

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS**



**“BENEFICIOS PARA LA POBLACIÓN DE ESCASOS RECURSOS, AL
ASIGNAR MÁS PRESUPUESTO A LA SALUD PREVENTIVA. ANÁLISIS
DEL CASO CHIMALTENANGO. PERIODO 2008 – 2012”**

JOHAN FERNANDO MONZÓN HERNÁNDEZ

ECONOMISTA

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2017

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA DE ECONOMÍA**

TESIS

**“BENEFICIOS PARA LA POBLACIÓN DE ESCASOS RECURSOS, AL
ASIGNAR MÁS PRESUPUESTO A LA SALUD PREVENTIVA. ANÁLISIS
DEL CASO CHIMALTENANGO. PERIODO 2008 – 2012”**

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

POR

JOHAN FERNANDO MONZÓN HERNÁNDEZ

PREVIO A CONFERÍRSELE EL TÍTULO DE

ECONOMISTA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADO

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2017

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

Lic. Luis Antonio Suárez Roldán	Decano
Lic. Carlos Roberto Cabrera Morales	Secretario
Lic. Carlos Alberto Hernández Gálvez	Vocal I
Lic. Mcs. Byron Giovanni Mejía Victorio	Vocal II
Vacante	Vocal III
P.C. Marlon Geovani Aquino Abdalla	Vocal IV
P.C. Carlos Roberto Turcios Pérez	Vocal V

**PROFESIONALES QUE REALIZARON LOS EXAMENES DE
ÁREAS PRACTICAS BASICAS**

Lic. Antonio Muñoz Saravia	Área de Teoría Económica
Lic. Froilán Humberto Pérez Montenegro	Área de Economía Aplicada
Lic. Rubelio Isaías Rodríguez Tello	Área de Matemáticas Estadística

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN PRIVADO DE TESIS

Lic. Oscar Francisco Pineda Garay	Presidente
Lic. Wagner Ricardo Meneses Paz	Examinador
Lic. Joel Esteban Icuté Vicente	Examinador

Humberto Pérez Montenegro
Economista Colegiado 515

Guatemala, 3 de junio de 2016

Licenciado
Luis Antonio Suárez Roldan
Decano de la facultad de Ciencias Económicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Ciudad universitaria, Zona 12

Señor Decano:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en relación a la designación de esa decanatura, Dictamen Esc. Economía 12-2014, de fecha trece de junio de 2014, para asesorar al estudiante Johan Fernando Monzón Hernández con carné 200316300, en el trabajo de investigación para su tesis de graduación profesional denominada "BENEFICIOS PARA LA POBLACIÓN DE ESCASOS RECURSOS AL ASIGNAR MAS PRESUPUESTO A LA SALUD PREVENTIVA. ANÁLISIS DEL CASO CHIMALTENANGO. 2008 -2012".

El tema seleccionado por el estudiante Johan Fernando Monzón Hernández, para realizar su trabajo esta desarrollado tomando en consideración la experiencia de la salud pública en Guatemala en los últimos años, y su conocimiento en la investigación sobre el cambio de gasto de salud curativa a salud preventiva, para que los ahorros obtenidos cubran una mayor cobertura de población que requiere de servicios médicos en el Departamento de Chimaltenango, con la idea de que esto pueda ser aplicado en el futuro en toda la república, de parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En ese sentido, me permito informar que el trabajo reúne los requisitos establecidos por las normas facultativas para que sea discutido en la defensa de tesis, previa a optar por el título de Economista en el grado académico de Licenciado.

Atentamente,



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS
ECONOMICAS

EDIFICIO S-8
Ciudad Universitaria zona 12
GUATEMALA, CENTROAMERICA

**DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, GUATEMALA
ONCE DE OCTUBRE DE DOS MIL DIECISIETE.**

Con base en el Punto DOS, inciso 2.1 subinciso 2.1.1 del Acta 18-2017 de la sesión celebrada por la Junta Directiva de la Facultad el 04 de octubre de 2017, se conoció el Acta ECONOMÍA 171-2017 de aprobación del Examen Privado de Tesis, de fecha 23 de agosto de 2017 y el trabajo de Tesis denominado: "BENEFICIOS PARA LA POBLACIÓN DE ESCASOS RECURSOS AL ASIGNAR MAS PRESUPUESTO A LA SALUD PREVENTIVA. ANÁLISIS DEL CASO CHIMALTENANGO. PERÍODO 2008-2012", que para su graduación profesional presentó el estudiante **JOHAN FERNANDO MONZÓN HERNÁNDEZ**, autorizándose su impresión.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



LIC. CARLOS ROBERTO CABRERA MORALES
SECRETARIO

LIC. LUIS ANTONIO SUÁREZ ROLDÁN
DECANO

m.ch



ACTO QUE DEDICO

A Dios	Por cambiar mi vida, por tus promesas y porque eres fiel.
A mi Esposa	Ivonne, mi compañera fiel, mi ayuda idónea, te amo.
A mis Hijos	Santiago y Pablo, son mi alegría.
A mi madre	Alejandra, por creer en mí siempre.
A mi padre	Carlos, por su ejemplo de trabajador incansable.
A mi Hermano	Byron, por todas las oportunidades me diste.
A mis Hermanos	Wilson, Yessika y Lucia, porque pronto veré sus títulos.
A mis Amigos	Aldo y Grethel, sin ustedes no hubiera disfrutado tanto este proceso.
A mi Alma Mater	Universidad de San Carlos de Guatemala
Al Ministerio de Salud	Por la Experiencia obtenida.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

Al licenciado Humberto Pérez Montenegro, por su motivación constante, su ejemplo como catedrático y su apoyo en la elaboración de esta tesis.

Índice

Introducción	i
Antecedentes del Departamento de Chimaltenango	1
CAPÍTULO I.	
MARCO TEÓRICO	6
1.1 Teorías	6
1.2 Constitución Política de la República de Guatemala	10
1.3 Definiciones	11
1.4 Perfil de Salud	12
CAPÍTULO II.	
ETAPAS DEL PRESUPUESTO	14
2.1 Formulación	14
2.2 Discusión y Aprobación	14
2.3 Ejecución	15
2.4 Evaluación	15
2.5 Tipos de Gasto	15
2.6 Presupuesto asignado al Ministerio de Salud	17
2.7 Organización y presupuesto del Departamento de Chimaltenango	18
2.7.1 Estructura Organizacional	18
2.7.1.1 Organización Del Hospital	21
2.7.1.2 Organización del Área de Salud	21
2.7.2 Renglones presupuestarios	22
2.7.3 Personas contratadas y nombradas	23
2.7.4 Recursos para funcionamiento	25
2.7.4.1 Insumos	25
2.7.4.2 Medicamentos	25
2.7.4.3 Mantenimiento de Equipo	26
2.7.4.4 Mantenimiento de infraestructura	26
CAPÍTULO III	
SALUD CURATIVA	28
3.1 Servicios de salud curativa en Chimaltenango	29
3.2 Estructura del presupuesto del Hospital de Chimaltenango	29
3.2.1 Rubros	31
3.2.2 Montos del presupuesto y análisis	31
3.2.3 Costo del sostenimiento de la salud curativa	33
3.3 Comportamiento de la ejecución presupuestaria	34
3.4 Pacientes atendidos	35

CAPÍTULO IV	
SALUD PREVENTIVA	36
4.1 Servicios de salud preventiva en Chimaltenango	37
4.1.1 Primer nivel de atención en salud	37
4.1.2 Segundo nivel de atención en salud	39
4.2 Estructura del Presupuesto del Área de Salud de Chimaltenango	40
4.2.1 Rubros	41
4.2.2 Monto del presupuesto	43
4.2.3 Costo de sostenimiento de la Salud preventiva	44
4.3 Comportamiento histórico de la ejecución presupuestaria	45
4.4 Ahorro de implementar la Salud Preventiva	46
4.5 Servicios otorgados a la población	47
4.6 Pacientes atendidos (promedio anual)	47
CAPÍTULO V	
ANÁLISIS DE RESULTADOS	50
5.1 Costo de la medicina curativa versus medicina preventiva.	50
5.2 Resultados obtenidos en el periodo 2008 – 2012, en medicina preventiva, presupuesto y costo de paciente	51
5.3 Comparación, presupuesto vigente y atención a pacientes	52
5.4 Redirección del Gasto	53
5.5 Resultados obtenidos de la aplicación durante el periodo de estudio	54
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIÓN	56
Bibliografía	57
Anexos	60

Introducción

El presente trabajo está orientado a la Salud Pública, para conocer cómo funciona el sistema de atención a la población guatemalteca, la distribución del presupuesto asignado a la Salud Preventiva y Salud Curativa específicamente en el departamento de Chimaltenango.

El motivo de realizar esta investigación, es que cada día se escucha que la población se incrementa y los recursos financieros del gobierno para cubrir los servicios públicos, como la salud se mantienen casi a los mismos niveles, lo anterior provoca un incremento acelerado de la demanda de servicios de salud, tanto en hospitales como en los centros y puestos de salud.

Hasta cierto punto el sistema de salud guatemalteco no tiene la cobertura total de la población para satisfacer la demanda de servicios de salud, la crisis que esto ha originado es la saturación de pacientes en los hospitales, falta de medicamentos, equipo médico, inversión en infraestructura y construcción de nuevos hospitales.

En el capítulo primero se hace una exposición de las definiciones de salud, salud curativa y salud preventiva, así como algunas teorías económicas que están relacionadas con el desarrollo del tema.

En el capítulo segundo se describe las etapas de la formación y asignación del presupuesto, como este es asignado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que es el ente que distribuye a las distintas unidades ejecutoras, entre ellas el Hospital Nacional de Chimaltenango y el Área de Salud de Chimaltenango.

Se desarrolla la estructura del presupuesto de ambas Unidades Ejecutoras, su organización, los principales rubros y por su puesto la asignación de recursos financieros.

En el tercer capítulo se realiza una descripción de la salud curativa y los servicios que presta el Hospital Nacional de Chimaltenango, la organización del presupuesto, estructura por tipo de gasto, comportamiento del presupuesto en el período de estudio y la cantidad de pacientes atendidos en dicha institución, demuestran la prioridad que se le asigna a la salud curativa.

En el cuarto capítulo se describe la salud preventiva y como es administrada por el Área de Salud de Chimaltenango, la organización, estructura y comportamiento del presupuesto permiten velar por la salud de la población y a la vez poder cuantificar los pacientes atendidos a través de los centros y puestos de salud.

El quinto capítulo se muestran los resultados de comparar ambos sistemas de salud, tanto en el presupuesto vigente como en los servicios que proporcionan las dos instituciones en el departamento de Chimaltenango, el ahorro que puede obtenerse si el Hospital no atendiera a pacientes de consulta externa y esos recursos se trasladaran al Área de Salud para expandir la cobertura y aumentar los servicios de salud preventiva.

Por último, se realizan las conclusiones de la investigación así como una recomendación para ser consideradas.

Se espera que esta investigación pueda motivar a otros estudiantes a profundizar en los servicios públicos, para aportar ideas para el manejo adecuado de los escasos recursos financieros, que pueda promover el desarrollo de Guatemala.

Antecedentes del Departamento de Chimaltenango

Ubicación geográfica

El departamento de Chimaltenango está situado a 56 Kilómetros de la Ciudad de Guatemala, está integrado por 16 municipios, su cabecera departamental es Chimaltenango, pertenece a la región V (central) del país, sus límites territoriales son: al Norte departamentos de Quiché y Baja Verapaz, al Este Guatemala y Sacatepéquez, al Sur Escuintla y Suchitepéquez y al Oeste Sololá.

“Chimaltenango, etimológicamente del mexicano Chimal-escudo, traducción de muralla, de escudos o rodeles; Tenango-cerro. Chimaltenango quiere decir “Lugar amurallado con escudos”, fue una importante ciudad de la poderosa nación de los indios Cakchiqueles que durante la época pre colonial se regía por un príncipe indio.

Se atribuye al capitán Pedro Portocarrero, el haber fundado la actual cabecera, en el año de 1,526. En los años de 1,527 y 1,541, se consideró la convivencia de situarse en el lugar que se le llamaba el “Valle del Tianguesillo” la capital del reino. La corte de los Cakchiqueles envió una embajada a Hernán Cortes a México, ofreciendo amistad, por lo cual Pedro de Alvarado llegó pacíficamente a esta región cakchiquel, “Iximche”.¹

Población

“La población asciende a 630,609 habitantes al año 2012”², los idiomas principales son Kaqchikel y español, el clima es templado a frío, altitud: 1,800.17 metros sobre el nivel del mar, su extensión territorial: 1,979 Km², promedios de temperaturas Máxima 24.8°C y mínima 12.6°C.

¹ Monografía del Municipio de Chimaltenango, Actualizado 2012 al 2016, Administración Alfonso Elel Castro, Guatemala, 2016 Pag. 1.

² Proyecciones Inter-censales 1994-2002 del Instituto Nacional de Estadística, Guatemala, año 2004. Página 60-61.

