordinar los esfuerzos para combatir la enfermedad, informó que la epidemia mató a más de 3 millones de personas en el año 2004 y que otros 5 millones adquirieron el VIH, afirma también que en el año 2004 más personas quedaron infectadas con el virus que en cualquier otro año previo y más personas que nunca antes han fallecido de SIDA.

El SIDA en América Latina y el Caribe predomina y avanza, sobre todo, entre los menores de edad y los homosexuales masculinos, se afirma según el informe que los niños y adolescentes están cada vez más entre las víctimas por su inexperiencia con los cuidados que deben tener en las relaciones sexuales una de las formas de contagio más comunes. El número creciente de menores de edad que utilizan drogas, sobre todo las inyectables ha contribuido también en la propagación del mal entre los más jóvenes.

La situación de este programa prioritario es especial, ya que debido a las características e importancia de la enfermedad el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha tenido que destinar a partir del año 2002 una cantidad de recursos financieros específicamente para atender pacientes con sida, razón por la cual a partir de esa fecha se registró en la estructura programática presupuestaria en el programa general "*actividades centrales*", una actividad específica con el nombre de este programa prioritario al cual inicialmente se le asignaron Q.5.0 millones; para el ejercicio fiscal 2004 tiene Q.10.0 millones.

Al crear esta actividad de SIDA en donde se encuentra actualmente no se tiene ningún control ni se reporta la producción terminal que genera el mismo, lo anterior por la característica única del programa general en el cual fue registrado, ya que únicamente es de apoyo, es decir de carácter administrativo.

Adicionalmente es importante indicar que a pesar de existir el registro de este programa prioritario no se visualiza en la estructura programática presupuestaria aprobada a las direcciones de áreas de salud en virtud que se maneja a nivel central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, lo cual no es adecuado debido a que es un programa que también debe figurar en todos los presupuestos aprobados a las distintas dependencias que conforman la institución.

La asignación de Q.10.0 millones es ejecutada por el programa de SIDA, ubicado en la Dirección General de Servicios de Salud, quienes han logrado la apertura de una clínica en el hospital General San Juan de Dios, Guatemala, lugar donde se atienden a los pacientes que son referidos de la red hospitalaria nacional y que deben ser internados por un tiempo especificado por el médico de acuerdo al estado del paciente.

El programa adquiere todos los medicamentos antirretrovirales que deben suministrar a los pacientes, tanto los que permanecen en la clínica, como a un grupo de 27 personas que son VIH positivos, quienes llevan una vida normal pero es necesario que por el resto de su vida ingieran dichos medicamentos.

Como se indicó anteriormente existen Q.10.0 millones aprobados, sin embargo, este monto no se visualiza en los presupuestos de las áreas de salud, ya que a ellos se les asignan los recursos en un bolsón general para cubrir todas las necesidades de los programas prioritarios a nivel nacional, por lo que adicionalmente se programa atender a los pacientes que acudirán a los centros y puestos de salud aunque los recursos no sean asignados de la manera más adecuada y que en algún momento no se cuente con los medicamentos indispensables.

La programación y ejecución de acciones reportadas por las áreas de salud para el año 2004, se visualiza en el siguiente cuadro, así también la cantidad de pacientes que no fueron atendidos por diversas razones y los recursos financieros que no se aprobaron en el presupuesto:

Cuadro No. 12
Programación y Ejecución de Acciones del
Programa Prioritario “Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA”
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Acciones	Programación			Ejecución		Diferencia	
	Meta de personas a atender	Recursos Necesarios	Inversión por Persona	Personas atendidas	Inversión por Personas atendidas	(Por persona)	(En Quetzales)
Total	3,615	Q14,135,679.00	Q3,910.28	2,636	Q10,098,472.85	979	Q4,037,206.15
Provisión del Tratamiento de ITS a personas afectadas	2,044	Q7,029,678.00	Q3,439.18	1,410	Q4,849,774.85	634	Q2,179,903.15
Atención del parto	1,196	Q6,814,014.00	Q5,697.34	873	Q4,974,230.22	323	Q1,839,783.78
Toma de muestras y pruebas de ITS	375	Q291,987.00	Q778.63	353	Q274,467.78	23	Q17,519.22

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

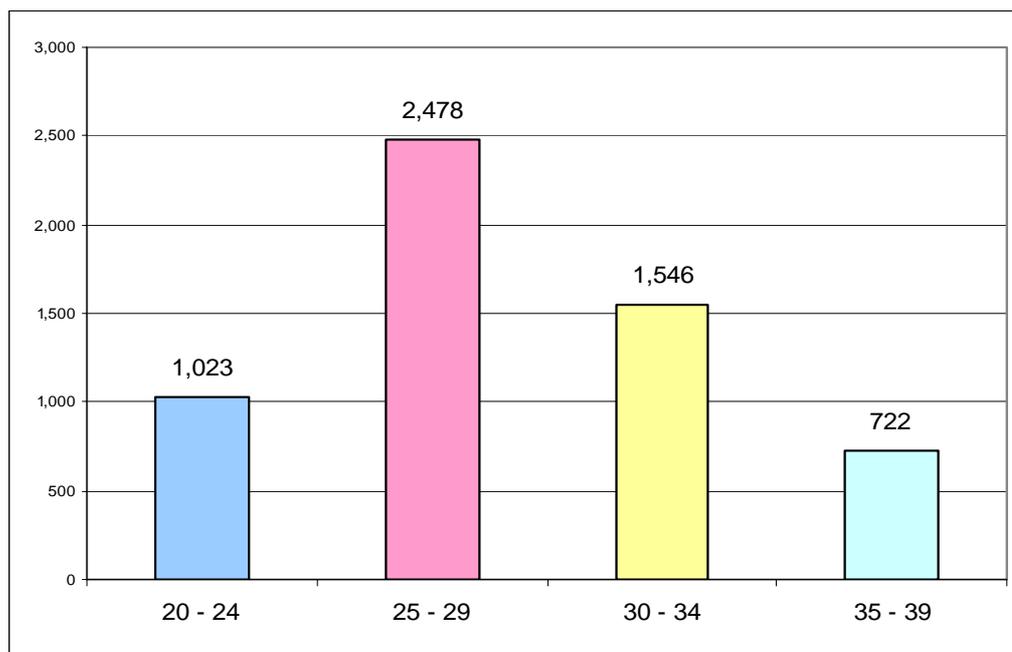
El cuadro anterior refleja el estimado de pacientes a atender y la cantidad real que se cubrió con los recursos asignados; se observa un déficit de Q.4.0 millones que no fueron aprobados, reflejando ello una cantidad significativa de personas que no recibieron el tratamiento o antirretrovirales necesarios para subsistir. A un buen número de pacientes no fue posible realizarles las muestras y pruebas de ITS, teniendo en la mayoría de los casos que acudir a un servicio de salud privado, viajar hasta la capital a los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, adquirir los medicamentos con sus propios recursos o simplemente morir en sus casas.

Es importante indicar también que adicional a los montos indicados anteriormente, se destinan aportes trimestrales a una serie de entidades de asistencia social que atienden pacientes con esta enfermedad, entre estas entidades figuran el Hospicio San José para jóvenes y niños con SIDA, quien recibe un aporte de Q.5.0 millones y la Fundación Marco Antonio para enfermos terminales con sida Q.2.7 millones anuales. Estas instancias se dedican exclusivamente a atender pacientes VIH positivos tanto internos como externos, lo cual indica que se asignan recursos financieros a entidades que se dedican a atender pacientes con la enfermedad de SIDA y que año con año han incrementado los montos autorizados. A pesar de lo indicado, no se tiene el registro necesario para identificar en el interior del país tanto en hospitales nacionales como en centros y puestos de salud la cantidad de recursos que se invierten en la atención a éstos pacientes.

De acuerdo al estudio realizado se determinó que los pacientes que visitan los hospitales, centros y puestos de salud únicamente son atendidos en la consulta externa y al diagnosticar la enfermedad, muchas veces son trasladados de inmediato a la clínica del hospital San Juan de Dios o al Hospital Roosevelt en virtud que no se cuenta con todos los medicamentos que deben suministrar a este tipo de pacientes, por lo que si el paciente cuenta con recursos financieros viaja a la capital de lo contrario se queda en su lugar de origen hasta morir. Lo anterior también representa que ese tipo de casos no sea conocido por las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por lo que se estima que existe un subregistro en la información reportada.

De los casos detectados se puede visualizar en la siguiente gráfica la situación por grupos de edades desde que se reportó el primer caso:

Gráfica No. 9
Casos de SIDA por grupos de edades acumuladas
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Años 1984-2004



Fuente: Sistema de información gerencial en salud del Minsalud. Año 2004

Los grupos de edades más afectados son los que muestra la gráfica de 25–29 años, sin embargo, según las estadísticas hay pacientes con la enfermedad desde que nacen, es decir de cero años hasta sesenta y más, el informe presenta un número de cinco mil setecientos sesenta y nueve casos reportados en todos los grupos.

Lo anterior indica que el SIDA año con año se incrementa, el número de personas infectadas es mayor cada día por lo que es urgente registrar este programa prioritario adecuadamente en la estructura programática presupuestaria para que a nivel de los centros de atención a nivel naciones como lo son los hospitales, puestos y centros de salud se cuente con una asignación presupuestaria que permita adquirir los medicamentos que se requieren y realizar acciones de prevención para informar a la

población sobre los aspectos elementales de la enfermedad principalmente a los jóvenes.

2.3.10 Salud mental

El estudio realizado para determinar la situación de este programa prioritario, muestra que no se encuentra registrado en la estructura programática presupuestaria actual, por lo que para obtener los recursos financieros necesarios para desarrollar parte de las actividades programadas en los puestos y centros de salud que cuentan con personal especializado, se coordina con las autoridades de las direcciones de áreas de salud para que en el anteproyecto de presupuesto que elaboran anualmente, sean incluidos los recursos financieros indispensables para realizar las actividades planificadas por el coordinador de este programa prioritario.

Por lo indicado anteriormente, le corresponde al área de salud proporcionar el apoyo necesario, entre el que se puede indicar: capacitar al personal, adquirir los insumos para las personas que asisten a las capacitaciones y cubrir el resto de necesidades que presente el personal involucrado.

Las acciones que se llevan a cabo en los centros y puestos de salud con los pacientes que padecen salud mental son coordinadas por el personal de dichas entidades con apoyo de las áreas de salud. Es importante indicar que el tipo de pacientes que se atiende son aquellos que aún no tienen un avance significativo de la enfermedad, los que ya se encuentran en la siguiente fase son referidos al hospital de salud mental ubicado en la ciudad capital. En dicho centro hospitalario reciben atención médica y psicológica, así también se les proporciona alimentación, hospedaje y el tratamiento que necesitan para su enfermedad.

Las acciones planificadas y realizadas a nivel nacional por este programa prioritario se detallan en el siguiente cuadro, así como la cantidad de recursos financieros que no fueron aprobados:

Cuadro No. 13
Programación y Ejecución de Acciones del
Programa Prioritario "Salud Mental"
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Acciones	Programación			Ejecución		Diferencia	
	Meta de personas a atender	Recursos Necesarios	Inversión por Persona	Personas atendidas	Inversión por Personas atendidas	(Por persona)	(En Quetzales)
Total	23,138	Q161,603.00	Q6.98	17,060	Q117,963.66	6.078	Q43,639.34
Atención a nuevos pacientes	1,432	Q16,066.00	Q11.22	1,045	Q11,724.13	387	Q4,341.87
Atención a enfermos mentales, graves y crónicos	3,874	Q46,066.00	Q11.89	2,751	Q32,712.33	1,123	Q13,353.67
Tratamiento y rehabilitación a enfermos mentales	2,198	Q21,521.00	Q9.79	1,539	Q15,064.70	659	Q6,456.30
Enfermos con trastornos mentales	2,789	Q28,975.00	Q10.39	2,092	Q21,731.25	697	Q7,243.75
Capacitaciones	12,845	Q48,975.00	Q3.81	9,634	Q36,731.25	3,211	Q12,243.75

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

Según la información proporcionada por las áreas de salud de todo el país, respecto a los pacientes atendidos en los servicios de salud por diversas razones relacionadas con este programa prioritario, se programó atender a veintitrés mil ciento treinta y ocho pacientes, para lo cual se solicitaron ciento sesenta y un mil seiscientos tres quetzales, sin embargo, únicamente fueron aprobados ciento diecisiete mil novecientos sesenta y tres quetzales, por lo que existió un déficit tanto en la asignación de recursos como en la atención a los pacientes.

A pesar que no existen suficientes recursos financieros para realizar las acciones que se requieren en este programa prioritario, se ha atendido a los pacientes que acuden a los servicios de salud que requieren ayuda especial por el tipo de problemas que presentan.

Adicionalmente, se estableció que existen cuatro hospitales con servicios de salud mental ubicados en Quetzaltenango, Chiquimula, Cuilapa y San Benito Petén, así también un hospital psiquiátrico nacional en la capital al cual son trasladados todos los pacientes que sufren trastornos mentales severos y que deben permanecer recibiendo un tratamiento especializado de acuerdo a instrucciones del médico.

El referido hospital tiene asignados Q.22.2 millones anuales para su funcionamiento normal incluyendo los recursos para la adquisición de los medicamentos que deben suministrarse a los pacientes internos y externos que son referidos por la red hospitalaria nacional, el Ministerio de Gobernación y otras entidades.

2.3.11 Seguridad alimentaria y nutricional

Según información obtenida del coordinador de este programa prioritario se estableció que derivado de la falta de recursos financieros únicamente se realizan acciones en aquellas áreas de mayor concentración de pobreza y en las cuales se han detectado los índices más altos de desnutrición y desnutrición aguda. Se lleva a cabo en 11 departamentos y 41 municipios del país, beneficiando a más de 2,624 familias en extrema pobreza.

Como parte de este programa se desarrollan acciones a través de las cuales se logra aumentar la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, la introducción de alimentación complementaria oportuna manteniendo la práctica de la lactancia materna hasta los doce y veinticuatro meses de edad, la atención de la desnutrición aguda, suplementación alimentaria, el programa de ácidos fortificados (vitamina “A” en azúcar, complejo “B”, ácido fólico, hierro en la harina y yodo en la sal), así como suplemento de hierro y flúor en la mujer embarazada, también se han elaborado las guías alimentarias y se han socializado en todas las áreas de salud del país.

Éste programa prioritario no se visualiza en la estructura programática aprobada a las direcciones de áreas de salud, tampoco en aquellas prioritarias donde se han detectado mayores casos de desnutrición, sin embargo, se han reportado los siguientes resultados que son producto de las actividades más importantes que se realizan en este contexto:

Tabla No. 7
Pacientes atendidos en Seguridad Alimentaria Nutricional
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Descripción	Cantidad de Pacientes
Niños de 6 meses a menores de 1 año que inician control	180,522
Niños de 1 año a menores de 5 años que inician control	337,436
Niños anémicos de 6 a 11 meses	43,740
Niños menores de 5 años tratados por desnutrición	93,966
Reconsultas por control de crecimiento en niños menores de 5 años	307,035
Total de niños menores de 5 años que inician control con micro nutrientes	175,086
Niños menores de 5 años vistos en el servicio	1,587,540
Niños entre 5 y 6 meses vistos en el servicio que reciben lactancia materna exclusiva	177,125
Niños entre 5 y 6 meses vistos en el servicio	199,580
Pacientes con primer control prenatal	283,881
Reconsultas prenatales	299,111
Embarazadas que inician suplementación con ácido fólico	297,419
Embarazadas que inician suplementación con hierro	260,834

Fuente: Sistema de información gerencial en salud del Minsalud. Año 2004

Como se observa en el cuadro detallado anteriormente para el año 2004, se han atendido pacientes por diversas causas mismas que están relacionadas directamente con el programa en mención, solo el caso de los niños menores de cinco años que han sido atendidos en los servicios es un número significativo que es indispensable atender en el momento en que las madres acuden a los centros y puestos de salud por simple que sea la causa.

Este es un programa prioritario en aquellos departamentos donde se ha identificado un mayor porcentaje de desnutrición principalmente en niños y han podido desarrollarse acciones de promoción dirigidas básicamente a las madres que tienen niños recién nacidos, lo anterior con el objetivo principal de dirigir los esfuerzos hacia los lugares que presentan mayores necesidades entre los cuales se puede indicar a algunos municipios de Chiquimula, Huehuetenango, San Marcos, El Quiché, Quetzaltenango, entre otros.

En la estructura programática presupuestaria se visualiza este programa prioritario, pero únicamente en la estructura del nivel central con una asignación presupuestaria de Q.6.0 millones para el ejercicio fiscal 2004, en la actividad específica *“vigilancia y recuperación nutricional materno infantil”*. Este monto ha sido aprobado con el objetivo de cubrir a través de las áreas de salud a aquellos pacientes que deben recibir tratamiento especial para recuperar el estado de desnutrición que los afecta, sin embargo, cuando se realizó la investigación se observó que derivado de las necesidades de recursos financieros que se tienen en los servicios de salud, especialmente en la atención curativa de pacientes, se ha disminuido esta asignación para trasladarla a los centros hospitalarios de referencia nacional y se ha dejado esta actividad con una cantidad mínima de Q.2.0 millones para atender los requerimientos indispensables de los centros y puestos de salud de aquellas comunidades donde se observa que la población tiene mayor necesidad.

Cuando la cantidad indicada anteriormente es agotada y es necesario apoyar a los centros y puestos de salud, el personal involucrado debe solicitar a la dirección de área de salud los recursos adicionales que se requieren para cumplir con los objetivos y

metas propuestas, ya que no pueden dejar de atender a las personas que requieren el servicio.

Es importante indicar que a pesar de los esfuerzos de instituciones gubernamentales y no gubernamentales los índices de muertes de niños recién nacidos y mujeres no bajan en algunos municipios del altiplano occidental donde persisten los problemas de desnutrición e inseguridad alimentaria. Es más se ha considerado que algunas localidades superan los índices de mortalidad materno infantil de Haití ya que este país caribeño tiene mil muertes por cien mil nacidos vivos mientras el registro de algunos municipios del altiplano guatemalteco revelan mil trescientos muertos por cada cien mil.

2.3.12 Enfermedad bucodental

Según información obtenida del coordinador de este programa prioritario, éste no está registrado en la estructura programática presupuestaria actual, por lo que para adquirir los recursos financieros necesarios para la adquisición de cepillos y pastas dentales para los niños que asisten a las escuelas, centros y puestos de salud, el coordinador del programa gestiona ante la Gerencia General para que a través del presupuesto asignado al nivel central, se realice la compra de dichos insumos para lo cual adjunto a la solicitud remite las cotizaciones correspondientes para adquirirlos de inmediato, debiendo ser cargado el gasto a cualquier partida del presupuesto aprobado a la planta central.

Para realizar el resto de acciones de importancia los insumos son adquiridos con los recursos aprobados a las direcciones de áreas de salud de acuerdo a la planificación del personal de promoción de dichas entidades, quienes también son los responsables de planificar, coordinar en las escuelas y comunidades las campañas de prevención de caries y enfermedad periodontal.

La programación realizada se observa en el siguiente cuadro así también la ejecución real de las acciones programadas:

Cuadro No. 14
Programación y Ejecución de Acciones del
Programa Prioritario “Enfermedad Bucodental”
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Acciones	Programación			Ejecución		Diferencia	
	Meta de personas a atender	Recursos Necesarios	Inversión por Persona	Personas atendidas	Inversión por Personas atendidas	(Por persona)	(En Quetzales)
Total	10,034,874	Q5,471,634.00	Q0.55	8,598,447	Q4,600,948.06	1,436,427	Q870,685.94
<i>Niñez</i>							
Fluorización (enjuagatorios)	7,776,385	Q2,569,408.00	Q0.33	6,776,385	Q2,238,996.37	1,000,000	Q330,411.63
Higiene Bucal	136,496	Q401,295.00	Q2.94	116,022	Q341,100.75	20,474	Q60,194.25
Tratamiento	126,472	Q413,745.00	Q3.27	101,178	Q330,996.00	25,294	Q82,749.00
Diagnóstico de la cavidad bucal	68,856	Q46,651.00	Q0.68	60,593	Q41,052.88	8,263	Q5,598.12
<i>Adolescencia</i>							
Fluorización (enjuagatorios)	694,328	Q615,495.00	Q0.89	562,966	Q499,047.65	131,362	Q116,447.35
Higiene Bucal	151,936	Q446,693.00	Q2.94	120,029	Q352,887.47	31,907	Q93,805.53
Diagnóstico de la cavidad bucal	59,996	Q40,648.00	Q0.68	47,997	Q32,518.40	11,999	Q8,129.60
Tratamiento	129,549	Q315,851.00	Q2.44	108,821	Q265,314.84	20,728	Q50,536.16
<i>Adulto</i>							
Fluorización (enjuagatorios)	141,157	Q205,986.00	Q1.46	119,691	Q174,661.34	21,466	Q31,324.66
<i>Otros</i>							
Educación en salud bucal	749,699	Q415,862.00	Q0.55	584,765	Q324,372.36	164,934	Q91,489.64

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

Según la programación realizada para prestar los servicios relacionados con este programa prioritario, se solicitaron Q.5.5 millones, sin embargo, únicamente fueron aprobados en el bolsón general de las áreas de salud Q.4.6 millones, existiendo un déficit de ochocientos setenta mil seiscientos ochenta y cinco quetzales, lo cual afectó directamente a la población que requirió los servicios de salud pública, ya que no fueron atendidos como esperaban.

