PN-ABM-466
79492

LATIN AMERICA AND CARIBBEAN
HEALTH AND NUTRITION SUSTAINABILITY:

Technical Support for Policy, Financing and Management

1129 20th Street, NW
Suite 706
Washington, DC 20036
(202) 466-3318
FAX (202) 466-3328

This contract is implemented by:

International Science and Technology Institute, Inc. (ISTI)

Community Systems Foundation (CSF)

Development Group, Inc. (DGI)

University Research Corporation (URC)

URC is the prime contractor under Contract No. LAC-0657-C-00-0051-00 with the U.S. Agency for International Development.

GUATEMALA:
FINANCIAMIENTO Y GASTOS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y COSTOS OPERATIVOS DE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA

Ricardo Meerhoff

Mayo de 1992

GUATEMALA:
FINANCIAMIENTO Y GASTO DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y COSTOS OPERATIVOS DE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA

Mayo de 1992

Ricardo R. Meerhoff
Asesor en Financiamiento de la Salud

Preparado para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
y USAID/Guatemala bajo
LAC Health and Nutrition Sustainability
Contract No. LAC-0657-C-00-0051-00
International Science and Technology Institute/
University Research Corporation

El Proyecto "**LATIN AMERICA AND CARIBBEAN HEALTH AND NUTRITION SUSTAINABILITY - Technical Support for Policy, Financing and Management**", o sea "Proyecto de Apoyo Técnico y Auto-sostenimiento en Política, Financiamiento y Administración de Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe" es una iniciativa del Departamento de Salud, Población y Nutrición de la División para América Latina de la Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno de los Estados Unidos (USAID).

Es un proyecto regional con sede en Washington, que tiene por objetivo asesorar tanto a USAID Washington como a las Misiones de USAID en los distintos países del Continente, y según su solicitud, a los Gobiernos, para entablar diálogo de políticas y para desarrollar y evaluar proyectos de mayor efectividad en materia de Administración de Salud, Financiamiento y Nutrición.

El contrato se realiza por intermedio de las consultoras University Research Corporation e International Science & Technology Institute, con sede en Maryland y en Washington D.C., respectivamente.

La extensión del proyecto es de cuatro años, y supone cooperación técnica de corto y de largo plazo, la realización de estudios especiales, la organización de talleres de trabajo, el desarrollo de investigaciones operativas, el intercambio de información y, en términos generales, el asesoramiento en políticas.

POSTSCRIPT

Con posterioridad a la publicación de la versión final del informe he apreciado que es necesario y útil hacer algunas puntualizaciones para resaltar ciertos aspectos que, si bien se mencionan en el texto, a nuestro criterio no han quedado suficientemente explícitos.

El estudio describe las investigaciones operativas desarrolladas por el Proyecto LAC HNS en Guatemala desde junio a diciembre de 1991 y presenta algunos de los resultados obtenidos. El título del informe, Financiamiento del MSPAS y Costos de APS, no refleja la totalidad de los aspectos que se encararon. Específicamente, se incluyó también un estudio de los aportes realizados por agencias donantes, se estudiaron dos servicios de salud privados y se desarrolló un banco de datos y un modelo de computación como contribución a la toma de decisiones.

Cada capítulo finaliza con recomendaciones de política y en algunos casos se proponen metas cuantitativas. Estas fueron discutidas con funcionarios guatemaltecos y se basan en la información relevada y en criterios de factibilidad y razonabilidad. Sin embargo, no necesariamente las recomendaciones reflejan la opinión de los funcionarios nacionales y, como sucede en casi todos los casos en materia de políticas, las alternativas posibles son muchas y opinables. El estudio procura presentar una gama de opciones e ilustrar posibilidades.

La principal audiencia a quien está dirigido el informe está constituída por funcionarios guatemaltecos que participan en la toma de decisiones de política. LAC HNS cumplió su programa de investigación con la participación activa de funcionarios nacionales y el informe recoge sus aportes, recomendaciones y sugerencias. Sin embargo, en el seno de la Administración del Estado, en cualquier nación y por la dinámica misma de la función pública, existen problemas de coordinación, de comunicación y de difusión. Esto abarca desde la coherencia entre las diversas políticas macroeconómicas de distintas agencias gubernamentales, a las acciones que se realizan dentro de una misma dependencia pública. En consecuencia el trabajo que sigue, en muchos casos señala el potencial y las ventajas que tienen la metodología y los resultados obtenidos, no como una calificación respecto de sí mismo, sino como forma de respaldar las acciones cumplidas por algunas Divisiones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y áreas de salud. De esta manera el informe desea persuadir a las autoridades del MSPAS a que brinden apoyo y aseguren la continuidad y extensión de lo realizado, y también el informe procura asimismo obtener el apoyo y la participación de otras dependencias del gobierno relevantes a la gestión del MSPAS.

En particular, a partir de agosto de 1992 y por solicitud de la Misión de AID en Guatemala, LAC HNS dará asesoramiento técnico a USAID, al MSPAS y a otras dependencias gubernamentales para extender la aplicación del estudio y de su metodología a otras zonas geográficas, con participación de funcionarios del nivel central y del área de salud de Sololá. También se continuarán las acciones de coordinación iniciadas con el Ministerio de Finanzas y con SEGEPLAN.

Entrando en aspectos más específicos y técnicos, deseo aclarar la noción de costos operativos y de determinación de costos que se emplea en el informe. Es un hecho que la contabilidad del Estado no está diseñada para hallar costos por establecimiento, ni en éstos se llevan registros que permitan conocer o calcular el costo por departamento o por acción realizada. Existen alternativas para suplir la falta de un sistema de información diseñado específicamente para conocer costos, y la AID patrocinó diversos estudios en este sentido, tanto conceptuales como operacionales. En la consideración de las diversas modalidades, LAC HNS decidió optar por una metodología que parte de los desembolsos incurridos en suministrar las prestaciones observadas; el costo se determina como cociente entre los gastos y las prestaciones que se corresponden o que se asimilan a un mismo período histórico. Este enfoque se puede tipificar como "descendente" ("step-down"), pues su punto de partida es información ex post y agregada a nivel nacional, que se desagrega luego a nivel de establecimiento y de rubros (personal, medicación y otros conceptos de gasto). Cada uno de estos conceptos de gasto a su vez se asigna a las diversas actividades de APS, y los coeficientes de asignación hallados se aplican a todos los establecimientos de un mismo tipo en forma uniforme.

El costo de cada prestación surge al dividir el gasto (imputado) incurrido, entre el número de prestaciones cumplidas. O sea que en algunos casos, las diferencias en el costo entre establecimientos se debe a las diferencias en la productividad observada. La metodología descrita hace acopio de trabajos previos realizados en Guatemala por la Organización Panamericana de la Salud, que desarrolló y aplicó una metodología de costos desde mediados de 1970 y que se conoce como "metodología CENDES/OPS", y por trabajos realizados en el mismo MSPAS y por otros proyectos financiados por AID en Guatemala, en particular con la firma MSH. Esta metodología, por otra parte, ha sido aplicada por otros estudios patrocinados por USAID en otros países (véase por ejemplo S.S.Stanton Russell, G.Gwynne, M. Trisolini, *Health Care Financing in St. Lucia and Costs of Victoria Hospital*, HCFLAC, SUNY/GHAA/IRG, S. Raymond, B. Lewis, P. Meissner, J. Norris, *Financing and Costs of Health Services in Belize*, HCFLAC, SUNY/GHAA/IRG, L.C. Gómez, *Cost of Basic Health Services in Ecuador*, HCFLAC, SUNY/GHAA/IRG, entre otros).

En contraste con esta metodología "descendente", un enfoque más tradicional consiste en proceder en forma que se puede calificar de "ascendente": se parte de cada establecimiento y se determina el costo de cada prestación en base a los desembolsos efectivos incurridos, o en estimaciones de los mismos, o imputaciones diversas. Este otro procedimiento de costeo tiene mayor similitud con el procedimiento tradicional de presupuestación de actividades y de acciones. Para hacer un estudio de este tipo de carácter nacional se requiere mucho tiempo y recursos. Una alternativa es hacer el costeo de una muestra de establecimientos-tipo, pero aún haciendo un estudio selectivo, el tiempo y el costo involucrado en hacerlo es muy elevado. Por este motivo, LAC HNS prefirió aplicar la metodología descrita más arriba, que se puede realizar en tiempo más breve y con menos recursos a pesar de tener un alcance de carácter nacional, siempre que se cuente con información y con apoyo de funcionarios nacionales, como era el caso en Guatemala. En el informe se presentan tres aplicaciones de este encare: un estudio nacional, un estudio en el área de Sololá, y una aplicación en el sector privado. El modelo de computación GLIFO, una vez desarrollado, permite hacer ajustes de carácter geográfico para contemplar las peculiaridades locales.

Las secciones 3.7 y 3.8 enfocan el tema de recuperación de costos, equidad, utilización de servicios, calidad y costo al usuario, en términos conceptuales, si bien se presentan ejemplos aclaratorios. La sección 3.8 procura asimismo elucidar el comportamiento de los usuarios cuando optan entre servicios públicos o privados; la intención es mostrar cómo mejorar la utilización de los servicios estatales aprendiendo del sector privado. Las secciones de referencia no se dirigen a audiencias académicas ni tampoco a administradores de salud en sentido estricto, sino más bien a decisores de política de financiamiento y de salud en sentido más global.

Deseo dejar consignado que en los agradecimientos involuntariamente omitimos mencionar que en Washington mantuvimos muchas reuniones y discusiones con técnicos y economistas de otros proyectos, que contribuyeron con su experiencia y observaciones a que afináramos la aplicación de la metodología que finalmente se utilizó en Guatemala. En particular, deseo mencionar los nombres del Dr. Marty Makinen, del Dr. Stan Hildebrand, del Dr. Gerald Laforgia y del Dr. Larry Forgy de ABT & Associates, proyecto Health Financing Sustainability (HFS), con quienes Tom Bossert y yo discutimos muchos aspectos y trabajos realizados por HFS en otros países, especialmente en Kenya y en la República Dominicana. El Seminario-Taller realizado por LAC HNS en setiembre de 1991 en Miami con funcionarios de USAID de Washington y de los países de la región, no solamente fue una oportunidad para divulgar resultados preliminares, sino también para discutir y ajustar distintos aspectos metodológicos. Los comentarios críticos del economista Philip Musgrove del Banco Mundial han sido útiles y serán incorporados en la edición resumida en idioma inglés de este informe. La presente nota refleja en mucho algunas de sus observaciones.

En suma, LAC HNS procuró desarrollar una metodología y dejar instrumentos de política flexibles y de manejo simple, que contribuyeran a mejorar la toma de decisiones, la asignación de recursos y los procesos de programación y planificación.

Ricardo Meerhoff

PROLOGO

El hecho que Guatemala, así como muchos países, especialmente de Latinoamérica, estén pasando por una crisis económica, ha determinado una creciente preocupación por priorizar los gastos, especialmente en los sectores sociales, y de esa manera lograr una mejor utilización de los recursos de que se dispone. El sistema de salud no ha dado los resultados esperados ni rendido los beneficios que deseamos dar a la población mayoritaria de nuestro país, que es la que no tiene recursos económicos como para pagar una consulta o una hospitalización privada, sino que tiene que acudir a los hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sólo en el MSPAS recae la carga de la atención de estas personas; sabemos que un porcentaje alto de la población vive en pobreza y que casi la mitad de la población guatemalteca vive en pobreza extrema, y sabemos también que el presupuesto del Ministerio en un 78% se utiliza para gastos de funcionamiento y atención de la medicina curativa y un 22% se está destinando a la prevención. No estamos contra la medicina curativa, creemos que son necesarios los hospitales y que estén bien dotados, pero pensamos que la función primordial del MSPAS debería ser dedicarle mayor atención a la prevención y a una medicina preventiva eficaz.

Es también tiempo de retomar nuevas acciones y sentar bases para utilizar más eficientemente el escaso presupuesto del MSPAS. El estudio realizado con apoyo del Proyecto LAC HNS de la USAID va a redundar en un mejor y adecuado uso de nuestro presupuesto, que ha sido insuficiente durante muchos años y actualmente lo es mucho más, en términos absolutos comparando con 1980 y descontando la baja de la moneda y el crecimiento de la población. Sin embargo, existe la política del actual Gobierno del Ing. Jorge Serrano de ir incrementando paulatinamente el presupuesto del sector social, donde están involucrados el Ministerio de Educación y el MSPAS. Este apoyo a los sectores sociales, en particular Salud, llama a responsabilizarnos para ver cómo manejamos adecuadamente este presupuesto que se va a incrementar. El Ministerio tiene la obligación de prepararse, de capacitarse para ver en qué forma se prioriza la utilización de los recursos económicos para darle mayor apoyo al sector más vulnerable de nuestra Nación, el sector materno-infantil y las clases desposeídas. Tenemos la obligación de utilizar adecuadamente nuestro recurso humano, nuestro recurso material y nuestro recurso económico. Así que agradezco el apoyo que hemos recibido por parte de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EEUU por su asesoramiento en esta materia, y en particular por divulgar los resultados de la investigación que se ha realizado, que no dudo será de gran beneficio para el País y este Ministerio.

Dr. Miguel Angel Montepeque Contreras
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

A efectos de resaltar la importancia del presente estudio para la gestión ministerial y sus potencialidades es bueno reparar en algunos antecedentes. Los lineamientos gubernamentales al inicio de la gestión ministerial explicitaban claramente la necesidad e intención de tener una política financiera y de inversión que fuera racional y congruente con las definiciones de política. También el Plan de Acción 1991-1995 da lineamientos claros en cuanto a lograr una mayor eficiencia en la prestación de servicios y en lograr un desarrollo institucional sostenido, particularmente institucionalizando procesos de cambio y fortalecimiento de la gestión ministerial.

Sin embargo, normalmente los salubristas tenemos muchas dificultades para lograr estos objetivos y en obtener mejores presupuestos porque carecemos del armamentario técnico necesario para probar lo que estamos haciendo y cómo lo estamos haciendo dentro de los constreñidos límites del gasto público. El estudio realizado y que se presenta a continuación, y en el cual me tocó de alguna manera participar desde su inicio en junio de 1991 por el ejercicio de mi cargo, precisamente aporta elementos fundamentales para iniciar un proceso de desarrollo institucional de verdadera importancia para el Ministerio.

Sabemos que la Salud no tiene precio si la vemos desde el punto de vista filosófico, pero sí sabemos que tiene costos desde el punto de vista administrativo. El estudio ha investigado la evolución presupuestal de la Institución, los aportes de cooperación externa volcados al sector, la recaudación de fondos privativos, la producción de los servicios en actividades básicas de Atención Primaria y el costo de las acciones realizadas. También el Proyecto ha desarrollado un gran instrumento de computación para focalizar recursos que facilita el programar y presupuestar en base a criterios selectivos de riesgo, así como el detectar áreas críticas de la gestión, del acopio de datos y de la productividad de los servicios.

Vemos esta investigación no como un producto que termine en una gaveta, sino como parte del proceso de desarrollo institucional del Ministerio y como tal, una herramienta que puede ser utilizada incluso con proyección hacia todo el Sector Salud. El vinculamiento que hace el estudio entre recursos, productividad y población es bien importante; no solamente se están midiendo productos de un punto de vista financiero, sino que se relacionan con la población y con indicadores de nivel social que nos permiten tener una panorámica mucho más amplia de lo que se está haciendo como acción.

El estudio no sólo se limitó al sector público, sino que también hizo un abordaje de los anteriores aspectos en el nivel privado. Quiero hacer la aclaración que esto no implica que tengamos que hacer una comparación entre un sector y el otro, pero sí creo que, así como queremos elevar el nivel de eficacia y eficiencia en el sector público, así también es conveniente observar los modelos de atención que se dan en otros sectores de la vida nacional y que pueden dar elementos que coadyuven en una visión integral del sector para poder dar un servicio de mejor categoría a la población.

Destaco que este trabajo no es un producto hecho a nivel de gabinete que nos viene a decir "ést es la receta". El estudio conllevó a hacer equipos de trabajo donde obviamente destacaro algunas unidades de la Dirección General, pero también participaron niveles operativos de Ministerio así como otras oficinas del Estado, en particular SEGEPLAN y el Ministerio d Finanzas Públicas, lo que a su vez permitió tener una mejor comunicación y mejorar l coordinación y negociación interinstitucional en lo que se refiere a aspectos financieros y discusión de políticas.

Esta coordinación e interacción entre Instituciones Nacionales fue pública y explícita en oportunidad del Seminario/Taller cumplido el 18 de marzo de 1992, en que se presentaron y discutieron los principales hallazgos del estudio así como sus recomendaciones, y se expuso y presentó el modelo de computación desarrollado por el Proyecto. En dicha reunión técnica se convino en designar una comisión para redactar las conclusiones del evento, formada por el Dr. Mario Alfonso Gaitán del Congreso de la República, el Lic. Guillermo Serrano del Ministerio de Finanzas Públicas, el Dr. Roberto Kestler de SEGEPLAN y el suscrito. La comisión concluyó que el estudio, complementado con otros, constituye un buen recurso programático para la Salud, sobre todo en la correlación entre metas y financiamiento; asi mismo, consideró que constituye un instrumento que fomenta la participación local y que liga los programas de salud con la población y sus necesidades reales. Se destacan las recomendaciones, donde se enfatiza la generalización del estudio como modelo, su presentación al gabinete económico-social, y la coordinación intergubernamental, específicamente entre el Ministerio de Salud, el Congreso, SEGEPLAN y el Ministerio de Finanzas. A nivel del Congreso, la comisión recomendó promover reformas estructurales que favorezcan e impulsen la descentralización presupuestal, uno de los aspectos recomendados por la presente investigación.

En definitiva, el estudio nos abre llaves para poder ser cada día más eficientes en la ejecución presupuestal y mucho más efectivos en las acciones que emprenda el Ministerio. Por lo expresado, habiendo seguido la investigación durante su fase de ejecución, habiendo analizado y discutido el informe que sigue con los técnicos de la Dirección General, los personeros del Proyecto y de AID, y habiendo participado en los Talleres de discusión que en el mes de marzo de 1992 organizó AID y el MSPAS conjuntamente para presentar y discutir los principales resultados, quiero recomendar que este trabajo se analice muy bien porque tiene un potencial muy grande para tecnificar nuestra institución y otorgar criterios técnicos para responder a las necesidades de salud.

Dr. Octavio Morán Soberanis
Subdirector General de Servicios de Salud

PERSONAS QUE PARTICIPARON EN ESTE ESTUDIO

LATIN AMERICA AND CARIBBEAN HEALTH AND NUTRITION SUSTAINABILITY

Dr. Thomas Bossert	-	Director del Proyecto
Lic. Ricardo Meerhoff	-	Asesor en Financiamiento de la Salud.
	-	Investigador Principal y responsable del estudio
Lic. Lani Márquez	-	Sub-director Administrativo
Mr. Charles Hoover	-	Elaboración de Figuras
Mr. Benjamin Harty	-	Elaboración de Figuras
Ms. Judy Sherman	-	Edición de Texto (Washington)
Ms. Olga Sting	-	Edición de Texto (Washington)
Ms. Kenya Urcuyo	-	Edición de Texto (Washington)
Ms. Cheryl Wickham	-	Edición de Texto (Washington)
Ms. Silvana Coronado	-	Edición de Texto (Guatemala)

El Dr. Bossert y el Lic. Meerhoff dieron inicio al estudio en ocasión de su primer viaje a Guatemala en junio de 1990. Con posterioridad, el Lic. Meerhoff realizó varias misiones a dicho país. Es suya la responsabilidad por el diseño y desarrollo de la metodología, la recolección de información, la redacción de textos y el diseño de cuadros y gráficas que se presentan en este documento. Lani Márquez brindó invaiorable apoyo logístico a nivel de Washington.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Dr. Jaime Solórzano	-	Jefe de la Unidad de Programación de Salud del MSPAS
Dr. Jaime Carredano	-	Técnico de la Unidad de Programación de Salud del MSPAS

El Dr. Solórzano y el Dr. Carredano fueron las contrapartes nacionales del Proyecto y su participación fue decisiva en todas las instancias del estudio. Se hace especial mención a su dedicación, responsabilidad y aportes. La codificación de establecimientos fue tarea que realizaron en conjunto con el Ing. Juan Fernando Ruiz.

SECRETARIA GENERAL DEL CONSEJO NACIONAL DE PLANIFICACION ECONOMICA

Lic. Marina Sagastume - Directora de la División Cooperación Técnica

La Lic. Sagastume relevó y sistematizó información acerca de las agencias de cooperación externa y organismos no gubernamentales (capítulo 5); su informe se transcribe en forma textual en el Anexo E de este trabajo. La Lic. Sagastume también relevó información acerca de los dos efectores del sector privado que se incluyeron en esta investigación y contribuyó a coordinar el equipo de investigadores nacionales.

CONSULTORES DE CORTO PLAZO

Sr. Felipe Escobar	-	Ex-Jefe de la Sección de Evaluación Presupuestaria de la Dirección Técnica de Presupuesto del Ministerio de Finanzas Públicas y Consultor Privado
Ing. Juan Fernando Ruiz	-	Ing. de Sistemas y Consultor Privado
Ms. Anette Bongiovanni	-	Enfermera Profesional
Lic. Vladimir Bonilla	-	Analista

La participación del Sr. Escobar permitió acceder y procesar información presupuestal, la que a su vez habilitó a realizar el estudio de costos emprendido. El Ing. Ruiz depuró y clasificó los archivos de la Unidad de Informática del MSPAS para conformar los datos de producción de servicios que se utilizaron en este estudio, adecuándolos a una estructura de codificación por establecimiento. A partir de este código-llave el Ing. Ruiz desarrolló el sistema de información "GLIFO", que permite integrar los archivos del MSPAS con la información presupuestal del MFP. El banco de datos generado incluye información de costos, de producción de servicios e información demográfica y socio-económica de las poblaciones cubiertas. La Enfermera Bongiovanni amplió el análisis realizado por la Lic. Mariana Sagastume acerca de los dos efectores privados de salud que se estudiaron, incluyendo también apreciaciones acerca de la calidad de estos servicios. El Sr. Bonilla colaboró en cálculos de planillas electrónicas.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos consignar el apoyo recibido por las máximas autoridades y por todo el personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con el cual este Proyecto entró en contacto. No siendo posible mencionar a todas las personas, deseamos resaltar en particular el interés demostrado por el Sr. Ministro de Salud Pública Dr. Miguel Angel Montepeque Contreras, por los Viceministros Dr. Rodolfo McDonald Kanter y por la Dra. Thelma Duarte Morales así como por los ex-Viceministros Dr. Edgar Figueroa y Dr. Renato Palma, y el apoyo continuado del Subdirector de Servicios de Salud Dr. Octavio Morán Soberanis así como del Coordinador de la Unidad de Supervisión-Evaluación Dr. Juan José Castillo Orellana. El personal de Sololá, encabezado por su Jefe de Area, Dr. Eduardo Efraín Muralles, constituyó un equipo entusiasta cuyas contribuciones permitieron mejorar la metodología del estudio y adaptarla a las condiciones prevalecientes en dicha localidad. Se desea resaltar que las labores desarrolladas por el Dr. Jaime Solórzano y el Dr. Jaime Carredano de la Unidad de Programación de la Dirección General de Servicios de Salud fueron esenciales en todas las etapas de la investigación y de las restantes actividades realizadas.

Cabe expresar también debido reconocimiento a las autoridades y funcionarios de otros organismos públicos, a saber el Ministerio de Finanzas Públicas y la Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica, que permitieron completar información imprescindible para el análisis. Asimismo, las autoridades de los organismos de cooperación multilateral y bilateral se mostraron extremadamente abiertas y suministraron toda la información que estaba a su alcance entregar. En particular, deseamos expresar nuestro reconocimiento al Representante de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud en Guatemala, Dr. Antonio Casas, así como a técnicos del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial. El Sr. William McGreevy (Banco Mundial, Washington) fue muy amable en aportar bibliografía y estudios sobre Guatemala, que constituyeron antecedentes importantes para la investigación emprendida.

El personal jerárquico superior y los técnicos de Acción Social de ANACAFE, Agrosalud y ACOGUA fueron extremadamente gentiles en ofrecer información, permitir y alentar visitas de campo y apoyar las tareas de investigación en sus diversas instancias. En particular, deseamos mencionar el permanente apoyo y el interés demostrado por el Sr. William Hempstead, directivo de Agrosalud y Vicepresidente de ANACAFE, el respaldo brindado por el Sr. Gregorio Padilla y Padilla (directivo de ACOGUA), el asesoramiento del Lic. Francisco Chissman (Presidente de Acción Social de ANACAFE) y del Dr. Mario Mazariegos (Director Médico de ANACAFE) y la generosa colaboración del personal administrativo de Agrosalud, especialmente de su gerente el Sr. Angel Portillo, quien no sólo brindó tiempo e información, sino que contribuyó a que se pudieran realizar múltiples visitas y entrevistas de campo.

Deseamos resaltar el apoyo recibido por la Representación de la Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno de los Estados Unidos en Guatemala (USAID), que dio completo apoyo logístico, de asesoramiento, etc., a las diversas misiones realizadas e instancias cumplidas. En particular, deseamos mencionar a Richard Martin, Jefe de la División Desarrollo General, Lynn Gorton, Oficial de Salud, Población y Nutrición, y a los Asesores Técnicos Dres. Jorge Chang y Enrique Duarte. El Dr. Jorge Chang hizo comentarios y aportes valiosos al estudio y participó en la mayor parte de sus actividades.

El apoyo del personal administrativo del proyecto LAC HNS en Washington fue muy importante a la hora de redactar el presente informe y sus anexos. La empresa IDEAS Ltda. (Guatemala) fue muy exitosa en el montaje de los dos talleres de trabajo que se realizaron en el Hotel Camino Real de Guatemala durante el mes de marzo de 1992 para difundir los resultados del estudio y discutir sus conclusiones y recomendaciones, en especial la participación de su Director el Sr. Bruce Newman y de su Directora Ejecutiva, la Sra. Carmen Dárdano.

El autor agradece los comentarios a la versión preliminar de este documento, ya sea a su texto o a su contenido, realizados por parte del Sr. Ministro Dr. Miguel A. Montepeque, de la Sra. Viceministra Dra. Thelma Duarte, del Dr. Octavio Morán, el Dr. Jaime Solórzano, el Dr. Jaime Emilio Carredano, el Dr. Efraín Muralles, la Lic. Marina Sagastume, el Lic. Guillermo Chávez Salazar (MFP), el Ing. Juan Fernando Ruiz, el Sr. Angel Portillo y el Dr. Jorge Chang. El Dr. Thomas Bossert, Director de este Proyecto, hizo aportes a lo largo de toda la investigación y finalmente, sus comentarios a la versión preliminar motivaron sucesivas ampliaciones del documento. Jack Galloway, Asesor en Administración de Salud de LAC HNS, planteó algunas preguntas que dieron origen a los numerales 3.7 y 3.8 en que se relacionan gastos operativos, calidad, costo, demanda y recuperación de costo. Las observaciones de Lani Márquez, de Félix Rígoli y de Alvaro Haretche también fueron útiles en las dos secciones recién nombradas.

Los asistentes a los dos Talleres realizados en Ciudad de Guatemala hicieron aportes diversos. Especialmente válidos fueron los comentarios del Lic. Guillermo Serrano, Subdirector Técnico de Presupuesto del MFP y del Lic. Guillermo Chávez, Asesor Económico del MFP, del Lic. Carlos Ruiz, Director de Planificación Sectorial de SEGEPLAN y del Dr. Roberto Kestler, Director Sectorial de Salud de SEGEPLAN, y de los miembros del Congreso el Dr. Mario Enrique de la Cruz Torres, el Dr. Ricardo Ovidio Roca y el Dr. Mario Alfonso Gaitán, Presidente, Vice Presidente y Secretario, respectivamente, de la Comisión de Salud del Congreso.

Por último, deseamos mencionar que el estudio realizado procura constituir un apoyo a la gestión del Ministerio y que como tal, esperamos que se convierta en una herramienta útil para la descentralización y la programación local. Ninguna de las instituciones o personas mencionadas son responsables acerca de eventuales errores u omisiones que se hayan deslizado en el texto o en los cuadros.

Ricardo Meerhoff

CONTENIDO

VOLUMEN I

Pág.

Prólogo ii
Importancia del estudio iii
Personas que participaron en este estudio v
Agradecimientos vii
Contenido ix
Indice de tablas xviii
Indice de figuras xvi
Abreviaturas y siglas xix
Guatemala - Indicadores socio-económicos básicos xx
Resumen ejecutivo xxi

1. Introducción 1

2. Objetivos y procedimiento
   2.1. Objetivos 2
   2.2. Procedimiento 4

3. Financiamiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de Guatemala
   3.1. Introducción 5
      a. Presupuesto Solicitado 5
      b. Presupuesto Programado 5
      c. Presupuesto Aprobado 5
      d. Presupuesto Ejecutado 6
   3.2. Transformación a valores constantes 7
   3.3. Consideraciones generales acerca de la evolución presupuestal del MSPAS para el período 1980-1991 y consecuencias para la política de financiamiento 8
   3.4. Presupuesto Programado, Asignado y Ejecutado 1980-1991 9
      a. Presupuesto Programado 9
      b. Presupuesto Asignado 14
      c. Presupuesto Ejecutado 15
   3.5. Fondos Privativos 1985-1990 21
      a. Concepto y procedimiento administrativo involucrado 21
      b. Análisis de ingresos y egresos 23
   3.6. Otros ingresos 28

3.7. Equidad, ingresos privativos y costo al usuario 29
a. Costo al usuario y calidad de atención 29
b. Los fondos privativos y el principio de equidad 32
c. Reflexiones en torno al cobro de aranceles y a los fondos privativos 34
d. Ejemplo de recuperación de costos y fijación de aranceles 35
3.8. Calidad y recuperación de costos 42
3.9. Conclusiones y recomendaciones 55

4. Gastos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
4.1. Presupuesto Total del MSPAS abierto en Funcionamiento e Inversión (1986-1990) 58
a. Presupuesto Programado de Funcionamiento e Inversión 58
b. Presupuesto Ejecutado de Funcionamiento e Inversión 60
4.2. Presupuesto Ejecutado 1986-1990. Metodología seguida en la investigación presente 63
4.3. Gasto por tipo de establecimiento y por componente para 1989 66
4.4. Estimación del gasto en Atención Primaria y Atención Curativa 72
4.5. Gasto por regiones para 1989 75
4.6. Conclusiones y recomendaciones 80

5. Financiamiento y aportes de cooperación externa
5.1. Introducción 82
5.2. Magnitud de la cooperación externa 83
5.3. Desagregación por objeto del gasto y por regiones 86
5.4. Fondos ejecutados con destino a inversiones 88
5.5. Atribuciones en materia de cooperación externa en Guatemala 89
a. Funciones de coordinación y racionalización (SEGEPLAN) . . . 89
b. La cooperación externa en el MSPAS 89
c. Ubicación orgánica de la cooperación externa en el MSPAS . . . 91
5.6. Conclusiones y recomendaciones 91

6. MSPAS - Producción de actividades básicas de Atención Primaria de Salud
6.1. Definición de "Atención Primaria de Salud" a los efectos de este estudio . 93
6.2. Principales actividades de APS por categoría 94
6.3. Producción de actividades básicas de APS 97
a. Consulta Externa 97
b. PAI 100
c. TRO 100
d. IRA 103
6.4. Conclusiones y recomendaciones 104

7. MSPAS - Determinación de costos de Atención Primaria de Salud
7.1. Introducción conceptual 105
7.2 Introducción metodológica 108
7.3. Metodología de imputación de gastos directos por concepto de "Personal" 109
7.4. Ajustes 112
7.5. Metodología de imputación de gastos directos por concepto de "Medicamentos" y de "Otros Conceptos" 112
7.6. Determinación del costo total de las actividades finales de APS 114
7.7. Resultados a nivel nacional y verificaciones locales 120
7.8. Reflexiones en torno a la productividad de los servicios 123
7.9. Conclusiones y recomendaciones 124
a. MFP 124
b. MSPAS 125
c. Recomendaciones de política 127

8. Ejercicio de aplicación local en Sololá
8.1. Introducción 128
8.2. Análisis del gasto operativo del MSPAS en Sololá en 1989 132
8.3. Procedimiento 136
8.4. Metodología seguida para imputar a actividades de APS los gastos operativos directos 137
a. Criterios de asignación 137
b. Comparación entre la metodología aplicada a nivel central y la aplicada en Sololá 139
8.5. Criterios seguidos para imputar a APS los gastos operativos indirectos 141
8.6. Resultados 142
a. Análisis global
b. Análisis del gasto por distrito y por habitante 146
c. Análisis de las consultas por distrito y por habitante 149
d. Análisis por distrito del costo de los componentes finales de APS 150
8.7 Análisis de la productividad de los servicios en materia de consultas . . . 152
8.8. Conclusiones y recomendaciones 155

9. Costo de APS en dos efectores de salud privados
9.1. Introducción 158
9.2. ACOGUA 159
9.3. Agrosalud 160
a. Orígenes 160
b. Estrategia de atención de salud y APS 162
c. Dotación de recursos 164
d. Financiamiento 164
e. Recuperación de costos en Agrosalud 165
f. Metodología y determinación de costos de APS 165
g. Relacionamiento con el estudio realizado en el caso del MSPAS 171
9.4. Conclusiones y recomendaciones 173

10. Extensiones y perspectivas del estudio realizado
10.1. Desarrollo de un banco integrado de datos 175
10.2. Criterio de su presupuestación ordinario vs. selectivo y focalizado 178
10.3. El modelo de computación "GLIFO" 181
10.4. Extensiones y simulaciones 185
10.5. Conclusiones y recomendaciones 191

11. Conclusiones
11.1 Síntesis 193
11.2. Asignaciones presupuestales del MSPAS 194
11.3. Fondos privativos 195
11.4. Cooperación externa 196
11.5. Costos de Atención Primaria 196
11.6 Sector privado 198
11.7. El modelo de computación GLIFO 199
11.8. Conclusiones generales y recomendaciones 200

ANEXOS - VOLUMEN II

ANEXO A. INFORMACION NUMERICA 2
ANEXO B. VISITAS DE CAMPO Y TALLERES DE TRABAJO 83
ANEXO C. PERSONAS CONTACTADAS 85
ANEXO D. LISTA DE DOCUMENTOS 91
ANEXO E. COOPERACION EXTERNA 119
ANEXO F. BIBLIOGRAFIA 141

INDICE DE TABLAS

Pág.

3-01 Presupuesto Programado del Gobierno Central y del MSPAS (1980-1990) 11

3-02 Presupuesto Programado, Asignado y Ejecutado del MSPAS (1980-1990) 13

3-03 Evolución del Producto Bruto Nacional a precios de mercado y del Presupuesto Ejecutado del MSPAS. Períodos 1980-1990 16

3-04 Presupuesto Ejecutado del Gobierno Central y del MSPAS (1980-1991) 18

3-05 Presupuesto Ejecutado Total y per cápita del MSPAS (1980-1991) 19

3-06 Monto de los ingresos y gastos privativos del MSPAS para 1986-1990 e indicadores 23

3-07 MSPAS - Aranceles por servicios hospitalarios 25

3-08 Ingresos privativos de Hospitales y Centros de Salud "A" y "B" por región para 1989 26

3-09 Uso de los ingresos privativos del MSPAS. Período 1986-1990 28

3-10 Equidad y recuperación de costos. Ejemplo teórico de una escala de ingresos para estimar el grado de pago de servicios de salud arancelados 33

3-11 Ejemplificación de un sistema de aranceles y de recuperación de costo para un hospital de 250 camas y su red de referencia 41

4-01 MSPAS. Presupuesto Programado de Funcionamiento e Inversión e indicadores. Período (1986-1990) 59

4-02 MSPAS. Presupuesto Ejecutado de Funcionamiento e Inversión (1986-1990) 60

4-03 MSPAS. Presupuesto de Funcionamiento Ejecutado, Total y Presupuesto de Funcionamiento Ejecutado bajo estudio por esta investigación (1986-1990) 65

4-04 MSPAS. Presupuesto de Funcionamiento Ejecutado por tipo de establecimiento y componente de gasto para el ejercicio fiscal 1989 e índices 67

4-05 MSPAS. Estimación de los fondos destinados a atención primaria y a atención curativa para el período 1986-1990 73

4-06 Indicadores acerca del gasto per cápita del MSPAs por regiones. Año 78

5-01 Fondos de cooperación externa volcados a APS y a supervivencia infantil en 1986 - 1990. (Montos ejecutados) 83

5-02 Aportes de cooperación externa para APS y supervivencia infantil por organismo. Año 1989. En US$ 85

5-03 Fondos asignados de cooperación externa en APS y supervivencia infantil de la Comunidad Económica Europea e Italia. Desagregada por objetivo. En US$ y en porcentajes 87

5-04 Aportes de cooperación externa en APS y supervivencia infantil de la Comunidad Económica Europea y de Italia. Desagregada por regiones de salud. Año 1989. En miles de US$ y en porcentajes 87

5-05 Fondos de cooperación externa con destino a inversión en agua potable y letrinas y desagregada por organismo. Año 1989. En US$ de 1990 y en porcentajes88

6-01 MSPAS. Consulta externa y terapia de rehidratación oral. Facsímil de los datos que se procesan en la Unidad de Informática 99

6-02 MSPAS. PAI. Facsímil de los datos que se procesan en la Unidad de Informática 101

6-03 MSPAS. IRA. Facsímil de los datos que se procesan en la Unidad de Informática102

7-01 MSPAS. Distribución de personal a actividades finales de APS en base a horas trabajadas por año y remuneración percibida 111

7-02 Distribución de personlal a actividades finales - Ajustes 112

7-03 MSPAS. APS - Criterio de asignación de rubros de costo directo a actividades finales de APS en CSB y PS a nivel nacional 113

7-04 MSPAS. APS - Costo promedio nacional para 1989 116

7-05 MSPAS. Totonicapán. Producción, gasto total y costo por consultas, PAI, IRA y TRO. Año de 1989. Expresado en unidades y en quetzales de 1990 . . . 117

7-06 MSPAS. Totonicapán. Selección de Puestos de Salud. Producción, gasto total y costo por consultas, PAI, IRA y TRO. Año 1989. Expresado en unidades y en quetzales de 1990 118

7-07 MSPAS. Verificación selectiva del número de consultas brindadas en CSB en Totonicapán durante 1989. Comparación entre datos a nivel central y datos locales120

7-08 Costos de APS para 1989 determinados a nivel central y costos hallados localmente. Expresado en quetzales de 1990 122

8-01 Indicadores generales acerca del area de salud de Sololá 129

8-02 Gasto operativo del MSPAS en el área de Sololá - Atención curativa y atención primaria. Año 1989. En quetzales de 1990 133

8-03 Sololá - Gasto operativo del MSPAS por tipo de establecimiento y grandes rubros de costo. Año 1989. Expresado en miles de quetzales de 1990 135

8-04 Sololá - Criterios de asignación de gastos directos por categoría de gasto (Personal, Medicamentos, y Otros Conceptos) y componentes de actividad de APS en Centros de Salud tipo "B" y Puestos de Salud Módulo I y II. En porcentajes 138

8-05 Comparación entre los criterios de imputación de costos por componente utilizados a nivel nacional y en Sololá. En porcentajes 140

8-06 Costo de APS. Resultados globales para el área de Sololá. Producción de 1989. Gasto ejecutado en 1989. Expresado en quetzales de 1990. 143

8-07 Sololá - APS: Gasto operativo del MSPAS por distrito. Año 1989. Indicadores respecto de la población cubierta. 147

8-08 Sololá - Costo de los componentes del APS por distrito. Año 1989. Expresado en quetzales de 1990. 150

9-01 AGROSALUD. Distribución de personal a actividades finales en Puestos de Salud. Diferenciación según el número de promotores en el puesto 167

9-02 AGROSALUD. Distribución de personal a actividades finales según número de promoteres en el Puesto. Porcentajes definitivos 168

9-03 AGROSALUD. Producción, gasto y costo de servicios de APS. Año 1990. Expresado en quetzales 170

10-1 MSPAS. Información demográfica y socio-económica incorporada al banco de datos generado 176

10-2 MSPAS. Información demográfica y socio-económica incorporada al banco de datos generado 177

10-3 Ejemplo de estratificación de distritos según dos variables: Mortalidad infantil creciente y tasa de natalidad 187

INDICE DE FIGURAS

Pág.

03-1 MSPAS y Gobierno Central. Proporción del presupuesto programado del MSPAS dentro del presupuesto programado del Gobierno Central (1980 - 1990) 10

03-2 Evolución comparativa del presupuesto programado del Gobierno Central y del presupuesto programado del MSPAS en términos reales con base 1980=100. Período 1980-1990 12

03-3 MSPAS. Presupuesto programado, asignado y ejecutado 1980-1991 14

03-4 Evolución comparativa con base 1980=100 del presupuesto ejecutado del MSPAS y del salario real del sector servicios 15

03-5 Evolución comparativa del PBNpm y del presupuesto ejecutado del MSPAS en términos reales con base 1980=100. Período 1980-1990 17

03-6 Evolución del gasto por habitante del MSPAS (en US$). Período 1980-1990 . . . 20

03-7 MSPAS. Porcentaje del los fondos privativos en el presupuesto operativo ejecutado (1986 - 1990) 24

03-8 Acceso a los servicios de salud. Decisión de un usuario en base a costo/beneficio 30

03-9 Costo al usuario y utilización 42

03-10 Calidad y utilización 43

03-11 Calidad, ucosto y utilización 44

03-12 Calidad y gasto operativo total 45

03-13 Gasto, nivel de calidad, utilización de servicios y costo promedio 48

03-14 Calidad y porcentaje de recuperación de costo 49

03-15 Calidad y gasto operativo total - Calidad y recuperación de costo 50

03-16 Relación conceptual entre calidad, costo operativo, costo promedio y recuperacion de costos 52

04-1 MSPAS. Grado de ejecución presupuestal 1986-1990. Funcionamiento e Inversión (Porcentaje) 61

04-2 MSPAS. Presupuesto operativo gastado en 1989 por tipo de servicio. Total en millones de US$ 66

04-3 MSPAS. Distribución del presupuesto ejecutado según componentes. Año 1989. En porcentajes 68

04-4 MSPAS. Gasto operativo promedio de cada servicio y número de establecimientos. Año 1989 69

04-5 MSPAS. Gasto porcentual por componente y clase de servicio. Presupuesto de funcionamiento ejecutado en 1989 71

04-6 MSPAS. Atención curativa y atención primaria. Promedio 1986-1990 74

04-7 MSPAS. Análisis por regiones 77
7A. Población total y población indígena y no-indígena (1990) 77
7B. Presupuesto asignado total (1990) 77

04-8 MSPAS. Presupuesto asignado por habitante. Comparación por regiones 79

05-1 Aportes de cooperación externa por organismo. Año 1989 84

07-1 MSPAS. Desagregación del gasto operativo de APS por componente. En porcentajes. Año 1989 115

07-2 MSPAS. Totonicapan Centro de Salud B. Comparación entre el costo de la consulta obtenida con datos centrales y con información local 121

08-1 MSPAS. Sololá. Distribución de componentes de costo por tipo de establecimiento 134

08-2 MSPAS. Sololá. Participación de los componentes de APS en el total del gasto operativo (1989) 142

08-3 MSPAS. Sololá. Costo promedio de componentes de APS para 1989. En quetzales de 1990 144

08-4 MSPAS. Sololá. Gasto anual por habitante por distrito. En quetzales de 1990 . 147

08-5 MSPAS. Sololá. Gasto por distrito para 1989 y comparación con los habitantes (porcentaje) 148

08-6 MSPAS. Sololá. Consultas anuales por habitante por distrito. Año 1989. 149

09-1 Componentes del bienestar y de la calidad de vida. 161

09-2 Agrosalud. Proporción del gasto en actividades de APS 169

09-3 Costo de las actividades de APS. Año 1990 170

10-1 Enfoque focalizado al riesgo. Curva normal 179

10-2 MSPAS. Pantalla de ingreso por localización geográfica 181

10-3 MSPAS. Pantalla de ingreso por producción de PAI, IRA y TRO 182

10-4 MSPAS. Pantalla de mantenimiento de presupuesto 183

10-5 MSPAS. Pantalla de mantenimiento de módulos 184

10-6 Modelo Glifo - Selección estratificada de dos variables: Mortalidad y natalidad . 188

10-7 Modelo Glifo - Selección estratificada de dos variables: Mortalidad y natalidad . 189

ABREVIATURAS Y SIGLAS

ACOGUA	Asociación de Caficultores de Oriente de Guatemala
ANACAFE	Asociación Nacional de Café
AE	Auxiliar de Enfermería
APS	Atención Primaria de Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (o Banco Mundial)
BM	Banco Mundial
Cf.	Compárese
CSA	Centro de Salud A
CSB	Centro de Salud B
DCE	Dirección de Contabilidad del Estado
DGSS	Dirección General de Servicios de Salud
DPT	Difteria, Poliomielitis y Tétano
DTP	Dirección Técnica de Presupuesto
GC	Gobierno Central
Ibid	Citado inmediatamente antes
IGSS	Instituto Guatemalteco del Seguro Social
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
IPC	Indice de Precios al Consumo
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
LAC HNS	Latin America and Caribbean Health and Nutrition Sustainability
MFP	Ministerio de Finanzas Públicas
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OCAI	Oficina Coordinadora de Asuntos Internacionales
OCP	Orden de Compra y Pago
ONG	Organización(es) No Gubernamental(es)
OMS	Organización Mundial de la Salud
Op. cit.	Oportunamente citado
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PA	Presupuesto Asignado
PE	Presupuesto Ejecutado (o PEj)
PP	Presupuesto Programado
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PBNpm	Producto Bruto Nacional a precios de mercado
PS	Puesto de Salud
PSMI y PSMII	Puesto de Salud Módulo I y Puesto de Salud Módulo II
RM	Región Metropolitana
SEGEPLAN	Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica
s/d	Sin datos
ss	Siguientes
Q	Quetzales
TSR	Técnico en Salud Rural
TRO	Terapia de Rehidratación Oral
UI	Unidad de Informática del MSPAS
USAID	United States Agency for International Development

GUATEMALA - INDICADORES SOCIOECONOMICOS BASICOS (*)

AREA
108,900 kms²

POBLACION (1990)
9.2 millones
Tasa de crecimiento: 2.90%

DENSIDAD (1989)
81.7 habitantes por km²
245.9 habitantes por km² de tierra agrícola

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

Tasa bruta de natalidad (x c/ 1,000)	40.8%
Tasa bruta de mortalidad (x c/1,000)	8.9%
Mortalidad infantil (x c/1,000 nacidos vivos)	51.0%

SALUD (1989)

Población por médico	2,180
Población por cama de hospital	600

DISTRIBUCION DEL INGRESO (1986/1987)

Porcentaje del Ingreso Nacional-Quintil más alto	60.0%
Porcentaje del Ingreso Nacional-Quintil más bajo	2.8%

ACCESO A LA ELECTRICIDAD (1989)

Porcentaje de habitaciones	31%

ACCESO AL AGUA POTABLE

Zonas Urbanas	89.0%
Zonas Rurales	18.0%

EDUCACION (1987)

Tasa adulta de analfabetismo	51%
Matrícula en escuela primaria	76%

ALIMENTACION (1986)

Suministro diario de calorías/personas	2,307
Suministro diario de proteínas (gramos/personas)	60

PRODUCTO NACIONAL BRUTO - 1989

PNB per cápita	US$ 920

FINANCIAMIENTO Y GASTO DEL MSPAS

% Presup. Ejecutado MSPAS en Presup. Programado MSPAS	1.05%	(1980 - 90)
% Presup. Ejecutado MSPAS en Presup. Ejecutado en Gob. Central	8.10%	(1980 - 88)
% Presup. Ejecutado MSPAS en PBNpm	1.09%	(1980 - 90)
% Ingresos Privativos del MSPAS Respecto del Presup. Ejecutado	0.90%	(1990)

Estructura del Presupuesto Ejecutado (1986 - 1990)

% Presup. Funcionamiento	73.70%
% Presup. Inversión	26.30%
Presupuesto Ejecutado Total	100.00%

MSPAS - ESTRUCTURA POR COMPONENTE DEL PRESUPUESTO DE FUNCIONAMIENTO EJECUTADO (1989)

Personal	58.30%
Medicamentos	10.10%
Otros Conceptos	31.70%
TOTAL	100.00%

DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO EN SERVICIOS DE PRIMER NIVEL (CSB y PS) Y SERVICIOS CURATIVOS (1986 - 1990)

Servicios Curativos (Funcionamiento e Inversión)	78.00%
Servicios de Primer Nivel (CSB y PS) (Funcionamiento e Inversión)	22.00%
TOTAL	100.00%

COSTO DE ACTIVIDADES BASICAS DE APS EN Q DE 1990 (SG. SE DEFINEN EN ESTE ESTUDIO)

MSPAS - SOLOLA (REGION VI)

Consulta (promedio)	4.46Q
CSB	10.80Q
PSMI	2.20Q
PSMII	2.20Q
Visita Dom.	9.02Q
Tratamientos	4.12Q
PAI	1.64Q
IRA	4.10Q
TRO	5.35Q

EFECTOR PRIVADO

Consulta en AGROSALUD (Incluye Tratamientos)	6.50Q

(*) FUENTE: Banco Mundial e investigación presente

RESUMEN EJECUTIVO

Objetivos

Uno de los principales problemas que enfrentan las autoridades públicas y los administradores de servicios de salud es poder tomar las decisiones más apropiadas a los objetivos de su gestión, dentro del marco de las condicionantes de su desempeño. Para el caso del sector salud, como en prácticamente todas las esferas del quehacer humano, las disyuntivas giran en torno a cómo aumentar la disponibilidad de recursos, en cómo reducir los costos sin afectar en forma negativa a la oferta y por último, en cómo utilizar en mejor forma los recursos para maximizar los resultados con relación al estado de salud de la población.

El Proyecto ***Latin America and Caribbean Health and Nutrition Sustainability*** (LAC HNS) ha prestado asesoramiento técnico al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de Guatemala (MSPAS) para que las autoridades respectivas puedan contar con mejor información y herramientas de trabajo para su toma de decisiones. En particular, se estudiaron los fondos desembolsados en Guatemala para la atención de salud, con énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS), se hallaron costos operativos, y se desarrolló un modelo de computación para apoyar la gestión ministerial.

Al existir en Guatemala información demográfica y socio-económica con distintos niveles de agregación, se pudo crear un banco de datos que no sólo vincula producción, gastos y costos a nivel de establecimiento de APS, sino que también incluye datos demográficos y de riesgo. A partir de este banco de información, LAC HNS desarrolló un modelo integrado de computación que permite relacionar la información de producción de servicios de APS a nivel de establecimiento con la de gastos y también con la socioeconómica acerca de la población cubierta. Esta relación, de fácil acceso y manejo para el usuario, permite estratificar la población según criterios predeterminados de riesgo o en función de políticas selectivas de asignación de recursos. El modelo desarrollado se convierte en una herramienta para el nivel central, regional y local.

El primer problema encarado fue determinar los costos operativos del MSPAS[1]. Pocos países tienen datos acerca de los costos corrientes de los servicios y de las acciones de salud propiamente dichas. Los presupuestos gubernamentales no están concebidos para brindar este tipo de información.

---

[1] En la literatura económico-contable de habla inglesa se denomina costo o gasto "recurrente" a los gastos que en el contexto de Hispanoamérica se suelen llamar indistintamente como operativos, de funcionamiento, o corrientes.

Sin embargo, en la actual situación de crisis financiera en que las asignaciones presupuestales son insuficientes para atender las siempre crecientes demandas de asistencia, se vuelve imperioso poder contar con información acerca de costos: quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones de política deben tener criterios para asignar racionalmente recursos nacionales escasos y direccionarlos para aumentar la eficacia y la eficiencia de los servicios de salud.

Independientemente del estudio de costos operativos del MSPAS, se relevaron también los fondos de asistencia destinados a APS por parte de organismos multilaterales de ayuda financiera y cooperación externa, de agencias bilaterales, y de las principales organizaciones no gubernamentales (ONGs).

También se relevó información acerca de los recursos recaudados a nivel de establecimiento por aplicación y cobro de tarifas a los usuarios, y el uso de los proventos respectivos por parte del propio establecimiento.

Metodología seguida para el costeo de acciones básicas de APS

LAC HNS desarrolló una metodología para determinar costos que consiste en partir del Presupuesto Ejecutado del MSPAS y relacionar dichos gastos con la producción de los servicios. La metodología procura utilizar documentación y mecanismos que los decisores de política conocen y que pueden utilizar como instrumentos de ajuste o cambio. La información presupuestal, abierta en las categorías de "Personal", "Medicamentos" y "Otros Conceptos", se discrimina a nivel de establecimiento. El estudio ha hecho énfasis en APS y ha costeado las diversas actividades finales emprendidas en esta área, distribuyendo las tres categorías de costo mencionadas según criterios de asignación específicos. Las remuneraciones se distribuyeron en base al tiempo que cada recurso (médico, enfermera, auxiliar, etc.) dedica a cada una de las actividades finales identificadas; el gasto en medicamentos se distribuye según el consumo ocurrido en aquellas actividades que involucran medicación; "Otros Conceptos" se asigna en función de criterios discutidos con personal especializado del MSPAS y de su conocimiento acerca del gasto.

La metodología utilizada a nivel central para todo el país se verificó localmente en el Area de Salud de Sololá. Se tomó la información de producción de servicios a nivel local y se modificaron los criterios seguidos para la asignación de las categorías de gasto a las diversas actividades finales. Este último ajuste se realizó gracias a la participación del personal local, que adoptó la aplicación del método a las condiciones locales. Esta discusión probó ser muy fecunda, y el personal de salud consideró que incorporar el análisis de costos a su trabajo cotidiano era un elemento importante para la planificación, programación y presupuestación de actividades a nivel local, con lo cual el estudio de costos operativos, en el caso de Sololá, se convirtió, en parte integrante del proceso de desarrollo local que esta área de salud comenzó en 1989.

Utilidad del estudio

La metodología descrita permite:

- Estimar costos unitarios de actividades específicas establecimiento por establecimiento, detectar irregularidades y realizar comparaciones, tanto por acción de APS, entre acciones de APS distintas, entre servicios, áreas y regiones, etc. La visión de conjunto permite la supervisión, el monitoreo y el cambio de políticas.

- Identificar experiencias del sector privado y de otros efectores públicos que pudieran ser complementarias a las actividades del MSPAS respecto de la ampliación de coberturas, con carácter sectorial y multi-institucional.

- Introducir criterios para controlar costos y reducir la dispersión del costo, reasignar recursos, mejorar programas y, en general, mejorar la equidad, la eficiencia y la eficacia de las acciones emprendidas.

- Utilizar la información de producción para homogenizar la productividad entre servicios de una misma clase y vincular las prestaciones con la población de cobertura, disminuyendo progresivamente las inequidades y/o desigualdades observables.

- Al relacionar datos de población, producción de servicios y costos, las tareas de planificación, programación y presupuestación adquieren otro significado y alcance: los recursos se pueden direccionar en base a criterios de riesgo o de problemas a ser resueltos o encarados, y maximizar de esa manera las actividades y los resultados que se esperan obtener con las partidas presupuestales asignadas al Ministerio.

- A su vez, el mayor tecnicismo y dominio que adquiere el Ministerio de Salud en el manejo de sus recursos, le confiere a éste mayor credibilidad ante las autoridades económicas del Gobierno. Sin duda, ello aumenta considerablemente su capacidad para obtener del Tesoro Público fondos presupuestales suplementarios así como mayor libertad en su asignación.

Principales resultados

En lo que respecta al gasto en salud, el MSPAS ha perdido participación en el presupuesto del Gobierno en términos relativos y absolutos. El nivel del gasto alcanzado en 1980 no se ha podido recuperar y si a eso se suma el incremento de la población ocurrido desde ese entonces, se obtiene que el gasto ministerial debería ser aumentado en forma importante.