Actividad económica

El documento Monografía de Chimaltenango también señala que “En un 60% los habitantes de Chimaltenango son agricultores y viven de la agricultura. Por la naturaleza del clima los principales productos que se cultivan son: maíz, frijol, hortalizas, habas, patatas, garbanzo y frutales como manzana, ciruela, pera, aguacate, (este último tiene fama en todo el país); maderas para la industria y la construcción.”³

Cuadro 1 Guatemala Departamento de Chimaltenango Población clasificada Pobreza y Pobreza Extrema Periodo 2008-2012							
Año	Guatemala Población	Chimaltenango Población	Porcentaje			Chimaltenango Población en Pobreza no Extrema	Chimaltenango Población en Pobreza Extrema
			Pobreza Total	Pobreza No Extrema	Pobreza Extrema		
2008	15,677,815	562,555	67.78	49.64	18.14	279,252	102,047
2009	14,017,057	578,976	71.42	53.86	17.56	311,836	101,668
2010	14,361,666	595,769	75.06	58.08	16.98	346,023	101,162
2011	14,713,763	612,973	78.70	62.30	16.40	381,882	100,528
2012	15,073,375	630,609	82.34	66.52	15.82	419,481	99,762

Fuente: Elaboración propia, con datos del Instituto Nacional de Estadística -INE, ENCOVI, Mapa de Pobreza 2011

Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2011(ENCOVI), elaborado por el Instituto Nacional de Estadística, para el departamento de Chimaltenango la pobreza total es de 78.7% para el año 2012, siendo la pobreza no extrema 62.3% y la pobreza extrema 16.4%. La misma encuesta señala que la pobreza total ha crecido considerando que el año 2006 esta era de 60.5%, mientras que la pobreza extrema si se redujo porque en ese mismo año era de 19.3%.⁴

³ Monografía del Municipio de Chimaltenango, Actualizado 2012 al 2016, Administración Alfonso Elel Castro, Guatemala, 2016, pág. 32

⁴ Mapas de Pobreza Rural en el 2011, Instituto Nacional de Estadística, Guatemala 2013, pág. 17

<p align="center">Cuadro 2 Guatemala Departamento de Chimaltenango Población Económicamente Activa (PEA) Periodo 2008 al 2012</p>					
SEXO	AÑO				
	2008	2009	2010	2011	2012
Población Total	305,541	315,878	326,645	337,779	349,293
Hombres	145,851	150,703	155,783	161,058	166,531
Mujeres	159,690	165,175	170,862	176,721	182,762

Fuente: Elaboración propia, Proyecciones Intercensales 1994-2002, Instituto Nacional de Estadística INE, Año 2004, Págs 60-61

La Población Económicamente Activa –PEA- de Chimaltenango está integrada de la siguiente forma: El 55% de la población total son los que representan a la población económicamente activa, este porcentaje se mantuvo durante el periodo arriba indicado con excepción del año 2008 que fue de 54%. Siendo 48% hombres y el 52% mujeres.

Según el Estudio de la Economía Nacional 2008 del Banco de Guatemala, el dinamismo que la economía había mostrado desde el 2004 se revirtió en el 2008, como consecuencia de la desaceleración económica observada en la mayoría de países del mundo, provocada por la crisis financiera global.⁵

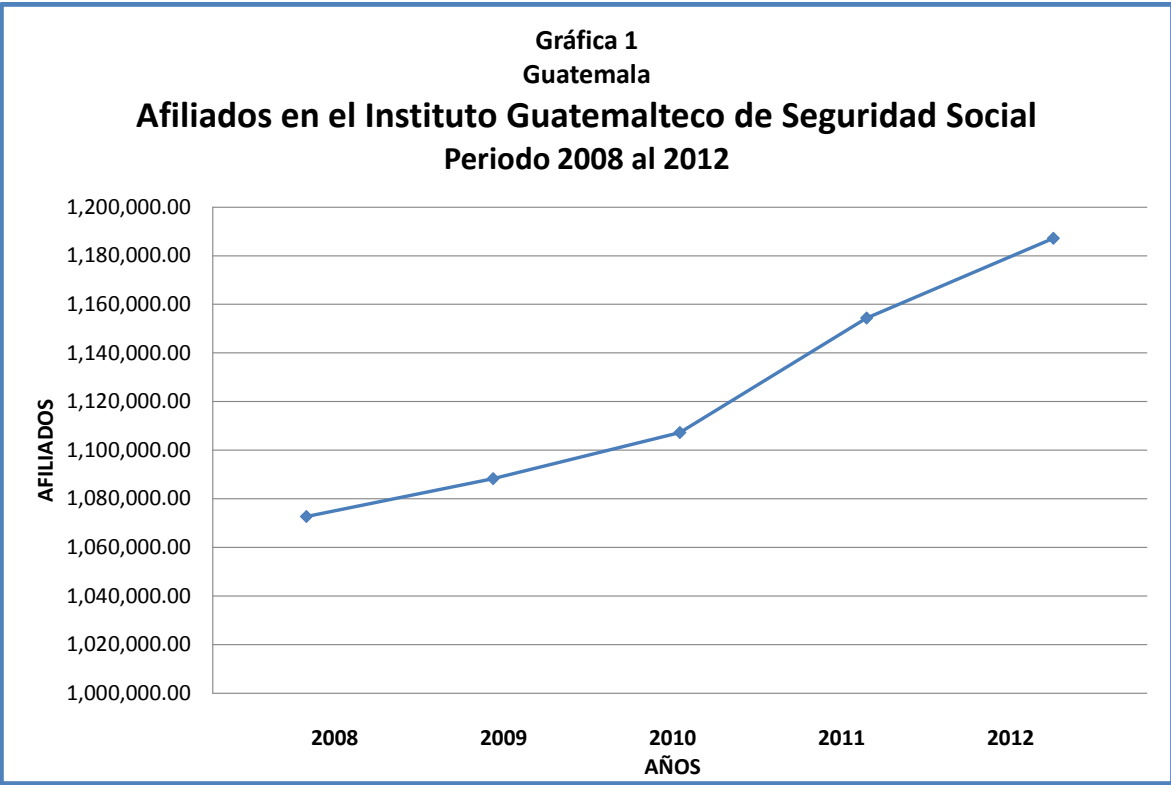
Más adelante el estudio cita que por el origen de la producción, el producto interno bruto tuvo un comportamiento positivo pero las tasas de crecimiento fueron menos dinámicas que el año anterior. Por ejemplo, la actividad de agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca registró 0.9% de crecimiento menor a la observada en el 2007 de 5.9%, otra de la actividad que mermo fue la construcción con una variación de -0.8% y en el 2007 de 8.8% y así la mayoría de actividades económicas que componen el PIB, registrando un crecimiento pero menor al año anterior.⁶

En lo que respecta a los trabajadores afiliados al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social el crecimiento ha sido de -0.07% en el año 2008, considerando

⁵ Banco de Guatemala, Estudio de la Economía Nacional 2008, Ediciones Don Quijote, Guatemala, 2009, pag.35

⁶ Ídem, págs. 37 y 41.

la crisis financiera mundial, 1.57% en el 2009, 1,72% en el 2010, el más significativo 4.26% en el 2011, por último, el año 2012 reporta 2.82%.



Fuente: Elaboración propia, con datos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, Boletín de Afiliación 2011

El Boletín Estadístico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, indica que el total para el año 2011 (se toma este año como modelo por el crecimiento obtenido) fue de 1,154,378 afiliados, siendo el departamento de Guatemala con mayor participación (63.11%), mientras que el departamento de Chimaltenango solamente tiene el 1.29% del total de afiliados, de estos la media del salario anual está en Q2,920.47, once puntos porcentuales menos que la media a nivel nacional y ocupa el lugar 16 comparado con los otros 21 departamentos de la república.

El departamento tiene 14,865 afiliados al 2011⁷ de estos 57% pertenece al sector de servicios, 19% comercio, 10% agricultura y 13% a otros sectores.

⁷ Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Boletín de Afiliación, Guatemala, 2011

Industria

“Una buena parte de su industria es textil y otra artesanal, la cual se practica por ancestro complementándose de esa manera el factor económico que coadyuva a sustentar el diario vivir de muchas familias. También hay pequeñas industrias tales como: fabricación de piñatas, flores, muebles, artículos de hierro y hojalata, fábricas de block y productos de cemento. Además, tienen industria lechera y panificadora para el consumo local. Existe gran número de telares tradicionales para la fabricación de artículos típicos, los cuales venden en la ciudad de Antigua Guatemala y en otros mercados del país.

Comercio

Gran número de personas se dedican al comercio que se lleva a cabo en varias formas, así se encuentra que, a nivel de mercado departamental, muchos realizan transacciones comerciales con los municipios en los días que éstos “hacen plaza”, sus productos también son llevados a la ciudad de Antigua Guatemala y a la ciudad capital, de donde los comerciantes regresan llevando otros productos que venden en el mercado local.”⁸

Uso de los suelos

En relación a la tenencia de la tierra, las cifras aproximadas son las siguientes: Los grandes propietarios representan el 1.56% poseen el 46.49% de la tierra, los medianos propietarios representan el 13.24% poseen el 24.15% de la tierra y los pequeños propietarios el 85.20% poseen el 29.36% de la tierra.”⁹

⁸ Monografía del Municipio de Chimaltenango, Actualizado 2012 al 2016, Administración Alfonso Elel Castro, Guatemala, 2016, Pág. 33

⁹ Ídem, Pág. 32.

CAPÍTULO I.

MARCO TEÓRICO

La participación teórica se encuentra desde el tiempo de los clásicos, básicamente por la importancia de la relación de ingresos fiscales con la prestación de servicios públicos que tiene asignados el Estado, como parte de redistribución del ingreso.

1.1 Teorías

Uno de los primeros clásicos que visualizó el ingreso del Estado como fuente para la prestación de servicios públicos fue Adam Smith quien trató el tema de impuestos, gasto público y el consumo, adicional se encuentra John M. Keynes sobre la participación del Estado en la actividad económica, estos grandes pensadores son considerados para la toma de decisiones tanto en las políticas económicas como las del Estado.

Adam Smith

Según el autor “el gasto público se cubre con recaudación de impuestos. Su argumento se basa en que los impuestos establecen un vínculo directo y claro entre la utilización de recursos productivos por parte del gobierno y la carga que ello representa para la sociedad en su conjunto”¹⁰

De aquí deduce Smith “que las sociedades tiendan a sacrificar el consumo para el pago de impuestos, mientras que cuando se emite deuda pública lo que se sacrifica es principalmente el ahorro, la acumulación de capital.”¹¹

¹⁰“Deuda, inflación y déficit. Una perspectiva macroeconómica de la política fiscal” Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México, 1997, Pág. 2.

¹¹ Ídem.

Agrega “Las expensas de la defensa de la sociedad y las que se requieren para sostener la dignidad del Soberano o principal Magistrado, se invierten ambas en beneficio de toda la sociedad, y por tanto es muy justo que sean obtenidas de una contribución general sobre la misma, concurriendo todos sus miembros en proporción posible a sus respectivas facultades.

Los gastos de administración de justicia no ofrecen duda que también se hacen en beneficio de toda sociedad. Tampoco resulta cosa impropia que los gastos de esta administración se soporten por contribución de agraviantes y agraviados.

Lo mismo se puede decir del gasto público en salud, que es beneficio para toda la sociedad y debe cubrirse con ingresos derivados del cobro de impuestos.

Cuando dichos establecimientos u obras públicas benefician a toda la sociedad no pueden sostenerse suficientemente con la contribución de algunos particulares que reciben su inmediata utilidad, lo que falte en aquellos casos debe suplirse por una contribución general de todo el cuerpo de la nación.”¹²

John Marnard Keynes

Explica en su obra Teoría General de la ocupación, interés y el dinero que “Cualquier esfuerzo por consumir una parte de sus ingresos acrecentados estimulará la producción hasta que el nuevo nivel (y distribución) de los ingresos proporcione un margen de ahorro suficiente para que corresponda a la inversión acrecida”¹³. En otras palabras “Si el ahorro es la medicina y el consumo es la mermelada, la mermelada extra tiene que ser proporcionada al tamaño de la medicina adicional”¹⁴

También indica que “existen motivos o fines importantes de carácter subjetivo que impulsan los individuos a abstenerse de gastar sus ingresos y generar ahorro, lo

¹² ídem

¹³ John Maynard Keynes, Teoría General de la Ocupación, el Interés y el Dinero, Cuarta Edición, México, Fondo Nacional de la Cultura, 2003, pág. 133.

¹⁴ Ídem, pág. 133

que permite liquidez, esto para asegurar recursos para enfrentar las emergencias, las dificultades y las depresiones.”¹⁵

En su libro, P. Nikitin¹⁶, completa el pensamiento de Keynes y especifica la Renta Nacional, y la explica como el producto, tiene como destino el consumo y una parte que se destina a la reposición del desgaste del capital, que es inversión de restitución de equipo o nueva, lo que obliga a separar el capital variable y la plusvalía, que es precisamente la renta nacional.

Agrega que la renta nacional que se distribuye en el capitalismo se realiza en provecho de los explotadores y no de los trabajadores, denomina distribución primaria de la renta nacional a la que se entrega a capitalistas que es la plusvalía representando un ochenta por ciento y para obreros los salarios que es veinte por ciento, lo que demuestra la falta de equidad en la distribución del ingreso.

Parte del ingreso de los trabajadores se redistribuye a través del presupuesto del Estado y se utiliza en beneficio de la clase dominante, el Estado burgués mantiene el ejército, policía, y aparatos administrativos de educación y salud, la fuente de estos son los impuestos, ello significa que los trabajadores tienen que sustraer de su salario una parte para pagar los impuestos, así de hecho se reduce la parte de la renta nacional que perciben los trabajadores.