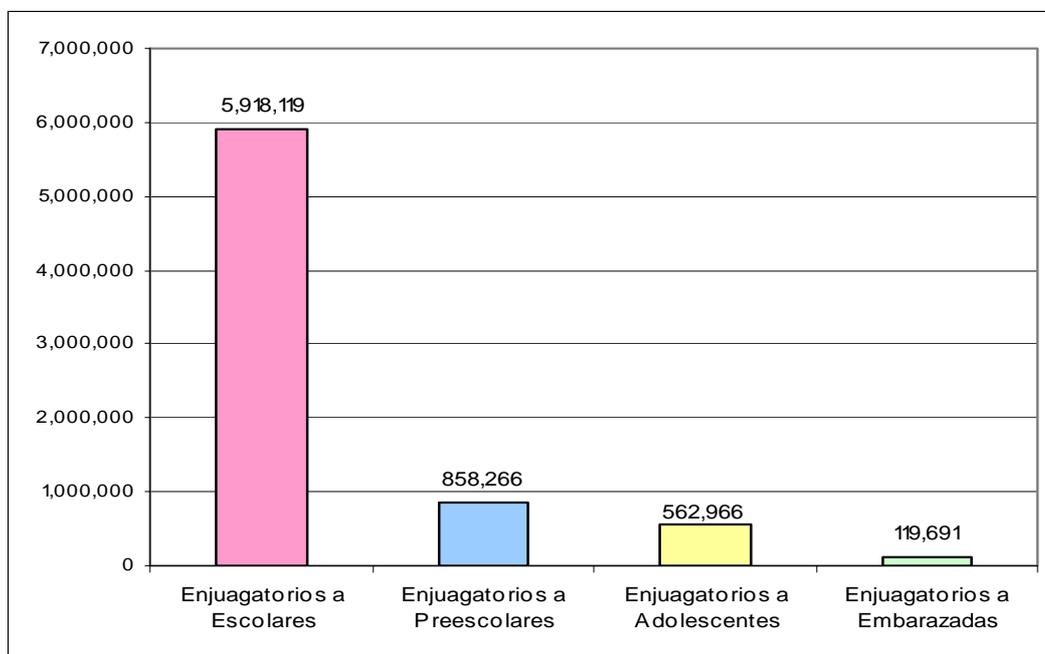
Las actividades que normalmente realizan con apoyo de las áreas de salud son: en el primer nivel de atención se promueve la educación en salud para los grupos familiares, líderes comunitarios, comadronas, vigilantes y promotores rurales en salud bucal, con el propósito de dar orientación sobre la referencia oportuna de casos detectados y acciones preventivas de fluoración en grupos priorizados dentro de la comunidad, aplicación de flúor en forma de buches, cuatro veces al mes, ocho meses calendario escolar y la utilización del cepillo dental para la eliminación de residuos alimenticios previo a la aplicación del mismo.

Lo anterior ayuda a eliminar la caries y enfermedad periodontal para lo cual se realizan monitoreos, evaluación y control del número de comunidades con sistema educativo y preventivo en salud bucodental, número de enjuagues de fluoruro, porcentaje de casos referidos y enjuagues realizados a niños y adolescentes que asisten a las escuelas, entre otros.

Con relación a la contratación de médicos odontólogos, existe esa plaza creada en la nómina para que se contrate este tipo de personal, quienes normalmente están ubicados en los centros de salud de las cabeceras departamentales. Es importante indicar que únicamente existe un especialista, lo cual es insuficiente para atender a los pacientes que a diario solicitan los servicios de odontología.

Los principales resultados de las actividades realizadas a nivel nacional por este programa prioritario durante el ejercicio fiscal 2004, se reflejan en la gráfica que se visualiza a continuación:

Gráfica No. 10
Principales actividades realizadas en los servicios de odontología
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004



Fuente: Sistema de información gerencial en salud del Minsalud. Año 2004

La gráfica anterior muestra que la mayor cantidad de acciones realizadas durante el año 2004, fueron los enjuagatorios que se aplicaron a los niños en edad escolar; el número es elevado ya que según información obtenida en la investigación realizada, ésta es una de las actividades que obligatoriamente deben realizarse año con año en todas las escuelas públicas a través del personal de los diferentes centros y puestos de salud.

2.3.13 Enfermedades crónicas y degenerativas

Este es un programa prioritario en el cual el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, no ha dedicado ningún esfuerzo por realizar acciones que conlleven a mejorar las condiciones de vida de la población, se han limitado únicamente a atender de una forma muy general a aquellos pacientes que visitan los servicios, proporcionándoles en algunos meses del año los medicamentos que requieren para sus enfermedades. Las acciones programadas y ejecutadas durante el año 2004, se reflejan a continuación:

Cuadro No. 15
Programación y Ejecución de Acciones del
Programa Prioritario “Enfermedades Crónicas y Degenerativas”
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Acciones	Programación			Ejecución		Diferencia	
	Meta de personas a atender	Recursos Necesarios	Inversión por Persona	Personas atendidas	Inversión por Personas atendidas	(Por persona)	(En Quetzales)
Total	39,748	Q1,177,504.00	Q29.62	34,634	Q908,202.03	5,114	Q269,301.97
Mujeres							
Hepatitis "B"	102	Q80,390.00	Q788.14	72	Q56,745.88	30	Q23,644.12
Diabetes	10,865	Q98,083.00	Q9.03	9,806	Q88,522.95	1,059	Q9,560.05
Hipertensión arterial	15,398	Q157,535.00	Q10.23	13,734	Q140,510.83	1,664	Q17,024.17
Infartos agudos	302	Q197,637.00	Q654.43	244	Q159,680.23	58	Q37,956.77
Insuficiencia cardíaca	791	Q117,735.00	Q148.84	645	Q96,003.89	146	Q21,731.11
Hombres							
Hepatitis "B"	182	Q143,441.00	Q788.14	107	Q84,330.70	75	Q59,110.30
Diabetes	5,196	Q46,907.00	Q9.03	4,038	Q36,453.13	1,158	Q10,453.87
Hipertensión arterial	6,032	Q61,713.00	Q10.23	5,334	Q54,571.81	698	Q7,141.19
Infartos agudos	283	Q185,203.00	Q654.43	186	Q121,723.53	97	Q63,479.47
Insuficiencia cardíaca	597	Q88,860.00	Q148.84	468	Q69,659.10	129	Q19,200.90

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

De la cantidad de pacientes que se programó atender, únicamente se cumplió con el 87%, lo cual implica que cinco mil ciento catorce mujeres y hombres se quedaron sin ser atendidos, sin recibir el tratamiento y atención indispensables para sus enfermedades.

Es importante indicar que según entrevista con el coordinador de este programa prioritario, él manifiesta que no se planifica atender a muchos pacientes porque normalmente no se asignan los recursos necesarios, así que únicamente contempla atender aquellos que ya tienen un historial y que normalmente acuden a los servicios de salud por los chequeos médicos y el tratamiento necesario, el cual a veces reciben y a veces no, ya que cuando no hay medicamentos se les extiende una receta para que de sus propios recursos sean adquiridos y en otros casos son transferidos a los hospitales de referencia nacional ubicados en la ciudad capital, ya que como se observa en el cuadro anterior no fueron aprobados todos los recursos solicitados.

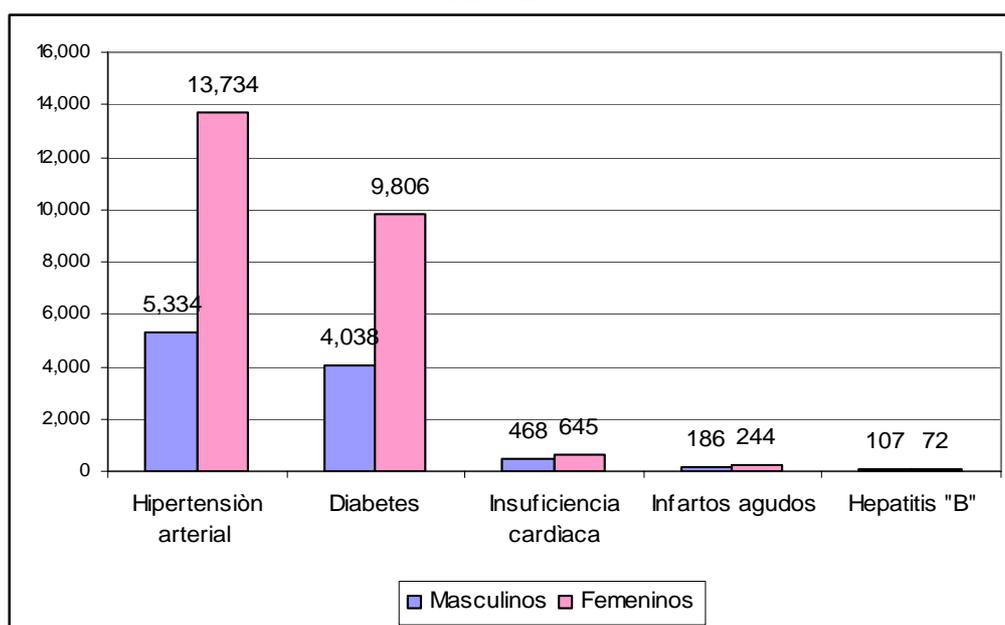
Una de las actividades que normalmente se realiza es el diseño de folletos informativos que entregan al personal que asiste a los centros y puestos de salud y a los líderes de los grupos comunitarios para que repartan en sus comunidades, por lo que el personal de promoción de las direcciones de áreas de salud es el responsable de que se tengan dichos folletos en el tiempo que se requiere para entregarlos al personal de los servicios de salud y a las comunidades.

Para llevar a cabo lo descrito anteriormente se debe coordinar con el Gerente General Administrativo Financiero de la institución para que se programe en el presupuesto los recursos financieros que se requieren para la compra de medicamentos y la impresión de los folletos.

En la estructura actual no existe este programa prioritario y según entrevista con el coordinador del mismo no se le brinda la importancia debida, ya que no se cuenta con los recursos financieros necesarios y los que se asignan a las diferentes áreas de salud son insuficientes para desarrollar todas las acciones relacionadas con esta enfermedad.

Los registros que se tienen indican que en su mayoría son pacientes del interior del país específicamente del área rural y las enfermedades principales o más comunes que padecen son las que se visualizan en la gráfica que aparece a continuación:

Gráfica No. 11
Principales enfermedades crónicas atendidas en los servicios de salud
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004



Fuente: Sistema de información gerencial en salud del Minsalud. Año 2004

Durante el año 2004 los casos más frecuentes son los de hipertensión arterial, seguidos de la diabetes; la gráfica anterior muestra que la cantidad de pacientes atendidos por este tipo de enfermedades es alto, por lo que se puede deducir que sí es necesario realizar acciones que beneficien directamente a este tipo de pacientes, no solo atenderlos de una forma general en la consulta externa, proporcionarles los medicamentos necesarios o trasladarlos a los hospitales de la ciudad capital.

2.3.14 Salud laboral

Las acciones planificadas y realizadas por este programa prioritario se visualizan a continuación:

Cuadro No. 16
Programación y Ejecución de Acciones del
Programa Prioritario “Salud Laboral”
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Acciones	Programación			Ejecución		Diferencia	
	Meta de personas a atender	Recursos Necesarios	Inversión por Persona	Personas atendidas	Inversión por Personas atendidas	(Por persona)	(En Quetzales)
Total	902	Q672,904.00	Q746.01	676	Q508,249.77	226	Q164,654.23
<u>Accidentes de trabajo</u>							
Leves	302	Q65,980.00	Q218.48	218	Q47,627.95	84	Q18,352.05
Moderados	203	Q101,932.00	Q502.13	154	Q77,327.72	49	Q24,604.28
Graves	14	Q102,156.00	Q7,296.86	11	Q80,265.43	3	Q21,890.57
<u>Accidentes comunes</u>							
Leves	216	Q47,191.00	Q218.48	169	Q36,922.59	47	Q10,268.41
Moderados	127	Q63,771.00	Q502.13	94	Q47,200.58	33	Q16,570.42
Graves	40	Q291,874.00	Q7,296.85	30	Q218,905.50	10	Q72,968.50

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

El cuadro anterior refleja que para el año 2004, se solicitó la cantidad de seiscientos setenta y dos mil novecientos cuatro quetzales para atender a novecientas dos personas que sufrieran lesiones en accidentes de trabajo y accidentes comunes, sin embargo, no se aprobó el monto solicitado, existió un déficit de ciento sesenta y cuatro mil seiscientos cincuenta y cuatro quetzales, lo que representó que no se atendieran a los pacientes adecuadamente por consiguiente tampoco recibieron el tratamiento indispensable para sus heridas o lesiones.

Es importante indicar que en algunos departamentos como Chiquimula, Zacapa, Izabal, Santa Rosa, El Quiché, San Marcos, Alta Verapaz y Chimaltenango, existen convenios entre el Ministerio de Salud Pública, las Municipalidades y los Consejos Departamentales de Desarrollo, en los cuales se establece quien es el responsable de cubrir los gastos relacionados con la contratación del personal que labora específicamente en este programa prioritario, dichas personas son las responsables de realizar las actividades en coordinación con las organizaciones indicadas anteriormente en cada departamento del país.

Las entidades descritas anteriormente son las que en algunos casos proporcionan los recursos financieros indispensables para llevar a cabo ciertas actividades que se tienen planificadas en virtud que las áreas de salud no cuentan con suficientes recursos financieros para llevar a cabo las acciones planificadas, sin embargo, es fundamental atender aquellos pacientes que se presenten a los centros o puestos de salud con lesiones provocadas por riesgos en los diferentes lugares de trabajo a quienes se les debe prestar por lo menos los primeros auxilios y brindarles los medicamentos necesarios mientras son atendidos por un especialista.

Este programa prioritario tampoco está registrado en la actual estructura programática, ya que las acciones que realiza están ligadas básicamente a proporcionar información sobre la prevención, tratamiento y control de los accidentes laborales y enfermedades ocupacionales, así como a la participación en la detección y vigilancia de sitios de trabajo donde existen riesgos laborales y núcleos de población agrícola migrante

temporera, así también realizar campañas para la erradicación del trabajo infantil peligroso a nivel nacional.

En el cuadro que se detalla a continuación se refleja información importante sobre este programa prioritario:

Cuadro No. 17
Pacientes atendidos en los servicios de salud por accidentes laborales
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Descripción	No. De casos vivos						Fallecidos		Total de Casos	
	Leves		Moderados		Graves		M	F	M	F
	M	F	M	F	M	F				
Accidentes de trabajo	167	51	119	35	11	0	21	6	318	92
Accidentes comunes	119	50	60	34	17	13	33	13	229	110

Fuente: Sistema de información gerencial en salud del Minsalud. Año 2004

Como se puede observar no son significativas las cantidades de pacientes atendidos en los servicios de salud pública, sin embargo, muestra el cuadro No. 17 que se han reportado fallecimientos tanto de hombres como de mujeres a nivel nacional por esta causa.

2.3.15 Población migrante

Este programa prioritario esta dirigido a atender específicamente a la población migrante a través del desarrollo de diversas actividades comenzando con el censo de la población, inmunización a niños menores de seis años, capacitación e información sobre temas de salud, educación y comunicación a líderes comunitarios y comadronas, la prevención contra el dengue y otras enfermedades, actividades de educación, prevención, tratamiento y control de tuberculosis, todo lo anterior en coordinación con los responsables de los programas prioritarios involucrados.

En la investigación realizada se obtuvieron las cifras que se tienen registradas de la población migrante atendida en el año 2004, la cual se refleja a continuación:

Cuadro No. 18
Programación y Ejecución de Acciones del
Programa Prioritario “Población Migrante”
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Acciones	Programación			Ejecución		Diferencia	
	Meta de personas a atender	Recursos Necesarios	Inversión por Persona	Personas atendidas	Inversión por Personas atendidas	(Por persona)	(En Quetzales)
Total	1,386,840	Q1,362,303.00	Q0.98	1,274,857	Q1,250,549.19	111,983	Q111,753.81
<u>Mujeres</u>							
Atención por diversas razones a mujeres migrantes	625,840	Q598,780.00	Q0.96	585,320	Q560,012.00	40,520	Q38,768.00
<u>Hombres</u>							
Atención por diversas razones a hombres migrantes	495,200	Q465,980.00	Q0.94	455,904	Q429,002.72	39,296	Q36,977.28
<u>Niños y niñas</u>							
Atención por diversas razones a niños y niñas migrantes	265,800	Q297,543.00	Q1.12	233,633	Q261,534.48	32,167	Q36,008.52

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

Como refleja el cuadro anterior, la asignación para este programa prioritario fue menor a la solicitada, ciento once mil setecientos cincuenta y tres quetzales no fueron aprobados lo que significa que hubo un 8.07% de la población que no recibió el tratamiento necesario para las enfermedades que presentaron cuando visitaron los servicios de salud pública.

Las cifras indicadas anteriormente son alarmantes debido a que año con año crece el número de pacientes atendidos y que pertenecen a población migrante, en su mayoría son personas que emigran de sus lugares de origen en busca de empleo o guatemaltecos que han emigrado del país pero que por diversas razones han tenido que regresar.

Es importante indicar que las actividades que planifica y ejecuta este programa prioritario son desarrolladas en aquellos departamentos del país en los que se tiene un mayor registro de población migrante, los insumos son adquiridos a través de los programas implicados y lo que no es cubierto por parte de éstos, es solicitada a las direcciones de áreas de salud para que a través de la Gerencia Administrativa Financiera sean contemplados en el anteproyecto de presupuesto los recursos financieros indispensables para llevar a cabo las acciones que se tienen programadas en el transcurso del ejercicio fiscal. Este programa no se refleja en la estructura programática presupuestaria actual.

2.3.16 Medicina transfusional y bancos de sangre

Los bancos de sangre de los hospitales nacionales afrontan carencias de unidades de sangre para poder cubrir una emergencia nacional, ya que según las proyecciones realizadas uno de cada cinco pacientes necesitará de transfusiones sanguíneas alguna vez durante su vida, este porcentaje aumenta cada vez más por varias razones como violencia o accidentes en todo el mundo.

Este programa prioritario no figura en la estructura programática presupuestaria por lo que cuando se requiere la compra de equipo para los laboratorios de estos bancos, el

coordinador gestiona por escrito ante la Gerencia Administrativa Financiera del Ministerio de Salud Pública, el monto que se requiere para la adquisición del equipo, las razones por las cuales debe realizarse la compra y para qué lugar será destinado, la mayor parte de veces es aprobada la adquisición de este equipo, ya que los centros hospitalarios no pueden estar sin él, por lo que la Gerencia Administrativa traslada la solicitud al departamento administrativo para que se analice como están las asignaciones en las partidas presupuestarias aprobadas y si no existe el monto requerido, solicita y autoriza se elaboren las transferencias presupuestarias necesarias.

En relación con el resto de acciones que lleva a cabo este programa prioritario, el responsable gestiona ante las direcciones de áreas de salud y hospitales nacionales para que del presupuesto autorizado a los mismos, se programe la cantidad de recursos financieros que requerirá para cubrir las actividades que se tienen programadas, mismas que son del conocimiento de las direcciones de áreas de salud de los departamentos del país.

Los recursos financieros solicitados y aprobados en el bolsón general para este programa prioritario se detallan a continuación:

Cuadro No. 19
Recursos Financieros Solicitados y Aprobados al
Programa Prioritario “Medicina Transfusional y Bancos de Sangre”
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

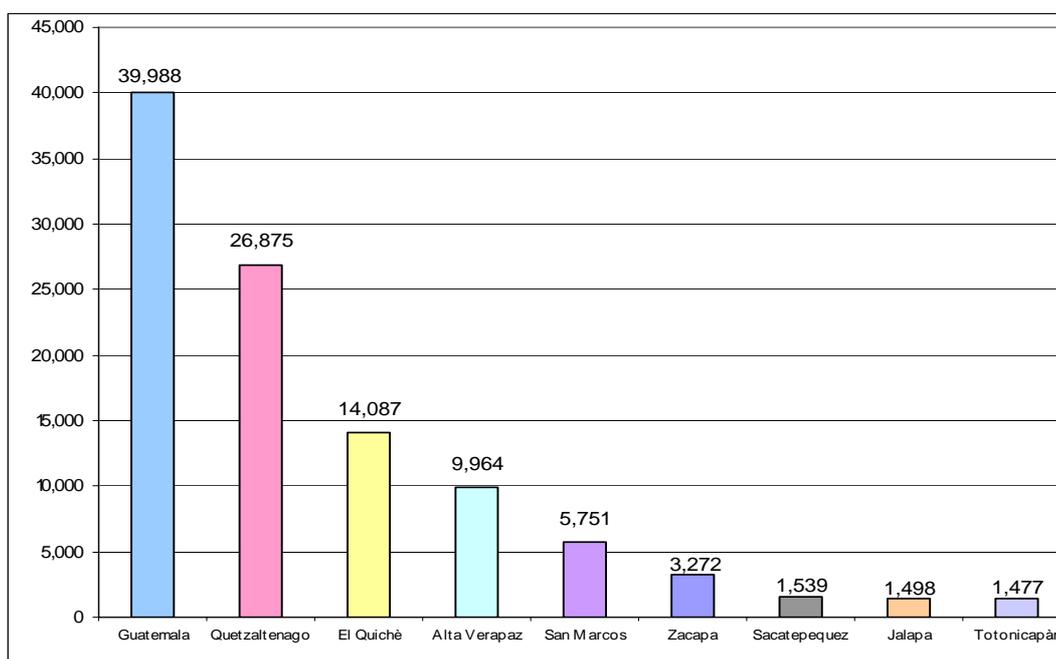
Descripción	Recursos Financieros	
	Solicitados	Aprobados
Total	Q1,986,490.00	Q1,986,490.00
Adquisición de insumos necesarios para los bancos de sangre	Q625,840.00	Q625,840.00
Adquisición de material médico quirúrgico necesario para los bancos de sangre	Q595,200.00	Q595,200.00
Adquisición de equipo indispensable para los bancos de sangre	Q765,450.00	Q765,450.00

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

El cuadro anterior refleja que a este programa prioritario le fueron asignados los recursos financieros tal cual fueron solicitados por el coordinador general. En la entrevista realizada él argumenta que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, no puede dejar de aprobar el monto requerido ya que está en juego la vida de los pacientes que requieren transfusiones de sangre por lo que indica que normalmente cuenta con los fondos para dar cumplimiento a las acciones planificadas.