El presupuesto de funcionamiento programado representa el 74% del total y las inversiones el 26% restante. Sin embargo, el grado de ejecución es muy diverso: el gasto operativo se ejecuta por sobre el 100%, mientras que los gastos de inversión apenas llegan al 36% (promedio 1986-

1991). La estructura del gasto según componentes de costo señala una participación de 58% para personal, 10% para medicamentos y 32% para otros rubros de costo. La clasificación en Atención Curativa y en Atención Primaria (definida esta última como las actividades que se ejecutan en Centros de Salud B y en Puestos de Salud) arroja para 1986-1990 78% para el primer caso y 22% para APS. Esto último significa que en promedio para 1986-1990 Guatemala destinó US$ 15.4 millones de dólares a APS en cada año.

Los aportes de cooperación externa aplicados a APS suman en 1989 US$ 12.5 millones de dólares, aunando contribuciones para gastos operativos y de inversión. Esto representa el 84% de los fondos nacionales dedicados a APS. Los organismos que realizan mayor contribución son USAID, que contribuye con US$ 4.3 millones de dólares, siempre en 1989, y Christian Children's Fund, que aporta ese mismo año US$ 2.1 millones.

El ingreso por proventos de salud no llega en 1990 al 1% del presupuesto ejecutado. Se tendría que revisar la política seguida en esta área. Sería conveniente actualizar los aranceles cobrados e implementar un sistema estratificado de subsidios que protejan a la población indigente y que estimulen el acceso a los servicios de salud.

En este último sentido, para lograr un aumento en el grado de utilización de los establecimientos, es esencial aumentar la calidad de las prestaciones otorgadas y disminuir los costos al usuario, quien no sólo evalúa los pagos directos que eventualmente debe afrontar para obtener un servicio, sino que considera el conjunto de costos directos e indirectos asociados al acceso de los servicios. Entre estos costos indirectos se encuentra el costo de transporte, la pérdida de tiempo y/o de ingreso personal (o costo de oportunidad involucrado), la reiteración de visitas, la disponibilidad de medicamentos, el trato recibido, etc. El Estado puede encontrar maneras para mejorar su eficiencia operativa y de ese modo reducir el costo al usuario, que es sustancialmente mayor que el monto del arancel al momento de percibir una prestación.

La determinación de costos de APS en el MSPAS mostró que el sistema de información permite intervenciones de política sumamente eficaces con tal de que sea utilizado a este fin. Se aprecia que hoy en día los datos no se relacionan ni se emplean en toda su riqueza. También se encontró que el sistema de información a nivel central debe ser revisado pues se detecta un gran subregistro de producción de servicios, especialmente en el caso de la consulta. Sin embargo, se reitera, aún teniendo muchas deficiencias el sistema de información, los datos que facilita permiten un gran caudal de intervenciones de política de salud así como de mejora en el manejo gerencial de los establecimientos ministeriales (en este caso CSB y Puestos de Salud, los establecimientos-tipo analizados en la presente investigación).

La aplicación de la metodología de costos en el Area de Sololá produjo resultados que merecen mayor confianza: la consulta ambulatoria da un costo de Q 4.46 (en quetzales de 1990), la visita domiciliaria Q 9.02, tratamientos Q 4.12, y PAI, IRA y TRO Q 1.64, Q 4.10 y Q 5.35, respectivamente.

También se realizó un estudio de los costos en dos efectores de salud privados, ACOGUA y Agrosalud, que son servicios organizados por grupos de propietarios caficultores para beneficio de los trabajadores y familiares residentes en las fincas cafetaleras. La metodología de costos seguida es idéntica a la antes descrita para el caso del MSPAS, sólo que se ajustó a la tipificación de actividades de APS de estos efectores y a los recursos asignados a cada una de ellas. Siendo que ACOGUA se asemeja a los CSA del MSPAS, cuya actividad es más de carácter curativo que de APS, los resultados obtenidos para este servicio no se incluyeron en el presente documento.

Agrosalud se asemeja más a lo que realizan los Puestos de Salud del MSPAS. Este patronato, que cubre a fines de 1991 a 22.688 personas, emplea en lo sustancial a promotores de salud (supervisados por médicos), promueve la participación comunitaria y sigue la estrategia de APS. El costo de la consulta, que incluye la medicación, se ubica en Q 6.50 (a precios de 1990). El financiamiento en un 64% se asienta en la contribución patronal, pero los usuarios coparticipan en un 28.7% al pagar el 100% del costo de los medicamentos. Este elevado porcentaje de recuperación de costos no parece afectar el grado de utilización, pues el número de consultas es de 1.4 consultas por persona por año, un índice mayor al observado para el MSPAS en Sololá.

La forma de trabajo de Agrosalud y de ACOGUA y su origen patronal, constituyen aspectos de interés, tanto para el MSPAS como para el Instituto Guatemalteco del Seguro Social, para considerar la posible extensión de este tipo de organizaciones privadas de salud a sectores que involucren a un número importante de trabajadores y de población activa. El potencial para que instituciones similares, bajo supervisión estatal, sean introducidas por otros cultivadores de café a través de ANACAFE o incluso, por otros productores agro-industriales, es alto, y debería constituir un punto a considerar por parte del Gobierno.

Conclusiones

El proyecto **LAC HNS**, con la activa participación de técnicos y funcionarios guatemaltecos, no solo ha realizado un estudio del financiamiento del MSPAS y hallado costos de las actividades básicas de atención primaria, sino que ha contribuido a desarrollar un banco integrado de datos y un modelo de computación, que permite jerarquizar y ordenar establecimientos de acuerdo con variables predeterminadas. Este modelo, que puede ser utilizado tanto a nivel nacional como a nivel regional y local, permite detectar problemas y direccionar acciones y recursos, concentrando esfuerzos según prioridades de política. Este herramental permite modificar la toma de decisiones tradicional y la gerencia de los servicios, incrementando la efectividad y la eficiencia del Ministerio; si se decide aplicar en forma generalizada, se pueden sentar bases para iniciar un proceso de desarrollo institucional en materia de actividades de atención primaria de salud.

1. INTRODUCCION

Los recursos destinados a Salud por los Gobiernos procuran mantener y mejorar el estado de salud de la población, como parte inseparable del bienestar y del logro de una vida de mayor plenitud. En las últimas décadas se ha abierto una creciente brecha entre los recursos disponibles y los propiamente requeridos para satisfacer estos objetivos, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Dicha distancia ha motivado un creciente interés en la Política, en el Financiamiento y en la Administración de Salud, como disciplinas científicas que procuran mejorar el desempeño del sector en el cumplimiento de sus objetivos.

Hay varios aspectos a ser analizados en este contexto, algunos de los cuales se tratan en el presente documento:

1 - El monto de los recursos empleados por el sector
2 - La eficiencia con que dichos recursos son aplicados
3 - La equidad en la distribución de los recursos
4 - La eficacia de esos medios para alcanzar los objetivos sectoriales
5 - La calidad de las prestaciones realizadas

El primer punto tiene que ver con la dotación de recursos disponibles y su financiamiento, a la par que con la posibilidad de movilizar recursos adicionales; el segundo tiene que ver con la administración y política de salud y con la producción de servicios (acciones y productos de salud); el tercero (equidad) tiene que ver con la accesibilidad de la población a los diversos servicios ofrecidos; el cuarto (eficacia) tiene que ver con el resultado o efecto de los servicios ofertados sobre el estado sanitario de la población (reducción en la morbilidad, mortalidad, etc.). A su vez, importa evaluar la calidad de las acciones cumplidas, no sólo desde el punto de vista de los oferentes de los servicios, sino también desde la perspectiva del paciente o usuario. Por supuesto, no es posible establecer una demarcación precisa entre estas áreas, que en muchos casos se entrecruzan y superponen.

En lo que sigue se presenta la metodología y los resultados del estudio de costos operativos realizado. Si bien dicha determinación de costos corrientes tiene directo vínculo con los aspectos 1. y 2. anteriores, puesto que hallar costos implica establecer una relación funcional entre los recursos destinados al sector y la producción de servicios que aquellos permiten, también importa analizar la equidad y la eficacia de las prestaciones. La metodología seguida en el estudio realizado permite al MSPAS realizar el vínculo entre los diversos factores del problema: recursos aplicados al sector, servicios producidos, y población cubierta. Los cambios en el estado sanitario se pueden evaluar utilizando la información histórica en forma integrada y si el MSPAS utiliza este procedimiento sobre una base continua. El estudio enfoca el problema de la calidad analizando conceptualmente la relación que se entabla entre gasto, calidad, utilización, costo y recuperación de costo, pero no evalúa propiamente la calidad de las prestaciones del MSPAS, aunque sí se consideró la calidad de los servicios prestados por los dos oferentes privados que fueron analizados.

2. OBJETIVOS Y PROCEDIMIENTO

2.1. Objetivos

La investigación tuvo por intención principal analizar el financiamiento del MSPAS, las actividades de Atención Primaria de Salud realizadas y su costo, y vincular dichos aspectos con la población de referencia.

Es así que en primer término, el estudio realizado ha tenido como propósito determinar el monto global gastado por el MSPAS de Guatemala en el período 1986-1990 por región y por tipo de establecimiento en materia de gasto operativo y de capital, tanto expresado en moneda corriente como constante para apreciar su evolución en términos reales.

Dentro del gasto corriente, un objetivo específico fue hallar el nivel de los desembolsos en APS. Esta última información es en general poco conocida en los países, pues el esfuerzo se suele concentrar en la atención brindada en los establecimientos hospitalarios por la propia dinámica de éstos, cuando el gasto en actividades de promoción de salud y de atención de primer nivel es sumamente importante para anticipar el daño a la salud y prevenir su ocurrencia, y promover el estado de bienestar. Guatemala se caracteriza por altos niveles de mortalidad infantil y desnutrición, bajos niveles de cobertura y prevalencia de enfermedades de rápida reducción si se generalizara en forma adecuada la estrategia de APS y la participación comunitaria.

La determinación del aporte a APS de agencias multilaterales y bilaterales de cooperación y financiamiento fue otro objetivo, también analizando los desembolsos realizados de 1986 a 1990, no sólo para conocer el flujo de dinero proveniente de estas fuentes, sino para apreciar el grado de dependencia del país respecto de la cooperación extranjera, en el sentido de cuánto tendría que aumentar el gasto nacional para suplir los fondos de origen no-nacional en caso de que las agencias donantes no realizaran aporte alguno.

También se hallaron los fondos recaudados a nivel de establecimiento, información que junto a los fondos presupuestales y de agencias donantes, permite tener una idea del total de recursos movilizados en el país.

Un segundo gran objetivo fue determinar el volumen y el tipo de las acciones de salud de APS realizadas en el seno del MSPAS, desagregadas a nivel de establecimiento y para todo el territorio nacional, a nivel de región, área y distrito. Precisamente, al tener información presupuestal e información de producción, se pudo hallar el costo de cada acción de APS en cada uno de los prácticamente 1000 establecimientos del país. Como se analizará con detalle más adelante, dichos resultados permiten una más eficaz intervención del personal responsable de conducir la política y las acciones de salud.[1]

En tercer lugar, el estudio tuvo por objeto establecer el vínculo de la producción de los servicios y el gasto incurrido, con la población de referencia cubierta por los establecimientos. La determinación del número de actividades realizadas por región, área y distrito, adquiere pleno significado si se vincula con la población beneficiaria de esas acciones. El mismo comentario vale respecto a la determinación del costo. Por consiguiente, es de la mayor importancia relacionar la oferta de servicios con la población a la que esos servicios van dirigidos. Por ejemplo, si bien es necesario saber el número de inmunizaciones cumplidas en cierta área, importa conocer qué porcentaje de niños de la población-objetivo fueron vacunados. También interesa saber qué tipo de personas recibieron qué clase de acciones y por exclusión, cuáles no obtuvieron atención adecuada. Ello permite maximizar los recursos disponibles, que siempre son escasos, direccionándolos en base a criterios selectivos.

Por consiguiente, se requiere conocer la población que reside en las zonas de influencia donde se cumplieron las diversas acciones y su estructura por grupos de edad y sexo. A su vez, interesa conocer su composición por niveles de ingreso para hallar líneas de pobreza y algunos indicadores adicionales, como ser tasas de natalidad y de mortalidad específicas a cada zona, los niveles de desnutrición prevalecientes, y así sucesivamente.

El estudio no sólo logró alcanzar los tres grandes objetivos antemencionados, sino también un cuarto, y muy importante: la compactación de los tres archivos involucrados, a saber costos, producción de servicios y población. Dicha integración es de gran relevancia para que las autoridades del MSPAS puedan evaluar lo actuado, estratificar establecimientos y lugares de acuerdo a criterios de política de salud prefijados, priorizar acciones a cumplir en el futuro, programar actividades y, en última instancia, reorientar recursos en base a criterios de riesgo. Adecuadamente manejado, el sistema de información que se ha desarrollado también permite el control gerencial y el monitoreo de políticas y programas. Estos aspectos serán enfocados con detalle en el Capítulo 7 y ss.

Obviamente, para priorizar acciones de acuerdo a criterios de política de salud se requiere, como prerrequisito, una definición explícita de políticas en cuanto a su formulación doctrinaria y en

---

[1] Se realizó un estudio similar para dos servicios de salud privados que brindan atención de APS, cuyos resultados generales se incluyen en el Capítulo 9.

ulterior instancia, en cuanto a su expresión presupuestal. El dinero debe ir donde se dice que van las prioridades. Este estudio no innova en este sentido. [2]

Lo que sí aporta este Proyecto es una herramienta para poder jerarquizar establecimientos, distritos, áreas, problemas, etc., una vez que las políticas estén definidas. El modelo de computación GLIFO permite esta jerarquización estratificada. En definitiva, este resultado del trabajo le permite acceder al MSPAS a un instrumento para presupuestar, programar actividades y para tomar decisiones políticas y gerenciales de trascendencia para el Ministerio y el País.

2.2. *Procedimiento*

Uno de los objetivos y preocupaciones de LAC HNS, como lo indica su nombre, es el autosostenimiento de los programas. El término inglés "sustainability" es difícil de traducir, pero significa lograr la autosuficiencia financiera, la autonomía funcional, la perduración y continuidad temporal y el crecimiento sostenido. Va en ello no sólo el aspecto económico, sino también el gerencial, administrativo y operativo. LAC HNS tuvo especial cuidado en trabajar siempre en equipos multidisciplinarios formados por técnicos y funcionarios jerárquicos guatemaltecos. LAC HNS también procuró actuar en forma concertada y armónica con agencias de cooperación externa y con dependencias estatales extra-sectoriales, pero con incidencia en la política de salud. En este último sentido, se trató de integrar equipos de trabajo con personal del MSPAS, SEGEPLAN y el MFP, para también de esta manera contribuir a un diálogo de políticas y a la discusión conjunta de problemas. El involucramiento continuo y la activa participación de funcionarios del MSPAS a nivel central y local fue la forma natural de trabajo seguida, que por otra parte constituye la única manera de asegurar continuidad y permanencia al estudio y a los procesos de cambio que puedan dar comienzo a partir de lo realizado.

---

[2] Estas recomendaciones han venido siendo hechas por diversos organismos, fundamentalmente la OPS, el Banco Mundial y el BID. Así, por ejemplo, en un informe del corriente año 1992 señala el Banco Mundial que "dada la limitada cantidad de recursos disponibles para el sector, es crucial que la estrategia del Gobierno se oriente a priorizar programas y de esa manera focalize su asignación de recursos en la forma más efectiva para combatir los principales problemas de salud del país." En otro documento, también de 1992 y en este caso preparado por el BID, se señala que "la falta de definición de prioridades y de una estrategia operativa para lograr los objetivos de política" conspiran contra "la modernización del sector y la canalización efectiva de recursos para mejorar los servicios de salud". El documento propone un programa de reformas para: "(a) ampliar la cobertura y mejorar la **focalización** de los servicios básicos de salud y nutrición **hacia los sectores de menores recursos y de las zonas rurales**, y (b) **aumentar la eficiencia y equidad** del sistema de salud pública." (Subrayados nuestros). Y sigue diciendo el documento, cuyo contenido este informe suscribe, que "para aumentar la cobertura y mejorar **la focalización** (subr. n.) del servicio el programa apoyaría (i) el mejoramiento de la calidad y la ampliación de los servicios de atención primaria y nutrición para la población de escasos recursos, enfatizando la atención de los grupos más vulnerables de la población, madres y niños en familias pobres, y (ii) el aumento en los recursos presupuestarios destinados al sector."

3. FINANCIAMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

3.1. Introducción

La presente estructura presupuestaria no permite fijar prioridades ni determinar el costo de los servicios ni sus prestaciones, pues el presupuesto está organizado por línea de gasto y no por nivel o tipo de servicio. En lo que sigue se hace un análisis histórico del presupuesto, enfatizando la diferencia entre lo programado y lo ejecutado, para poder hacer recomendaciones que ayuden a incrementar los fondos otorgados por el Gobierno al MSPAS y maximizar las fuentes disponibles por el Ministerio para su gestión.

a. Presupuesto Solicitado

Como marco general al estudio se presentará la evolución del presupuesto programado, asignado y ejecutado del MSPAS. En teoría, el proceso presupuestal comienza en las unidades periféricas del Ministerio, que en base a sus necesidades de atención de salud, actividades programadas, etc, elaboran solicitudes de recursos físicos, humanos y materiales, debidamente presupuestados, que elevan al nivel central. Las oficinas especializadas del Ministerio, fundamentalmente la Unidad Sectorial de Planificación, integran, compatibilizan y homogeneizan dichas solicitudes y elaboran un Anteproyecto de Presupuesto, que expresa la intención de gasto por parte del Ministerio. Dicho Anteproyecto, que se suele denominar **Presupuesto Solicitado,** se eleva al Ministerio de Finanzas Públicas (MFP).

b. Presupuesto Programado

Los funcionarios especializados del MFP, en concreto, de la Dirección Técnica del Presupuesto (DTP), reciben todas las propuestas o solicitudes presupuestales de la Administración Central y entre ellas, la del MSPAS. La DTP estudia dichas solicitudes y las ajusta a las políticas de gasto del Gobierno, estudia su financiamiento, etc., y finalmente prepara lo que se llama el **Presupuesto Programado**. Este último documento es presentado por el Poder Ejecutivo ante el Congreso para que las diversas comisiones presupuestales lo estudien y lo aprueben, como paso previo a la discusión por parte de los Diputados.

c. Presupuesto Aprobado

El Congreso, dentro de los plazos previstos por la Ley, se aboca al estudio del Proyecto Programado para finalmente aprobar el **Presupuesto de Ingresos y Egresos del Estado**, al que para abreviar se le llama **Presupuesto Asignado**. La instancia parlamentaria es particularmente importante pues constituye la etapa en que los legisladores discuten el destino y el monto de los gastos públicos así como las fuentes para su financiamiento. Por lo tanto, incluye la determinación de los niveles salariales para los funcionarios públicos, las partidas para

incorporar nuevos empleados, los rubros para compra de servicios no personales, el monto de las inversiones, etc.

Durante este proceso, que suele insumir varios meses, especialmente al comienzo de cada nuevo período gubernamental, confluyen al Congreso todas las fuerzas vivas de la Nación y los diversos intereses en pugna, que procuran maximizar sus beneficios y minimizar sus costos o pérdidas. Esto abarca desde Ministerios, Empresas del Estado, funcionarios públicos, etc., a intereses sindicales, gremiales, de la industria, del comercio, de los oferentes de servicios, asociaciones profesionales, grupos de presión, partidos políticos, etc. El Presupuesto de Ingresos y Egresos del Estado que aprueba el Congreso es mandatorio: se puede gastar solamente lo autorizado. La discusión parlamentaria, especialmente en la presente década en que el sistema democrático de gobierno se ha reestablecido en el Continente, es definitoria. Allí es donde convergen y se validan los intereses y conflictos de todos los grupos nacionales. Es esta una etapa de negociación, coordinación y compatibilización de políticas y de los gastos que las permiten sustentar, así como de la recaudación fiscal y demás ingresos del Tesoro Público.[3]

d. Presupuesto Ejecutado

Finalmente, el **Presupuesto Ejecutado** expresa las partidas efectivamente utilizadas por el Ministerio durante el ejercicio económico. Refleja tanto las asignaciones aprobadas antes del ejercicio como los suplementos y las transposiciones entre rubros que se aprueban durante el año. Lo normal es que los gastos de funcionamiento se desembolsen prácticamente en su totalidad y a veces por sobre lo inicialmente aprobado, mientras que los fondos previstos para inversiones se ejecuten en un porcentaje menor, que a veces llega a apenas la mitad de lo previsto. En estos aspectos incide la capacidad ejecutora del Ministerio, que a su vez está condicionada por las prácticas de derecho vigentes y los procesos administrativos y burocráticos del Estado. En algunas ocasiones, también, el gasto de capital es menor al originalmente previsto como consecuencia de una política coyuntural restrictiva del Gobierno por motivos de iliquidez de Caja; el gasto de inversión es el más fácil de restringir sin afectar mayormente la capacidad operativa institucional.

---

[3] La importancia del proceso de discusión parlamentaria en las presentes circunstancias político-institucionales prevalecientes en el Continente, que contrastan con los regímenes autoritarios de las décadas anteriores, ha motivado a que la Organización Panamericana de la Salud haya iniciado en 1990 en Proyecto "Democracia y Salud". Esta importante iniciativa procura ubicar la discusión en torno a las políticas de salud y el gasto social, en particular el gasto en salud, en un contexto más amplio, tanto conceptual como institucional El vínculo entre salud y desarrollo, el problema de la deuda social, las consecuencias del ajuste estructural provocado por la crisis de la deuda externa y la recesión de la década de 1980, la situación de los grupos marginales y los nuevos problemas que introduce el concepto de salud internacional, son parte del fundamento de este nuevo enfoque. El estudio presente y su metodología, como se apreciará, permite que el MSPAS tenga mayor peso en este proceso de discusión y negociación intersectorial.

Cabe hacer una acotación importante respecto del Proyecto de Presupuesto que presenta el MSPAS al MFP y el presupuesto que éste eleva en definitiva al Congreso, o Presupuesto Programado. La práctica usual en los Gobiernos, y que también se observa en Guatemala, consiste en que el Presupuesto Programado se apruebe en el Ministerio de Finanzas y que éste no necesariamente refleje las solicitudes y programaciones de los Ministerios de Salud. Por atrasos en la presentación ante el MFP del proyecto de presupuesto respectivo, por restriciones de política macroeconómica general o por otros motivos, es común que el presupuesto que en definitiva presenta la Dirección Técnica de Presupuesto (DTP) del MFP al Congreso para su aprobación sea diferente al solicitado originalmente por el MSP, y que dicho presupuesto futuro no sea más que el vigente al cual se le introdujeron correcciones por inflación y algunas transposiciones de rubros. Y este proceso se autoperpetúa, pues acontece lo mismo año en año.

Precisamente, y como ejemplo de este tipo de asignación nominal, el estudio realizado por este Proyecto permitió evidenciar que los fondos asignados a cada establecimiento de APS prácticamente son uniformes e igualitarios, sin tener en cuenta la población cubierta ni las necesidades a ser atendidas. Este es uno de los aspectos del proceso de presupuestación que el presente estudio recomienda modificar, para lo cual ha contribuido a desarrollar el programa de computación "GLIFO" que se describirá más adelante.

3.2. Transformación a valores constantes

Salvo que se exprese lo contrario, todas las cantidades monetarias estarán expresadas en queztales de 1990. Los queztales corrientes de cada año se han convertido en constantes utilizando como factor de conversión el Indice de Precios al Consumo (IPC). La evolución del IPC se suele tomar como expresión del movimiento del nivel general de precios y como factor de corrección del cambio nominal en el precio de los bienes para eliminar el efecto de la inflación y considerar las variaciones reales ocurridas respecto de algún año tomado como base o patrón de referencia.

En países con procesos inflacionarios persistentes, tomar un año base alejado en el tiempo implica disminuir los valores nominales vigentes en los años más cercanos; viceversa, un año base próximo al momento actual implica incrementar los valores nominales corrientes de años alejados. La particular situación de Guatemala, que siguió por muchos años una política de paridad respecto del dólar de carácter fijo y sin modificaciones a pesar del movimiento de los restantes precios de la economía, sugiere elegir como base el año más próximo posible pues sólo recientemente se ha dejado flotar el dólar. A su vez, como la memoria colectiva en lo que se refiere a valores monetarios sigue y corresponde a los precios vigentes, valuar transacciones alejadas en el tiempo a precios del momento en curso es más apropiado y realista. Por consiguiente, se ha tomado como base el año 1990, y la cotización de Q5=US$1. El valor del IPC para 1991 es preliminar. El índice de precios al consumo original es con base marzo/abril de 1983 = 100. La serie se ha reconvertido a 1990 = 100.

3.3. *Consideraciones generales acerca de la evolución presupuestal del MSPAS para el período 1980-1990 y consecuencias para la política de financiamiento.*

El presupuesto del MSPAS tuvo, con diversos vaivenes, una reducción significativa en términos reales en los años 1980-1990, tanto respecto del presupuesto programado, del asignado, como del ejecutado. No es un objetivo del presente estudio buscar las razones del caso ni cuantificarlas; meramente a título enumerativo y como reflexión se pasan a formular varias posibles hipótesis explicativas, no necesariamente independientes ni mutuamente excluyentes:

- Por motivos extra-sectoriales (crisis externa, crisis doméstica, u otros), el Producto Bruto Nacional (PBN) decreció en el período y el Presupuesto de la Nación acompañó dicha baja, arrastrando consigo al MSPAS, aún manteniendo este Ministerio su participación relativa dentro de la Administración Central.

- Por un proceso inflacionario no compensado por política salarial, las remuneraciones de los funcionarios públicos decrecieron en términos reales, y siendo los salarios un componente importante del Presupuesto del Gobierno y en particular, del MSPAS, su descenso contribuyó a que los presupuestos bajaran aún sin existir una reducción en el número de funcionarios.

- Hubo cambios significativos en la estructura presupuestal: se culminaron grandes proyectos de inversión, se realizó una profunda reestructura administrativo-funcional reduciendo personal, se cancelaron programas importantes, etc., que contribuyeron a que el presupuesto se redujera en términos reales.

- Hubo un paulatino cambio en los problemas de salud con una sustancial mejora en el estado sanitario general que ameritó decisiones de política reasignando recursos nacionales hacia otros sectores.

- Hubo cambios en las necesidades y prioridades nacionales y consiguientemente, decisiones de política, reasignando recursos nacionales hacia otros sectores con independencia de problemas sanitarios.

- Hubo políticas macroeconómicas de ajuste que determinaron una reducción en el presupuesto gubernamental y que incidieron con mayor gravedad en los sectores sociales.

Como se verá más tarde, durante el primer quinquenio de la década del 80 Guatemala pasó por una crisis económica que afectó el PBN, pero su reducción fue muy leve comparada con la caída que tuvo el Presupuesto Ejecutado del MSPAS. También se redujo el Presupuesto Gubernamental, pero el presupuesto del MSPAS tuvo una evolución incremental respecto de aquél al comienzo de la década para luego caer por debajo del Presupuesto de Gobierno y ya no

recuperar el nivel alcanzado antes. El salario real también acusó una fuerte disminución, pero el presupuesto ejecutado del MSPAS tuvo una reducción real previa a la disminución de los salarios. Por otra parte, no hubo una mejora en las condiciones sanitarias durante este período, más bien al contrario. En materia demográfica, la población aumentó al 2.9% anual y las condiciones generales de pobreza se agravaron.

En definitiva, las evidencias parecen señalar que un conjunto de factores contribuyeron a que el nivel presupuestal del MSPAS se redujera en términos de moneda constante. Y si bien siempre suele existir en los países una gran continuidad y estabilidad en materia de asignaciones de presupuesto, también es cierto que decisiones de política pueden cambiar las prioridades en una Nación y favorecer a los sectores que se entiende son más vulnerables o más necesitados. La información numérica parece indicar que o bien otros sectores fueron considerados más importantes, o bien que el MSPAS no tuvo respuesta adecuada en su negociación con las autoridades económicas, o ambos. El presente estudio procura contribuir a fortalecer la postura y la capacidad de negociación del Ministerio en este campo.

3.4. Presupuesto Programado, Asignado y Ejecutado para 1980-1991

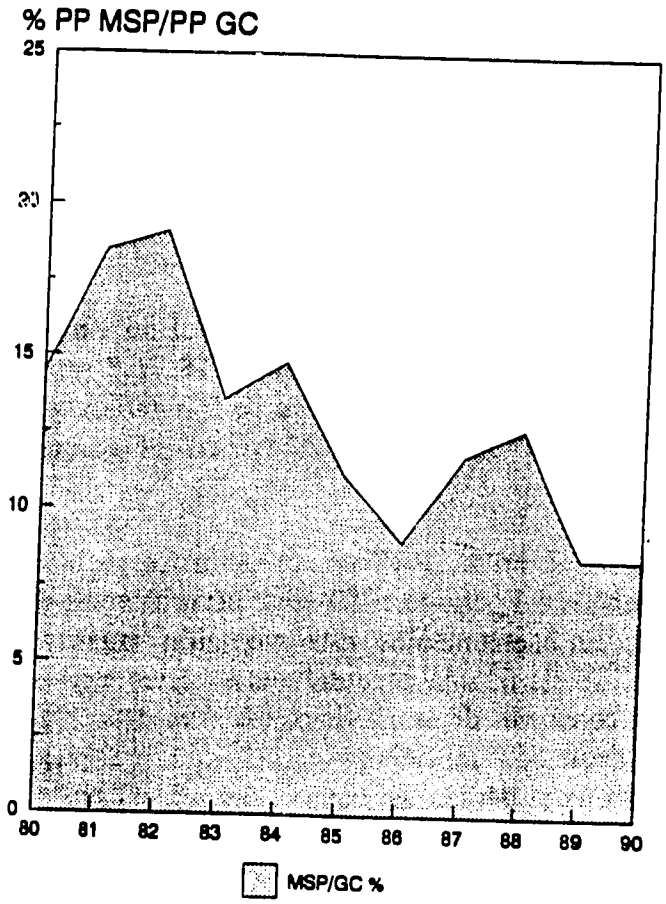
a. Presupuesto Programado

El presupuesto programado para 1991 del MSPAS asciende a Q 384.1 millones de quetzales de 1990, que a un tipo de cambio de 5 quetzales por dólar arroja US$ 76.8 millones de dólares estadounidenses. Como el país tiene una población de cerca de 9.4 millones de personas en 1991, este valor nos indica que la intención del Poder Ejecutivo era de gastar US$ 8.17 por persona para dicho año.

La evolución del presupuesto de egresos del MSPAS en cuanto a los montos programados, asignados y ejecutados para los doce años del período 1980-1991 permite apreciar las tendencias históricas del pasado más inmediato. En buena medida, esta evolución muestra para el caso de Guatemala lo que se ha dado en llamar "la década perdida" de América Latina. En efecto, se aprecia una pérdida significativa y constante de la participación del MSPAS en el total del presupuesto del Gobierno y una evolución caprichosa de este último, reflejando la crisis financiera y la recesión de comienzos de la década así como la evolución política nacional.

En valor absoluto, el mayor presupuesto programado obtenido por el MSPAS durante el período bajo análisis corresponde al del año 1981, que con US$ 100 millones de dólares resalta en la serie. La participación del MSPAS en el presupuesto programado del Gobierno Central (GC), como se aprecia en la Tabla 3-1 y en la Figura 3-1, varió desde un 19.1%, valor extremo alcanzado en 1982, a un mínimo de 8.5% para 1989 y 1990.

FIGURA 3-1
GUATEMALA
MSPAS Y GOBIERNO CENTRAL
PROPORCION DEL PRESUPUESTO DEL MSPAS DENTRO DEL PRESUPUESTO PROGRAMADO DEL GOBIERNO CENTRAL



AÑO	MSP/GC %
1980	14.5
1981	18.5
1982	19.1
1983	13.6
1984	14.8
1985	11.2
1986	9.0
1987	11.8
1988	12.7
1989	8.5
1990	8.5

FUENTE: TABLA 3-1

Siempre resulta arbitrario elegir un determinado año fiscal como base de referencia, y aquí se ha elegido 1980 por ser el primero de la serie. Tomando dicho año fiscal como base=100, se aprecia que la participación del MSPAS en el Presupuesto Programado del GC de 1990 no llega al 60% del nivel que tenía en 1980. Esta reducción relativa del presupuesto del MSPAS, que también es absoluta, no cambia si en lugar de tomar como base de comparación un año específico se prefiere tomar el promedio de los primeros cinco años de la serie (1980-1984) y se le compara con los últimos cinco (1986-1990): en este caso nos encontramos con que dicha participación descendió al 63%.

La evolución en términos reales (a precios de 1990) y siempre respecto del año base de 1980 muestra una reducción continua en el presupuesto programado del GC hasta 1984, en que comienza a ascender progresivamente hasta alcanzar un nivel de 171% para 1989. En 1990 se repite el presupuesto nominal de 1989 porque el Parlamento no llegó a aprobar el propio de 1990 dentro de los plazos constitucionales; por consiguiente, la reducción del presupuesto programado de 1990 tanto del GC como del MSPAS expresado en quetzales constantes se debe a la inflación de dicho año.

TABLA 3-1 GUATEMALA. PRESUPUESTO PROGRAMADO DEL GOBIERNO CENTRAL Y DEL MSPAS (1980-1990)
Expresado en millones de quetzales corrientes de cada año y quetzales constantes de 1990

AÑO	QUETZ. CORRIENTES		MSP/GC		IPC BASE 1990=100	QUETZ. CONSTANTES		EVOLUCION 1980=100	
	G.C.	MSP	%	EVOL		G.C.	MSP	G.C.	MSP
1980	748.0	108.5	14.5	100.0	24.87	3,007.6	436.3	100.0	100.0
1981	742.4	137.7	18.5	127.9	27.53	2,696.7	500.2	89.7	114.6
1982	731.1	139.4	19.1	131.4	28.80	2,538.5	484.0	84.4	110.9
1983	742.9	101.0	13.6	93.7	30.44	2,440.5	331.8	81.1	76.1
1984	668.7	99.2	14.8	102.3	31.48	2,124.2	315.1	70.6	72.2
1985	866.4	96.7	11.2	76.9	37.36	2,319.1	258.8	77.1	59.3
1986	1,466.9	131.9	9.0	62.0	51.16	2,867.3	257.8	95.3	59.1
1987	1,857.8	219.9	11.8	81.6	57.47	3,232.6	382.6	107.5	87.7
1988	2,299.1	291.4	12.7	87.4	63.69	3,609.8	457.5	120.0	104.9
1989	3,648.0	311.3	8.5	58.8	70.92	5,143.8	438.9	171.0	100.6
1990	3,648.0	311.3	8.5	58.8	100.00	3,648.0	311.3	121.3	71.4

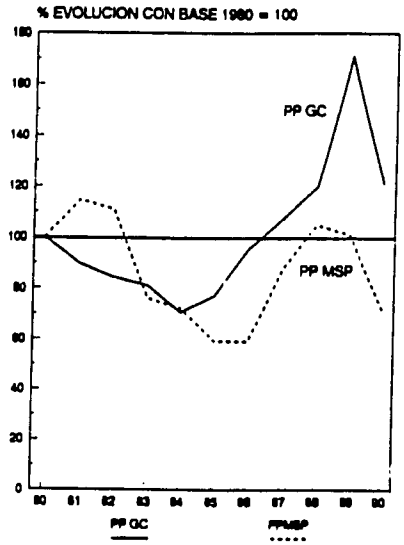
Archivo: GT3-1.wk1 R: A1..Q29 ML: .82" MT/B: 3.25"

FUENTE: --USAID Guatemala. Fuente Original: Presupuesto de Ingresos y Egresos del Estado 1980-1989. Ministerio de Finanzas Públicas, Dirección Técnica del Presupuesto. Cierre del Ejercicio Contable y Liquidación del Presupuesto de Ingresos y Egresos del Estado 1980-1988. Ministerio de Finanzas Públicas, Dirección de Contabilidad del Estado.
--Datos acerca del Gobierno Central: C. Gómez y M. Pacajó "Estudio Básico del Sector Salud. Análisis del Financiamiento y Gasto del Sector Salud en la República de Guatemala" (MSPAS, BID, OPS/OMS, 1991)
--IPC: Estimado por el Proyecto a partir de datos del Banco Mundial.
--Cálculos propios.

La evolución del presupuesto programado del MSPAS contrasta con la del GC por seguir una evolución autónoma: en los tres primeros años de la serie el presupuesto programado del MSPAS aumenta en términos relativos y absolutos; de 1983 a 1984 decrece en ambos sentidos, baja que continúa hasta 1986, en contraste con el GC, que en 1984 inicia un ascenso pronunciado. En 1987 y 1988 el MSPAS parece querer iniciar una recuperación del nivel alcanzado en 1980, que pierde en 1990 (véase Figura 3-2).

FIGURA 3-2
GUATEMALA
EVOLUCION COMPARATIVA DEL PRESUPUESTO PROGRAMADO DEL GOBIERNO CENTRAL Y DEL PRESUPUESTO PROGRAMADO DEL MSPAS EN TERMINOS REALES

PERIODO 1980 - 1990



AÑO	GC	MSP
1980	100.0	100.0
1981	89.7	114.6
1982	84.4	110.9
1983	81.1	76.1
1984	70.6	72.2
1985	77.1	59.3
1986	95.3	59.1
1987	107.5	87.7
1988	120.0	104.9
1989	171.0	100.6
1990	121.3	71.4

FUENTE: TABLA 3-1

En definitiva, la serie nos permite concluir que la respuesta a la capacidad de negociación del MSPAS dentro del Poder Ejecutivo no ha sido buena en el último quinquenio y que el Gobierno Central ha privilegiado e incrementado en forma relativa y absoluta a otros servicios antes que contemplado las necesidades del MSPAS.

Esta es una observación importante a los efectos del presente estudio y a su potencialidad para contribuir a revertir este aparente desplazamiento de las prioridades públicas hacia otros sectores nacionales.

TABLA 3-2 GUATEMALA. PRESUPUESTO PROGRAMADO, ASIGNADO Y EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL (1980-1991)
En millones de quetzales corrientes de cada año y quetzales constantes de 1990

AÑO	QUETZALES CORRIENTES P.PROG. PP	P.ASIG. PA	P.EJEC. PE	INDICES PA/PP	PE/PP	PE/PA	IPC	QUETZALES CONSTANTES P.PROG. PP	P.ASIG. PA	P.EJEC. PE	EVOLUCION BASE 1980=100 PP	PA	PE	SALARIO REAL (1)
1980	108.5	132.4	114.7	1.22	1.06	0.87	24.87	436.5	532.6	461.2	100.0	100.0	100.0	100.0
1981	137.7	149.9	120.8	1.09	0.88	0.81	27.53	500.2	544.5	438.7	114.6	102.2	95.1	92.4
1982	139.5	120.7	91.0	0.87	0.65	0.75	28.80	484.2	419.0	316.0	110.9	78.7	68.5	98.0
1983	101.0	99.3	85.1	0.98	0.84	0.86	30.44	331.9	326.3	279.7	76.0	61.3	60.6	96.1
1984	99.2	103.8	92.2	1.05	0.93	0.89	31.48	315.0	329.8	292.8	72.2	61.9	63.5	87.5
1985	96.8	98.1	93.9	1.01	0.97	0.96	37.36	259.1	262.7	251.3	59.4	49.3	54.5	71.6
1986	131.9	189.2	157.8	1.43	1.20	0.83	51.16	257.8	369.9	308.5	59.1	69.5	66.9	58.6
1987	219.9	186.4	173.0	0.85	0.79	0.93	57.47	382.6	324.4	301.0	87.7	60.9	65.3	69.0
1988	291.4	283.6	261.9	0.97	0.90	0.92	63.69	457.6	445.3	411.3	104.8	83.6	89.2	70.5
1989	311.3	310.4 (2)	277.7	1.00	0.89	0.89	70.72	440.2	438.9	392.7	100.9	82.4	85.1	75.0
1990	311.3	405.3 (2)	296.8	1.30	0.95	0.73	100.00	311.3	406.3	296.8	71.3	76.1	64.4	58.7
1991	494.5	577.9 (2)	368.4 (2)	1.17	0.74	0.64	128.73 (3)	384.1	448.9	286.2	88.0	83.4	62.0	s/d
1992	537.3	–	–	–	–	–	–							
PROMEDIO				1.08	0.90	0.84								

Archivo: GT3-2.wk1 R: A1..U36 ML: .75" MT: 1.5"

FUENTE: Ibid y Tabla 3-1

s/d = sin datos

(1) Evolución del Salario Real del Sector Servicios, incluyendo funcionarios públicos (Fuente: B. Mundial)

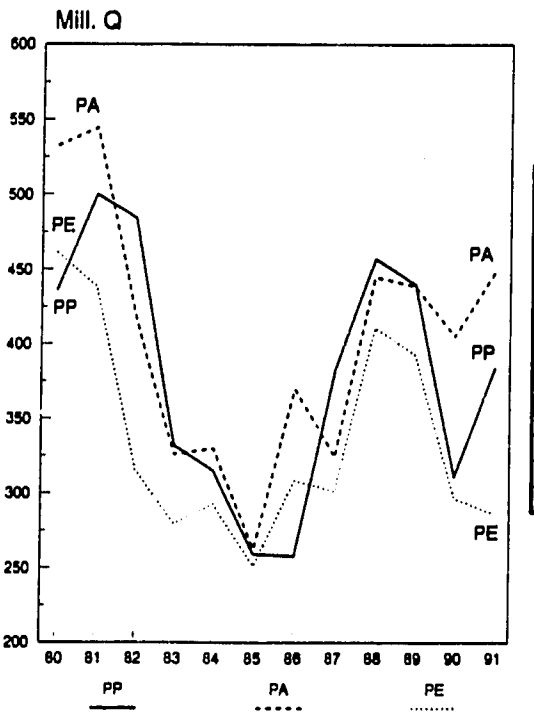
(2) SEGEPLAN, Comunicación directa. Pr. Ejecutado 1991: Valor Preliminar

(3) Valor Preliminar (Fuente: USAID Guatemala, Comunicación directa)

b. Presupuesto Asignado

La comparación entre el presupuesto programado y el presupuesto asignado del MSPAS durante el período bajo estudio muestra una peculiaridad sorprendente: el presupuesto asignado no sólo tiende a acercarse al presupuesto programado, sino que en cuatro ejercicios lo supera (en 1980 es un 22% más alto y en 1986 un 43%; véase Tabla 3-2 y Figura 3-3). En promedio para 1980-1991 el presupuesto asignado ha estado un 8% por sobre el presupuesto programado. Esta evolución parece señalar que el MSPAS tiene mayor receptividad en el Parlamento que en el Poder Ejecutivo.

FIGURA 3-3
GUATEMALA
MSPAS-PRESUPUESTO PROGRAMADO, ASIGNADO Y EJECUTADO
1980 - 1991
En millones de quetzales de 1990



AÑO	PP	PA	PE
1980	436.5	532.6	461.2
1981	500.2	544.5	438.7
1982	484.2	419.0	316.0
1983	331.9	326.3	279.7
1984	315.0	329.8	292.8
1985	259.1	262.7	251.3
1986	257.8	369.9	308.5
1987	382.6	324.4	301.0
1988	457.6	445.3	411.3
1989	440.2	438.9	392.7
1990	311.3	405.3	296.8
1991	384.1	443.9	286.2

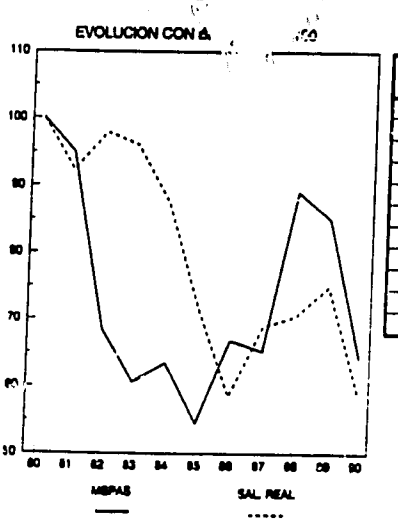
FUENTE: TABLA 3-2

c. Presupuesto Ejecutado

El grado de ejecución presupuestal, dado por el cociente entre el presupuesto ejecutado y el asignado (columna PE/PA en Tabla 3-2), asciende a 84% para el período, con un extremo inferior de 73% para 1990 y un máximo de 96% para 1985 (la ejecución para 1991, indicada en la Tabla como 64%, constituye es un valor preliminar a la fecha de este informe). Como se verá más adelante, en estos desempeños influye en ello la baja ejecución que muestra el presupuesto de inversiones, no así el de funcionamiento.

Al pasar a quetzales constantes y realizar la evolución con base 1980=100 se vuelve a apreciar lo que ya se ha señalado: las partidas que obtuvo el MSPAS tuvieron una significativa pérdida adquisitiva. El monto para 1991 se ubica en 62.0% respecto de 1980. En la misma Tabla 3-2 se indica la evolución del salario real, que con excepción de 1981, hasta 1985 se mantiene por sobre la evolución descendente del presupuesto, sugiriendo que los sueldos aumentaron su participación en el total del presupuesto (suponiendo que no hubieran habido cambios en el número de funcionarios). A partir de 1986 la tendencia se revierte (con leve excepción en 1987) y los sueldos sufren mayor deterioro que el presupuesto (Figura 3-4). Independientemente de estas evoluciones, lo que nos están señalando los indicadores es que el país atravesó por una crisis económica importante con un visible deterioro económico de los asalariados.

'RA 3-4
:MALA
EVOLUCION C TIVA DEL PRESUPUESTO
EJECI L. MSPAS Y DEL
ERVICIOS



AÑO	MSPAS	SAL. REAL
1980	100.0	100.0
1981	95.1	92.4
1982	68.5	98.0
1983	60.6	98.1
1984	63.5	87.5
1985	54.5	71.8
1986	63.9	58.6
1987	65.3	69.0
1988	69.2	70.5
1989	85.1	75.0
1990	64.4	58.7

FUENTE: TABLA 3-2

Guatemala tiene un ingreso anual aproximado de US$ 800 dólares por habitante. La participación del Presupuesto Ejecutado del MSPAS en el Producto Bruto Interno (PBI) del país ha fluctuado desde un máximo de 1.46% (1980) a un mínimo de 0.88% (1990), con un promedio de 1.09% (véase Tabla 3-3 y Figura 3-5). Dichos porcentajes, en la comparación internacional, son muy bajos.[4] Y si se toma la evolución del propio PBI tomando como referencia el año 1980, se aprecia que si bien desciende hasta 1985, el MSPAS tuvo una disminución significativamente superior. Viceversa, cuando el PBI comienza un proceso de recuperación a partir de 1987, que le permite alcanzar en 1988 el nivel de 1980 y superarlo en 1990 en un 7%, el presupuesto ejecutado del MSPAS muestra un comportamiento opuesto. En definitiva, el Sector Salud perdió peso dentro del PBI.

TABLA 3-3 GUATEMALA. EVOLUCION DEL PRODUCTO BRUTO NACIONAL A PRECIOS DE MERCADO Y DEL PRESUPUESTO EJECUTADO DEL MSPAS
Período 1980-1990. En millones de quetzales constantes de 1990

AÑO	PBNpm		PRESUPUESTO EJECUTADO DEL MSPAS		PR. EJ / PBN	
	Q	EVOL	Q	EVOL	%	EVOL
1980	31,682.3	100.0	461.2	100.0	1.46	100.0
1981	31,266.2	98.7	438.8	95.1	1.40	96.4
1982	30,268.4	95.9	316.0	68.5	1.04	71.7
1983	29,730.3	93.8	279.7	60.6	0.94	64.6
1984	30,083.5	95.0	292.8	63.5	0.97	66.9
1985	29,925.0	94.5	251.3	54.5	0.84	57.7
1986	30,958.0	97.7	308.5	66.9	1.00	68.5
1987	30,818.0	97.7	301.0	65.3	0.98	67.1
1988	32,255.1	101.8	411.3	89.2	1.28	87.8
1989	33,421.8	105.5	392.7	85.1	1.17	80.7
1990	33,893.4 (1)	107.0	298.8	64.3	0.88	60.2
PROMEDIO					1.09	

Archivo: GT3-3.wk1 R: A1..L28 ML: 1.45" MT: 3"

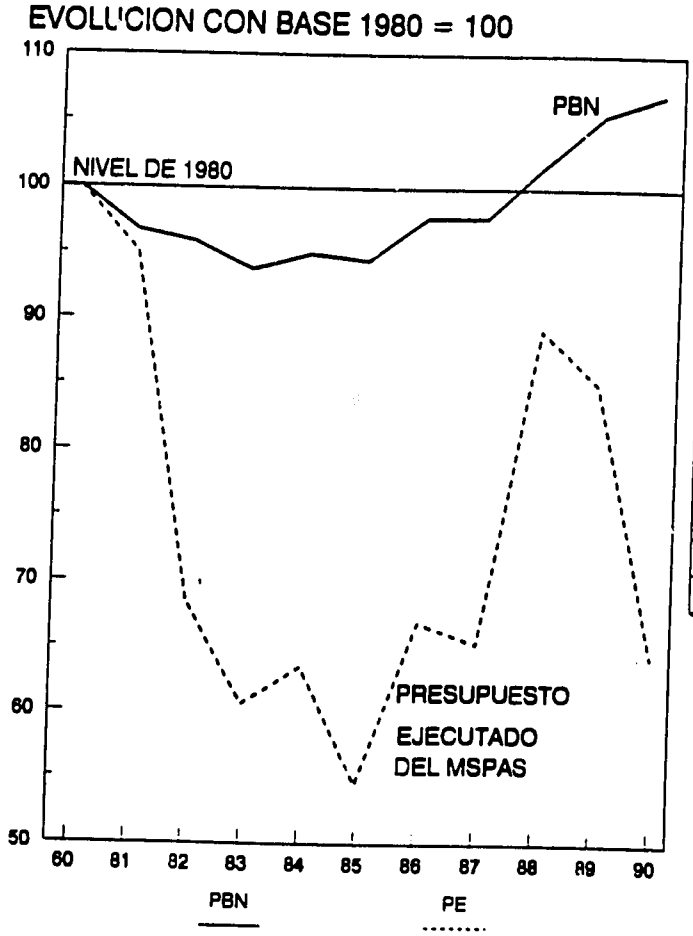
FUENTE: Estimado en base a datos del Banco Mundial y de Tabla 3-2
(1) Valor Preliminar

[4] En Guatemala el gasto combinado en Salud y Educación asciende para 1986 al 2.4% del PBN; en Bolivia al 4.3%; en Brazil al 7.5%; en Costa Rica al 15.4%. (Fuente: Banco Mundial).

FIGURA 3-5

GUATEMALA
EVOLUCION DEL PBN
Y DEL PRESUPUESTO EJECUTADO DEL MSPAS
EN TERMINOS REALES

PERIODO 1980 - 1990



AÑO	PBN	PE
1980	100.0	100.0
1981	96.7	95.1
1982	95.9	68.5
1983	93.8	60.6
1984	95.0	63.5
1985	94.5	54.5
1986	97.7	66.9
1987	97.7	65.3
1988	101.8	80.2
1989	105.5	85.1
1990	107.0	64.3

Si el MSPAS hubiera acompañado una disminución relativa del presupuesto ejecutado del GC se podría argumentar que la reducción observable del Sector Salud formó parte de una disminución generalizada del presupuesto gubernamental. Pero no ha sido este el caso, pues como se aprecia en la Tabla 3-4, si bien el GC muestra una evolución descendente, el presupuesto ejecutado del MSPAS sigue una tendencia descendente mayor. La participación del presupuesto ejecutado del MSPAS en el presupuesto ejecutado del GC se ubica en promedio en el 8.0% para 1980-1991. Nuevamente, el mayor porcentaje corresponde al año base de 1980, en que el PE del MSPAS ascendió al 9.60%. En 1991 fue del 7.8%.

TABLA 3-4 GUATEMALA. PRESUPUESTO EJECUTADO DEL GOBIERNO CENTRAL Y DEL MSPAS (1980-1991)
Expresado en millones de quetzales corrientes de cada año y quetzales constantes de 1990

AÑO	QUETZ. CORRIENTES		MSP/GC		QUETZ. CONSTANTES		EVOLUCION 1980=100	
	GC	MSP	%	EVOL	GC	MSP	GC	MSP
1980	1,193.9	114.7	9.60	100.0	4,800.6	461.2	100.0	100.0
1981	1,465.1	120.8	8.25	85.8	5,321.8	438.7	110.9	95.1
1982	1,2[illegible]3.5	91.0	7.23	75.3	4,369.8	316.0	91.0	68.5
1983	1,097.3	85.1	7.76	80.7	3,604.8	279.7	75.1	60.6
1984	1,131.6	92.2	8.15	84.8	3,594.7	292.8	74.9	63.5
1985	1,189.3	93.9	7.90	82.2	3,183.4	251.3	66.3	54.5
1986	2,098.4	157.8	7.52	78.3	4,101.6	308.5	85.4	66.9
1987	2,340.8	173.0	7.39	76.9	4,073.1	301.0	84.8	65.3
1988	2,875.3	261.9	9.11	94.1	4,514.5	411.3	94.0	89.2
1989	3,482.5	277.7	7.97	83.0	4,924.2	392.7	102.6	85.1
1990	3,803.8	296.8	7.80	81.3	3,803.8	296.8	79.2	64.3
1991 *	4,721.8	368.4	7.80	81.3	3,666.6	286.1	76.4	62.0
PROMEDIO			8.04	83.6				

Archivo: GT3-4.wk1 R: A1..N28 ML: 1" MT: 3.25"

FUENTE: Ibid Tabla 3-1. * 1991: Valor Preliminar (SEGEPLAN, Comunicación directa)

La pérdida de peso del MSPAS dentro del contexto nacional se vuelve más flagrante cuando se toma en cuenta la evolución de la población. Se debe tener en cuenta que la población guatemalteca creció un 36% durante los doce años considerados, al pasar de 6.9 millones de habitantes en 1980 a 9.4 millones en 1991, como se aprecia en la Tabla 3-5. Al ser muy débil el desarrollo del sector privado de atención y al cubrir el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) un número de afiliados relativamente estable y ubicado en cerca de 800,000 trabajadores, es legítimo dividir el gasto anual del MSPAS entre el total de la población para tener una idea más aproximada acerca de la incidencia o peso del Ministerio respecto de la salud de la población que debe cubrir. Este indicador nos muestra que de US$ 13.37 dólares anuales per cápita gastados en 1980, el MSPAS inicia una pronunciada pendiente que en 1985 llega a US$ 6.36, y que con diversos altibajos se ubica en US$ 7.84 en 1991, una reducción a un 58% del valor alcanzado en 1980.

TABLA 3-5 GUATEMALA. PRESUPUESTO EJECUTADO TOTAL Y PER CAPITA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (1980-1991)
Expresado en millones de quetzales constantes de 1990
y en millones de dólares estadounidenses

AÑO	P. EJEC. DEL MSP		POBLACION		GASTO PER CAPITA DEL MSPAS	
	Q	US$*	MILL	EVOL	Q	US$
1980	461.2	92.24	6.9	100	66.84	13.37
1981	438.7	87.74	7.1	103	61.79	12.36
1982	316.0	63.20	7.3	106	43.29	8.66
1983	279.7	55.94	7.5	109	37.29	7.46
1984	292.8	58.56	7.7	112	38.03	7.61
1985	251.3	50.26	7.9	114	31.81	6.36
1986	308.5	61.70	8.1	117	38.09	7.62
1987	301.0	60.20	8.4	122	35.83	7.17
1988	411.3	82.26	8.6	125	47.83	9.57
1989	392.7	78.54	8.9	129	44.12	8.82
1990	296.8	59.36	9.2	133	32.26	6.45
1991	368.4	73.68	9.4	136	39.19	7.84

Archivo: GT 3-5.wk1 R: A1..J26 ML: 1.3* MT: 2.85*

FUENTE: Elaborado en base a TABLA 3-2 y datos del Banco Mundial.
* Se tomó un tipo de cambio promedio aproximado equivalente a Q5 = US$1.

FIGURA 3-6
GUATEMALA
EVOLUCION DEL GASTO DEL MSPAS POR HABITANTE PERIODO 1980 - 1990 EN US$ DE 1990

AÑO	US $
1980	13.37
1981	12.36
1982	8.66
1983	7.46
1984	7.61
1985	6.36
1986	7.62
1987	7.17
1988	9.57
1989	8.82
1990	6.95
1991	7.84

FUENTE: TABLA 3-5

Independientemente de otras consideraciones, un gasto de US$ 7.84 por año por persona parece una cifra extremadamente exigua dada las restantes condiciones socio-económicas prevalecientes en el país; en quetzales por año se llega a un gasto de Q 39.2, lo que apenas significa Q 3.27 por persona por mes. El monto total ejecutado para 1991 se ubica en Q 368.4 millones, o sea U$S 73.68 millones.