También el doctor Pigou, A.C.¹⁷ hace referencia a la distribución del ingreso, partiendo de esa producción y el pago a los que la hicieron posible; esto supone que no puede distribuir ingreso antes de generar producto; en el sistema capitalista, el crecimiento es el elemento que se debe impulsar, para que por método directo, (que empresarios mejoren salarios) se pueda lograr distribuir el ingreso con justa dimensión, si esta política no es efectiva, se usa un mecanismo indirecto, que consiste en elevar la tributación especialmente gravando utilidades y

¹⁵ John Maynard Keynes, Teoría General de la Ocupación, el Interés y el Dinero, Cuarta Edición, México, Fondo Nacional de la Cultura, 2003, págs. 124, 125.

¹⁶ Nikitin, P. Economía Política, paginas 133-135, Ediciones Distribuidora Cultural, Managua, Nicaragua, 1983

¹⁷ Pigou, AC. Wealth and Welfare, 1912

renta (impuestos directos), para que el gobierno pueda generar política de redistribución de ingreso, por medio de servicios públicos, dirigidos a estratos de menores ingresos.

Dice Pigou “que no perjudique la distribución, ni aumente la variabilidad del ingreso”, que se interpreta como que el crecimiento del ingreso mantendrá la misma estructura, para no perjudicar la distribución.

Después escribe “que se mejore la distribución del ingreso entre ricos y pobres siempre que no contraiga el dividendo y no afecte desfavorablemente la variabilidad”. Partiendo siempre del PIB, hasta llegar al ingreso nacional, la distribución se hace entre dueños de medios de producción, conocido en cuentas nacionales como excedente de explotación, interés y renta y remuneración a asalariados, porque todavía no se puede entregar de otra forma, además coloca la limitación de no reducir el dividendo, que es parte de excedente de explotación.

También incluye conceptos de producto neto marginal privado y social, que no puede integrarse porque no existe información desagregada para hacerlo; asumiendo, como dicen los economistas, que social incluye a toda la población y privado a los medios de producción de propiedad privada, que se puede incluir en la sociedad, se puede expresar como igualdad privado y público, para darle margen.

Conceptualmente ingreso marginal es la cantidad en que se incrementa el ingreso total por unidad vendida que se agrega, y el costo marginal es similar, con el costo de unidad que se produce.

Estado de Bienestar

Este concepto es ampliado a bienestar económico de los ciudadanos, gran parte de su base está en la teoría Keynesiana, donde se aprovecha la necesidad de expandir el gasto público, para la distribución de los ingresos a la mayor cantidad de ciudadanos.

“El origen del Estado de Bienestar suele situarse en la legislación social que Bismarck estableció en Alemania a finales del siglo XIX”¹⁸

El Estado de bienestar buscar distribuir el ingreso por medio de educación y salud gratuitas, vivienda a bajo costo, y una serie de programas de corte social, con el fin de mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos, similar a los programas sociales de mi familia progresas, bolsa solidaria, transferencias condicionadas entre otros.

1.2 Constitución Política de la República de Guatemala

La Constitución Política de la República de Guatemala, indica: “Artículo 1. - Protección a la Persona. El Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia; su fin supremo es la realización del bien común”¹⁹, y “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”²⁰.

En otras palabras, la Constitución Política de Guatemala describe que el Estado está comprometido con el bienestar de la población, y debe velar por que se cumpla ese derecho de todos los ciudadanos guatemaltecos.

¹⁸ Antonio Morell, La Legitimación Social de la Pobreza, Anthorpos Editorial Rubí, España Barcelona, Primera Edición 2002, pág. 64

¹⁹ Constitución Política de la República de Guatemala, Tipografía nacional de Guatemala, Primera edición, Guatemala, 1985, Pág. 1

²⁰ Idem. Pág. 16

1.3 Definiciones

La definición de salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente “: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”²¹.

La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Salud Curativa “La palabra ‘curar’, de donde surge el adjetivo, resulta excesiva en muchos casos, particularmente cuando se refiere a las enfermedades crónicas. Curar es sanar, recobrar la salud, eliminar la enfermedad, lo cual es ciertamente una aspiración, pero frecuentemente tiene que limitarse a logros menores. La enfermedad aguda con frecuencia es curable, pero la crónica no, de modo que en realidad la llamada medicina curativa suele más bien paliar, reducir las molestias, detener la progresión de la enfermedad o desacelerarla, controlar, adaptar al enfermo a su enfermedad, evitar complicaciones y secuelas. Curar tiene que ver con remediar un mal y, por definición, es una acción reactiva, una reacción.”²²

En otras palabras, la salud curativa son todas aquellas acciones médicas oportunas para tratar de restablecer la salud de la persona.

Salud Preventiva: “La ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud, ejercida con el fin de interceptar las enfermedades en cualquier fase de su evolución”.²³

²¹ Organización Mundial de la Salud, Preámbulo de la Constitución de la OMS, Conferencia Sanitaria de New York, Estados Unidos 1946

²² Lifshitz A. La medicina curativa y la medicina preventiva: alcances y limitaciones. Med Int México 2014; pág. 66-72

²³ Egea López, José Alberto, Medicina preventiva y Salud Pública y Comunitaria, Comisión de Apuntes, Pág.

Salud Pública: “Prevenir, fomentar y conservar la salud de la comunidad mediante los esfuerzos organizados de la misma”²⁴.

1.4 Perfil de Salud

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en su diagnóstico nacional de salud 2012, describe que en Guatemala el sector salud está conformado por “MSPAS, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS, el Ministerio de la Defensa, otros ministerios, secretarías, municipalidades, ONG y el sector privado, se encuentra fragmentado y disperso; sin una efectiva rectoría.”²⁵

El diagnóstico detalla que la cobertura de los servicios de salud en el área rural se encuentra muy limitada, estas poblaciones solo cuentan con el Programa de Extensión de Cobertura que es un paquete básico, en algunos casos dicho paquete consiste en una visita mensual única del médico o enfermera profesional a la comunidad.²⁶

El diagnóstico también dice “El actual presupuesto del MSPAS es totalmente insuficiente para brindar los servicios mínimos de salud a toda la población. El presupuesto asignado a esta institución para el año 2012 representa el 1.08% del PIB.

Es de todos conocido que el gasto público en salud representa el 2.5% del PIB, de éste el MSPAS alcanza a participar hasta el 1.08%. Con estos recursos los servicios públicos cubren la red de servicios, misma que se encuentra dividida del primero al tercer nivel de atención. El 74% de los servicios está en el primer nivel, el 23% se encuentra en el segundo nivel y el 3% presta servicios de tercer nivel. En el año 2011 laboraron en todos los servicios 36,917 personas, siendo el 14% médicos, el 31% auxiliares de enfermería, el 6% enfermeras profesionales, el 34% personal administrativo y el 15% personal operativo.

²⁴ Ídem, pág. 18

²⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Diagnóstico Nacional de Salud, Guatemala, 2012, pág. 1

²⁶ Ídem, pág. 2

De la población atendida por el sistema de salud, se maneja en la jerga común que el MSPAS cubre al 80% de la población, el IGSS a un 8%, las entidades privadas y privadas no lucrativas a un 4%. No obstante, hay que resaltar que la cobertura real del MSPAS debe calcularse sobre el total de la población que necesita servicios de salud y no sólo de los que se acercaron a requerir los servicios. Asimismo, la participación del MSPAS no debe medirse sólo como parámetro del sector público, sino sobre el total de personas atendidas en el sistema de salud. Este dato durante el año 2011 (31,829,903 de consultas atendidas) permitió establecer que el 49.6% corresponde al MSPAS, el IGSS atendió al 15.7%, el sector privado al 34.3% y los ministerios de Gobernación y la Defensa al 0.4% únicamente. Bajo la concepción anterior, del total de consultas atendidas por el sector público durante el 2011, que alcanzaron 201,900,399 consultas, el MSPAS cubrió el 75.6% y el IGSS el 23.9%, mientras que los Ministerios de la Defensa y de Gobernación atendieron en conjunto el 0.5% de la demanda efectiva.”²⁷

²⁷ Ídem, Pág. 3

CAPÍTULO II.

ETAPAS DEL PRESUPUESTO

Usualmente en Guatemala, todas las instituciones de gobierno siguen procesos de identificación de proyectos que es necesario realizar en el desarrollo de sus actividades del año siguiente y este formulismo lo inician con anticipación al mes de junio, cuando deben presentar su propuesta de presupuesto al Ministerio de Finanzas Públicas, Dirección Técnica de Presupuesto.

2.1 Formulación

La formulación es la etapa del presupuesto que está del 15 de julio al dos de septiembre, en esta etapa el Ministerio de Finanzas Públicas solicita a cada institución del estado las asignaciones presupuestarias que necesiten, de acuerdo a los lineamientos de la Política y normas presupuestarias, en donde se priorizan los programas y proyectos a ejecutar de acuerdo a sus objetivos y metas programáticas e institucionales.²⁸

2.2 Discusión y Aprobación

Esta se inicia en el Ministerio de Finanzas Públicas que recibe de las instituciones del Estado las solicitudes de presupuesto y las ajusta a las metas del gobierno, luego se presenta el proyecto de presupuesto ante el Congreso de la República, cuyos diputados pueden modificarlo, aprobarlo o improbarlo. Si el proyecto de presupuesto no es aprobado queda vigente el presupuesto del año anterior, esta etapa está comprendida del 2 de septiembre al 30 de noviembre.²⁹

²⁸ Ministerio de Finanzas Públicas, Capsula financiera, Presupuesto, Ciclo presupuestaria, Guatemala, 2014, <https://youtu.be/Kio4lqtfSag>

²⁹ Ídem.

2.3 Ejecución

En esta fase se compra los bienes y servicios solicitados, incluye programación de desembolso para pago a proveedores y las modificaciones que se realizan a través de las transferencias en casos imprevistos, está comprendida del 1 de enero al 31 de diciembre.³⁰

2.4 Evaluación

Esta etapa es donde se revisa y corrige lo ejecutado, se evalúa el uso adecuado de los recursos y se califican en qué medida se alcanzó las propuestas, se buscan mejoras y se corrigen si fuera necesarios para el año siguiente, esta se realiza en forma continua durante el ejercicio fiscal.³¹

2.5 Tipos de Gasto

El presupuesto del Ministerio de Salud en un 99% son gastos de funcionamiento, esto obedece a que los gastos están dirigidos al rubro de recursos humanos, medicamentos y gastos de administración, quedando el 1% para inversión en equipo e infraestructura.

La descripción de gastos de funcionamientos según el Manual de Clasificaciones Presupuestarias para el Sector Público de Guatemala es la siguiente: “Están conformados por las asignaciones que las instituciones del Sector Público destinan en la gestión administrativa o técnica, para la producción de bienes o la prestación de servicios y las orientadas a mejorar cualitativamente el recurso humano y proveerlo de los servicios básicos”³².

³⁰ Ídem.

³¹ Ídem.

³² Ministerio de Finanzas Públicas, Manual de Clasificación presupuestaria, 5ta Edición, Guatemala, 2013 pág. 151

“Gastos de Administración: a este tipo de gasto pertenecen las erogaciones de los programas del Sector Público, que están destinados a apoyar la producción de bienes o servicios que la población demanda para su desarrollo, sean estos administrativos o técnicos. En las empresas públicas en este tipo de gasto debe incluirse los recursos necesarios para la realización de acciones u operaciones de tipo empresarial”³³.

“Gastos en Recurso Humano en este tipo de gasto se incluyen los gastos corrientes o de funcionamiento destinados a mejorar cualitativamente el recurso humano, por lo general, mediante programas de educación, ciencia y cultura; salud y asistencia social; y, trabajo y previsión social, en el entendido que, al capacitar el recurso humano y proveerlo de los servicios sociales básicos, se están sentando las bases para mejorar el factor más dinámico de la producción: el factor trabajo”³⁴.

“Inversión: constituyen componentes de inversión, la formación bruta de capital fijo programada como inversión física, las transferencias de capital y la inversión financiera con las siguiente definiciones:

Inversión Física: aquí se considera los gastos para la inversión de las distintas entidades del sector público, mediante la ejecución de proyectos y obras específicas, que deben derivar del Programa de Inversiones Públicas. Los proyectos expresan la creación, ampliación o mejora de un medio de producción durable. Por tanto, el proyecto de inversión así definido se corresponde con el concepto de inversión real reflejado en el Sistema de Cuentas Nacionales.

Transferencias de Capital, incluye todo desembolso financiero destinado a la formación de capital a través de entidades, organismos o instituciones u organizaciones no gubernamentales, sean éstos de carácter constitucional o no.

³³ Ídem

³⁴ Ídem

Pueden estar destinadas a aumentar la capacidad instalada de las empresas públicas o estar orientada a organismos internacionales, regionales y gobiernos extranjeros.

Inversión Financiera: participaciones de capital, adquisición de acciones u otros valores representativos de capital de empresas públicas, así como de instituciones nacionales e internacionales y la concesión de préstamos a corto y largo plazo, de carácter reintegrable, otorgados en forma directa o mediante instrumentos de deuda”³⁵

En la práctica si el presupuesto asignado no es suficiente para cubrir la demanda de servicios, lo que se hace para el siguiente año fiscal, es un Plan Operativo Anual, y así poder incrementar el presupuesto y cubrir la demanda insatisfecha, pero si el gobierno decide no aumentar el gasto público, lo que hace el Ministerio es realizar un reordenamiento de presupuesto asignado y así cubrir esa demanda insatisfecha con el presupuesto aprobado.