A continuación se presenta una gráfica que detalla los principales departamentos de todo el país que tienen una mayor incidencia en donación de sangre básicamente para los hospitales y centros de salud.

Gráfica No. 12
Departamentos a nivel nacional con mayor incidencia en donación de sangre
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004



Fuente: Sistema de información gerencial en salud del Minsalud. Año 2004

Como se visualiza en la gráfica anterior el departamento que tiene un mayor registro en donaciones de sangre es Guatemala, lo cual se debe en gran parte al número de hospitales nacionales con que cuenta y principalmente por los de referencia nacional,

seguidamente del departamento de Quetzaltenango que es donde se ubica el segundo hospital más grande del país, así como el de Coatepeque y Rodolfo Robles.

Es importante indicar que en Guatemala no se tiene la cultura del donante voluntario de sangre por lo que en la mayoría de los centros hospitalarios nacionales, se requiere obligatoriamente a los pacientes que son sometidos a cirugías complicadas cumplir con el requisito de llevar a una persona a donar sangre.

2.3.17 Medicina popular, tradicional y alternativa

En la investigación realizada para conocer la situación de este programa prioritario, se encontró que éste fue creado en el año 2000 como parte de los compromisos derivados de los acuerdos de paz y tomando en cuenta que en Guatemala la cultura de los pueblos ha permanecido viva en diferentes expresiones de la vida cotidiana, lo cual se manifiesta en la visión de la vida, las relaciones del individuo en su entorno ambiental y social, la organización del trabajo y lo que se enmarca dentro de la cosmo visión maya.

Por lo indicado anteriormente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la salud, ha dedicado esfuerzos a las acciones relacionadas con dicho programa prioritario realizando las gestiones correspondientes para incorporarlo a la estructura programática presupuestaria, lo cual se logra en el año 2002 en el programa general *“servicios de salud a las personas”*.

Es importante indicar que aunque este programa prioritario fue registrado en la estructura programática presupuestaria, no se visualiza en el presupuesto aprobado a las áreas de salud seleccionadas para desarrollar las acciones planificadas, únicamente se observa en el presupuesto de la planta central y es en la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la salud donde se lleva el control de las acciones que se realizan.

Este programa prioritario realiza acciones concretas en los siguientes departamentos y municipios del país:

Cuadro No. 20
Áreas de salud seleccionadas para realizar acciones en materia de
Medicina popular, tradicional y alternativa
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Áreas de Salud	Cobertura	Asignación
	<i>Total</i>	<i>Q2,238,957.00</i>
Ixcán	Chinique, Chajul, Pachalum	Q724,579.00
Alta Verapáz	Chisec, Sehaú, Tactic, Tukurú, San Pedro Carchá	Q834,792.00
Chimaltenango	San José Poaquil, Patzún, Tecpán, Patzicía, San Pedro Yepocapa, San Andrés, Itzapa	Q679,586.00

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

Este programa prioritario tiene autorizados Q.2.2 millones los cuales son ejecutados a través de la cuenta que se tiene en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; estos recursos han sido distribuidos en las tres áreas seleccionadas para desarrollar un proyecto que dentro de sus acciones contempla la propuesta de desarrollo de medicinas alternativas, el diagnóstico de los centros artesanales sobre la medicina tradicional y su articulación al sistema de salud en las áreas indicadas, la propuesta sobre la red de sistematización de información sobre plantas medicinales, elaboración y entrega oficial del compendio de plantas medicinales, entre otras acciones importantes.

También se tienen contempladas acciones tales como: desarrollar políticas que favorezcan la articulación y/o complementación de la medicina popular tradicional a la prestación de servicios en el sistema oficial de salud; promover la prestación de servicios culturalmente accesibles y aceptables con un enfoque de atención primaria en salud en los diferentes niveles; proteger la diversidad de modelos de atención en los que se basa la medicina popular, tradicional y alternativa, fortalecer el recurso humano institucional y realizar investigaciones que provean elementos para la valoración, rescate, práctica y conocimiento de los diferentes modelos alternativos de atención;

fomentar la participación social en el ámbito local, regional y nacional con enfoque intercultural en la gestión y el desarrollo de la medicina popular tradicional.

2.3.18 Salud reproductiva

Este programa prioritario no se encuentra registrado en la estructura programática presupuestaria, sin embargo ha tenido trascendental importancia debido a que en el año 2001 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, suscribió un convenio de donación con la Agencia Interamericana de Desarrollo, específicamente para realizar acciones de salud reproductiva en ocho departamentos del país.

Derivado de lo anterior, se hace necesario registrarlo en dicha estructura para lo cual se crea la actividad "Cooperación AID" con una cantidad aprobada anual de Q.13.4 millones, de los cuales Q.8.4 son recursos de donación y Q.5.0 ingresos corrientes, mismos que están destinados a cubrir las acciones que realiza este programa en los departamentos de Guatemala, Chimaltenango, Sololá, Totonicapán, Huehuetenango, San Marcos, Quetzaltenango y El Quiché. Dicho convenio únicamente contempla los departamentos indicados anteriormente y tiene una vigencia de 5 años.

El objetivo principal que persigue el convenio suscrito entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Agencia Interamericana de Desarrollo, es el de mejorar la situación de salud de la mujer y el infante, ya que los indicadores de mortalidad infantil, en especial la mortalidad neo-natal y materna persisten elevados y evidencian las graves necesidades y las brechas de atención que persisten en el país, principalmente en los departamentos descritos anteriormente. Es importante indicar que la mortalidad materna e infantil se reducen drásticamente al mejorar el acceso de la población a servicios de atención en salud reproductiva oportunos y de calidad.

Los recursos financieros necesarios para dar cumplimiento a las acciones planificadas a nivel nacional para el ejercicio fiscal 2004, se visualizan a continuación así como la ejecución real:

Cuadro No. 21
Programación y Ejecución de Acciones del
Programa Prioritario “Salud Reproductiva”
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Acciones	Programación			Ejecución		Diferencia	
	Meta de personas a atender	Recursos Necesarios	Inversión por Persona	Personas atendidas	Inversión por Personas atendidas	(Por persona)	(En Quetzales)
Total	6,140,634	Q10,071,662.00	Q1.64	5,397,408	Q9,214,988.12	743,226	Q856,673.88
Mujer							
Mortalidad materna y neonatal	2,081,589	Q1,331,635.00	Q0.64	1,810,982	Q1,158,522.45	270,607	Q173,112.55
Mortalidad infantil	1,981,589	Q1,727,770.00	Q0.87	1,664,535	Q1,451,326.80	317,054	Q276,443.20
Atención del parto	129,886	Q4,014,014.00	Q30.90	123,392	Q3,813,313.30	6,494	Q200,700.70
Mujeres con anemia tratadas	562,712	Q475,933.00	Q0.85	478,305	Q404,543.05	84,407	Q71,389.95
Provisión de métodos de planificación familiar	1,234,709	Q2,000,000.00	Q1.62	1,185,321	Q1,920,000.00	49,388	Q80,000.00
Atención de mujeres con enfermedades osteo musculares	62,022	Q121,331.00	Q1.96	56,440	Q110,411.21	5,582	Q10,919.79
Atención de mujeres con infecciones urinarias	88,127	Q400,979.00	Q4.55	78,433	Q356,871.31	9,694	Q44,107.69

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

Según el plan operativo anual elaborado por las direcciones de áreas de salud para dar cumplimiento a las acciones más importantes a nivel nacional se solicitaron Q.10.1 millones adicionales a las autorizadas a través de la donación; el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, únicamente aprobó Q.9.2 millones existiendo un déficit de ochocientos cincuenta y seis mil seiscientos setenta y tres quetzales, lo que afecta enormemente principalmente para la adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico indispensable en los servicios de salud pública, ya que este programa integra una serie de acciones relacionadas con la paternidad y maternidad responsable, la atención integral del niño, la niña, el y la adolescente, el hombre y la mujer adulta considerando así todo el ciclo reproductivo del ser humano.

Dentro de los componentes de este programa prioritario se contemplan la planificación familiar, el programa integral de la niñez y adolescencia, la atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia, la mujer a nivel comunitario, la atención materno neonatal esencial, la prevención y el control del cáncer cérvico uterino, el diagnóstico del cáncer de próstata. Así también se han diseñado las normas y protocolos de salud reproductiva que incluye los lineamientos estratégicos para reducir la mortalidad materna, fundamentada en el modelo de atención prenatal, reenfocada al parto limpio y la atención del neonato.

En virtud de lo anterior, se lanza la estrategia AIEPI-AIMC (Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia y el componente de información, educación y comunicación); para mejorar la salud de los infantes y las mujeres a nivel comunitario en el campo de la planificación familiar, se desarrolla un componente de apoyo logístico de medicamentos y anticonceptivos.

Los componentes que mayor importancia tienen son los de mortalidad infantil y mortalidad materna ya que son los que se ubican entre las tasas más altas de América Latina. En cada uno de éstos se han detectado las enfermedades más comunes y las que según las estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, son las que más muertes han provocado, siendo éstas:

Tabla No. 8
Principales causas de mortalidad infantil
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Causas	No. De muertes
Desnutrición	4,699
Neumonías	11,082
Diarreas	2,085
Prematurez	1,341
Asfixia perinatal	1,144

Fuente: Sistema de información gerencial en salud del Minsalud. Año 2004

Tal y como se observa en el cuadro anterior el problema de neumonías es el que más afecta a los niños menores a nivel nacional seguido de la desnutrición, la cual está más marcada en las niñas: 45.1% en las niñas menores de cinco años presentan desnutrición crónica y el 20.8% desnutrición crónica severa. La desnutrición crónica en los niños/as de mujeres indígenas es el doble del observado entre los hijos/as de mujeres no indígenas. La mortalidad infantil se acentúa en los casos de madres en los extremos de la edad reproductiva y en las menores de veinte años.

El componente de la mortalidad materna en Guatemala está ligado fuertemente a las condiciones de ruralidad, el bajo nivel educativo, la pobreza y la falta de acceso a los servicios preventivos de salud. Dentro de las causas de mortalidad materna debe mencionarse el papel que desempeña el aborto practicado en condiciones de riesgo ya que se han registrado datos que evidencian que éste constituye uno de los principales problemas que agravan la mortalidad; tal es el caso de un estudio de mortalidad materna que reportó que de los casos de muertes por infecciones, un alto porcentaje se encontró asociado a un aborto.

Las principales causas de mortalidad materna reportadas por las áreas de salud de todo el país durante el año 2004, se detallan en la siguiente tabla:

Tabla No. 9
Principales causas de mortalidad materna
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Causas	No. de muertes
Hemorragias del parto	963
Infecciones	958
Hipertensión inducida por el embarazo	642
Eclampsia	543

Fuente: Sistema de información gerencial en salud del Minsalud. Año 2004

Las muertes por hemorragias y las infecciones denotan una atención de calidad insuficiente y en los lugares no adecuados, lo cual puede ser claramente evitado, ya que se relaciona con la falta de acceso, cobertura y baja de calidad de servicios de salud.

Las mujeres mueren frecuentemente por las causas indicadas anteriormente, antes, durante y después del parto, la muerte de ellas llega durante el camino que recorren en búsqueda de ayuda y antes de llegar a los centros y puestos de salud. Otro factor importante es que los partos son atendidos en un 43.6% por personal no calificado, 40.5% por comadronas y 11.0% por familiares. Sabemos que la naturaleza cultural de Guatemala conduce a un mayor porcentaje de partos atendidos por comadronas principalmente en aquellos lugares inaccesibles geográficamente.

A continuación se presenta un cuadro consolidado que refleja el presupuesto programado en el plan operativo anual para el ejercicio fiscal 2004, así como el monto que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social asignó en el bolsón general para la realización de las diferentes actividades planificadas por los coordinadores de los programas prioritarios en coordinación con el personal de las áreas de salud de todo el país; en dicho cuadro también se visualiza la diferencia en recursos financieros que no se autorizó.

Cuadro No. 22
Presupuesto Programado y Aprobado por Programa Prioritario
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Número	Programas Prioritarios	Presupuesto		Diferencia
		Programado	Aprobado	
	Total	Q79,466,388.00	Q63,092,263.00	Q16,374,125.00
1	Inmunizaciones	Q5,352,538.00	Q4,844,044.00	Q508,494.00
2	Atención a niños, niñas y adolescentes	Q7,622,017.00	Q5,988,014.00	Q1,634,003.00
3	Adulto mayor y personas con discapacidad	Q2,515,805.00	Q1,876,822.00	Q638,983.00
4	Infecciones respiratorias agudas	Q2,817,640.00	Q2,472,017.00	Q345,623.00
5	Enfermedades transmitidas por agua y alimentos	Q1,738,697.00	Q1,417,832.00	Q320,865.00
6	Enfermedades transmitidas por vectores	Q12,748,930.00	Q10,635,463.00	Q2,113,467.00
7	Rabia y otras zoonosis	Q1,825,020.00	Q1,604,026.00	Q220,994.00
8	Tuberculosis	Q1,530,725.00	Q1,329,220.00	Q201,505.00
9	Prevención y control de ITS/VIH/SIDA	Q14,135,679.00	Q10,098,473.00	Q4,037,206.00
10	Salud mental	Q161,603.00	Q117,964.00	Q43,639.00
11	Seguridad alimentaria y nutricional	Q6,036,280.00	Q2,000,000.00	Q4,036,280.00
12	Enfermedad bucodental	Q5,471,634.00	Q4,600,949.00	Q870,685.00
13	Enfermedades crónicas y degenerativas	Q1,177,504.00	Q908,203.00	Q269,301.00
14	Salud laboral	Q672,904.00	Q508,250.00	Q164,654.00
15	Población migrante	Q1,362,303.00	Q1,250,550.00	Q111,753.00
16	Medicina transfusional y bancos de sangre	Q1,986,490.00	Q1,986,490.00	Q0.00
17	Medicina popular tradicional	Q2,238,957.00	Q2,238,957.00	Q0.00
18	Salud reproductiva	Q10,071,662.00	Q9,214,989.00	Q856,673.00

Fuente: Unidad de Administración Financiera y Sistema de Información Gerencial en Salud del Minsalud. Año 2004

El cuadro anterior indica que para dar cumplimiento a todas las acciones planificadas, se necesitaba contar con Q.79.5 millones, sin embargo, sólo se autorizaron Q.63.1 millones, es decir el 79.39%, lo cual afectó a la población guatemalteca que demanda de los servicios de salud pública, principalmente los que se encuentran en pobreza y pobreza extrema y que no están cubiertos por el seguro social o no cuentan con recursos financieros que les permitan visitar un centro hospitalario privado.

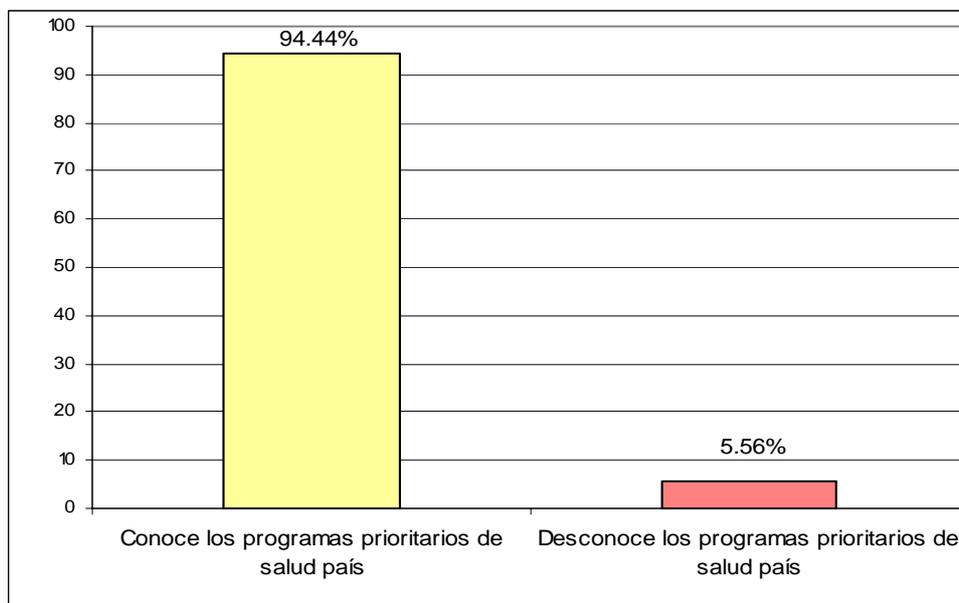
2.4 Análisis de la situación actual de los programas prioritarios de salud país

De acuerdo al resultado de la investigación realizada el 16.67% de los programas prioritarios están registrados en la estructura programática presupuestaria, 61.11% no está registrado y el 22.22% no sabe si el programa que coordina aparece o no en dicha estructura.

Según el análisis efectuado se estableció que aunque la mayoría de los programas prioritarios no están registrados siempre programan las acciones a realizar y los recursos financieros que requieren para dar cumplimiento a las mismas, ya que si bien es cierto los pacientes acuden a los centros especializados en salud pública desconociendo la situación de estas instituciones y como es sabido en un alto porcentaje los pacientes son atendidos en la consulta externa sin proporcionarles el tratamiento adecuado para curar o prevenir las enfermedades. Así también se estableció que en muy pocos casos se realizan acciones de prevención para proporcionar a la población los lineamientos indispensables para prevenir muchas enfermedades que pueden ser evitadas desde los hogares por la población en general.

Para la realización de la presente investigación, se contó con el apoyo de los dieciocho coordinadores de los programas prioritarios con quienes se sostuvo una entrevista directa para conocer la situación real de cada uno de los programas prioritarios que dirigen, de esta manera se obtuvo parte de la información proveniente de los centros y puestos de salud ubicados en todo el país, así también se estableció el grado de conocimiento que tienen con respecto a los programas prioritarios que integran el plan nacional de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

Gráfica No. 13
Grado de conocimiento de los programas prioritarios de salud
por parte de los entrevistados
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004



Fuente: Elaboración propia con base a datos obtenidos en entrevista. Año 2004

De acuerdo a la entrevista sostenida con los coordinadores de los programas prioritarios, se concluyó que el 94.44% conocen en términos generales dichos programas y las acciones que realiza cada uno inclusive describieron algunas de ellos; el 5.56% que es un mínimo porcentaje indica no conocer dichos programas pero advierten que recientemente se han incorporado al equipo y que en un período de tiempo breve esperan conocerlos, sin embargo, a pesar que es un alto porcentaje de los entrevistados que conoce los programas prioritarios y el propósito de cada uno de éstos, al consultarles si están registrados en la estructura programática presupuestaria la mayoría de ellos indican desconocerlo o afirman que no aparecen.

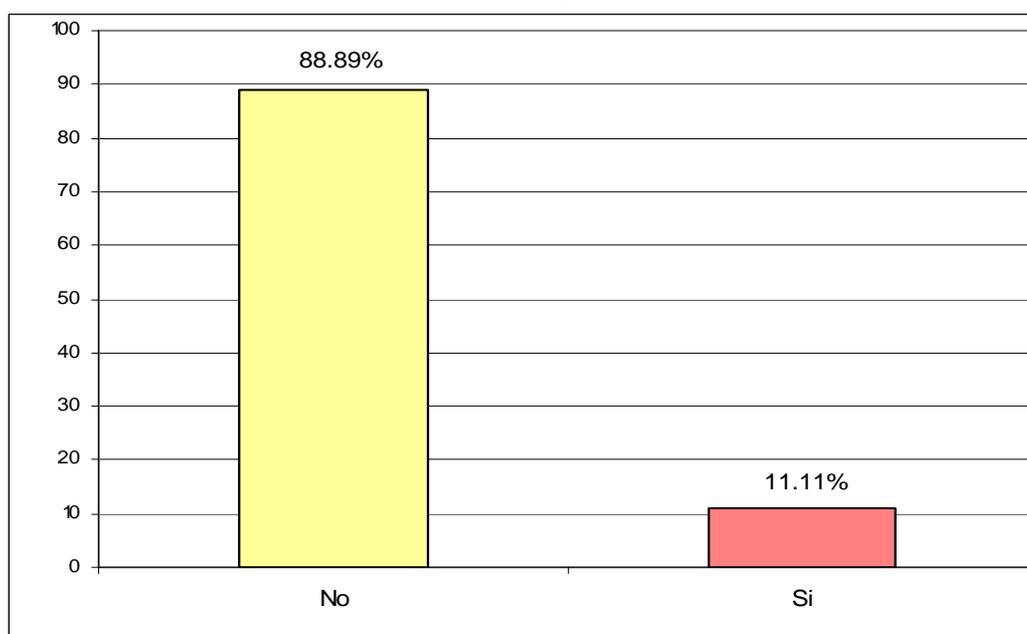
Así también es importante indicar que, según los resultados obtenidos en el diagnóstico elaborado se determinó que los programas prioritarios que actualmente desarrolla el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en todo el país no tienen ninguna correspondencia con los programas generales y las actividades específicas definidas conjuntamente con el Ministerio de Finanzas Públicas, en virtud que los recursos

financieros asignados no están acorde a los programas prioritarios, ya que no son los que figuran en la actual estructura programática presupuestaria.