Se puede concluir que los actuales niveles de gasto del MSPAS son extremadamente bajos; si además, como se verá más adelante, estos fondos tienden a utilizarse con mayor preferencia en ciertas zonas o áreas geográficas que en otras, ello nos indica que grandes sectores de población hoy no tienen cobertura, por lo menos dentro de la medicina tradicional y pública.

3.5. *Fondos Privativos 1985-1990*

a. Concepto y procedimiento administrativo involucrado

Además de los fondos que percibe provenientes del presupuesto nacional, el MSPAS tiene una segunda fuente para financiar sus gastos corrientes: los llamados fondos privativos. Los establecimientos del MSPAS tienen la potestad de cobrar un arancel por los servicios que prestan. Se hizo un relevamiento de los fondos ingresados por dicho concepto en Hospitales, Centros de Salud A (CSA) y Centros de Salud B (CSB) para el período 1986-1990, por región y por área. Los Puestos de Salud no fueron relevados porque no cobran aranceles. A su vez, se hizo un estudio del destino de esos fondos en cada uno de los servicios, abierto en "Personal", "Medicamentos" y "Otros Conceptos", englobando bajo este último rubro todos los restantes gastos que no fueran Personal ni Medicamentos. También se investigó el procedimiento administrativo que se sigue normalmente para poder utilizar esos dineros y se estimó el tiempo que transcurre entre el inicio del expediente solicitando autorización para poder usar los fondos y su utilización efectiva, así como el tiempo que transcurre entre una solicitud y la subsiguiente.

Si bien los establecimientos pueden recaudar fondos en forma directa por concepto de aranceles, no tienen la libre disponibilidad de los mismos, en el sentido de que el Director o responsable pueda decidir qué comprar o pagar cuando dispone del dinero o cuando surge una necesidad. La disponibilidad está supeditada a un largo proceso de autorización que se tramita ante el Ministerio de Finanzas Públicas y que insume muchos meses. Como el permiso al gasto es posterior a la emisión de una "Orden de Compra y Pago" (OCP), los proveedores deben recargar los precios por el costo financiero involucrado en la demora, hecho que reduce mucho la capacidad de compra del establecimiento.

Por otra parte, si el tiempo es demasiado largo y el aumento de precios ocurrido invalida la oferta, el proveedor puede rechazar la transacción y el establecimiento de salud debe archivar dicha OCP, hacer una nueva OCP y recomenzar un trámite nuevo. Dado que la economía guatemalteca está sufriendo un incipiente proceso inflacionario, las pérdidas en poder adquisitivo, sin mencionar las administrativas y fundamentalmente, funcionales, son muy elevadas. Este es un aspecto donde sin ningún costo y meramente mediante un cambio en las normas y en el proceso administrativo se lograría una reducción de costos, una mayor eficiencia y un mayor rendimiento de estos recaudos.

La importancia del tema y la simplicidad en su solución ameritan una exposición más detallada. Al lector que no le interesen estos aspectos, sugerimos pasar directamente al literal b. que sigue.[5]

Como se dijo, en Guatemala (como en casi toda la Administración Pública en América Latina) se utiliza la Orden de Compra y Pago. Este es el documento oficial por medio del cual las Dependencias Públicas ordenan la compra y el pago de los bienes, obras y servicios que requieren para la ejecución de los programas de trabajo respectivos, con cargo a sus propias asignaciones aprobadas en el Presupuesto de Egresos del Estado. Este mismo documento es utilizado para el reintegro de los pagos en efectivo que realicen las Dependencias Públicas con cargo a su Fondo Rotativo o al Fondo Rotativo Global.[6]

Las OCP que más se utilizan son las de Tipo "A" y Tipo "B". La OCP Tipo "A" es la que se emite directamente a favor del proveedor de los bienes, obras o servicios de que se trata con cargo a las asignaciones presupuestarias de la dependencia que la gira, cuyo monto no debe ser menor de Q 50 (US$10), cubriéndose con el Fondo Rotativo los gastos menores de esa cantidad. La OCP Tipo "B" es la que emite a su propio nombre la oficina que administra los fondos, para que una vez que sea imputado su valor a la asignación presupuestaria, sirva para reintegrar a su Fondo Rotativo el monto de los pagos efectuados.

Haciendo el trámite personalmente, las OCP Tipo "A" se tardan en promedio nacional seis meses. El expediente demora en promedio cinco meses en el Ministerio de Finanzas, pero si la OCP es mayor de Q 1,000 (US$200) se puede tardar más. Si se tramitan por la vía normal el proceso puede demorar hasta ocho meses, motivo por el cual se tramitan personalmente ya que la Tesorería Nacional paga al proveedor en forma directa.

Todas las OCP Tipo "B" se tramitan personalmente y tardan en promedio nacional cuatro meses, durando el trámite en el MFP tres meses. Todas estas OCP traen su correspondiente listado de gastos. La OCP Tipo "B" se paga con Caja Chica de los Centros de Salud al proveedor. El proceso es como sigue: la Tesorería Nacional emite un cheque que llega al Contador de la Jefatura de Area (cheque acompañado del Formulario 63A), al que se le da ingreso a la Caja Fiscal de la Jefatura de Area y que es depositado en el Banco de Guatemala de la jurisdicción. Luego se emiten cheques para cada Centro de Salud de acuerdo a las copias de OCP. Cada Director de Centro de Salud le da ingreso a su caja de fondo rotativo con el listado y copia de la OCP y le da egreso el mismo día. Este fondo se queda en Caja Chica de cada Centro de Salud

---

[5] Agradecemos este análisis y comentarios a la Jefa del Departamento de Contabilidad de la Dirección General de Servicios de Salud del MSPAS, Contadora Lucy de León.

[6] Ley Orgánica del Presupuesto y su Reglamento. Manual de Procedimientos para la Ejecución Presupuestaria. (Decreto Ley Nro. 2-86 y Acuerdo Gubernativo Nro. 7-86).

para completar el vale inicial. (En un inicio, el MFP le dió a las Jefaturas de Area fondos para conformar su vale inicial, y las Jefaturas de Area dan a sus Centros de Salud el vale inicial que les corresponde). Este vale debe ser reintegrado a la Jefatura al final del año para completar el Fondo Rotativo que Finanzas dió en un inicio.

Los hospitales manejan casi en su totalidad OCP Tipo "A", que son tramitadas personalmente por el Administrador o Contador del establecimiento ante el Ministerio de Finanzas. En promedio el trámite insume dos meses, pero si son situaciones urgentes puede salir en un mes.

Una forma sencilla de simplificar este procedimiento, que evite su costo financiero y reduzca el administrativo, es dejar los ingresos propios en el mismo establecimiento para uso discrecional por parte del responsable del servicio, con rendición de cuentas ex-post al final del ejercicio fiscal. No sólo ganaría el usuario de los servicios, sino la Administración Pública, ahorrando en tareas innecesarias y destinando el tiempo de sus funcionarios a tareas más productivas. Este es un claro caso donde se debe trascender los dichos en materia de descentralización, desconcentración y transferencia de autoridad al ámbito local, mostrando dicha voluntad en hechos concretos.

b. Análisis de Ingresos y Egresos[7]

En la Tabla 3-6 se aprecia que la recaudación de fondos privativos se utiliza en su totalidad y que se ubica en un entorno de 3 millones de quetzales (US$ 600.000).

TABLA 3-6 GUATEMALA. MONTO DE LOS INGRESOS Y GASTOS PRIVATIVOS DEL MSPAS PARA 1986-1990 E INDICADORES
Expresado en miles de quetzales de 1990

AÑO	INGRESOS I	GASTOS G	GRADO DE USO G/I	% RESP. DEL PRES. CORRIENTE %	EJEC. EVOL
1986	3,234.9	3,307.1	102.2	1.43	100
1987	3,444.6	3,443.9	100.0	1.45	101
1988	3,298.3	3,298.0	100.0	1.22	85
1989	2,977.7	2,841.4	95.4	1.01	71
1990	2,170.3	2,177.5	100.3	0.90	63
PROMEDIO	3,025.2	3,013.6	99.6	1.20	84

Archivo: GT3-6.wk1 R: A1..J19 LM: 1.75" TM: 3.75"

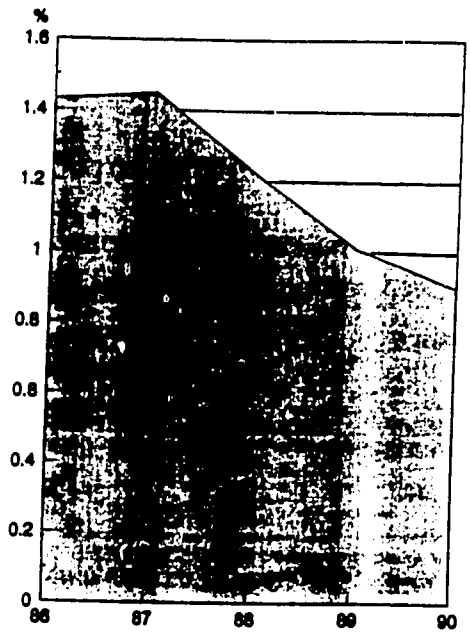
FUENTE: CUADRO 1 Y 2 (ANEXO A)
* Aproximadamente US$ 600,000

[7] En el Anexo A, Cuadros 1 y 2, se encuentra información para el período 1986-1990 abierta por Región, Area y Establecimiento. En lo que sigue se hace una síntesis.

El porcentaje de estos dineros con relación al presupuesto de funcionamiento ejecutado muestra una evolución descendente desde 1986 (Figura 3-7). En dicho año se ubicó en el 1.43%, para pasar a ser el 0.90% en 1990, una reducción al 63% de su participación al principio del período considerado.

Si bien esta reducción puede obedecer a diversas causas (reducción en la demanda, no cobro del arancel por parte del establecimiento, etc.), el hecho principal es que los valores arancelados no se han actualizado desde hace varios años y la inflación ocurrida obviamente afectó el nivel recaudado en términos de moneda constante. Según un reciente informe preparado con apoyo de OPS/BID, dichos aranceles no se actualizan desde su implantación en 1979.[8] Como se aprecia en la Tabla 3-7, los valores son extremadamente bajos; baste citar que la consulta se cobra 25 centavos de quetzal (US$ 0.05).

FIGURA 3-7
GUATEMALA
PORCENTAJE DE LOS FONDOS PRIVATIVOS
EN EL PRESUPUESTO OPERATIVO EJECUTADO
1986 - 1990



AÑO	%
1986	1.43
1987	1.45
1988	1.22
1989	1.01
1990	0.90

FUENTE: TABLA 3-6

[8] Ciro Gómez y Miguel A. Pacajó, "Estudio Básico del Sector Salud. Análisis del Financiamiento y Gasto del Sector Salud en la República de Guatemala." (Guatemala: MSPAS, BID, OMS/OPS, Abril de 1991).

TABLA 3-7 GUATEMALA – MSPAS – ARANCELES POR SERVICIOS HOSPITALARIOS

CONCEPTO	ARANCEL	
	Q	US$ (1)
CONSULTA EXTERNA:		
Por cada consulta	0.25	0.05
SERVICIOS DE LABORATORIO		
Por cada examen de Hematología	0.50	0.10
Por cada examen de Bacteriología	1.00	0.20
Por cada examen de Bioquímica	0.75	0.15
Por cada examen de Urología o Coprología	0.25	0.05
Por cada examen de Serología	0.50	0.10
RADIOLOGIA		
Por cada Fotofluroscopía	1.00	0.25
Por cada Radiografía sin medio de contraste	5.00	1.00
Por cada Radiografía con medio de contraste	8.00	1.60
SALUD ORAL		
Por cada consulta (elaboración de ficha)	0.50	0.10
Por cada extración dentaria	1.00	0.20
Por cada Detartraje (limpieza de sarro dental)	2.00	0.40
Por cada Profilaxis (limpieza dental con piedra pómez)	1.00	0.20
Por cada aplicación de floruro (prevención de caries)	1.00	0.20
Por cada Obturación (relleno de amalgama o de resinas compuestas)	1.00	0.20
Por cada corona de Acero	3.00	0.60
Por cada Pulpotomía (extracción parcial de la pulpa del diente)	3.00	0.60

Archivo: GT3-7.wk1 R:A1..K32 LM: 1.15" TM: 2.75"

FUENTE: Tomado de C. Gómez y M. Pacajó "Estudio Básico del Sector Salud. Análisis del Financiamiento y Gasto del Sector Salud en la República de Guatemala" (MSPAS, BID, OPS/OMS, 1991)
(1) Q5 = US$1

El hecho de no actualizar aranceles y por lo tanto, de dejar que éstos disminuyan en términos reales año a año a causa de la inflación, puede constituir una opción de política para otorgar un subsidio a la población de menores recursos. Esta alternativa, sin embargo, constituye una distribución regresiva del ingreso porque no distingue la capacidad de pago del usuario demandante, puesto que las personas que sí están en condiciones de pagar perciben atención gratuita o abonan la misma suma que los indigentes. En otras palabras, el Estado está subsidiando la atención, fundamentalmente curativa, de personas con capacidad de pago, detrayendo recursos escasos que se necesitan para dar servicios, fundamentalmente preventivos, a quienes verdaderamente los necesitan. Otro factor a tener en cuenta es que esta práctica, al no diferenciar niveles de ingreso y recuperar costos, reduce los recursos disponibles del Ministerio y afecta la calidad de la atención brindada al distraer recursos de quienes los necesitan más. Esta es un área que amerita análisis por parte de las autoridades. En el numeral 3.7 se presentan opciones en este sentido, para aunar recuperación y participación de costos con equidad y calidad de atención.

Los hospitales son los establecimientos donde se realiza la mayor recaudación, como se aprecia en la Tabla 3-8 para el año 1989, en que la parte que recaudan los hospitales asciende al 80.7% del total de los ingresos privativos, con CSB recaudando el 15.9% y CSA solamente el 3.4% restante.

TABLA 3-8 GUATEMALA. INGRESOS PRIVATIVOS DE HOSPITALES Y CENTROS "A" Y "B" POR REGION PARA 1989
Expresados en miles de quetzales de 1990

REGIONES	INGRESOS PRIVATIVOS				DISTRIBUCION REG. (%)				DIST. POR ESTABLECIM. (%)			
	TOTAL	HOSP.	CA	CB	TOTAL	HOSP.	CA	CB	TOTAL	HOSP.	CA	CB
I. METROPOLITANA	1,530.7	1,326.6	7.6	196.6	51.4	55.2	7.5	41.5	100.0	86.7	0.5	12.8
II. NORTE	90.4	62.7	10.4	17.2	3.0	2.6	10.3	3.6	100.0	69.4	11.5	19.0
III. NOR ORIENTE	581.9	518.2	17.3	46.4	19.5	21.6	17.1	9.8	100.0	89.1	3.0	8.0
IV. SUR ORIENTE	156.9	104.2	20.4	32.3	5.3	4.3	20.2	6.8	100.0	66.4	13.0	20.6
V. CENTRAL	174.8	102.1	3.0	68.9	5.9	4.2	3.0	14.6	100.0	58.4	1.7	39.4
VI. SUR OCCIDENTE	300.1	207.7	11.3	81.1	10.1	8.6	11.2	17.1	100.0	69.2	3.8	27.0
VII. NOR OCCIDENTE	94.9	57.6	8.5	28.6	3.2	2.4	8.4	6.0	100.0	60.9	9.0	30.1
VIII. PETEN	47.9	24.0	22.6	1.4	1.6	1.0	22.4	0.3	100.0	50.1	47.2	2.9
TOTAL	2,977.7	2,403.3	101.1	473.4	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	80.7	3.4	15.9

Archivo: GT3-8.wk1 R: A1..AF35 LM: .38" TM: .35"

FUENTE: CUADRO 1 Y 2 (Anexo A)

La distribución geográfica señala un gran peso de la Región Metropolitana, que recoge el 51.4% de los ingresos totales recaudados a nivel nacional, lo que se explica por la ubicación de los establecimientos asistenciales de mayor complejidad en la capital (hospitales de tercer nivel). Los CSB capitalinos, con Q196.6 mil quetzales, también muestran mayor recaudación, pues si bien representan solamente el 6.6% del total de los ingresos privativos, comprenden el 41.5% del total recaudado por CSB. La región que sigue en recaudación es la Nor-Oriente, con un 19.5% del total y gran participación de los ingresos recaudados en hospitales (89.1%).

Como se aprecia en el Cuadro 2 del Anexo A, hay grandes variaciones entre las diversas Areas de Salud. En este cuadro se indica para los años 1989 y 1990 la proporción de los ingresos específicos utilizados por cada tipo de establecimiento de salud respecto de su propio presupuesto de funcionamiento ejecutado. Para 1989 y en materia hospitalaria se observa un margen de variación que abarca desde un 9.4% para Izabal a un 0.16% para Baja Verapaz, casi una relación de 60 veces más, una proporción que no se puede explicar exclusivamente por diferencias en el nivel de ingreso entre ambas áreas y/o por demandas sustancialmente distintas.

Para Centros A, también para 1989, la proporción de recaudación máxima se encuentra en Jalapa, que se ubica en un 3.69%, frente a un mínimo de 0.25% en Alta Verapaz, lo que significa una proporción quince veces más elevada. Por otra parte, si se compara 1989 con 1990, no se comprende por qué hay diferencias tan significativas en una misma Area de Salud para el mismo tipo de establecimientos. Baste mencionar el caso de El Progreso: en 1989 la recaudación hospitalaria se ubicó en un 3.4% mientras que en 1990 en un 0.19% (18 veces menos).

El caso de Centros B es opuesto: en 1989 se recaudó 0.37% frente a 1.99% en 1990, o sea cinco veces más, Todas estas diferencias sugieren anomalías y distorsiones que deberían ser investigadas por las autoridades. Estas a su vez deberían fijar una política nacional consistente y uniforme y asegurar su cumplimiento.

La utilización de los recaudos muestra, considerando el quinquenio 86-90, que las compras y pagos se destinan en su gran mayoría a bienes y servicios englobados bajo "Otros Conceptos" (82.8%), mientras que "Personal" lleva el 3.4% y "Medicamentos" el 13.8% Se aprecia una transferencia de este último rubro, que en 1986 ascendía al 17.6%, hacia los dos restantes, posiblemente por la reducción global de los ingresos ocurrida en el quinquenio y una mayor necesidad relativa de cubrir gastos en estas otras áreas.

TABLA 3-9 GUATEMALA. USO DE LOS INGRESOS PRIVATIVOS DEL MSPAS PARA 1986-1990 E INDICADORES
Expresado en miles de quetzales de 1990

AÑO	DESTINO DEL GASTO				DISTRIBUCION PORCENTUAL			
	TOTAL	PERSONAL	MEDICAM.	OTROS CONCEPTOS	TOTAL	PERSONAL	MEDICAM.	OTROS CONCEPTOS
1986	3,307.1	83.9	583.7	2,639.6	100.0	2.6	17.6	79.6
1987	3,443.9	74.6	484.6	2,884.0	100.0	2.1	14.1	83.8
1988	3,298.0	135.2	427.5	2,735.3	100.0	4.1	13.0	82.9
1989	2,841.4	121.4	395.8	2,324.2	100.0	4.3	13.9	81.8
1990	2,177.5	86.1	223.4	1,868.0	100.0	4.0	10.2	85.8
PROMEDIO	------	-----	-----	------	100.0	3.4	13.8	82.8

Archivo: GT3-9.wk1 R: A1..Q19 LM: .5" TM: 3.7"

FUENTE: CUADRO 1 Y 2 (ANEXO A)

3.6. *Otros Ingresos*

Inicialmente el estudio tenía por propósito relevar otros ingresos vinculados a la gestión del MSPAS, aún si dichos fondos no fuesen actualmente utilizados por el mismo servicio del MSPAS que los recaudara, o por el Ministerio en forma global (porque son recaudados por otras instituciones del sector público, porque se vuelcan a Rentas Generales, etc). Estos ingresos, como por ejemplo el cobro de servicios a terceros, la administración de cementerios, los impuestos específicos recaudados por Rentas Generales, las tasas y contribuciones, el producido por la venta de loterías y otros conceptos, etc., no fueron relevados.

3.7. *Equidad, ingresos privativos y costo al usuario*

a. Costo al usuario y calidad de atención

La presente investigación incluye un análisis de costos, pero se debe resaltar que es un estudio ex-post de la entrega de prestaciones de salud (oferta histórica) y del gasto incurrido en producir dichas prestaciones u oferta. Se analiza, por lo tanto, lo que le ha costado al Estado, es decir, al oferente, producir un determinado conjunto de servicios. No se estudia el costo al usuario, un aspecto muy importante a la hora de analizar la demanda de la población y los factores que inciden en que las personas elijan uno u otro oferente de servicios de salud. La importancia de este aspecto, que incide en el tema de los aranceles a cobrar y en su destino, ameritan un comentario específico.

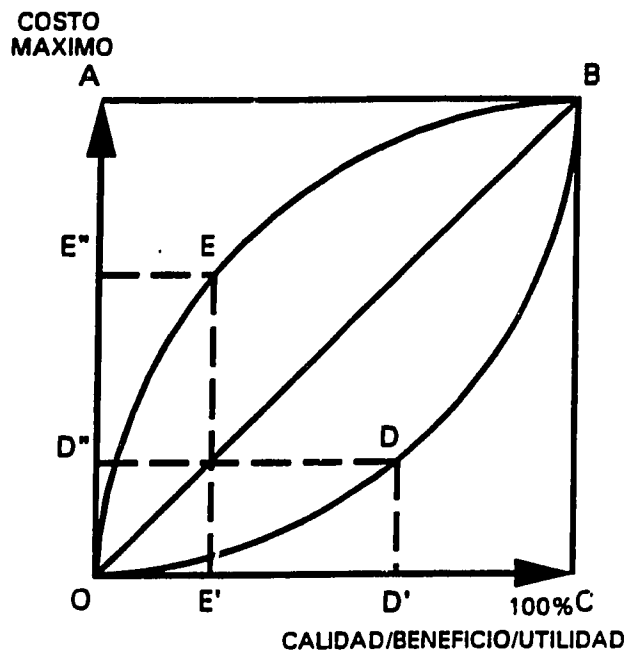
Todo demandante en cualquier mercado evalúa el costo de obtener cierto bien o servicio versus el beneficio de poseerlo o de consumirlo, y la justipreciación del valor de ese costo y de ese beneficio varía de persona en persona según sea su necesidad de ese bien o servicio, su necesidad de otros bienes competitivos, su ingreso pecuniario, su cultura y educación (y sus conocimientos o desconocimientos médicos, en el caso de la salud), sus preferencias individuales y así sucesivamente. En el caso de la salud hay algunas variantes y complejidades adicionales, pues, entre otros aspectos, el personal de salud intermedia y condiciona la libertad de elección de la demanda, pero a priori el usuario valora ambos factores, costos y beneficios, y su decisión de acudir o no a un establecimiento de salud depende de si el beneficio o la utilidad que espera obtener supera los costos que ello involucra (o cree que involucra) y dentro del grado de necesidad en que siente que debería acudir. Para un usuario dado, a menor costo observará una mayor cantidad demandada y viceversa, cuando el costo aumenta, la cantidad demandada o utilización será menor, siempre a igualdad de otras condiciones (véase Figura 3-9, pág. 42). Si las condiciones cambian, se pasa a otra curva de demanda (caso de cambios en la calidad).

Básicamente hay dos tipos de costos: los pagos directos que debe realizar el usuario y el costo de oportunidad del tiempo que le insume todo el proceso. Entre los pagos directos está el costo de transporte hacia el servicio y de éste al lugar del cual el usuario partió (que es otra manera de visualizar el problema de la localización del servicio), el arancel que debe pagar en oportunidad de recibir atención, el pago de servicios complementarios, la compra de medicamentos y la reiteración de estos costos si debe retornar para seguimiento y control (reconsulta). Entre los costos de oportunidad está el tiempo de viaje, el esfuerzo y/o los problemas para acceder físicamente, el jornal perdido, el tiempo de colas y esperas, las postergaciones a un diagnóstico y tratamiento por necesidad de estudios complementarios y el tiempo o la postergación en obtener el resultado de éstos, y la reiteración de los mismos costos si debe volver.

¿Contra qué compara el usuario estos costos? El demandante evalúa los costos con respecto a la utilidad o beneficio que desea obtener, y dentro de este último, valora la calidad de los servicios. Si bien esté concepto es complejo y no necesariamente coincide la noción de "calidad" que maneja el oferente con la propia de quien demanda el servicio, para el usuario la "calidad" es una combinación de eficacia, eficiencia y satisfacción personal, medida en si la situación que motivó la visita mejora a raíz de ésta, si había personal para atenderlo, si éste poseía conocimientos adecuados, si había medicamentos, si las instalaciones y equipos estaban en buenas condiciones, si obtuvo tranquilidad, si fue tratado con respeto y en forma humana, si el proceso no insumió demasiado tiempo y así sucesivamente. Creer que el paciente no observa ni juzga estas cualidades sería una ingenuidad; aún siendo pobre o analfabeto, el paciente percibe estos valores y los incorpora en su juicio. Pensar lo contrario sencillamente implica desconocer patrones básicos de comportamiento racional.

El usuario decide acudir a un servicio de salud si los beneficios que espera obtener superan claramente a los costos en que debe incurrir. En la Figura 3-8 se presenta una visualización conceptual gráfica, donde en el eje OC se presenta la calidad o beneficio a obtener y en el eje OA el costo que corresponde a dicha calidad según la perspectiva --cierta o no-- del usuario.

FIGURA 3-8
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD
DECISION DE UN USUARIO
EN BASE A COSTO/BENEFICIO



En los extremos A y C se representa respectivamente el máximo de costo y el máximo de calidad posible. A lo largo de la diagonal el usuario obtiene una calidad equivalente al costo de esa demanda y por lo tanto, ilustra una relación "justa" o aceptable para el usuario; a su vez, obtiene mayor calidad en la medida en que se aleje del origen hacia el extremo, y si lo hace, ello dice que está dispuesto a incurrir en mayor costo para obtener mayor calidad o beneficio. Hay una expresión anglosajona que dice "Ud. compra lo que paga", queriendo significar "Ud. obtiene una calidad equivalente a lo que está dispuesto a pagar". Si bien en el caso de la salud esta expresión no es totalmente válida (especialmente por la asimetría en la información y en el conocimiento de las personas), es una expresión cierta en sentido inverso: no se está dispuesto a "pagar" por una calidad que no se recibe. La curva ODB es de alta preferencia, pues como se observa en el punto D, el beneficio OD' es mayor al costo OD". En oposición, la curva OEB es de rechazo, pues como se ve en el punto E, la calidad OE' es sustancialmente menor al costo OE".

La baja demanda que se observa en muchos países en los servicios de salud públicos es producto de esta desproporción entre costos y beneficios, aún siendo los servicios "gratuitos", en el sentido de que no se cobran aranceles o que éstos son muy bajos. Este fenómeno es un ejemplo de los preconceptos que prevalecen en algunas actividades que ejecuta el sector público y que contradicen los objetivos últimos que se persiguen. En este caso, lo que se procura es que la población acuda a los servicios. Como se verá en el Capítulo 9, los datos para Sololá indican que el acceso es irregular y bajo, y si los aranceles han descendido por motivo de la inflación, lo que se concluye es que la calidad no equivale al costo del servicio para el usuario, que prefiere no ir o que acude a servicios de salud ofrecidos por otros oferentes. [9]

Se debe recordar que el "costo al usuario" no es el arancel (éste es sólo una pequeña parte del costo) y que los usuarios están dispuestos a pagar si a cambio reciben calidad. Por otra parte, no se puede pretender cobrar aranceles si en forma correlativa no se ofrece calidad. Mucho menos aún incrementar aranceles, si en contrapartida no se mejora la calidad de los servicios.

La conclusión, por lo tanto, es que se debe mejorar la calidad de la atención si se desea cobrar aranceles o actualizarlos, y el corolario de política que aquí adicionamos es que el cobro de aranceles se debe destinar prioritariamente a la mejora de la calidad tal cual la percibe el usuario. La calidad del punto de vista del oferente (médica, de proceso, administrativa, etc.) es parte propia de la gestión y administración de los servicios de salud y debería constituir una resultante natural del mejor uso de los fondos operativos y de inversión. Se requiere generar una "actitud hacia el usuario" entre el personal de salud.

---

[9] En el caso de AGROSALUD, como se verá más adelante, que es un servicio de salud privado guatemalteco organizado por empleadores que brinda atención primaria a población de bajos ingresos, la demanda es significativamente más elevada a pesar de que el usuario contribuye a financiar el 25% del costo del servicio. Partiendo del supuesto básico de la racionalidad del consumidor, ese fenómeno está indicando que para dicho efector la proporción costo/beneficio estimula el acceso; también está diciendo que el usuario está dispuesto a pagar si a cambio percibe calidad y satisfacción personal.

Un punto importante a tener en cuenta es que el costo directo (el pago a contado del propio bolsillo) puede ser sustancialmente menor que el costo indirecto (la pérdida de ingreso, de tiempo, etc.). En general, estos elementos quedan fuera de la consideración de los servicios públicos y de quienes trabajan en ellos: al no tener que competir por el usuario o demandante de servicios para mantener su fuente de ingreso, el funcionario no tiene motivos para tener una actitud de "orientación hacia el usuario". Tampoco existe un sistema de estímulos apropiado.

Por este motivo en la mayor parte de los países existe un renovado interés por formas no-gubernamentales o privadas de entregar prestaciones de salud, no solamente como alternativas legítimas y generalizables, sino para aprender de estas experiencias y transferir principios válidos para la actividad pública que redunden en una mejor eficiencia, eficacia y acceso a los servicios, respetando siempre la equidad.

En este estudio se sugiere un incremento paulatino de los fondos propios hasta alcanzar en tres años el 10% de los gastos de operación del servicio de que se trate (exceptuando posiblemente Puestos de Salud), en forma uniforme en todo el país, con las excepciones que se detallan más abajo. A su vez, se hace énfasis en que esta recaudación quede en el propio establecimiento para uso discrecional por parte del director del mismo, bajo ciertas condiciones, con rendición de cuentas al final del ejercicio fiscal. El destino de esta recaudación debería ser principalmente la mejora de la calidad de atención. Esto es precisamente una parte de la "descentralización" y de la "participación comunitaria" de la que se habla y que se procura.[10]

b. Los fondos privativos y el principio de equidad

La noción de "equidad" en la salud pública procura establecer mecanismos que neutralicen las desigualdades económicas, sociales, culturales o de otro tipo que involucran un acceso desigual a los bienes y servicios asociados con la salud y con el estado de bienestar. Se estima injusto que dicho acceso esté sesgado por desigualdades, siendo la equidad un principio que procura tratar en forma desigual a quienes se hallan en situación desigual, privilegiando a los más carenciados o desguarecidos.

Al presente en Guatemala no se aplican sistemáticamente criterios de este tipo, pues los aranceles existen para todos y a lo sumo se exceptúa su pago. Si se actualizara el precio de las prestaciones y se generalizara su cobro, procurando por ejemplo alcanzar la meta enunciada antes de que los fondos propios sean iguales al 10% del costo operativo, entonces simultáneamente se debe establecer un mecanismo de subsidios para que las personas no pudientes, muy enfermas u otras en situaciones que se deseen proteger, estén exentas de pagar, como se ilustrará en el literal c. que sigue.

En materia de ingreso, por ejemplo, el óptimo es establecer franjas o estratos que permitan un cobro escalonado: la franja de ingreso más bajo tiene acceso gratuito, la subsiguiente paga el 50% del arancel, la siguiente paga el valor íntegro, u opciones similares. Dichas franjas pueden variar según la región o el área de que se trate, de acuerdo a definiciones de la política social y de salud. En la Tabla 3-10 se presenta un ejemplo ilustrativo, donde se considera simultáneamente el nivel de ingreso mensual del núcleo del hogar y el número de sus integrantes. El corte de cada columna y fila permite hallar el ingreso por miembro del hogar y en este ejemplo dicho valor constituye el criterio para determinar en qué categoría cae el usuario. En forma arbitraria se han fijado tres categorías: se estima nivel de probreza crítica

---

[10] Hay muchas experiencias interesantes en otros países, plenamente exitosas, como es el caso de los "Patronatos" en el El Salvador, las comisiones locales de salud o las "Comisiones de Vecinos" en América del Sur, etc. En el caso de Guatemala dichos fondos podrían ser administrados o supervisados por la Comisión de Salud de los Consejos Departamentales de Desarrollo Urbano y Rural, evitándose el engorroso e inútil trámite que se cumple actualmente ante el Ministerio de Finanzas Públicas.

un ingreso menor a US$100 por miembro del hogar y por lo tanto implica asistencia gratuita; un ingreso entre US$100 y US$200 por miembro del hogar se considera definitorio del segundo estrato, con un pago por ejemplo del 50% del arancel, y toda persona con un ingreso del núcleo por sobre US$200 pagaría el 100% del arancel. En la fijación del nivel de ingreso se puede considerar el valor imputado por vivienda propia, autoconsumo familiar, etc., que son valores que se fijan en forma nominal y que pueden variar según la región o el tipo de actividad económica del cabeza de familia. La aplicación y verificación de este tipo de sistema puede suscitar problemas operativos y el montaje de un departamento especializado (con trabajadoras sociales, por ejemplo). Otros mecanismos para tipificar la capacidad de pago incluyen la visita domiciliaria, el mapeo de la demanda por zonas de residencia, presunciones indirectas de capacidad o incapacidad de pago, etc., que pueden variar de localidad en localidad.

TABLA 3-10. EQUIDAD Y RECUPERACION DE COSTOS. EJEMPLO TEORICO DE UNA ESCALA DE INGRESOS POR INTEGRANTE DEL HOGAR PARA DETERMINAR EL GRADO DE PAGO DE SERVICIOS ARANCELADOS DE SALUD

		NO. DE INTEGRANTES DEL HOGAR									
	NIVEL US$ POR MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1000 y+	1000	500	333	250	200	133	143	125	111	100
2	900	900	450	300	225	180	150	128	112	100	
3	800	800	400	267	200	160	133	114	100		
4	700	700	350	233	175	140	117	100			
5	600	600	300	200	150	120	100				
6	500	500	250	167	125	100					
7	400	400	200	133	100						
8	300	300	150	100							
9	200	200	100								
10	100 y-	100									

Menos de US$100 por mes:	Atención gratuita
Entre US$100 y US$200 por mes:	50% de arancel
Más de US$200:	100% del arancel

c. Reflexiones en torno al cobro de aranceles y a los fondos privativos.

Existen tesituras que se oponen, en el caso de las prestaciones de salud, al cobro de tarifas por parte de los servicios públicos. Su fundamento radica, como se expresara, en el deseo de que toda la población tenga un acceso igualitario a la salud y que los pobres no se vean discriminados por su condición. En el literal anterior se mostró que no cobrar, o cobrar una misma suma baja a todos por igual sin diferenciar capacidad de pago, constituye una forma regresiva de distribuir el ingreso, que premia al rico y castiga al pobre. El principio justo debe ser cobrar al que puede pagar y exonerar al que no puede hacerlo.

¿Por qué y para qué cobrar aranceles? A continuación se enumeran varias razones, cuyo orden no significa una relación de importancia, pero que están induciendo a que muchos países estén extendiendo esta práctica[11]:

- Incrementar los fondos disponibles (es decir, ser una fuente de ingresos suplementarios)
- Recuperar los costos de operación de los servicios
- Disciplinar la demanda, procurando un uso adecuado de los servicios
- Diferenciar el acceso, estimulando la demanda de los menos pudientes y desincentivando la propia de personas de ingresos más altos.
- Establecer estímulos al oferente de servicios (personal de salud)
- Disciplinar a la comunidad y a todos los actores involucrados, responsabilizándolos en su utilización de recursos escasos
- Despertar interés en la comunidad para que ésta participe en el control de la calidad de los servicios y que la exija como un derecho, pues paga por aquellos
- Introducir la noción de costo y de escasez, fundamentales para aplicar criterios de eficiencia, eficacia y equidad
- Utilizar el sistema de aranceles para orientar la demanda hacia los servicios más apropiados

Por ejemplo, respecto de este último punto, el sistema de aranceles puede estimular que se descongestionen los servicios ambulatorios de los hospitales y que la demanda se estratifique según la complejidad de los establecimientos, al establecer precios más altos y exenciones menores para la misma prestación cuando es brindada en un hospital, que cuando lo es un servicio de complejidad menor.

---

[11] Uno de los países que ha dispuesto una política explícita y deliberada de participación en el costo por parte de los usuarios es Bolivia. El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia procura aumentar la recaudación y la recuperación del costo, así como la mejora de la calidad de los servicios. En la ciudad de Santa Cruz, por ejemplo, se está recaudando un alto porcentaje del costo operativo de los Centros de Salud y se están tratando de incorporar lecciones válidas del sector privado. (Comunicación personal de Jack Galloway, Asesor en Administración de Salud de LAC HNS).

En el área centroamericana, la República de El Salvador está terminando un detallado estudio de costos operativos de establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención para establecer aranceles y una política de recuperación de costos. (Comunicación personal de Luis Carlos Gómez, Asesor de USAID en el Salvador).

El sistema de precios podría ser de esta manera una forma, también, de respaldar al sistema de referencia y contrareferencia. Por supuesto, la incorporación de tarifas se debe acompañar con medidas que aseguren una calidad homogénea y aceptable entre las mismas prestaciones cuando son suministradas en servicios de complejidad distinta, aspecto que forma parte del concepto de "calidad" mencionado anteriormente y que en este caso significa que ésta debe ser uniforme entre establecimientos pues de otra manera la demanda y la utilización se distorsionan: los usuarios se desplazan y congestionan los servicios donde la calidad es más alta.

El principio de "recuperación del costo" no significa que todos los centros de costo deban establecer aranceles o que éstos coincidan con el costo real de las prestaciones. Es más, puede ser conveniente que existan subsidios cruzados, en el sentido de que ciertos servicios que poseen costos muy bajos cobren una tarifa superior a dicho costo y que ese excedente contribuya a financiar servicios que se otorguen gratuitamente (como ser vacunaciones, control del embarazo, visitas domiciliarias y atención preventiva en general) o que ayuden a financiar servicios cuya tarifa se encuentra muy por debajo de su costo (internación, servicios especializados, etc.).

Que existan tarifas tampoco significa que todos los usuarios o pacientes deban pagarlas. Ya se mencionó una manera para considerar y distinguir el nivel de ingreso. También se debe contemplar el caso de quienes padecen afecciones congénitas, enfermedades crónicas, o enfermedades que demanden muchas prestaciones o una asistencia de alto costo, no solo por consideraciones de solidaridad y justicia social, sino porque el ordenador del gasto es el personal de salud, fundamentalmente el médico, y el usuario no tiene control ni es responsable del consumo que realiza. [12]

d. Ejemplo de recuperación de costos y de fijación de aranceles

Se pasa a brindar un ejemplo para un sistema de referencia y contra-referencia (con hipótesis plausibles y adaptables a una situación real), a los efectos de ilustrar que la fijación y el cobro de aranceles puede ser un mecanismo simple que no requiere necesariamente calcular costos por servicios, departamentos, clínicas o prestaciones específicas. Se considerará un hospital de 250 camas y su red de referencia, con costo operativo anual total de US$ 1,250,000 (incluyendo la red). El objetivo de política es recuperar el 10% de ese costo. Los valores y las relaciones se han redondeado y simplificado para facilitar la comprensión y el cálculo.

---

[12] Esto es particularmente cierto en el caso de las internaciones hospitalarias, los tratamientos de diálisis, la medicación oncológica, los antiparkinsonianos, los hipoglucemiantes, los tratamientos para desequilibrios mentales, la asistencia para tratar trastornos geriátricos y otras situaciones similares de alto costo o de gasto continuado.

Hipótesis:

H-01 Costo operativo anual del sistema: US$ 1,250,000
H-02 250 camas dotación
H-03 80% de ocupación.
H-04 Extensión media de 7.3 días.
H-05 Relación de 1 cama por cada 1000 habitantes
H-06 Norma: una consulta por habitante al año; cons. real: 0.8/año (AGROSALUD: 1.4/año)
H-07 Usuarios: 40% no paga; 20% paga 50%; 40% paga el 100%
H-08 Proporción del presupuesto operativo: Hospital 80%, red 20%
H-09 Proporción internación/ambulatorio en el Hospital: 80%, 20%
H-10 2 medicamentos por consulta por año (AGROSALUD: 3.26 med. cons./año)
H-11 Costo promedio del medicamento: US$ 0,25
H-12 Partos (número y costo), tratamientos, cirugía (alta, media, menor), etc. son opciones adicionales, que no se han incluido
H-13 **Recuperación deseada: 10% del costo operativo anual**

Consecuencias:

C-01 200 camas ocupadas por año (de H-2 y H-3)
C-02 50 pacientes por cama (de H-4: 365/7.3=50)
C-03 10,000 pacientes por año (de C-1 y C-2)
C-04 Cobertura de 250,000 habitantes (de H-2 y H-5)
C-05 200,000 consultas por año (de H-6 y C-4)
C-06 73,000 días-cama por año (de H-4 y C-3)
C-07 Presupuesto del Hospital: US$ 1,000,000. Red: US$ 250,000 (de H-8)
C-08 Costo Internación: US$ 800,000. Costo ambulatorio: US$ 200,000 (de H-9)
C-09 Costo de la consulta: US$ 450,000 / 200,000 = US$ 2.25 (C-05, C-07, C-08)
C-10 Costo de cada internado: US$ 800,000 / 10,000 = US$ 80.00 (C-03, C-08)
C-11 Costo de cada día-cama: US$ 800,000 / 73,000 = US$ 10.96 (H-11, C-12)
C-12 Consumo de medicamentos: 200,000c x 2 m/cons. = 400,000 m (H-10, C-05)
C-13 Costo del consumo de medic.: US$ 0.25 x 400,000m = US$ 100,000 (H-11, C-12)
C-14 **Objetivo de recuperación: US$ 125,000** (H-01, H-13)

El objetivo de política enunciado y que subyace a todos los cálculos que siguen, es recaudar un monto absoluto coincidente con el 10% del gasto de funcionamiento anual. Dicha meta implica determinar qué servicios serán cobrados, a qué precio (=fijar el arancel por servicio) y quiénes serán los usuarios que tendrán que pagar y en qué porcentaje (100%, 50%, 0%, etc.). Aumentar aranceles y generalizar su cobro deprime la demanda, si todo lo demás permanece constante, de modo que los aumentos deben neutralizar la pérdida de recaudación que adviene por el ajuste de la demanda hacia la baja en respuesta a los mayores precios.

En lo que sigue se presentan distintas opciones que ejemplifican diversas posibilidades de aranceles y cobros. El objetivo es mostrar que el sistema puede ser simple y que su establecimiento no requiere conocer costos específicos por centro de costo, servicios intermedios y finales, u otros costos. Para simplificar los cálculos, máxime tomando en cuenta que la elasticidad-precio de cada bien de consumo final es específica a cada situación contextual, se supone que la fijación de un arancel no afecta la demanda. En consecuencia, los cálculos son lineales. El establecimiento de exenciones y subsidios de alguna manera refleja el reconocimiento de relaciones de elasticidad-precio que se desean evitar, esto es, neutralizar la contracción de la demanda causada por la determinación de un precio o de un precio excesivo para las posibilidades de pago del usuario.

Opción 1: Sólo se paga un arancel por la consulta y todos pagan

US$ 125,000 / 200,000 = US$ 0.625 Arancel por usuario

En este caso hay una distribución del costo entre todos los usuarios por igual y no se distingue entre tipos de consulta diferentes. La internación y los medicamentos son gratuitos. Se sustenta en el principio de solidaridad y mutua ayuda, aunque no distingue la capacidad de pago del demandante. También requiere una demanda elevada para que la recaudación cubra el 10% del costo operativo . Tiene la ventaja de ser de recaudación sencilla y uniforme y no requiere establecer ningún sistema de control o de verificación. La suma es suficientemente baja como para que todos puedan pagarla (aproximadamente Q3.00). Si se establecen exenciones, la suma puede aumentar para cubrir la diferencia (opción 2 que sigue).

Opción 2: Sólo se paga arancel por la consulta y hay exenciones (H-7)

40% de 200,000 = 80,000 no paga /
20% de 200,000 = 40,000 paga 50% / Incógnita: Arancel = X
40% de 200,000 = 80,000 paga 100% /

(0.50) x X x (40,000) + X x (80,000) = US$ 125,000 (Total a recuperar)

X = US$ 125,000 / (20,000 + 80,000) = US$ 1.25 por usuario

Las condiciones impuestas aumentaron el arancel al doble (US$ 1.25 = Q6.25). La diferencia entre esta nueva tarifa y el costo real de la consulta asciende a US$ 1.00 (US$2.25 - US$1.25), o sea que el Estado está subsidiando el 44% del costo y el 66% del mismo, recuperado, equivale al 10% del costo operativo total. En forma adicional y dentro de la intención política hipotética de la cual partimos de recuperar el 10% del gasto operativo, al existir un cobro selectivo, quienes pagan están haciendo una especie de subsidio cruzado en favor de quienes reciben atención gratuita y atención pagando sólo el 50% del arancel. Procediendo de esta manera se pueden hacer diferentes ensayos de prueba y error y también incorporar la reacción de la demanda y del comportamiento de los usuarios, ajustando el tipo y el nivel de aranceles considerando todas las variables en juego y sopesando las diversas políticas involucradas. Por ejemplo, se puede cobrar el 100% del costo (US$2.25) o incluso más, al 100% de quienes acudan a la consulta en el hospital (excepto si son referenciados) y cobrar US$ 1.25 y US$ 0.625 en la red para así direccionar la demanda hacia la red de menor nivel y evitar que los servicios ambulatorios y de apoyo del hospital estén sobredemandados o distorsionados.

Opción 3: Cada usuario paga el 10% del costo de su demanda, pero no los medicamentos

Consulta:	200,000cons.	x US$ 0.225	= US$ 45,000
Internación:	10,000pac.	x US$ 8.00	= US$ 80,000 (alternativa 1)
Internación:	73,000d/c	x US$ 1.10	= US$ 80,000 (alternativa 2)

Es discutible cobrar aranceles a pacientes que requieren intervención quirúrgica o asistencia hospitalaria a causa de accidentes o enfermedad. Aquí se incluye la internación como otro servicio donde se puede cobrar aranceles.[13]

En la internación se puede elegir entre cobrar por paciente o por día-cama. En cualquiera de estos dos casos, se puede cobrar a cada persona una suma fija e igualitaria, coincidente con el promedio, o bien cobrar a cada uno según su consumo efectivo (que es la práctica normal en cualquier institución privada con su clientela privada). En el primer caso hay subsidios cruzados entre las personas y se respeta el principio de solidaridad; el método de recaudación es más simple y tiene costo bajo. El segundo caso, cobrar utilización efectiva, requiere una especie de cuenta corriente por persona e involucra un costo administrativo mucho más elevado. Tiene por efecto estimular a que las personas deseen abandonar pronto el hospital (excepto por los pobres, que no pagan) y ello es un estímulo al control de costos vía precios y demanda de atención, pero castiga a los más enfermos e introduce incertidumbre y angustia individual. No posee solidaridad social. Por otra parte, como se dijo anteriormente, el paciente internado está en una situación cautiva y su permanencia en el hospital no depende de su voluntad, sino del profesional y del personal de salud que lo atiende. Como alternativa, dentro de esta opción, se puede cobrar la permanencia efectiva con un techo, por ejemplo hasta el promedio (de 7.3 días), pero en dicho caso se requiere aumentar el arancel a cobrar por día para compensar la diferencia.

Los dos sistemas de cobro pueden coexistir. Se puede cobrar a los pacientes propios una suma igualitaria y coincidente con el costo promedio, pero al mismo tiempo cobrar utilización efectiva cuando son pacientes transferidos por otras instituciones públicas o cuando se trata de venta de servicios en general, a usuarios que no son los del MSPAS. En este caso la tercera institución pagadora, para bajar los costos suyos, tiene interés en que los pacientes permanezcan el tiempo estrictamente necesario para su recuperación de un punto de vista médico y ejerce controles para que eso se cumpla, y a su vez tiene interés en pagar exactamente el costo. Este método de cobro tiene, por lo tanto, efectos sobre la mejor utilización de los recursos y requiere que la

---

[13] Los partos constituyen un caso especial de internación donde es aconsejable evaluar con cuidado qué cosa cobrar y cuánto, si acaso se decide hacerlo, especialmente cuando se desea aumentar el parto institucional en comparación con el domiciliario, realizar promoción de salud, planificación familiar, estimular la lactancia materna, etc. En todo caso se pueden hacer dos cosas: cobrar un arancel igualitario por parto y no por los días de internación y dar estímulos económicos asociados con el parto institucional, en la forma de complementos alimenticios gratuitos y remedios en caso de necesidad, para que la madre retorne con su bebé hasta que por lo menos éste cumpla un año.

gestión hospitalaria se sustente sobre principios científicos y de buena administración. Como se dijo más arriba, tiene mayor costo administrativo pero permite ejercer un control efectivo del gasto y del consumo a nivel micro, por centro de costo, por bienes intermedios y finales, por profesional, por prestación, por tipo de paciente, por sexo y edad, por datos demográficos y socioeconómicos, etc.

<u>Opción 4</u>: Cada grupo de usuarios paga el 10% del costo de su consumo, con las exenciones indicadas en (H-7).

Los cálculos son:

Consulta:

40% de 200,000 = 80,000 no paga /
20% de 200,000 = 40,000 paga 50% / Incógnita: Arancel = X
40% de 200,000 = 80,000 paga 100% /

(0.50) x X x (40,000) + X x (80,000) = US$ 45,000 (Total a recuperar)

X = US$ 45,000 / 100,000c. = US$ 0.45 por consulta

Medicamentos (Hip. C-12, C-13 e hipótesis adicional: distribución aleatoria del consumo coincidente con la exención de las consultas):

40% de 400,000 = 160,000 no paga /
20% de 400,000 = 80,000 paga 50% / Incógnita: Arancel = X
40% de 400,000 = 160,000 paga 100% /

(0.50) x X x (80,000) + X x (160,000) = US$ 10,000 (Total a recuperar)

X = US$ 10,000 / 200,000m. = US$ 0.05 por medicamento

Internación, cobrando por paciente (Hip. C-3, C-8, C-10, C-11):

40% de 10,000 = 4,000 no paga /
20% de 10,000 = 2,000 paga 50% / Incógnita: Arancel = X
40% de 10,000 = 4,000 paga 100% /

(0.50) x X x (2,000) + X x (4,000) = US$ 80,000 (Total a recuperar)

X = US$ 80,000 / 5,000pac. = US$ 16.00 por paciente

Internación, cobrando por día-cama (Hip. C-06, C-11):

40% de 73,000 = 29,200 no paga /
20% de 73,000 = 14,600 paga 50% / Incógnita: Arancel = X
40% de 73,000 = 29,200 paga 100% /

(0.50) x X x (14,600) + X x (29,200) = US$ 80,000 (Total a recuperar)

X = US$ 80,000 / 36,500pac. = US$ 2.19 por día cama

En este caso se recauda una suma mayor al 10% del costo operativo porque la participación en el costo de los medicamentos agrega US$ 10,000 a los US$ 125,000 recaudados por los restantes conceptos, a saber:

U$S 0.05 x 200,000m = US$ 10,000

La carga por persona es aquí variable e indeterminada, pues no se toma en cuenta la reconsulta, el número de medicamentos recetado o consumido por paciente, las personas que van a consulta ambulatoria y luego se deben internar, etc. Para eliminar o acotar esas indeterminaciones se pueden fijar máximos por persona, excepciones, etc. En cuanto al sistema de cobro de la internación, vale lo expresado para la opción anterior.

Opción 5: Alternativas de cobro diferenciado

El sistema de hipótesis propuesto permite todo tipo de simulaciones y ajus' s en función de la realidad o en función de opciones de política. Por ejemplo, si los administradores deciden cobrar el 100% del costo de la consulta (con las excepciones hipotetizadas en H-7), el 50% del valor de los medicamentos y sin excepciones, y el 10% del costo de la internación con las excepciones hipotetizadas, ¿a cuánto ascendería la recuperación de costos global? Recordando que el costo de la consulta es igual a US$ 2.25, el valor promedio del medicamento US$ 0.25 y que el 10% del costo de la internación es igual a US$ 80,000, se tiene:

Consulta:		
US$2.25 x 80,000 + (0.50 x US$2.25) x 40,000	=	US$ 225,000
Medicamentos:		
0.50 x U$S 0.25 x 2med. x 200,000	=	US$ 50,000
Internación:		US$ 80,000
Recaudación total		US$ 355,000

De modo que la recuperación total ascendería a US$ 355,000, o sea el 28.40% del costo operativo total. La incógnita en este caso es el arancel a cobrar a quienes se internan, habida cuenta que el 40% de los 10,000 pacientes internados recibe atención gratuita y el 20% tiene un subsidio del 50%. El cálculo es el siguiente:

$$(US\$\ X) \times 4000 pacientes + (0.50 \times US\$\ X) \times 2{,}000 pacientes = US\$\ 80{,}000$$

$$US\$\ X = US\$\ 80{,}000 / (4000 + 1000) = US\$\ 16.00$$

Se aprecia que la fijación de aranceles y la determinación de objetivos de recuperación de costo son relativamente arbitrarias y que no necesariamente deben estar ligadas al costo particular de las prestaciones propiamente dichas. También se aprecia que hay muchas variantes posibles. Para cualquier combinación de alternativas que se considere, el mecanismo debe ser sencillo y de recaudación simple, que procure la equidad, discipline y oriente la demanda, etc., a la par que se constituya en una forma de recaudar fondos para el uso interno del establecimiento o de la red con la finalidad de mejorar la calidad.

En la Tabla 3-11 que sigue se resumen los ejemplos propuestos.

TABLA 3-11 EJEMPLIFICACION DE UN SISTEMA DE ARANCELES Y DE RECUPERACION DE COSTO PARA UN HOSPITAL DE 250 CAMAS Y SU RED DE REFERENCIA

CONCEPTO	OPCION 1	OPCION 2	OPCION 3	OPCION 4	OPCION 5
CONSULTA					
Valor en US$	0.625	1.25	0.225	0.45	2.25
Pagan 100%	200,000	80,000	200,000	80,000	80,000
Pagan 50%	--	40,000	--	40,000	40,000
No pagan	--	80,000	--	80,000	80,000
Recaudación US$	125,000	125,000	45,000	45,000	225,000
INTERNACION (ALT. 1)					
Valor por paciente US$	--	--	8.00	16.00	16.00
Pagan 100% (nro. de pac.)	--	--	10,000	4,000	4,000
Pagan 50% (Idem)	--	--	--	2,000	2,000
No pagan (Idem)	--	--	--	4,000	4,000
Recaudación US$	--	--	80,000	80,000	80,000
INTERNACION (ALT. 2)					
Valor por día – cama	--	--	1.10	2.19	2.19
Pagan 100% (días – cama)	--	--	73,000	29,200	29,200
Pagan 50% (Idem)	--	--	--	14,600	14,600
No pagan (Idem)	--	--	--	29,200	29,200
Recaudación US$	--	--	80,000	80,000	80,000
MEDICAMENTOS					
Valor (x 2) med. x paciente	--	--	--	US$ 0.025 x 2	US$ 0.125 x 2
Pagan 100% (pac. ambul.)	--	--	--	80,000	200,000
Pagan 50% (Idem)	--	--	--	40,000	--
No pagan (Idem)	--	--	--	80,000	--
Recaudación US$	--	--	--	10,000	50,000
RECAUDACION TOTAL US$	125,000	125,000	125,000	135,000	355,000
RECUPERACION DE COSTO	10%	10%	10%	10.80 %	28.40 %

Archivo: GT3-11.wk1 R: A1..N42 LM: 1.3" TM: 2.25"

FUENTE: Elaboración teórica del autor

NOTA: En la sección que sigue el autor desarrolla elementos de análisis económico y explicita conceptualmente la relación causal entre gasto, calidad, costo, utilización y recuperación de costos. El tema interesa a decisores de política global y van dirijidos especialmente a expertos en financiamiento y presupuesto y al equipo económico del gobierno. Los lectores que no tiene interés en estos temas pueden pasar directamente a la página 55.