En el departamento de Chimaltenango lo que hace el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es realizar transferencias para poder incrementar el presupuesto, el mismo pasa de presupuesto asignado a presupuesto vigente. Estas acciones están contempladas en la etapa de ejecución.

2.6 Presupuesto asignado al Ministerio de Salud

La demanda de servicios de salud en Guatemala se ha incrementado de forma acelerada, a tal punto que el presupuesto asignado para cubrir la demanda es insuficiente, sin embargo la prioridad que exigen los servicios de salud hace que el gobierno incremente el presupuesto pero no al ritmo de la demanda, que en gran parte tiene relación con el crecimiento poblacional.

³⁵ Ídem, pág. 156

En el siguiente cuadro se puede apreciar el monto de asignación de presupuesto en montos y porcentajes, que el gobierno ha realizado para brindar los servicios de salud a la población, para el período 2008 – 2012.

Cuadro 3 Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Presupuesto Aprobado Años 2004 -2014 Quetzales Corrientes		
Año	Monto	Crecimiento
2008	3,000,031,879.00	0.0%
2009	3,737,700,344.00	24.6%
2010	3,737,700,344.00	0.0%
2011	3,929,634,505.00	5.1%
2012	4,434,953,997.00	12.9%

FUENTE: Elaboración propia, con datos del Sistema de Contabilidad Integrada -SICOIN-.

Como se aprecia en el cuadro anterior, el presupuesto presenta una tendencia de crecimiento, sin embargo, el año 2010 es igual al año anterior, por no ser aprobada la propuesta que la Dirección Técnica del Presupuesto por parte del Congreso de la República de Guatemala, los años con mayor crecimiento se dan en el 2009 y 2012, sumando ambos da como resultado creciendo de 37.5%.

2.7 Organización y presupuesto del Departamento de Chimaltenango

La organización y el presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social están estructurados para la mejor distribución de los recursos asignados, establecer un orden y llevar los registros administrativos y legales, que permiten lograr los objetivos establecidos en el Plan Operativo Anual.

2.7.1 Estructura Organizacional

La organización del presupuesto del Ministerio de salud Pública y Asistencia Social en el departamento de Chimaltenango responde a los lineamientos del

Manual de Clasificación presupuestarias, que está orientado a los objetivos socioeconómicos de las instituciones.³⁶

La clasificación presupuestaria permite realizar comparaciones respecto a los alcances y objetivos que persigue el sector público, esta se basa en conceptos, que describen como realizar las transacciones económicas y financieras para llevar un orden en la contabilidad de las instituciones del sector público.

En cuanto la estructura del presupuesto existe la clasificación institucional que sectoriza al Gobierno Central y todas las instituciones del sector público tanto en aspectos jurídicos, económicos y presupuestarios, tomando en cuenta la posición estratégica dentro del gobierno³⁷.

Esta clasificación refleja el sistema presupuestario, la contabilidad fiscal del sector público para efectos de control y patrimonio del estado. Está compuesta por ocho dígitos: sector, subsector, grupo, subgrupo e institución o entidad.

Seguido de la clasificación institucional esta la geográfica que identifica las ocho regiones de Guatemala, esta consta de cuatro dígitos, dos de departamento y dos de municipio.

La clasificación de la estructura del presupuesto es por finalidad, función y división, o simplemente clasificación funcional, cada una tiene un código de dos dígitos y al unirlos, describen el gasto en que se realizarán los recursos.

El tipo de gasto funcionamiento o por inversión al igual que la finalidad, función y división tiene dos dígitos, por tipo de gasto y por sub grupo de tipo de gasto.

La siguiente agrupación es de cuatro dígitos dos de la fuente agregada y dos de fuente de financiamiento, que identifica los orígenes que financian egresos y precisan la orientación específica de la fuente a efectos de controlar su aplicación.

³⁶Ministerio de Finanzas Públicas, Manual de Clasificación presupuestaria, 5ta Edición, Guatemala, 2013, pág. 7

³⁷ Ídem, pág. 21

“En la clasificación de los recursos por rubros se ordenan los que provienen de fuentes tradicionales, como los impuestos, las tasas, los derechos y transferencias; los que proceden del patrimonio público, como la venta de activos, de títulos y de acciones y de rentas de la propiedad; y, de los que provienen del financiamiento, como el crédito público y la disminución de activos.

El clasificador de los recursos por rubros permite el registro analítico de las transacciones de ingresos, por consiguiente, se constituye en el clasificador básico o primario del sistema de clasificaciones”³⁸. Consta de cinco dígitos dos de clase, uno de sección y dos dígitos de grupo.

La estructura también contiene la clasificación económica de los recursos, que pueden ser corrientes, de capital y fuentes financieras.

“Los ingresos corrientes incluyen: las entradas de dinero que no suponen contraprestación efectiva (EJ: Los impuestos y las transferencias recibidas); los recursos provenientes de venta de bienes, prestación de servicios, por cobro de tasas, derechos, contribuciones a la seguridad social y las rentas que provienen de la propiedad.

Los ingresos de capital se originan en la venta o desincorporación de activos, la variación positiva de la depreciación y amortización, las transferencias recibidas de otros agentes para fines de capital, la venta de participaciones accionarias en empresas y la recuperación de préstamos.

Las fuentes financieras son medios de financiamiento constituidos por la disminución de la inversión financiera, el endeudamiento público y el incremento del patrimonio”³⁹. Cuentan con un código de siete dígitos

La clasificación por objeto del gasto permite identificar con claridad y transparencia los servicios que se adquieren, su estructura contiene seis dígitos, uno de grupo, dos de subgrupo y tres de renglón.

³⁸Ministerio de Finanzas Públicas, Manual de Clasificación presupuestaria, 5ta Edición, Guatemala, 2013, Pág. 167

³⁹Idem, pág. 211

La clasificación económica del gasto: el Manual de Clasificación Presupuestaria la define así “Esta clasificación ordena los gastos según la naturaleza económica de las transacciones que realiza el sector público, con el propósito de evaluar el impacto y repercusiones que generan las acciones fiscales”⁴⁰, esta cuenta con un código de siete dígitos.

2.7.1.1 Organización Del Hospital

El Hospital utiliza la estructura del presupuesto que indica el Manual de Clasificaciones, que facilite obtener los códigos de programas y subprogramas, entre otros.

En el anexo 1 se muestra la estructura presupuestaria del Hospital de Chimaltenango donde se detalla los egresos por programa, subprograma, proyecto y actividad y estos a su vez sus códigos para formar una partida presupuestaria que es la que registrará el egreso en el Sistema de Contabilidad Integrada (SICOIN).

Cuando el Hospital necesita realizar un egreso se tiene que crear una partida presupuestaria y por el nivel de jerarquía que es la institución, le corresponde utilizar la siguiente estructura: Entidad, Unidad Ejecutora, Programa, Subprograma, Proyecto Actividad, Obra, Renglón, Ubicación Geográfica y Fuente de Financiamiento, todos estos campos tienen que ser ingresados al Sistema de Contabilidad Integrada (SICOIN), para cumplir con los requisitos legales.

2.7.1.2 Organización del Área de Salud

La organización del Área de Salud de Chimaltenango sigue los lineamientos del Manual, Empieza con la Entidad, luego Unidad Ejecutora, Programa,

⁴⁰Ministerio de Finanzas Públicas, Manual de Clasificación presupuestaria, 5ta Edición, Guatemala, 2013, pág. 291

Subprograma, Proyecto, Actividad, Obra, Renglón, Ubicación Geográfica y Fuente de financiamiento, los datos se ingresan al Sistema de Contabilidad Integrada (SICOIN), para cumplir con todos los requisitos legales y contables.

El Área de Salud cuenta con más programas y actividades dentro de su estructura presupuestaria, comparado con el hospital, (ver anexo 2).

2.7.2 Renglones presupuestarios

Los renglones presupuestarios permiten ordenar el tipo de gasto, recursos humanos, administración, servicios, medicamentos, equipo, propiedad e infraestructura.

Los renglones presupuestarios están clasificados en grandes categorías que permiten a las unidades financieras de cada institución ver el destino final de gasto, es decir, si se necesita invertir en recursos humanos existen renglones presupuestarios para personal permanente y personal temporal, por ejemplo el renglón 011 es el renglón con el que se paga a todos los funcionarios públicos a nivel nacional que están presupuestados, el renglón 031 pertenece a los trabajadores operativos, el renglón 029 son servicios profesionales o técnicos para pago de honorarios, los renglones que representan los egresos más fuertes en el presupuesto son los que están destinados a recursos humanos.

El renglón 111 cubre el pago de energía eléctrica, 165 es mantenimiento y reparación de medios de transporte, el renglón 266 para productos medicinales y farmacéuticos, que son los medicamentos necesarios para atender la demanda de servicios, de esta forma se puede identificar los egresos que tiene cada unidad ejecutora dentro del Ministerio.

Es decir, no puede realizarse un egreso en el presupuesto si antes no está clasificado en renglón presupuestario.

2.7.3 Personas contratadas y nombradas

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con recurso humano permanente y por contrato, los primeros pertenecen al renglón 011 y tiene todas las prestaciones de ley, mientras que los segundos son personal temporal y solo cuentan con los honorarios mensuales pactados en el contrato.

Al 31 de diciembre del año 2012 la cantidad de colaboradores del Ministerio fue de 43,008⁴¹, el renglón permanente tiene casi el 45% de los empleados del Ministerio que representa a 19,477, todos ellos con los beneficios de ley y los del Pacto Colectivo firmado entre los Sindicatos y el Ministerio de Salud, el otro 55% equivale a 23,531 contratistas, pertenecen al personal temporal de los diferentes renglones presupuestarios sin los derechos que gozan los trabajadores presupuestados.

Dentro de las categorías del recurso humano se encuentran: 4,833 médicos, 1,479 enfermeras, 12,736 auxiliares de enfermería, 20,072 administrativos y apoyo médico, 3,888 operativos, en todo el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

⁴¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Planificación de Recursos Humanos, base Inicial Sistema IHRIS Guatemala, 2013.

Cuadro 4					
Guatemala					
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social					
Recursos Humanos por Renglón Presupuestario					
Periodo 2008-2012					
Año	2008	2009	2010	2011	2012
Hospital de Chimaltenango					
Renglón 011	173	173	173	173	173
Renglón 021	27	27	27	27	27
Renglón 022	2	2	2	2	2
Renglón 029	0	6	8	19	3
Renglón 036	0	20	25	30	31
Renglón 182	0	69	125	113	141
Renglón 189	0	0	39	88	35
Total	202	297	399	452	412
Area de Salud de Chimaltenango					
Renglón 011	265	265	265	265	265
Renglón 029	0	21	21	7	10
Renglón 031	7	7	8	8	10
Renglón 036	0	75	75	90	112
Renglón 182	0	53	65	133	215
Renglón 189	0	12	39	59	58
Total	272	433	473	562	670

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemominas y Gestión de Contratos, Nomina de Planillas 207 y 237

Como puede observarse en cuadro anterior, para el año 2012 el departamento de Chimaltenango contaba con 1082 colaboradores en el Ministerio de Salud y Asistencia Social, 670 para la Dirección del Área de Salud (62%) y 412 en el Hospital de Chimaltenango (38%) de recurso humano, es decir el 2.5% del total de trabajadores del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Esto representa que del año 2008, en donde se contaba con 472 personas, se tiene un crecimiento anual constante, hasta llegar a cifra mencionada del año 2012, que es reflejo del crecimiento de la demanda de salud en ese departamento.

La evolución en el crecimiento del personal se ha basado en el incremento del personal contratado temporalmente, considerando que el renglón presupuestario 011 que es el personal permanente ha sido una constante porque no se han creado puestos nuevos para no incrementar el pasivo laboral.

2.7.4 Recursos para funcionamiento

Para el funcionamiento del Ministerio de salud es necesario contar con todas las herramientas y materiales necesarios en todas las instituciones, lo que permite que cada una de ellas busque cumplir con los objetivos planteados en los programas y planes de gobierno. A continuación, se detalla algunos de los aspectos más importantes para el funcionamiento de las instituciones.

2.7.4.1 Insumos

Los insumos que más se utilizan son alimentos para personas, útiles de limpieza, útiles de oficina, accesorios y materiales eléctricos, combustibles y lubricantes, insecticidas, fumigantes y similares, productos de laboratorio, entre otros, estos representan un porcentaje menor en los egresos del presupuesto, pero sin ellos sería difícil el funcionamiento de las distintas áreas tanto administrativas como médicas, porque juegan un papel importante para cumplir con los objetivos trazados por las instituciones a nivel local y representan el (10%) de egresos del total asignado al hospital en el año 2012, para la Dirección de Área de salud (5%), considerando que el hospital necesita de mayor mantenimiento tanto en infraestructura como en las condiciones de salubridad que se requieren para evitar brotes epidemiológicos.

2.7.4.2 Medicamentos

Existe el renglón presupuestario 266 dedicado especialmente para la compra de estos, después de los renglones de recursos humanos, este ocupa el segundo lugar en egresos para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, los medicamentos son básicos para restablecer la salud de la población o prevenirla en el mejor de los casos.