Los recursos financieros son asignados en los programas generales como un bolsón y de allí deben priorizarse todas las actividades que se llevarán a cabo, de tal forma que al momento de agotarse esa asignación ya no hay ni siquiera para compra de medicamentos, por lo que en ese momento es indispensable que soliciten más apoyo presupuestario, hagan préstamos de medicamentos a otras entidades o simplemente atienden a los pacientes y les proporcionan una receta para que con sus propios recursos adquieran en las farmacias de la localidad los medicamentos necesarios para sus enfermedades.

La gráfica siguiente muestra de una mejor manera lo indicado anteriormente en relación con la correspondencia que tienen los recursos financieros asignados con los programas prioritarios:

Gráfica No. 14
Entrevistados que consideran que los recursos financieros asignados tienen o no correspondencia con los programas prioritarios de salud país
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004



Fuente: Elaboración propia con base a datos obtenidos en entrevista. Año 2004

Como se observa en la gráfica anterior el 11.11% considera que los recursos financieros asignados tienen relación con los programas prioritarios de salud país, ya que indican que han recibido en alguna oportunidad un reporte del departamento financiero en el cual aparece el nombre del programa que coordinan así como la cantidad de recursos financieros que tienen disponible para ejecutar en el transcurso del año, lo cual consideran muy bueno porque ya está autorizado el monto y pueden ejecutarlo acorde a las actividades que tienen programadas sin ningún problema; caso contrario con el 88.89% que es el mayor porcentaje de los entrevistados quienes indican que los recursos financieros asignados al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no tienen correspondencia con los programas prioritarios de salud país ya que argumentan no conocer ninguna partida presupuestaria con monto aprobado para llevar a cabo las acciones del programa que coordinan, provocando esto que no se realicen a cabalidad las actividades que benefician directamente a la población guatemalteca lo cual afecta aquellas personas que no tienen acceso a los servicios privados de salud o al seguro social.

Por lo expuesto anteriormente, la mayoría de los entrevistados exponen que existen serias deficiencias en la actual estructura programática presupuestaria las cuales deben ser analizadas y corregidas inmediatamente ya que la forma que se utiliza para solicitar los recursos financieros a los entes que indica la ley no tiene ninguna relación con los programas prioritarios que efectivamente se ejecutan y que son a los que debería asignárseles formalmente recursos financieros en el presupuesto.

Los coordinadores de los programas prioritarios manifiestan también que cuando ellos elaboran el plan operativo anual lo hacen acorde a las necesidades de la población de cada departamento, considerando una serie de aspectos que año con año afectan a la población, sin embargo, cuando el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social remite el documento a la Dirección Técnica del Presupuesto del Ministerio de Finanzas Públicas para ser incorporado en el presupuesto general se presenta de diferente manera lo cual afecta directamente todo el trabajo de coordinación y planificación realizado durante varios meses por parte del personal involucrado.

Lo indicado anteriormente se refleja en la asignación presupuestaria que año con año es solicitada versus el monto que realmente se aprueba y que está en un bolsón general del cual deben salir los recursos financieros necesarios para realizar las acciones planificadas por todos los coordinadores de los programas prioritarios.

El mecanismo utilizado actualmente provoca una serie de problemas a los coordinadores de los programas prioritarios, ya que en los últimos meses del año ya se han agotado los recursos financieros aprobados en el bolsón general, por lo que ya no se pueden adquirir los insumos indispensables, lo cual afecta a la población que requiere los servicios de salud pública principalmente en el interior del país.

Los recursos financieros solicitados en el plan operativo anual elaborado para el ejercicio fiscal 2004 versus el monto aprobado para cada uno de los programas prioritarios presenta un déficit de 20.61% que no fue asignado. El 79.39% de los recursos financieros requeridos fueron contemplados en el bolsón general para dar cumplimiento a todas las actividades planificadas.

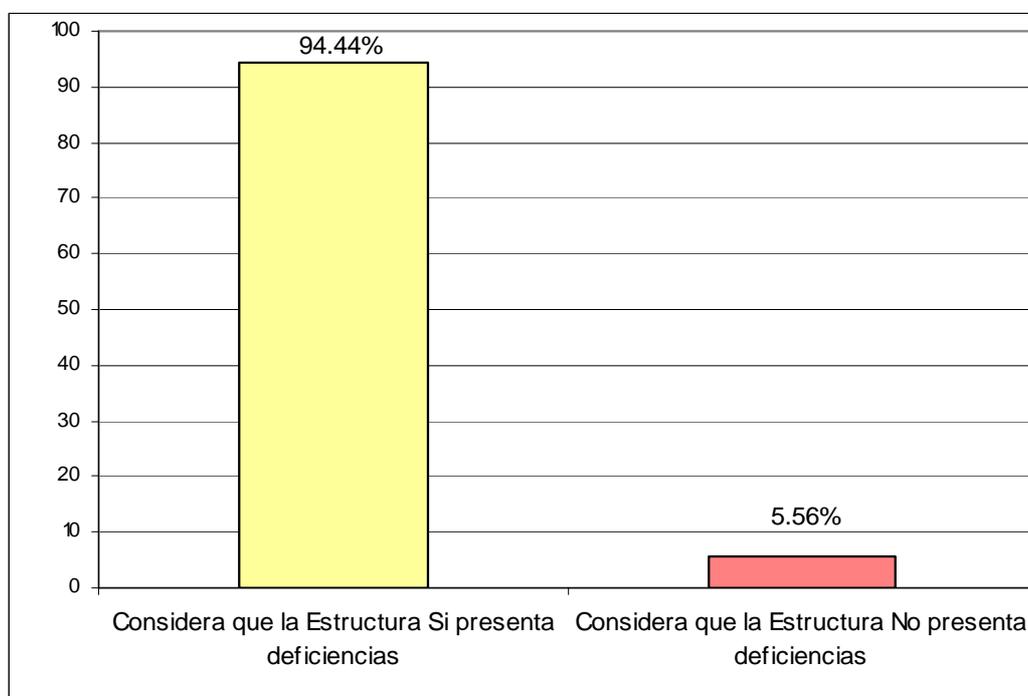
Es importante indicar que derivado de la investigación realizada en las diferentes instancias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se pudo determinar la cantidad de recursos financieros que fueron aprobados para cada programa prioritario en el bolsón general, ya que si bien es cierto en la estructura programática presupuestaria vigente de dicha entidad no se visualizan dichos programas, se estableció que para la elaboración del plan operativo anual existe un programa computarizado en el cual según datos históricos y el crecimiento de la población se ingresa la cantidad de pacientes a atender y el tratamiento que debe recibir cada uno de estos pacientes dependiendo de la enfermedad que presenten.

El programa indicado anteriormente tiene asociado el tratamiento que debe recibir el paciente y el costo del mismo por lo que automáticamente le refleja la cantidad de recursos financieros que se requieren para atender a los pacientes que se estima acudirán a los servicios de salud pública.

En el proceso de ejecución los centros y puestos de salud llevan un control de los pacientes atendidos y al final de cada mes consolidan la información para remitirla al Sistema de Información Gerencial en Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, misma que es registrada en dicho sistema donde se lleva el control de las acciones realizadas por cada programa prioritario a nivel nacional.

Derivado de la metodología que se utiliza actualmente para la asignación formal de recursos financieros a cada uno de los programas prioritarios a nivel nacional los coordinadores de dichos programas han manifestado que la actual estructura programática presupuestaria presenta serias deficiencias las cuales deben ser corregidas de forma inmediata. De acuerdo a lo indicado anteriormente a continuación se presenta la gráfica No. 15, en la cual se puede observar el porcentaje de respuestas obtenidas por parte de cada uno de los coordinadores de los programas prioritarios en la entrevista realizada:

Gráfica No. 15
Deficiencias en la actual estructura programática presupuestaria del
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004



Fuente: Elaboración propia con base a datos obtenidos en entrevista. Año 2004

La gráfica anterior muestra que efectivamente el 94.44% coincide en que la actual estructura programática presupuestaria tiene deficiencias y que debe ser actualizada de forma inmediata; el 5.56% considera que ésta no presenta deficiencias. Las deficiencias indicadas directamente por los entrevistados se muestran en el siguiente cuadro:

Tabla No. 10
Deficiencias en la actual Estructura Programática Presupuestaria del
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Inicia Tabla No. 10

Programa Prioritario	Deficiencias en la actual estructura programática.....
Imunizaciones	Los recursos financieros no se asignan adecuadamente.
Atención a niños, niñas y adolescentes	La estructura programática presupuestaria no responde a la asignación anual de recursos financieros
Adulto mayor y personas con discapacidad	Nunca han actualizado la estructura programática presupuestaria, por lo tanto no es compatible con las acciones que hoy en día se realizan a nivel nacional.
Infecciones respiratorias agudas	No aparecen los programas prioritarios en la estructura programática presupuestaria actual.
Enfermedades transmitidas por agua y alimentos	No se tienen recursos financieros asignados para los programas prioritarios, eso algunas veces hace que el presupuesto se ejecute mal.
Enfermedades transmitidas por vectores	En el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, nunca asignan recursos financieros directamente para los programas prioritarios.
Rabia y otras zoonosis	En el presupuesto que les dan a las áreas de salud nunca aparece ninguna asignación para los programas prioritarios siempre esta muy general.
Tuberculosis	No hay suficientes recursos financieros y los pocos que hay no los distribuyen adecuadamente.
Prevención y control de ITS/VIH/SIDA	El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, no solicita los recursos financieros tal y como se plantean en el plan operativo anual.
Salud mental	Nunca aprueban bien los recursos financieros para la ejecución de los programas prioritarios.
Seguridad alimentaria y nutricional	En el presupuesto de las áreas de salud nunca aparece ningún monto para los programas prioritarios.
Enfermedad bucodental	La falta de recursos financieros directamente para los programas prioritarios.
Enfermedades crónicas y deg	La forma inadecuada en que se solicitan los recursos financieros al Ministerio de Finanzas Públicas.

Fuente: Elaboración propia con base a datos obtenidos en entrevista. Año 2004

Tabla No. 10 (Continuación)
Deficiencias en la actual Estructura Programática Presupuestaria del
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004

Programa Prioritario	Deficiencias en la actual estructura programática.....
Salud laboral	No hay suficientes recursos financieros y los pocos que hay no se asignan adecuadamente.
Población migrante	La falta de interés que muestran las autoridades en actualizar la estructura programática presupuestaria, ya que la que utilizan ya está obsoleta, no responde a las necesidades que requiere la población.
Medicina transfusional y bancos de sangre	La falta de interés de las autoridades del Ministerio de Salud en actualizarla ya que el hecho que no hayan recursos financieros para los programas prioritarios provoca muchos problemas en las áreas de salud.
Medicina popular, tradicional y alternativa	No están todos los programas prioritarios registrados en la estructura programática presupuestaria.
Salud reproductiva	La falta de recursos financieros e interés por parte de las autoridades en solicitar los recursos tal y como se van a utilizar.

Fuente: Elaboración propia con base a datos obtenidos en entrevista. Año 2004

Como lo indica el cuadro detallado anteriormente, la mayoría de los entrevistados manifiestan que existen serias deficiencias en la estructura programática presupuestaria porque no responde a los programas prioritarios de salud país que se ejecutan a nivel nacional, ya que los recursos financieros no son aprobados tal y cual se programan en el plan operativo anual.

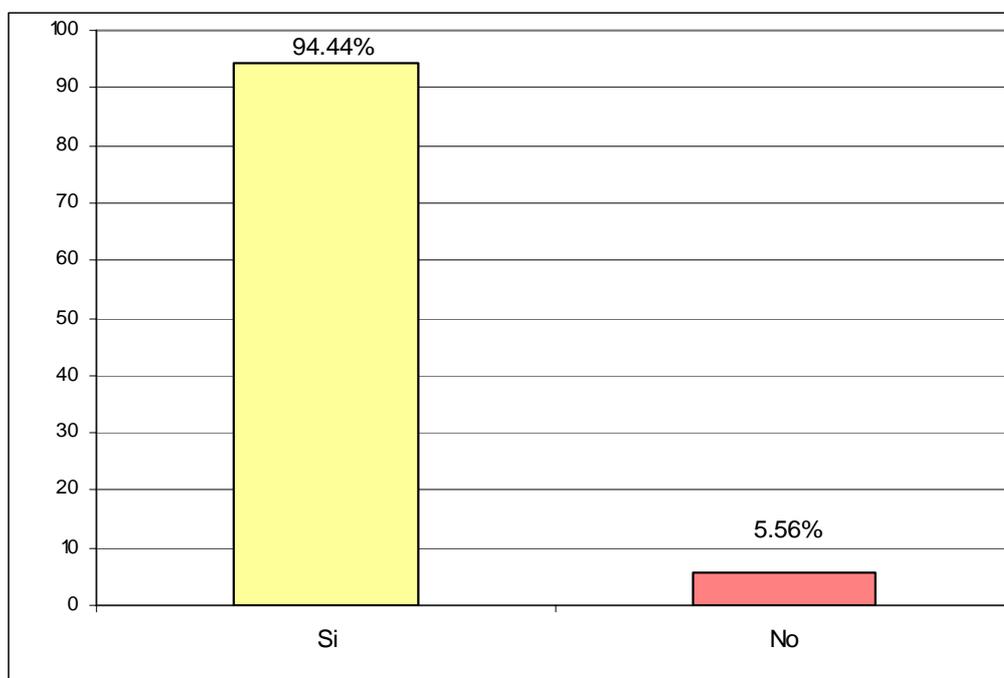
Adicionalmente, manifiestan que la metodología utilizada para la asignación de los recursos financieros ocasiona serios problemas para identificar los montos aprobados a cada programa prioritario, debido a que normalmente no se autoriza la cantidad solicitada y la que se autoriza es asignada a un bolsón general lo que dificulta la ejecución del presupuesto, no permite llevar un control eficiente del mismo y no se pueden adquirir los insumos y medicamentos indispensables en los centros y puestos de salud en el momento oportuno.

Es importante indicar que los entrevistados también manifiestan que no ha existido interés por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social,

en actualizar la estructura programática presupuestaria actual, ya que está obsoleta y no responde a las necesidades de salud que demanda la población guatemalteca.

La gráfica que se presenta a continuación muestra el porcentaje de los entrevistados que opinan según su criterio, experiencia y grado de conocimiento la necesidad que tiene el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de actualizar de forma inmediata la estructura programática presupuestaria de tal forma que responda a los programas prioritarios de salud país que se desarrollan a nivel nacional. Indican que de lo contrario se continuará trabajando de manera empírica y nunca se verán cambios positivos en los servicios de salud pública, no mejorará la calidad de vida de la población guatemalteca, ya que de la manera en que se asignan los recursos financieros actualmente éstos nunca serán suficientes para desarrollar las acciones que se requieren a nivel nacional y siempre se observará desorden en la ejecución del presupuesto.

Gráfica No. 16
Proporción de los entrevistados que consideran necesario actualizar de forma inmediata la actual estructura programática presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2004



Fuente: Elaboración propia con base a datos obtenidos en entrevista. Año 2004

De acuerdo a lo que se observa en la gráfica número dieciséis el 94.44% de los entrevistados opinan que es urgente actualizar la estructura programática presupuestaria, ya que año con año ocurre que se elabora el plan operativo anual donde se registran todas las actividades a realizar y los recursos económicos indispensables para desarrollarlas, sin embargo, al momento de entregar el presupuesto autorizado no se observan los recursos planteados en dicho plan, provocando lo anterior que se elabore un documento sin tener ninguna respuesta positiva al trabajo realizado lo cual a corto plazo repercute directamente en la población que requiere de los servicios de salud del sector público en virtud que no son atendidos según las necesidades que presentan. El 5.56% indica que no existen problemas en la actual estructura programática presupuestaria.

Exponen también algunos de los entrevistados que no ha existido interés por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en actualizar dicha estructura debido a que desde hace muchos años se ha observado la falta de asignación de recursos financieros para los programas prioritarios existentes sin que se haya hecho algo por solucionar este problema, a pesar de las recomendaciones que en varias ocasiones han presentado tanto verbal como por escrito, lo cual ha perjudicado directamente a la población, ya que normalmente no se realizan las actividades que se tienen programadas por la falta de los insumos necesarios.

A pesar de lo indicado anteriormente, indican que cuando se presentan emergencias en algunas localidades del país como: brotes de enfermedades, epidemias y otros, las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, exigen que se de cumplimiento a todas las acciones y medidas que ayuden a evitar que eso suceda, algo que consideran injusto porque no se les proporcionan los recursos financieros que requieren para adquirir los insumos y las herramientas necesarias en el momento oportuno, lo cual muchas veces repercute en los pacientes porque se les solicita que lleven el material médico quirúrgico para poder ser intervenidos y aún así muchos deben esperar semanas y hasta meses para ser atendidos.

A continuación se presenta un cuadro resumen que detalla las respuestas obtenidas de parte de cada uno de los coordinadores de los programas prioritarios, respecto a una de las interrogantes consideradas parte fundamental del trabajo realizado:

Tabla No. 11
Existe interés por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en actualizar la estructura programática presupuestaria vigente
Año 2004

Inicia Tabla No. 11

Programa Prioritario	Cree que existe interés....	Por qué?
Inmunizaciones	No	Creen que no es importante por lo que no le han prestado la atención debida.
Atención a niños, niñas y adolescentes	No	Nunca se han tomado el tiempo para actualizarla porque dicen que así está bien.
Adulto mayor y personas con discapacidad	No	Consideran que son muchos programas prioritarios para registrarlos.
Infecciones respiratorias agudas	No	No le han dado la importancia del caso.
Enfermedades transmitidas por agua y alimentos	No	No saben como se manejan las cosas en el interior del país, desconocen completamente.
Enfermedades transmitidas por vectores	No	Simplymente no les interesa cumplir con sus responsabilidades.
Rabia y otras zoonosis	No	Desconocen todo lo que hay que hacer en el interior del país.
Tuberculosis	No	Nunca se han preocupado por hacerlo.
Prevención y control de ITS/VIH/SIDA	No	No han visualizado el problema a nivel nacional.
Salud mental	No	Creen que como existe el hospital de salud mental, allí está resuelto todo pero no es así.
Seguridad alimentaria y nutricional	No	No conocen la realidad en que vive la población desnutrida de este país.
Enfermedad bucodental	No	Ninguna de las autoridades se ha preocupado por resolver este problema.

Fuente: Elaboración propia con base a datos obtenidos en entrevista. Año 2004

Tabla No. 11 (Continuación)
Existe interés por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en actualizar la estructura programática presupuestaria vigente
Año 2004

Programa Prioritario	Cree que existe interés....	Por qué?
Enfermedades crónicas y degenerativas	No	No tienen idea de lo que sufren las personas con este tipo de enfermedades y no se les puede ayudar.
Salud laboral	No	No les interesan las necesidades de la población.
Población migrante	No	Creen que no es necesario por eso nunca han hecho nada al respecto.
Medicina transfusional y bancos de sangre	No	Nunca se han preocupado por hacerlo siempre se ha tenido el problema de falta de recursos.
Medicina popular, tradicional y alternativa	Si	Se han hecho las gestiones pertinentes.
Salud reproductiva	No	No le han dado la importancia debida ya que no son ellos los afectados.

Fuente: Elaboración propia con base a datos obtenidos en entrevista. Año 2004

El cuadro detallado anteriormente muestra el sentir de cada uno de los coordinadores de los programas prioritarios con relación a la interrogante indicada al inicio del mismo y se puede concluir en que es un alto porcentaje el que coincide en que no se ha dado la importancia debida por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en actualizar la estructura programática presupuestaria vigente.

Así también es importante indicar que al agotarse los recursos financieros asignados al bolsón general, no existe una metodología uniforme para obtener los recursos financieros que hacen falta para adquirir los insumos indispensables y cada uno de los coordinadores realiza las gestiones que considera pertinentes en la instancia que cree es la más adecuada, sin embargo, en su mayoría no logran obtener más recursos financieros por lo que no puede atenderse a la población como se debería. Según las entrevistas realizadas en la mayoría de los casos no son atendidas las peticiones presentadas por los coordinadores de los programas prioritarios, por lo que no se cumple con la programación de actividades elaborada con anticipación.

CAPÍTULO III

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN EL ÁMBITO DE SALUD

3.1 Objetivo

Reformular la estructura programática presupuestaria actual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el objetivo fundamental del presente estudio, para lo cual se ha realizado una investigación con el propósito de obtener la información real de la situación que ésta presenta y poder a través de la misma definir estrategias que ayuden a resolver adecuadamente la problemática existente.

3.2 Programas prioritarios de salud país y la estructura programática presupuestaria

Los programas prioritarios de salud que se han indicado en los capítulos I y II de la presente investigación son los que a nivel técnico ejecuta el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para dar cumplimiento a las demandas de salud que requiere la población en general.

Es importante indicar que la mayoría de éstos realizan acciones preventivas por lo que se considera imprescindible registrarlos en la actual estructura programática presupuestaria, ya que según la investigación de campo realizada un alto porcentaje de los mismos no aparecen en dicha estructura.