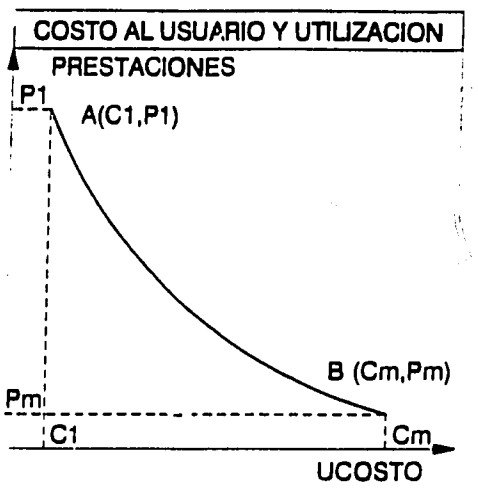
3.8. *Calidad y recuperación de costos*

Como se ha señalado, la instauración de un sistema de aranceles debe ser parte de un proceso de mejora en la calidad de las prestaciones. Para ser efectivo, dicho proceso también requiere un manejo de los fondos propios de carácter discrecional y libre por parte del establecimiento, dentro de las normas que se establezcan al respecto. En el deseo de explicitar la relación entre gasto de funcionamiento, costo al usuario, cobro de servicios, calidad, utilización y costo individual de las prestaciones, se pasarán a analizar de un punto de vista conceptual diversas relaciones funcionales útiles a este propósito. El análisis que sigue procura justificar las recomendaciones del informe y explicitar las interveniones y medidas de política disponibles a las autoridades, así como sus efectos.

Dentro de la variedad de factores que inciden en la utilización de servicios de salud, nos restringiremos a tres: necesidad percibida de atención, calidad de los servicios y costo al usuario. El primer aspecto, la necesidad percibida, depende de factores subjetivos y circunstanciales que no interesan a nuestro propósito, pero cuyo efecto en la utilización es que a mayor necesidad, mayor utilización. Se pasa, por lo tanto, a analizar las interrelaciones entre calidad, costo y utilización, para lo cual se recurrirá al uso de visualizaciones gráficas. Para distinguir el "costo al usuario" descrito en el numeral **3.7.** del costo de producción del servicio prestado (i.e., el costo del MSPAS), convendremos en llamar al primero por un neologismo, el "ucosto".

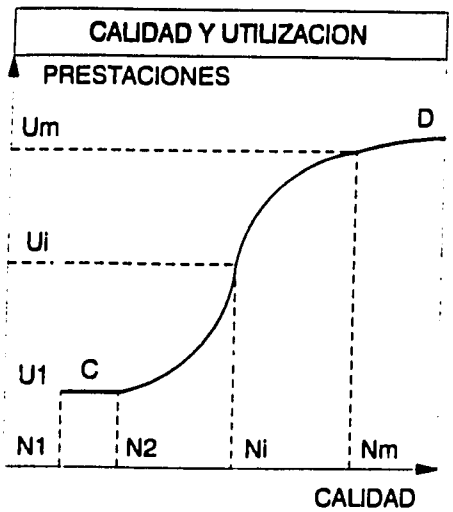
Cuando se utilizan ejes ortogonales es una convención de matemáticas y de estadística representar en el eje horizontal la variable independiente, causal o explicativa y en el eje vertical la variable dependiente o explicada. En la Figura 3-9 se representa el vínculo entre el ucosto de las prestaciones, es decir, el costo desde la perspectiva del usuario, y la consiguiente predisposición de éste a utilizar los servicios, a igualdad de condiciones, como se explicara en la página 29. La pareja de puntos (C1, P1) indica que para el ucosto C1 la utilización es máxima (la relación costo/beneficio explicitada en Figura 3-8 es satisfactoria (alta). La pareja (Cm, Pm) indica una voluntad mínima de acceder pues el ucosto es máximo; la utilización Pm mínima responde a una muy alta necesidad, de demanda rígida en relación al ucosto. Lo que vale para un usuario a priori equivale a la utilización efectiva observada a posteriori: la confluencia de innumerables decisiones individuales determina la curva de utilización AB, donde el ucosto es la variable que explica el acceso a los servicios, para una misma calidad (y necesidad) dada. Consecuencia de política: reducir el ucosto.

FIGURA 3-9



FUENTE. ELABORACION DEL AUTOR

FIGURA 3-10



FUENTE: ELABORACION DEL AUTOR

En la Figura 3-10 se representa la relación causal entre calidad de los servicios y grado de utilización. A partir de un nivel de calidad N1, que se corresponde con una utilización U1, en la medida en que aumente la calidad y los usuarios comiencen a percibirlo (nivel N2), comienza a aumentar la utilización. Dicha respuesta de la demanda es tanto más rápida cuanto más aumente la calidad hasta el nivel Ni, en que la demanda se comienza a saturar y desciende el ritmo de su crecimiento (pareja de puntos Ni, Ui, donde la curva tiene un punto de inflexión). Cuando se llega al punto donde en teoría la demanda sentida de salud coincide con la utilización efectiva (pareja Nm, Um), no aumenta el grado de utilización por más que siga en aumento la calidad.[14]

Consecuencias para la política gubernamental:

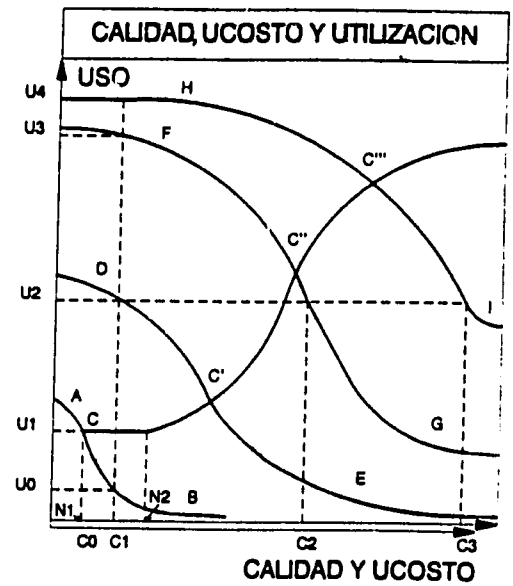
1. Determinar la calidad de los servicios (mediciones objetivas con detección de áreas críticas).
2. Diseñar un plan de desarrollo institucional focalizado en cómo mejorar la calidad en sentido amplio:
   a) Definir el nivel de calidad deseado por tipo de establecimiento, servicio, prestación, etc. y establecer plazos para alcanzar ese nivel;
   b) Diseñar mecanismos que permitan introducir los cambios.
   c) Presupuestar los cambios, evaluando el costo y el mayor gasto de hacerlo.
3. Introducir los cambios seleccionados, hacer seguimiento y evaluar su impacto respecto de la utilización, retroalimentando la información obtenida al proceso generado.

---

[14] La determinación de la calidad de los servicios supone algún mecanismo objetivo de medición que combine valuaciones de los oferentes del servicio, de los usuarios y de observadores externos. Se pueden utilizar diversos instrumentos de recolección de información. En el caso del personal de salud se podría emplear un formulario de encuesta con afirmaciones graduadas de por ejemplo 1 a 5 para que el encuestado pueda asentar su calificación de los servicios; las preguntas deberían estar clasificadas bajo distintos grupos temáticos y ser pasibles de intervención y mejora por parte de las autoridades. Formularios similares, aunque de contenido diferente, se deben diseñar para los pacientes ambulatorios por un lado y los pacientes internados por otro. También es conveniente utilizar formularios de comprobación de normas o estándares generalmente aceptados de calidad, que un encuestador ajeno al establecimiento o incluso, a la institución, verifica servicio por servicio. El uso integrado de estos instrumentos permite ubicar al establecimiento dentro de una escala de calidad prefijada, detectar áreas críticas e introducir mejoras, evaluar la relación entre calidad y costo al usuario según lo considera éste, y apreciar el cambio de actitudes de los usuarios respecto de los servicios a partir de la introducción de mejoras y de cambios en la calidad.

En las páginas inmediatamente anteriores se analizó en forma separada el vínculo funcional entablado entre el ucosto y la utilización de los servicios, y entre la calidad de los servicios y la utilización de los mismos. Ahora bien, ambas variables explicativas interactúan: simultáneamente el ucosto y la calidad percibida determinan el grado de utilización de los servicios, vínculo funcional que se visualiza en la Figura 3-11. En el eje horizontal se presentan a la vez la calidad y el ucosto y en el eje vertical la utilización. La curva CC'C''C''' representa la calidad y coincide con la curva CD de la Figura 3-10 anterior. Por cada uno de sus puntos pasa una curva de ucosto, habiéndose dibujado como ejemplificación cuatro de ellas, las curvas ACB, DC'E, FC''G y HC'''I, que dan la relación entre el ucosto y la utilización que el usuario hace de los servicios, para los niveles de calidad C, C', C'' y C''', respectivamente. La curva ACB dice que para el nivel de calidad N1 y ucosto Co, la utilización es baja e igual a U1, pero si el costo desciende, la utilización puede subir hasta el punto A, y si el costo es mayor, la utilización tiende a cero.

FIGURA 3-11



FUENTE: ELABORACION DEL AUTOR

Consecuencias de política: la figura muestra en forma integrada las intervenciones de política disponibles para incrementar la utilización: aumentar la calidad y bajar el ucosto.

Véase que para el ucosto C1 el usuario demanda Uo cuando la calidad es igual a N1 (punto C en la curva CC'C''C'''), pero para ese mismo ucosto C1, a medida que sube la calidad, el usuario demanda mayores prestaciones. Así, cuando la calidad es igual a C', el usuario demanda U2, U3 cuando la calidad es C'' y U4 cuando la calidad es igual a C'''. Los incrementos en la utilización UoU2, U2U3, U3U4 son sucesivamente más bajos para incrementos iguales de calidad porque la demanda se comienza a saturar. A su vez, los incrementos en utilización son mayores que los incrementos en calidad en los tramos bajos, pero no cuando la calidad comienza a ser alta: el incremento marginal en la utilización es menor al incremento marginal en la calidad, siempre a igualdad de otras condiciones.[15]

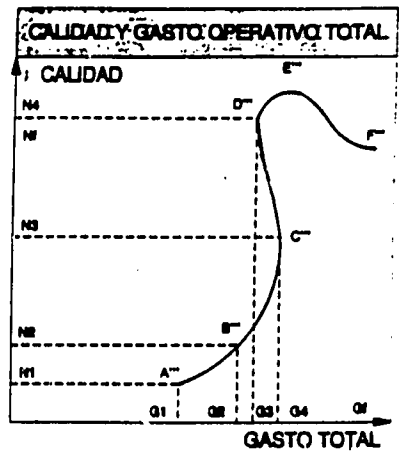
---

[15] En el "cambio de otras condiciones" puede estar el hecho de que la oferta puede inducir o crear una mayor demanda, necesaria o no de un punto de vista de la salud. Los países desarrollados ofrecen un ejemplo así como enclaves médicos en países en desarrollo cuyos servicios se dirigen a las clases pudientes, o cuando el ingreso está ligado al número de prestaciones ejecutadas. La sobreinversión en bienes de capital, sobreutilización de elementos diagnósticos de alta complejidad y tecnología, el sobrerecetar medicamentos, efectuar intervenciones quirúrgicas no estrictamente necesarias, etc., son ejemplos de este tipo. También se observa cuando la utilización se satura y los grupos médicos hacen inversiones para captar nichos de demanda mediante monopolios transitorios de alta tecnología.

En forma parecida, en la misma Figura 3-11X, se aprecia que se obtiene un mismo nivel de utilización U2 a pesar de que el costo pasa sucesivamente de C1 a C2 y de C2 a C3, porque la calidad pasa de C' a C'' y de C'' a C'''. En otras palabras, existe una transacción entre calidad y ucosto, relación de equilibrio que se representó en la Figura 3-8 a lo largo de la diagonal en la relación entre ucosto y calidad/beneficio/utilidad. Se debe tener en cuenta que en la categorización que se ha hecho puede suceder que el usuario perciba una reducción de su ucosto como un aumento en la calidad de los servicios, por más que la "calidad médica", por decirlo de alguna forma, haya permanecido igual. La reducción en tiempos de espera, por ejemplo, es un caso de este tipo.

Consecuencias de política: para aumentar la utilización, las autoridades pueden tomar medidas para bajar el ucosto o incrementar la calidad médica y del funcionamiento general de los servicios. Vamos a englobar bajo "aumento en la calidad" a todos estos aspectos. Es posible ganar en calidad por una redistribución y reasignación de recursos, mayor racionalidad, menores costos operativos, etc., pero en última instancia, en el mundo contemporáneo un incremento en la calidad de las prestaciones médicas solamente es posible aumentando selectivamente las inversiones y el gasto. La calidad es una expresión del gasto realizado y ésta es la verdadera variable independiente o de política, i.e. la variable que las autoridades pueden o mejor dicho, están obligadas a utilizar para ganar calidad.

FIGURA 3-12



FUENTE: ELABORACION DEL AUTOR

En la Figura 3-12 se ilustra el vínculo funcional mencionado. En el eje horizontal se representa el gasto total y en el eje vertical la calidad, relación dada por la curva A"'B"'C"'D"'E"'. Se parte de un nivel de gasto G1 y de una calidad N1; al pasar de G1 a G2 la calidad sube a N2 y se hace el supuesto de que recién allí (punto B"') los usuarios perciben el cambio y la utilización de los servicios comienza a aumentar. Este comentario es importante para la vinculación de variables que se hará poco más adelante. El gasto total tiene un máximo en el punto C"', definido por la pareja (G4, N3), para comenzar a bajar hasta D''' (calidad N4), pues se hace el supuesto de que la calidad de la institución sube por aplicación de medidas de racionalización, control de gestión, etc., que reducen los costos operativos. A partir de N4 comienza a operar la ley de rendimientos decrecientes aplicada a la calidad: dosis sucesivas de gasto determinan incrementos marginales decrecientes en la calidad. A partir de un cierto punto E''', aumentos en el gasto reducen la calidad, no sólo por incluir en el concepto de calidad la eficiencia, sino porque comienza un proceso de iatrogenia: la institución se "medicaliza" y la oferta induce una demanda innecesaria (tramo E''' F''', gasto Gf y Calidad Nf), hecho que suele suceder cuando se cobra por servicio realizado y quien paga es un tercero. En esta situación la utilización aumenta a pesar de que la calidad baje, pues el usuario no lo percibe (véase nota 15).

La utilización de los servicios mejorará si el mayor gasto se hace con la intención de mejorar la calidad. La respuesta de la demanda tendrá un atraso respecto del cambio en la oferta e inicialmente los costos operativos individuales por actividad serán mayores, hasta que madure la inversión realizada y el público responda con una mayor utilización. En muchas ocasiones el Estado no está en condiciones o no está dispuesto a incurrir en estas erogaciones (principalmente, el equipo económico del gobierno) porque no tiene garantías acerca de si efectivamente el esfuerzo vale la pena, especialmente cuando hay multiempleo y el personal de salud también trabaja en el sector privado y no hay conciencia o un interés compartido en mejorar la calidad en el sector público. En esas situaciones el sistema de incentivos y premios implícito en el sistema estimula a que los profesionales y el personal de salud en general esté psicológica y económicamente orientado a mejorar la calidad en el sector privado, pero no así en el sector público.[16]

Esta es otra razón por la cual se observa un creciente cambio de actitudes en las autoridades públicas de muchos países respecto del rol estatal y privado en el campo de la salud. Se considera que eficiencia, calidad, menor costo y eficacia son características inherentes a un sistema privado competitivo, también en el caso de la salud, y que **la función del Estado debe orientarse a fijar estándares, regular y controlar al sector y proteger al usuario**, reservando su actuación directa como prestador de servicios a situaciones muy especiales, que son aquellas donde el sector privado no tiene interés en intervenir, no es viable que logre autofinanciarse, haya impedimentos logísticos o de otra especie, o haya necesidades o decisiones de política de salud o intersectoriales que hagan dicha esfera un área reservada a la actividad del Estado.[17]

---

[16] Estímulos positivos para el profesional en el sector privado:
- -Mayor remuneración e ingreso
- -Posibilidad permanente de desarrollo personal futuro (económico, intelectual, técnico, social)
- -Competencia entre profesionales
- -Permanencia, continuidad y calidad de los sistemas de apoyo

Estímulos negativos en el sector público:
- -Remuneración baja e insuficiente para vivir exclusivamente de dicha fuente de ingreso
- -Empleo asegurado independientemente del desempeño e incluso, de si trabaja en forma efectiva
- -Remuneración fija y desvinculada de la productividad
- -Beneficios asociados a la antigüedad y no a la calidad
- -Alta rotación de personal en cargos técnicos estratégicos
- -Alta rotación en cargos de conducción técnico-política y política
- -Si la calidad pública es buena y competitiva, el profesional pierde pacientes privados (aún siendo clientela pobre).

[17] Ejemplos: acciones sobre el medio ambiente, control sanitario de fronteras, obras de infraestructura, acciones preventivas, etc. El Estado también puede tener interés en impedir la competencia privada y establecer monopolios (propios o por concesión), como puede ser el caso de la alta tecnología y las inversiones que apareja: un país con pocos recursos se puede ver obligado a limitar la importación o proliferación de equipos altamente complejos y de cobertura poblacional reducida. En muchos países en

Se debe tener en cuenta que un servicio privado autónomo actuando por sí en un mercado libre debe aunar calidad y bajos costos porque de otra manera no logra captar demanda suficiente para poder sobrevivir. La autosostenibilidad que se mencionó al comienzo de este informe es crucial para una institución de este tipo, cuya recuperación de costos no sólo debe cubrir la totalidad del gasto operativo, sino que debe incluir un adicional para cubrir las necesidades de inversión, tanto de ampliación de servicios como de actualización, modernización y desarrollo futuro.[18]

Al presente, en Guatemala y en el ámbito del MSPAS, el Estado está subsidiando el 99.10% del gasto operativo y la totalidad de las inversiones. Aquí meramente se está sugiriendo pasar del actual 0.90% de recuperación a un 10%, que no deja de ser un porcentaje modesto.

En la Figura 3-13 se vincula gasto, calidad, utilización y costo promedio, al reunir las Figuras 3-10 y 3-12 y agregar en el cuadrante inferior izquierdo el costo promedio por prestación. La relación de causalidad va del semieje horizontal derecho, el gasto total, a la calidad, y de ésta a su vez a la utilización (semieje horizontal izquierdo). La combinación de ambas variables -gasto y utilización- determina la evolución del costo promedio a medida que aumenta la utilización de los servicios por parte de los usuarios. El tramo A"B" en que aumenta el costo promedio de C1 a C2 corresponde a la maduración del aumento en el gasto de G1 a G2, realizado para lograr elevar la calidad desde N1 a N2. Durante ese lapso los usuarios no perciben el cambio y la utilización permanece igual (U1=U2). A partir de N2 aumenta el uso de los servicios y la interacción con la evolución del costo total determina la forma descendente de la curva de costo promedio. Cuando se llega al punto D''' en la curva del gasto, en que éste llega a un mínimo para comenzar a aumentar en forma exponencial, el uso de los servicios es máximo por el aumento en la calidad. No se introdujo aquí el factor recuperación o participación en el costo, que incide en reducir la utilización; la interrelación entre los diversos elementos se mostrará en la Figura 3-16. Después del nivel de calidad N4, se enlentece y detiene el ritmo de uso de los servicios. Si aumenta el gasto total, el costo promedio aumenta en forma exponencial. El uso aumenta por indicación de la oferta (Uf).[19]
Consecuencias de política: las ya mencionadas.

---

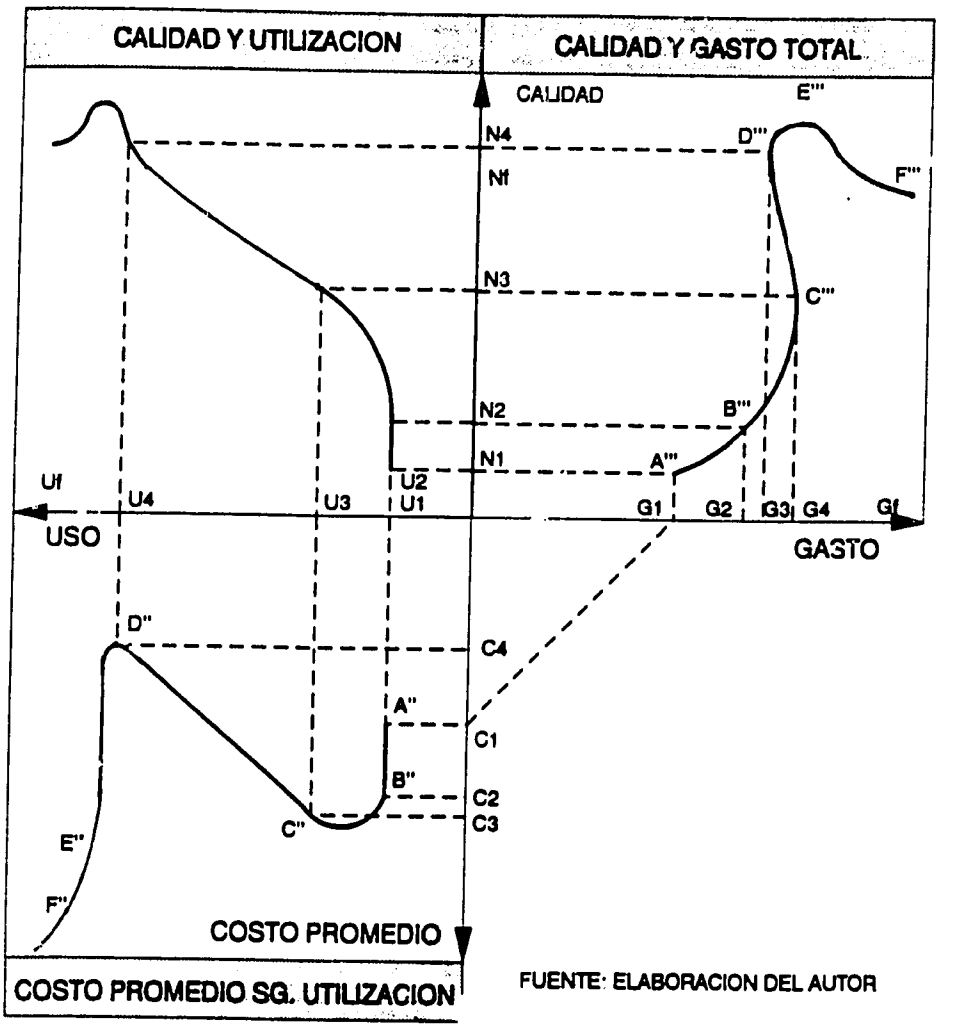
desarrollo, con recursos limitados para salud, se observan grandes inversiones en atención curativa de alto costo para situaciones minoritarias, simultáneas con vacíos de cobertura en atención básica y de bajo costo para un número extenso de la población, no solamente considerando el sector salud como un todo, sino a veces aún dentro del propio sector público. Cuando hay competencia público-privada respecto de la alta tecnología, puede incluso ocurrir que las instalaciones públicas sean saboteadas cuando hay multiempleo.

[18] PROSALUD en Bolivia es un ejemplo de este tipo; constituye un servicio que comenzó a operar hace pocos años y que logró un alto grado de autofinanciamiento casi exclusivamente cobrando las mismas tarifas que el Ministerio de Salud. En Uruguay la mitad de la población está cubierta por seguros prepagos privados financiados por afiliados individuales (que pagan de su peculio) y por afiliados colectivos asegurados a través de la Seguridad Social cuyos aportes se financian en forma tripartita por el Estado, los empleadores y los mismos asalariados, además de mecanismos de copago del usuario. AGROSALUD y ACOGUA son ejemplos guatemaltecos de servicios cofinanciados por empleadores y empleados.

[19] Esta es la situación descrita en la nota 15. El mayor gasto (no necesariamente seguido por mayor utilización) refleja también el caso de muchos establecimientos hospitalarios de tercer nivel en el sector público en países en desarrollo, y las sobreinversiones y duplicaciones por la competencia Seguridad Social-Ministerio de Salud, etc.

FIGURA 3-13

GASTO, NIVEL DE CALIDAD, UTILIZACION
DE SERVICIOS Y COSTO PROMEDIO



FUENTE: ELABORACION DEL AUTOR

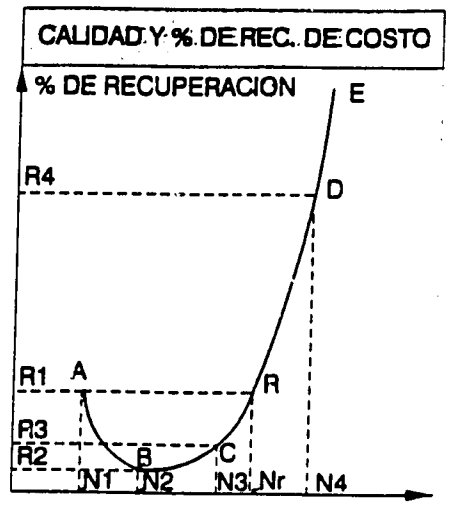
A partir de D''' y hasta E''', los aumentos en la calidad son menos que proporcionales al aumento en el gasto y la utilización apenas responde (U4). El tramo E'''F''' de la curva del gasto total ilustra la situación en que la calidad global del servico disminuye por sobreutilización, iatrogenia e ineficiencia, pero la utilización aumenta a Uf por inducción de la oferta. El costo promedio sigue aumentando, aunque a menor ritmo porque aumentaron las prestaciones.[20]

---

[20] En realidad el fenómeno de una demanda no-necesaria inducida por la oferta puede ocurrir en cualquier punto de la curva, si bien es cierto que se generaliza a partir de E'''. Hay mayor probabilidad de ocurrencia cuando el profesional o una tercera institución es pagada por acto médico (ejemplo: cesáreas),

Se pasa ahora a estudiar el vínculo entre calidad y recuperación de costos, cuya relación funcional se presenta en la Figura 3-14. En el eje horizontal se representa la calidad y en el eje vertical porcentajes crecientes de recuperación de costo. Como ya se dijo antes, todo aumento en el costo operativo, si se transfiere al consumidor y a igualdad de otras condiciones, significa una reducción en la demanda o una sustitución de los servicios públicos en favor de los de otro proveedor (decisión del usuario que también depende del costo y de la calidad de ese tercero). De modo que si se desea aumentar la recuperación de costos y mantener (o incluso, aumentar) la utilización de los servicios, se debe aumentar la calidad en un grado tal que más que compense a ojos del usuario el mayor costo que ahora debe afrontar. En este sentido, el tramo AB de la curva está indicando que la calidad debe aumentar ***antes*** de que aumente la recuperación de costos. El porcentaje de recuperación desciende de R1 a R2 porque aumenta el gasto general mientras que la demanda o utilización permanece igual, así como los aranceles, lo que hace que el porcentaje de recuperación descienda. Recién a partir del nivel de calidad N2, en que los usuarios perciben las mejoras, aumenta la demanda y el porcentaje de recuperación.

FIGURA 3-14



FUENTE: ELABORACION DEL AUTOR

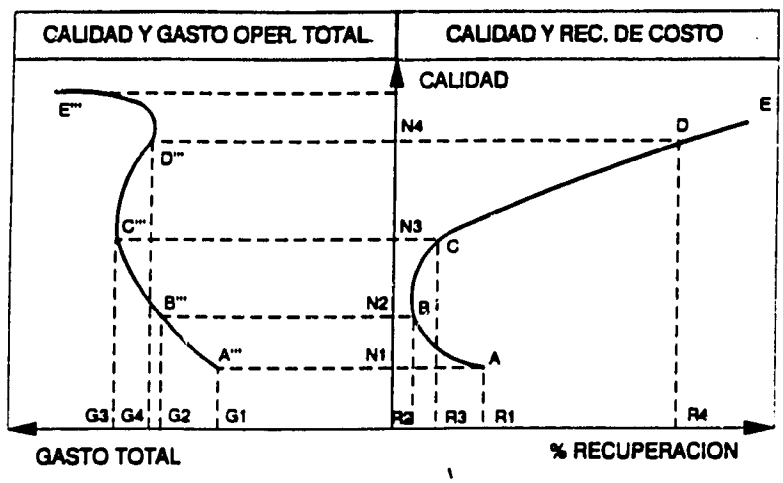
El aumento de la recuperación como porcentaje se debe al aumento en el número de prestaciones y también al ajuste en los aranceles que pueden introducir las autoridades por la mayor aceptación de los servicios por parte del público, que acude en mayor volumen porque la calidad mejoró por sobre el costo al usuario (ucostos). Consecuencias de política: las autoridades pueden proceder por ensayo y error hasta establecer óptimos, realizando inversiones y mayores gastos para combinar calidad, recuperación de costos, equidad, eficiencia, utilización de servicios y objetivos de política.

---

cuando hay sobreinversiones y en consecuencia, capacidad ociosa de capital, sobreoferta médica, o multiempleo profesional, como ya se mencionó en la nota 15. Este es un caso donde la regulación e intervención del Estado es imprescindible.

En la Figura 3-15 se muestra la interdependencia entre gasto total, calidad y recuperación de costos. Se aprecia que esta figura está compuesta por la Figura 3-12, simetrizada según su eje vertical, y por la Figura 3-14, simetrizada según su diagonal. De un punto de vista causal, el mayor gasto (semieje horizontal izquierdo) permite aumentar la calidad (eje vertical), y este cambio a su vez permite aumentar la recuperación de costos. Esta presentación visual es necesaria para la Figura 3-16 que después sigue.

FIGURA 3-15



FUENTE: ELABORACION DEL AUTOR

Consecuencias de política: si bien es posible mejorar la calidad con medidas meramente administrativas o reorganizativas que no signifiquen un aumento del gasto o una mayor dotación de recursos, se reitera que en la mayor parte de los casos mejorar la calidad implicará aumentar el presupuesto operativo acostumbrado, lo que a su vez significa realizar estudios de evaluación cuyo objetivo deberá ser sugerir medidas concretas para anticipar la incidencia y gestación de los problemas que atentan contra la salud o que dificultan recuperarla, mejorar la capacidad diagnóstica y curativa médica, reducir errores y omisiones, evitar la ocurrencia de complicaciones o infecciones, etc. Todo ello posiblemente involucre cambiar la composición del personal, mejorar sueldos, aumentar y diversificar el inventario de bienes fungibles, aumentar el stock de medicamentos, etc., siempre dentro del presupuesto de normal de funcionamiento. De igual forma y en estrecho vínculo, esos estudios tendrán por objeto sugerir qué desembolsos de capital realizar (mejorar instalaciones, equipos médicos, incorporar sistemas de información, introducir contabilidad de costos, capacitar personal, establecer normas e instaurar sistemas de control, modernizar técnicas de diagnóstico, mejorar aspectos logísticos y servicios de apoyo general, etc.). No se está aquí sugiriendo incrementar el gasto por el gasto mismo: se debe unir eficiencia, eficacia, calidad, equidad. El gasto debe ser selectivo, finalista y justificado cuidadosamente.

Por último, para explicitar en forma unificada el vínculo entre calidad, recuperación de costo, gasto operativo, costo promedio de las prestaciones y grado de utilización o demanda de los servicios, en la Figura 3-16 se presenta una conceptualización gráfica de las interrelaciones que se entablan y que constituyen una combinación de las Figuras 3-15 y una modificación de la Figura 3-13. Se debe tener en cuenta que en algunos casos las curvas aparecen simetrizadas porque cambia la disposición de los semiejes para poder ligar las diversas relaciones. Para facilitar la comprensión de los vínculos en algunos casos se reiterarán explicaciones anteriores. En el cuadrante superior derecho se vincula calidad y porcentajes crecientes de recuperación de costo; en el cuadrante superior izquierdo se relaciona la calidad y el aumento en el gasto operativo necesario para ascender en la escala de calidad de las prestaciones o del servicio; en el cuadrante inferior derecho se vincula la recuperación de costo y el número de prestaciones o demanda efectiva de la población; en el cuadrante inferior izquierdo se presenta el costo promedio según la evolución combinada del costo operativo y el grado de utilización.

Las relaciones pueden valer tanto para la totalidad del establecimiento como para actividades o centros de costo intermedios o finales. El único semieje que no es compartido es el horizontal izquierdo: las escalas de costo total y de costo individual son distintas y no se pueden representar simultáneamente (no se pueden proyectar los puntos de la curva A'''B'''C'''D''' sobre la curva A''B''C''D'', excepto por el punto A''' de origen, gasto total G1); queriéndolo resaltar se han dibujado dos vectores.

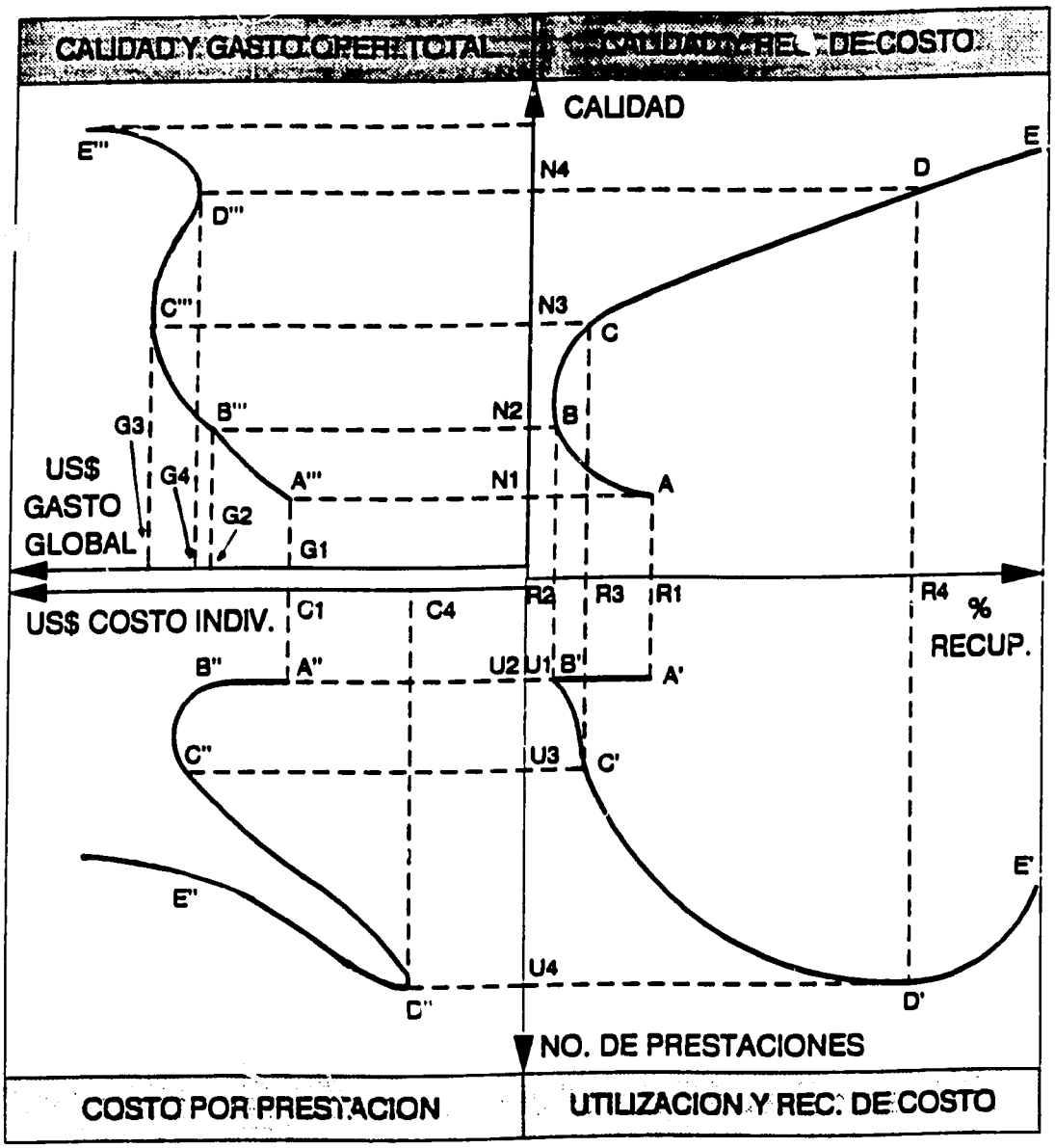
El punto A constituye la situación de partida y la intención de política es avanzar por el semieje horizontal derecho, incrementando la recuperación de costo desde el nivel original R1 hasta algún óptimo, que como se verá es R4. El punto N1 señala la calidad en el momento de partida A; U1 (proyección de A' sobre el semieje vertical inferior) denota la demanda/utilización de los servicios en el momento inicial, el punto C1 (proyección de A" sobre la escala del semieje horizontal izquierdo) corresponde al costo operativo promedio en el momento de partida (por servicio, consulta, paciente, usuario, etc., según se trate) y el punto A"' el costo operativo total G1 antes de iniciar ningún cambio. Suponemos que el oferente (el MSPAS) hace un esfuerzo unilateral para aumentar la calidad y ello implica incrementar los gastos operativos (punto B"', gasto total G2). Mientras madura la inversión, la demanda permanece constante (A' coincide con B' en su proyección al semieje vertical inferior, puntos U1 y U2) y por lo tanto la recuperación de costos global desciende en porcentaje (punto B) y aumenta el costo individual de las prestaciones (punto B").

Como se explicitó en la Figura 3-10, a partir de cierto momento el público percibe el cambio en la calidad de los servicios y la utilización comienza a aumentar (tramo de proyección BC sobre el semieje vertical superior); en consecuencia, las autoridades pueden comenzar a incrementar el porcentaje de recuperación del gasto operativo total de R2 a R3 y también empieza a bajar el costo individual de las prestaciones (punto C", gasto total G3). El monto

absoluto de recaudación aumenta por dos fuentes: hay mayor número de prestaciones por una mayor utilización de los servicios y el precio que se cobra a los usuarios es más elevado.

FIGURA 3-16

RELACION CONCEPTUAL ENTRE CALIDAD, COSTO OPERATIVO, COSTO PROMEDIO Y RECUPERACION DE COSTOS



FUENTE: ELABORACION DEL AUTOR

A partir del punto C'''sobre la curva del gasto total, el diseño de la gráfica parte del concepto de que "calidad" también significa eficiencia y que las autoridades logran comenzar a bajar el costo operativo total por control de costos, regulación de la demanda, mejor gestión y toma de decisiones, etc. (tramo C'D'''). En el cuadrante superior derecho se constata que la reducción en el costo repercute directamente en un mayor porcentaje de recuperación de costo como efecto combinado de la disminución del costo total, el aumento en el número de prestaciones (grado de utilización de los servicios por parte del público) y el aumento en el valor de los aranceles que introducen las autoridades (y que no se muestra). En el cuadrante inferior izquierdo se observa que el costo promedio comienza a bajar (tramo C''D''); la mayor utilización de los servicios refuerza los vínculos entablados hasta que se llega al costo promedio mínimo C4, que se encuentra por debajo del costo promedio C1 de partida.

En cierto momento (punto D) se llega a la capacidad máxima de pago y procurar aumentos adicionales de recuperación por arriba del porcentaje R4, aún aumentando la calidad, repercute en una baja en la utilización (tramo D'E' en la curva de utilización, cuadrante inferior derecho) y a un incremento consiguiente en el costo promedio de las prestaciones, como se muestra en la secuencia E, E', E''.

Es decir que para el nivel de calidad N4 se corresponde el máximo de utilización U4 y el porcentaje de recuperación R4, para un gasto operativo de monto G4 y costo mínimo individual C4. En la figura se aprecia que el monto G4 coincide con el mínimo de la curva de costo operativo (después de haber aplicado criterios de racionalización del gasto). Los puntos N4, R4, U4 y G4 deben coincidir porque a partir del punto D baja la demanda; en otras palabras, D queda determinado a partir de U4.

Se debe recordar que la curva ABCDE representa el ***porcentaje*** de recuperación de costo y no el ***monto absoluto*** recaudado, de modo que si deseamos mantener un mismo porcentaje de recaudación, y están aumentando los costos y no aumenta la utilización, se deben incrementar los aranceles. A su vez, como el aumento de los aranceles (=precios que paga el usuario) reduce la demanda, esto es, las prestaciones, los aranceles (=precios) deben aumentar aún más para compensar dicha pérdida. Por este motivo la curva de costo promedio aumenta rápidamente a partir del punto D'' (tramo D''E'').

Aumentos de calidad por sobre el nivel N4, como se dijo anteriormente, requieren (por aplicación de la ley de rendimientos decrecientes al concepto de calidad) aumentos significativos en el gasto operativo, obteniéndose incrementos muy pequeños en la calidad: más allá del punto D''' no vale la pena aumentar el gasto y es un caso de asignación irracional, pues claramente constituye un ejemplo de sobreinversión y subutilizacion de recursos. A su vez, bajar el gasto por debajo de D''' implica una reducción en la calidad y una menor utilización de los servicios. Se puede aumentar el grado de recuperación de costos hacia el extremo E, pero es a costa de deprimir la demanda de atención. El punto D, por lo tanto, establece un óptimo de política y un equilibrio entre recuperación de costo, utilización de servicios, costo mínimo individual y

nivel de gasto operativo, para una determinada estrategia de atención, empleo de tecnología, combinación de recursos y calidad de atención.[21]

El punto D" implica un costo individual C4 menor que el costo de partida C1 (punto A"), pero el costo global del servicio aumentó al pasar del nivel G1 al G4; la utilización del servicio por parte de la población es sustancialmente mayor (pasa de U1 a U4), y al Estado la operación del servicio le cuesta menos porque los usuarios contribuyen a financiar una parte mucho más elevada del costo que anteriormente, ilustrado por el tramo R1R4 en el semieje horizontal derecho. El diseño gráfico realizado supone que la recuperación de costo más que compensa el mayor gasto operativo del servicio y que dicho mayor gasto se ha volcado íntegramente a mejorar la calidad de las prestaciones; si esta condición se cumple o no en un contexto concreto es materia de verificación empírica pues depende del subsistema de salud de que se trate, de la población de cobertura, la elasticidad-precio de la demanda, la capacidad gerencial de las autoridades, etc.

Si el sistema de tarifas se basa en criterios de solidaridad social con subsidios a los indigentes y a los más enfermos, es decir, si incorpora principios de equidad, entonces el cambio redunda en un beneficio para toda la sociedad, incluyendo al personal de salud, que puede ejercer sus funciones en un ambiente más satisfactorio y gratificante.

---

21 En el sector privado esta interacción y equilibrio de variables es esencial para poder lograr autosostenibilidad; también es una de las razones por las cuales muchos gobiernos, como ya se dijo, procuran respaldar el desarrollo del sector privado. Una institución privada de pre-pago, por ejemplo, debe articular sus operaciones de una manera tal que ofrezca un nivel de calidad y posea costos de funcionamiento que le permitan mantener un número suficiente y estable de afiliados para diversificar el riesgo a la par que lograr equilibrio financiero. La institución, si enfrenta la competencia de otras instituciones equivalentes y todas se encuentran bajo regulación del Estado, se ve obligada a ejercer una excelente administración de sus servicios, aunando calidad, eficiencia, eficacia y costos bajos (para lograr una cuota mensual prepaga accesible y competitiva). También se requiere que el usuario efectivo participe en el financiamiento pagando tarifas, de la manera como se describió antes en el numeral 3.7. El Estado tiene una importante función reguladora, acreditando instituciones, fijando estándares, autorizando/rechazando la incorporación de tecnología, regulando ciertos precios, estableciendo sistemas de información, monitoreo y control, etc. El caso de Uruguay, donde como se mencionó el 51 % de la población está cubierta por casi medio centenar de este tipo de organizaciones privadas, es un caso paradigmático. La Seguridad Social solamente constituye un organismo recaudador (de las empresas, que aportan por sí y por sus funcionarios las retenciones legales patronales y salariales obligatorias) y financia a las instituciones de prepago sobre una base de capitación y según el número de sus asegurados en cada institución de salud. Dichos asegurados eligen libremente a qué institución privada de pre-pago acogerse; la Seguridad Social no brinda asistencia médica directa.

3.9. *Conclusiones y recomendaciones*

A los efectos de decisiones de política, de lo visto se concluye:

1. El MSPAS ha perdido participación en el presupuesto del Gobierno de un punto de vista relativo y absoluto. El nivel de gasto alcanzado en 1980 no se ha podido recuperar, y si bien el presupuesto programado para 1992 es más elevado en términos nominales, su nivel real dependerá de la inflación que acontezca en el año.

2. Aún si el MSPAS recuperara el nivel que tuvo su presupuesto en 1980, la asignación por habitante actual sería mucho menor que la propia de 1980 a causa del crecimiento de la población, que tuvo un aumento del 36% en el período considerado en este análisis (1980-1992).

3. Si el MSPAS recuperara el nivel del gasto per cápita que tuvo en 1980 y que ascendió a US$13.37 por persona, para una población estimada para 1993 en 9.6 millones de habitantes, ello implicaría un presupuesto de US$ 128.4 millones o lo que es lo mismo, duplicar el presupuesto ejecutado en 1990. Y aún si Guatemala duplicara su presupuesto, estaría gastando por debajo de lo que gastan países con situaciones socio-económicas similares en este Continente.

4. Los ingresos privativos han descendido en forma sistemática y en 1990 representaron en promedio el 0.90% del presupuesto ejecutado. El trámite para poder utilizar dichos fondos es lento, engorroso e ineficiente.

5. Existe una relación causal entre los costos al usuario, que se han llamado "ucostos", y el grado de utilización que éste hace de los servicios. El "ucosto" se debe distinguir del costo del servicio para quien lo presta (el MSPAS) y del arancel o precio que se cobra a quienes demandan atención. El usuario, para una necesidad de salud dada, evalúa el beneficio o utilidad que espera obtener versus el ucosto. Dicho beneficio está directamente asociado con la calidad del servicio, en la percepción del usuario. En general, el ucosto dentro del sector público parece ser mayor que el beneficio (=calidad), pues se observa una baja utilización de los establecimientos. Para aumentar el acceso se requiere elevar la calidad, y esto sólo es lograble, a partir de cierto nivel, aumentando el gasto, si bien en forma selectiva. La mejora en la calidad aumenta la utilización y el MSPAS puede incrementar y generalizar el cobro de aranceles para recuperar costos e introducir racionalidad en el uso y en la asignación de recursos.

6. Establecer un sistema de aranceles es relativamente simple y no requiere una previa determinación de costos específicos. Para demostrarlo se presentaron distintas opciones con sus respectivos cálculos. La autoridades pueden incorporar objetivos de política en dicho sistema, como por ejemplo principios de equidad, eficiencia, racionalización de la demanda, etc.

Recomendaciones:

1. Aumentar el monto global del presupuesto del MSPAS. Dicho incremento es sin juzgar si se debe aumentar en mayor proporción inversiones o funcionamiento, atención curativa o atención primaria, regiones sanitarias específicas, etc. Los niveles actuales son tan bajos que todas las posibles asignaciones deben ser reforzadas e independientemente de consideraciones de mayor equidad, eficiencia, eficacia y calidad. El estudio de costos de APS y los criterios de direccionar recursos en base a riesgo que se describirán más adelante como aportes de esta investigación, sin duda permitirán mejorar la posición del MSPAS para obtener mejoras presupuestales significativas por parte de los decisores de política económica del Gobierno.

Se sugieren las siguientes metas cuantitativas:

a. Hoy, el presupuesto del MSPAS representa el 0.88% del PBN; se recomienda incrementar dicha participación hasta alcanzar por lo menos el 1.50% del PBN en un plazo de cinco años.

b. La participación del MSPAS en el Gobierno Central es hoy del 8.5%; se sugiere incrementar dicha participación al 14% en un plazo de 3 años.

c. Hoy en día el gasto por habitante asciende a US$7.80; se sugiere incrementar dicho gasto a U$S15.00 por persona en cinco años.

En forma independiente, Guatemala debería tener una política de población explícita y establecer una meta de reducción acelerada de su crecimiento, que es una de las más altas del Continente (2.8% anual).

2. Actualizar y revisar sobre bases realistas las tarifas y aranceles cobrados en los establecimientos del MSPAS y establecer un sistema de exenciones racional y operativo. Una meta alcanzable es recuperar el 10% del gasto operativo en un plazo de tres años, especialmente en establecimientos hospitalarios. Como mínimo, el sistema de tarifas se debe actualizar según la evolución del índice de precios al consumo, con ajustes cada 6 o 12 meses, dependiendo de la inflación. El cobro y la administración del sistema deben ser simples; a su vez, deben haber exenciones y subsidios que respalden la política de salud e institucionalicen principios de equidad. Los fondos deberían ser destinados a mejorar el desempeño de los establecimientos y fundamentalmente, a elevar la calidad de las prestaciones suministradas a la población.

3. Eliminar los trámites administrativos innecesarios ante el MFP y arbitrar mecanismos eficientes para el uso de los recursos privativos. Se deberían establecer mecanismos para que la comunidad participe en la administración y/o supervisión del uso de dichos fondos.

4. Parte del mayor presupuesto que se sugiere debe recibir el MSPAS se debe destinar a la mejora en la calidad de los servicios y de la atención, como paso previo a la actualización y generalización de aranceles.

5. Si no es posible aumentar el presupuesto del MSPAS en forma sustantiva, entonces el Gobierno debería buscar alternativas como ser:

a. Buscar nuevos modelos de atención que acojan más recursos de todos los actores sociales que atienden aspectos de salud, bajo una eficiente coordinación del Gobierno a través del MSPAS.

b. Pautar el desarrollo del sector privado, en consonancia con el IGSS, dentro de la política nacional de salud y modalidades de financiamiento social y ejecución colectivo-privada de atención de salud.

c. Buscar otras formas no gubernamentales y no tradicionales de suministrar servicios básicos y especializados de salud, sin descartar la medicina etnográfica.

Sin embargo, estas opciones son igualmente válidas aún aumentando el presupuesto asignado al Ministerio.

4. GASTOS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

4.1. Presupuesto Total del MSPAS abierto en Funcionamiento e Inversión (1986-1990)

Se pasa a considerar la programación de fondos y el subsiguiente gasto efectivo para apreciar la capacidad ejecutora del MSPAS, tanto en lo referente a gastos corrientes como a los de capital.

a. Presupuesto Programado de Funcionamiento e Inversión

En el capítulo anterior se analizó el presupuesto del Gobierno y el presupuesto del Ministerio de Salud Pública considerados globalmente. Los presupuestos gubernamentales se presentan agrupados en dos grandes categorías: gastos de funcionamiento -u operación normal de las dependencias públicas- y gastos de inversión o capital. Para el caso del MSPAS y en cuanto al Presupuesto Programado se constata una estructura de prácticamente el 74% en promedio para gastos operativos para el período 1986-1992 y de 26% para el presupuesto de inversión (Tabla 4-1), con variantes menores de año en año.

La evolución tomando por base 1986=100 es claramente ascendente hasta 1989 para ambos conceptos, con una caída en 1990 del presupuesto de funcionamiento a casi el monto de 1986. En 1988 se verifica el valor máximo con un nivel de 77.5% por sobre el presupuesto total de 1986 (50% en el caso del Presupuesto de Funcionamiento y 235% en el caso del Presupuesto de Inversión). Este ascenso es un tanto engañoso, pues si se analiza la serie desde 1980 (Tabla 3-3) se constata que dicho valor máximo apenas es un poco superior al nivel que había alcanzado el Presupuesto Programado en 1980.

Se aprecia, por lo tanto, la importancia de tomar en cuenta series largas y no el pasado más reciente para hacer comparaciones. En definitiva, pues, el Presupuesto Programado Total del MSPAS en 1990 es igual al 71.3% del alcanzado en 1980; los datos preliminares de la inflación para 1991 dicen que el Presupuesto de este último año es igual a Q 384.14 millones de quetzales de 1990, o sea un valor que es el 88% del monto presupuestal de 1980.

Para 1991 el valor dispuesto para inversiones, Q 121.2 millones, incrementa en un 60% el correspondiente a 1990; el presupuesto de funcionamiento es un 11.6% mayor al de 1990. El valor nominal del presupuesto programado total para 1992 es sólo 8.7% mayor que el propio de 1991, de modo que si la inflación del año 1992 supera el 8.7%, el valor presupuestal de 1992 estará por debajo de 1991 en términos reales.

TABLA 4-1 GUATEMALA - MSPAS. PRESUPUESTO PROGRAMADO DE FUNCIONAMIENTO E INVERSION E INDICADORES, PERIODO 1986-1991.
Expresado en millones de quetzales corrientes y constantes de 1990

AÑO	QUETZALES CORRIENTES			QUETZALES CONSTANTES DE 1990		
	TOTAL	FUNC. (1)	INVERSION (2)	TOTAL	FUNC. (1)	INVERSION (2)
1986	131.9	101.8	20.1	257.8	218.5	39.3
1987	219.9	153.0	66.9	382.6	266.2	116.4
1988	291.4	207.7	83.7	457.5	326.1	131.4
1989	311.3	235.7	75.6	440.2	333.3	106.9
1990	311.3	235.7	75.6	311.3	235.7	75.6
1991	494.5	338.5	156.0	384.1	263.0	121.2
1992	537.3	410.5	126.8			
PROMEDIO				372.3	273.8	98.5

AÑO	P.PROGRAMADO - ESTRUCTURA PORCENTUAL			PR.PR. - EVOLUCION CON BASE 1986=100		
	TOTAL	FUNC.	INVERSION	TOTAL	FUNCIONAM.	INVERSION
1986	100.0	84.8	15.2	100.0	100.0	100.0
1987	100.0	69.6	30.4	148.4	121.8	296.3
1988	100.0	71.3	28.7	177.5	149.2	334.5
1989	100.0	75.7	24.3	170.7	152.5	272.1
1990	100.0	75.7	24.3	120.7	107.9	192.4
1991	100.0	68.5	31.5	149.0	120.3	308.3
1992	100.0	76.4	23.6			
PROMEDIO	100.0	73.7	26.3	144.4	125.3	250.5

Archivo: GT4-1.wk1 R:A1..U52 LM: .8" TM: 1.8"

FUENTE:

- Evaluación presupuestaria de ingresos y egresos del Estado. (MFP, 1986-90)
- Balance de Saldos. Dirección de Contabilidad del Estado: 1990-1991
- Presupuesto general de ingresos y egresos del Estado: 1989-1991
- Proyecto del presupuesto general de ingresos y egresos del Estado - 1992

NOTAS:

(1) Incluye Programa de Funcionamiento y de Transferencias Corrientes.
(2) Incluye Inversion Directa y Transferencias de Capital.

b. Presupuesto Ejecutado de Funcionamiento e Inversión

Un hecho que resalta es el grado de ejecución presupuestal. Sistemáticamente el presupuesto de funcionamiento se gasta por sobre lo programado y el presupuesto de inversión significativamente por debajo. Efectivamente, el gasto operativo promedio para 1986-1990 supera en un 13% los montos programados, mientras que, contrastando con este buen desempeño, el gasto de capital apenas logra llegar al 36% de lo programado para el promedio de 1986-1990, con extremos de baja ejecución que se ubican en 17.3% y 16.7% para 1987 y 1990, respectivamente, como se aprecia en la Tabla 4-2 y se ilustra en la Figura 4-1 (siguiente página).