Para el 2012 los egresos en productos medicinales y farmacéuticos en el Hospital de Chimaltenango fue de 1.08 millones de quetzales, que representa (5.51%), para la Dirección del Área de Salud fueron 4.91 millones de quetzales, que representa el 16% del presupuesto, una diferencia considerable comparada con el hospital es aquí donde se ve la diferencia en la prioridad del gasto, para la atención directa de las personas.

2.7.4.3 Mantenimiento de Equipo

En mantenimiento y reparación de equipo los renglones presupuestarios están asignados en prioridad para el equipo médico, le sigue transporte, el equipo de oficina y por último equipos educacionales y recreativos, es importante indicar que a los distintos renglones que componen este campo, no se asigna mayor presupuesto, unidos los renglones le colocan el 0.88% destinados para el Hospital.

Para el Área de salud la prioridad cambia, primero es transporte, le sigue equipo de oficina y computo, equipo médico y por último equipo educacional y recreativo, pero sigue el mismo comportamiento que el hospital solo se le asigna el 0.43% del total de presupuesto.

2.7.4.4 Mantenimiento de infraestructura

La infraestructura en salud juega un papel importante porque sin ella es difícil coordinar las acciones para la recuperación de salud o prevención de enfermedades, sin embargo, esta es limitada y para contar con una infraestructura ideal, primero se necesita realizar gasto de inversión, en los temas anteriores se indicó lo que se asigna a presupuesto en el tema de inversión.

En lo que respecta al mantenimiento de la infraestructura para el hospital le corresponde el 3.3% y para el Área de Salud 4.93% del presupuesto asignado para año 2012. Hay que considerar que el Área de Salud cuenta con mayor

infraestructura que el hospital porque tiene mayor número de establecimientos de salud (primer y segundo nivel de atención) en todo el departamento.

CAPÍTULO III

SALUD CURATIVA

“Se refiere al conjunto de acciones médicas dirigidas específicamente a la curación de la enfermedad”⁴².

Por la limitada cobertura de los servicios de salud en Guatemala, la salud curativa se ha posicionado como la más utilizada, considerando el crecimiento poblacional 2.67%⁴³.

Este capítulo describe el sistema de salud curativa que es el que tiene prioridad en la gestión de salud guatemalteca, los 45 hospitales son los encargados del sistema curativo, todos tienen la unidad de consulta externa, esto quiere decir que atienden a la población por enfermedades que fácilmente pueden ser tratadas en el los servicios del primer o segundo nivel de atención.

“El tercer nivel de atención lo conforman 45 hospitales, distribuidos de la siguiente manera: 13 hospitales distritales, 10 hospitales departamentales, 13 hospitales regionales y 9 hospitales de referencia nacional o de especialidades; en hospitales suman 7,718 camas.”⁴⁴

La demanda existente de los servicios de salud hace que cada vez más los hospitales estén saturados de pacientes, la población tiene que realizar colas para solicitar un espacio y pedir el servicio de cirugía, exámenes de laboratorio, radiografías, o para ser atendida por especialistas.

Al considerar prioridad la salud curativa el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene actualmente 45 hospitales y solo 29 áreas de salud.

⁴² Piedrola Gil, Gonzalo; medicina Preventiva y Salud Pública, 10ma. Edición, pág. 12 Editorial Masson, S.A. España, 2002

⁴³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Diagnóstico de Salud Marzo-2012, Guatemala, 2013, Pág.

42

⁴⁴ Ídem, Pág. 12

3.1 Servicios de salud curativa en Chimaltenango

El sistema de salud curativa funciona en Chimaltenango directamente como actividad principal del Hospital Nacional de Chimaltenango.

El Hospital Nacional está ubicado en la cabecera departamental, si una persona tiene residencia en el departamento y necesita de servicios hospitalarios gratuitos esta debe dirigirse a dicho hospital. “Cuenta con especialidades médicas básicas: medicina interna, pediatría, cirugía, gineco obstetricia, anestesia. Además, traumatología y ortopedia, patología y radiología. Realiza las acciones de promoción y prevención de la salud, brinda asesoría técnica a los establecimientos de menor categoría ubicados en su área de influencia”⁴⁵

3.2 Estructura del presupuesto del Hospital de Chimaltenango

El presupuesto de cada institución pública de Guatemala se basa por el tipo de gasto, por programa, actividad o proyecto a ejecutar, para eso es necesario realizar una estructura del mismo y el Hospital de Chimaltenango no es la excepción, tiene una estructura de presupuesto donde el tipo de gasto principal es la recuperación y rehabilitación, en segundo lugar están los gastos por administración institucional, también el servicio de formación del recurso humano es un gasto importante, el gasto con menor asignación es el fomento de la salud y medicina preventiva, cada uno de estos programas incluyen sub programas, como pago de medicinas, mantenimiento de equipo, transacciones de personal, entre otras. La estructura presupuestaria por programas para el año 2012 de forma resumida, se muestra en el cuadro siguiente:

⁴⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Portar de la Institución, Red de Servicios, Tercer Nivel, Guatemala, <http://www.mspas.gob.gt/index.php/en/tercer-nivel-de-atencion.html>

<p style="text-align: center;">Cuadro 5 Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Hospital de Chimaltenango Estructura del Presupuesto por tipo de Gasto Año 2012 Quetzales Corrientes</p>					
Codigo	Tipo de Gasto	Asignado	Porcentaje	Vigente	Porcentaje
1	Administración institucional	4,991,404.00	25	5,776,812.00	17
2	Infraestructura en salud	150,000.00	1	186,704.00	1
11	Servicio de formación del recurso humano	3,254,855.00	17	2,281,093.00	6
12	Fomento de la salud y medicina preventiva	0.00	0	339,901.00	1
13	Recuperación y rehabilitación de la salud	11,331,354.00	57	25,626,088.00	75
	Total	19,727,613.00	100	34,210,598.00	100

FUENTE: Elaboración propia, con datos del Sistema de Contabilidad Integrada -SICOIN-.

El cuadro anterior muestra que existe presupuesto asignado de Q19.727.6 millones para el año 2012, sin embargo durante la ejecución del presupuesto surgen externalidades que incrementaron el mismo, en este caso se aumentó la cantidad de presupuesto para cubrir la demanda de servicios de salud, este incremento cambia el nombre del presupuesto y pasa a ser presupuesto vigente, que es el término que usa la Dirección Técnica del Presupuesto para diferenciar el primer presupuesto con el segundo, y en este caso se incrementó a Q.34,210.6 millones como presupuesto vigente, que significa un monto adicional de Q.14,483 millones para ese año.

El gasto en recuperación y rehabilitación de la salud tiene la mayor parte del presupuesto para el Hospital, su primera asignación fue de 57% y se incrementó 18% más, es aquí donde el mismo presupuesto da la pauta que la demanda de servicios de salud es más alta de la planificada en el presupuesto general de ingresos y egresos de la nación, el gasto de servicios de formación del recurso humano disminuyó considerablemente en 10%, el mismo se refiere al pago de honorarios de los médicos generales que están estudiando una especialidad y perciben ingresos por becas de estudio. Por último, el fomento de la salud y medicina preventiva de no tener presupuesto asignado pasó a registrar el 1% del presupuesto vigente, este gasto es el reflejo de vacunas, vitaminas, entre otros.

3.2.1 Rubros

Los rubros del presupuesto del Hospital permiten la distribución del presupuesto en forma ordenada como se puede apreciar en el cuadro No. 5 a continuación se presenta la descripción de los mismos:

Los gastos por administración institucional son aquellos destinados a compra de bienes y servicios como agua, luz, teléfono, material de oficina, entre otros, pero también hay una parte para pago de honorarios por servicios profesionales o técnicos.

Infraestructura en salud, se refiere a los egresos que se han realizado por mantenimiento de edificios e infraestructura, remozamiento o construcción de edificios.

Los servicios de formación de recurso humano son gastos por cursos de especialización de los médicos generales, estos trabajan prestando servicio general, pero al mismo tiempo el Hospital les brinda una beca de estudio para su especialización según el campo que desee el médico.

La recuperación y rehabilitación de la salud es el rubro más importante del Hospital, incluye gastos por medicinas, material de cirugía, equipo médico, recursos humanos, servicios de apoyo como rayos X, laboratorios, alimentación, lavandería entre otros.

3.2.2 Montos del presupuesto y análisis

La distribución del presupuesto asignado al Hospital de Chimaltenango en el año 2012 (ver cuadro 5), muestra una diferencia considerable entre el presupuesto asignado y el presupuesto vigente, se planifica cada año para atender la demanda de salud, si la demanda excede a la planificación es necesario solicitar un incremento de asignación que al realizarse se vuelve en presupuesto vigente, siendo para el año 2012 un 73% más de lo que se había presupuestado.

En lo que respecta a la distribución del presupuesto asignado por el tipo de gasto la recuperación y rehabilitación de la salud es el más alto con 57.4%, le siguen los gastos de administración con un 25.3%, servicios de formación de recurso humano con 16.5% y por último infraestructura en salud con 0.8%.

En el presupuesto vigente existe mayor variación en la recuperación de la salud con 74.9%, los gastos de administración institucional con 16.9%, servicios de formación de recurso humano 6.7%, fomento de la salud y medicina preventiva 1.0%, e infraestructura en salud 0.05%.

Se cita el ejemplo el año 2012 considerando que por varios años la tendencia en la distribución del presupuesto para cubrir los gastos ha sido esta, dando lugar al descuido constante de las instalaciones hospitalarias, que a largo plazo exigirá gastos más elevados y por ende un descuido en otro rubro, donde se verá afectada la oferta de servicio de salud curativa.

Al revisar el presupuesto asignado al Hospital de Chimaltenango en el periodo de estudio, comparado con el presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se puede corroborar que el crecimiento ha sido mayor en los años 2009 y 2011, no así con los años 2010 y 2012, como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

Cuadro 6 Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Hospital de Chimaltenango Presupuesto Asignado y Presupuesto Vigente Periodo 2008 - 2012 Quetzales Corrientes				
AÑO	Presupuesto Total del Ministerio de Salud	Porcentaje de Crecimiento	Presupuesto Vigente Hospital de Chimaltenango	Porcentaje de Crecimiento
2008	3,000,031,879.00	0	Q19,580,670.00	0
2009	3,737,700,344.00	20	Q23,387,088.23	16
2010	3,737,700,344.00	0	Q24,602,965.28	5
2011	3,929,634,505.00	5	Q31,656,882.72	22
2012	4,434,953,997.00	11	Q34,210,598.00	7

FUENTE: Elaboración propia, con datos del Sistema de Contabilidad Integrada -SICOIN-.

El presupuesto total del Ministerio de Salud creció 36% durante el periodo seleccionado, mientras que el presupuesto del Hospital de Chimaltenango evoluciono favorablemente al tener un crecimiento del 50% es decir 14% más siendo el año con mayor crecimiento el 2011 para el hospital, ese mismo año el presupuesto total del Ministerio solo creció un 5%, lo que da la pauta que el crecimiento no es proporcional al presupuesto asignado a la institución.

Los incrementos que obtuvo el Hospital de Chimaltenango cuando el presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no creció, se deben básicamente al traslado de recursos de otros Hospitales que no ejecutaron al 100% su presupuesto del año anterior, fueron trasladados al Hospital de Chimaltenango.

3.2.3 Costo del sostenimiento de la salud curativa

Es necesario hacer la comparación del presupuesto vigente con la cantidad de pacientes atendidos en un periodo fiscal, lo que permite obtener el promedio del costo de la salud curativa por paciente y por enfermedad, como se presenta en el cuadro siguiente:

Cuadro 7 Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Hospital de Chimaltenango Costo promedio de atención al paciente Periodo 2008 - 2012 Quetzales Corrientes			
Año	Presupuesto Vigente	Número de Pacientes	Costo por paciente
2008	19,580,670.00	82,404	237.62
2009	23,387,088.23	90,534	258.32
2010	24,602,965.28	102,685	239.60
2011	31,656,882.72	107,554	294.33
2012	34,210,598.00	113,494	301.43
TOTAL	133,438,204.23	496,671	268.67

FUENTE: Elaboración propia con datos estadísticos del Hospital de Chimaltenango y del Sistema de Contabilidad Integrada -SICOIN-

Lo que muestra el cuadro anterior es que el presupuesto vigente se incrementa cada año, pero de la misma manera el número de pacientes atendidos, al año anterior, lo que da la pauta que cada año es más elevado el costo de la salud curativa. Con excepción del año 2010 que observó una reducción de costo.

3.3 Comportamiento de la ejecución presupuestaria

Dentro de la asignación de presupuesto para el Hospital de Chimaltenango, es necesario conocer el comportamiento en el periodo de estudio. La asignación de presupuesto vigente para el hospital ha incrementado en 61% desde el 2008 al 2012, como puede observarse en el cuadro siguiente:

Cuadro 8 Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Hospital de Chimaltenango Comportamiento del Presupuesto Vigente Periodo 2008 - 2012 Quetzales Corrientes		
Año	Monto	Crecimiento
2008	19,580,670.00	0.0%
2009	23,387,088.23	19.4%
2010	24,602,965.28	5.2%
2011	31,656,882.72	28.7%
2012	34,210,598.00	8.1%

FUENTE: Elaboración propia, con datos del Sistema de Contabilidad Integrada -SICOIN-.

El crecimiento observado en los montos presupuestarios del Hospital de Chimaltenango, se mantienen cada año, durante el periodo 2008 a 2012, lo que ha variado es el porcentaje de crecimiento de un año con otro, en donde sobresalen los años 2009 y 2011, básicamente por los reducidos montos de los años anteriores de cada uno de ellos.