Para lograr lo anterior, seguidamente se plantea la propuesta que ayudará a resolver los problemas encontrados en la presente investigación, para lo cual se considera necesario e indispensable aclarar que en este capítulo, los programas prioritarios de salud país indicados en los capítulos anteriores se denominarán “*actividades específicas*”, debido a que ésta es la acción presupuestaria de mínimo nivel e indispensable para efectos de asignación formal de recursos financieros, así también como ya se ha planteado la incorporación de éstos a la estructura programática

presupuestaria no pueden registrarse con el nombre de programas prioritarios sino como se indicó anteriormente es decir “*actividades específicas*”.

Así también es importante indicar que el registro de los programas prioritarios en la estructura programática presupuestaria como actividades específicas ayudará al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a eficientar la ejecución de los recursos financieros aprobados en el presupuesto ya que le permitirá realizar la programación de los gastos adecuadamente y no dejarlos en un bolsón general donde no pueda identificarse el destino de los recursos financieros, así también el proceso de ejecución presupuestaria será transparente.

3.3 Registro de las actividades específicas en la estructura programática presupuestaria

A continuación se presenta un detalle de cada uno de los programas generales que conforman la propuesta de estructura programática presupuestaria para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dicha propuesta incluye la incorporación de las actividades específicas para efectos de asignación formal de recursos financieros en el presupuesto. En cada uno de los programas generales se ha dejado plasmada la representación gráfica correspondiente, así también al final de éstos, figura el esquema completo que servirá de base para presentarlo a las autoridades de la Dirección Técnica del Presupuesto del Ministerio de Finanzas Públicas para su análisis, discusión y aprobación.

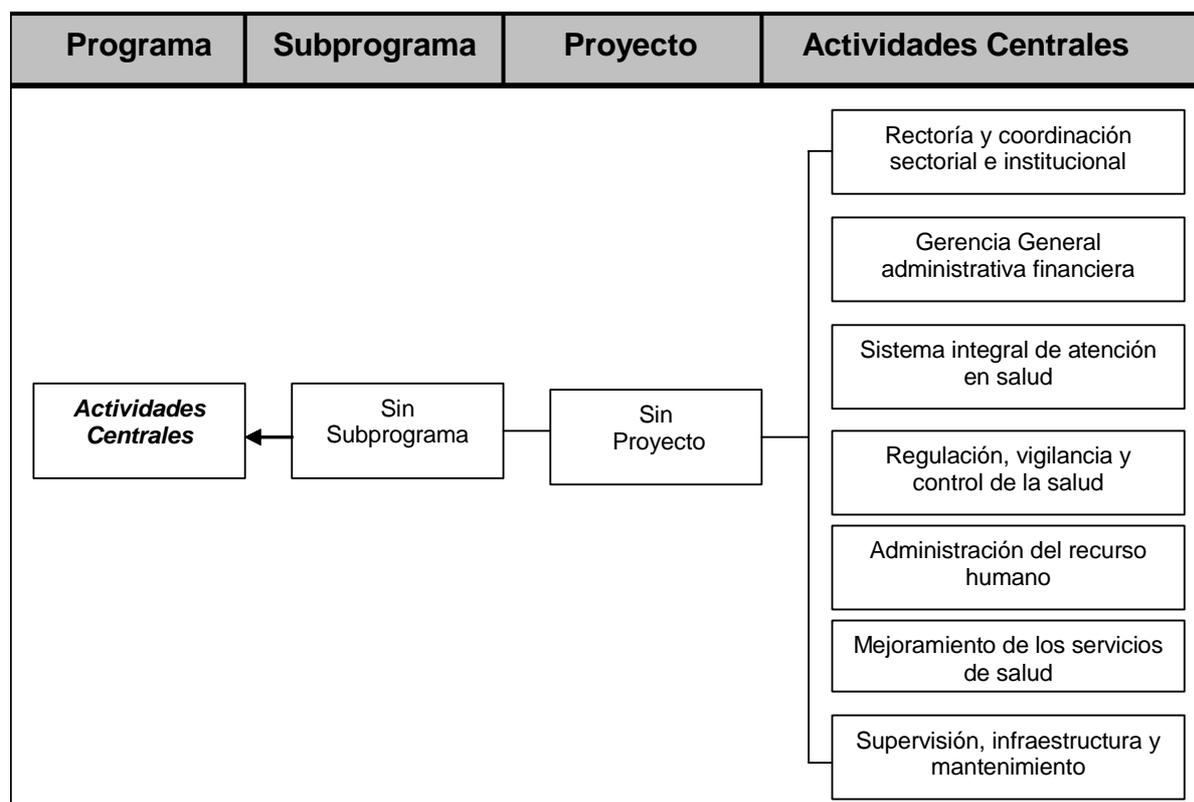
Los programas generales que integran la nueva estructura programática presupuestaria, se describen a continuación:

- *Actividades centrales (01)*
- *Desarrollo del recurso humano (11)*
- *Servicios de salud ambiental (12)*
- *Extensión de cobertura de los servicios de salud (13)*

- *Servicios de salud a las personas (14)*
- *Partidas no asignables a programas (99)*

Las actividades específicas que se agregan en algunos de los programas generales detallados anteriormente es indispensable que sean incorporadas en la nueva estructura programática presupuestaria, ya que según el diagnóstico realizado éstas no se han registrado. Es importante indicar que un alto porcentaje de las mismas se ubican únicamente en la estructura programática presupuestaria aprobada a las diferentes áreas de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

3.3.1 Actividades Centrales (Programa 01)



Fuente: Elaboración propia. Año 2005

Este programa general tiene como objetivo fundamental apoyar directamente al Despacho Ministerial en todas las acciones que están relacionadas con el sector salud.

En este esquema no se registra ninguna actividad específica en virtud que por su característica única de apoyo solo cuenta con actividades centrales que son las incluidas en el cuadro anterior.

Las primeras cinco actividades ya están registradas en la estructura programática presupuestaria vigente y tienen como objetivo principal servir de apoyo al Despacho Ministerial en las áreas administrativa, financiera, de recursos humanos, así también supervisar, monitorear y controlar las acciones que deben realizarse en las áreas de salud, centros y puestos, así como en los hospitales nacionales que deben velar por la salud de toda la población guatemalteca. Según el análisis efectuado dichas actividades deben continuar ya que únicamente están creadas en la estructura programática presupuestaria aprobada al nivel central.

Las otras dos actividades centrales: *“Programa nacional de prevención y control del SIDA”* y *“Vigilancia y recuperación nutricional materno infantil”*; se trasladan a otra parte de la estructura programática presupuestaria debido a que éstas son actividades específicas que por sus características básicas relacionadas directamente con el tipo de acciones que realizan, deben registrarse en programas generales que figuren en los presupuestos aprobados a las diferentes áreas de salud, ya que son éstas las unidades responsables de ejecutar las acciones de prevención porque están vinculadas directamente con la prestación de servicios de salud. Adicionalmente es importante indicar que éstas tienen acciones claramente definidas que deben realizar y reportar al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como parte de la inversión social que el gobierno realiza en la población guatemalteca a través de dicha entidad.

Para el caso específico de la actividad: *“Vigilancia y recuperación nutricional materno infantil”*, se eliminará y los recursos financieros asignados a la misma se trasladan a la actividad específica *“Seguridad alimentaria y nutricional”*, que es en la cual deben aprobarse los recursos financieros que están orientados a cubrir las acciones relacionadas directamente con la niñez. Entre éstas se puede mencionar: la atención a los niños anémicos de seis a once meses de edad, el control de crecimiento en niños

menores de cinco años, la atención de la desnutrición aguda con énfasis en aquellas comunidades más afectadas por la desnutrición y la falta de empleo, así también la proporción de medicamentos como: ácido fólico, hierro y flúor a las mujeres embarazadas, entre otras acciones prioritarias que no puede dejar de realizar el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de los centros y puestos de salud de todo el país, así como con aquellas entidades tanto del sector público como privado que tienen como objetivo principal desarrollar acciones orientadas a mejorar la salud de la población guatemalteca, principalmente la de los niños.

Se agregan dos actividades específicas: *"Mejoramiento de los servicios de salud"* y *"Supervisión, infraestructura y mantenimiento"*, la primera de éstas tiene como objetivo fundamental el registro y control de los recursos provenientes de un convenio suscrito con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), quien desde el año 2001 aprobó un préstamo destinado a mejorar los servicios de salud en Guatemala, por lo que en esta actividad se deben registrar los recursos provenientes del préstamo externo y los recursos internos que debe aportar el gobierno de Guatemala como contraparte de dicho préstamo.

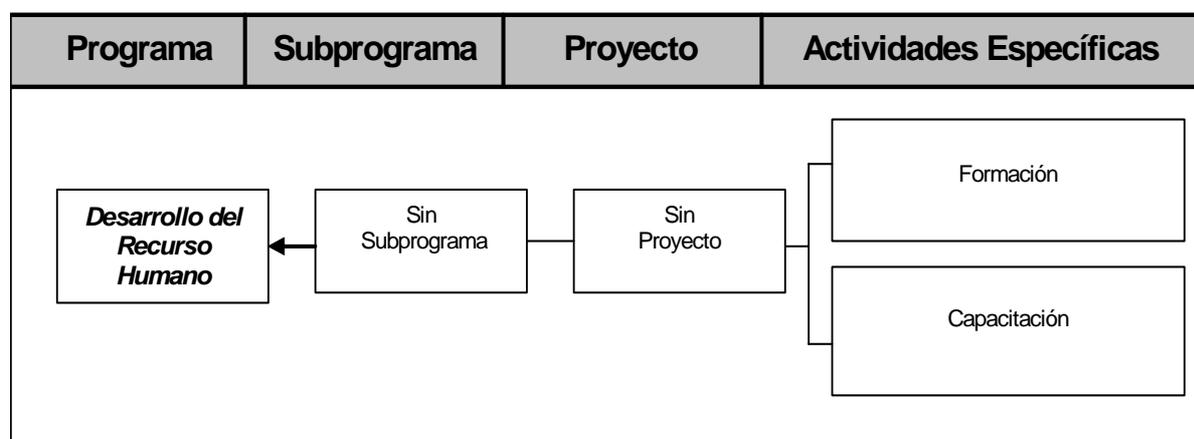
La actividad específica indicada anteriormente estaba registrada en el programa general *"Servicios de Salud a las Personas"* con el nombre de: *"Cooperación BID/Mejoramiento de servicios de salud"*, sin embargo, se considera que debe ser trasladado al programa general: *"Actividades Centrales"* debido a que éste es ejecutado en el nivel central y únicamente cuenta con recursos provenientes de la fuente 51000 "Préstamos Externos" y una pequeña cantidad de recursos con fuente 11000 "Ingresos Corrientes", por lo que no hay razón alguna para que sea registrado en la estructura programática presupuestaria aprobada a las diferentes unidades ejecutoras.

La actividad específica: *"Supervisión, infraestructura y mantenimiento"*, se crea para programar los recursos financieros necesarios para llevar a cabo las actividades relacionadas con el subprograma: *"Construcción y ampliación de hospitales"* el cual se agrega al programa general: *"Servicios de Salud a las Personas"* con el objetivo

fundamental de contar con un grupo de personas expertas que realicen supervisiones y monitoreo de las obras que se están ejecutando en los hospitales ubicados en el interior de la república; así también programar y llevar a cabo las visitas de supervisión al resto de hospitales, centros y puestos de salud en los cuales se necesite llevar a cabo alguna obra relacionada con la construcción, ampliación, mejoramiento, reconstrucción, supervisión, equipamiento, diseño, remozamiento y mantenimiento de la infraestructura de la red hospitalaria en el territorio nacional.

Esta comisión debe estar integrada por personal profesional en las carreras de arquitectura e ingeniería industrial y civil con conocimientos y experiencia en los procesos y leyes que rigen la administración pública. Lo indicado anteriormente es indispensable debido a que serán los responsables de supervisar y evaluar las obras aprobadas así como elaborar y presentar a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social las necesidades de nuevas obras a nivel nacional, es decir en los hospitales nacionales, centros y puestos de salud, las cuales deberán ser analizadas, discutidas y evaluar la posibilidad de ser incluidas en el anteproyecto de presupuesto que corresponda para remitir a la Dirección Técnica del Presupuesto del Ministerio de Finanzas Públicas para su posterior aprobación y asignación de recursos si se considera necesario.

3.3.2 Desarrollo del Recurso Humano (Programa 11)



Fuente: Elaboración propia. Año 2005

Este programa general continua igual no presenta ningún cambio significativo en relación con la actual estructura programática presupuestaria debido a que el propósito para el cual fue creado está cubierto con las dos actividades específicas que ya figuran en el mismo, siendo éstas: *"Formación"* y *"Capacitación"*.

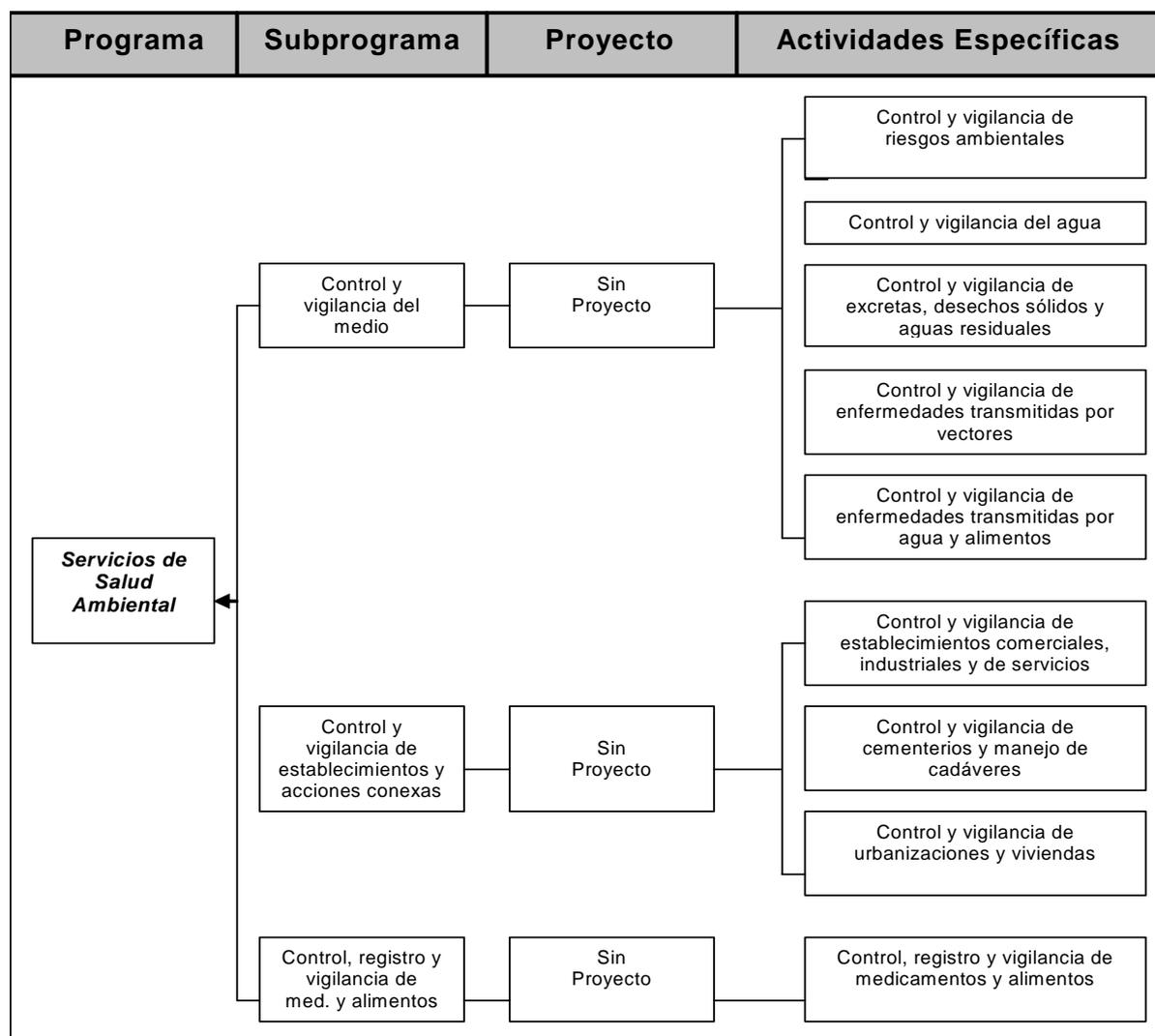
Las actividades específicas indicadas anteriormente tienen como objetivo identificar las necesidades de formación y capacitación del recurso humano en los departamentos del país, que permitan tecnificar y profesionalizar la gestión y prestación de los servicios de salud a través de las escuelas formadoras de personal que pertenecen al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Las escuelas formadoras se encuentran ubicadas en los departamentos de Guatemala, Cobán, Jutiapa, Izabal, Quetzaltenango y Mazatenango. Dichas escuelas fueron creadas principalmente para atender estudiantes que residen en las áreas rurales del país que no han tenido acceso a la educación formal. En estos centros de estudio proporcionan a los alumnos que no cuentan con suficientes recursos financieros, la facilidad de becas, alimentación la cual incluye los tres tiempos de comida y hospedaje.

La escuela ubicada en Izabal, fue construida y equipada a través de una donación del gobierno japonés en el año de mil novecientos noventa y siete. Actualmente cuenta con las carreras de enfermería auxiliar y profesional, técnicos en salud rural, técnicos en laboratorio clínico, en terapia respiratoria, entre otros, así también cuenta con diversos talleres de alimentos, herrería, mecánica, etc. para aquellos estudiantes que aparte de dedicarse a las carreras que allí se imparten, están interesados en aprender otros oficios los cuales no tienen ningún costo.

Es importante indicar que estas escuelas tienen un presupuesto asignado en el cual se incluye una partida presupuestaria a la cual se le asignan recursos financieros específicamente para otorgar becas, los estudiantes pueden optar a becas completas o a un porcentaje parcial del total de la misma, lo anterior de acuerdo a las condiciones económicas del estudiante y la familia.

3.3.3 Servicios de Salud Ambiental (Programa 12)



Fuente: Elaboración propia. Año 2005

Se propone reordenar completamente este programa general desde el nombre que tenía inicialmente hasta los subprogramas y actividades específicas a registrar. *"Mejoramiento de las condiciones de salud y ambiente"*, cambia a *"Servicios de salud ambiental"*. El cambio se debe a que éste programa comprende acciones orientadas al control, vigilancia y cumplimiento de las regulaciones ambientales y de salud, la promoción de ambientes saludables en beneficio del individuo, la familia y la comunidad.

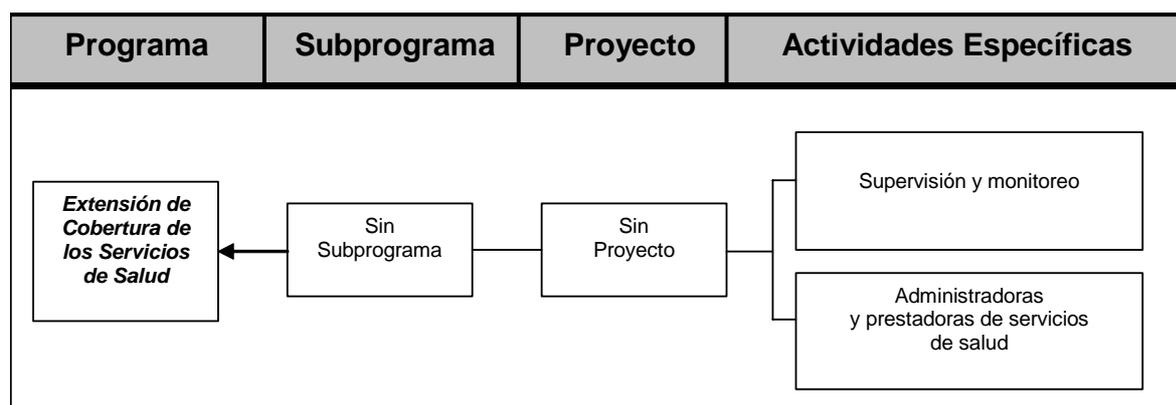
A través de las acciones que se realicen con los recursos asignados en estas actividades específicas, se velará por el control y monitoreo del tratamiento y calidad de los sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano con la finalidad de vigilar la calidad del agua e identificar contaminaciones a las que esta expuesta la población guatemalteca ya que el agua es el líquido indispensable para la vida de las personas, así también para los animales y las plantas.

El control de riesgos ambientales que es realizado en coordinación con las comunidades y municipalidades, la vigilancia y control de industrias, comercios, urbanizaciones y notificaciones, haciendo énfasis en la vigilancia de la disposición de excretas, aguas residuales y desechos sólidos, líquidos y gaseosos, la autorización sanitaria y administración de los cementerios nacionales, el traslado de cadáveres, la construcción de nuevas urbanizaciones, lugares de recreación, entre otros, lo cual beneficiará a la población en general mejorando las condiciones sanitarias actuales a nivel nacional.