TABLA 4-2 GUATEMALA - MSFAS. PRESUPUESTO DE FUNCIONAMIENTO E INVERSION EJECUTADO E INDICADORES. PERIODO 1986 - 1990.
Expresado en millones de Quetzales corrientes y constantes de 1990

AÑO	QUETZALES CORRIENTES			QUETZALES CONSTANTES 1990		
	TOTAL	FUNC.	INVERSION	TOTAL	FUNC.	INVERSION
1986	157.8	150.4	7.4	308.4	294.0	14.4
1987	173.0	161.4	11.6	301.0	280.8	20.2
1988	261.9	203.3	58.7	411.2	319.2	92.0
1989	277.7	247.6	30.1	392.7	350.1	42.6
1990	296.8	284.2	12.6	296.8	284.1	12.7
1991 (1)	368.4	s/d	s/d	286.2		--
PROMEDIO				342.0	305.6	36.4

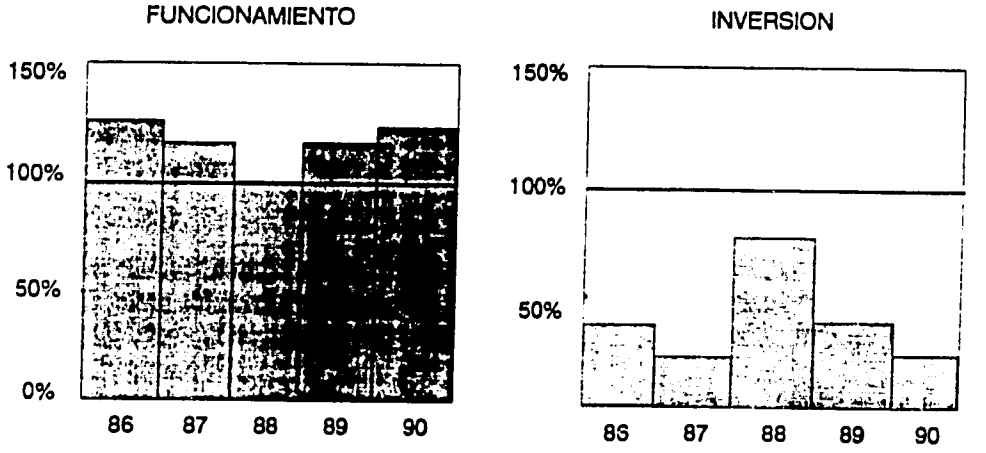
AÑO	PRESUPUESTO EJECUTADO-ESTRUCTURA			GRADO DE EJECUCION PRESUPUESTAL (2)		
	TOTAL	FUNC.	INVERSION	TOTAL	FUNC.	INVERSION
1986	100.0	95.3	4.7	119.0 %	134.5 %	36.8 %
1987	100.0	93.3	6.7	78.7 %	105.5 %	17.3 %
1988	100.0	77.6	22.4	89.9 %	97.9 %	70.1 %
1989	100.0	89.2	10.8	89.2 %	105.0 %	39.6 %
1990	100.0	95.8	4.2	95.3 %	120.6 %	16.7 %
1991	100.0	s/d	s/d	74.5 %	---	---
PROMEDIO	100.0	90.2	9.8	94.4 %	112.7 %	36.1 %

Archivo: GT4-2.wk1 R: A1..N39 LM: 1.2" TM: 2.75"

FUENTE: TABLA 4-1 y SEGEPLAN, comunicación directa
(1) En el cálculo del promedio no se incluye el año 1991
(2) Cociente entre los montos ejecutados y programados

Las autoridades ministeriales deberían investigar las causas que explican este gasto en extremo pobre para identificar medidas que contrarresten la tendencia secular observada y así obtener mayor beneficio de las partidas que el Tesoro Nacional le asigna a la institución para cumplir con sus obligaciones, que parecen no estar siendo satisfechas en esta área.

FIGURA 4-1
GUATEMALA - MSPAS
GRADO DE EJECUCION PRESUPUESTAL
1986 - 1990
%



FUENTE: TABLA 4-2

Se habrá de tener en cuenta que el Presupuesto Programado del MSPAS para 1986-1990 en promedio ascendió a US$ 74 millones de dólares estadounidenses y que si el Presupuesto de Inversión compone el 24.58% del presupuesto total, también en promedio y para ese período, y si de éste se ejecutó solamente un 36.2%, se obtiene que el MSPAS dejó sin utilizar US$11.5 por año, lo que para el quinquenio significa US$ 57.5 millones. Otra forma de hallar el monto no gastado consiste en tomar en la Tabla 4-1 el presupuesto programado de inversión para el quinquenio 1986-1990, en quetzales constantes de 1990 y que suma Q469.6 millones, y restar de esta cantidad la suma ejecutada por este concepto en el mismo período (Tabla 4-2) y que es igual a Q181.9 millones (se ha excluído 1991). La diferencia, que es igual a Q287.7 millones, equivale a US$57.54 millones de dólares:

$$(Q\ 469{:}6 - Q\ 181{:}9) / Q\ 5.00 = US\$\ 57{:}54$$

En definitiva, lo que estas cantidades muestran es que el MSPAS no logró gastar en el quinquenio una suma que supera el monto del entero Presupuesto de Funcionamiento Programado para 1991 (Q 287.7 > Q 263.0 mill.) Si el MSPAS lograra acercarse a ejecutar el 100% del Presupuesto de Inversión, aumentaría el Presupuesto Ejecutado en un 15.5% sin asignaciones adicionales.[22]

---

[22] Se pasan a enumerar algunos aspectos que podrían o deberían ser investigados para poder emprender acciones correctivas.

- Clase de gasto de inversión que demora más desde la programación hasta la ejecución. (Ejemplos: a) Hospitales, CSA, CSB, PS, saneamiento, letrinas, etc.; b) Regiones; c) Tipo de inversión: construcción versus adquisición de equipos; d) carácter de la inversión: nueva construcción, ampliación, refacción, mantenimiento, etc.)

- ¿Qué institución pública es responsable por cada tipo de gasto? ¿Hay algún gasto de capital que dependa exclusivamente del MSPAS? ¿Qué grado de intervención puede tener el MSPAS para acelerar los procesos, y dentro del MSPAS, qué repartición o qué jerarca debería ocuparse de ello?

- ¿Qué clase de procedimiento administrativo/jurídico se sigue para las decisiones? Por ejemplo en el caso de construcción: por licitación, por obra directa; en el caso de compras: ¿se hacen con proveedores de plaza o se importan del extranjero?

- Análisis crítico de procesos. ¿Cuál es el número de pasos administrativos involucrados en cada clase de inversión? ¿A cuánto asciende el tiempo total y el de cada uno de los pasos en que se puede subdividir el procedimiento? ¿Qué dependencia y qué funcionarios participan en cada uno?

- Racionalidad del procedimiento. Objetivos, si existen. Utilidad, ventajas y desventajas. Posibilidad de simplificar, acortar, acelerar, sustituir, o eliminar pasos y procedimientos enteros.

- Las ineficiencias constatables: ¿son propias del MSPAS? ¿Son inherentes a la Administración Central? ¿Son generales en todo el Estado?

- ¿Hay dependencias del Estado que son más eficaces en gastar sus presupuestos de inversión?, ¿Cuáles son? Y si es así, ¿qué causas lo explican?: ¿Mejor administración? ¿Mejor seguimiento, monitoreo, control? ¿Mejores funcionarios (menor número/mayor número, más idóneos, capacitados, motivados, experimentados)? ¿Un sistema de estímulos diferente? ¿Mejores conexiones con los centros decisorios? ¿Menor número de acciones y mayor volumen de gasto de cada una de ellas? ¿Mejor diseño de proyectos? ¿Mayor celeridad en el pago?

- ¿Qué aspectos, en cada caso, están al alcance del Ministerio para ser cambiados y cuáles corresponden a otras dependencias? ¿Qué cosas dependen de una modernización del Estado como un todo? ¿Cuáles de estos últimos cambios son más fáciles de lograr y qué medidas habría que tomar para llevarlos a la práctica? ¿Quién, dónde, cuándo?

Aún en el caso de que estuviera fuera de la órbita del MSPAS obtener esta mayor eficiencia pues son otras las dependencias públicas a cargo de ejecutar inversiones, el manejo adecuado de la información, como se sugiere obtener más arriba, puede permitir mayor capacidad de negociación intergubernamental y la concesión de mayores fondos presupuestales por parte del Poder Ejecutivo y del Poder Legislativo, en las instancias correspondientes.

4.2. *Presupuesto Ejecutado 1986-1990 - Metodología seguida en la investigación presente.*

Como se dijera con anterioridad, los presupuestos por programas están clasificados por línea de gasto y no permiten hallar costos por establecimiento ni por actividad realizada. En consecuencia, la forma tradicional de realizar estudios presupuestales y de costos es analizar las cifras oficiales publicadas y dentro de las limitaciones que éstas imponen. Además de este procedimiento, lo que se hizo en esta investigación fue acudir al Ministerio de Finanzas Públicas y, con el apoyo de las máximas jerarquías de ese Ministerio y de su Dirección Técnica de Presupuesto (DTP), se trabajó con los bancos de información originales. Este procedimiento involucró una revisión crítica de los criterios de asignación de partidas, un estudio de los diversos rubros, múltiples ajustes y una reclasificación hasta llegar a nivel de establecimiento.

Se apreció también que la información no estaba disponible para todos los años con las aperturas requeridas por el estudio; por ejemplo, la apertura por Hospitales, Centros de Salud Tipo "A" y "B" y Puestos de Salud solamente se disponía para 1989 y 1990. El gasto de Capital a nivel de regiones estaba especificado solamente para 1989 y 1990 y no lo estaba para ningún año en función de áreas de salud, pues el gasto del MSPAS se realiza en parte por el Ministerio de Comunicaciones y Transporte y Obras Públicas y el Ministerio de Desarrollo Urbano y Rural. Mucha información debió ser recogida, elaborada y tabulada en forma manual por no contar con información computarizada al nivel de detalle requerido. La apertura del gasto por Jefaturas, Hospitales, CSA, CSB, PS se realizó solamente para el año 1989, considerado normal y respecto del cual había un mayor grado de información en el MSPAS acerca de producción de servicios. Para dicho año se realizó la apertura del gasto en "Personal", "Medicamentos" y "Otros Conceptos", con diversos ajustes.[23]

---

[23] En la siguiente nota se incluyen observaciones acerca de la elaboración de los cuadros. Los comentarios son de carácter técnico y están dirigidos a personas especializadas en contabilidad pública y en presupuesto del Estado, por lo cual se agregan como nota aparte y no requieren lectura para interpretar los resultados del análisis efectuado ni sus conclusiones ni recomendaciones.

La Administración Central del MSPAS se integra para 1986-1990 con las Unidades Administrativas siguientes:
- Dirección Superior del Ministerio
- Departamento Jurídico
- Oficialía Mayor
- Dirección Regional-Región Metropolitana
- Unidad Sectorial de Planificación de la Salud
- Sección de Personal
- Sección de Receptoría
- Registro y Trámite Presupuestario
- Departamento de Mantenimiento de Unidades de Salud
- Despacho del Director General de Servicios de Salud

En el Anexo A se encuentra información numérica acerca del presupuesto ejecutado de funcionamiento y de inversión que posee mayor completitud pues los datos se encuentran abiertos a nivel de establecimiento, distrito, área y región para distintos años. Sin embargo, los

---

- Unidad de Programación de Servicios de Salud
- Departamento de Laboratorio
- Jefatura de la División de Servicios Técnicos Administrativos
- Departamento de Contabilidad y Auditoría
- Departamento de Personal de Servicios de Salud
- Departamento de Abastecimientos
- Departamento de Transporte
- Droguería Nacional

La Oficialía Mayor no incluye para 1986-1990 gastos por concepto del renglón "Otras Transferencias a instituciones y Gobiernos Locales" por un monto en miles de quetzales corrientes de Q548.8, Q1401.4, Q517.1, Q546.2 y Q590.2, respectivamente, por considerar que no representa gasto del Ministerio pues tiene el carácter de Subsidio.

Para el año 1986, la Administración Central no incluye Q 15.6 millones correspondientes a la Droguería Nacional, por ser un gasto extraordinario para la instalación de las Farmacias Estatales. De lo contrario se estaría aumentando indebidamente el gasto propiamente administrativo de la Administración Central. A su vez, la Administración Central no incluye para los años 1986-1990 los pagos por Bonificación de Emergencia, Aguinaldo y Bono Vacacional, suma que asciende para 1989 aproximadamente a Q1.6 millones. Estas partidas se agregaron para el caso de establecimientos, como se indica más abajo.

Los registros usuales de los movimientos de inventario de la Droguería Nacional no imputan a cada establecimiento los gastos de éstos, sino que se contabilizan en forma global. Esto es particularmente válido para los Puestos de Salud de la Región Metropolitana. Es así que el gasto de los Renglones "Productos Medicinales y Farmacéuticos" y "Productos Médico-Quirúrgicos", para 1986-1990 se distribuyó en función del número de Puestos de Salud de cada área tomando como base el número de PS que aparecen anotados en el Presupuesto de Egresos del MSPAS para 1991.

La Bonificación de Emergencia, el Bono Vacacional y el Aguinaldo que corresponde a las Jefaturas de Area, Hospitales, CSA, CSB y PS (que forman parte del gasto del rubro indicado como "Personal" en los cuadros elaborados), se calculó del siguiente modo:
- Bonificación de Emergencia: en base a Q 175 mensuales para 1986-1989 y Q275 para 1990. Esta cantidad mensual se multiplicó por el número de plazas programadas en el Documento Analítico de Sueldos de los años 1988 y 1989 y para el año 1990 de la Nómina de Sueldos al mes de noviembre de ese año del MSPAS y luego se multiplicó por los doce meses del año.
- Bono Vacacional: se tomó Q 100 para 1988 y Q 150 para 1989 y 1990 y se procedió como fue explicado inmediatamente antes.
- Aguinaldo: se aplicó de igual manera hallando un doudécimo de los sueldos programados y luego adicionando dicho valor al total.

datos no coinciden con las series del capítulo anterior y que se transcriben en las Tablas 4-1 y 4-2, porque en estas últimas se considera la totalidad del presupuesto, mientras que en el Anexo A se excluyeron varios Programas que se consideraron que no correspondía incluirlos en la determinación de costos de APS de la presente investigación, que define como Atención Primaria de Salud, como se explicará con detalle en el Capítulo 6, a las acciones que se ejecutan en CSB y PS. Estos Programas son:

Presupuesto de Funcionamiento
0906 División Epidemiología
0907 División Tuberculosis
0908 División Malaria
0910 División Recursos Humanos (Educación Escolar y Educación Superior)
0912 División Ejecutora del Programa de Acueductos Rurales

Presupuesto de Inversión Directa
0912 Unidad Ejecutora del Programa de Acueductos Rurales (UNEPAR)

En la Tabla 4-3 se realiza la comparación entre ambos presupuestos ejecutados, el completo y el que se toma en este estudio. En el numeral 4.2. que sigue se realiza un análisis tomando, según el caso, una u otra de estas series.

TABLA 4-3 GUATEMALA - MSPAS. PRESUPUESTO DE FUNCIONAMIENTO EJECUTADO TOTAL Y PRESUPUESTO DE FUNC. EJECUTADO BAJO ESTUDIO POR ESTA INVESTIGACION (1986-1990)
Expresado en millones de Quetzales de 1990

AÑO	PRESUPUESTO DE FUNCIONAMIENTO EJECUTADO		
	TOTAL Q	BAJO ESTUDIO Q	%
1986	294.0	225.8	77
1987	280.8	237.7	85
1988	319.2	270.2	85
1989	350.1	310.8	89
1990	284.1	253.8	89

Archivo: GT4-3B.wk1 R: A1..H22 LM: 1.4" TM: 3.7"

FUENTE: TABLA 4-2 Y CUADRO 3 (ANEXO A)

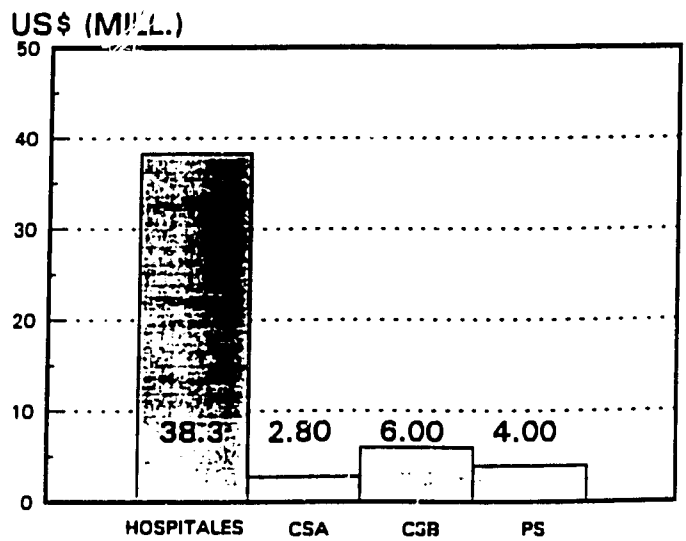
4.3. *Gasto por Tipo de Establecimiento y por Componente para 1989*

En el siguiente numeral se procura brindar un marco que permita ubicar ciertas relaciones básicas de la estructura del gasto ministerial. Como se dijera en los capítulos introductorios, la presente investigación profundizó el análisis en el año 1989 y por lo tanto, no posee información que permita evaluar si hubo o no alteraciones significativas en la composición interna del presupuesto según los indicadores que siguen.

En el ejercicio 1989 y en cifras absolutas, el presupuesto ejecutado ascendió a 294.8 millones de quetzales de 1990 (US$ 59.0 millones). El funcionamiento hospitalario demandó US$38.3 millones de dólares, los CSA US$2.8 millones, los CSB US$6.0 y los Puestos de Salud US$4.0 (Tabla 4-4 y Figura 4-2).

FIGURA 4-2
GUATEMALA - MSPAS
PRESUPUESTO OPERATIVO GASTADO EN 1989
POR TIPO DE SERVICIO

TOTAL EN MILLONES DE US$



FUENTE: TABLA 4-4

TABLA 4-4 GUATEMALA - MSPAS. PRESUPUESTO DE FUNCIONAMIENTO EJECUTADO POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO Y COMPONENTE DE GASTO PARA EL EJERCICIO FISCAL 1989 E INDICES
Expresado en millones de quetzales de 1990 y millones de US$

CONCEPTO	TOTAL	G. INDIRECTO ADMINISTR. (1)	SUB TOTAL	GASTO DIRECTO HOSPIT.	CSA	CSB	PS
PRESUP. FUNC. EJECUTADO							
PERSONAL	172.0	4.8	167.2	116.8	12.1	28.3	10.0
MEDICAMENTOS	29.4	0.0	29.4	19.5	0.5	0.9	8.5
OTROS CONCEPTOS	93.4	34.7	58.7	54.7	1.5	0.9	1.6
TOTAL Q (mill.)	294.8	39.5	255.3	191.0	14.1	30.1	20.1
TOTAL US$ (mill.)	59.0	7.9	51.1	38.3	2.8	6.0	4.0
DISTRIB. PORCENTUAL EN EL TOTAL DEL PRES. EJECUTADO							
PERSONAL	58.3	1.6	56.7	39.6	4.1	9.6	3.4
MEDICAMENTOS	10.0	0.0	10.0	6.6	0.2	0.3	2.9
OTROS CONCEPTOS	31.7	11.8	19.9	18.6	0.5	0.3	0.5
TOTAL %	100.0	13.4	86.6	64.8	4.8	10.2	6.8
DISTRIB. PORCENTUAL EN EL TOTAL DE CADA COMPONENTE							
PERSONAL	100.0	2.8	97.2	67.9	7.0	16.5	5.8
MEDICAMENTOS	100.0	0.0	100.0	66.3	1.7	3.1	28.9
OTROS CONCEPTOS	100.0	37.2	62.8	58.6	1.6	1.0	1.7
TOTAL %	100.0	13.4	86.6	64.8	4.8	10.2	6.8
ESTRUCTURA PORCENTUAL POR TIPO DE DEPENDENCIA							
PERSONAL	58.3	12.2	65.5	61.2	85.8	94.0	49.8
MEDICAMENTOS	10.0	0.0	11.5	10.2	3.5	3.0	42.3
OTROS CONCEPTOS	31.7	87.8	23.0	28.6	10.6	3.0	8.0
TOTAL %	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
NRO. DE ESTABLECIMIENTOS	1008		1008	37	32	188	751
P. EJ. POR EST. Y COMPONENTE (PROMEDIO, EN MILES DE Q)							
PERSONAL	171	5	166	3,157	378	151	13
MEDICAMENTOS	29	--	29	527	16	5	11
OTROS CONCEPTOS	93	35	58	1,478	47	5	2
TOTAL Q (miles)	292	39	253	5,162	441	160	27
IDEM, EN MILES DE US$							
PERSONAL	34.1	0.9	33.2	631.4	75.6	30.1	2.7
MEDICAMENTOS	5.8	---	5.8	105.4	3.1	1.0	2.3
OTROS CONCEPTOS	18.5	6.9	11.6	295.7	9.4	1.0	0.4
TOTAL US$ (en miles)	58.5	7.8	50.7	1,032.4	88.1	32.0	5.4

Archivo: GT4-4.wk1 R: A1..Z55 LM: .65" TM: 1.65"

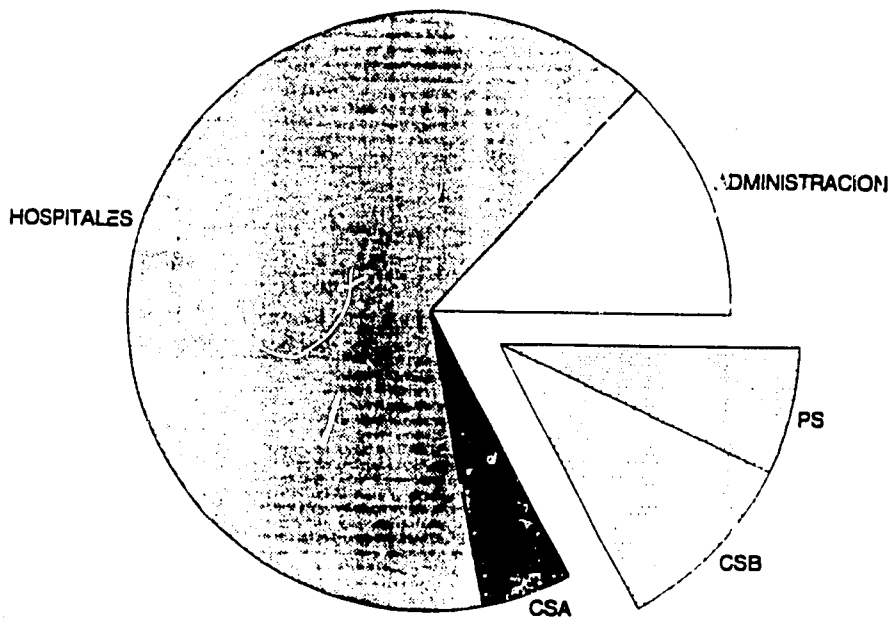
FUENTE: CUADRO 4 (ANEXO A)
(1) Incluye Nivel Central y Jefaturas Regionales y de Area

En términos porcentuales y como se aprecia en la Figura 4-3, el presupuesto de funcionamiento ejecutado en 1989 se distribuyó en 13.4% para Administración General (Nivel Central y Jefaturas Regionales y de Area), 69.6% para internación (64.8% Hospitales y 4.8% Centros de Salud "A"), 10.2% para Centros de Salud "B" y 6.8% para Puestos de Salud.

FIGURA 4-3

GUATEMALA - MSPAS
DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO EJECUTADO
SEGUN COMPONENTES

AÑO 1989

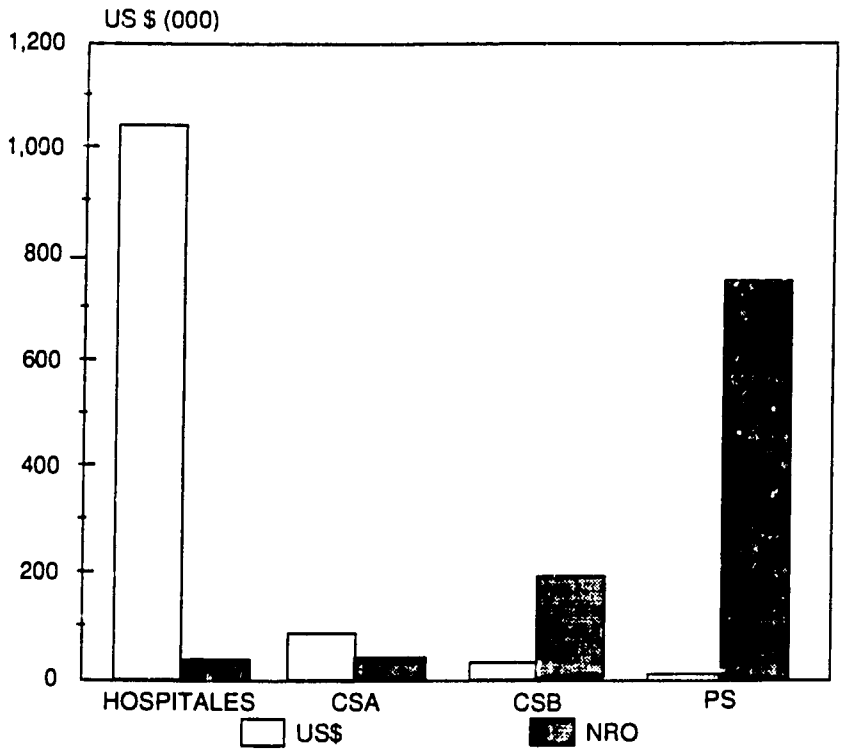


CONCEPTO	%
ADMINISTRACION	13.4
HOSPITALES	64.8
CSA	4.8
CSB	10.2
PS	6.8
TOTAL	100.0

FUENTE: TABLA 4-4

Individualmente, cada hospital insume en promedio US$1,032,400 por año, mientras que los CSA US$88,100, los CSB US$32,000 y los Puestos de Salud US$5,400. El presente estudio halló los costos de las acciones de atención primaria, que se identificaron con las actividades cumplidas en CSB y PS, lo que en otros términos significa que se estudiaron en detalle Q50:2 millones de quetzales (US$10 millones) o el 17% del presupuesto ejecutado en 1989 por el MSPAS. Se debe tener en cuenta que este porcentaje representa analizar las actividades de 939 establecimientos de salud, o sea el 93% de los servicios de salud del MSPAS (véase Figura 4-4) y que es el primer estudio de este tipo que se ha realizado, siendo que tradicionalmente suscitan más atención los establecimientos hospitalarios.

FIGURA 4-4
GUATEMALA - MSPAS
GASTO OPERATIVO PROMEDIO DE CADA SERVICIO Y
NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS (AÑO 1989)



TIPO DE ESTABLECIMIENTO	US$	NRO
HOSPITALES	1,032.000	37
CSA	88.000	32
CSB	32.000	188
PS	5.000	751

En lo que sigue se describe la estructura según componentes del gasto (remuneraciones, medicamentos, otros rubros) para cada tipo de establecimiento. La información de base se encuentra en la Tabla 4-4 y para ubicar los comentarios en dimensión apropiada se deben considerar simultáneamente las Figuras 4-4 y 4-5. Nuevamente, vale lo dicho al comienzo del capítulo: no se analizó información de otros años, por lo que no se puede evaluar si existen variaciones de un ejercicio a otro en los indicadores citados. Si existen, estas alteraciones pueden ser producto de cambios deliberados hechos por el Gobierno en la asignación presupuestal entre rubros, a igualdad de otras circunstancias, o pueden también ser el resultado de ajustes introducidos a causa de la inflación. Se debe recordar que el proceso inflacionario repercute en forma desigual en cada uno de los grandes componentes del gasto, como es el caso de las remuneraciones (especialmente en el sector público), del suministro de medicamentos y de los restantes rubros; en ello incide la política monetaria, de precios, de sueldos, de tipo de cambio, etc., así como la reacción de los agentes económicos a la inflación.

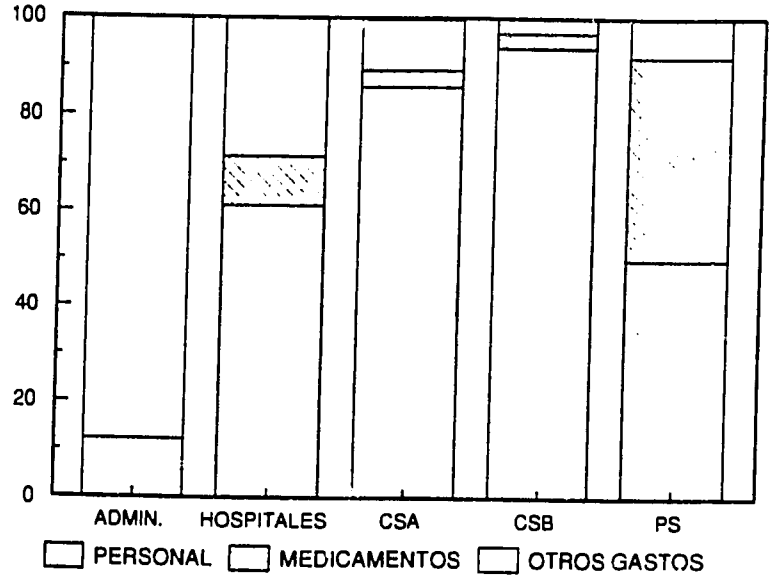
En 1989 y para el Ministerio en su conjunto, Personal absorbe el 58% del presupuesto, medicamentos el 10%, y el saldo, 32%, es captado por todos los conceptos restantes, lo que se puede considerar se halla dentro de patrones internacionales comparables, aunque no queda suficientemente claro el contenido del 32% que involucran los rubros englobados bajo "otros". Así, por ejemplo, dentro del 100% de Administración resalta el porcentaje de "Otros Conceptos", que asciende, con Q34.7 millones, al 88%; a su vez, dicho valor representa el 37.2% del total de este último rubro. La participación indicada parece muy alta, pero puede constituir una mera apariencia por obedecer a clasificaciones e imputaciones presupuestales cuando en realidad parte de los rubros se gastan en destinos distintos de Jefatura, pero estos aspectos no son materia de análisis en la presente investigación y sólo se anotan marginalmente.

Dentro de Hospitales, tanto la estructura porcentual por componente (61%, 10% y 29% para Personal, Medicamentos y Otros Conceptos) y la captación global que hacen los Hospitales de cada uno de estos rubros (67.9%, 66.3% y 58.6% respectivamente), parece ser razonable, dentro de la salvedad de que los 37 hospitales existentes llevan el 65% del Presupuesto Ejecutado Total.

La participación de las remuneraciones en los CSA y CSB es elevada (85.8% y 94.0%). Sin embargo, sería engañoso concluir que el rubro "Personal" está sobredimensionado: esta mayor participación meramente es el resultado del muy bajo uso de "Medicamentos" y de "Otros Conceptos" por parte de estos establecimientos. Esto se aprecia al considerar que la suma combinada de "Medicamentos" y de "Otros Conceptos" tomando el total de CSA y CSB conjuntamente, apenas representa Q3.8 millones (Q0:5 + Q1:5 + Q0:9 + Q0:9), o sea el 1.3% del total del Presupuesto Ejecutado.

Los 751 Puestos de Salud absorben Q20.1 millones de queztales (6.8% del total del Presupuesto). La apertura por componentes es de 49.8%, 42.3% y 7.8% (Personal, Medicamentos y Otros Costos). Los PS, como se verá más adelante, cuentan con una o a lo sumo con dos personas, cuya remuneración es más baja que la de otros técnicos del MSPAS al ser funcionarios de menor calificación. Ello explica que a pesar de haber un número elevado de PS, el rubro "Personal" de los PS sólo represente el 3.4% del Presupuesto Total y el 5.8% del total del rubro Personal, y que constituya el 49.8% del presupuesto de los PS. Al pasar a considerar el rubro "Medicamentos", aún representando los Q8.5 millones involucrados el 28.9% del total de "Medicamentos" y el 42.3% del total de lo gastado en PS, en realidad esta suma constituye una cifra muy pequeña al considerar el número de PS y la población que éstos cubren, como ya se verá. Igual comentario vale para "Otros Conceptos".

FIGURA 4-5
GUATEMALA - MSPAS
GASTO PORCENTUAL POR COMPONENTE Y CLASE DE SERVICIO
PRESUPUESTO DE FUNCIONAMIENTO EJECUTADO
1989



RUBROS	ADMIN.	HOSP.	CSA	CSB	PS	TOTAL
PERSONAL	12.2	61.2	85.8	94.0	49.8	58.3
MEDICAMENTOS	0.0	10.2	3.5	3.0	42.3	10.0
OTROS GASTOS	87.8	28.6	10.6	3.0	8.0	31.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: TABLA 4-4

4.4. *Estimacion del gasto en atención primaria y en atención curativa*

Como se explicará con mayor detenimiento en el numeral 6.1, en el presente estudio se considera como atención primaria de salud a las actividades realizadas en CSB y en PS, y atención curativa a las realizadas en hospitales y en CSA. El peso relativo de estos grupos de establecimientos permite distribuir el Presupuesto Ejecutado Total (incluyendo Administración General y considerando la dimensión íntegra del Presupuesto) entre APS y atención curativa. Los cuadros 8 y 9 en el Anexo A suministran la información de respaldo: el primero respecto del gasto corriente y el segundo respecto del gasto de capital. En la Tabla 4-5 se presenta la aplicación de la metodología descrita, siempre respecto del período 1986-1990.[24]

El Gasto de Funcionamiento, a grandes rasgos, se distribuye para el quinquenio en 10% para Administración, 73% para Atención Curativa y 17% para APS; el Gasto de Capital, tomando como inversiones en Atención Curativa la Construcción, Reparación y Ampliación de Hospitales y su equipamiento, arroja 55% para este concepto y 45% para APS. En Atención Primaria se incluyen los Renglones Agua Potable, Letrinización, y Construcción, Ampliación y Refacción de CS y PS y su Equipamiento. Se estima que el error introducido por considerar globalmente a los CS en el Presupuesto de Capital, sin distinguir entre CSA (Atención Curativa) y CSB (APS), no es significativo. El ajuste y la distribución del gasto en Administración determinan una división del Presupuesto Operativo en 80.8% para la Atención Curativa y 19.2%, para Atención Primaria de Salud, siempre según la definición de APS adoptada en este estudio.

En la Tabla 4-5 se presenta el resultado para cada uno de los años considerados. Englobando inversión y funcionamiento y para el quinquenio, atención curativa lleva el 78% y APS el 22% del Presupuesto Ejecutado por el MSPAS. Considerados en sí mismos, esto es, en forma aislada, estos índices no tienen mayor significación que el constituir el resultado de innumerables decisiones de política. Si el monto destinado a APS es suficiente o insuficiente constituye un tema a debatir por el país. Se debe considerar el monto global destinado a Salud y no la distribución relativa entre destinos competitivos: si las sumas que el país destina a la Salud no son suficientes, reorientar recursos en una u otra dirección no deja de ser arbitrario si dichas medidas no se encuentra respaldadas por algún criterio distributivo que justifique dichas asignaciones. El problema está, por lo tanto, en la racionalidad del proceso presupuestal y en la justificación médica, social, política, económica y filosófica de las decisiones que lo sustentan. El Proyecto LAC HNS, como se verá más adelante, ha contribuído a desarrollar una herramienta que permite modificar el proceso presupuestal tradicional: permite cuantificar los recursos necesarios para cumplir metas prefijadas y orientar recursos en base a riesgo.

---

[24] El procedimiento de asignación requiere cumplir los pasos siguientes. Se supone que el gasto de Administración General contribuye tanto a la gestión operativa del Ministerio (gastos de funcionamiento) como a los gastos de inversión. En consecuencia, el rubro Administración General debe ser distribuído entre ambos grupos de gasto según el peso de cada uno y las fracciones resultantes deben ser distribuídas a atención primaria y a atención curativa en la misma proporción en que se encuentran estas últimas en el presupuesto operativo y en el presupuesto de inversión. Hecho esto, las cuatro alícuotas obtenidas se agregan a atención primaria y a atención curativa, según corresponda, y se obtiene la proporción definitiva.

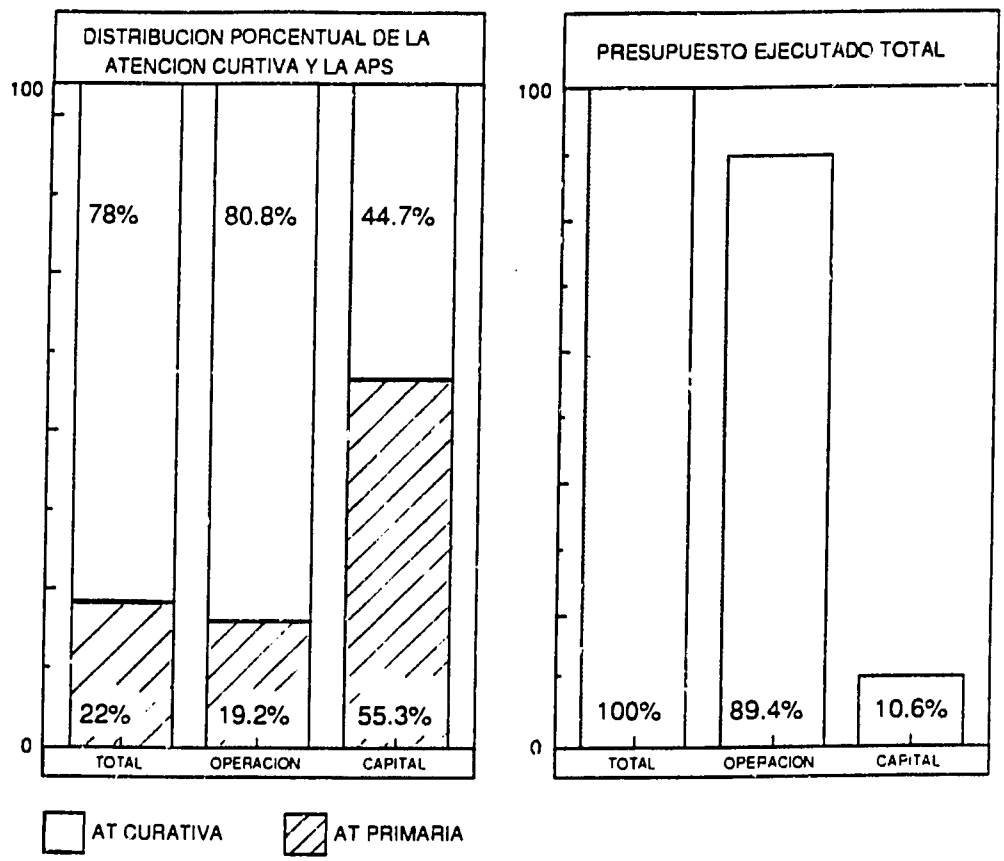
TABLA 4-5 GUATEMALA - MSPAS. ESTIMACION DE LOS FONDOS DESTINADOS A ATENCION PRIMARIA Y A ATENCION CURATIVA PARA EL PERIODO 1986-1990
Expresado en millones de quetzales de 1990 y en porcentajes

CONCEPTO	1986	1987	1988	1989	1990	PROMEDIO 1986 - 1990
PRESUPUESTO EJECUTADO TOTAL						
FUNCIONAMIENTO	294.0	280.8	319.2	350.1	284.1	305.6
INVERSION	14.4	20.2	92.0	42.6	12.7	36.4
TOTAL MILL. Q.	**308.4**	**301.0**	**411.2**	**392.7**	**296.8**	**342.0**
PORCENTAJES DE DISTRIBUCION						
ATENCION PRIMARIA (AP)						
FUNCIONAMIENTO	16.3	22.2	20.4	19.6	17.6	19.3
INVERSION	40.4	46.1	34.1	52.3	45.7	44.7
ATENCION CURATIVA (AC)						
FUNCIONAMIENTO	83.7	77.8	79.6	80.4	82.4	80.8
INVERSION	59.6	53.9	65.9	44.7	54.3	55.3
PRESUP. APLICADO A AP Y AC (MILL. Q.)						
ATENCION PRIMARIA						
FUNCIONAMIENTO	47.9	62.4	65.2	68.7	50.0	59.0
INVERSION	5.8	9.3	31.4	22.3	5.8	16.3
SUBTOTAL AT. PRIMARIA	**53.7**	**71.7**	**96.6**	**91.0**	**55.9**	**75.2**
ATENCION CURATIVA						
FUNCIONAMIENTO	246.1	218.4	254.0	281.4	234.1	247.0
INVERSION	8.6	10.9	60.6	19.0	6.9	20.1
SUBTOTAL AT. CURATIVA	**254.7**	**229.3**	**314.6**	**300.4**	**240.9**	**267.1**
PRESUP. EJEC. TOTAL (MILL. Q.)	**308.4**	**301.0**	**411.2**	**391.4**	**296.8**	**342.3**
PORCENTAJE APLIC. A AP Y AC						
ATENCION PRIMARIA	17.4	23.8	23.5	23.3	18.8	22.0
ATENCION CURATIVA	82.6	76.2	76.5	76.7	81.2	78.0
TOTAL AT. PR. Y AT. CUR.	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

Archivo: GT4-7.wk1 R: A1..S43 LM: .75" TM: 2.4"

FUENTE: Tabla 4-2 y Cuadros 8 y 9 (Anexo A)

FIGURA 4-6
GUATEMALA - MSPAS
ATENCION CURATIVA Y ATENCION PRIMARIA
PROMEDIO 1986-1990



FUENTE. ESTIMADO EN BASE AL PRESUPUESTO EJECUTADO
PROMEDIO 1986-1990 (TABLA 4-5)

4.5. *Gasto por Regiones para 1989*

Uno de los criterios que se suelen seguir para calificar el grado de equidad del gasto social (fondos públicos destinados a promoción social, vivienda, salud, educación, servicios básicos) consiste en relacionar la provisión de dichos servicios con sus beneficiarios, clasificados estos últimos según diversos patrones comparativos que directa o indirectamente procuran medir su grado de necesidad y riesgo y la justicia distributiva de las acciones del Estado para resolver o atemperar las inequidades existentes. Entre estos patrones referenciales para juzgar la equidad respecto de la salud está el nivel de ingreso, especialmente la pobreza extrema -claves para la accesibilidad económica-, la distribución por etnias culturales, el tamaño de la familia y sus características demográficas, el grado de alfabetización, la accesibilidad cultural, la prevalencia de enfermedades, la localización geográfica y en particular la distribución urbano-rural y las condiciones de la vivienda.

La calificación de los servicios de salud guatemaltecos según su equidad no constituye un objetivo de este estudio, motivo por el cual el análisis se restringirá a computar algunos indicadores acerca de la distribución de los fondos y de los establecimientos de atención y a relacionar dichos índices con la distribución de la población en términos globales. La información de base se presenta en los Cuadros 10, 11, 12 y 13 en el Anexo A. El banco de información generado por esta investigación, como se verá más adelante, permite realizar estudios más detallados, útiles para la asignación de fondos de acuerdo a criterios selectivos, ya sea redistributivos o compensatorios de desigualdades sociales, o direccionados según la mayor prevalencia de problemas considerados prioritarios.[25]

---

[25] Entre los estudios más profundos que las autoridades podrían encarar de futuro, independientes del banco de información generado, se encuentra el análisis de:

- La equidad del sistema, evaluando los servicios de salud según diversos criterios apropiados al caso;
- El grado de adecuación de la oferta con el perfil epidemiológico de las poblaciones beneficiarias; idem, con la disponibilidad de servicios de infraestructura básicos. Estos aspectos atañen especialmente a la dicotomía Atención Preventiva/Atención Curativa.
- La efectividad de las acciones emprendidas para enfrentar los problemas objeto de dichas acciones, esto es, analizar el impacto generado y los logros obtenidos. (El reciclaje de la información histórica generada por los propios servicios de salud y su utilización para la evaluación y el seguimiento de los problemas a nivel local permiten este tipo de análisis).
- La eficiencia de los establecimientos, o sea calificar la provisión de servicios con relación a su costo. Aquí el objetivo es ofrecer servicios y realizar acciones de costo mínimo y compatibles con una calidad adecuada. Este tema concierne a la función de producción (combinación de capital y trabajo) y al uso más apropiado de los recursos.
- La calidad de los servicios y de las prestaciones. Para ello se requiere información y análisis adicional, que suponen un proyecto de investigación independiente. (Durante el proceso de investigación realizado se hizo una evaluación genérica de la calidad de atención en los dos efectores privados que se estudiaron, pero no así en el sector público. Sobre el tema en sí, referimos al lector al numeral 3.7 y 3.8).

En el Cuadro 10 (Anexo A) se presentan los diversos tipos de establecimientos de salud del MSPAS según su ubicación geográfica; en el Cuadro 11 (Anexo A) se transcribe el presupuesto asignado a funcionamiento y a capital en cada región, en el Cuadro 12 (Anexo A) se visualiza la distribución regional de los pobladores clasificados en indígenas y no-indígenas, y en el Cuadro 13 (Anexo A) se presenta el porcentaje del presupuesto ejecutado de capital en 1989 por región y por destino. En las Figuras 4-7 y 4-8 se aprecian las variantes regionales.

Indudablemente, se aprecia una correlación asimétrica entre pobladores, servicios y gastos, donde resalta el área metropolitana.

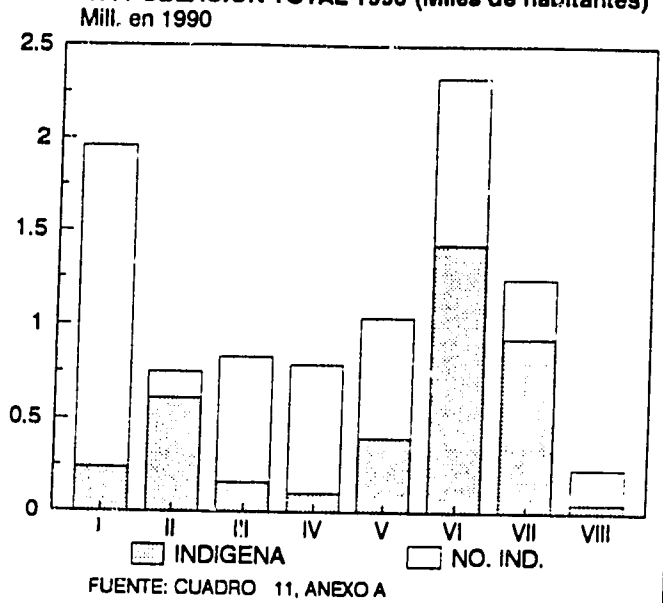
En ésta se ubica el 24% de los Hospitales, el 6% de los CSA, el 15% de los CSB y el 8% de los PS. Si se toma en cuenta la cantidad de población de origen etnográfico, la disparidad observable es aún mayor. Dicha asimetría se refuerza al considerar la aplicación de fondos, que en buena medida es el correlato de la ubicación desigual de los establecimientos de salud.

En cierta forma la mayor captación relativa de recursos por parte del área metropolitana es natural, pues son los hospitales los establecimientos cuya operación demanda siempre más recursos, aún siendo reducido su número, y éstos están concentrados en la Ciudad de Guatemala. De todas maneras, las cifras muestran que en 1990 el Gobierno asignó a la Región Metropolitana (RM) el 60.6% de los recursos destinados a Salud, a la que sigue de lejos la Región Sur-Occidente con el 14.4% y muy atrás las restantes, que en promedio reciben un 4.2% del Presupuesto, con un mínimo de 2.2% para la Región VIII, Petén. Si bien en la RM se ubica el Nivel Central, que absorbe una parte importante del presupuesto total (en 1989 aproximadamente el 11.6% del Presupuesto de Funcionamiento Ejecutado) y a su vez están localizados Hospitales Nacionales que tienen cobertura a todo el territorio, también es cierto que en la RM vive solamente el 21.3% de la población.

La distribución entre funcionamiento e inversión es muy variable entre una zona geográfica y otra: baste mencionar que abarca desde 94.3% y 5.7% en la Región Norte, pasa por 80% y 20% en la RM, y llega a otro extremo con 51.8% y 48.2% para la Región Nor-Occidente (como referencia cada una de ellas, y por su orden, capta el 3.4%, el 60.6% y el 6.2% del Presupuesto Asignado Total). Cf. Cuadro 11, Anexo A.

FIGURA 4-7
GUATEMALA - MSPAS
ANALISIS POR REGIONES - 1990

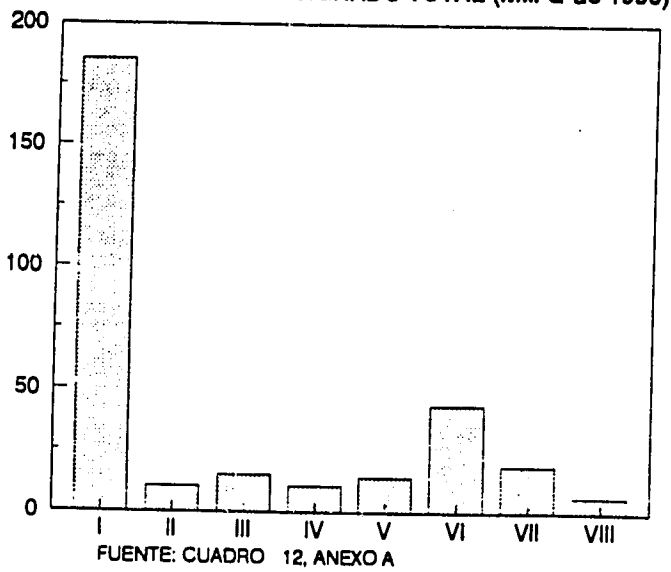
4-7A POBLACION TOTAL 1990 (Miles de habitantes)



FUENTE: CUADRO 11, ANEXO A

R	IND.	NO. IND.	TOT
I	0.24	1.72	1.96
II	0.61	0.14	0.75
III	0.16	0.67	0.83
IV	0.10	0.69	0.79
V	0.40	0.64	1.04
VI	1.43	0.90	2.33
VII	0.93	0.32	1.25
VIII	0.05	0.19	0.24
TOT	3.93	5.26	9.19

4-7B PRESUPUESTO ASIGNADO TOTAL (Mil. Q de 1990)



FUENTE: CUADRO 12, ANEXO A

R	PRE. AS.
I	185.5
II	10.5
III	15.2
IV	10.8
V	14.4
VI	43.8
VII	19.1
VIII	6.6
TOTAL	305.9

La asignación por habitante determina US$ 18.9 per cápita en 1990 para la RM, frente a por ejemplo US$ 2.7 en la Región Sur-Oriente, o sea exactamente una suma 7 veces menor a la imperante en la capital.

TABLA 4-6 GUATEMALA. INDICADORES ACERCA DEL GASTO PER CAPITA DEL MSPAS POR REGIONES AÑO 1990.

CONCEPTO	TOTAL NACIONAL	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
GASTO (EN Q 1990)	33.5	94.6	14.0	18.3	13.7	13.8	18.8	15.3	27.5
GASTO (EN US$)	6.7	18.9	2.8	3.7	2.7	3.8	3.8	3.1	5.5
POBLACION (%)	100	21.3	8.2	9.0	8.6	11.3	25.4	13.6	2.6
ASIGNACION PRES. (%)	100	60.6	3.4	5.0	3.5	4.7	14.3	6.2	2.2

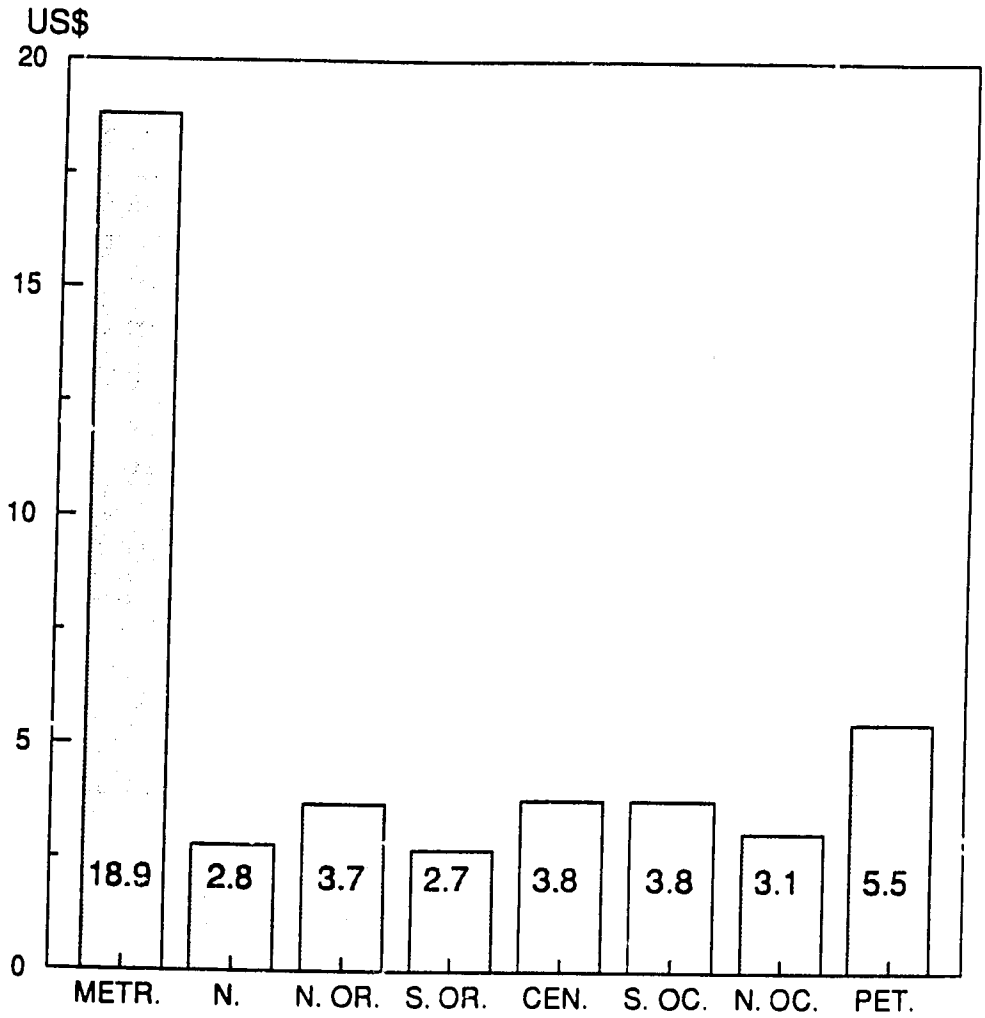
Archivo: GT4-11.wk1 RM: 4" LM: .87" Range: A1..AE18

FUENTE: Tabla 4-7 y 4-8

Retornando al tema de la equidad mencionado al comienzo, este estudio no tiene elementos de juicio para calificar si las distribuciones regionales descritas son o no inequitativas, y si lo fueran, de acuerdo a qué particular criterio lo serían. Meramente se consigna el hecho de que se observan grandes variaciones entre regiones. Las autoridades del MSPAS posiblemente puedan dar explicación justificada a estas diferencias; si se deben a una asignación presupuestal no avalada por razones de política de salud, o a una situación de hecho dada por la costumbre o por la localización de polos de poder, se habrán de tomar medidas correctivas.

Se debe tener en cuenta que en los centros urbanos hay mayor disponibilidad de servicios de diagnóstico y profesionales altamente especializados, cuya localización rural o desconcentrada no sería conveniente ni viable. Asimismo, en los centros urbanos se encuentran los centros universitarios y de investigación y las clínicas privadas especializadas. Hay por lo tanto economías de escala y ventajas comparativas en la RM para encarar y resolver problemas que requieren recursos tecnológicos y humanos altamente calificados. Una mayor concentración urbana y especialmente, capitalina, en muchos casos se justifica, sin que ello necesariamente signifique centralismo ni inequidad, sino más bien mayor eficacia y eficiencia. Sin perjuicio de esto, la distribución desigual existe y tendría que ser analizada en forma crítica.

FIGURA 4-8
GUATEMALA - MSPAS
PRESUPUESTO ASIGNADO POR HABITANTE
COMPARACION POR REGIONES



FUENTE: TABLA 4-6

4.6. *Conclusiones y Recomendaciones*

La información numérica analizada en el presente capítulo permite arribar a algunas conclusiones, importantes para la toma de decisiones:

El Presupuesto Programado Total ha tenido una evolución ascendente en los años más inmediatos, aunque sin superar significativamente el nivel de 1980; en 1990 y en valor absoluto fue igual al 71.3% del alcanzado en 1980 (sin tener en cuenta el incremento en la población).

El grado de ejecución del presupuesto de funcionamiento es superior al nivel programado, no así el propio al presupuesto de inversión, que en promedio se ubica en el 36.2% para 1986-1990, aunque en 1990 tuvo su nivel más bajo, igual al 16.7% de lo programado. En total, en el quinquenio analizado el Ministerio dejó de gastar por este concepto US$ 57.54 millones.

El presupuesto está clasificado por línea de gasto y no permite conocer cuánto se gasta en cada establecimiento de salud por cada rubro. Se requirieron muchos ajustes y trabajo de reasignación y reclasificación de gastos para presentar una apertura según "Personal", "Medicamentos" y "Otros Conceptos" al nivel de establecimiento. Para el Ministerio en su conjunto, el presupuesto ejecutado en 1989 se distribuye para cada uno de estos rubros en 58%, 10% y 32% respectivamente.