3.4 Pacientes atendidos

El hospital de Chimaltenango registra tres tipos de servicios; emergencia, consulta externa y encamamiento, el comportamiento de la demanda de los servicios hospitalarios durante el periodo de estudio se aprecia en el cuadro siguiente:

Cuadro 9						
Guatemala						
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social						
Hospital de Chimaltenango						
Pacientes por tipo de servicio						
Periodo 2008 - 2012						
Año	2008	2009	2010	2011	2012	Pacientes Atendidos
EMERGENCIAS	40,528	46,006	47,509	51,994	52,407	238,444
CONSULTA EXTERNA	32,024	32,787	43,812	44,229	48,592	201,444
ENCAMAMIENTO	9,852	11,741	11,364	11,331	12,495	56,783
TOTAL	82,404	90,534	102,685	107,554	113,494	496,671

FUENTE: Elaboración propia con datos estadísticos del Hospital de Chimaltenango

En el cuadro anterior se puede apreciar el incremento de pacientes por año, el servicio de emergencia es casi la mitad de los servicios proporcionados en el Hospital con 48.2%, durante todo el periodo se mantiene la misma tendencia, el servicio consulta externa representa el 40.5% del total de servicios, mismos que pueden ser atendidos en los servicios del primer y segundo nivel de atención, en tercer plano los servicios de encamamiento con 11.3%.

CAPÍTULO IV

SALUD PREVENTIVA

El sistema de salud preventiva es el que se trabaja bajo la administración de la Dirección de Área de Salud, en los servicios del primer y segundo nivel de atención, el papel que desarrollan en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es de suma importancia porque ayudan a disminuir la demanda de servicios hospitalarios, previenen las enfermedades en la población manteniendo sistemas de vigilancia epidemiológica, programas de transmisión de vectores, vacunación, alimentación, planificación familiar, entre otros.

La salud preventiva enfrenta grandes retos para evitar las enfermedades, muchas veces con pocos recursos económicos, humanos y de infraestructura, para actuar de forma proactiva ante posibles brotes epidemiológicos.

Considerando la demanda de servicios de salud por la población, muchos casos no son de salud preventiva sino curativa, porque las personas no asisten por vacunas, monitoreo de crecimiento o por planificación familiar, porque ya están enfermas, en estos casos los servicios del primer y segundo nivel de atención cambian su sistema preventivo a curativo, porque cura a la persona y parte preventivo porque de alguna forma evitan que el resto de la población sea contagiado ya sea por una enfermedad respiratoria o gastrointestinal, entre otras enfermedades.

También conocida como la promoción de la salud o medicina preventiva, pero se puede definir como “conjunto de acciones y consejos médicos dirigidos específicamente a la prevención de la enfermedad”⁴⁶. También la OPS define la promoción de la salud como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud”⁴⁷. En otros términos la medicina preventiva busca

⁴⁶Piedrola Gil, Gonzalo; medicina Preventiva y Salud Pública, 10ma. Edición, pág. 12 Editorial Masson, S.A. España 2002

⁴⁷Organización Panamericana de la Salud, Guía para Documentar Iniciativas de Promoción de la Salud, Pág. 3

mantener la salud de las personas, por ejemplo, por medio de hábitos higiénicos, evitando una posible enfermedad.

“Es participativa: La promoción de la salud implica la colaboración de todos los interesados directos de la comunidad en la selección, la planificación, la ejecución, la evaluación y el mantenimiento de las intervenciones, las políticas y las condiciones que fomentan la salud.

Es intersectorial: La promoción de la salud hace participar a todos los sectores o partes de la comunidad ciudadanos individuales, empresas, instituciones gubernamentales, comunidades de fe y organizaciones no gubernamentales como las que prestan servicios sociales y de salud, organizaciones sociales y culturales, etc.— en la realización de cambios que fomenten la salud en sus programas, políticas y prácticas”⁴⁸.

4.1 Servicios de salud preventiva en Chimaltenango

El Área de Salud de Chimaltenango es la encargada de la salud preventiva, cubre todo el departamento y se divide en (1) Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI), (1) Centro de Atención Permanente (CAP), (1) Centro de Urgencias Médicas (CUM), (10) Centros de Salud y (45) Puestos de Salud, ubicados estratégicamente para cubrir la mayor parte de población brindando primer y segundo nivel de atención en salud.

4.1.1 Primer nivel de atención en salud

“Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud, a través de los establecimientos y acciones comunitarias de servicios básicos. Realiza acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se

⁴⁸idem, Pág. 3

interrelacionan entre sí para resolver problemas de salud de las personas y del ambiente. Los servicios de este nivel están dirigidos a toda la población con especial énfasis en los grupos postergados y pueden ser prestados en establecimientos públicos de salud, en ambientes seleccionados por la propia comunidad y en la vivienda de la familia que están en el área de influencia. Los establecimientos de este nivel de atención son:

El Centro Comunitario de Salud

Son establecimientos de menor complejidad de la red de servicios, que tiene bajo su área de responsabilidad programática una población menor de mil quinientos habitantes. El Centro Comunitario de Salud se ubica en las aldeas, cantones, caseríos y barrios, es un lugar en que se almacenan medicamentos, se utiliza para reuniones, acciones de prevención o atención eventualmente por equipos básicos de salud.

El puesto de Salud

Es el establecimiento de servicio de salud de Primer Nivel de Atención ubicados en aldeas, cantones, caseríos y barrios de los municipios. Cubre 2 mil habitantes como promedio y sirve de enlace entre la red institucional de salud pública y el nivel comunitario. Brinda un conjunto de servicios básicos de salud definidos según las normas del Ministerio de Salud y el recurso humano básico es el auxiliar de enfermería.

Puesto de Salud Fortalecido

Está ubicado en aldeas, cantones, caseríos, barrios o en algunas cabeceras municipales. Cubre una población promedio de 5 mil habitantes. Sirve de enlace entre la institucional y la Comunidad. Brinda un conjunto de servicios básicos de salud según normas, con horario de 8 horas, de lunes a viernes. Presta servicios de promoción, prevención y curación de enfermedades no complicadas. Se

articula con servicios de salud más complejos como los Centros de Salud a través del sistema de referencia y respuesta.”⁴⁹

4.1.2 Segundo nivel de atención en salud

“Desarrolla un conjunto de servicios ampliados de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas de los establecimientos del Primer Nivel de Atención o aquellas que por demanda espontánea y urgencias acudan a los establecimientos de este nivel.”⁵⁰ Este nivel de atención en salud está conformado por:

Centro de salud

Es el establecimiento de los servicios públicos de salud del Segundo Nivel de Atención ubicado en el ámbito municipal, brinda a la población servicios de salud ampliados.

Centro de Salud Tipo A

Cuentan con servicios de internamiento de treinta a cincuenta camas, están situados en áreas de difícil acceso y en centros urbanos de alta concentración poblacional. Tienen un área de influencia en 10 mil y 20 mil habitantes. Brindan atención de urgencias médicas y pediátricas.

Centros de Salud Tipo B

Brindan servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a las personas y acciones al ambiente. Tiene un área de influencia comprendida entre cinco y diez mil habitantes.

⁴⁹Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Red de Servicios, Primer Nivel, Guatemala, <http://www.mspas.gob.gt/index.php/en/primer-nivel-de-atencion.html>

⁵⁰Idem.

Centro de Atención Médica Permanente (CAP)

Cuentan con servicios de atención médica permanente, con resolución de parto no complicado, estabilización y referencia de urgencias. Cuentan con encamamiento y salas de atención de parto. Desarrolla actividades de atención ambulatoria extramuros, fundamentalmente en los hogares maternos.

Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios (CENAPA)

Están ubicados en cabeceras municipales, cubre una población promedio de 10 mil habitantes. Las acciones que brinda son de promoción, prevención, curación y recuperación, dirigidas a las personas y al ambiente, con énfasis en programas prioritarios. No cuenta con encamamiento y en caso de desastres o emergencias prestarán atención permanente.

Centro de Atención Integral Materno-Infantil (CAIMI)

Están ubicados en cabeceras municipales con énfasis en la salud materno infantil, por su accesibilidad permite ser centro de referencia para otros servicios del primer y segundo nivel de atención, cuenta con encamamiento, sala de urgencias, sala de partos y quirófano, para la resolución de urgencias obstétricas (cesáreas). El centro de salud es el establecimiento de los servicios públicos de salud del Segundo Nivel de Atención ubicado en el ámbito municipal y generalmente en las cabeceras municipales y centros poblados de 5,000 a 20,000 habitantes. Brinda a la población de su área de influencia, los servicios ampliados de salud definidos según normas, y coordina y articula la prestación de servicios de salud de los establecimientos de menor categoría ubicados en su área de influencia.

4.2 Estructura del Presupuesto del Área de Salud de Chimaltenango

La estructura del presupuesto del Área de Salud, de forma resumida se muestra en el cuadro siguiente:

<p align="center">Cuadro 10 Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Área de Salud de Chimaltenango Estructura del Presupuesto por tipo de Gasto Año 2012 Quetzales Corrientes</p>					
Codigo	Tipo de Gasto	Asignado	Porcentaje	Vigente	Porcentaje
1	ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL	4,398,772.00	14	5,992,294.00	12
2	INFRAESTRUCTURA EN SALUD	1,000,000.00	3	0.00	0
12	FOMENTO DE LA SALUD Y MEDICINA PREVENTIVA	17,748,629.00	58	34,573,752.74	66
13	RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD	6,786,151.00	22	9,263,820.00	18
14	VIGILANCIA DEL SISTEMA DE SALUD	870,619.00	3	2,249,570.00	4
	TOTAL	30,804,171.00	100	52,079,436.74	100

FUENTE: Elaboración propia, con datos del Sistema de Contabilidad Integrada -SICOIN-.

El cuadro anterior muestra el presupuesto asignado, clasificado por tipo de gasto y el incremento recibido durante el periodo fiscal, que se identifica como presupuesto vigente, debido a la demanda constante de los servicios y la necesidad de extender la cobertura en salud, este incremento hace que el presupuesto asignado se vuelva presupuesto vigente, similar a lo que ocurrió en el hospital en el mismo año, este movimiento de montos se genera año con año porque no existen planes claros, lo que provoca incrementar el presupuesto sin contemplar un estudio de demanda.

La estructura del presupuesto para todo el periodo de estudio puede observarse en el anexo 2, donde se agrupan los tipos de gastos, así como la tendencia de incremento cada año, siendo el año 2012 el que obtuvo mayor incremento del periodo de estudio, el cual paso de 30.8 a 52.0 millones de quetzales, durante el periodo el grupo de gasto más relevante es el de servicios personales, es decir el pago de sueldos y salarios, honorarios y jornales del personal, es el grupo de gasto representa el 74.34% del total del presupuesto para ese año.

4.2.1 Rubros

Los rubros del presupuesto del Área de Salud permiten la distribución del presupuesto en forma ordenada como se puede apreciar en el cuadro No. 10, a continuación se presenta la descripción de los mismos:

Los gastos por administración institucional son aquellos que son destinados a compra de bienes y servicios como agua, luz, teléfono, material de oficina, entre otros, pero también hay una parte para pago de honorarios por servicios profesionales o técnicos.

Infraestructura en salud, se refiere a los egresos que se han realizado por mantenimiento de edificios e infraestructura, remozamiento o construcción de edificios.

Fomento de la salud y medicina preventiva son los egresos por vacunas, promoción de la salud en diferentes etapas de la vida, extensión de cobertura, prevención de enfermedades transmitidas por vectores, promoción de lactancia materna, desparasitación entre otros. Siendo este el más importante en el área de salud y al que si se le asigna más recursos podría generar una diferencia significativa en la salud de la población y en el mismo presupuesto de salud para el departamento de Chimaltenango.

En el siguiente cuadro se detalla los nombres de las vacunas que provee el Área de Salud para la población de Chimaltenango de acuerdo al esquema de vacunación vigente.

Cuadro 11 Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Área de Salud de Chimaltenango Costo promedio de atención al paciente Quetzales Corrientes																						
niños menores de un año	Vacuna	niños menores uno a dos años	Vacuna	niños de cuatro años	Vacuna	niños mayores de 1 año y menores de 6 años	Vacuna	Mujeres de 15 a 49 años	Vacuna	Otros	Vacuna											
BCG	1a.	DPT	R1	DPT	R2	DPT	R1	Td	1a.	Rotavirus 3 Dosis	1a.											
Hepatitis B	1a.	Influenza estacional	1a.	OPV	R2	R2	2a.		2a.													
Influenza estacional	1a.	Neumococo	2a.		Influenza estacional	1a.	3a.		3a.													
Neumococo	2a.	OPV	R1		OPV	2a.	1a.	R1	Td	1a.												
	1a.	SPR	1a.			3a.		2a.		2a.												
OPV	2a.					R2	1a.	R2														
	3a.					Pentavalente		2a.														
	1a.					3a.		3a.														
Pentavalente	2a.					SPR	1a.															
	3a.						2a.															
	1a.						3a.															
Rotavirus 2 Dosis	2a.																					
	1a.																					
Rotavirus 3 Dosis	2a.																					
	1a.																					
	3a.																					

FUENTE: Elaboración propia con datos de Sistema de Información Gerencial de Salud -SIGSA-.