En el subprograma: *"Control y vigilancia del medio"*, se agregan las actividades específicas: *"Control y vigilancia de enfermedades transmitidas por agua y alimentos"* y *"Control y vigilancia de enfermedades transmitidas por vectores"*, en virtud que éstas tiene el objetivo fundamental de ejecutar las acciones relacionadas con la promoción y educación en salud de las enfermedades transmitidas por agua y alimentos y vectores, entre las que se pueden mencionar están: las diarreas, el cólera, la eliminación, tratamiento y modificación de los criaderos de mosquitos, nebulización con insecticidas tanto intradomiciliar como peri domiciliar, búsqueda activa de casos febriles sospechosos, diagnóstico y tratamiento oportuno para aquellos casos diagnosticados que provocan las enfermedades de chagas, malaria, dengue, leishmaniasis, oncosercosis, entre otros, que son enfermedades que afectan a la población principalmente la de algunos departamentos del país que si no son atendidas a tiempo pueden llegar a provocar de forma inmediata la muerte en los pacientes, por lo anterior y el impacto que causan tienen alta prioridad de atención para las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Se crea el subprograma: *"Control, registro y vigilancia de medicamentos y alimentos"*, en virtud de la importancia que este componente tiene a nivel institucional, para lo cual se detallan algunas acciones indispensables que no pueden dejar de realizarse, entre los que se pueden mencionar están: la identificación y capacitación a manipuladores de alimentos, control e higiene de los alimentos, así también todos los procesos relacionados con el control y adquisición de medicamentos indispensables en los hospitales, centros y puestos de salud, la supervisión a las entidades ya mencionadas con el propósito de identificar la cantidad de medicamentos almacenados en las bodegas así también verificar que existan niveles mínimos y máximos de las listas básicas de medicamentos, entre otros.

3.3.4 Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud (Programa 13)



Fuente: Elaboración propia. Año 2005

Se propone la creación de este programa general, en virtud que actualmente éste es uno de los pilares del sector salud en Guatemala ya que en él descansa el cumplimiento de los compromisos de salud establecidos en los acuerdos de paz que se refieren a la reducción de la mortalidad materna e infantil, la erradicación de enfermedades inmunoprevenibles, la incorporación de la medicina tradicional, participación y fiscalización social, la atención integral de la salud de la mujer, entre otros.

Derivado de la firma de dichos acuerdos el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, crea el Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-, como un mecanismo para afrontar en el corto plazo las bajas coberturas de provisión de servicios de salud en el

país, a través de una iniciativa para extender la cobertura de servicios básicos de salud a la población que hasta el momento no se beneficiaba de ningún tipo de atención. Es importante indicar que la población meta de los servicios públicos de salud suele ser la población geográficamente adscrita a cada uno de ellos.

En la práctica por barreras fundamentalmente geográficas, la población efectivamente atendida es aquella circunvecina a un servicio de salud. De allí que la extensión de cobertura mediante el SIAS, está concentrada en comunidades sin acceso físico a los servicios públicos de salud, a través de la contratación de organizaciones no gubernamentales.

La población meta de estas instituciones son las comunidades y particularmente el grupo materno-infantil de aquellas comunidades que no cuentan con acceso a dichos servicios.

Los logros en la ampliación de cobertura tienen como consecuencia resultados que benefician directamente a los usuarios de los servicios públicos de salud sobre todo a la población de escasos recursos que antes permanecía rezagada y sin atención ya que se provee de un conjunto de veintiséis servicios básicos en salud dirigidos a los niños, niñas, jóvenes y adultos lo que hasta la fecha hace un total de 3.1 millones de habitantes de los 5.0 millones que pertenecen a las áreas más postergadas del país.

El conjunto de servicios básicos de salud que se brinda es en forma permanente, gratuita y es proporcionado por personal institucional público y privado, personal voluntario y participación de la comunidad, resumiéndose éste en cuatro tipos de atención, los cuales son:

a. Atención a la mujer

Este incluye ocho servicios de salud detallados a continuación:

- Atención prenatal

- Aplicación de toxoide tetánico y difteria
- Suplementación con hierro y ácido fólico
- Atención del parto limpio y seguro
- Atención del puerperio
- Espaciamiento de los embarazos
- Detección de cáncer cérvico-uterino y de mama
- Referencia y respuesta de urgencias

b. Atención a niños y niñas

De igual manera aquí se incluyen ocho servicios de salud:

- Inmunizaciones
- Control de infecciones respiratorias agudas (Iras)
- Control de diarrea
- Control del cólera
- Suplementación con hierro y vitamina "A"
- Promoción del crecimiento en niños y niñas menores de 2 años
- Control de enfermedades transmitidas por vectores
- Detección y referencia de urgencias

c. Atención de urgencias y enfermedades prevalentes

Aquí se incluyen los siguientes seis servicios de salud:

- Control de enfermedades transmitidas por vectores
- Control de zoonosis
- Control de tuberculosis
- Control de ITS y VIH/SIDA
- Control de diarrea aguda y cólera
- Detección y referencia de urgencias

d. Atención al medio

En este se registran únicamente cuatro servicios de salud:

- Vigilancia de la calidad el agua
- Promoción de disposición sanitaria de excretas y basuras
- Mejoramiento de las condiciones sanitarias de la vivienda
- Higiene de los alimentos

En las acciones descritas anteriormente están cubiertos los veintiséis servicios de salud básicos que actualmente cubren los tres punto un millones de personas en diferentes comunidades rurales, las cuales están distribuidas en dos mil quinientos un centros comunitarios, en dieciocho departamentos del país, a través de la participación de treinta y cinco mil quinientos veintiséis miembros de los equipos básicos que constituyen las noventa y dos organizaciones no gubernamentales que han sido contratadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Como se indicó anteriormente, la extensión de cobertura constituye en el país la cara rural de la salud ya que a través de ésta se ha logrado atender parte de aquella población que se encontraba descubierta por los servicios de salud pública. Lo anterior ha significado un esfuerzo extraordinario de las autoridades de salud pública ya que año con año se destinan más recursos financieros para continuar prestando el servicio a estas personas, razón por la cual se considera indispensable crear un programa general para registrar todas las acciones relacionadas con la contratación de instituciones, ONG's especializadas en el sector salud de Guatemala.

Lo anterior permitirá tener una asignación presupuestaria específica para aquellos departamentos como: El Progreso, Zacapa, Izabal y Sacatepequez, que aún no desarrollan acciones de extensión de cobertura debido a la falta de recursos financieros en el presupuesto, sin embargo, son departamentos en los que aún existen comunidades que no son atendidas por los centros y puestos de salud debido a que no se tiene la capacidad instalada necesaria, el recurso humano ni el equipo mínimo indispensable.

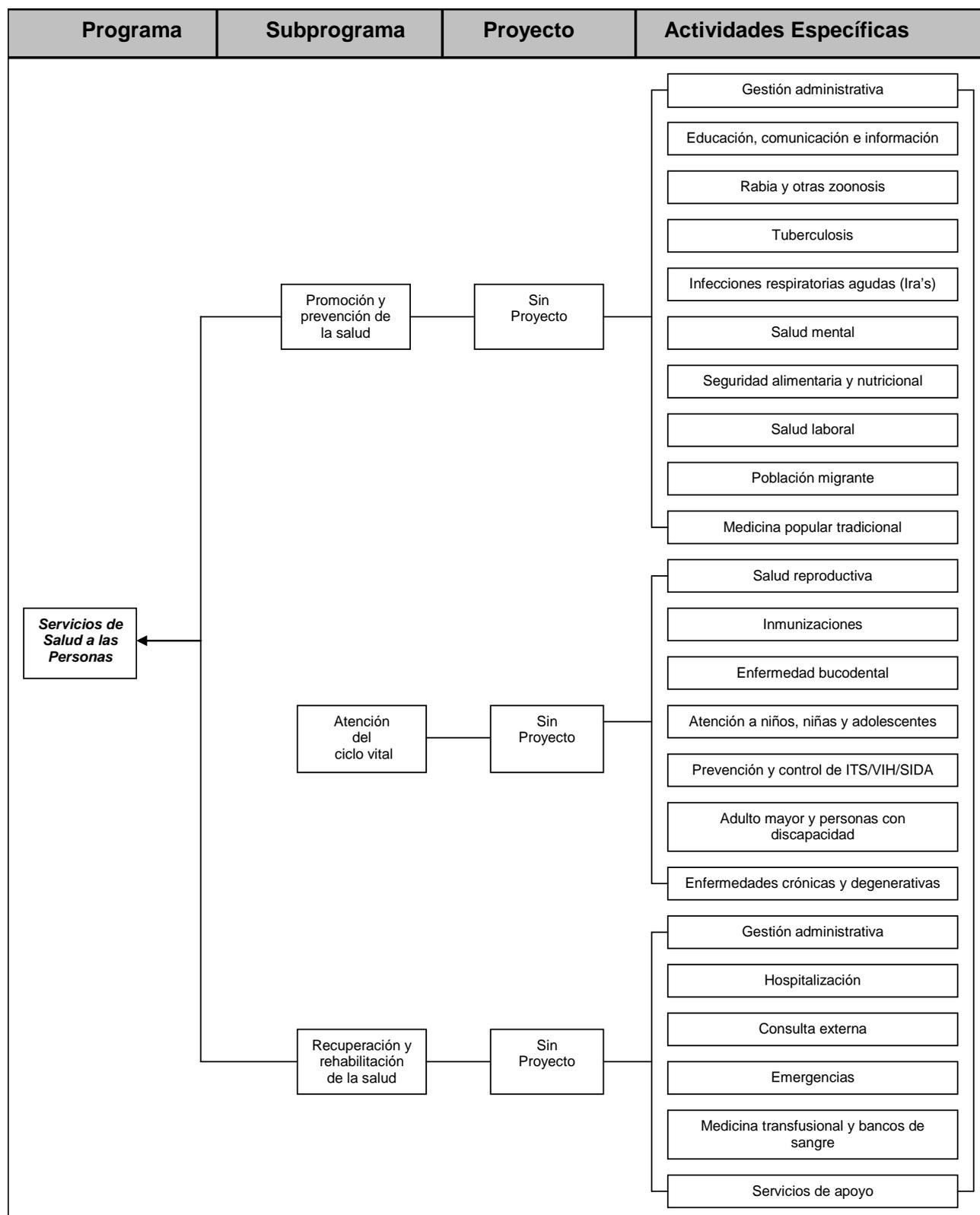
El programa en mención tendrá dos actividades específicas: "*Supervisión y monitoreo*", la cual tiene como objetivo principal asignar los recursos financieros necesarios para desarrollar las acciones relacionadas con los aspectos administrativos y financieros, así como llevar a cabo las visitas de supervisión a las comunidades en donde las organizaciones prestan los servicios de salud a la población con el objetivo principal de verificar que efectivamente estén cumpliendo con la función para la cual han sido contratadas, así como el monitoreo de las mismas en los departamentos del país donde están presentes, también se está contemplando el apoyo directo en cuanto a capacitaciones al personal de las diferentes áreas de salud que están involucradas en dicho programa.

La actividad específica: "*Administradoras y prestadoras de servicios de salud*", tiene como objetivo principal asignar en los presupuestos de las áreas de salud los recursos financieros indispensables para la contratación de las organizaciones no gubernamentales que prestarán servicios de salud en los mismos, así también incluir aquellos departamentos del país que aún tienen población que no es atendida por los centros o puestos de salud debido al crecimiento de la población, la falta de infraestructura, recurso humano, entre otros.

Las administradoras de servicios de salud, son organizaciones con personalidad jurídica que cuentan con una estructura administrativa y contable apropiada para administrar los fondos transferidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para *apoyar* la prestación de servicios básicos de salud en coordinación con grupos organizados de las comunidades y los distritos municipales de salud a nivel nacional.

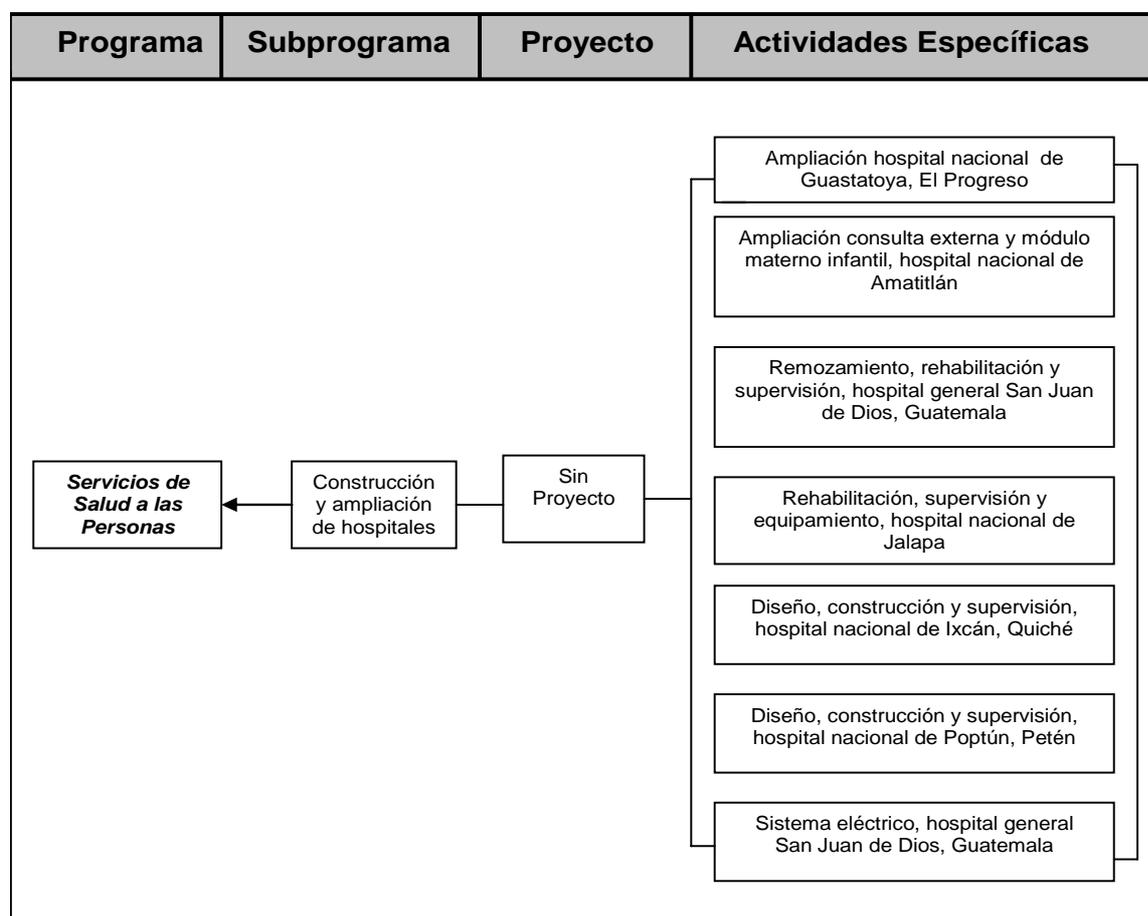
Las prestadoras de servicios de salud, son aquellas organizaciones con personalidad jurídica que cuentan con una estructura administrativa y contable apropiada para administrar los fondos transferidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y que tienen la capacidad técnica para *prestar* los servicios básicos de salud de acuerdo a los lineamientos establecidos por dicho Ministerio principalmente en el primer nivel de atención.

3.3.5 Servicios de Salud a las Personas (Programa 14)



Fuente: Elaboración Propia. Año 2005

3.3.5 Servicios de Salud a las Personas (Programa 14)



Fuente: Elaboración Propia. Año 2005

Los recursos asignados a este programa general se orientan a la implementación de acciones de promoción, prevención, atención del ciclo vital, recuperación y rehabilitación de la salud, que contribuyen a la satisfacción de las necesidades de atención de salud a las personas, lo cual conlleva la definición de procesos de planificación, evaluación, ejecución y control en áreas técnicas y administrativas para la prestación de los servicios de carácter preventivo bajo la responsabilidad de las áreas de salud y en lo referente a la recuperación y rehabilitación de la salud cuya función está encomendada a la red hospitalaria nacional.

Los servicios de prevención de enfermedades representan la promoción de nuevos estilos de vida sana con énfasis en el cuidado personal, ejercicio físico, alimentación y

nutrición adecuada, la preservación de ambientes saludables y evitar el uso de sustancias nocivas para la salud; asimismo, permite conocer la situación de la salud para ejercer el control y la erradicación de las enfermedades mediante la detección temprana de las causas y los efectos que las generan.

Este programa general se propone que sea modificado completamente en virtud que casi todas las nuevas actividades específicas se registran en este programa, así también de acuerdo al análisis efectuado, se agregan dos subprogramas que se consideran indispensables debido a las acciones que no pueden dejar de desarrollarse en todo el país. Asimismo, se están eliminando algunas de las actividades específicas que ya estaban registradas.

Los subprogramas que se agregan son: *"Promoción y prevención de la salud"* y *"Atención del ciclo vital"* y están bajo la responsabilidad de las áreas de salud, las cuales están integradas por los centros y puestos de salud que funcionan en todo el territorio nacional, son éstas las unidades ejecutoras a quienes les corresponde velar por la promoción y prevención de los servicios de salud.

El registro de las actividades específicas en este subprograma permitirá asignar recursos financieros a cada uno de ellos con el objetivo principal de realizar las acciones propias, conforme a la planificación y necesidades de cada región, entre las cuales se pueden mencionar: la promoción de los servicios de salud, control de zoonosis, tuberculosis, personas atendidas por problemas de tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, salud mental, tratamientos de diarrea aguda, cólera, e infecciones respiratorias agudas, reducir la mortalidad infantil, atender la población migrante, etc. lo que ayudará a llevar un control de las acciones que se deben realizar en el transcurso del ejercicio fiscal

Lo anterior ayudará a que se de cumplimiento a lo establecido en la Constitución Política de la República, la cual establece la obligación del Estado de velar por la salud de todos los habitantes, procurándoles completo bienestar físico, mental y social, así

también tener control de las metas que debe alcanzar cada uno de éstos, clasificar el gasto adecuadamente y por ende poder determinar la cantidad de recursos financieros invertidos ya sea por un lapso de tiempo, departamento, área geográfica, rubro, entre otros.

La creación del subprograma: "*Atención del ciclo vital*", tiene como propósito fundamental contribuir a mejorar directamente la salud de las personas considerando todo el ciclo vital de éstas, con especial énfasis en la mujer y el hombre en su etapa reproductiva de tal forma que se hace indispensable registrarlo en la estructura programática presupuestaria de las áreas de salud.

Por lo indicado, deben asignarse recursos financieros para coordinar la prestación, supervisión, monitoreo y evaluación de cada una de las acciones que se definan en las actividades específicas que este subprograma tendrá registradas.

Las actividades específicas que se registran en este subprograma tienen como finalidad principal cubrir una serie de acciones prioritarias que están enmarcadas básicamente en asegurar a la población un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados al ciclo de vida, así también la sexualidad humana en la cual deben considerarse las funciones y procesos del sistema reproductivo así como las opciones que conduzcan a todas las personas a disfrutar de una vida satisfactoria.

Para lograr lo anterior, se considera importante realizar acciones para reducir la mortalidad materna, la atención del embarazo, parto, post parto y de recién nacidos, embarazo en adolescentes, la cobertura de los programas de vacunación, la aplicación de flúor y utilización del cepillo dental dirigido principalmente a todos los niños en edad escolar, la atención integral del niño, la niña, la adolescente, el hombre y la mujer adulta, así como la sensibilización y orientación en general para una paternidad y maternidad responsable, el espaciamiento de embarazos, la planificación familiar libre e informada, el cáncer de la mujer y el hombre, la atención a personas de la tercera edad,

son algunas de las acciones que están involucradas en todo el ciclo reproductivo del ser humano y que desarrollándolas a cabalidad, permitirán mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida de hombres, mujeres, niñas y niños en Guatemala, especialmente de quienes residen en áreas con mayor grado de ruralidad y de población indígena.

Para lograr lo anterior, es importante la apertura de este subprograma, ya que se podrá contar con la asignación de los recursos financieros que permitan realizar acciones que beneficien directamente a la población, como: La mortalidad materna que engloba una serie de servicios que a largo plazo los resultados serán de gran utilidad.

La mortalidad materna es cuando una mujer pierde la vida durante el embarazo, el parto y treinta días después del parto. Es importante indicar que de cada cien muertes maternas, cincuenta y tres ocurren por hemorragia o sangrado durante el parto, diecisiete por infección o mala atención del parto, catorce por complicaciones de aborto y dieciséis por otras causas, así también, en el mundo mueren cerca de seiscientas mil mujeres cada año por estas causas y en Guatemala, la mortalidad materna es de aproximadamente dos mil mujeres cada año.

Lo anterior afecta directamente a las mujeres pobres, en extrema pobreza y aquellos embarazos en adolescentes ya que casi todas esas muertes se pueden evitar con acciones sencillas y de bajo costo, las cuales en un alto porcentaje no son realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debido a que no se asignan los recursos financieros suficientes para realizar este tipo de acciones.

En el subprograma: *"Recuperación y rehabilitación de la salud"*, continúan las actividades específicas ya registradas, siendo necesario agregar: *"Medicina transfusional y bancos de sangre"* y *"Servicios de apoyo"*. Como se indicó anteriormente, este subprograma únicamente puede visualizarse en la estructura programática presupuestaria aprobada a los cuarenta y tres hospitales que operan a nivel nacional.

Se agrega la primera actividad debido a la importancia que caracteriza las acciones relacionadas con la medicina transfusional y bancos de sangre, ya que en cada hospital debe existir un banco de sangre donde debe analizarse y almacenar la sangre que se requiere para los pacientes que son atendidos en los diferentes servicios que brindan los hospitales y centros de salud, por lo tanto es indispensable que figure en la estructura programática presupuestaria.