Para 1989 un 13.4% del Presupuesto de Funcionamiento ejecutado fue absorbido por Administración General, un 69.6% fue destinado a hospitales y el 17% restante se canalizó a financiar CSB y Puestos de Salud. La misma distribución por tipo de establecimiento permite apreciar diferencias, fundamentalmente en CSA y CSB, donde personal aparece con mayor peso relativo como consecuencia de la muy reducida proporción de medicamentos y de otros insumos.

El funcionamiento anual de cada hospital en promedio lleva US$1,032,000, un millón treinta y dos mil dólares, mientras que un Puesto de Salud cuenta para todo un año con sólo US$5,400 y con una dotación de medicamentos y de otros insumos casi insignificante vista la población que deben cubrir.[26]

---

[26] Se hace la salvedad de que pueden haber criterios erróneos de imputación de estos rubros y que aparecen como muy bajos cuando en realidad no lo son, pero este resultado no fue cuestionado por funcionarios locales; sin embargo, constituye un aspecto a ser analizado críticamente, pues dicha verificación no es motivo de este trabajo. Si hay imputaciones erróneas, deberían ser corregidas para que la información presupuestal sea transparente.

La división en atención primaria y atención curativa, considerando simultáneamente gasto operativo y de capital, se ubica para el período 1986-1990 en 22% y 78% respectivamente. Se definieron como "APS" las actividades desplegadas en CSB y en PS.

El análisis por regiones muestra grandes variantes, donde no parece ser que la distribución de la población ni sus necesidades sea el factor que se tiene en cuenta en la asignación presupuestal. La región metropolitana es la que absorbe el mayor porcentaje del presupuesto; si bien esto en parte se explica porque los centros hospitalarios de referencia nacional están ubicados en la capital, parece apropiado revisar los criterios con que se han venido asignando las partidas presupuestales. Baste citar que el gasto per cápita en la ciudad de Guatemala asciende a US$18 por año (1990), Petén US$5.5, y todas las restantes regiones menos de US$4.0.

Vistos los problemas de salud del país, la mayor parte de ellos prevenibles, se requiere un esfuerzo especial en materia de promoción de salud, prevención e infraestructura, lo que implica un refuerzo de las partidas asignadas a acciones preventivas y de Atención Primaria de Salud, especialmente en el interior del país, con énfasis en las zonas rurales. Ello no significa descuidar o disminuir los fondos asignados a la atención curativa: la totalidad de los fondos asignados a salud no parece ser suficiente para las necesidades nacionales, dentro del gasto público.

Recomendaciones:

1. Guatemala, si desea resolver con mediano éxito los problemas existentes en materia de salud, deberá reforzar las acciones de APS, sin que ello signifique que deba reducir el gasto en hospitales: todo el presupuesto del MSPAS debe ajustarse a las necesidades de la población.

2. Se deben arbitrar mecanismos para incrementar el grado de ejecución del presupuesto de inversiones hasta alcanzar en un plazo de tres años por lo menos el 80% del presupuesto asignado. Ello requiere, en primer término, investigar las causas que motivan el bajo desempeño observable, para posteriormente introducir los cambios administrativos, de procedimiento, de derecho público, etc., que permitan modificar esta situación en forma permanente.

3. Las autoridades deberían revisar los actuales criterios de asignación presupuestal, que parecen no tomar en cuenta el número de habitantes por región, ni sus características económicas, étnicas o sociales. Los fondos se asignan por tipo de establecimiento y a cada región le tocan fondos según sea el número de establecimientos de cada tipo que estén localizados en su territorio, pero este número no parece estar correlacionado con la población de cobertura.

5. APORTES DE COOPERACION EXTERNA[27]

5.1. Introducción

Uno de los propósitos de la investigación emprendida consistió en determinar el gasto total en materia de APS y sobrevivencia infantil a nivel nacional y por regiones. Asimismo, se deseaba tener una idea del grado de dependencia del país respecto de fondos externos y su susceptibilidad a posibles cambios de política de terceros organismos o agencias de cooperación.

La intención del estudio fue recopilar datos para el quinquenio 1986-1990 y los desembolsos esperados para 1991 y siguientes. Esto último incluye proyectos en ejecución cuya vida se extiende al futuro, como previsiones de gasto en años posteriores, dentro del presupuesto normal del organismo de cooperación al desarrollo de que se trate y de su programación de actividades. Se pidió información acerca de los fondos previstos o autorizados y acerca de los fondos efectivamente desembolsados o ejecutados, en moneda extranjera y en moneda nacional. En todos los casos se procuró hacer la conversión a moneda constante en quetzales de 1990 y en dólares estadounidenses al tipo de cambio de Q5 por dólar. Se quiso desagregar la información hasta el nivel de área de salud, para así poder sumar los fondos de cooperación a las partidas presupuestales del MSPAS y tener una visión más completa del gasto en APS a nivel local.

Se hizo una apertura por agencias multilaterales y bilaterales de cooperación técnica y financiera del total de fondos asignados (previstos) en cada año así como también de las principales instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales (ONG), etc., que donan fondos o que realizan trabajos de campo (Rotary Internacional, World Vision, Christian Children's Fund, etc.). Del mismo modo se procuró relevar los fondos ejecutados, como ya se dijo.

Se buscó distinguir entre fondos para funcionamiento y para inversión. En materia de inversión, por ejemplo, se trataron de cuantificar los recursos externos destinados a saneamiento, agua potable, letrinas y donación de vehículos; en materia de funcionamiento, se trató de hacer una desagregación de APS y sobrevivencia infantil según grandes rubros de actividad final.

La realidad mostró que todas estas aperturas no eran igualmente posibles. La contabilidad de los organismos internacionales, de las agencias bilaterales, de las ONG, etc., siguen criterios muy diversos respecto de sus fondos y desembolsos. En muchos casos las actividades de APS están inmersas en proyectos que poseen otros objetivos principales y resulta muy difícil distinguir entre ellos. La apertura al nivel local mostró ser particularmente difícil.

---

[27] En el Volumen II, Anexo E, pp 119 y ss, se transcribe en forma íntegra el informe preparado por la Lic. Marina Sagastume junto con todas las tablas numéricas respaldantes. En diciembre de 1991 la Lic. Sagastume fue nombrada Directora de la División Cooperación Internacional de SEGEPLAN. Sus conclusiones y recomendaciones son de especial interés.

5.2. *Magnitud de la cooperación externa*

El apoyo internacional recibido por Guatemala para el sector social es considerable. La mayor parte de los programas de inversión en materia de APS y sobrevivencia infantil son financiados por fuentes externas. Baste mencionar que el monto total aproximado a negociar en proyectos de inversión (para todos los sectores) por el Gobierno de Guatemala para el período 1991-95 se ubica en US$1,234.2 millones, de los cuales el 9.3% le corresponde al MSPAS. El destino de los proyectos de inversión en el ámbito del MSPAS se dirige principalmente a la construcción de acueductos y alcantarillados, al aumento en el caudal de agua canalizado hacia la capital y a la construcción de Puestos y Centros de Salud.

Los aportes de cooperación internacional asignados al sector salud por organismos internacionales y agencias bilaterales dirigidos a los programas de APS y supervivencia infantil tuvieron un incremento significativo a partir del año 1986, estimándose este hecho como una de las consecuencias de la reinserción del país en el contexto de las naciones democráticas (véase Tabla 5-1 y Cuadros 5.1 y ss en el Anexo E). Tomando por base el año 1986 = 100, ya en 1989 los fondos muestran duplicación, situándose en US$7.88 millones en 1990. En la Figura 5-1 se presenta la apertura por organismo para 1989.

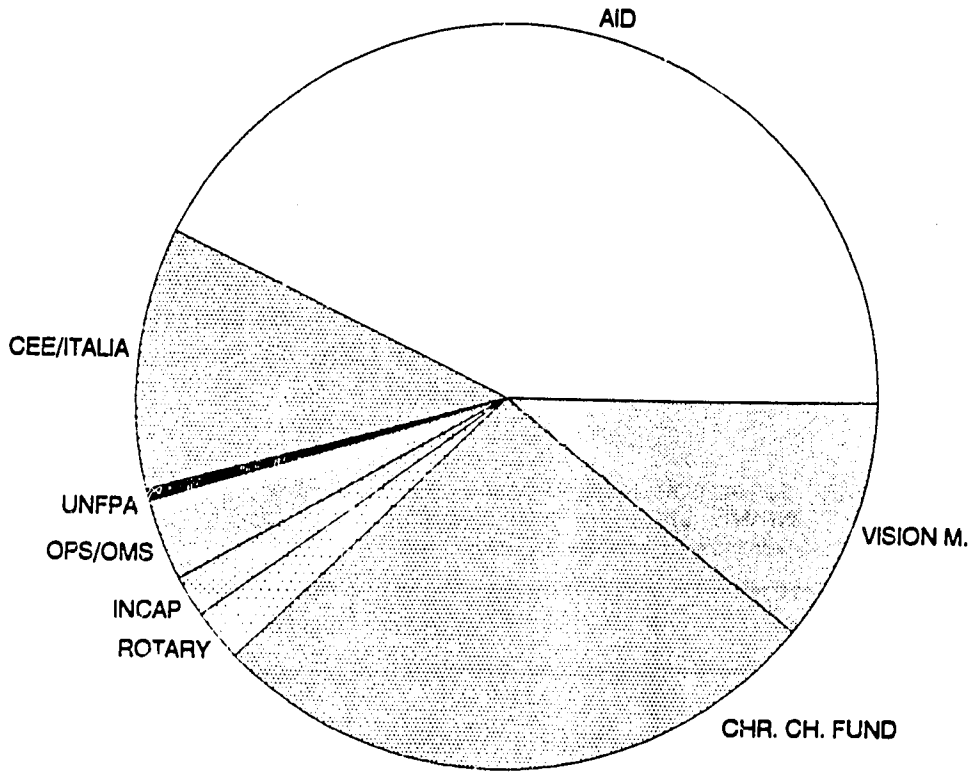
TABLA 5-1 GUATEMALA. FONDOS DE COOPERACION EXTERNA VOLCADOS A APS Y A SUPERVIVENCIA INFANTIL EN 1986 - 1990. (MONTOS EJECUTADOS)
Expresado en miles de dólares de 1990.

TIPO DE ORGANISMO	1986	1987	1988	1989	1990	PROMEDIO 1986 - 1990
FONDOS EJECUTADOS						
A. ORG. INT. Y BILATERALES	2,645	2,657	4,293	4,689	3,986	3,654
B. ORG. NO GUBERNAMENTALES	1,099	1,848	2,492	3,120	3,894	2,491
TOTAL US $	3,744	4,505	6,785	7,809	7,880	6,145
DISTRIBUCION PORCENTUAL						
A. ORG. INT. Y BILATERALES	70.6	59.0	63.3	60.0	50.6	60.7
B. ORG. NO GUBERNAMENTALES	29.4	41.0	36.7	40.0	49.4	39.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
EVOLUCION CON BASE 1986=100						
A. ORG. INT. Y BILATERALES	100.0	100.5	162.3	177.3	150.7	138.2
B. ORG. NO GUBERNAMENTALES	100.0	168.2	226.8	283.9	354.3	226.6
TOTAL	100.0	120.3	181.2	208.6	210.5	164.1

Archivo: GT5-1.wk1 R: A1..S43 LM: .75" TM: 2.4"

FUENTE: CUADRO 5-2 Y 5-3 (ANEXO E)

FIGURA 5-1
GUATEMALA
APORTES DE COOPERACION EXTERNA POR ORGANISMO
AÑO 1989



AID	42.3%
CEE/ITALIA	11.3%
UNFPA	0.5%
OPS/OMS	3.6%
INCAP	1.8%
ROTARY	2.3%
CHR. CH. FUND	27.1%
VISION MUNDIAL	10.5%
TOTAL	100.0%

FUENTE: TABLA 5-2

TABLA 5-2 GUATEMALA. APORTES DE COOPERACION EXTERNA PARA APS Y SUPERVIVENCIA INFANTIL POR ORGANISMO. AÑO 1989. En US$.

ORGANISMO	MONTO GASTADO US$	INDICADORES	
		% POR GRUPO	% EN EL TOTAL
A. ORG. INTERNACIONALES Y BILATERALES			
AID	3,342,922	71.3	42.8
CEE/ITALIA	882,121	18.8	11.3
UNFPA	38,071	0.8	0.5
OPS/OMS	283,700	6.1	3.6
INCAP	141,850	3.0	1.8
SUBTOTAL	4,688,664	100.0	60.0
B. ORG. NO GUBERNAMENTALES			
ROTARY INTERNACIONAL	183,296	5.9	2.3
CHRISTIAN CHILDREN'S FUND	2,115,059	67.8	27.1
VISION MUNDIAL	822,835	26.4	10.5
SUBTOTAL	3,121,190	100.0	40.0
TOTAL	7,809,854		100.0

Archivo: GT5-2.wk1 R: A1..P31 LM: .75" TM: 2.4"

FUENTE: CUADRO 5-4 (ANEXO E)

La participación por organismos señala la importancia de las ONGs, que aportan el 40% de los fondos externos (año 1989, Tabla 5-2). Dentro de los organismos internacionales y bilaterales, resalta la Agencia para el Desarrollo de los EEUU (USAID) con US$3.3 millones, o sea un 42.8% del total aportado y el 71.3% dentro de su grupo. Le siguen en importancia los fondos del Christian Children's Fund, que ascienden a US$ 2.1 millones (27.1% del total). Se debe tener en cuenta que estas son cifras por defecto: en estas cantidades no está incluído el aporte para inversiones en agua potable y letrinas, y por otra parte, como ya se dijo, el número de aportantes externos es mucho mayor.

La ayuda externa dentro del campo que nos concierne, que por otra parte aquí se estima por defecto pues como ya se dijo, es muy grande el número de organizaciones que realizan contribuciones al país, se ubica en un entorno de ocho millones de dólares y en lo atinente a gasto de funcionamiento. Este monto es elevado en términos absolutos y relativos. Si a los US$7.8 millones de aportes en gastos operativos se agrega lo que se destina a letrinas y agua potable (Tabla 5-5) y que se ubica en US$4.7 millones para 1989, se obtiene un total de US$12.5 millones de dólares.

Se recordará que en el capítulo anterior se halló que el gasto ejecutado del MSPAS en APS y para 1989 ascendió a US$ 18.3 millones, cifra que representa un 23.3% del presupuesto total (gasto operativo y de inversión tomados conjuntamente). Es decir que la suma combinada del gasto del MSPAS y el gasto de las agencias de cooperación y financiamiento externas en APS suma US$ 30.8 millones (US$ 18.3 + US$12.53 = US$ 30.8). Si no hubiera habido ningún aporte externo en dicho año y Guatemala hubiera decidido mantener el gasto en el mismo nivel, tendría que haber incrementado los desembolsos nacionales en esta esfera en un 68.3% (US$12.5 / US$18.3 = 68.3%).

Si en lugar de particularizar con el año 1989, se toma el promedio para el período 1986-1990, se tiene que el porcentaje destinado a APS por el MSPAS se ubica en 22% (funcionamiento mas inversión), y siendo el presupuesto operativo ejecutado para el mismo período igual a US$68.4 millones, se tiene que el gasto nacional en APS se ubica promedialmente en US$15.0 millones. Tomando como nivel de la cooperación externa el monto de los últimos dos años con información (1989 y 1990), que constituyen un indicador más realista del monto aportado y por consiguiente, de la dependencia nacional respecto de fondos externos, resulta que dichas aportaciones suman US$12.0 millones de dólares estadounidenses (US$4.2 millones para inversión y US$7.8 para funcionamiento).

En consecuencia, y tomando el promedio 1986-1990 del gasto ministerial, sustituir dichos dineros externos con recursos nacionales implicaría para el país incrementar su propio aporte en un 80% (US$12:0 / US$ 15:0 = 80%). Este sería el "nivel de dependencia", si se le puede denominar de este modo, que tiene Guatemala respecto de los recursos externos y exclusivamente para mantener el mismo nivel de gasto. Se debe señalar que en estas cifras están incluídos organismos internacionales, agencias bilaterales de ayuda, ONGs y organizaciones voluntarias, así como instituciones financieras. Los fondos aportados por el BID son préstamos que el país debe reembolsar, de modo que no todos estos fondos son donaciones.

5.3. *Desagregación por objeto del gasto y por regiones*

Como ya se dijo, no fue posible sistematizar la información recibida según criterios homogéneos. Por consiguiente, solamente se hará mención a la cooperación suministrada por la Comunidad Económica Europea y por Italia, que sí pudo ser desagregada según su objeto y por regiones (véase Cuadro 5-5, Anexo E). Las aperturas logradas señalan, para un total de US$ 942,000 dólares, un 21% para PAI, 53% para diarrea y TRO y 17% para IRA.

TABLA 5-3 GUATEMALA. FONDOS ASIGNADOS DE COOPERACION EXTERNA EN APS Y SUPERVIVENCIA INFANTIL DE LA COMUNIDAD EUROPEA E ITALIA, DESAGREGADA POR OBJETIVO
En US $ de 1990 y en porcentajes

CONCEPTO	US $	%
Control del Crecimiento y Desarollo del Niño	56,800	6.0
Lactancia Materna y Alimentación al Destete	20,400	2.2
Programa Ampliado de Imunizaciones	201,200	21.4
Control de Enfermedades Diarreicas y TRO	503,200	53.5
Infecciones Respiratorias Agudas	159,400	16.9
TOTAL DE FONDOS ASIGNADOS	941,000	100.0

Archivo: GT5-3 RANGE: A1..N24 TM: 2.4" LM: 1.9"

FUENTE: CUADRO 5-5 (ANEXO E)

La asignación por regiones es relativamente homogénea, aunque no aparecen gastos para la región de Petén. Por supuesto, al no poseer información similar para las restantes agencias de cooperación, no es posible extraer conclusiones generales. De todas maneras, los ejercicios de programación local a cargo de las autoridades de salud para cada región y área deben tener en cuenta estos aspectos y esta información, como lo prueba el trabajo que ha realizado el área de Sololá y que se describe más adelante.

TABLA 5-4 GUATEMALA. APORTES DE COOPERACION EXTERNA EN APS Y SUPERVIVENCIA INFANTIL DE LA COMUNIDAD EUROPEA Y DE ITALIA, DESAGREGADA POR REGIONES DE SALUD. AÑO 1989.
En miles de US $ y en porcentajes

CONCEPTO	TOTAL	I METR	II NORTE	III N. OR.	IV S. OR.	V CENTRAL	VI S. OCC.	VII N. OCC.	VIII PETEN
COOPERACION	941.0	119.2	39.2	146.3	114.5	132.2	242.2	147.4	--
DISTRIBUCION %	100.0	12.7	4.2	15.5	12.2	14.0	25.7	15.7	--

ARCHIVO: GT5-4.WK1 RANGE: A1..AD17 TM: 2.74 LM: 0.5

FUENTE: CUADRO 5-5 (ANEXO E)

5.4. *Fondos ejecutados con destino a inversiones*

Las cantidades que la cooperación externa y los organismos de financiamiento facilitan al país son relativamente elevados y se ubican en US$ 4.7 millones para 1989 y 1990. En la Tabla 5-5 se presenta el desglose por organismo para 1989 y en el Cuadro 5-8 se puede acceder a una apertura mayor. Como es esperable, el Banco Interamericano de Desarrollo contribuye con el 67% de estos fondos. Se debe tener en cuenta que estos recursos son préstamos que el país retorna, de modo que el carácter de los fondos indicados es diferente: en unos casos se trata de donaciones y en otro, de préstamos.

TABLA 5-5 GUATEMALA. FONDOS DE COOPERACION EXTERNA CON DESTINO A INVERSION EN AGUA POTABLE Y LETRINAS DESAGREGADA POR ORGANISMO. AÑO 1989. En US $ de 1990 y en porcentajes

ORGANISMO	US $	%
1. UNICEF	326,900	6.99
2. USAID	941,900	20.15
3. BID	3,124,700	66.83
4. KFW/Alemania	271,300	5.80
5. ACDI/Canadá	--	0.00
6. OPS	--	0.00
7. COOP. GUAT.- ALEMANA (Alimentos por trabajo)	1,500	0.03
8. Cuerpo de Paz	1,300	0.03
9. Plan Foster	1,900	0.04
10. Fundación Noruega	5,200	0.11
11. Visión Mundial	800	0.02
FONDOS TOTALES	4,675,500	100.00

Archivo: GT5-5.WK1 RANGE: A1..N29 TM: 2.4 LM: 2.0

FUENTE: CUADRO 5-8 (ANEXO E)

5.5. *Atribuciones en materia de cooperación externa en Guatemala.*

a. Funciones de coordinación y racionalización (SEGEPLAN)

La ayuda para el desarrollo en el área de la salud, tanto de cooperación técnica como financiera, constituye un aporte que se suma a los recursos nacionales para satisfacer las necesidades de la población y contribuir a mejorar su calidad de vida y bienestar.

SEGEPLAN es el organismo encargado de vincular la cooperación externa con la política general del Gobierno y las políticas sectoriales. A su vez, el MSPAS tiene la responsabilidad de vincular los fondos de cooperación volcados al sector salud con la planificación y programación de actividades. SEGEPLAN, como órgano de enlace con las Naciones Unidas, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, las agencias bilaterales de cooperación técnica, etc., verifica que se hayan cumplido todos los pasos de procedimiento necesarios para obtener los dictámenes técnicos que determinen la factibilidad y viabilidad de los diversos proyectos que se propongan, considerando ciertas pautas predeterminadas (por ejemplo, según el monto de la ayuda, según el organismo de que se trate, según la actividad, etc.). Esto involucra un protocolo de trámite entre dependencias públicas, tanto interministerios, con gobiernos locales, etc., y la verificacion de que las instancias de dicho protocolo se cumplan correctamente.

SEGEPLAN, con apoyo de la Gessellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) de Alemania, está implementando (marzo de 1992) un Sistema de Monitoreo y Seguimiento de Proyectos que permitirá a Guatemala realizar la supervisión, el control y el monitoreo de los proyectos de cooperación externa, así como su evaluación (proyectos a nivel de idea, en negociación y en ejecución). En consecuencia, es particularmente importante que el MSPAS actúen en estrecho enlace con SEGEPLAN y se ajuste a los protocolos de procedimiento que establece dicha Secretaría de Estado.

b. La cooperación externa en el MSPAS

Las atribuciones en materia de cooperación al desarrollo se encuentran en el MSPAS en dos dependencias: la Unidad Sectorial de Planificación, que cuenta con una repartición especializada en Proyectos, y la Oficina Coordinadora de Asuntos Internacionales (OCAI).

El relevamiento de información realizado por este estudio permitió detectar carencias en la órbita del MSPAS. En este momento Guatemala y en particular el MSPAS, no conoce aspectos importantes de la cooperación externa. Esta carencia no sólo afecta al Ministerio, sino a la propia asistencia al desarrollo. En efecto, las agencias donantes tienen necesidad de conocer dónde sus actividades y fondos obtendrían máximo impacto; en muchos casos, los organismos de cooperación, las organizaciones no gubernamentales (ONGs), etc., poseen fondos, pero no hay proyectos nacionales para captar los recursos externos disponibles.

En consecuencia, sería altamente deseable poder conocer:

1. El grado de dependencia de ciertos programas nacionales respecto de la ayuda externa y una evaluación de los posibles cambios en la política de las agencias donanes que puedan afectar el nivel de la actividad.

2. La distribución geográfica de la ayuda, lo que permite mejorar la programación local y coordinar esfuerzos entre los subsistemas y las dependencias componentes del sistema de salud y las agencias donantes.

3. El tipo de asistencia brindada, la actividad que se benefició con ella, y el organismo que la brindó (agencia multilateral, bilateral, organización no gubernamental, voluntaria, etc.).

4. El monto asignado, ejecutado y comprometido: en el pasado, en el año corriente, y los desembolsos previstos para los años que siguen.

5. Los proyectos ejecutados en el pasado y ya concluídos, los proyectos en ejecución y las iniciativas en negociación.

6. Una evaluación del grado de cumplimiento y del impacto de cada uno de los diversos proyectos con relación a los objetivos planteados en cada uno de ellos.

7. Las necesidades de capacitación a ser cumplidas en el exterior, o en el país con docentes del exterior.

8. Las becas disponibles, su utilización e impacto.

9. Una evaluación de la ayuda recibida.

10. Las áreas, actividades, programas y proyectos en donde la cooperación externa tendría impacto máximo, para orientar esta última en base a las prioridades de la política nacional de salud.

11. Las políticas, prioridades y requisitos de los propios organismos de cooperación externa.

No sólo se requiere conocer los puntos mencionados más arriba, sino poseer la documentación de base de cada proyecto, actividad, etc., es decir, tener un archivo con los antecedentes, perfiles y legajos descriptivos y una copia del expediente mismo.

c. Ubicación orgánica de la cooperación externa en el MSPAS

Como reflexión general cabe mencionar que no queda claro el motivo por el cual existe una unidad de cooperación externa fuera de la Unidad Sectorial de Planificación. ¿Cuál es la justificación técnica para dicha fragmentación y ruptura funcional? Parecería que existe una duplicación de funciones que no se observa en otros ministerios[28].

La planificación y programación de actividades, la formulación de proyectos, la descentralización y desconcentración, los procesos de desarrollo local y, en términos generales, las políticas de salud y su implementación nacional, sugieren que la OCAI sea parte de la Unidad Sectorial de Planificación y que se constituya en una dependencia de alto nivel técnico.

5.6. *Conclusiones y recomendaciones*

En todos los países latinoamericanos, a los fondos aplicados al desarrollo de origen doméstico se agregan fondos de fuente externa. La investigación realizada, al tener como objetivo cuantificar la totalidad de los recursos orientados hacia APS y sobrevivencia infantil, recopiló también datos acerca de la cooperación externa.

En el Anexo E se transcribe el informe completo preparado por la Lic. Marina Sagastume, donde se incluyen conclusiones y recomendaciones muy específicas y de utilidad para las decisiones de política de las autoridades nacionales. Hay recomendaciones que refieren al MSPAS, al MFP y a SEGEPLAN, así como a agencias de cooperación externas.

El estudio realizado pudo apreciar que los aportes de fuente no-nacional son muy importantes y que están ubicados en un entorno de US$ 7.8 millones de dólares en materia de gastos operativos, cooperación técnica, etc., y en cerca de US$ 4 millones en el campo de inversiones para agua potable y construcción de letrinas. Dentro de los US$ 7.8 millones mencionados en primer término, el 60% corresponde a agencias internacionales y bilaterales y el restante 40% a ONGs. La Agencia para el Desarrollo Internacional de los EEUU (USAID) lleva el 71% del primer grupo y Christian Children's Fund el 68% del segundo, o sea un 43% y un 27% del total, respectivamente. USAID también tiene importancia en el caso de agua potable y letrinización.

Si se toma la totalidad de fondos de origen externo destinados a APS se tiene que éstos equivalen a prácticamente el 80% de los fondos nacionales destinados a APS. Independientemente de lo positivo que esto representa, pues muestra el grado de respaldo que tiene la nación guatemalteca en el contexto de las restantes, también es cierto que dichos montos implican un considerable grado de dependencia respecto de las políticas de terceras instituciones, organismos o países. Se ha mencionado en otro capítulo que el gasto doméstico parece bajo y que Guatemala debe incrementar los recursos destinados a salud en general, de modo que si eso pasara, los fondos externos, aún quedando iguales, bajarían en cuanto a su peso relativo en el total. El incremento en el gasto social doméstico, por lo tanto, también es una recomendación que surge de este análisis.

---

28 Por ejemplo, en el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación existe una unidad sectorial directamente vinculada a las actividades ejecutoras y de campo de ese Ministerio (USADA).

Sin perjuicio de las conclusiones y recomendaciones de la Lic. Sagastume, se destaca:

1. Formular una política nacional en materia de cooperación externa, incluyendo evaluación y monitoreo.

2. Reforzar los vínculos de coordinación con SEGEPLAN y la concertación de las acciones de salud en el contexto de las necesidades del desarrollo nacional.

3. Reforzar la administración financiera de los proyectos y la capacidad de ejecución nacional.

4. Expandir el componente de capacitación y educación en cada proyecto para así asegurar el autosostenimiento de los programas, tanto en lo referente a los recursos humanos institucionales como al desarrollo de las personas en las comunidades.

5. Conceder prioridad a los programas de cooperación externa que hagan énfasis en acciones preventivas y que se asienten en la participación comunitaria, no como discurso retórico, sino como realidad efectiva.

6. Arbitrar mecanismos para un aprovechamiento máximo de todas las oportunidades ofrecidas a Guatemala en materia de cooperación para el desarrollo de la salud[29].

7. Reconsiderar el organigrama del Ministerio y la ubicación de la OCAI. Se sugiere volver al esquema anterior, en que dichas funciones se cumplían en la órbita de la Unidad Sectorial de Planificación (USP).

8. Dentro de la sugerencia 7, se recomienda que toda la información sea centralizada, sistematizada y analizada en el seno de la USP.[30]

9. La USP debe coordinar estos aspectos con la Unidad de Programación y las restantes dependencias especializadas de la DGSS y del Ministerio, así como con SEGEPLAN.

10. El MSPAS siempre debe conservar su función de organismo rector, normativo, coordinador y supervisor.

---

29 Es común que los países subutilicen los ofrecimientos que reciben, y esto abarca desde fondos para financiar proyectos a becas, y también eventos puntuales como reuniones, conferencias y seminarios internacionales.

30 En una situacion óptima, la OCAI, integrada dentro de la USP como lo sugiere la lógica operativa, debería contar con un plantel mínimo de funcionarios de alta capacitación y dedicación técnica: un jefe o responsable con plena capacidad para dirigirse a todos los organismos, embajadas, ONGs, etc., y realizar las coordinaciones internas al Ministerio y con otras dependencias del Estado, y tres técnicos de alto nivel, uno por cada tipo de agencia: ayuda multilateral, ayuda bilateral y ONG. Estos funcionarios deberían ser profesionales, preferiblemente economistas o técnicos con capacitación en formulación y evaluación de proyectos. Las becas pueden ser cubiertas indistintamente por cualquiera de ellos o por un técnico especialmente asignado a becas. Una secretaria o secretario completaría el plantel de funcionarios de la oficina.

6. MSPAS - PRODUCCION DE SERVICIOS DE APS

6.1. Definición de Atención Primaria de Salud a los efectos de este estudio

La expresión "Atención Primaria de Salud", quizás por su mismo uso generalizado, se utiliza en diferentes sentidos según el país e incluso, según el contexto nacional de que se trate. No existe una definición per se y su caracterización varía según las prácticas, las políticas y los consensos prevalecientes. Sin embargo, dichas prácticas y usos introducen confusiones, que se vuelven evidentes a la hora de cuantificar numéricamente lo que se debe entender por "gastos operativos en APS".

Así, por ejemplo, a veces APS se utiliza en el sentido de "primer contacto con los servicios de salud", también como sinónimo de "atención básica" (con las dificultades que entraña definirla), o como "atención preventiva", o como "atención realizada en establecimientos de menor complejidad" (puestos, dispensarios, centros de salud, etc.), o como "atención con tecnología sencilla y de bajo costo", o como combinaciones de algunos de los sentidos anteriores, y así sucesivamente.

Y existen muchas áreas difíciles de clasificar, de incluir, o incluso de cuantificar, como por ejemplo el gasto en educación para la salud realizado dentro del sistema educativo, el entrenamiento de personal de la comunidad, etc., y erogaciones que más propiamente constituyen gastos de inversión como ser obras de saneamiento, construcción de letrinas e introducción de agua potable. También surgen problemas de caracterización y cuantificación cuando confluyen diferentes organismos estatales y paraestatales, gobiernos locales, ONGs, componentes parciales de APS en proyectos cuyo objetivo principal es diferente, y así en más.

En lo que sigue se hace una caracterización según las prácticas vigentes en Guatemala, pues dicha aclaración conceptual determina los rubros presupuestales y extra-presupuestales que se tomarán en cuenta para asignar costos a las actividades correspondientes. Precisamente, en consenso con funcionarios de alto rango del MSPAS y con sentido eminentemente pragmático, se convino en tipificar como "Atención Primaria de Salud" y, por lo tanto, se incluyó bajo dicho carácter, a todas las actividades realizadas en los establecimientos de menor nivel de la red, esto es, los que no tienen internación y que son los Puestos de Salud (PS) y los Centros de Salud B (CSB). Los Puestos de Salud a su vez se subdividen en dos grupos: Módulo I (PSMI) y Módulo II (PSMII) en función de si además de Técnico de Salud Rural (TSR) tienen o no Auxiliar de Enfermería (AE). El PSMI solamente tiene AE; el PSMII tiene TSR y AE. Se reitera, por lo tanto, que la definición de APS a los efectos de este estudio es restringida y funcional.

6.2. *Principales actividades de APS por categoría*

El MSPAS define once componentes de acción en los CSB, PSMI y PSMII:

1. Consultas Institucionales
2. Visita Domiciliaria
3. Tratamientos
4. Vigilancia Epidemiológica
5. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
6. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)
7. Tratamientos de Rehidratación Oral (TRO)
8. Saneamiento
9. Intermedio
10. Comunidad
11. Administración

A su vez, cada componente de acción incluye un conjunto de actividades, a saber:

1. Consultas Institucionales

- A niños menores de un año
- A niños de uno a cuatro años
- A niños de cinco a catorce años
- A embarazadas
- A puérperas
- Por Planificación Familiar
- Morbilidad general a mujeres de 15 a 44 años
- Morbilidad a hombres de 15 años y más y mujeres de 45 años y más
- Odontológica
- Incluye todas las edades, todos los programas, todos los recursos, primeras consultas y nuevas, reconsultas y subsecuentes

2. Visita Domiciliaria

- Crecimiento y Desarrollo
- Educación en Salud
- Riesgo Reproductivo
- Actividades de PAI, TRO e IRA, que se anotan por separado
- Visita de alto riesgo
- Visitas de control de casos por referencia, visitas por tratamientos específicos y visitas por vigilancia epidemiológica
- Canalización

3. Tratamientos

- Ambulatorio supervisado de tuberculosis
- Hipodermia
- Curaciones
- Suturas
- Antirrábicos
- De malaria
- Tuberculosis (TB)

4. Vigilancia Epidemiológica

- Vigilancia epidemiológica propiamente dicha
- Control de brotes
- Control de malaria

5. PAI

- Inmunizaciones
  - DPT en menores de un año
  - DPT en niños de 1-4 años
  - Antipolio en menores de un año
  - Antipolio en niños de 1-4 años
  - Sarampión
  - BCG
  - Toxoide Tetánico a embarazadas
- Incluye número total de dosis, de todas las edades y de todos los biológicos

6. IRA

- Tratamiento de menores de un año
- Tratamiento a niños de 1-4 años
- Tratamientos específicos de casos leves, moderados y graves

7. TRO

- Tratamiento de menores de un año
- Tratamiento a niños de 1-4 años
- Tratamientos específicos de casos leves, moderados y graves

8. Saneamiento

- Campaña antirrábica y vacunación de perros
- Control de perros mordedores
- Vigilancia de control de la calidad del agua
- Toma de muestras para control de calidad de alimentos
- Inspecciones sanitarias a establecimientos
- Saneamiento básico rural
  - Acueductos
  - Pozos
  - Letrinas
  - Fosas Sépticas
  - Mejoramiento de la vivienda
  - Pequeñas obras de malaria

9. Intermedio

- Complemento de enfermería a la atención médica
- Laboratorio, central de equipos, farmacia, etc.
- Capacitación en servicio
- Otros

10. Comunidad

- Estudios de la comunidad
- Organización de comités y grupos comunitarios
- Reuniones con grupos de la comunidad
- Reuniones con instituciones gubernamentales y no gubernamentales
- Capacitación o readiestramiento de comadronas
- Capacitación de promotores rurales de salud y otros
- Supervisión a personal voluntario

11. Administración

- Conducción del servicio (Dirección)
- Programación, Evaluación y Control
- Supervisión
- Registro de información
- Intendencia
- Reuniones de personal
- Secretaría

6.3. *Producción de Servicios de APS*

Para el año 1989 se hizo un desglose hasta el nivel de puesto de salud, computando el número de acciones de APS realizadas en cada servicio, excluyendo hospitales. La Unidad de Informática (UI) de la Dirección General de Servicios de Salud del MSPAS recibe y tabula los datos de producción de cuatro programas de APS realizados en cada establecimiento, a saber las Consultas Externas, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), el Proyecto Terapia de Rehidratación Oral (TRO) y el Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). La información de IRA, PAI y TRO se recibe en la UI una vez al mes, lo que determina que el almacenaje sea hecho en dispositivos magnéticos, existiendo un archivo computacional por cada mes del año. En el caso de PAI se contemplan además archivos para cada Jornada de Vacunación que se realice durante el año. La información de Consulta Externa se recibe trimestralmente y no se procesa computacionalmente; el registro es por muestreo, como se explicará más abajo.[31]

La información antes mencionada se asignó por el Proyecto a cada establecimiento. Para ello se actualizó la codificación de establecimientos del MSPAS de modo que hubiera un único número identificatorio, en orden de menor a mayor, por establecimiento, municipio, distrito, área y región. Por otra parte, esta codificación es coincidente con el número utilizado para ingresar la información presupuestal (MFP).

a. Consulta Externa

Los datos de consulta externa no se encuentran grabados en dispositivos magnéticos, por lo que se tuvo que hacer un programa que permitiera de una forma sencilla ingresar la información tabulada manualmente por las personas encargadas de dicha aplicación dentro de la UI. En la Tabla 6-1 se presenta un facsímil de la salida de computación que se produjo. (Primera consulta y reconsulta), junto con la propia de TRO.

---

[31] El lenguaje de computación utilizado por la Unidad de Informática en el desarrollo del Sistema Unico de Información en Salud (SUIS) es CLARION. Inicialmente la UI utilizó BASIC, para pasar a emplear sucesivamente DBASEII, DBASEIII y FOXPRO. Durante el Proyecto de PAI-TRO apoyado por USAID-Guatemala se resolvió reprogramar el software existente a CLARION y a partir de esa resolución se diseñaron e implementaron a nivel central los programas de IRA, PAI, TRO, Jornadas de Vacunación, nacimientos, defunciones, establecimientos, código internacional de enfermedades OPS/OMS, etc. Tomando en cuenta la experiencia del SUIS y analizando su desempeño durante el proceso de descentralización, se le introdujeron mejoras dando lugar al nuevo SIIS. Migrar programas de CLARION de SUIS a SIIS es mucho más sencillo que migrar programas de CLARION a FOXPRO y luego a SIIS.

El uso del lenguaje CLARION en la UI motivó que el Ing. J.F. Ruiz decidiera desarrollar en CLARION el modelo de computación GLIFO.

Se tomaron como referencia los datos de 1989. La frecuencia de recepción de este programa es de cada tres meses. Debido al volumen de la información, la Unidad de Informática selecciona una muestra del universo, siendo esta muestra la que realmente se procesa.[32]

---

[32] Las áreas de salud enviían trimestralmente información a la UI del MSPAS (Nivel Central). En la UI se folian los documentos por mes y al final deberían quedar 72 paquetes, uno por cada área (24) y por cada mes. Por ejemplo, en el mes de enero el Area Guatemala Norte envió 506 documentos, que serán foliados del No. 1 al 506; el Area Guatemala Sur envió 724 documentos, que serán foliados del No. 1 al 724; el Area Amatitlán envió 333 documentos, que serán foliados del No. 1 al 333. En el mes de febrero el Area Guatemala Norte envió 306 documentos, que serán foliados del No. 1 al 306; el Area Guatemala Sur envió 224 documentos, que serán foliados del No. 1 al 224; el Area Amatitlán envió 933 documentos, que serán foliados del No. 1 al 933, y así sucesivamente.

Ya foliados todos los documentos enviados por todas las áreas, se toman 10 bolillas numeradas del 1 al 10 y se sortea una. Esta selección se hace una vez por trimestre y con el número sorteado se inicia la obtención de la muestra, comenzando en cada mes con el área Guatemala Norte.

Supongamos que el número sorteado fue el No. 6. Se seleccionan todos los documentos terminados en 6 del área Guatemala Norte. Luego se comienza con el área siguiente, pero para eso se determina un nuevo dígito siguiendo el procedimiento que se pasa a describir. Como el número sorteado es 6, se busca el último documento de esa Area siguiente (en este caso Guatemala Sur) que termine en 6. Como en el mes de enero esa área envió 724 documentos, el último terminado en 6 es el documento 716. Si tomamos como minuendo el número del último documento foliado y como sustraendo el número del último documento finalizado con el número seleccionado (6), la diferencia será siempre un dígito entre 0 y 9. Partiendo de esa resultante se suma hasta llegar a 0 o 10 en el siguiente orden 1,2,3,4,5,6,7,8,9,0. En nuestro ejemplo sería como sigue: 716 es el último documento con el número sorteado (6) y 724 es el último documento de área. Por lo tanto, 724 - 716 nos da 8. Faltan dos números para llegar a 10. Entonces el siguiente número seleccionado es 2. Se extraen para la muestra todos los documentos que al ser foliados terminaron en 2 y con este mismo número se comienza el área siguiente que es Amatitlán.

Como el nuevo número es 2 se busca el último documento del área de Amatitlán que termine en 2. Como en el mes de enero esa área envió 333 documentos, el último de ellos terminado en 2 es el documento 332. Como al sustraer 333 - 332 = 1, se obtiene que (9) es el nuevo "seleccionador", pues para completar 10 a partir de 1 hay que sumar nueve. Se seleccionan todos los documentos que al foliarlos terminaron en 9 y se repite el proceso sucesivamente hasta terminar con las 24 áreas.

Al terminar con las 24 áreas nacionales para el mes de enero, se comienza el mismo procedimiento para los meses consecutivos del trimestre, siempre comenzado con el No. 6 y el área Guatemala Norte.

Existen problemas en el envío de la información al nivel central, pero aún si ésta se recibe tarde, siempre se procesa.

Tabla 6-1 Guatemala. MSPAS. CONSULTA EXTERNA Y TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL - FACSIMIL DE LOS DATOS QUE SE PROCESAN EN LA UNIDAD DE INFORMATICA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
RENDIMIENTO POR DISTRITO. CONSULTA EXTERNA Y TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL.

FECHA : 24/03/1992
PAGINA : 5
HORA : 2:04AM

REGION : 4 SUR-ORIENTAL
AREA DE SALUD : 28 Santa Rosa

DISTRITO	CONSULTA EXTERNA		TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL							
			PERSONAL INSTITUCIONAL			PERSONAL COMUNITARIO			BOLSAS	
	PRIMERA	RECONSULTA	LEVES	MODERADOS	GRAVES	LEVES	MODERADOS	GRAVES	RECIBIDAS	USADAS
CUILAPA	223	240	3,169	1,945	84	783	210	2	8,200	12,125
BARBERENA	792	149	2,114	46		3,600	319		11,800	16,964
PUEBLO NUEVO VIIAS	293	39	1,365	98	11	1,668	117		9,000	7,172
NUEVA SANTA ROSA	793	207	1,991	1,047	68	2,160	192		8,938	8,717
SN RAFAEL LAS FLORES	404	76	27	280		416	865		3,000	3,528
GUAZACAPAN	123	49	343	270	1	314	22		3,000	2,859
TAXISCO	332	46	1,476	413	2	2,587	861	1	6,000	9,298
CHIQUIMULILLA	500	217	3,248	931	68	1,767	497	1	10,000	17,664
SANTA MARIA IXGUATAN	48	21	1,688	349		1,647	52			6,818
CASILLAS	221	333	472	273		1,406	513		8,000	6,296
TOTAL AREA SALUD ---->	3,729	1,377	15,893	5,652	234	16,348	3,648	4	67,938	91,261

REGION : 4 SUR-ORIENTAL
AREA DE SALUD : 37 Jalapa

DISTRITO	CONSULTA EXTERNA		TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL							
			PERSONAL INSTITUCIONAL			PERSONAL COMUNITARIO			BOLSAS	
	PRIMERA	RECONSULTA	LEVES	MODERADOS	GRAVES	LEVES	MODERADOS	GRAVES	RECIBIDAS	USADAS
JALAPA	1,015	810	2,110	792	9	6,644	763		18,336	26,772
SAN PEDRO PINULA	483	260	826			10,711			15,000	18,074
SAN LUIS JILOTEPEQUE	246	127	152	363		534			5,000	5,525
SAN MIGUEL CHAPARRON	293	230	847	175	3	917	180		3,000	4,417
MATAQUESCUINTLA	703	112	2,278	848	26	1,863	847		9,500	11,756
MONJAS	613	101	994	436	4	931	266		5,600	5,296
TOTAL AREA SALUD ---->	3,353	1,640	7,207	2,614	42	21,600	2,056		56,636	71,833

b. PAI

Debido a algunos problemas se tuvo que seleccionar como información de referencia los datos de 1989. La aplicación de PAI hasta 1990 se desarolló en DBASE III, por lo que se tuvo que transformar cada archivo a una estructura que soportara el software que actualmente esta siendo utilizado en el desarrollo de los programas por la Unidad de Informática (Lenguaje Clarion). Posteriormente se unieron todos los archivos incluyendo los datos de jornadas de vacunación en un solo archivo computacional, obteniéndose informes por establecimiento que incluyen datos sobre:

- Dosis aplicadas de Polio por Grupos de Edad (Primera Dosis, Segunda Dosis, Tercera Dosis, Refuerzo)
- Dosis aplicadas de DPT por Grupos de Edad (Primera Dosis, Segunda Dosis, Tercera Dosis, Refuerzo)
- Dosis aplicadas de Antisarampionosa por grupos de edad
- Dosis aplicadas de B.C.G por grupos de edad

En la Tabla 6-2 se presenta un facsímil de la información que se encuentra disponible en la UI, pero se debe aclarar que la UI no cuenta con una salida a nivel de distrito como la que se transcribe.[33]

c. TRO

La aplicación de TRO se comenzó a grabar en la Unidad de Informática recién en 1990, utilizando como software el lenguaje Clarion, que permite manejar una base de datos relacional para Micro-Computadores, herramienta con la cual se viene elaborando todo el software hasta la actualidad. Se unieron todos los archivos en un solo archivo computacional, obteniéndose informes por establecimiento que incluyen datos sobre (véase Tabla 6-1):

- Casos de Diarrea Tratados por Personal Institucional por grupos de edad. (Leves, Moderados, Graves)
- Casos de Diarrea Tratados por Personal Comunitario por grupos de edad. (Leves, Moderados, Graves)
- Datos de bolsas para la preparación de sueros de rehidratación oral recibidas y utilizadas

---

[33] El tipo de presentación de datos que ilustra la Tabla 6-1, 6-2 y 6-3 fue elaborada por el Ing. J.F. Ruiz en consulta con los Drs. J. Solórzano y J. Carredano de la U. de Programación.

Tabla 6-2 Guatemala. MSPAS. PAI - FACSIMIL DE LOS DATOS QUE SE PROCESAN EN LA UNIDAD DE INFORMATICA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
RENDIMIENTO POR DISTRITO. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION.

FECHA : 29/07/1991
PAGINA : 1
HORA : 11:17PM

REGION : 1 METROPOLITANA
AREA DE SALUD : 21 Guatemala Norte

DISTRITO	POLIO 1ERA.	POLIO 2DA.	POLIO 3RA.	POLIO REFUERZO	DPT 1ERA.	DPT 2DA.	DPT 3ERA.	DPT REFUERZO	SARAMPION	B.C.G.
Número 1	8,422	5,240	4,984	4,829	5,548	3,246	3,879	2,087	3,520	249
NUMERO 2	5,859	3,720	11,529	9,682	3,662	2,494	2,943		6,768	91
LA ALAMEDA	3,462	4,461	7,555	5,432	2,639	2,403	4,043		4,308	238
SAN RAFAEL LA LAGUNA	3,922	2,726	2,226	4,849	3,182	2,143	1,732	30	2,416	152
NUEVA CHINAUTLA	3.004	3,091	1,846	3,781	2,893	2,039	1,704		3.750	
SAN PEDRO AYAMPUC	1,228	925	1,247	5,432	1,128	799	981		1,824	496
PALENCIA	3,718	2,658	3,627	5,769	3,521	2,504	2,370	55	2,070	167
SAN JOSE DEL GOLFO	403	370	626	1,877	370	339	476		470	95
FRAIJANES	506	439	408	3,713	498	416	406		1,706	229
SAN JOSE PINULA	1,154	779	739	1,475	1,127	730	606		1,068	216
ZONA3	1,954	1,638	1,674	4,476	1,680	1,120	1,132	851	1,826	6
SANTA ELENA III	2,017	5,055	13,197	3,023	1,254	2,317	3,455	1,200	496	202
TIERRA NUEVA	461	337	249	1,337	430	329	239		372	43
TOTAL AREA SALUD ---->	36,110	31,439	49,907	55,875	27,932	20,899	23,966	4,223	30,594	2,184

REGION : 1 METROPOLITANA
AREA DE SALUD : 22 Guatemala Sur

DISTRITO	POLIO 1ERA.	POLIO 2DA.	POLIO 3RA.	POLIO REFUERZO	DPT 1ERA.	DPT 2DA.	DPT 3ERA.	DPT REFUERZO	SARAMPION	B.C.G.
1ERO. DE JULIO	7,249	4,098	3.175	12.958	5,268	2,539	2,873		3.320	399
CENTRO AMERICA	10,828	5,499	4,354	10,396	6,881	3,039	3,130		4,598	192
JUSTO RUFINO BARRIOS	6,207	4,476	4,556	2,136	4,073	3,750	2,793		3,758	
NUMERO 14,18,STA.CEC	4,993	3,473	3,591	9,351	3,929	3,086	2,931		4,050	77
MIXCO	7,409	6.040	8,333	9,952	5,975	5,140	6,214	2,753	5.100	383
SAN RAYMUNDO	1,161	846	856	2,707	1,119	779	855	2	1,256	200
SN PEDRO SAC.	2,670	1,700	1,600	7,052	2,578	1,642	1,490		2,902	326
SN JUAN SAC.	4,841	3,420	3,953	2,367	4,419	3,128	3,295		4,620	304
CHUARRANCHO	574	519	425	3,574	570	503	512		418	326
STA.CATARINA PINULA	2,050	1,638	1,852	2,990	1,502	1,381	1,574		2,280	94
EL MILAGRO	3,341	1,979	2,436	9,120	3,054	2,241	1,889		2,960	229
TOTAL AREA SALUD ---->	51,323	33,688	35,131	72,603	39,368	27,233	27,556	2,755	35,262	2,530

Tabla 6-3 Guatemala. MSPAS. IRA - FACSIMIL DE LOS DATOS QUE SE PROCESAN EN LA UNIDAD DE INFORMATICA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. FECHA : 24/03/1992
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD PAGINA : 3
RENDIMIENTO POR DISTRITO. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. HORA : 2:22AM

REGION : 3 NOR-ORIENTE
AREA DE SALUD : 24 El Progreso

DISTRITO	NO.DE FORMAS EN IRA			EVOLUCION				TRATAMIENTOS ESPECIFICOS					
	LEVES	MODERADOS	GRAVES	L.M.	L.G.	M.M.	M.G.	F.SINTO.	PEN.P.	PEN.B.	SULFA	AMP.	OTROS
MORAZAN	213	767	38	5		23	2	213	52	410	191	131	51
SN AGUSTIN ACASAGUAS	898	976	35	67	10	57	21	899	66	950	98	78	64
EL JICARO	925	1,220	21	2		171		893	4	1,015	190	45	165
SANSARE	236	277	52	4		25		217	50	271	25	14	
SANARATE	1,073	585	2	6	1	4		1,073	3	583	4	8	
SAN ANTONIO LA PAZ	171	501	4	9	1	9		171	121	358	23	16	
TOTAL AREA ---->	3,516	4,326	152	93	12	289	23	3,466	296	3,587	531	292	280

REGION : 3 NOR-ORIENTE
AREA DE SALUD : 3' Izabal

DISTRITO	NO.DE FORMAS EN IRA			EVOLUCION				TRATAMIENTOS ESPECIFICOS					
	LEVES	MODERADOS	GRAVES	L.M.	L.G.	M.M.	M.G.	F.SINTO.	PEN.P.	PEN.B.	SULFA	AMP.	OTROS
PUERTO BARRIOS	723	1,189	118	204	107	261	97	723	322	1,274	232	119	26
SANTO TOMAS DE CAST.	13	66						13		66			
LIVINGSTON	853	558	6	29		10		853	6	582	10	5	
MORALES	1,548	929	13	76	5	23		1,548	18	980	23	25	
NAVAJOA	54	40						54		40			
LOS AMATES	794	982	31	4	1	6		794	28	969	12	17	
EL ESTOR	534	921	45	1	3	22		482	79	830	24	17	
TOTAL AREA ---->	4,519	4,685	213	314	116	322	97	4,467	453	4,741	301	183	26

d. IRA

De la misma manera que la aplicación de TRO, la información de IRA se comenzó a grabar en la UI en 1990, también utilizado como software el lenguaje Clarion. Todos los archivos se unieron en un solo archivo computacional, obteniéndose informes por establecimiento que incluyen datos sobre (véase Tabla 6-3):

- Casos de IRA por grupos de edad (Leves, Moderados, Graves)
- Evoluciones en casos de IRA por grupos de Edad (Leves a Moderados, Leves a Graves, Casos Estacionarios, Moderados a Graves)
- Número de tratamientos específicos en casos de IRA. Apertura de los casos tratados: (en forma sintomática, Penicilina Procaína, Penicilina Benzatínica, Trimetropin/Sulfametoxazol, Ampicilina, Otros Antibióticos)

En las Tablas 6-1, 6-2 y 6-3 se presenta un facsímil de impresión de computadora con los datos que dispone el MSPAS en el caso de consultas, IRA, TRO y PAI, si bien, como ya se dijo, la UI no tiene salidas diseñadas como se transcribe. Los datos se han utilizado para el cálculo de costos que se explica en el capítulo 7 que sigue. Como se verá con mayor detalle, uno de los hallazgos de este estudio es que la información no es confiable, especialmente en el caso de consultas. Ello no significa que la información no sea trascendente y útil. Precisamente lo contrario: se resalta su trascendencia. A su vez, el estudio ha constatado que la información se subutiliza y que muchas dependencias no tienen la práctica de acudir a ella para tomar decisiones. Parece existir un cierto desfase entre la producción de información, su registro y sistematización en Informática y su difusión, retroalimentación y utilización.

El MSPAS tendrá que hacer un esfuerzo para que la información sea uniformemente confiable y se utilice para la gestión. El Ministerio requiere apoyo en este sentido: mayor dotación de computadoras e impresoras, mayor número de personal y remuneraciones o estímulos que aseguren la permanencia de los funcionarios, capacitación de personal, entrenamiento en toma de decisiones basadas en uso de información, etc.

6.4. *Conclusiones y Recomendaciones*

En este estudio se ha identificado "Atención Primaria de Salud" con las actividades que se cumplen en Centros de Salud B y en Puestos de Salud. Otras posibles caracterizaciones de APS son sumamente difíciles de transformar a cifras de gasto y de costo. El MSPAS define once categorías de actividades; a nivel central se registra información cuantitativa de producción acerca de solamente cuatro de ellas: consultas, PAI, IRA y TRO. La información pertinente se ha utilizado en este estudio para hallar los costos, como se explicará con detalle en el capítulo siguiente.

Del estudio surge que existe información abundante que no es plenamente utilizada. Asimismo, se constata que los datos no son confiables en forma uniforme, especialmente en materia de consulta externa, como se verá en detalle más adelante.

La afirmación anterior en ningún momento desvaloriza la trascendencia y riqueza de la información que se tiene y que está siendo subutilizada. En los capítulos que siguen se apreciará cómo, a pesar del subregistro observable, los datos existentes, si son utilizados en forma apropiada por las autoridades, pueden transformar la Administración y contribuir a una gestión ministerial más eficiente y eficaz.

Recomendaciones:

1. La Unidad de Informática debe ser fortalecida con mayor dotación de equipos y personal.

2. Se deben arbitrar mecanismos para asegurar continuidad en los cargos y en las funciones desempeñadas por el personal de informática. Si no se pueden ajustar los sueldos para que los funcionarios no abandonen el MSPAS, una solución es contratar los servicos de informática a una empresa privada y clasificar dicho gasto bajo "Servicios Contratados", "Servicios no personales", o rubros semejantes, dentro del Presupuesto. Otras opciones, quizás más complejas, es crear una Unidad fuera del MSPAS y dependiente del MFP, o una UI autónoma dependiente del MFP y del MSPAS, con presupuesto aparte.