La recuperación y rehabilitación de la salud es importante y el rubro incluye gasto por medicinas, consulta externa, tratamientos para enfermedades transmisibles y no transmisibles.

La vigilancia del sistema de salud es uno de los programas más importantes del Área de Salud, porque es donde se destinan los recursos para prevenir los brotes epidemiológicos como lo son las enfermedades transmitidas por zancudos y el agua que se utiliza.

4.2.2 Monto del presupuesto

El presupuesto asignado al Área de Salud de Chimaltenango el año 2012, (ver cuadro 10), muestra en la distribución diferencia considerable entre el presupuesto asignado y el presupuesto vigente, diferente a la planificación destinada para atender la demanda de salud, pero al no poder satisfacer los servicios de la demanda insatisfecha es necesario un incremento, que al consumarse se vuelve presupuesto vigente, siendo para el año 2012 un 69% más de lo que se había planificado.

La estructura presupuestaria del área de salud tiene como principal fuente de gasto el fomento a la salud preventiva (57%), sin embargo existe un rubro importante que es la recuperación y rehabilitación de salud (21%), esto debido a que en los centros y puestos de salud la población no llega solo por prevenir enfermedades sino para curarse, pero no necesitan hospitalización, le sigue el rubro de administración institucional donde se encuentra gastos administrativos, recursos humanos y recursos materiales que sin ellos sería imposible brindar los servicios de salud.

La asignación del presupuesto vigente aumenta considerablemente el gasto en el fomento de la salud y medicina preventiva con 66.5% incremento de 9% del monto asignado en el presupuesto del año 2012, el siguiente gasto es la recuperación y

rehabilitación de la salud 17.7%, administración institucional 11.5% y por último vigilancia del sistema de salud con 4.3%.

4.2.3 Costo de sostenimiento de la Salud preventiva

Es necesario hacer la comparación del presupuesto vigente con la cantidad de pacientes atendidos en un periodo fiscal, lo que permite obtener el promedio del costo de la salud preventiva por paciente, y el cual de los periodos fiscales fue el más productivo en relación al presupuesto vigente.

Cuadro 12 Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Área de Salud de Chimaltenango Costo promedio de atención al paciente Presupuesto Vigente Periodo 2008 - 2012 Quetzales Corrientes			
Año	Presupuesto	Número de Pacientes	Costo Paciente
2008	29,907,969.16	214,035	139.73
2009	32,744,418.04	252,183	129.84
2010	38,425,143.00	246,066	156.16
2011	43,970,842.14	246,752	178.20
2012	52,079,436.74	138,127	377.04
TOTAL	197,127,809.08	1,097,163	179.67

FUENTE: Elaboración propia con datos de Sistema de Información Gerencial de Salud -SIGSA- y Sistema de Contabilidad Integrada -SICOIN-.

Las variaciones observadas en el cuadro anterior muestran el incremento del presupuesto y el número de pacientes cada año, adicional el costo promedio de atender a cada paciente por año, en donde resalta el año 2009, que fue el promedio con menor costo del periodo de estudio, es el único año que reporto un descenso en el costo promedio anual por paciente, 28% menos que el promedio del periodo de estudio, es decir, el mejor promedio si de economizar se trata, en lo que respecta a los otros años del estudio, la tendencia del costo promedio por

paciente por año es al crecimiento, siendo el año 2012 el que reporto el costo más alto con 109% más que el año anterior.

4.3 Comportamiento histórico de la ejecución presupuestaria

Dentro de la asignación de presupuesto para el Área de Salud de Chimaltenango, es necesario ver el comportamiento en el periodo de estudio. La asignación de presupuesto vigente para el Área de Salud ha incrementado en 60% desde el 2008 al 2012, como puede observarse en el cuadro siguiente:

Cuadro 13 Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Área de Salud de Chimaltenango Comportamiento del Presupuesto Vigente Periodo 2008 - 2012 Quetzales Corrientes		
Año	Monto	Crecimiento
2008	29,907,969.16	0%
2009	32,744,418.04	9%
2010	38,425,143.00	17%
2011	43,970,842.14	14%
2012	52,079,436.74	18%

FUENTE: Elaboración propia, con datos del Sistema de Contabilidad Integrada -SICOIN-.

La tendencia del presupuesto del Área de Salud de Chimaltenango ha marcado crecimiento durante el quinquenio de estudio, en el cuadro anterior se puede apreciar que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social si contempla dirigir los recursos financieros al sistema de atención preventiva, pero de forma moderada si lo comparamos con el sistema de salud curativa (ver cuadro 8), donde el porcentaje de incremento por año es mayor.

4.4 Ahorro de implementar la Salud Preventiva

El costo de salud curativa versus el costo de la salud preventiva se presenta en el cuadro siguiente:

Cuadro 14			
Guatemala			
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social			
Costo de Salud Curativa Vrs Costo de Salud Preventiva			
Periodo 2008 - 2012			
Quetzales Corrientes			
Año	Paciente Hospital	Paciente Área de Salud	Diferencia
2008	237.62	139.73	97.88
2009	258.32	129.84	128.48
2010	239.60	156.16	83.44
2011	294.33	178.20	116.14
2012	301.43	377.04	-75.61
TOTAL	268.67	179.67	88.99

FUENTE: Elaboración propia con datos de Sistema de Información Gerencial de Salud -SIGSA-.

En el cuadro anterior se puede apreciar la diferencia que se genera entre la salud curativa versus la salud preventiva, donde el año con mayor diferencia fue el 2009, es decir que por cada paciente atendido en el hospital se puede atender dos pacientes en el área de salud con la misma cantidad de presupuesto, el segundo año con mayor diferencia de presupuesto es el 2011 con Q.116.14 misma cantidad que puede ser utilizada y representa el 60% para atender a otro paciente en el sistema de salud curativa ese mismo año, el cuadro refleja el ahorro que puede existir y reutilizar extendiendo la cobertura en salud preventiva en el Departamento de Chimaltenango, con excepción del año 2012 por alguna circunstancia no se registraron todos los pacientes atendidos por los servicios del primer y segundo nivel atención, correspondiente al Área de Salud.

En ese sentido es necesario mencionar el sub registro que existen en Guatemala, esta acción se da cuando los recién nacidos no son inscritos en el Registro Nacional de las Personas RENAP, es decir no han adquirido formalmente su

personalidad jurídica⁵¹. A tal punto ha llegado el sub registro que el RENAP ha creado una dirección para erradicar el problema en el país⁵².

Si esta acción que es la más importante de un ser humano para adquirir derechos y obligaciones, no se registra en Guatemala, cuanto más un servicio de salud, esta puede ser una de las causas porque no se realizaron todos los registros de los servicios de salud prestados en el área de salud del año 2012. Según el RENAP el departamento de Chimaltenango tiene un sub registro de personas del 10%.⁵³

4.5 Servicios otorgados a la población

El Área de salud de Chimaltenango es una red de centros de salud y puestos de salud, ambos con distintas categorías, que prestan servicios de salud de primer y segundo nivel, de prevención de enfermedades endémicas, epidemiológicas, respiratorias, gastrointestinales, vacunas, planificación familiar, nutrición, control de brotes epidemiológicos, tarjetas de salud para manipulación de alimentos, entre otros.

4.6 Pacientes atendidos (promedio anual)

En lo que respecta a pacientes atendidos durante el periodo de estudio el Área de Salud destaca tanto en números como en la cobertura de los servicios, comparado con el Hospital, los datos en cantidad de servicios casi se triplican, se puede apreciar la cantidad de servicios prestados por el Área de Salud en el cuadro siguiente:

⁵¹Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Tesis Análisis de Jurídico del Subregistro, como Violación al Derecho de Identidad, Introducción; Maas Jacomé, Allan Josué, Guatemala, 2012.

⁵²Registro Nacional de las Personas –RENAP-, Dirección para la Erradicación del Subregistro en Guatemala, Plan para Erradicar el Subregistro, Guatemala, Pág. 4.

⁵³Ídem, pág. 10.

Cuadro 15 Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Área de Salud de Chimaltenango Pacientes atendidos Periodo 2008 - 2012		
Año	Número de Pacientes	Variación de Pacientes Atendidos
2008	214,035	0%
2009	252,183	18%
2010	246,066	-2%
2011	246,752	0%
2012	138,127	-44%

FUENTE: Elaboración propia con datos de Sistema de Información Gerencial de Salud -SIGSA-.

Durante el año 2009 después de iniciar incentivos económicos a través de programas sociales, dirigidos por el gobierno de turno, se logra la cobertura más grande en servicios de salud preventiva durante este quinquenio, el programa social de incentivos económicos tiene como condición que el beneficiado debe asistir por lo menos una vez al mes al servicios de salud, para control de crecimiento de los niños menores de 6 años, y para las mujeres que estaban en periodo de gestación y/o lactancia, el incentivo económico, ayudó a que las estadísticas de salud se incrementaran.

Según el Sistema de Información Gerencial en Salud SIGSA, en el año 2007 como ejemplo, el área de salud registró 216,588 casos de morbilidad, 2,553 casos más que el año siguiente. Se tiene que considerar que cada vez que hay cambio de gobierno, los datos estadísticos en salud se reducen en gran manera el primer año del nuevo gobierno y en los siguientes tres años la tendencia es de incrementar los servicios, por ejemplo el año 2012 por ser primer año de un nuevo gobierno, los servicios mermaron en 45% comparado al año anterior, que representa 108,625 casos menos registrados de morbilidad, por alguna razón no se ingresaron todos los datos al departamento de estadística del área de salud, el año 2009 fue el de mayor demanda de servicios de salud superando en un punto

porcentual a los años 2010 y 2011, ambos años mantuvieron la demanda de servicios al mismo nivel.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con la información presupuestaria y de gasto ejecutado en cada uno de los sistemas de salud, se procede al análisis de ambos, considerando la asignación presupuestaria de cada uno de ellos, los servicios prestados en ambas unidades ejecutoras y los datos estadísticos que permiten indicar en donde es más eficiente la utilización de los recursos.

Hay que tomar en cuenta que tanto el Hospital como el Área de Salud trabajan en conjunto para proveer los servicios de salud a la población de Chimaltenango y promover el desarrollo socioeconómico del departamento a través de la salud, para mantener la producción de los distintos sectores económicos.

5.1 Costo de la medicina curativa versus medicina preventiva.

La asignación de presupuesto vigente para el Hospital y el Área de Salud de Chimaltenango muestra crecimiento de 61.4% y 59.7%, para el período 2008 al 2012, como se presenta en el cuadro siguiente:

Cuadro 16						
Guatemala						
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social						
Hospital y Área de Salud de Chimaltenango						
Comparación de Presupuesto Vigente						
Periodo 2008 - 2012						
Quetzales Corrientes						
Año	Hospital de Chimaltenango	Crecimiento	Área de Salud de Chimaltenango	Crecimiento	Diferencia	Diferencia en porcentaje
2008	19,580,670.00	0.0%	29,907,969.16	0.0%	10,327,299.16	0.0%
2009	23,387,088.23	19.4%	32,744,418.04	9.5%	9,357,329.81	10.0%
2010	24,602,965.28	5.2%	38,425,143.00	17.3%	13,822,177.72	-12.1%
2011	31,656,882.72	28.7%	43,970,842.14	14.4%	12,313,959.42	14.2%
2012	34,210,598.00	8.1%	52,079,436.74	18.4%	17,868,838.74	-10.4%
	TOTAL	61.4%		59.7%		

FUENTE: Elaboración propia con datos del Sistema de Contabilidad Integrada -SICOIN-

Como puede observarse en el cuadro anterior, la asignación al Área de Salud es mayor que la asignación para el hospital, con diferencia de 1.4% de todo el periodo de estudio, se puede observar que la prioridad para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el Hospital, porque ambos crecen igual proporcionalmente en presupuesto, cuando lo recomendable es darle más recursos al Área de Salud.

5.2 Resultados obtenidos en el periodo 2008 – 2012, en medicina preventiva, presupuesto y costo de paciente

Durante el periodo 2008 al 2012 el Ministerio de Salud asignó 197.1 millones de quetzales en presupuesto para el área de salud, con lo que se logra la atención de 1, 097,163 pacientes, con costo promedio de Q179.67 por paciente atendido durante el periodo, como se presenta en el cuadro siguiente:

Cuadro 17 Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Área de Salud de Chimaltenango Costo promedio de atención al paciente por año Periodo 2008 - 2012 Quetzales Corrientes			
Año	Presupuesto Vigente	Número de Pacientes	Costo Promedio
2008	29,907,969.16	214,035	139.73
2009	32,744,418.04	252,183	129.84
2010	38,425,143.00	246,066	156.16
2011	43,970,842.14	246,752	178.20
2012	52,079,436.74	138,127	377.04
TOTAL	197,127,809.08	1,097,163	179.67

FUENTE: Elaboración propia con datos de Sistema de Información Gerencial de Salud -SIGSA-

En el cuadro anterior se puede observar que el promedio más bajo por paciente lo registró el año 2009 con Q.129.89, el año 2012 fue lo contrario, reportó un incremento en el promedio de Q. 377.04; este último dato muestra que no se

registró a todos los pacientes en el Área de Salud, por lo que cambia el promedio del periodo de estudio.

5.3 Comparación, presupuesto vigente y atención a pacientes

La asignación presupuestaria va de la mano con los programas y proyectos que el gobierno se propone, para alcanzar las metas, para saber si lo logra es necesario realizar una comparación de los resultados obtenidos.