Así también se crea la actividad específica: *"Servicios de apoyo"*, en la cual se deben programar los recursos financieros que servirán para prever cualquier situación de emergencia que se presente en la red hospitalaria nacional en el transcurso del ejercicio fiscal, como por ejemplo: brotes de epidemias, adquisición de equipo medico quirúrgico, desabastecimiento de medicamentos, accidentes, entre otros.

Se crea también en este programa general la actividad específica: *"Construcción y ampliación de hospitales"*, con el objetivo de registrar aquí todas las obras relacionadas con la planificación, supervisión y ejecución de los proyectos de construcción, ampliación, mejoramiento, reconstrucción, mantenimiento de la infraestructura de la red hospitalaria así como el equipamiento de los mismos.

La actividad específica indicada anteriormente se registra sólo en el subprograma: *"Recuperación y rehabilitación de la salud"* ya que las obras que han sido aprobadas para el presente año y en los últimos dos han tenido relación únicamente con la red hospitalaria nacional no así con los centros y puestos de salud, pero si en el futuro se aprobara una obra para éstos, sólo se crea otra actividad específica en el subprograma: *"Promoción y prevención de los servicios de salud"*, con el nombre: *"Construcción y ampliación de centros y puestos de salud"*.

La actividad específica: *"Construcción y ampliación de centros y puestos de salud"*, sustituye al programa general: *"Proyectos de infraestructura en salud"*, en virtud que éste fue creado con fines políticos y se considera de acuerdo al análisis realizado que únicamente ha incrementado los gastos que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia

Social tiene contemplados para estas acciones, por lo que se propone la creación de las actividades específicas: *"Supervisión, infraestructura y mantenimiento"* y *"Construcción y ampliación de hospitales"*, en las cuales se programen los recursos indispensables para la ejecución de las obras, los insumos necesarios, así como el recurso humano que se requiera. Todo lo anterior de acuerdo al número de obras aprobadas, ubicación, especificaciones de los trabajos a realizar, entre otros.

Es importante indicar que algunas de las obras registradas en este subprograma fueron autorizadas en el presupuesto correspondiente al ejercicio fiscal 2003, sin embargo deben continuar ya que los trabajos no finalizaron durante dicho año, por lo que aún tienen recursos financieros disponibles para concluir lo que quedó pendiente.

Las obras que se han eliminado fueron aprobadas y ejecutadas durante los ejercicios fiscales 2001, 2002 y 2003 y ya fueron concluidas en su totalidad por lo tanto no hay razón para que continúen en la estructura programática presupuestaria debido a que si se desea hacer alguna consulta sobre las mismas se tiene acceso a las bases de datos correspondientes a los ejercicios fiscales anteriores de donde puede obtenerse la información que se requiera.

Las actividades específicas:

- Extensión de cobertura
- Rehabilitación y equipamiento red nacional de servicios
- Vigilancia epidemiológica e información
- Diagnóstico, acciones específicas y tratamiento
- Asistencia a desarraigados y desmovilizados
- Cooperación AID/Salud reproductiva
- Asistencia a discapacitados
- Cooperación BID/Mejoramiento de servicios de salud

Algunas de las actividades específicas indicadas anteriormente se han eliminado y otras han sido registradas en los programas generales de la estructura programática

presupuestaria por diversas razones derivadas de la investigación realizada y que se detallan seguidamente:

“Extensión de cobertura”, debido a la importancia que tienen las acciones de extensión de cobertura se propone la creación de un programa general en la estructura programática presupuestaria con dos actividades específicas lo cual facilitará a las áreas de salud los controles que se deben llevar y que están relacionados con este programa, así también los recursos financieros estarán disponibles para desarrollar cada actividad como corresponde.

“Rehabilitación y equipamiento red nacional de servicios”, se está eliminando debido a que únicamente se registran los recursos financieros asignados en el grupo tres: *“Propiedad, planta, equipo e intangibles”*, necesarios para la adquisición de vehículos, equipo de cómputo, maquinaria, entre otros, indispensables en los hospitales, centros y puestos de salud, por lo tanto los recursos financieros aprobados para esta actividad serán trasladados directamente a las actividades específicas a las cuales corresponda el equipo que se adquiera, por ejemplo: Si se necesita comprar equipo de computación para la Gerencia General Administrativa Financiera de algún hospital los recursos financieros necesarios para esta compra deberán ser programados en la actividad específica: *“Gestión administrativa”* del subprograma: *“Recuperación y rehabilitación de la salud”*.

Todo lo indicado anteriormente, tiene como objetivo principal, clasificar el gasto de acuerdo a los servicios en los cuales se utilizan los aparatos, equipo o bienes adquiridos, así también tener un orden adecuado tanto en la programación como en la ejecución del presupuesto y que responda a las necesidades reales de cada servicio de salud.

Las actividades: *“Vigilancia epidemiológica e información”* y *“Diagnóstico, acciones específicas y tratamiento”*, se están eliminando debido a que fueron creadas únicamente como un bolsón para asignar los recursos financieros necesarios para llevar

a cabo las acciones que deben ejecutarse a nivel nacional, así también la adquisición de todos los insumos requeridos por los centros y puestos de salud.

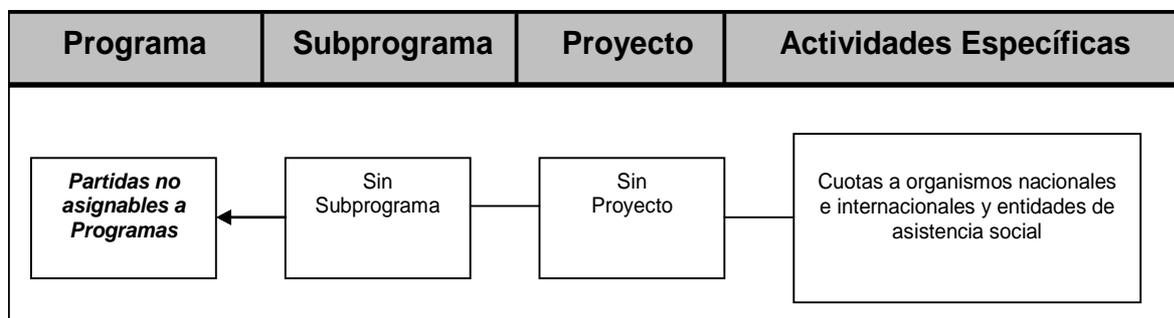
Derivado de los compromisos adquiridos en los acuerdos de paz se crearon las actividades específicas: *"Asistencia a desarraigados y desmovilizados"* y *"Asistencia a discapacitados"*, con el objetivo de atender aquellas familias que fueron víctimas durante el conflicto armado, así también las que se repatriaron en México y que durante algunos años regresaron al país por lo que fue necesario crearlas para proporcionar los servicios de salud relacionados con la población migrante, salud laboral, salud reproductiva, entre otros.

Por lo indicado anteriormente, se considera que deben ser eliminadas, ya que si se propone una estructura programática presupuestaria donde están registrados los programas prioritarios como actividades específicas, es allí donde deben programarse los recursos financieros que éstos requieren sin necesidad de agregar o dejar las actividades específicas que no tienen ninguna razón de ser.

"Cooperación AID/Salud reproductiva", se está eliminando debido a que fue creada para registrar los recursos provenientes de una donación efectuada por la Agencia Interamericana de Desarrollo (AID) en el año 2001 así como los recursos de contrapartida nacional para los ocho departamentos seleccionados, sin embargo, la misma concluye a finales del ejercicio fiscal 2004, por lo que se considera que ya no es necesario que continúe en la propuesta de estructura programática presupuestaria.

La actividad específica *"Cooperación BID/Mejoramiento de servicios de salud"*, se creó con el objetivo de registrar los recursos financieros provenientes de un préstamo externo proporcionado por el Banco Mundial. Esta actividad específica se traslada al programa general: *"Actividades Centrales"* en virtud que es ejecutado por el nivel central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y es allí donde se lleva el control de todos los procesos tanto de gestión de fondos como ejecución y liquidación de todas las acciones que se realizan a nivel nacional.

3.3.6 Partidas No Asignables a Programas (Programa 99)



Fuente: Elaboración propia. Año 2005

Este programa general no presenta ningún cambio continúa igual con la única actividad específica con que cuenta actualmente, que es *"Cuotas a organismos nacionales e internacionales y entidades de asistencia social"*, ya que de acuerdo a la investigación realizada, éste cumple con todas las especificaciones para el cual fue creado oportunamente.

En la actividad específica indicada anteriormente, se programan los recursos financieros necesarios para ser trasladados a instituciones especializadas que prestan servicios de salud, principalmente a la población de escasos recursos proveniente de la red hospitalaria nacional, así como a otros pacientes referidos por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, entre los cuales se puede mencionar: La Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico -UNAERC-, Unidad Nacional de Cirugía Cardiovascular -UNICAR-, Hospicio San José, Fundación Ayúdame a Vivir, Unidad de Oncología Pediátrica, Fundación Remar, entre otros.

Adicionalmente, se programan y ejecutan los recursos financieros necesarios para ser trasladados a entidades nacionales e internacionales por concepto de insumos y medicamentos despachados los diferentes hospitales, centros y puestos de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, entre los cuales se pueden indicar: la Organización Panamericana de la Salud -OPS-, el Instituto de Centroamérica y Panamá -INCAP-, entre otros.

3.4 Propuesta de Estructura Programática Presupuestaria para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

En el desarrollo del capítulo II de la presente investigación, se demuestra que la mayoría de los programas prioritarios de salud, no se han registrado como actividades específicas en la estructura programática presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a pesar de incluir los recursos financieros que se requieren para dar cumplimiento a las acciones de salud que demanda la población guatemalteca a nivel nacional en el plan operativo anual.

Es importante indicar que los recursos financieros que aprueba el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para realizar las acciones programadas no se reflejan en la estructura programática presupuestaria, ya que están asignados en un bolsón general lo que imposibilita llevar un control de las acciones planificadas por cada coordinador, así también es importante indicar que a muy pocos programas prioritarios se les autoriza la cantidad solicitada.

La nueva estructura programática presupuestaria que se propone al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tiene como objetivo fundamental incorporar o registrar los programas prioritarios como actividades específicas, ya que esto le permitirá contar con una asignación presupuestaria directamente para cada programa prioritario, así como otros beneficios que conllevan a mejorar la calidad de los servicios de salud pública y a satisfacer las necesidades de salud de la población guatemalteca.

A continuación se presenta un cuadro en el cual se visualizan las actividades específicas que en su mayoría han sido agregadas a la estructura programática presupuestaria propuesta al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, éste refleja el presupuesto recomendado para el ejercicio fiscal 2005 de acuerdo al análisis efectuado en la presente investigación, la meta de personas y acciones a atender en cada uno de los programas prioritarios ya registrados como actividades específicas:

Cuadro No. 23
Presupuesto Recomendado por Actividad Específica, Meta de Personas y Acciones a Atender
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2005

Número	Actividades Específicas	Presupuesto Recomendado	Meta de Personas y Acciones a Atender
	Total	<u>Q101,359,354.00</u>	<u>57,743,706</u>
1	Inmunizaciones	Q5,887,792.00	5,160,751
2	Atención a niños, niñas y adolescentes	Q8,384,219.00	1,336,222
3	Adulto mayor y personas con discapacidad	Q2,767,386.00	831,723
4	Infecciones respiratorias agudas	Q3,099,404.00	1,151,972
5	Control y vigilancia de enfermedades transmitidas por agua y alimentos	Q1,912,567.00	1,863,864
6	Control y vigilancia de enfermedades transmitidas por vectores	Q14,023,832.00	19,544,772
7	Rabia y otras zoonosis	Q2,007,522.00	3,034,757
8	Tuberculosis	Q1,683,798.00	264,775
9	Prevención y control de ITS/VIH/SIDA	Q21,108,320.00	3,977
10	Salud mental	Q177,764.00	25,452
11	Seguridad alimentaria y nutricional	Q14,300,000.00	4,667,603
12	Enfermedad bucodental	Q6,018,798.00	11,038,362
13	Enfermedades crónicas y degenerativas	Q1,295,255.00	43,723
14	Salud laboral	Q740,195.00	993
15	Población migrante	Q1,498,534.00	1,525,524
16	Medicina transfusional y bancos de sangre	Q2,185,139.00	0
17	Medicina popular tradicional	Q3,190,000.00	494,538
18	Salud reproductiva	Q11,078,829.00	6,754,698

Fuente: Elaboración propia. Año 2005

El cuadro anterior refleja que el presupuesto recomendado asciende a Q.101.4 millones versus el presupuesto que actualmente está asignado en el bolsón general que asciende a Q.63.1 millones.

Considerando que se propone al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, incorporar los programas prioritarios como actividades específicas en la estructura programática presupuestaria, se estableció de acuerdo a la investigación realizada la cantidad presupuestaria que debe asignarse a cada actividad específica lo cual refleja un incremento de Q.38.3 millones en comparación con el monto que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, aprobó para el ejercicio fiscal 2004.

Los Q.38.3 millones de incremento que se necesitan para las actividades específicas incluidas en la propuesta de estructura programática presupuestaria representan únicamente el 2.08% del presupuesto total aprobado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el año 2004, cantidad mínima que la institución puede fácilmente destinar para este propósito mediante un reordenamiento de las asignaciones presupuestarias que ya tiene aprobadas, ya que no es un monto significativo si se relaciona con el presupuesto total asignado.

A continuación se detalla la propuesta de estructura programática presupuestaria a implementar en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, misma que responde a las prioridades de salud indicadas en el plan nacional de salud vigente en dicha entidad. Es importante indicar que dicha propuesta incluye los programas prioritarios como actividades específicas en los programas generales "*Servicios de Salud Ambiental*" y "*Servicios de Salud a las Personas*", lo que significa que una vez incluidas en la estructura programática presupuestaria son objeto de asignación formal de recursos financieros por parte de la Dirección Técnica del Presupuesto del Ministerio de Finanzas Públicas.

La propuesta incluye el presupuesto recomendado por programa, subprograma, proyecto y actividad u obra.

Tabla No. 12
Propuesta de Estructura Programática Presupuestaria al
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
(Cifras en Quetzales)
Año 2005

Inicia Tabla No. 12

Prg.	Subp.	Proy.	Act.	Obr.	Descripción	Presupuesto Recomendado
					<u>Total</u>	<u>2,019,398,183.00</u>
<u>01</u>	00	000			<u>Actividades centrales</u> Sin subprograma Sin proyecto	<u>258,087,148.00</u>
			01	000	Rectoría y coordinación sectorial e institucional	49,278,710.00
			02	000	Gerencia general administrativa financiera	71,784,145.00
			03	000	Sistema integral de atención en salud	45,030,010.00
			04	000	Regulación, vigilancia y control de la salud	23,094,728.00
			05	000	Administración del recurso humano	11,108,320.00
			06	000	Mejoramiento de los servicios de salud	48,335,450.00
			07	000	Supervisión, infraestructura y mantenimiento	9,455,785.00
<u>11</u>	00	000			<u>Desarrollo del recurso humano</u> Sin subprograma Sin proyecto	<u>20,297,557.00</u>
			01	000	Formación	18,886,695.00
			02	000	Capacitación	1,410,862.00
<u>12</u>	01	000			<u>Servicios de salud ambiental</u> <i>Control y vigilancia del medio</i> Sin proyecto	<u>42,897,872.00</u> <i>25,304,925.00</i>
			01	000	Control y vigilancia de riesgos ambientales	8,962,361.00
			02	000	Control y vigilancia del agua	371,583.00
			03	000	Control y vigilancia de excretas, desechos sólidos y aguas residuales	34,582.00
			04	000	Control y vigilancia de enfermedades transmitidas por vectores	14,023,832.00
			05	000	Control y vigilancia de enfermedades transmitidas por agua y alimentos	1,912,567.00

Fuente: Elaboración propia. Año 2005

Tabla No. 12 (Continuación)
Propuesta de Estructura Programática Presupuestaria al
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
(Cifras en Quetzales)
Año 2005

Prg.	Subp.	Proy.	Act.	Obr.	Descripción	Presupuesto Recomendado
	02	000			<i>Control y vigilancia de establecimientos y acciones conexas</i>	2,787,596.00
			01	000	Sin proyecto	
			02	000	Control y vigilancia de establecimientos comerciales, industriales y de servicios	26,081.00
			03	000	Control y vigilancia de cementerios y manejo de cadáveres	2,749,180.00
	03	000			Control y vigilancia de urbanizaciones y viviendas	12,335.00
					<i>Control, registro y vigilancia de alimentos y medicamentos</i>	14,805,351.00
			01	000	Sin proyecto	
					Control, registro y vigilancia de alimentos y medicamentos	14,805,351.00
13	00	000			<u>Extensión de cobertura de los servicios de salud</u>	<u>128,507,542.00</u>
					<i>Sin subprograma</i>	
			01	000	Sin proyecto	
			02	000	Supervisión y monitoreo	6,875,425.00
					Administradoras y prestadoras de servicios de salud	121,632,117.00
14	01	000			<u>Servicios de salud a las personas</u>	<u>1,478,173,334.00</u>
					<i>Promoción y prevención de la salud</i>	367,243,143.00
					Sin proyecto	
			01	000	Gestión administrativa	330,422,796.00
			02	000	Educación, comunicación e información	10,123,130.00
			03	000	Rabia y otras zoonosis	2,007,522.00
			04	000	Tuberculosis	1,683,798.00
			05	000	Infecciones respiratorias agudas	3,099,404.00
			06	000	Salud mental	177,764.00
			07	000	Seguridad alimentaria y nutricional	14,300,000.00
			08	000	Salud laboral	740,195.00
			09	000	Población migrante	1,498,534.00
			10	000	Medicina popular tradicional	3,190,000.00

Fuente: Elaboración propia. Año 2005

Tabla No. 12 (Continuación)
Propuesta de Estructura Programática Presupuestaria al
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
(Cifras en Quetzales)
Año 2005

Prg.	Subp.	Proy.	Act.	Obr.	Descripción	Presupuesto Recomendado
	02				<i>Atención del ciclo vital</i>	56,540,599.00
		000			Sin proyecto	
			01	000	Salud reproductiva	11,078,829.00
			02	000	Inmunizaciones	5,887,792.00
			03	000	Enfermedad bucodental	6,018,798.00
			04	000	Atención a niños, niñas y adolescentes	8,384,219.00
			05	000	Prevención y control de ITS/VIH/SIDA	21,108,320.00
			06	000	Adulto mayor y personas con discapacidad	2,767,386.00
			07	000	Enfermedades crónicas degenerativas	1,295,255.00
	03				<i>Recuperación y rehabilitación de la salud</i>	990,490,592.00
		000			Sin proyecto	
			01	000	Gestión administrativa	674,760,623.00
			02	000	Hospitalización	215,768,997.00
			03	000	Consulta externa	18,316,020.00
			04	000	Emergencias	32,242,224.00
			05	000	Medicina transfusional y bancos de sangre	2,185,139.00
			06	000	Servicios de apoyo	47,217,589.00
		001			<i>Construcción y ampliación de hospitales</i>	63,899,000.00
			OO1		Ampliación hospital nacional de El Progreso, Guastatoya	7,460,000.00
			OO2		Ampliación consulta externa y módulo materno infantil, hospital nacional de Amatitlán	1,600,000.00
			OO3		Remozamiento, rehabilitación y supervisión, hospital general San Juan de Dios, Guatemala	5,309,000.00
			OO4		Rehabilitación, supervisión y equipamiento, hospital regional de Jalapa	3,030,000.00
			OO5		Diseño, construcción y supervisión, hospital nacional de Ixcán, Quiché	22,000,000.00

Fuente: Elaboración propia. Año 2005

Tabla No. 12 (Continuación)
Propuesta de Estructura Programática Presupuestaria al
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
(Cifras en Quetzales)
Año 2005

Prg.	Subp.	Proy.	Act.	Obr.	Descripción	Presupuesto Recomendado
				OO6	Diseño, construcción y supervisión, hospital nacional de Poptún, Petén	18,000,000.00
				OO7	Sistema eléctrico, hospital general San Juan de Dios, Guatemala	6,500,000.00
<u>99</u>	OO	OOO	O1	OOO	<u>Partidas no asignables a programas</u> <i>Sin subprograma</i> <i>Sin proyecto</i> Cuotas a organismos nacionales e internacionales y entidades de asistencia social	<u>91,434,730.00</u> 91,434,730.00

Fuente: Elaboración propia. Año 2005

Figura No. 1
Propuesta de Estructura Programática Presupuestaria para el
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2005