3. Sería conveniente revisar los procedimientos de recolección, registro y sistematización manual de datos a nivel de establecimiento, la transmisión y recepción de dichos datos a nivel central, su procesamiento electrónico y las hojas de salida actuales, y por último, la utilización de los datos por parte de los usuarios (analistas y tomadores de decisión en sus diversos niveles jerárquicos y localizaciones geográficas). Ello incluye revisar críticamente el tipo de datos que se registran, eliminando información superflua y recolectando información apropiada para la política de salud y la mejor gerencia y administración de los establecimientos.

4. Los programas de educación continua deben hacer énfasis en capacitar al personal en el manejo de datos para la toma de decisiones.

5. Además de dicha capacitación, es conveniente instruir al personal en el uso de computadoras personales e iniciar un paulatino proceso de generalización en su empleo.

7. MSPAS - DETERMINACION DE COSTOS DE APS

7.1. *Introducción conceptual*

Una interrogante básica: ¿Para qué hallar el costo de las acciones de salud en el sector público?

En el sector privado, una empresa necesita conocer (y minimizar) el costo de los productos que comercia para fijar su precio de venta, obtener ganancias por producto o globalmente, perdurar como empresa y expandir actividades. Toda firma requiere disminuir costos al mínimo, aunque conservando un patrón de calidad competitivo, para así poder permanecer en el mercado. De otra manera es desplazada por otras empresas. Este principio pone al consumidor en el centro de las decisiones: toda la estrategia de la empresa se sustenta en la llamada "orientación al cliente". También empresas sin fines de lucro tienen necesidad e interés en conocer sus costos: para maximizar impacto, eficiencia, producción, beneficiarios y así sucesivamente.

Dentro del sector público y en el contexto latinoamericano en que el Estado tiene un importante rol en la actividad económica, es usual que sean las empresas o servicios públicos las únicas instituciones estatales que calculan costos operativos, pues lo necesitan hacer para que el Gobierno pueda fijar las tarifas y/o el nivel de subsidios que financien sus actividades. Es el caso de empresas y servicios de producción de energía eléctrica, telecomunicaciones, agua potable, combustibles, gas, transportes, administración de puertos, carreteras, etc.

En los sectores sociales, particularmente educación y salud, la situación es diferente. Los ministerios respectivos obtienen una asignación predeterminada al comienzo del ejercicio fiscal y con dichos fondos deben encarar su gestión. Su problema se convierte en maximizar la producción de sus servicios con un monto de recursos limitado y dispuesto en forma exógena o por lo menos ex-ante a la ejecución efectiva de sus operaciones. Los servicios producidos no cuentan respecto del financiamiento de las actividades pues no se transan en el mercado, no se "venden" o cobran a los usuarios como en el caso de los teléfonos, el agua u otros servicios básicos.

El pragmatismo de la realidad histórica ha mostrado que el Estado no es un buen administrador y que la empresa privada, bajo un sistema de libre competencia y adecuada regulación estatal, es simultáneamente más eficaz y eficiente en la asignación de recursos y en la satisfacción del consumidor. La realidad también ha mostrado que la filosofía y sociología de la empresa privada no es fácilmente extensible al sector público. Por este motivo hay un creciente consenso intelectual y político en que el rol tradicional del Estado debe cambiar en beneficio de una mayor participación de la iniciativa privada. Reducción del aparato estatal, venta de bienes y servicios públicos, emprendimientos mixtos y privatización lisa y llana son opciones que muchos gobiernos están encarando hoy día.

Aún sin llegar a dicho extremo, el sector público puede incorporar principios de la administración privada y mejorar el desempeño de los servicios a su cargo. Este es el punto que interesa a este informe y uno de los principales motivos por el que se incluyó el estudio de dos efectores privados: para conocer qué cosas se pueden aprender de cada una de las administraciones: de la pública y de la privada, y cómo éstas pueden complementarse e interactuar.

Volvamos al tema del cálculo de costos. Si el motivo principal o exclusivo para determinar el costo de las prestaciones de salud en el Estado es establecer el precio que el público debe pagar por ellas, ése es un motivo equivocado. Los precios de las prestaciones de salud se fijan (y exceptúan) con criterio político y se fundamentan en la gran mayoría de los casos en consideraciones de justicia social, pero no sobre la base de su costo. Como se explicitó en el numeral 3.7, el principio regente en este ámbito es el de la equidad. El usuario puede participar en el financiamiento de las prestaciones y pueden existir subsidios cruzados, pero el costo de la prestación propiamente dicha no es el factor que determina el arancel o monto que el demandante paga al momento de solicitar o recibir dicho servicio.

¿Cuáles son las ventajas de conocer los costos, entonces? Se pasan a enumerar algunas:

- Conocer el desempeño de los servicios y medir su productividad
- Tener elementos para su mejor gestión
- Comparar el costo de servicios o de prestaciones de salud concretas con los aranceles cobrados y apreciar la existencia o no de subsidios; fijar aranceles
- Reducir costos e incrementar la eficiencia de los servicios (como se explicita seguidamente)
- Introducir criterios racionales en la asignación de recursos y aplicar las técnicas del cálculo económico
- Evaluar y mejorar los sistemas de captación, registro, procesamiento e interpretación de datos
- Detectar problemas, anomalías, disparidades y desviaciones, y corregirlas
- Establecer relaciones de costo/eficacia
- Establecer relaciones de costo/beneficio
- Establecer patrones de referencia o comparación entre servicios
- Realizar comparaciones intrasectoriales y extrasectoriales (dentro del propio MSPAS, con la Seguridad Social, con el sector privado, con otros países, etc.)
- Evaluar de un punto de vista económico modalidades de trabajo, métodos, estrategias de atención, uso de diferentes tecnologías, situaciones contextuales específicas, etc.
- Conocido el costo, se pueden seleccionar las acciones más eficaces y eficientes y confeccionar los correspondientes presupuestos.
- Establecer normas y controles con relación al costo, la producción y la productividad
- Explicitar la función de producción, si no se conoce. Si es conocida, introducir ajustes o cambios para mejorar los servicios, su efectividad, etc.
- Utilizar la información generada en el mismo servicio para evaluar su desempeño posterior, hacer seguimiento, monitorear acciones, supervisar, tomar decisiones
- Conocer el costo de prestaciones de salud específicas: por establecimiento, por tipo de establecimiento, por extensión geográfica (distrito, área, región, nivel nacional). El promedio se convierte en el patrón de referencia que permite identificar los apartamientos.

- Conocer los apartamientos del promedio y/o de la norma permite a los administradores y al personal de salud analizar las causas y establecer correcciones, de modo que tanto la varianza como el promedio tiendan a converger hacia niveles más bajos.
- El proceso de planificación, programación y presupuestación cambia de carácter: en lugar de establecer montos y límites globales al gasto, para luego determinar las acciones, se procede a la inversa. Se parte de las necesidades de la población, se seleccionan las acciones necesarias y más eficientes, se determina su número, y conocido el costo individual, se confecciona el presupuesto correspondiente. En etapas más avanzadas se pueden establecer criterios de programación lineal para maximizar resultados o minimizar costos.

En los capítulos que siguen se verán ejemplos de cómo el costo es una forma monetaria de apreciar la productividad de los servicios y por lo tanto, para evaluarla según normas o patrones deseables. Al tener una visión de conjunto, cada componente del sistema se vuelve referencia respecto de los demás y se puede emular un sistema competitivo, procurando reducir el margen de variación entre establecimientos. Ulteriormente, cada establecimiento se convierte en patrón respecto de sí mismo con relación al futuro, pues a partir del costo y de la producción observada las autoridades pueden tener criterios objetivos para medir desempeños y cambios período a período.

La determinación o especificación de la función de producción es sumamente útil para reflexionar sobre la mejor manera de combinar los recursos disponibles, o para incorporar adicionales recursos a los efectos de satisfacer las necesidades de la población y su demanda, si se detectan vacíos de cobertura o demandas insatisfechas o desatendidas. La función de producción también es importante para detectar lo que en el lenguaje económico se suelen denominar "cuellos de botella", o restricciones en recursos específicos que introducen distorsiones en la actividad o determinan capacidad ociosa en otros recursos. [34]

Asimismo, la función de producción es útil para cuantificar el efecto económico de políticas de salud específicas, o para analizar el costo global de políticas y estrategias de salud alternativas.

En otras palabras, el esfuerzo que se debe desplegar para conocer el costo y finalmente, el haber obtenido el costo, permite la sistemática introducción de mejoras en la asignación de recursos, en la producción de servicios y en los procesos de control, supervisión, dirección, planeación, programación y presupuestación, tanto a nivel nacional como a nivel local.

---

[34] Frecuentemente se producen estos quiebres en la actividad por una asignación insuficiente en el rubro de mantenimiento, en insumos estratégicos, en medicamentos, etc. Por ejemplo, la falta de stock de repuestos o de fondos inmediatos para reparar un aparato de Rayos X puede distorsionar todo el funcionamiento ambulatorio y la internación. Un inventario insuficiente de medicamentos o que no se repone cuando se agota, es motivo para que el público no acuda al servicio, determinando una subocupación del personal, las instalaciones, etc. La disponibilidad continua y homogénea de recursos es parte de la calidad del servicio, y la no existencia de estrangulamientos como los indicados es fundamental para el buen funcionamiento de los servicios.

7.2. *Introducción metodológica*[35]

La información presupuestal que se tomó como base para el estudio de costos fue la correspondiente al ejercicio fiscal 1989. Se acudió al Ministerio de Finanzas Públicas y se trabajó con funcionarios de la Dirección Técnica de Presupuesto (DTP) de ese Ministerio. Los datos, que usualmente siempre se presentan clasificados por línea del gasto, se reclasificaron en tres grandes rubros, que se englobaron bajo "Personal", "Medicamentos" y "Otros Conceptos", y se desagregaron hasta el nivel de establecimiento. A cada uno de éstos se le asignó un número de código, coincidente con el propio que utiliza el MSPAS.[36]

Las remuneraciones suscitaron diversas dificultades.[37] Se deben aquí realizar algunas puntualizaciones para que el MFP pueda encarar modificaciones en los criterios actuales de registración. En concreto, el monto de los salarios que aparecen realizados en los subprogramas presupuestarios por Atención Médica General, Atención Médica Especializada y Atención Médica Primaria, no reflejan la retribución real de los puestos, debido a que no tienen incorporado los gastos que se hacen por concepto de Bonificación de Emergencia, Aguinaldo y Bono Vacacional. Esto distorsiona el conocimiento acerca de la incidencia que tienen los salarios dentro del gasto global. Independientemente de este problema, que es contable, se debe consignar que el número de traslados de personal es importante y que las planillas de sueldos no reflejan la realidad de cada establecimiento. Por ejemplo, en un CSB puede aparecer un determinado médico como parte de la nómina, pero en realidad se desempeña en un hospital en otra región. De modo que la productividad de ese CSB aparece como baja, cuando en realidad carece del recurso necesario para funcionar y así sucesivamente.

La asignación de "Medicamentos" también ocasionó problemas. Desde un punto de vista presupuestal, la DTP le atribuye al rubro "Droguerías Nacionales" la suma que corresponde a los inventarios de medicamentos y de otros productos médicos que se consumirán durante el ejercicio fiscal. El MFP no registra el gasto por establecimiento. La Droguería Nacional sigue sus normas propias en cuanto a la asignación y distribución de productos medicinales a cada localidad. El estudio presente tomó las cantidades monetarias y las dividió en forma uniforme entre establecimientos, pues esto es lo que se hace en la práctica: cada servicio de salud de un mismo tipo recibe la misma cantidad de medicamentos, etc., independientemente de la población que cubre o de otros criterios vinculados con la demanda que llega a cada establecimiento. En

---

[35] La sección que sigue utiliza parcialmente información preparada por el Dr. Jaime Solórzano y el Dr. Jaime Carredano de la Unidad de Programación del MSPAS.

[36] Los números de código fueron proporcionados por el Ing. Juan Fernando Ruiz al Dr. Jaime Solórzano y al Dr. Jaime Carredano, quienes revisaron y controlaron la información que más tarde ingresó el Ing. Ruiz al banco de datos.

[37] En el numeral 4.2 se mencionaron varios ajustes hechos a la información de la DTP.

el Anexo, Cuadro 7, se aprecia este detalle, que no constituye una práctica racional de un punto de vista de la atención de salud y de los objetivos que deben satisfacer los servicios. Esta es un área donde se deben introducir cambios, asignando recursos en función de la población de cobertura y la morbilidad de la zona. El proceso de asignación, distribución y apropiación de medicamentos debe respetar la solicitud que hacen las áreas locales.

Utilizando información existente en la Unidad de Informática de la DGSS (UI), las contrapartes nacionales de este proyecto, funcionarios de la Unidad de Programación (UP) de la DGSS del MSPAS (Dres. Solórzano y Carredano), con la participación del Ing. Ruiz, revisaron, depuraron y codificaron cada establecimiento respecto de su jurisdicción en cada Municipio y Distrito, identificando en forma unívoca cada hospital, CSA, CSB y PS. Se hizo la correlación de modo que coincidieran los mismos establecimientos de la red del MSPAS con la lista de establecimientos contenida en el Presupuesto Analítico de Gastos del MFP. Asimismo, se depuraron los datos de población y se ingresó información socioeconómica, como se analizará más adelante en el capítulo 10.

7.3. *Metodología de imputación de gastos directos por concepto de "Personal"*

El MSPAS ya desde comienzos de la década del 80 y con asesoramiento de la OPS, había estado analizando la distribución de tiempos del personal a las diversas funciones, estudios que se utilizaron (y se siguen empleando) para la programación de actividades. Dichos antecedentes fueron muy valiosos para este trabajo.[38]

Como se dijo más arriba, en la UP de la DGSS se tiene información recopilada acerca de las horas trabajadas por actividad en cada establecimiento y también las actividades programadas en diversos ejercicios en cada establecimiento. Los funcionarios de dicha Unidad seleccionaron algunos de esos formularios de acuerdo con su conocimiento de las diversas áreas de salud y el grado de confianza que merece su información. Se eligieron aquellos establecimientos con datos que se consideraron más reales y fidedignos, a la par que representativos.

---

[38] En el Anexo D se agregan facsímiles de algunos de los formularios que se utilizan (véase documentos No. 1 a No. 8). En primer término se incluye una copia del documento "Recursos, producción, rendimiento y cobertura de los servicios de atención médica del MSPAS - 1977", incluido en el Plan Nacional de Salud 1978-82; sigue un análisis de la distribución de tiempo por actividades para CSB en el Area de Salud de Zacapa; también se incluyen sendas hojas con el tiempo promedio utilizado en PS por los Auxiliares de Enfermería (AE) y por los Técnicos en Salud Rural (TSR). Finalmente, se agrega una copia del formulario de programación de actividades para el CS Barberena del Area de Santa Rosa correspondiente al año de 1988. Los asesores de OPS que iniciaran esta metodología en Guatemala fueron el Dr. Mario Boyer y el Lic. Eduardo Carillo (método CENDES/OPS), estando en la Unidad de Programación del MSPAS el Dr. Jorge Solórzano y el Dr. Jorge Chang y en la Unidad Sectorial de Planificación el Dr. Rudi Cabrera. El método mencionado en último término se está aplicando en todo el país para determinar costos de hospitales y Centros de Salud A.

En definitiva, se tomaron once CSB de tres áreas de salud, que significan el 5.76% del total de los CSB del país. En forma similar, se tomaron veintinueve Puestos de Salud, que representan el 3.8% del total de Puestos del país; doce de ellos son los que se han tipificado como "Módulo II", a saber que cuentan con AE y con TSR, y diecisiete del llamado "Módulo I", o sea que solo cuentan con AE.

A partir de las horas asignadas en cada uno de estos establecimientos a cada recurso humano para ejecutar las diversas actividades de APS (1800 horas anuales de trabajo por persona, distribuídas en las once actividades de APS descritas con anterioridad), se realizó un promedio para todo el país. La representatividad de la selección y el hecho de tomar el promedio aseguran la validez del método. Por otra parte, si existe algún error de imputación en el sentido de que se le asignó menos tiempo a la consulta y más tiempo a la visita domiciliaria, para poner un ejemplo arbitrario, dicho error se comete sistemáticamente en todo el universo. Dicha sistematicidad asegura la validez de comparar entre valores dentro de una misma actividad, en el sentido de ver las variaciones de costo de por ejemplo la consulta entre establecimientos de un mismo tipo. El error puede incidir en la magnitud de una actividad respecto de otra, por ejemplo el costo de PAI y el de TRO, pero no afecta el resultado ni la capacidad para extraer conclusiones de política. El resumen de horas anuales por actividad se aprecia en el documento No.4, Anexo D, y se transcribe en la primera parte de Tabla 7-1.

La probabilidad de que haya imputaciones erróneas entre actividades es menor cuando se trabaja en ámbito locales exclusivos, pues a nivel local existe mayor homogeneidad de situaciones que en la dimensión nacional. También en dicho caso se puede discutir con el personal local e introducir las variantes o especificidades propias al área. Tal fue el caso en esta investigación cuando con posterioridad al análisis nacional se hizo una aplicación de la metodología en Sololá, según se verá seguidamente en el capítulo 8.

Ahora bien, tomar las horas de trabajo para asignar costos llevaría a error pues la hora de trabajo tiene peso distinto según el nivel de la remuneración de cada recurso. Por consiguiente, se toma la distribución porcentual de horas por recurso humano a cada actividad y se la aplica a la remuneración anual percibida (incluyendo el aguinaldo). Hecho esto, se procede a la suma horizontal por actividades (Tabla 7-1) y el total que se obtiene por actividad es el gasto anual destinado a esa actividad por concepto de personal. La suma de todos estos totales parciales es el total pagado por concepto de retribuciones en cada establecimiento (Q81,900 en el caso de CSB, Q17,550 en el caso de PSMII y Q8,775 en el caso de PSMI). Este total a su vez permite hallar los porcentajes de asignación finales para cada actividad (por ejemplo, para consulta es de 15.6% en CSB y 13.5% y 20.0% para PS II y I respectivamente, 6.4% para canalización en CSB, etc.). En el caso de PS II los porcentajes que se obtienen en materia de sueldos y de horas son idénticos porque la remuneración de TSR y AE es la misma. Lo mismo vale para PSI, pues hay solo un AE.

TABLA 7-1 GUATEMALA. MSPAS. DISTRIBUCION DE PERSONAL A ACTIVIDADES FINALES DE APS EN BASE A HORAS TRABAJADAS POR AÑO Y REMUNERACION PERCIBIDA

CONCEPTO	CENTROS DE SALUD TIPO B									PUESTO DE SALUD MODULO II				PS MI A.ENF
	MED.	ENF.	A.ENF.	I.SAN.	TSR	OFICIN.	CONS.	TOTAL	%	A.ENF	TSR	TOTAL	%	%
RECURSO FISICO	1	1	2	1	1	1	1	8		1	1	12		1
REMUNERACION/MES	1,625	835	675	675	675	645	495	5,625		675	675	1,350		675
TOTAL ANUAL	21,125	10,855	17,550	8,775	8,775	8,385	6,435	81,900		8,775	8,775	17,550		8775
ACTIVIDAD (HORAS)														
1 Consulta	878	204	258					1,340	9.3	360	126	486	13.5	20.0
2 Canalizacion	63	211	359	113	185			931	6.5	447	564	1,011	28.1	24.8
3 Tratamientos		31	322					353	2.5	203	54	257	7.1	11.3
4 Vig. Epidem.	20	22	10	114	21			187	1.3			0	0.0	0.0
5 PAI	19	81	452	54	38			644	4.5	309	390	699	19.4	17.2
6 IRA		14	73		11			98	0.7	47	59	106	2.9	2.6
7 TRO		19	80		11			110	0.8	53	66	119	3.3	2.9
8 Saneamiento				1,019	371			1,390	9.7		237	257	7.1	0.0
9 Visita Domic.	95	313	854	34	53			1,349	9.4	90	5	95	2.6	5.0
10 Comunidad	121	361	545	262	809			2,098	14.6	180	270	450	12.5	10.0
11 Administrac.	604	544	647	204	301	1,800	1,800	5,900	41.0	111	9	120	3.3	6.3
TOTAL DE HORAS	1,800	1,800	3,800	1,800	1,800	1,800	1,800	14,400	100.0	1,800	1,800	3,600	100.0	100.0
ACTIVIDAD (REM.)														
1 Consulta	10,304	1,230	1,258	0	0			12,792	15.6	1,755	614	2,369	13.5	1,755
2 Canalizacion	739	1,272	1,750	551	902			5,215	6.4	2,179	2,750	4,929	28.1	2,179
3 Tratamientos	0	187	1,570	0	0			1,757	2.1	990	263	1,253	7.1	990
4 Vig. Epidem.	235	133	49	556	102			1,074	1.3	0	0	0	0.0	0
5 PAI	223	488	2,204	263	185			3,363	4.1	1,506	1,901	3,408	19.4	1,506
6 IRA	0	84	356	0	54			494	0.6	229	288	517	2.9	229
7 TRO	0	115	390	0	54			558	0.7	258	322	580	3.3	258
8 Saneamiento	0	0	0	4,968	1,809			6,776	8.3	0	1,253	1,253	7.1	0
9 Visita Domic.	1,115	1,888	4,163	166	258			7,590	9.3	439	24	463	2.6	439
10 Comunidad	1,420	2,177	2,657	1,277	3,944			11,475	14.0	878	1,316	2,194	12.5	878
11 Administrac.	7,089	3,281	3,154	995	1,467	8,385	6,435	30,805	37.6	541	44	585	3.3	541
REMUNER. TOTAL	21,125	10,855	17,550	8,775	8,775	8,385	6,435	81,900	100.0	8,775	8,775	17,550	100.0	8,775

ARCHIVO: GT7-1.wk1 RANGE: A1..AU49 TM: 0.5 LM: 0.5

FUENTE: Promedio para 11 Centros de Salud de Tipo "B", para 1988
Puestos de Salud con Aux. Enf. y TSR: promedio de 12 establecimientos en 1991
Puestos de Salud con Aux. Enf.: promedio de 17 establecimientos en 1991
NOTA: Los sueldos tomados son los vigentes al mes de julio de 1991.

7.4. *Ajustes*

Resulta obvio que las tareas de administración contribuyen a todas las restantes y que por lo tanto, se deben distribuir proporcionalmente a ellas. Realizado este ajuste (véase Tabla 7-2), se asigna el componente Vigilancia Epidemiológica a Visita Domiciliaria. A su vez, el porcentaje que corresponde al componente "Intermedios" se carga a "Consulta". Con ello se reducen las actividades de APS a ocho componentes.

TABLA 7-2 GUATEMALA. DISTRIBUCION DE PERSONAL A ACTIVIDADES FINALES - AJUSTES

CONCEPTO	CENTROS DE SALUD B				PUESTOS DE SALUD CON AE+TSR			PUESTO DE SALUD CON A. E		
	TOTAL	AJUSTE	AJUSTE	AJUSTE						
	%	ADM.	Interm	V.EP.	%	ADM.	Interm	%	ADM.	Interm
ACTIVIDAD										
1 Consulta	15.6	25.0	39.9	39.9	13.5	14.0	16.7	20.0	21.3	26.7
2 Visita Domic.	6.4	10.2	10.2	12.3	28.1	29.1	29.1	24.8	26.5	26.5
3 Tratamientos	2.1	3.4	3.4	3.4	7.1	7.4	7.4	11.3	12.0	12.0
4 Vig. Epidem.	1.3	2.1	2.1							
5 PAI	4.1	6.6	6.6	6.6	19.4	20.1	20.1	17.2	18.3	18.3
6 IRA	0.6	1.0	1.0	1.0	2.9	3.0	3.0	2.6	2.8	2.8
7 TRO	0.7	1.1	1.1	1.1	3.3	3.4	3.4	2.9	3.1	3.1
8 Saneamiento	8.3	13.3	13.3	13.3	7.1	7.4	7.4		0.0	0.0
9 Intermedio	9.3	14.9			2.8	2.7		5.0	5.3	
10 Comunidad	14.0	22.5	22.5	22.5	12.5	12.9	12.9	10.0	10.7	10.7
SUBTOTAL	62.4	100.0	100.0	100.0	96.7	100.0	100.0	93.8	100.0	100.0
11 Administrac.	37.6				3.3			6.3		
TOTAL	100.0				100.0			100.0		

ARCHIVO: GT7-2.WK1 RANGE: A1..AH28 TM: 0.5 LM: 0.5

FUENTE: TABLA 7-1

7.5. *Metodología de imputación de gastos directos por concepto de "Medicamentos" y de "Otros Conceptos"*

El personal técnico a nivel central consideró pertinente asignar el total del rubro "Medicamentos" a la actividad de APS tipificada como "Tratamientos". A su vez, la asignación del rubro "Otros Conceptos" se realizó atribuyendo 80% a "Tratamientos", 5% a PAI y el 15% restante a IRA. En la Tabla 7-3 se brinda un resumen.

TABLA 7-3 GUATEMALA - MSPAS - APS. CRITERIOS DE ASIGNACION DE RUBROS DE COSTO DIRECTO A ACTIVIDADES FINALES DE APS EN CSB Y PS A NIVEL NACIONAL
En porcentajes

COMPONENTES DE APS	CSB			PS MII *			PS MI *		
	P	M	O.C.	P	M	O.C.	P	M	O.C.
1. CONSULTA	398.0			16.7			26.6		
2. VISITA DOM.	12.3			29.1			26.5		
3. TRATAMIENTOS	3.4	100.0	80.0	7.4	100.0	80.0	12.0	100.0	80.0
4. PAI	6.6		5.0	20.1		5.0	16.3		5.0
5. IRA	1.0		15.0	3.0		15.0	2.8		15.0
6. TRO	1.1			3.4			3.1		
7. SANEAMIENTO	13.3			7.4			0.0		
8. COMUNIDAD	22.5			12.9			10.7		
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Archivo: G77-3.wk1 R: A1..U21 LM: .95* RM: 3.75*

FUENTE: TABLA 7-1 y MSPAS, UNIDAD DE PROGRAMACION

Se desea mencionar a título expreso que el ejercicio realizado y que se resume en la tabla anterior constituye la elaboración de una función de producción. Esto significa que se ha especificado la estructura de factores productivos que permite obtener ciertos resultados empíricos y medibles. Si bien éstos no son predecibles en forma causal y son variables en forma puntual, pues los resultados en última instancia dependen de factores complejos como la demanda poblacional, la motivación y productividad de la mano de obra, la calidad de los servicios, etc., sin embargo existe una regularidad estadística válida a nivel nacional. Por consiguiente, se puede analizar cómo cambian la composición de factores puede afectar la producción de servicios, o su costo.

Por ejemplo, se puede simular el efecto de un incremento en el precio de la mano de obra, o de los medicamentos, o de otros insumos. O un incremento en la dotación física de recursos, suponiendo una cierta linearidad entre insumos y resultados (que puede ser cierta en el caso de PS). También se pueden simular cambios en la asignación horaria a ciertos componentes. Habiendo un número limitado de horas anuales por persona, cualquier aumento de horas para alguno de los componentes de APS implica una disminución en otros. De modo que se produce una transacción entre componentes: unos pueden incrementarse, pero a costa de que otros desciendan, suponiendo que el monto de horas totales por persona permanece invariable.

A su vez, se pueden detectar nodos restrictivos. Si procediendo a la inversa, se especifica la función de producción requerida en forma a priori para producir un cierto conjunto de resultados, y partimos de un resultado u objetivo deseable, en dicho caso se pueden determinar los insumos necesarios para obtener ese objetivo. Por comparación entre los recursos requeridos y los recursos reales, se hallan las restricciones financieras y físicas: a qué insumo afectan y cuál es su monto.

En otras palabras, la función de producción que implícitamente se ha especificado permite transformar el mecanismo presupuestal tradicional en un instrumento para la planificación y la presupuestación. Partiendo del problema de salud que se desea resolver o encarar, conociendo las alternativas para enfrentarlo y el relativo éxito que posee cada una de estas alternativas (la relación de causa y efecto), se puede determinar el monto de los recursos necesarios para obtener un resultado predeterminado. La relación de causa-efecto se puede especificar por discusión con expertos en la materia (método Delfos) o mediante un uso conveniente de la información histórica (retroalimentación), ambos, u otros (análisis multifactorial, análisis de verosimilitud, etc.)

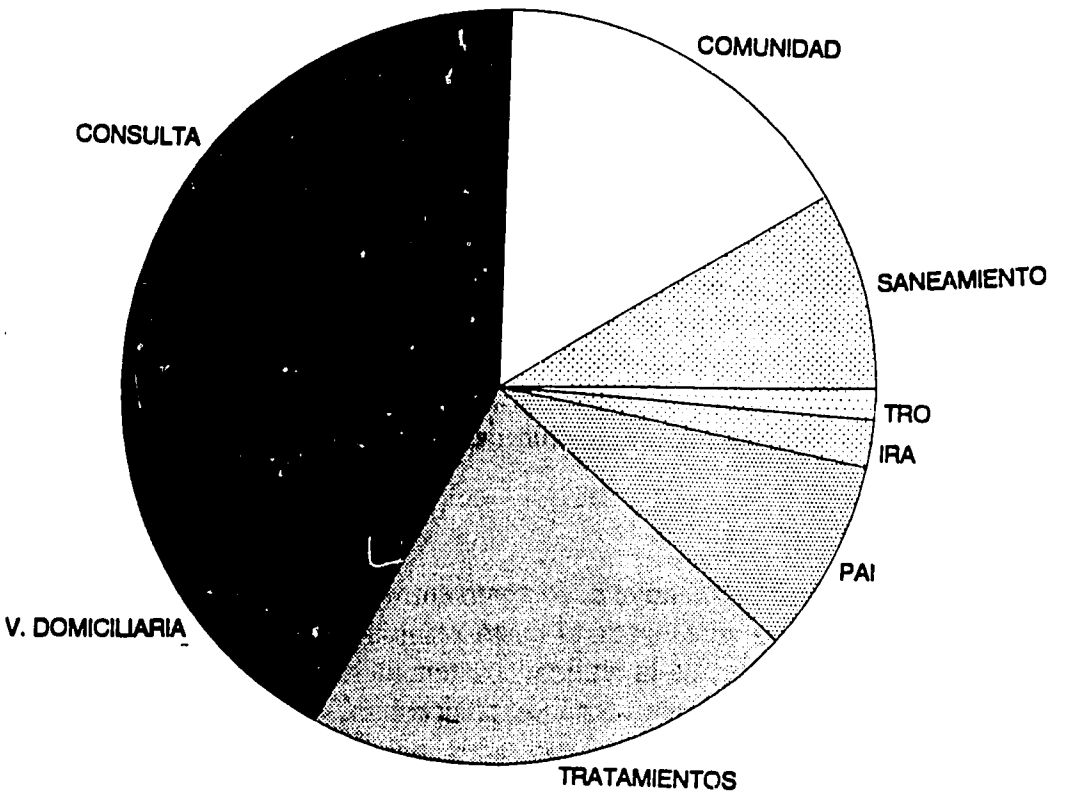
Si a su vez se conoce el costo de estas alternativas (que precisamente se obtiene a partir de la función de producción especificada), se pueden introducir elementos de programación lineal y calcular el máximo resultado que se podría obtener con el mínimo uso de recursos. La introducción en el modelo predictivo de la propia información histórica (relevada empíricamente y registrada a través del mismo sistema de información) permitiría una continua mejora del proceso, fortaleciendo la capacidad operativa del Ministerio. Sobre estos aspectos se abundará con mayor detalle en el capítulo 10.

7.6. *Determinación del costo total de las actividades finales de APS*

Las imputaciones de costo descritas corresponden a los gastos directos. Los gastos de Jefatura y Administración General se distribuyeron, por sugerencia de los funcionarios de la Unidad de Programación de la DGSS, un 5% a hospitales y CSA y el 95% restante se imputó a CSB y PS. Este 95% a su vez se dividió en forma equivalente entre los distritos de cada área y después se aplicaron los porcentajes de gasto directo ya indicados (el criterio seguido en Sololá fue diferente y de mayor complejidad). La suma del costo directo y del costo indirecto dió por resultado el costo total, siempre por establecimiento y por actividad de APS específica. La división por el número de acciones de APS realizadas permitió conocer el costo individual de éstas.

En la Tabla 7-4 se presenta el total del presupuesto del MSPAS para 1989 desglosado en lo que corresponde a APS en sus diversos componentes. A su vez, la Figura 7-1 permite visualizar la importancia relativa de cada actividad. Se aprecia que Consultas, Tratamientos y Comunidad constituyen los componentes más importantes, captando el 66.6% de los recursos. También se aprecia que la aplicación de la metodología seguida determina un costo promedio para el país de la consulta externa igual a 20.65 quetzales o sea US$ 4.13, de 1.49 quetzales para PAI, 3.58 quetzales para IRA y 3.40 quetzales para TRO.

FIGURA 7-1
GUATEMALA - MSPAS
DESAGREGACION DEL GASTO OPERATIVO DE APS
POR COMPONENTE EN PORCENTAJES
AÑO 1989



CONSULTA	34.8%
V. DOMICILIARIA	15.7%
TRATAMIENTOS	25.4%
PAI	9.8%
IRA	2.4%
TRO	1.6%
SANEAMIENTO	10.2%
COMUNIDAD	19.2%

TABLA 7-4 GUATEMALA - MSPAS - APS. COSTO PROMEDIO NACIONAL PARA 1989

COMPONENTES DE APS	GASTO EN 1989		PRODUCCION	COSTO	
	Q 1990	%		Q	US$
1. CONSULTA	21,654,673	29.2	1,048,560	20.65 (1)	4.13
2. VISITA DOM.	9,795,454	13.2	s/d		
3. TRATAMIENTOS	15,798,445	21.3	s/d		
4. PAI	6,103,309	8.2	4,106,054	1.49	0.30
5. IRA	1,478,329	2.0	412,381	3.58	0.72
6. TRO	992,368	1.3	291,470	3.40	0.68
7. SANEAMIENTO	6,374,809	8.6	-		
8. COMUNIDAD	11,927,891	16.1	-		
TOTAL	74,125,278	100.0			

Archivo: GT7-4.wk1 R: A1..M21 LM: 1.6" TM: 3.75"

FUENTE: Proyecto

(1) El costo de la consulta está fuertemente sobrevaluado a causa de un muy alto subregistro de producción. Por analogía, se debe expresar cautela respecto del grado de confiabilidad que merecen los valores para PAI, IRA Y TRO.

Se debe tener en cuenta que en el costo de inmunizaciones no se incluyen los materiales que se obtienen vía donación por parte de terceras organizaciones, y el mismo comentario vale para cualquier tipo de insumo que se reciba fuera del presupuesto ministerial para el caso de IRA y de TRO y de los restantes componentes de APS. Aún si estas cantidades fuesen conocibles globalmente a nivel nacional, no es posible desagregarlas hasta el nivel de establecimiento en el ámbito local.

El costo individual hallado constituye el cociente entre el costo total y la producción total. Ahora bien, si la producción está subvaluada el costo resultante es mucho más alto. Y esto es lo que los números muestran. Conocida la realidad guatemalteca, un costo de Q 20.65 por consulta es excesivo y a toda luz incorrecto (como se comprobará enseguida a través de verificaciones locales), pero eso es lo que las cifras procesadas indican. En consecuencia, se concluye que el sistema de información actual no es confiable (esto no invalida que aún así sea muy útil y esté siendo totalmente subutilizado).

La confianza que se puede tener al sistema de información del MSPAS recibe otro golpe cuando se pasan a analizar resultados por establecimiento. Como ilustración se citará el caso de Totonicapán, pues subsiguientemente para esta área se hizo una verificación local selectiva, que es de interés para fines comparativos. En las Tablas 7-5 y 7-6 se transcribe el costo que se obtuvo en materia de Consultas, PAI, IRA y TRO. Se tomaron todos los Centros de Salud B y una selección de Puestos de Salud.

TABLA 7-5 GUATEMALA - MSPAS. TOTONICAPAN, CSB. PRODUCCION, GASTO TOTAL Y COSTO POR CONSULTAS, PAI, IRA Y TRO.
Expresado en unidades y en quetzales de 1990.

CENTROS DE SALUD B	CONSULTAS	PAI	IRA	TRO
PRODUCCION				
Totonicapán	1,110	16,472	1,693	1,111
San Cristóbal T.	1,390	6,416	870	974
San Fco. El Alto	1,210	7,145	1,031	1,401
Momostenango	2,320	22,943	1,889	1,226
San Vincente Buenabaj	1,260	6,573	1,602	1,664
Sta. Maria Chiqimula	1,480	11,127	643	330
Sta. Lucia La Reforma	1,730	6,283	623	632
S. Bart. Aguas Calientes	1,370	3,394	1,145	424
TOTAL DE ACCIONES	11,870	80,353	9,496	7,762
PROMEDIO POR CSB	1,484	10,044	1,187	970
PROMEDIO/DIA/CSB	5.6	38.0	4.5	3.7
GASTO ANUAL 1989				
Totonicapán	120,061	20,042	3,559	3,309
San Cristóbal T.	97,643	16,530	3,586	2,691
San Fco. El Alto	84,077	14,096	2,676	2,317
Momostenango	81,499	13,604	2,413	2,246
San Vincente Buenabaj	66,151	11,209	2,459	1,823
Sta. Maria Chiqimula	68,971	11,543	2,133	1,901
Sta. Lucia La Reforma	58,138	9,827	2,092	1,602
S. Bart. Aguas Calientes	85,416	14,279	2,592	2,354
TOTAL GASTADO (Q 1990)	661,956	111,130	21,510	18,243
PROMEDIO POR CSB (Q 1990)	82,745	13,891	2,689	2,280
COSTO POR ACC. DE APS				
Totonicapán	108.16	1.22	2.10	2.98
San Cristóbal T.	70.25	2.58	4.12	2.76
San Fco. El Alto	69.49	1.97	2.80	1.65
Momostenango	35.13	0.59	1.28	1.83
San Vincente Buenabaj	52.50	1.71	1.53	1.10
Sta. Maria Chiqimula	46.60	1.04	3.32	5.76
Sta. Lucia La Reforma	33.61	1.56	3.36	2.53
S. Bart. Aguas Calientes	62.35	4.21	2.26	5.55
COSTO PROMEDIO (Q 1990)	59.76	1.86	2.57	3.02

FUENTE: PROYECTO

Archivo: GT7-5.wk1 R: A1..T51 LM: 0.9" TM: 1.2"

TABLA 7-6 GUATEMALA - MSPAS. TOTONICAPAN. SELECCION DE PUESTOS DE SALUD. PRODUCCION, GASTO TOTAL Y COSTO POR CONSULTAS, PAI, IRA Y TRO. AÑO 1989. Expresado en unidades y en quetzales de 1990.

PUESTOS DE SALUD	CONSULTAS	PAI	IRA	TRO
PRODUCCION				
Chipuac	s/d	4,398	595	436
Barreneche	1,000	2,405	395	318
Panquix	s/d	1,432	511	320
Maczul	s/d	2,404	203	110
San Ramon	1,170	1,777	608	473
Palomora	s/d	627	323	187
Patachaj	750	6,975	823	310
San Andres Xecul	1,370	4,170	1,002	1,142
Chivarreto	630	2,052	387	442
Rancho de Teja	1,480	2,580	415	308
San Antonio Sija	200	2,666	245	1,151
TOTAL DE ACCIONES	4,290	24,188	4,460	3,296
PROMEDIO (Sólo con inf.)	943	3,024	558	412
PROMEDIO/DIA (Sólo con inf.)	3.6	11.5	2.1	1.6
GASTO ANUAL 1989				
Chipuac	4,956	6,109	1,320	1,009
Barreneche	4,956	6,109	1,320	1,009
Panquix	7,925	5,574	1,261	920
Maczul	3,938	2,842	843	457
San Ramon	4,877	6,013	1,306	993
Palomora	4,615	5,698	1,259	939
Patachaj	4,877	6,013	1,306	993
San Andres Xecul	3,842	2,776	833	446
Chivarreto	4,877	6,013	1,306	993
Rancho de Teja	4,877	6,013	1,306	993
San Antonio Sija	4,877	6,013	1,306	993
GASTO TOTAL (Q 1990)	39,966	41,134	9,448	6,766
PROMEDIO POR PS (Q 1990)	4,996	5,142	1,181	846
COSTO POR ACC. DE APS				
Chipuac	s/d	1.39	2.22	2.31
Barreneche	4.96	2.54	3.34	3.17
Panquix	s/d	3.89	2.47	2.88
Maczul	s/d	1.18	4.15	4.15
San Ramon	4.17	3.38	2.15	2.10
Palomora	s/d	9.09	3.90	5.02
Patachaj	6.50	0.86	1.59	3.20
San Andres Xecul	2.80	0.87	0.83	0.39
Chivarreto	7.74	2.93	3.37	2.25
Rancho de Teja	3.30	2.33	3.15	3.22
San Antonio Sija	24.39	2.26	5.33	0.86
COSTO PROMEDIO (Q 1990)	7.69	2.88	2.58	2.90

Archivo: GT7-6.WKI R: A1..T60 LM: 1.1 TM: 0.5

FUENTE: PROYECTO

Según la información procesada habría en promedio, considerando la totalidad de los ocho CSB de Totonicapán, 5.6 consultas diarias por centro, lo que obviamente no puede ser cierto para este tipo de establecimientos por el número de personal que posee y el nivel de problemas de salud que el MSPAS tiene dispuesto que resuelva un CSB. (La verificación local mostró efectivamente que el dato está fuertemente subvaluado: el número de consultas real es 5 veces más elevado).

Los datos también dicen que se estarían suministrando en promedio 38.0 PAI, 4.5 IRA y 3.7 TRO diarios. Si estas últimas producciones son o no esperables en un CSB es materia de discusión de los entendidos, pero si no lo son, no quiere decir que las cantidades citadas sean la actividad que efectivamente se haya cumplido en 1989 en los CSB. Meramente, dichas magnitudes nos pueden estar expresando que no se informa todo lo que se hace, o que si se informa, no se procesa completamente, o que si se procesa, no se está haciendo la expansión al universo como se debería (recuérdese el proceso de selección muestral descrito en la extensa nota descriptiva del numeral 6.3.)

Si en la Tabla 7-5 se observa el costo por actividad y por centro se constata que en el caso de consultas el margen de variación abarca desde Q33.61 a Q108.16, con un promedio de Q59.76 (el promedio nacional, como se recordará, se ubica en Q20.65). O sea que el valor de la consulta en Totonicapán no solo aparece como tres veces más alta, sino que muestra una gran fluctuación interna al variar en una relación de 3 a 1 del valor más bajo al valor más alto (Q108.16 / Q33.60 = Q3.2).

La variación interna en el caso de PAI, IRA y TRO es aún más elevada, aunque se aprecia menos pues los valores absolutos son menores de Q6. En el caso de PAI el valor promedio da Q1.86, que es solo un 25% más alto que el promedio nacional, ubicado en Q1.49. Sin embargo, a nivel interno el valor más bajo es igual a Q0.59 y el más elevado igual a Q4.21, una relación de 1 a 7. La variación de los costos en el caso de IRA es menor; el promedio da Q2.57 (un 72% del promedio nacional, cifrado en Q3.58) y los extremos son iguales a Q1.28 y Q4.12, una relación de 3.2 como en el caso de las consultas. La situación de TRO también muestra variaciones; el promedio se ubica en Q3.02, casi un 90% del promedio para el país, con extremos ubicados en Q1.10 (San Vicente Buenabaj) y Q5.76 (Sta. M. Chiquimula), una relación de 5 a 1.

Es interesante observar que no parece haber sistematicidad en las variaciones: no hay correlación entre valores altos o bajos de una u otra actividad de APS en materia del mismo establecimiento; las variaciones tienden a ser aleatorias en el sentido de no poseer una regularidad o sistematicidad detectable.

Cuando de CSB se pasa a considerar el caso de los PS de Totonicapán se observan hechos similares (Tabla 7-6). El promedio de consultas por día da 3.6 y las actividades diarias en materia de PAI, IRA y TRO se ubican respectivamente en 11.5, 2.1 y 1.6. Los costos son más bajos que en CSB: Q7.69, Q2.88, Q2.58 y Q2.90 para las actividades ya citadas y por su orden. El margen de variación entre los valores extremos es mayor y se ubica en 8.7 veces para el caso de consultas, 10.6 para PAI, 6.4 para IRA y 12.87 para TRO.

7.7. *Resultados a nivel nacional y verificaciones locales*

Vista la magnitud de estas variaciones, no esperables y no justificables en base a diferencias locales, en la Unidad de Programación de la DGSS se hizo el ejercicio de llamar selectivamente a algunas áreas y verificar por teléfono los datos de producción para el caso de las consultas. En la Tabla 7-7 se presenta el resultado para algunos CSB y PS del área de Totonicapán. Si bien se debe hacer la salvedad de que la información suministrada corresponde al año 1990, existe una regularidad estadística de año en año que permite comparar con la información de 1989 para ver si las variaciones son elevadas o no. La comparación permite apreciar una gran diferencia entre los datos procesados a nivel central y los datos de producción registrados en la localidad; también se aprecia que las diferencias constatables cubren un amplio espectro. El costo promedio de la consulta se reduce (para los establecimientos seleccionados) de Q 51.65 a Q 10.85, o sea a la quinta parte, con variaciones en el valor de la producción que llegan a bajar los costos en algunos casos al 11% del valor que se obtiene considerando las cifras registradas a nivel central. Para CSB los valores cambian de Q 61.65 a Q 11.35. En el caso de PS el descenso es de Q 5.46 a Q 1.23, aunque el abanico de variación sigue siendo amplio: abarca de Q0.54 para Maczul a Q 3.44 en San Ramón, una relación de 6.4 veces. En la Figura 7-2 se presenta una visualización gráfica de los cambios que introdujo la verificación local realizada.

TABLA 7-7 GUATEMALA. MSPAS. VERIFICACION SELECTIVA DEL NUMERO DE CONSULTAS BRINDADAS EN TOTONICAPAN DURANTE 1989 Y DETERMINACION DEL COSTO RESULTANTE. COMPARACION ENTRE DATOS A NIVEL CENTRAL Y DATOS LOCALES.
En quetzales de 1990

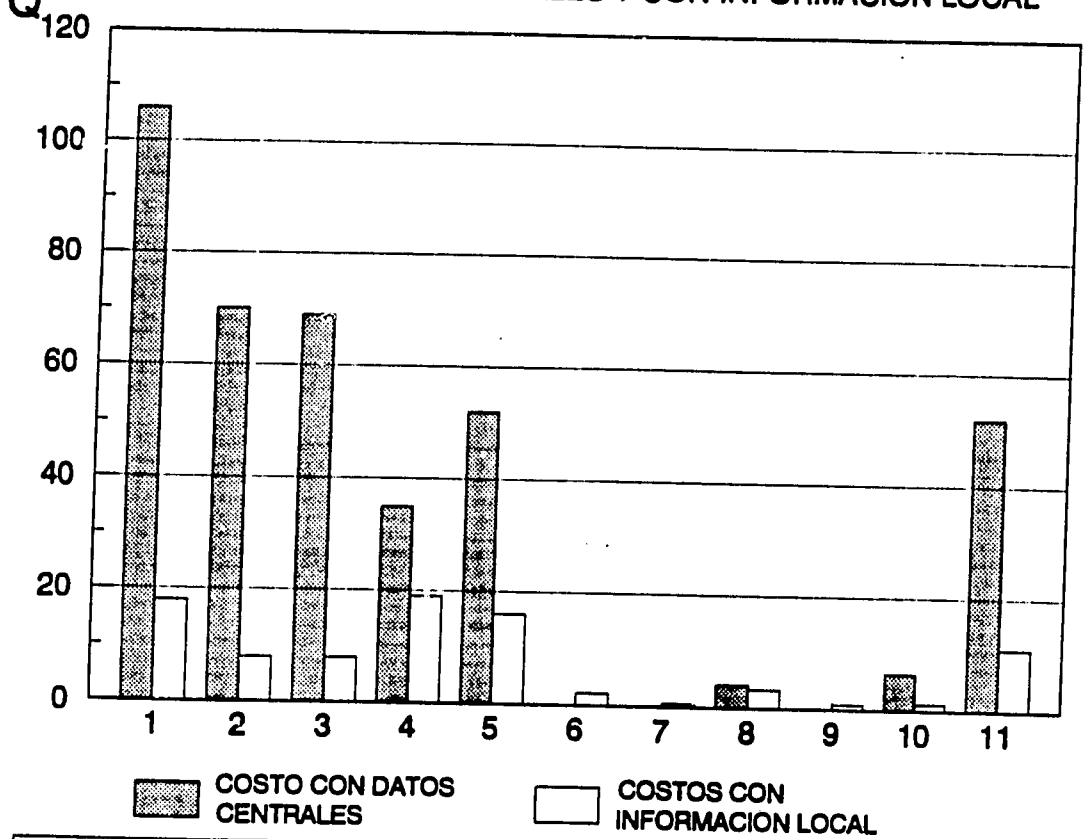
ESTABLECIMIENTO	GASTO TOTAL 1989-Q1990	PRODUCCION SG. N. CENTRAL 1989-P1990	PRODUCCION SG. N. LOCAL 1990	COSTOS SG. N. CENTRAL Q 1990	COSTOS SG. DATOS AREA Q 1990	REDUCCIC CON BASE NC=100
CSB						
Totonicapan	120,061	1,110	7334	108.16	17.72	16%
San Cristobal T.	97,643	1,390	12,952	70.25	7.54	11%
San Fco. El Alto	84,077	1,210	10,938	69.49	7.69	11%
Mamostenango	81,499	2,320	4,216	35.13	19.33	55%
San Vicente Buenabaj	66,151	1,260	4,148	52.50	15.95	30%
SUB TOTAL CSB	449,431	7,290	39,588			
PROMEDIO CSB	89,886	1,458	7,918	61.65	11.35	18%
PS						
Panquix	7,925	s/d	3,425	s/d	2.31	--
Mac Zul	3,938	s/d	7,333	s/d	0.54	--
San Ramón	4,677	1,170	1,418	4.17	3.44	82%
Palomara	4,615	s/d	5,264	s/d	0.88	--
Patachaj	4,877	750	3,824	6.50	1.28	20%
SUB TOTAL PS	26,232	1,920	21,264	5.08 1/	1.23	24%
PROMEDIO PS	5,246	960	4,253	5.46	1.23	23%
TOTAL	475,663	9,210	43,841	51.65	10.85	21%

Archivo: GT7-7.wk1 TM: 2.25" LM: .9" Range: A1..V33

FUENTE: MSPAS, PROYECTO Y PESQUISA DIRECTA (MARZO DE 1992)
1/ Se consideró solamente San Ramón y Patachaj

FIGURA 7-2

GUATEMALA - MSPAS - TOTONICAPAN
COMPARACION ENTRE EL COSTO DE LA CONSULTA
OBTENIDO CON DATOS CENTRALES Y CON INFORMACION LOCAL



	COSTO CON DATOS CENTRALES	COSTOS CON INFORMACION LOCAL
1 TOTONICAPAN	106.0	18.0
2 S. CR. TOTON.	70.0	8.0
3 S.F. EL ALTO	69.0	8.0
4 MOMOSTENANGO	35.0	19.0
5 S.V. BUENABAJ	52.0	16.0
6 PANQUIX	-	2.3
7 MACZUL	-	0.5
8 PALOMARA	4.2	3.4
9 PALOMARA	-	0.9
10 PATACHAJ	6.5	1.3
11 COSTO PROMEDIO	52.0	11.0

FUENTE: TABLA 7-7

Diferencias parecidas se constataron en el caso de Sololá, como se pasará a ver. En este lugar, como parte de la investigación presente, se realizó una aplicación metodológica que se describe con detalle en el capítulo 8. En la Tabla 7-8 se presenta la diferencia obtenida con los datos a nivel central. Se debe tener en cuenta que los criterios de asignación a componentes de APS fueron distintos y que por ese lado hay variaciones legítimas o esperables. También se debe tener en cuenta que en el ejercicio de aplicación local no se sumó el costo de la Administración Central a nivel de la capital. En el caso de la producción se observa un aumento considerable de las consultas, que son 2.85 veces más numerosas según los registros locales. La combinación de variaciones reduce el costo de la consulta obtenido centralmente de Q 29.2 a Q 4.2.

La comparación de los registros locales y centrales en lo referente a las acciones de PAI, IRA y TRO muestra que tienen mayor similitud. Según la información del nivel central habría un mayor número de inmunizaciones (PAI) respecto de lo que informa el propio área (157,569 > 143,954); según los datos locales IRA es solamente un 18% más alto e IRA un 1%. Estas variaciones menores posiblemente sean consecuencia del fuerte apoyo de cooperación externa que han tenido los programas de PAI, IRA y TRO.

TABLA 7-8 SOLOLA. COSTOS DE APS PARA 1989 DETERMINADOS A NIVEL CENTRAL Y COSTOS HALLADOS LOCALMENTE.
Expresado en quetzales de 1990.

CONCEPTO	DATOS DE PRODUCCION			GASTO OPERATIVO (Q miles)		COSTO DE APS (Q)		
	N. Central	N. Local	Variación NL/NC NC=100	N. Central	N. Local	N. Central	N. Local	Variación NL/NC NC=100
1 Consulta	26,610	75,960	285	778.0	322.3	29.2	4.2	14
2 V. Domiciliaria	s/d	47,783	--	370.8	405.1	--	8.5	--
3 Tratamientos	s/d	98,264	--	577.8	472.5	--	4.8	--
4 PAI	157,569	143,954	91	231.8	234.4	1.5	1.6	107
5 IRA	13,755	16,249	118	55.6	63.5	4.0	3.9	97
6 TRO	12,602	12,712	101	37.7	64.6	3.0	5.1	170
7 Saneamiento	--	--	--	253.0	102.8	--	--	--
8 Comunidad	--	--	--	446.6	203.8	--	--	--

Archivo: GT7-8.wk1 TM: 2.5" LM: .9" Range: A1..AB22

FUENTE: PROYECTO Y CUADRO S-12 Y S-13

Se concluye, suponiendo que los casos de Totonicapán y de Sololá sean representativos, como lo consideran los funcionarios del MSPAS, que el número de consultas a nivel nacional está fuertemente subvaluado y que por consiguiente, está altamente sobrevaluado el costo de las mismas. En el caso de PAI, IRA y TRO, si bien también hay variaciones, éstas no son tan significativas.

Paradojalmente, estas observaciones no significan descartar al Sistema de Información como instrumento. Más bien directamente lo opuesto: se resalta su importancia. Es gracias al sistema de información central que este tipo de análisis es posible. Y estas conclusiones se han obtenido sin un relevamiento de información especial, sino meramente por un uso integrado de información ya existente. Lo que a su vez prueba que la información se está subutilizando hoy en el potencial que posee. Si se mejorara su empleo, aún sin introducirle mejoras, el efecto sería significativo.

Lo que importa destacar es la importancia que tiene para la toma de decisiones el tener información -aún no siendo ésta totalmente veraz- y la importancia de **utilizar la información** para tomar decisiones.

7.8. *Reflexiones en torno a la productividad de los servicios*

Los registros muestran una producción baja. Otra explicación posible es que la producción de los servicios es en realidad baja y que el sistema de información, a pesar de sus posibles fallas, no hace más que indicar que existen variaciones importantes en la productividad de los establecimientos.

Se debe consignar que este estudio no analizó problemas de productividad de personal, calidad de asistencia brindada, demanda de atención, coberturas, etc., aspectos que podrían contribuir a ampliar los elementos de juicio sobre este punto. Sin embargo, durante el transcurso de la investigación se escucharon opiniones que pueden constituir elementos de juicio a considerar. Se hace la salvedad que no se realizaron estudios para sistematizar estos aspectos o someterlos a análisis crítico. Aquí solo se enumeran algunas opiniones escuchadas en el transcurso de la investigación realizada.

- No se realiza una evaluación sistemática de los servicios médicos que se entregan a la comunidad con el fin de comprobar si son adecuados a las necesidades locales.