<p style="text-align: center;">Cuadro 18 Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Hospital y Área de Salud de Chimaltenango Presupuesto Vigente y Pacientes Atendidos Periodo 2008 - 2012 Quetzales Corrientes</p>						
Año	Hospital		Área de Salud		Diferencia	
	Monto	Pacientes	Monto	Pacientes	Monto	Pacientes
2008	19,580,670.00	82,404	29,907,969.16	214,035	10,327,299.16	131,631
2009	23,387,088.23	90,534	32,744,418.04	252,183	9,357,329.81	161,649
2010	24,602,965.28	102,685	38,425,143.00	246,066	13,822,177.72	143,381
2011	31,656,882.72	107,554	43,970,842.14	246,752	12,313,959.42	139,198
2012	34,210,598.00	113,494	52,079,436.74	138,127	17,868,838.74	24,633
TOTAL	133,438,204.23	496,671	197,127,809.08	1,097,163	63,689,604.85	600,492

FUENTE: Elaboración propia, con datos del Sistema de Contabilidad Integrada -SICOIN-.

En el cuadro anterior se puede observar que el monto de gasto y la cantidad de pacientes atendidos de la población durante el periodo de estudio, cada paciente que el Hospital atendió, el área de salud atendió 2.2 pacientes, considerando que el presupuesto del área de salud es 47% mayor que el Hospital, pero los resultados en pacientes se duplican en el Área de Salud, esto demuestra que el costo para atender a un paciente es más bajo en el área de salud que en el Hospital.

5.4 Redirección del Gasto

Cambiar costos de salud curativa por los de salud preventiva, da como resultado disponibilidad de recursos, que pueden utilizarse para ampliar la cobertura de los servicios, en el Área de Salud, esta afirmación se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro 19 Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Redirección del Gasto Periodo 2008 al 2012 Quetzales Corrientes							
Año	Pacientes Consulta Externa Hospital	Costo Salud Curativa	Costo Salud Preventiva	Costo Actual	Costo Redirección del Gasto a Salud Preventiva	Ahorro	Ampliación de Cobertura de Pacientes en Área de Salud
2008	32,024	237.62	139.73	7,609,477.40	4,474,841.99	3,134,635.42	22,433
2009	32,787	258.32	129.84	8,469,662.91	4,257,191.14	4,212,471.76	32,443
2010	43,812	239.60	156.16	10,497,201.29	6,841,588.70	3,655,612.59	23,410
2011	44,229	294.33	178.20	13,018,132.90	7,881,542.51	5,136,590.39	28,825
2012	48,592	301.43	377.04	14,647,130.05	18,321,139.17	-3,674,009.12	-9,744
TOTAL	201,444			54,241,605	41,776,304	12,465,301	97,366

FUENTE: Elaboración propia con datos de Sistema de Información Gerencial de Salud -SIGSA-, Sistema de Contabilidad Integrada -SICOIN- y datos estadísticos del Hospital de Chimaltenango

El cuadro anterior muestra cantidad de pacientes atendidos en consulta externa del Hospital de Chimaltenango, es decir, no están incluidos los pacientes por emergencia y por hospitalización, considerando que los servicios de consulta externa son servicios que también los proporciona el Área de Salud, se multiplicó la cantidad de pacientes del consulta externa del hospital por el costo de la salud curativa y el costo de la salud preventiva, los resultados nos permiten tener el costo actual y el costo re direccionado del presupuesto, por lo que al realizar las comparaciones entre ambos costos surge un ahorro si los pacientes fueran atendidos por medio del sistema preventivo de salud, el ahorro sería de 12.4 millones de quetzales durante el periodo de estudio, ahorro que al asignarlo al sistema de salud preventiva permitiría ampliar la cobertura de servicios incrementando 97,366 pacientes, que se pueden atender en un período de tiempo similar en el Área de Salud, además se debe considerar que es el mismo presupuesto de utilizado y cambio debe de ser de forma gradual.

5.5 Resultados obtenidos de la aplicación durante el periodo de estudio

Como lo muestra el cuadro anterior, si en el futuro se realiza un cambio gradual en el presupuesto del Hospital y este asigna a la salud preventiva, la cobertura de servicios de salud se expandiría y por lo tanto la oferta de servicios de salud preventiva podría cubrir la demanda insatisfecha y para el cálculo de la misma es necesario realizar el siguiente cuadro:

Cuadro 20 Guatemala Departamento de Chimaltenango Población clasificada Pobreza y Pobreza Extrema Periodo 2008-2012										
Año	Total de Población en Pobreza y Pobreza extrema en Chimaltenango	Pacientes Hospital	Pacientes Area de Salud	Pacientes Atendidos con Presupuesto Normal	Total de pacientes con Presupuesto redireccionado	Ampliación de Cobertura	Sin Ampliación de Cobertura	Ampliación de Cobertura	Demanda Insatisfecha sin ampliacion	Demanda Insatisfecha
2008	381,300	82,404	214,035	296,439	318,872	22,433	78%	84%	83,441	61,008
2009	413,505	90,534	252,183	342,717	375,160	32,443	83%	91%	69,658	37,215
2010	447,184	102,685	246,066	348,751	372,161	23,410	78%	83%	99,431	76,021
2011	482,410	107,554	246,752	354,306	383,131	28,825	73%	79%	130,131	101,306
2012	519,243	113,494	138,127	251,621	241,877	-9,744	48%	47%	265,455	275,199
TOTAL				1,593,834	1,691,200	97,366			648,116	550,750

Fuente: Elaboración propia, con datos del Instituto Nacional de Estadística -INE-, ENCOVI Mapa de Pobreza 2011.

El cuadro anterior muestra el total de la población de Chimaltenango que se encuentra en pobreza y pobreza extrema, de esta solo una porción utiliza los servicios de salud tanto en el Hospital como en el Área de Salud, al realizar una comparación de cuantos pacientes se atienden con presupuesto normal y con presupuesto re direccionado se puede apreciar que el año con mayor cobertura de servicios de salud para población indicada fue el 2009 con 83% dejando 17% de demanda insatisfecha que representa 69,668 personas sin atender, sin embargo al ampliar la cobertura de salud aplicando el sistema de salud preventiva el porcentaje aumenta considerablemente, tomado de ejemplo el mismo año el porcentaje sería de 91% de personas atendidas quedando solo un 9% de demanda insatisfecha que representa 37,215 personas sin atender. En total de demanda insatisfecha del periodo de estudio es de 648,116 personas, pero al aplicar el sistema de salud curativa esta demanda se reduce a 550,750 personas sin atender.

CONCLUSIONES

Como resultado de la investigación realizada, se puede arribar a las conclusiones siguientes:

1. La hipótesis de la investigación es válida, porque si los montos de presupuesto vigentes para los años de estudio se hubieran planteado sobre la base de los resultados de esta investigación, se podía haber atendido 97,366 personas más.
2. Se verificó el costo promedio de atención de un paciente en el sistema de salud preventiva es de Q179.67, 33% menor que el costo en el sistema de salud curativa de Q268.67.
3. El costo de aplicar la salud curativa a la población de escasos recursos del departamento de Chimaltenango durante el periodo 2008 – 2012, ascendió a 54.12 millones de quetzales para atender a 201,444 pacientes en consulta externa del Hospital de Chimaltenango, pero si ese mismo presupuesto se utilizará en el sistema de salud preventiva se lograría atender a 298,810 personas, reduciendo la demanda insatisfecha.
4. Al verificar el costo de aplicación de salud preventiva en el periodo 2008 - 2012 del Área de Salud de Chimaltenango, se comprobó que con un incremento presupuestario desplazado del hospital se puede cumplir mejor el objetivo de disminuir la demanda insatisfecha de servicios de salud, porque esta pasaría de 648,116 a 550,750 pacientes sin atender.

RECOMENDACIÓN

La transferencia del presupuesto a la salud preventiva deberá efectuarse de forma gradual, de acuerdo con los incrementos presupuestarios debido a que la salud curativa no desaparecerá de la noche a la mañana.

Bibliografía

1. Monografía del Municipio de Chimaltenango, Actualizado 2012 al 2016, Administración Alfonso Elel Castro, Guatemala, 2016.
2. Proyecciones Inter-censales 1994-2002 del Instituto Nacional de Estadística, Guatemala, año 2004.
3. Mapas de Pobreza Rural en el 2011, Instituto Nacional de Estadística, Guatemala 2013.
4. Banco de Guatemala, Estudio de la Economía Nacional 2008, Ediciones Don Quijote, 2009.
5. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Boletín de Afiliación, Guatemala, 2011.
6. “Deuda, inflación y déficit. Una perspectiva macroeconómica de la política fiscal” Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México, 1997.
7. John Maynard Keynes, Teoría General de la Ocupación, el Interés y el Dinero, Cuarta Edición, México, Fondo Nacional de la Cultura, 2003.
8. Nikitin, P. Economía Política, paginas 133-135, Ediciones Distribuidora Cultural, Managua, Nicaragua, 1983.
9. Pigou, AC. Wealht and Welfare, 1912.
10. Antonio Morell, La Legitimación Social de la Pobreza, Anthorpos Editorial Rubí, España Barcelona, Primera Edición 2002.

11. Constitución Política de la República de Guatemala, Tipografía nacional de Guatemala, Primera edición, Guatemala, 1985.
12. Organización Mundial de la Salud, Preámbulo de la Constitución de la OMS, Conferencia Sanitaria de New York, Estados Unidos, 1946.
13. Lifshitz A. La medicina curativa y la medicina preventiva: alcances y limitaciones. Med Int México 2014.
14. Egea López, José Alberto, Medicina preventiva y Salud Pública y Comunitaria, Comisión de Apuntes.
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Diagnóstico Nacional de Salud, Guatemala, 2012.
16. Ministerio de Finanzas Públicas, Capsula financiera, Presupuesto, Ciclo presupuestaria, Guatemala, 2014, <https://youtu.be/Kio4lqtfSag>.
17. Ministerio de Finanzas Públicas, Manual de Clasificación presupuestaria, 5ta Edición, Guatemala, 2013.
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Planificación de Recursos Humanos, Base Inicial Sistema IHRIS, Guatemala, 2013.
19. Piedrola Gil, Gonzalo; Medicina Preventiva y Salud Pública, 10ma. Edición, Editorial Masson, S.A. España, 2002.
20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Portal de la Institución, Red de Servicios, Tercer Nivel, <http://www.mspas.gob.gt/index.php/en/tercer-nivel-de-atencion.html>.

21. Organización Panamericana de la Salud, Guía para Documentar Iniciativas de Promoción de la Salud.
22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Red de Servicios, Primer Nivel, <http://www.mspas.gob.gt/index.php/en/primer-nivel-de-atencion.html>.
23. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Tesis Análisis de Jurídico del Subregistro, como Violación al Derecho de Identidad, Introducción; Maas Jácome, Allan Josué, Guatemala, 2012.
24. Registro Nacional de las Personas –RENAP-, Dirección para la Erradicación del Subregistro en Guatemala, Plan para Erradicar el Subregistro, Guatemala.

Anexos

Anexo 1

Hospital de Chimaltenango Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Estructura del Presupuesto Vigente por Tipo de Gasto Periodo 2008 - 2012 Quetzales Corrientes						
GRUPO	DESCRIPCION	AÑO				
		2008	2009	2010	2011	2012
000	SERVICIOS PERSONALES	11,454,518.00	12,519,489.98	13,652,427.00	14,919,703.00	17,633,457.00
100	SERVICIOS NO PERSONALES	3,541,626.00	4,875,610.07	5,800,042.59	9,334,495.95	9,494,391.00
200	MATERIALES Y SUMINISTROS	4,283,176.00	5,402,900.18	4,928,374.69	6,636,666.78	6,504,171.00
300	PROPIEDAD, PLANTA, EQUIPO E INTANGIBLES	301,350.00	589,088.00	194,621.00	703,267.04	458,579.00
400	TRANSFERENCIAS CORRIENTES			27,500.00	62,750.00	
Total		19,580,670.00	23,387,088.23	24,602,965.28	31,656,882.77	34,090,598.00

FUENTE: Elaboración propia con datos del Sistema de Contabilidad Integrada -SICOIN-

Anexo 2

Área de Salud de Chimaltenango
 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
 Estructura del Presupuesto Vigente por Tipo de Gasto
 Periodo 2008 - 2012
 Quetzales Corrientes

GRUPO	DESCRIPCION	AÑO				
		2008	2009	2010	2011	2012
000	SERVICIOS PERSONALES	13,807,494.00	15,229,905.51	15,385,660.00	15,520,993.76	18,192,273.00
100	SERVICIOS NO PERSONALES	8,011,681.00	8,385,002.25	11,759,892.00	15,553,079.94	18,075,456.30
200	MATERIALES Y SUMINISTROS	5,784,535.16	6,074,451.18	7,340,387.00	7,724,179.48	9,470,119.36
300	PROPIEDAD, PLANTA, EQUIPO E INTANGIBLES	198,759.00	538,259.10	459,903.00	1,553,238.96	2,437,498.08
400	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	2,105,500.00	2,516,800.00	3,479,301.00	3,619,350.00	3,904,090.00
Total		29,907,969.16	32,744,418.04	38,425,143.00	43,970,842.14	52,079,436.74

FUENTE: Elaboración propia con datos del Sistema de Contabilidad Integrada -SICOIN-