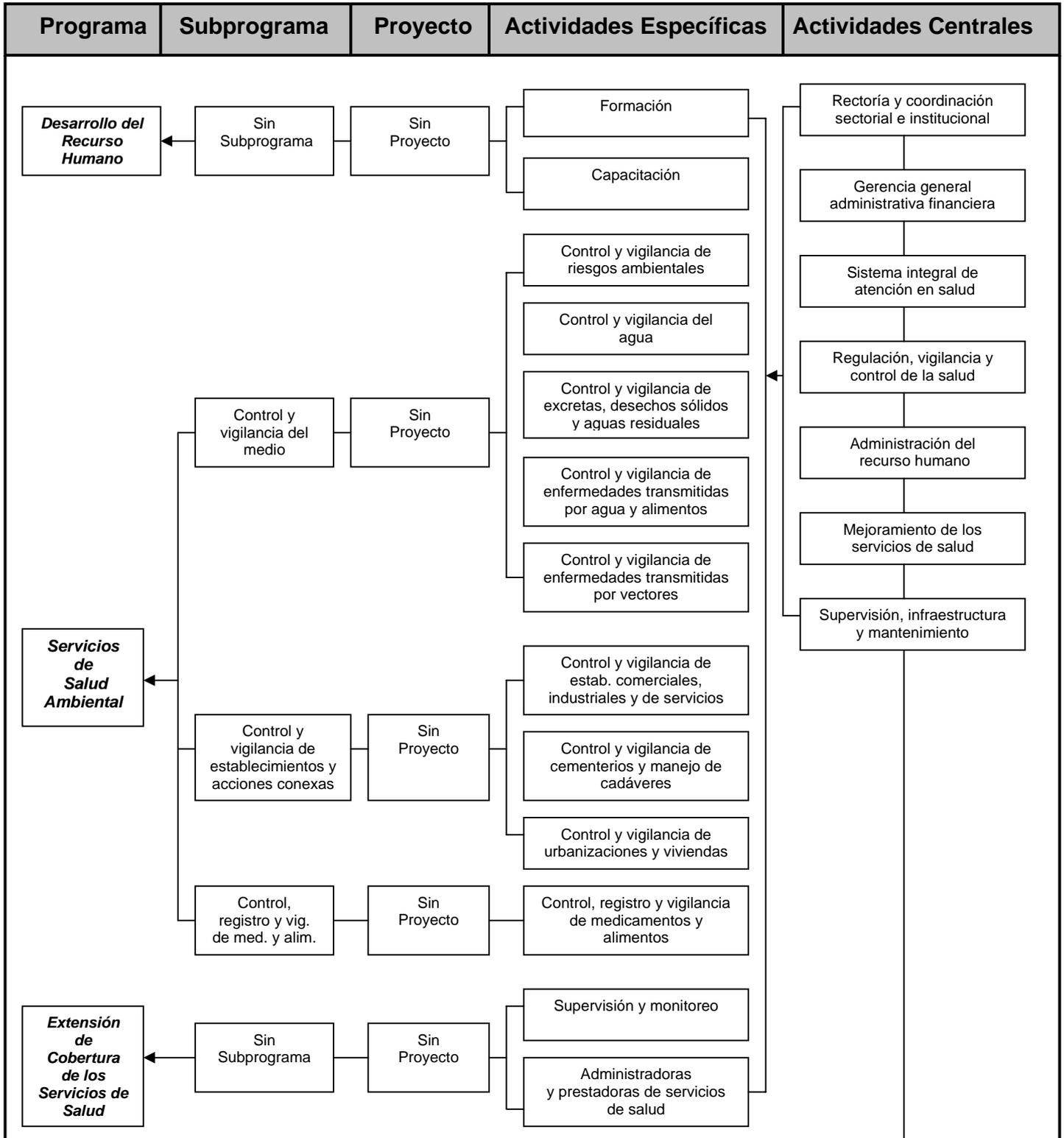


Figura No. 1 (Continuación)
Propuesta de Estructura Programática Presupuestaria para el
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2005

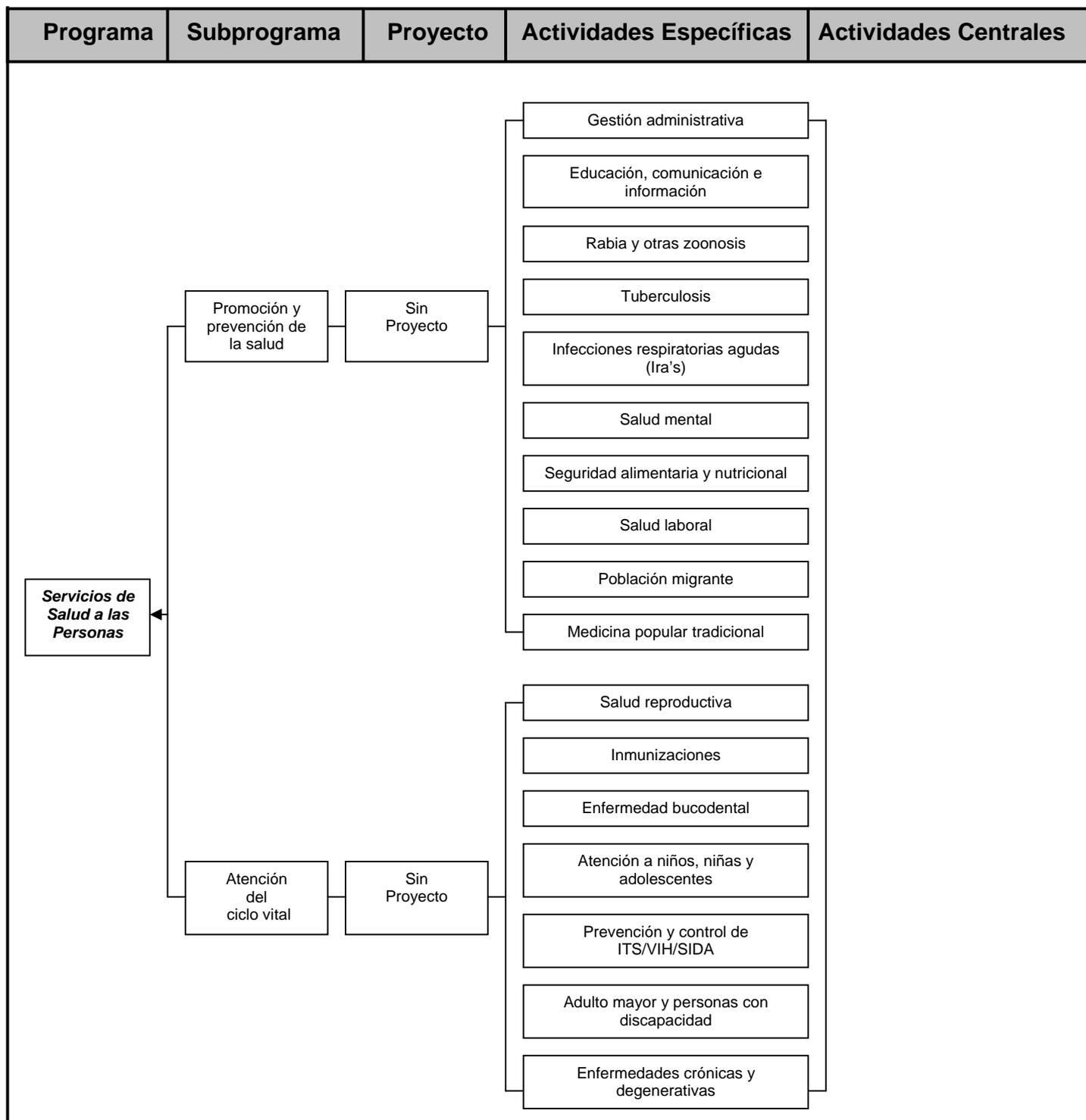
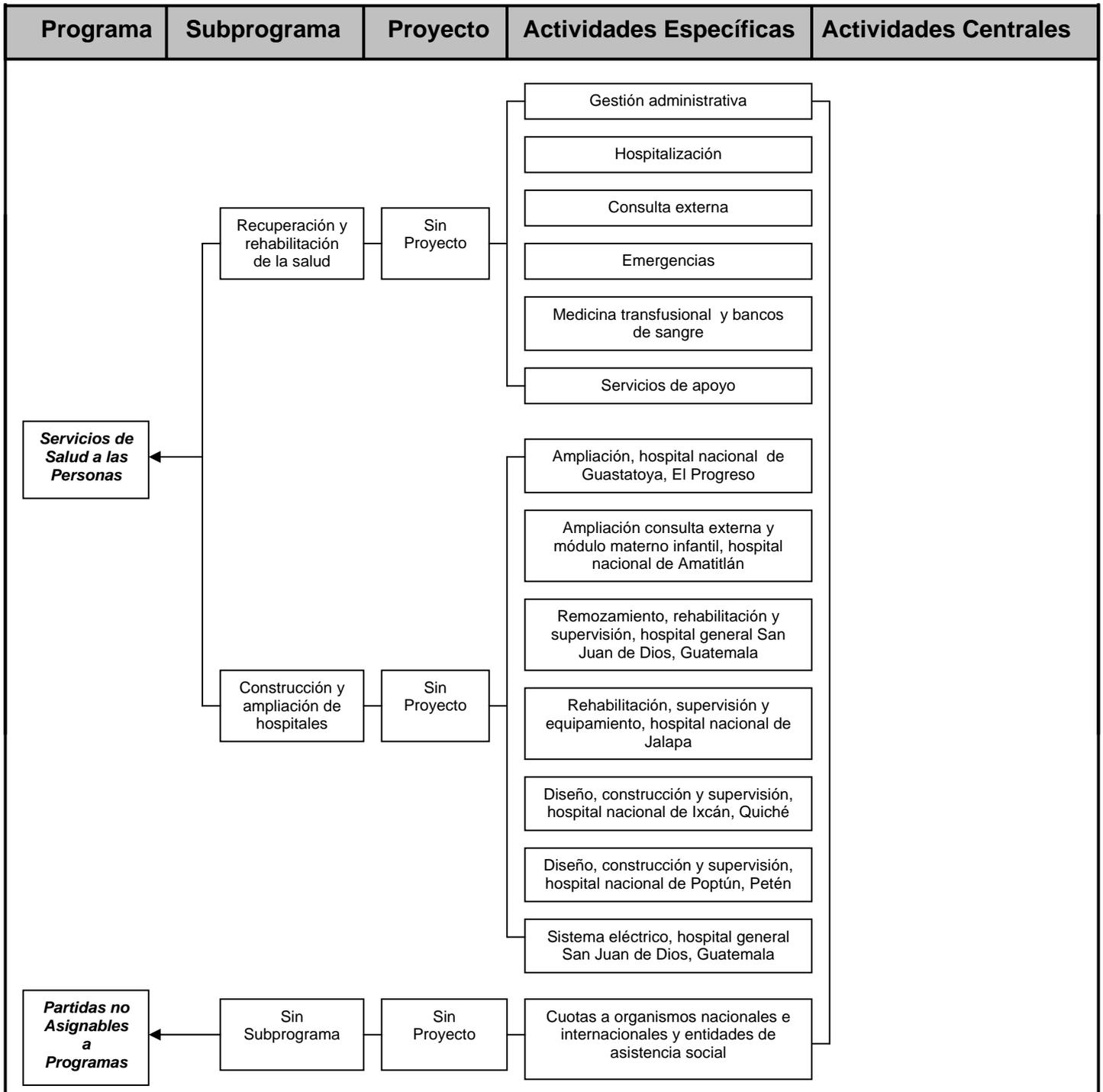


Figura No. 1 (Continuación)
Propuesta de Estructura Programática Presupuestaria para el
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Año 2005



Fuente: Elaboración propia. Año 2005

CONCLUSIONES

1. La Estructura Programática Presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, presenta deficiencias por la falta de asignación de recursos financieros principalmente para ejecutar las acciones del nivel preventivo, desorden en la ejecución del presupuesto, falta de conocimiento de las autoridades de las necesidades reales de la población en el interior del país, falta de interés en la actualización de la estructura programática presupuestaria, lo cual ha provocado diversos cuestionamientos por parte de autoridades de otras instituciones e investigadores ya que se desconocen aspectos esenciales relacionados con la inversión de salud en la población guatemalteca.
2. No existe una asignación de recursos financieros para darle cumplimiento a la planificación de las actividades a desarrollar a nivel nacional, lo cual afecta directamente a la población en pobreza y extrema pobreza que demanda los servicios de salud pública principalmente en el interior del país, ya que en muchas ocasiones no se presta un servicio de calidad debido a que no se cuenta con los insumos necesarios por la falta de recursos financieros.
3. En la Estructura Programática Presupuestaria actual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, no se visualizan los programas prioritarios de salud país que se ejecutan a nivel nacional, lo que ha generado inconformidades en los coordinadores de los diferentes programas, ya que al aprobarse los recursos financieros a través del presupuesto, éstos no responden a las acciones programadas en el plan operativo anual, lo cual provoca que no se cumpla con todas las actividades planificadas a nivel nacional y que muchos pacientes que acuden a los servicios de salud pública no sean atendidos adecuadamente.
4. No existe interés por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en actualizar la Estructura Programática Presupuestaria actual, debido a que ésta no ha sido modificada desde que fue creada en el año 1997, lo

cual implica que la misma no tenga relación con las acciones plasmadas en el plan nacional de salud y por consiguiente tampoco responda a las necesidades de salud de la población en general.

5. El estudio realizado demuestra la inequidad e ineficiencia del gasto público en salud, ya que si bien es cierto los recursos financieros asignados al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, son insuficientes para realizar todas las acciones a nivel preventivo y curativo que requiere la población en general, no existe una Estructura Programática Presupuestaria que responda a las necesidades locales, lo cual provoca que los pocos recursos asignados no se distribuyan equitativamente, afectando directamente a la población que necesita de los servicios de salud pública.

RECOMENDACIONES

1. Para resolver las deficiencias que presenta la actual Estructura Programática Presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe reformularse la estructura programática presupuestaria vigente, de tal forma que incluya en los programas generales las actividades específicas que respondan a los programas prioritarios de salud que se ejecutan a nivel nacional.
2. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe velar porque la población pueda satisfacer sus demandas de salud, proporcionando servicios de buena calidad en forma oportuna, para lo cual debe registrar en la Estructura Programática Presupuestaria actual los programas prioritarios indicados en los capítulos I y II de la presente investigación como actividades específicas, lo que le permitirá contar con una asignación presupuestaria anual para llevar a cabo las acciones relacionadas con el sector salud, que son las que requiere la población y que dicha entidad no puede dejar de proporcionar en virtud que está en juego la vida de las personas que requieren los servicios de salud pública.
3. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector de la salud en Guatemala, debe preocuparse por asignar los recursos financieros de tal forma que tengan relación con las acciones programadas en el plan operativo anual, para lo cual debe contar con una Estructura Programática Presupuestaria que responda a los programas prioritarios de salud país establecidos en el plan nacional de salud, lo cual le permitirá cumplir con las actividades planificadas a nivel nacional y prestar un buen servicio a los pacientes que por diversas razones acuden a los servicios de salud pública.
4. Se recomienda a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, reconocer formalmente el diagnóstico presentado, los problemas encontrados en la actual Estructura Programática Presupuestaria y el análisis de los programas prioritarios de salud país indicados en los capítulos I y II, así también considerar la

opinión expresada por los coordinadores de dichos programas que son quienes conocen la realidad y necesidad de los servicios de salud pública en todo el país. Es necesario considerar que la estructura programática presupuestaria se debe ir actualizando de acuerdo a las necesidades plasmadas en el plan operativo anual, así también que se apruebe la propuesta de reformulación de la Estructura Programática Presupuestaria y sea remitida a la Dirección Técnica del Presupuesto del Ministerio de Finanzas Públicas para su implementación.

5. Implementar de forma inmediata la reformulación a la Estructura Programática Presupuestaria, ya que de lo contrario los servicios de salud pública nunca mejorarán en Guatemala, seguirán siendo de baja calidad, así también, continuará la población que no tiene acceso a los servicios de salud, muchos niños, niñas y mujeres morirán por causas que pueden ser evitadas, controladas y tratadas en las propias comunidades, es urgente aplicar medidas a nivel nacional en el área preventiva, lo cual permitirá que la población en general aplique medidas correctivas que redundarán en su propio beneficio.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Burbano Ruiz Jorge E. y Ortiz Gómez Alberto:** Presupuestos, Enfoque moderno de planeación y control de recursos. Segunda Edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. Colombia 1988, 1995. 376 páginas.
2. **Congreso de la República de Guatemala:** Código de Salud, Decreto 90-97. Guatemala 1997. 50 páginas.
3. **Congreso de la República de Guatemala:** Constitución Política de la República de Guatemala. Ediciones Legales, Comercio e Industria. Lic. Luis Emilio Barrios Pérez, Contador Publico y Auditor. Guatemala 2001. 99 páginas.
4. **Congreso de la República de Guatemala:** Ley del Organismo Ejecutivo. Decreto Numero 114-97. Digesto de la Administración de Personal del Sector Publico. 513 paginas. Tercera Edición.
5. **Congreso de la República de Guatemala:** Ley de Servicio Civil. Decreto Numero 1748. Digesto de la Administración de Personal del Sector Publico. 513 paginas. Tercera Edición.
6. **Del Río González Cristóbal:** El Presupuesto. Tradicional, Areas y Niveles de Responsabilidad, Programas y Actividades Base Cero, Ejercicios prácticos. Capítulo Quinto. Presupuesto por Programas y Actividades. 26 páginas. Sexta Edición. Año 1998.
7. **La Reforma del Sector Salud:** Foro Internacional, Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Guatemala. Guatemala, Julio 1999. 226 páginas.
8. **Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento:** Decreto Numero 57-92. Nueva Edición. Guatemala Centroamérica. 61 páginas.
9. **Matus Carlos, Makon Marcos y Arrieché Víctor:** Bases Teóricas del Presupuesto por Programas. Guatemala 1998. 92 páginas.
10. **Ministerio de Finanzas Públicas. Dirección Técnica del Presupuesto:** Ley Orgánica del Presupuesto y su Reglamento. Decreto Número 101-97. Guatemala 1998. 26 páginas.
11. **Ministerio de Finanzas Públicas. Dirección Técnica del Presupuesto:** Ley Orgánica del Presupuesto y su Reglamento. Decreto Número 240-98. Guatemala 1998. 18 páginas.
12. **Ministerio de Finanzas Públicas:** Formulación de los Anteproyectos de Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2002. Guatemala 2000. 51 páginas.

13. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** La Salud, Una revolución silenciosa en las comunidades. Guatemala 1996. Guatemala 2004. 35 páginas.
14. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Adulto Mayor. Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala 2000. 27 páginas
15. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Atención a Adolescentes. Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala 2000. 75 páginas.
16. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Atención a Escolares. Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala 2000. 93 páginas.
17. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Boletín Epidemiológico Nacional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala 2004. 43 páginas.
18. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Dengue. Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala 2000. 14 páginas.
19. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Enfermedades Crónicas y Degenerativas. Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala 2000. 31 páginas
20. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis. Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala 2000. 15 páginas.
21. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Enfermedades Transmitidas por Agua y Alimentos. Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala 2000. 28 páginas.
22. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Infecciones Respiratorias Agudas. Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala 2000. 40 páginas.
23. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Medicina Popular Tradicional y Alternativa. Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala 2000. 30 páginas.
24. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Medicina Transfusional y Bancos de Sangre. Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala 2000. 30 páginas.

25. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Plan Nacional de Salud 2000-2004. Guatemala 2000. 16 páginas.
26. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Oncocercosis. Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala 2000. 16 páginas.
27. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Población Migrante. Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala 2000. 24 páginas.
28. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Revista Prevención. Programa Nacional del Sida. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Guatemala 2002. 20 páginas.
29. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Salud Bucal. Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala 2000. 16 páginas.
30. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Salud Laboral. Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala 2000. 17 páginas.
31. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Salud Mental. Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala 2000. 39 páginas.
32. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** Salud Reproductiva y Sexual. Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala 2000. 30 páginas.
33. **Secretaria de la Paz. Presidencia de la Republica:** Acuerdos de Paz. Guatemala Centroamérica 2000. 152 páginas.

ANEXO I



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Administración de Empresas

No. Boleta: _____

Informante: _____

Programa que Coordina: _____

Boleta de Recopilación de Información sobre la Estructura Programática Presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
(Coordinadores de Programas)

1. Conoce la Estructura Programática Presupuestaria del MINSALUD?

Sí

No

2. Cree que es necesaria o indispensable la Estructura Programática Presupuestaria en el MINSALUD?

Sí

No

Porqué:

3. Conoce usted los programas prioritarios de salud que el MINSALUD ejecuta en todo el país?

Sí

No

Si su respuesta es positiva, podría mencionar estos programas:

4. Considera usted que el MINSALUD tiene ventajas o desventajas al ejecutar o desarrollar esos programas prioritarios?

Sí

No

Por favor explique ventajas:

Por favor explique desventajas:

5. El programa que usted coordina está registrado en la Estructura Programática Presupuestaria del MINSALUD?

Sí

No

No sabe

6. Sabe usted si existe una asignación presupuestaria específica para el programa que usted coordina?

Sí

No

No sabe

Si su respuesta es positiva, podría indicar cuánta es la asignación presupuestaria aprobada?

7. Tiene usted alguna dificultad para ejecutar la asignación presupuestaria aprobada al programa que usted coordina?

Sí

No

Explique porqué?

8. Considera usted que los recursos financieros aprobados al MINSALUD están en correspondencia con los programas prioritarios de salud que se ejecutan a nivel nacional?

Sí

No

Explique porqué?

9. Qué procedimiento utiliza usted para solicitar al MINSALUD los recursos financieros necesarios para poder desarrollar las acciones del programa que usted coordina?

Poa

Oficio

Otros

10. Cada cuánto tiempo plantea usted esa solicitud?

Mensual

Trimestral

Semestral

Anual

11. Considera usted que existe algún problema/deficiencia (s) en la Estructura Programática Presupuestaria actual del MINSALUD?

Sí

No

Si su respuesta es positiva, por favor explique:

12. Cree usted que es necesario que se actualice la actual Estructura Programática Presupuestaria del MINSALUD?

Sí

No

Si su respuesta es positiva, por favor explique:

13. Cree usted que existe interés por parte de las autoridades del MINSALUD en registrar los programas prioritarios de salud en la Estructura Programática Presupuestaria?

Sí

No

Porqué?

Observaciones:

Muchas gracias!!!