- (Se ha mencionado que los medicamentos constituyen un ejemplo de esta disociación: se asignan dividiendo el inventario entre los servicios y no en función de los pedidos que éstos puedan hacer para cumplir con sus objetivos o para satisfacer la demanda que reciben. Como se verá más adelante, en algunas áreas se programan actividades en base a problemas y se realizan evaluaciones. Tal es el caso del Area de Salud de Sololá (Región VI), pero esta es un área pionera en este sentido. Sin embargo, Sololá muestra que el mecanismo existe y que se puede aplicar. Solo basta generalizarlo).

- En general no existe una selección de personal basada en la idoneidad del candidato ni en sus méritos para ejercer el cargo al cual es nombrado.

- La motivación del personal es despareja y en general no es alta.

- Los niveles salariales no garantizan que los funcionarios se dediquen a sus funciones en el grado en que debieran.

- Las carencias generales de los servicios repercuten en que el personal no pueda actuar al nivel de su potencial. Esto último afecta a la demanda. La población no encuentra la calidad que espera.

- Si la calidad de los servicios mejorara, se podrían cobrar mayores tarifas a los usuarios. A su vez, si estos ingresos se utilizaran para mejorar las prestaciones y para arbitrar estímulos al personal de salud, mejoraría su motivación y productividad.

7.9. *Conclusiones y recomendaciones*

a. MFP

En el presente capítulo se ha descrito la metodología seguida para la asignación de costos a componentes de APS a nivel del país en su conjunto. Se analizó la información recogida a nivel del Ministerio de Finanzas Públicas y la información del MSPAS. Se comenzará con lo que se refiere a Finanzas.

El MFP debe buscar un mecanismo para registrar el total de la remuneración percibida por el funcionario, tanto por concepto de Servicios Personales como por Bonificación de Emergencia, Aguinaldo y Bono Vacacional, pues de lo contrario da lugar a equivocaciones al tomar el monto de los salarios que paga el Estado a través del Documento del Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado.

Con independencia de este último comentario, que apela a la transparencia y a la completitud de la información presupuestal, importa señalar la escisión que existe hoy en día entre el MFP y el MSPAS en lo que atañe a información presupuestal, divorcio que debería ser resuelto procurando una mayor coordinación inter- ministerios.

Hay hoy en día una especie de implícita división del trabajo: el MSPAS ejecuta acciones de salud; el MFP registra el financiamiento y el gasto realizado. Ambos ministerios manejan información recíprocamente necesaria y de gran utilidad, pero esa información no está concebida para ser útil para la toma de decisiones, ni para la eficiencia del Estado, ni para evaluar la eficacia de su accionar. La concepción es por compartimentos estancos aislados y sin conexión.

Se reitera: la manera de registrar los gastos por parte del MFP no es conducente a un manejo integrado de la información, ni menos aún es de utilidad para la toma de decisiones. Más bien constituye un ejemplo del mecanismo tradicional de registro contable de las previsiones y del gasto para fines de Caja del Estado y procedimientos de auditoría para asegurar que las autorizaciones legales efectivamente se cumplan.

Sin embargo, hay otras dimensiones a la información que son o que pueden llegar a ser de suma importancia para la gestión del Estado y para mejorar la gobernabilidad de los servicios. Es importante que las dependencias estatales aprecien el enorme beneficio que tendría para la Nación el que trabajaran en forma concertada. Hasta el momento el MFP y el MSPAS manejan información en forma autónoma. Una concepción integrada permitiría cambios sustantivos en el manejo de los asuntos públicos. Precisamente este estudio constituye un ejemplo de los resultados que se pueden obtener si la información se usara en forma integrada. Aquí se logró a través de un esfuerzo externo y manual. Si el problema se encarara en forma deliberada para obtener un uso integrado de la información, las ventajas para el Estado serían muy altas y a un costo muy bajo. También deberían participar SEGEPLAN y la Comisión de Presupuesto del Parlamento.

b. MSPAS

La producción de servicios y la desagregación del gasto en los Rubros de Personal, Medicamentos y Otros Conceptos a nivel de establecimiento, y dentro de cada uno de estos tres rubros de costo, la desagregación en componentes de APS, permite obtener los siguientes grandes resultados:

- El gasto global por establecimiento en las aperturas indicadas
- La producción de APS hasta el nivel de establecimiento
- Una visión integrada de producción y gastos
- El costo por componente de APS por establecimiento
- La función de producción para cada componente

Lo expresado sirve para varios propósitos:

- Por primera vez se ha relacionado el gasto con la producción a nivel de establecimiento de primer nivel.

- Las autoridades poseen ahora datos a nivel de establecimiento, la mayor desagregación posible, y una visión de conjunto de todo el país, que a la vez que simple, es muy detallada. La información no tiene vacíos.

- Se han calculado costos a nivel de componente de APS específico, a saber:

Consulta	Q 20.65	U$ 4.13
PAI	Q 1.49	U$ 0.30
IRA	Q 3.58	U$ 0.72
TRO	Q 3.40	U$ 0.68

Estos valores nacionales se verificaron para Totonicapán y Sololá; se encontraron diferencias importantes respecto del valor de la consulta por un problema de subregistro de la producción. Los valores del PAI, IRA y TRO mostraron variación menor.

- Se aprecia que el actual sistema de información no es totalmente confiable; hay un amplio campo de intervención para corregir fallas. Sin embargo, a pesar de que el sistema de información no es actualmente veraz como lo podría y debería ser, es sumamente útil, como lo prueba esta misma investigación. La información actualmente es subutilizada por el MSPAS.

- Se observan grandes variaciones dentro de una misma área y dentro del mismo tipo de establecimiento para cada una de las actividades analizadas. Las autoridades nacionales y locales pueden buscar explicaciones, arbitrar cambios, realizar intervenciones, etc. Pueden transferir los problemas a los órdenes jerárquicos apropiados, delegando su resolución en forma global. A su vez, pueden evaluar lo actuado y el avance de las correcciones introducidas.

- Se pueden lograr cambios e intervenciones de efecto rápido.

- Se aprecia la importancia de poseer buena información: confiable, completa, veraz, simple, actualizada y la utilidad que un buen manejo de la misma puede llegar a tener para lograr cambios efectivos. Información convertida en conocimiento significa mejores decisiones gerenciales, administrativas y de política de salud, pues de decisiones intuitivas se pasa a decisiones informadas.

- La supervisión, el monitoreo y la gerencia de establecimientos cambia de carácter. Se pasa a plantear preguntas basadas en información documentada y provista por el propio establecimiento Las preguntas abarcan desde la cantidad de las acciones a la calidad de la información. El personal local se vuelve más consciente y responsable de lo que hace.

- Una región respecto de otra, un área respecto de otra, un establecimiento de cierto tipo respecto de sus similares, etc., se vuelven patrones de referencia recíprocos. Paulatinamente se pueden comenzar a reducir las variaciones inexplicadas y los apartamientos respecto de usos más eficientes o eficaces de los recursos.

- Las autoridades tienen ahora en sus manos, tanto a nivel central, regional, como local, una poderosa herramienta para mejorar el gerenciamiento de los servicios, sin necesidad de realizar ningún esfuerzo adicional o específico.

c. Recomendaciones de política

- Las autoridades del MFP pueden tener elementos de supervisión y monitoreo mucho más eficaces y económicos. El proceso de presupuestación, como se explicitará más adelante, puede cambiar de carácter y convertirse en un instrumento para el cambic por objetivos.

- Las jerarquías del MSPAS pueden usar la información de que se dispone hoy en forma mucho más eficaz. Basta decidirlo y comenzar a hacerlo. El uso de la información se debería generalizar en todos los niveles.

- Se debería revisar el sistema de información central para mejorar su veracidad y el grado de confianza que necesariamente debe inspirar.

- La selección de personal y los nombramientos deberían adecuarse a las necesidades de los servicios. Una recomendación a largo plazo es revisar los niveles salariales premiando calidad y calificación. Se debe instituir una carrera administrativa que incluya un sistema de incentivos para lograr un mayor grado de eficiencia y eficacia.

- Los medicamentos se deben asignar en función de las necesidades prevalecientes en cada región y a la demanda de los pacientes bajo un marco de prioridades, y no en forma igualitaria por establecimiento y sin criterios de política, como se viene haciendo hasta el momento.

- La evaluación de programas debe ser generalizada como instrumento inseparable de la programación y presupuestación.

- Se debería apoyar al nivel operativo para que se utilice esta metodología en los procesos de desarrollo y fortalecimiento locales (más se dirá respecto de este tema en el numeral que sigue)

8. EJERCICIO DE APLICACION LOCAL EN SOLOLA

8.1. *Introducción*[39]

Uno de los propósitos de la presente investigación, después que se aplicara el estudio a nivel de todo el país, era verificar los datos y adaptar la metodología a coordenadas locales. La Unidad Programación del MSPAS sugirió solicitar cooperación a las siguientes tres áreas: Totonicapán, Sololá y Antigua, tanto por sus características representativas respecto del país como por sus posibilidades de acceso. Diversas dificultades y la respuesta obtenida determinaron que se analizará finalmente sólo el Area de Salud de Sololá. (Por otra parte, una verificación parcial de la información de Totonicapán fue hecha por teléfono, como ya se explicitó en el capítulo anterior).

La autoselección de Sololá probó ser muy conveniente, pues el personal de Sololá consideró que el estudio propuesto por este Proyecto era una continuación natural y un refuerzo y complemento al proceso de desarrollo local que esta área inició en julio de 1989. Dicho proceso había sido incluso complementado con un formulario de auto-evaluación que se aplicó en noviembre de 1989, de modo que el estudio de la producción y de los costos de los servicios básicos de atención primaria aparecía así como un hito de progreso adicional en un proceso de desarrollo local ya exitoso.

Es conveniente ubicar a Sololá en el ámbito del país. La República de Guatemala tiene una extensión territorial de 108,900 km cuadrados y está dividida en 8 Regiones de Salud, 22 Departamentos y 330 Municipios. Sololá es uno de los 6 Departamentos que comprenden la Región VI, Sur Occidental, y tiene una superficie de 1,061 km cuadrados. Sololá está configurada por 7 Distritos con una población total de 242,067 habitantes, cuya tasa de crecimiento es del 3.06% anual. Los residentes de Sololá constituyen el 2.63% de la población total del país y los indicadores socioeconómicos muestran mayor severidad que los promedios nacionales.

En la Tabla 8-1 se brinda información general que permite situar a Sololá en el contexto nacional.

---

[39] Agradecemos al Dr. Eduardo Efraín Muralles, Jefe del Area de Sololá, parte de la información que se cita en esta introducción. En el Anexo D se incluyen dos mapas que ubican al territorio de Sololá. (Documento No. 7 y 8, Volomen II, pp. 111 y 112).

TABLA 8-1 INDICADORES GENERALES ACERCA DEL AREA DE SALUD DE SOLOLA

INDICADOR	AMBITO NACIONAL	AREA DE SOLOLA	PORCENTAJE
Superficie	108,900 km2	1,061 km2	0.97
Población	9,200,000 h	242,067 h	2.63
Tasa de Crecimiento	2.8%	3.06%	--
Pobreza			
Número de Habitantes	1,442,636 h	39,167 h	2.71
Porcentaje de Habitantes	15.7%	16.2%	--
Extrema Pobreza			
Número de Habitantes	1,100,318 h	31,489 h	2.86
Porcentaje de Habitantes	12%	13%	--
Desnutrición (menores de 5 años)	37%	65%	--
Mortalidad Infantil (C/1000 Nac.)	52.9	64.8	--
Tasa de Analfabetismo	44.8	60.0	--
No de Establecimientos de Salud	1,008	37	3.7

Archivo: GT8-1.wk1 Range: A1..M29 LM: 1.05 TM: 3.25

FUENTE: GUATEMALA, MSPAS

En cuanto a la estructura local del sector salud, el MSPAS está conformado en Sololá por la respectiva Jefatura de Area, un Hospital Departamental, 8 Centros de Salud Tipo "B" y 29 Puestos de Salud, de los cuales 14 cuentan con Auxiliar de Enfermería y Técnico en Salud Rural (Módulo II) y 15 con Auxiliar de Enfermería solamente (Módulo I). Además del MSPAS, operan en Sololá 19 Programas y Agencias Gubernamentales y 23 ONGs. Todas estas organizaciones integran el Consejo Departamental de Desarrollo Urbano y Rural, cuya Comisión de Salud es presidida por el MSPAS. Sololá, como se mencionó más arriba, ha comenzado desde 1989 un proceso de fortalecimiento y desarrollo de las actividades locales, asentado sobre el contexto legal y las bases programáticas del MSPAS[40][41].

[40] Agradecemos la siguiente aclaración al Dr. J. Carredano y al Dr. Efraín Muralles: el MSPAS denomina a este conjunto de actividades "Proceso de Desarrollo Local" y lo distingue de la táctica operacional llamada "Sistema Local de Salud". Esta última se aplicó solamente en tres áreas en el país, a saber Suchitepéquez, Retalhuleu y Escuintla.

Como parte de este proceso de desarrollo local, se elaboró un banco de datos, se realizó un diagnóstico de Salud y se jerarquizaron los problemas tanto identificados por el personal de los servicios de salud como aquellos expresados por la comunidad. Esta jerarquización tuvo en cuenta la trascendencia de los problemas, su importancia política y espacial y la vulnerabilidad de las poblaciones de referencia. En el Volumen II, Anexo D, Documentos No. 9, 10, y 11, pp. 113, 114 y 115, se transcribe el esquema descriptivo de este proceso, un ejemplo del análisis de problemas y factores condicionantes y un ejemplo de programación local en San Marcos para el año 1990, cuyo propósito es tratar enfermedades gastrointestinales en niños. En la página siguiente se transcribe el mismo formulario en su aplicación al área de Sololá.

---

[41] La Constitución Política de la República de Guatemala, aprobada por la Asamblea Nacional Constituyente el 31 de mayo de 1985, en su Sección Séptima, Arts. 93 a 100, dispone en materia de Salud, Seguridad Social y Asistencia Social. A su vez, el Código de Salud, Decreto No. 45-79, en su Libro I, Título I, Capítulo I, Art. 1o. establece que "todos los habitantes de la República tienen el derecho a la conservación, protección y recuperación de su salud; pero están asi mismo obligados a procurarse, mejorar y conservar las condiciones de salubridad del medio en que vivan y desarrollen sus actividades, y a contribuir a la conservación higiénica del medio ambiente en general". El artículo 2o. establece la obligatoriedad del Estado de velar por la salud de los habitantes, en cuyo cumplimiento (el Estado) "desarrollará a través de sus órganos centrales y descentralizados acciones de protección, promoción, recuperación, rehabilitación y las complementarias pertinentes, a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social".

El marco legal que sustenta la regionalización viene dado por el Art. 224 de la Constitución, que dice: "La Administración Pública será descentralizada y se establecen regiones de desarrollo con criterios sociales, económicos y culturales, formadas por uno o más Departamentos". A su vez, el Decreto-Ley 78-86 establece la regionalización y descentralización "con el objeto de que las acciones de gobierno se realicen conforme a las necesidades de la población, promoviendo su participación y solución de los problemas". A ello se agregan las resoluciones del MSPAS y las pautas del Plan Nacional de Salud. El Ministerio, por acuerdo No. SP 55-89, implementó ocho regiones de salud, perteneciendo Sololá a la Región VI.

El Plan Nacional de Salud 1991-95 establece las siguientes políticas:

1. Aumento de cobertura
2. Nutrición y alimentación con participación multisectorial integrada
3. Saneamiento del medio ambiente familiar
4. Desarrollo institucional integral
5. Desarrollo de recursos humanos
6. Política financiera y de inversión
7. Seguridad social

y las siguientes estrategias:

1. Atención primaria de salud en todos los niveles
2. Reconceptualización de la participación social y comunitaria
3. Planificación estratégica participativa
4. Adecuación tecnológica

Por otro lado, en 1988 se establecieron estas metas:

1. Disminuir al 50% los casos de mortalidad infantil
2. Disminuir la tasa de mortalidad materna a 1 por 1000 nacidos vivos
3. Control de la poliomielitis
4. Aumentar la disponibilidad de agua potable al 50% de las comunidades rurales

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES PARA SOLUCIONAR PRBLEMAS

PROBLEMA: INCIDENCIA DE DIARREA EN EL 68% DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS UNIDAD DE SALUD: C/S SOLOLA

OBJETIVO: DISMINUIR LA INCIDENCIA DE DIARREA AL 40%

ACTIVIDAD	UNIVERSO	POBLACION A SERVIR		CONCENTRACION	TOTAL DE DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE	DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES A RESPONSABLES		UNIDAD DE MEDIDA	CRONOGRAMA TRIMESTRAL			
		%	NUMERO				%	NUMERO		1	2	3	4
A	b	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
EDUCACION EN SALUD	40,000 VIDA	90	36,000	2	72.000	M.S.P.	55	40,000	CHARLA VISITA	-	-	-	-
						O.N.G.	17	12,000					
						O.G.	8	6,000					
						COMUNIDAD	20	14,000					
CEDRO.	12,000 NIÑOS	80	9,600	4	38,400	M.S.P.	40	15,360	TRATAMIENTO	-	-	-	-
						O.N.G.	20	17,680					
						COMUNIDAD	40	15,360					
LETRINIZACION	15,000 VIVIENDAS	60	9,000	1	9,000	M.S.P.	35	3,140	LETRINA INSTALADA	-			-
						O.N.G.	15	1,200					
						MUNICIPA.	25	2,000					
						COMUNIDAD	22	1,760					

Los factores determinantes de la vulnerabilidad se clasificaron en cuatro grupos:

a) Biológicos o endógenos	(27%)
b) Hábitos de vida y aspectos culturales	(19%)
c) Incidencia del medio ambiente	(43%)
d) Problemas de los propios servicios de salud.	(11%)

A su vez, su incidencia fue sopesada bajo forma de porcentajes de vulnerabilidad (y que se han indicado). Como ya se dijo, a partir de los elementos señalados y ya desde 1989, Sololá utiliza un formulario titulado "Programación de Actividades para Solucionar Problemas". Se usa un formulario por problema, donde se establece el objetivo, las actividades a cumplir, la parte de la población a ser cubierta, el total de actividades a desarrollar y las organizaciones responsables de las mismas (en porcentaje y número) y las unidades de medida (cf. pág. anterior).

El proceso iniciado, como ya se dijo, mostró la utilidad de poseer un formulario de evaluación, desarrollándose el formulario JASS.01 intitulado "Instrumento de Autoevaluación de Programa Local". (Véase un ejemplar en el Volumen II, Anexo D, Documento No. 12, pp. 116 y 117).

El estudio de costos, por lo tanto, viene a complementar un importante proceso de desarrollo local que Sololá ha estado cumpliendo desde mediados del año 1989. En lo que sigue se explica la metodología de costos aplicada en el ejercicio local realizado y se dan algunos elementos de análisis que ejemplifican la utilidad que pueden poseer estudios de este tipo para las tareas locales de planificación, presupuestación y programación de actividades.

8.2. *Análisis del Gasto Operativo del MSPAS en Sololá en 1989*

El presupuesto operativo total gastado en esta Area por el MSPAS para 1989 y expresado en valores de 1990 asciende a 4.2 millones de quetzales, cerca de US$ 840.000 dólares estadounidenses, suma que constituye el 10% del presupuesto de funcionamiento ejecutado por la Región VI. Dentro de la clasificación en atención curativa y en atención primaria tomada en este estudio, 54.8% corresponde en Sololá a la primera y 45.2% a APS, una distribución que difiere del promedio nacional que como se recordará, se ubica en 80.8% y 19.2% respectivamente (cf. Tabla 4-5, pág. 73). Hay, pues, una significativa mayor proporción relativa de gasto en APS, sin que esto implique juzgar si el monto global gastado es o no suficiente (y sin considerar el presupuesto de inversiones). Véase Tabla 8-2.

TABLA 8-2 GASTO OPERATIVO DEL MSPAS EN EL AREA DE SOLOLA.
ATENCION CURATIVA Y ATENCION PRIMARIA
AÑO 1989. En Quetzales de 1990.

CONCEPTO	Número de Estab.	Gasto Operativo Total		Atención Curativa		APS	
Jefatura		289,048	6.9	43,357	1.9	245,691	13.0
Hospital	1	2,251,152	53.8	2,251,152	98.1		--
CSA	0	--		--			
CSB	7	923,683	22.1	--		923,683	48.8
PS MII	14	425.937	10.2	--		425,937	22.5
PS MI	15	296.564	7.0	--		296,564	15.7
TOTAL	37	4,186,384	100.0	2,294,509	100.0	1,891,875	100.0
DIST. %		100		54.8		45.2	

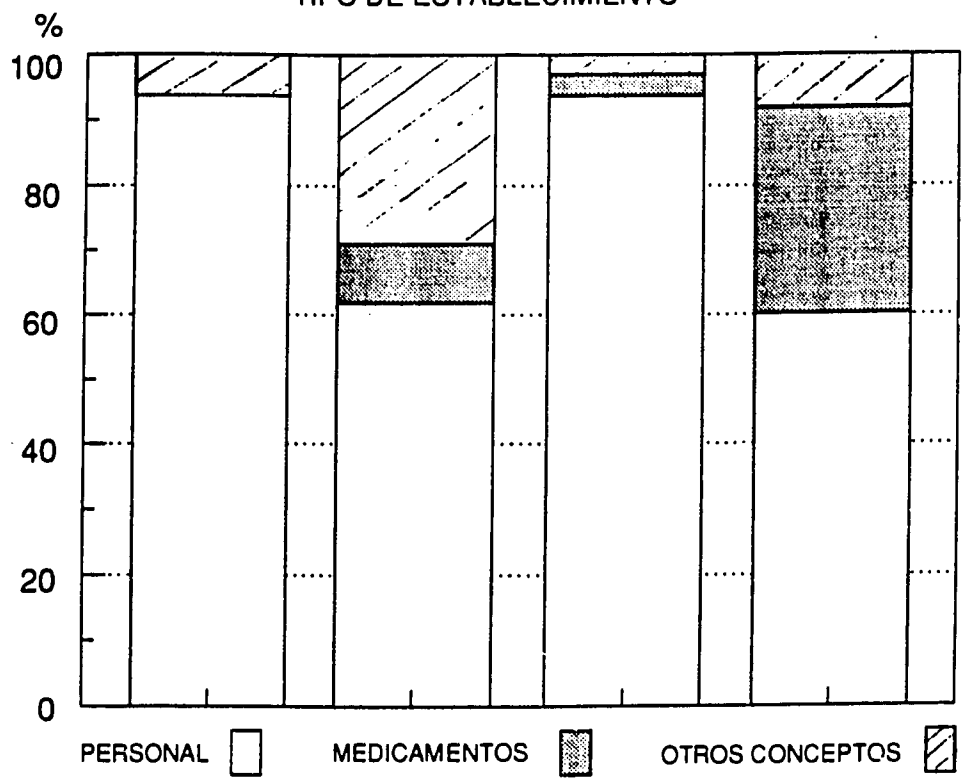
Archivo: GT8-2.wk1 R: A1..V27 LM: 1" TM: 3.2"

FUENTE: CUADROS S-8, S-12 Y S-13 (Anexo A)

Se constatan algunas diferencias en la comparación con el nivel nacional. En Sololá, el Hospital Departamental lleva el 53.8% del presupuesto, cuando a nivel del país en su conjunto los hospitales absorben el 64.8% de los recursos ministeriales. Al no haber Centros de Salud A, la proporción relativa del gasto de funcionamiento destinado a CSB y de PS es mayor en Sololá que el promedio nacional: 22.1% y 17.3% respectivamente, en contraste con 10.2% y 6.8% a nivel nacional.

Como se aprecia en la Tabla 8-3 (pág. 135), la estructura del gasto en los tres grandes grupos de costo tomados en este estudio, Personal, Medicamentos y Otros Conceptos, asume una proporción de 70.8%, 11.2% y 18.0%, respectivamente (nivel nacional: 58.3%, 10.0% y 31.7%). El análisis para el caso de Jefatura, Hospital y Centros de Salud B muestra una proporción casi coincidente con los valores nacionales (cf. Tabla y Figura 4-4, pág. 67 y 68). Se aprecia una diferencia en los Puestos de Salud. En éstos, la proporción de Personal asciende al 60.3% (frente al 49.8% vigente nacionalmente) y Medicamentos se ubica en 31.5% (frente a un 42.3% nacional). Véase Figura 8-1 y Tabla 8-3.

FIGURA 8-1
GUATEMALA - MSPAS
SOLOLA
DISTRIBUCION DE COMPONENTES DE COSTO POR
TIPO DE ESTABLECIMIENTO



CONCEPTO	ADMINISTR.	HOSPITAL	CSB	PS
PERSONAL	93.8	61.8	93.7	60.3
MEDICAMENTOS	0.0	9.3	3.4	31.5
OTROS CONCEPTOS	6.2	28.9	2.9	8.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: TABLA 8-3

TABLA 8-3 SOLOLA - GASTO OPERATIVO DEL MSPAS POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO Y GRANDES RUBOS DE COSTO. AÑO 1989
Expresado en Miles de Quetzales de 1990.

CONCEPTO	QUETZALES DE 1990				DISTRIB. % POR ESTABLECIMIENTO			
	TOTAL	PERS.	MED.	O. CONC.	TOTAL	PERS.	MED.	O. CONC.
Jefatura	289.0	271.0	0.0	18.0	100.0	93.8	0.0	6.2
Hospital	2,251.2	1,390.4	208.8	652.0	100.0	61.8	9.3	28.9
CSB	923.7	865.7	31.8	26.2	100.0	93.7	3.4	2.8
Puesto Salud	722.5	435.9	227.6	59.0	100.0	60.3	31.5	8.2
TOTAL	4,186.4	2,963.0	468.2	755.2	100.0	70.8	11.2	18.0

CONCEPTO	PARTICIPACION EN EL TOTAL				ESTRUCTURA % POR RUBRO			
	TOTAL	PERS.	MED.	O. CONC.	TOTAL	PERS.	MED.	O. CONC.
Jefatura	6.9	6.5	0.0	0.4	6.9	9.1	0.0	2.4
Hospital	53.8	33.2	5.0	15.6	53.8	46.9	44.6	86.3
CSB	22.1	20.7	0.8	0.6	22.1	29.2	6.8	3.5
Puesto Salud	17.3	10.4	5.4	1.4	17.3	14.7	48.6	7.8
TOTAL	100.0	70.8	11.2	18.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Archivo: GT8-3.WK1 Range: A1..AB38 TM: 2" LM: 0.7"

FUENTE: CUADRO S-5

Nuevamente, y salvo que existan criterios de imputación del gasto que no reflejen la realidad operativa o que haya suministros paralelos que se registren bajo otros renglones, parece en extremo exigua la proporción destinada a Medicamentos en el caso de CSB (este rubro constituye el 3.4% del presupuesto de los CSB y apenas el 0.8% del total gastado por el MSPAS en Sololá). A raíz de esta insignificancia aparece como muy alta la proporción del rubro Personal, con 93.7%. Algo parecido sucede en el caso de los Hospitales, donde el gasto en Medicamentos es proporcionalmente bajo: constituye el 9.3% del total gastado por el Hospital y un 5.0% del gasto global del Area. Constituyen aspectos a investigar, pues se apartan significativamente del promedio nacional y constituyen cifras bajas en el contexto de la atención de salud en general.

8.3. *Procedimiento*

En septiembre de 1991 la Unidad Programación (Nivel Central) contactó al Area de Sololá para que participara en el análisis de costos y solicitó también un relevamiento y una revisión crítica de los registros locales para tener información confiable y de primera mano acerca de las actividades de APS que se hubieran cumplido en 1989. Sololá completó para cada establecimiento el "Formulario de Memoria del Año" (véase Anexo D, Documento Nro. 13). Este formulario permitió completar los datos cuantitativos acerca de la producción de los servicios, incorporando a "Consultas", "PAI", "IRA" y "TRO" -información relevada a nivel central del Ministerio en forma uniforme para todo el país-, datos numéricos acerca de las acciones tipificadas como "Visitas Domiciliarias" y "Tratamientos" (cf. capítulo 6, numeral 6.1.) suministrados. En definitiva, para Sololá se pudo obtener información numérica para seis de las ocho activides finales de APS (se excluyó "Saneamiento" y "Comunidad" pues están subcompuestas por actividades que no se pueden sumar y que tampoco tiene sentido analizar). La producción de servicios se presenta en el Cuadro S-12, en el Anexo A de este informe. Las seis actividades que fueron costeadas individualmente comprenden el 82% del gasto total (una vez hechas las imputaciones de costos directos e indirectos).

El 16 y 17 de Octubre de 1991 se realizó un Taller de Trabajo en la propia sede de la Jefatura de Sololá, con participación conjunta de funcionarios del nivel central y de Sololá. Los funcionarios locales que participaron fueron personal jerárquico superior y personal de base. En dicha oportunidad se expuso y discutió la metodología general seguida por esta investigación a nivel nacional y se procedió a su adaptación a las condiciones y a la opinión técnica local.

Los datos de oferta de servicios y los criterios de distribución de costos discutidos en Sololá permitieron, con la información presupuestal que este estudio recabó en el MFP, hallar una primera versión de costos de APS para el Area. Hecho, la documentación respectiva fue enviada a la Jefatura de Sololá para su estudio crítico, rectificación de errores, etc. Los directivos de la Unidad Programación, Dres. Solórzano y Carredano, y el Coordinador de la Unidad Evaluación y Supervisión, Dr. Juan José Castillo Orellana, mantuvieron estrecho contacto con el Area y finalmente, a comienzos de Diciembre de 1991, se realizó un segundo Taller de Trabajo, en este caso liderado por la Jefatura de Sololá y su personal jerárquico superior (véase Anexos B y C).

Los objetivos de este Taller fueron difundir y discutir los resultados con el personal local de nivel operativo, lograr que éste comprendiera la metodología y la utilidad del análisis, evaluar la función de producción implícita en las acciones y, en general, reflexionar sobre las actividades desempeñadas y sus resultados así como maneras para mejorar los servicios y contribuir al proceso de desarrollo local.

8.4. *Metodología seguida para imputar a actividades de APS los gastos operativos directos*

a. Criterios de asignación

En el Taller desarrollado durante el mes de octubre en Sololá se discutió con todo el personal el porcentaje de tiempo que cada técnico dedica en promedio y en forma aproximada a cada una de las unidades de APS en CSB y PS, hallándose también las respectivas horas anuales destinadas en principio por cada funcionario a cada una de estas actividades (véase Volumen II, Cuadro S-1, pág. 58 en el Anexo A). Se discutieron porcentajes por establecimiento-tipo y el acuerdo de asignación de gastos arribado se aplicó uniformemente a todos los establecimientos de la misma clase (CSB, PSII y PSI). Para PSII y PSI se aplican los mismos criterios que se utilizan a nivel del país en su conjunto.

Utilizando dichos porcentajes de horas y con la remuneración anual total percibida por cada categoría de personal multiplicada por el número de personas en cada categoría, se pudo hacer una suma de costos por actividad (en función del ingreso anual percibido por cada categoría, que fue asignado a cada actividad en función de los porcentajes antemencionados). Al haber obtenido de esta manera el costo total por concepto del rubro Personal de cada una de las once actividades de APS, esto a su vez permitió hallar el porcentaje de distribución de Personal para cada actividad, incluyendo administración, que se ubica para Sololá en 29.2% (véase Vol. II, Cuadro S-2, pág. 59). Hallados estos porcentajes, se pasaron a realizar ajustes para distribuir el costo de "Administración" a las actividades finales de APS. En el caso de CSB, la unidad "Vigilancia Epidemiológica" se sumó a "Visita Domiciliaria"; en el caso de PS, además del ajuste de "Administración", se realizó el ajuste de incluir "Intermedio" en "Consulta". En el Cuadro S-3 (Vol. II, pág. 60) se presenta el resultado final después de introducir los ajustes mencionados.

Los funcionarios de Sololá consideraron que el Rubro "Medicamentos" debía distribuirse en igual proporción en CSB y en PS MI&II, a saber 92.5% para Tratamientos, 2.0% para PAI, 3.0% para IRA y 2.5% para TRO. El Rubro "Otros Conceptos", según los técnicos de Sololá, debía tener la misma distribución que el Rubro "Personal". La Tabla 8-4 presenta los criterios de asignación por rubro y por establecimiento, cuya aplicación permitió calcular los Cuadros S-5, S-6 y S-7 del Anexo A (pp. 62-70), donde se establecen los costos totales directos para cada actividad de APS. En el literal **b.** que sigue se comparan las metodologías aplicadas a nivel central y local.

Se reitera que la metodología implica aplicar por cada tipo de establecimiento la misma distribución de remuneraciones, medicamentos y otros conceptos, y que dicha distribución respeta la programación local y lo que la Jefatura espera de cada establecimiento o supone que éstos requieren para cumplir con sus responsabilidades. En última instancia, el procedimiento seguido implica haber especificado una función de producción para cada una de las actividades de APS consideradas. Al conocer la utilización/producción de los servicios, se pueden también conocer las relaciones de insumo/producto implícitas y estructurar la respectiva matriz de coeficientes. Ello habilita a muchos cálculos útiles para la planificación, la programación y la presupuestación, e introduce la posibilidad de aplicar herramental econométrico y modelización matemática.

TABLA 8-4 SOLOLA. CRITERIOS DE ASIGNACION DE GASTOS DIRECTOS POR CATEGORIA DE GASTO (PERSONAL, MEDICAMENTOS, OTROS) Y COMPONENTE DE ACTIVIDAD DE APS EN CENTROS TIPO "B" Y PUESTOS DE SALUD MODULO I Y II.
En porcentajes.

TIPO DE ESTAB. Y CATEGORIA DEL GASTO	COMPONENTE DE ACTIVIDAD DE APS								
	TOTAL	Consulta	Vis. Dom.	Tratamientos	PAI	IRA	TRO	Saneam.	Comunida
CENT. SALUD "B"									
Personal	100.0	21.8	26.4	7.6	11.7	4.0	4.1	9.3	15.1
Medicamentos	100.0			92.5	2.0	3.0	2.5		
Otros Conceptos	100.0	21.8	26.4	7.6	11.7	4.0	4.1	9.3	15.1
PUESTO SALUD MOD-II									
Personal	100.0	16.7	29.1	7.4	20.1	3.0	3.4	7.4	12.9
Medicamentos	100.0			92.5	2.0	3.0	2.5		
Otros Conceptos	100.0	16.7	29.1	7.4	20.1	3.0	3.4	7.4	12.9
PUESTO SALUD MOD-I									
Personal	100.0	26.7	26.5	12.0	18.3	2.8	3.0		10.7
Medicamentos	100.0			92.5	2.0	3.0	2.5		
Otros Conceptos	100.0	26.7	26.5	12.0	18.3	2.8	3.0		10.7

Archivo: GT8-4.wk1 R: A1..AF38 LM: 0.5 TM: 2.75

FUENTE: Taller de trabajo de fecha 16 y 17 de octubre de 1991 realizado en Sololá con la Jefatura de Area y personal local.

NOTA: PS MODULO I: Sólo Auxiliar de Enfermería
PS MODULO II: Auxiliar de Enfermería y Técnico en Salud Rural

b. Comparación entre la metodología aplicada a nivel central y la aplicada en Sololá

Las diferencias que se constatan para Sololá cuando se comparan los costos hallados a nivel nacional con los calculados localmente obedecen a tres fuentes: en primer lugar, los registros locales acerca de la producción de los establecimientos arrojan cantidades mayores que las que aparecen contabilizadas en el nivel central; en segundo lugar, los porcentajes de imputación del costo directo a cada tipo de establecimiento varían; en tercer lugar, la imputación de gastos indirectos seguida a nivel nacional también es diferente respecto de los criterios seguidos a nivel local. Ninguno de estos cambios son arbitrarios. En cada caso se siguieron los criterios planteados por los técnicos guatemaltecos. La primera fuente de diferencia, esto es, los disímiles registros en cuanto al número de prestaciones, cuyas discrepancias no tienen un patrón sistemático, sugieren, como ya se dijo, revisar el sistema de información. La segunda y tercera fuente de diferencia, esto es, los diversos criterios de asignación del costo directo e indirecto seguidos, ocasionan variantes en el monto absoluto del costo de las acciones, pero no afectan su proporción relativa. En otras palabras, por más que el monto nominal sea distinto, el margen de fluctuación del costo dentro de una misma acción y entre acciones distintas, es un indicador válido y poderoso para realizar intervenciones de política. Se pasan a analizar los criterios seguidos en Sololá en el caso del costo directo (véase Tabla 8-5, pág. 111), cuya comparación con el nivel nacional no solamente permite aclarar con mayor detalle la metodología de este trabajo, sino que brinda al MSPAS sugerencias para afinar el estudio cuando éste sea extendido hacia otras áreas o regiones de salud y se generalice su empleo como herramienta de política. [42]

En la opinión de los técnicos del MSPAS y del autor de este documento, los criterios de asignación seguidos en Sololá son más razonables, particularmente en el caso de "Medicamentos" y de "Otros conceptos" (cf. Tabla 8-5). Este último sigue la imputación final del rubro remuneraciones en cada establecimiento, una vez que a "Personal" se le hicieron los ajustes para llegar a las acciones finales de APS. La mayor diferencia conceptual en el caso de "Personal" radica en que en Sololá y en los CSB al médico se le imputó una fracción de tiempo a IRA, TRO y Saneamiento (0.5%, cf. Tabla 7-1, Vol I, pág. 111 y Cuadro S-2, Vol. II, pág. 59), detalle importante pues permite capturar la alícuota de "Administración" del médico, que es alta, cuando ésta es distribuída a las acciones finales de APS. Las restantes variaciones se deben a la especificidad de Sololá como área singular en el país, no solamente por sus características demográficas, étnicas, de morbilidad, etc., sino también por el proceso de desarrollo local iniciado y que se ha mencionado aquí con reiterada frecuencia, y que modifica la asignación de tareas a nivel nacional.

---

[42] Una de las recomendaciones de este informe, retomada en el Seminario/Taller interministerial e interagencial realizado el 18 de marzo de 1992 en el Hotel El Camino Real de la Ciudad de Guatemala, precisamente es extender el estudio a todo el país, en el sentido de hacer verificaciones locales de producción, determinar los criterios de asignación específicos a la zona, si fuese del caso, hallar costos locales por acción de APS, y utilizar el modelo de computación GLIFO para las actividades de programación y presupuestación.

TABLA 8-5 COMPARACION ENTRE LOS CRITERIOS DE IMPUTACION DE COSTOS POR COMPONENTE UTILIZADOS A NIVEL NACIONAL (NC) Y EN SOLOLA (S) (ANTES DE REALIZAR AJUSTES) EN PORCENTAJES

ACTIVIDAD	PERSONAL						MEDICAMENTOS		OTROS CONCEPTOS			
	CSB		PS MI		PS MII		CSB + PSII + I	CSB + PSII + I	CSB + PSII + I	SOLOLA		
	NC	S	NC	S	NC	S	NC	S	NC	CSB	PS MII	PS MI
1 Consulta	15.5	15.4	13.5	13.5	20.0	20.0				21.8	16.7	26.7
2 Canalización	6.4	0.0	28.1	28.1	24.8	24.8				--	--	--
3 Tratamientos	2.1	5.4	7.1	7.1	11.3	11.3	100.0	92.5	80.0	7.6	7.4	12.0
4 Vig. Epidem.	1.3	7.7	0.0	0.0	0.0	0.0				--	--	--
5 PAI	4.1	8.3	19.4	19.4	17.2	17.2		2.0	5.0	11.7	20.1	18.3
6 IRA	0.6	2.8	2.9	2.9	2.6	2.6		3.0	15.0	4.0	3.0	2.8
7 TRO	0.7	2.9	3.3	3.3	2.9	2.9		2.5		4.1	3.4	3.0
8 Saneamiento	8.3	6.6	7.1	7.1	0.0	0.0				9.3	7.4	--
9 Visita Domiciliar	9.3	11.0	2.6	2.6	5.0	5.0				26.4	29.1	26.5
10 Comunidad	14.0	10.7	12.5	12.5	10.0	10.0				15.1	12.9	10.7
11 Administración	37.6	29.2	3.3	3.3	6.3	6.3				--	--	--
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: TABLAS 7-1, 7-3, S-2 Y 8-4

8.5. *Criterios seguidos para imputar a APS los gastos operativos indirectos*

Gastos indirectos son a nuestros fines los propios a la Jefatura del Area de Sololá. No se han considerado los gastos indirectos a nivel central, cuya alícuota no es significativa y no modifica la proporción relativa de los costos hallados, pero en términos estrictos deberían imputarse, aún siendo muy bajos. La discusión con personal local condujo a considerar cuatro criterios de asignación sucesivos. En primer lugar, se convino en asignar un 15% del gasto operativo de la Jefatura al hospital departamental y el 85% restante a los establecimientos de APS, pues ese fue el tiempo que la Jefatura consideró que le demanda cada grupo de establecimientos. En segundo lugar, se acordó dividir ese 85% entre los 7 Distritos del Area en la misma proporción en que se halla la población que en ellos reside con respecto a la totalidad de los habitantes del Area (véase Cuadro S-7, Vol. II, pp. 69-70, así como todos los restantes numerados como S-i). Como tercer criterio se convino en utilizar el gasto de imputación directo: el gasto indirecto en cada Distrito se divide entre CSB y PS en la misma proporción en que se hallan en cada Distrito el gasto directo total de CSB y de PS I&II.

Como no hay más de un CSB por Distrito, termina aquí la asignación global por este tipo de establecimiento. La distribución a actividades finales de APS se realiza usando la proporción obtenida por aplicación de los criterios de asignación directos a cada una de estas actividades (Cuadro S-8, Vol. II, pág. 71). Las cantidades así halladas, que se indican en el Cuadro S-10, se suman luego al costo de imputación directo (Cuadro S-6, Vol. II, p. 63), obteniéndose el costo total (Cuadro S-11, Vol. II, pág. 75). Los PS requieren un paso intermedio, pues hay varios PSI&II por Distrito. En primer lugar se fracciona el gasto indirecto por Distrito hallado en el paso tercero en función del peso que tiene cada PS en cada distrito. Este peso viene dado por el gasto total de imputación directo de cada PS en el total del Distrito (Cuadro S-6, Vol II, p. 63). Hecho esto, recién entonces se pasa a aplicar el mismo procedimiento que el usado para CSB: se aplica el gasto indirecto por PS a cada actividad final en base a la proporción que estas actividades tienen a partir de la imputación directa. La suma del Cuadro S-6 (gasto directo) y del Cuadro S-10 (gasto indirecto) determina el gasto total (Cuadro S-11, Vol. II, p. 75). En resumen, se suma al costo de imputación directo en cada acción de APS en cada establecimiento, el costo indirecto, también abierto por acción de APS. [43]

Finalmente, al dividir el costo total así hallado entre la producción total por actividad final de APS, se lograr obtener el costo individual por componente de APS (cuadros S-12 y S-13, Vol. II, pág. 77-80).

---

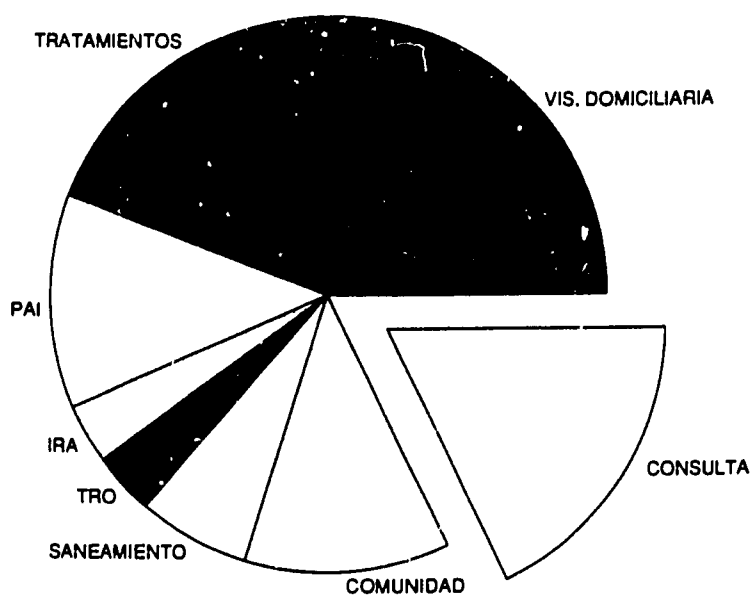
[43] Una forma alternativa de hallar el costo individual por actividades de APS consiste en calcular el costo indirecto que le corresponde globalmente a cada establecimiento. Hallado éste, se distribuye en cada establecimiento según el peso que poseen los tres grupos de gasto directo (remuneraciones, medicamentos y resto) y se agregan a estos últimos. Obtenido el costo directo e indirecto por est ablecimiento para cada uno de los tres grupos de gasto, recién entonces se hace la distribución a actividades finales de APS aplicando el criterio de asignación de gastos directos por categoría de gasto y componente de actividad de APS (Tabla 8-4 en el caso de Sololá). La suma de los tres componentes de costo por actividad (que ya tienen incorporado el costo directo y el indirecto) da el costo total por actividad. El método aplicado en Sololá se ajusta al proceso temporal de discusión y de aplicación de la metodología y es conceptualmente más transparente.

8.6. *Resultados*

a. Análisis global

En la Figura 8-2 se aprecia la participación de cada componente de APS en Sololá: Consultas (17.9%), Visita Domiciliaria (22.8%) y Tratamientos (21.4%), llevan en conjunto el 62.1%. Se debe recordar que este estudio parte de la información presupuestal del MFP; en consecuencia, aquí no está incluído todo el costo, pues por ejemplo no está contabilizado el valor de las vacunas y de los insumos que se obtienen por donación de terceros. Como se aprecia en la Tabla 8-5, el gasto total destinado a APS por el MSPAS en Sololá, en 1989 y a precios de 1990, asciende a Q 1,892,267, o sea a casi US$ 380.000.

FIGURA 8-2
GUATEMALA - MSPAS
SOLOLA
PARTICIPACION DE LOS COMPONENTES DE APS
EN EL TOTAL DEL GASTO OPERATIVO (1989)



CONSULTA	17.9 %
VIS. DOMICILIARIA	22.8 %
TRATAMIENTOS	21.4 %
PAI	12.5 %
IRA	3.5 %
TRO	3.6 %
SANEAMIENTO	6.5 %
COMUNIDAD	11.8 %
TOTAL	100.0 %

TABLA 8-6 COSTOS DE APS – RESULTADOS GLOBALES PARA EL AREA DE SOLOLA.
Producción de 1989. Gasto Ejecutado en 1989 expresado en quetzales de 1990.

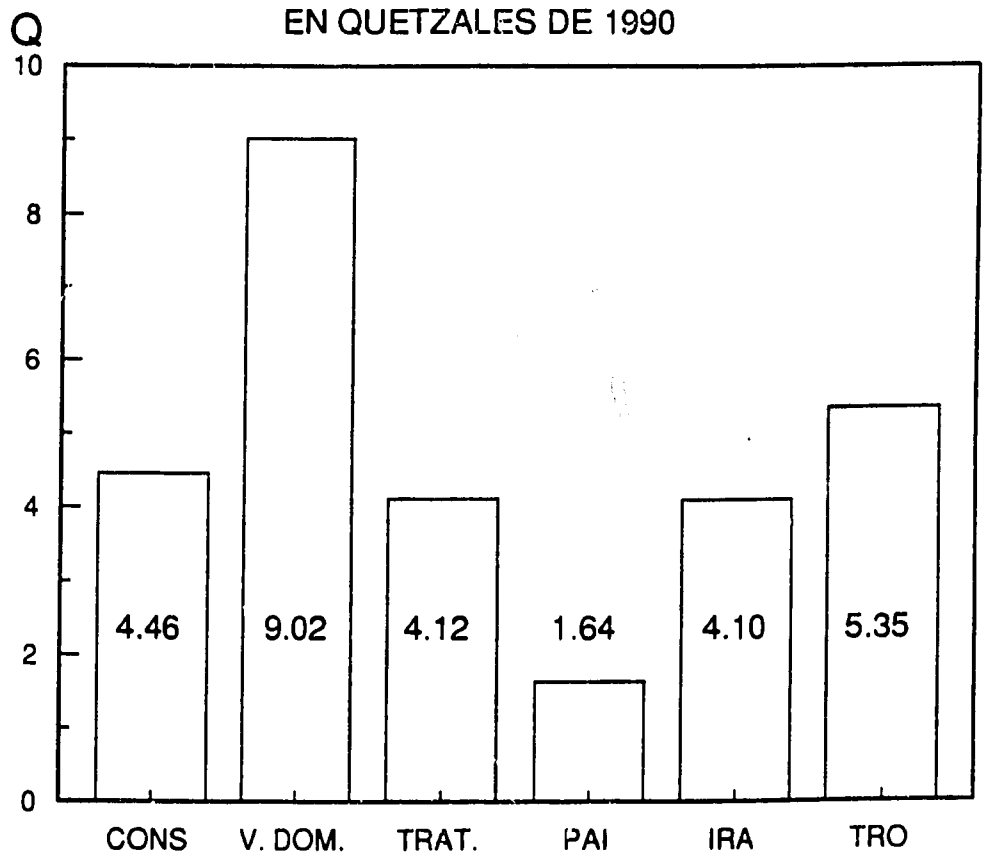
CONCEPTO	TOTAL	CONSULTA	VIS. DOM.	TRATAM.	PAI	IRA	TRO	SANEAM.	COMUNIDAD
Gasto Oper. Indirecto	245,691	43,853	56,133	52,142	30,846	8,652	8,843	16,075	29,147
Gasto Oper. Directo	1,646,202	294,952	374,811	352,633	205,788	57,947	59,164	106,331	194,576
GASTO TOTAL	1,892,267	338,859	430,997	404,960	236,674	66,610	68,017	122,406	223,745
DIST. %	100.0	17.9	22.8	21.4	12.5	3.5	3.6	6.5	11.8
GASTO OPER. TOTAL POR ESTAB. TIPO									
TOTAL	1,892,267	338,859	430,997	404,960	236,674	66,610	68,017	122,406	223,745
CSB	1,061,514	223,420	270,565	111,790	120,642	42,095	42,936	95,312	154,755
PS MODULO II	433,417	61,144	106,545	144,832	76,139	14,803	15,631	27,094	47,231
PS MODULO I	337,335	54,294	53,888	148,338	39,893	9,713	9,450	0	21,758
PROD. DE SERV. POR ESTAB. TIPO									
TOTAL		75,960	47,783	98,264	143,954	16,249	13,159		
CSB		20,701	18,264	30,883	52,840	5,512	3,955		
PS MODULO II		20,046	19,692	36,935	51,173	5,805	5,249		
PS MODULO I		27,213	9,827	30,446	39,941	4,932	3,955		
COSTO DE APS POR ESTAB. TIPO									
COSTO PROMEDIO		4.46	9.02	4.12	1.64	4.10	5.35		
CSB		10.79	14.81	3.62	2.28	7.64	10.86		
PS MODULO II		2.18	5.41	3.92	1.49	2.55	2.98		
PS MODULO I		2.00	5.48	4.87	1.00	1.97	2.39		

Archivo: GT8-5.wk1 Range: A1..AE50 TM: 1.5 LM: 1.0

FUENTE: CUADROS S-7, S-13 Y S-14

La información obtenida es muy rica pues llega a nivel de establecimiento y descompone las actividades realizadas en cada uno de ellos en 8 grupos de APS. Como ya se dijera, se halló el costo promedio para acciones de APS equivalentes al 82% del gasto total. Se aprecian variaciones de costo entre grupos de establecimientos, entre Distritos, y entre establecimientos de una misma clase. En la Tabla 8-5 se presenta el costo promedio total para Sololá de cada uno de los componentes de APS analizados, y también el costo por establecimiento tipo. El valor de la consulta se ubica en 4.46 quetzales, la visita domiciliaria en 9.02, los tratamientos en 4.12, PAI en 1.64, IRA en 4.10 y TRO en Q 5.35 (Figura 8-3).

FIGURA 8-3
GUATEMALA - MSPAS
SOLOLA
COSTO PROMEDIO DE COMPONENTES DE APS PARA 1989
EN QUETZALES DE 1990



FUENTE: TABLA 8-5

Todo promedio constituye una consolidación de información que gana en alcance, pero pierde en especificidad. Hay diversos promedios: promedio simple, promedio ponderado o media, mediana, etc. En estadística se utilizan, junto con el promedio, indicadores de dispersión, que brindan un índice de la concentración de los valores en torno del promedio ponderado o, visto en forma inversa, dan un cuantificador objetivo que pondera el grado de alejamiento de las observaciones respecto de su promedio; el más comúnmente utilizado es la varianza. En este documento en todos los casos se utiliza el promedio ponderado y no se indica la varianza (que el modelo GLIFO puede calcular en forma automática); como idea de variación solamente se indican las observaciones extremas, el valor más alto y más bajo y el múltiplo entre ambos.

Se acaba de señalar que el costo promedio de la consulta en Sololá asciende a Q 4.46. Para CSB dicho valor se sitúa en Q 10.80 y para PSMII y PSMI se ubica en Q 2.20. Hay, pues, una relación de 1 a 5 entre PS y CSB. Estos últimos valores también son promedios. Para el caso de CSB la consulta varía de un máximo de Q 20.44 para el CSB del distrito de Sololá a un mínimo de Q 7.87 en el CSB de San Lucas Tolimán (2.6 veces más bajo) y para el caso de PS la variación tiene una apertura que abarca de Q 3.68 en Agua Escondida, distrito de Tolimán, a Q 1.70 en el PS Concepción distrito de Sololá, una relación doble.

Comparaciones similares se pueden hacer para las restantes actividades.

Si bien un estudio nacional, regional o a nivel de área permite una visión contextual e identifica los mayores problemas, el análisis y el encuentro de las causas es responsabilidad del personal local, que conoce las circunstancias locales. A su vez, la interacción de éste con el personal a nivel central permite la introducción de cambios y la corrección de anomalías.

En el caso particular de la consulta se debe tener en cuenta que el concepto mismo de "Consulta" es en sí mismo un promedio, una consolidación de datos, datos que muchas veces no son comparables o claramente sumables. Efectivamente, si se recuerda la especificación realizada en el numeral **6.2.**, "Consultas Institucionales" reúne a todas las consultas posibles, pues incluye a todas las edades, todos los programas, primeras consultas y reconsultas, incluye niños, adultos, morbilidad general, consulta odontológica, etc. [44]

---

[44] Si bien Guatemala está haciendo un gran trabajo de recopilación y procesamiento de datos, la información recogida está a un nivel de agregación demasiado alto. Nuevamente, Sololá es aquí un área pionera. A mayo de 1992, y como etapa subsecuente a lo que se describe en este capítulo, Sololá ya ha recogido y se encuentra analizando consultas y reconsultas desagregadas en menores de un año, de 1-4 y 5-14 años, embarazadas, puérperas, de planificación familiar y generales, con los datos de 1991.

La comparación de una misma actividad entre clases de establecimientos diferentes, por lo tanto, debe ser realizada con cautela y tamizada, no así las diferencias entre una misma clase de establecimientos. Así, el mayor costo de la consulta en CSB respecto de PS (Q 10.80 versus Q 2.20) puede ser resultado por un lado de las diferencias en las clases de consultas otorgadas en cada tipo de establecimiento y su número, y por otro lado un resultado de las diferencias en el nivel de sueldos del personal involucrado. Corrigiendo por estos factores, la diferencia no explicada es expresión de la distinta productividad de los servicios.

Dentro de una misma clase de establecimiento, las variaciones en productividad dependen de muchas causas, entre las cuales se encuentra la ubicación del servicio, el tipo de población cubierta y sus características socioeconómicas y culturales, la morbilidad prevaleciente, la percepción de los usuarios acerca de la calidad de los servicios prestados, la motivación, dedicación e idoneidad del personal a cargo del servicio, etc.

Para cualquier tipo de establecimiento, también influyen las acciones de otros efectores de servicios de salud que operen en la zona y la manera en que complementen los servicios del MSPAS o que compitan con ellos. Se debe recordar aquí los acápites del capítulo 3 en que se consideró el tema de la calidad.

Los motivos concretos que puedan explicar las diferencias observables en cada caso --suponiendo la fidelidad y completitud de la información de base-- pueden ser identificados y explicados por los funcionarios de salud locales, que son quienes tienen responsabilidad y conocimiento de primera mano acerca de las circunstancias prevalecientes, así como acerca de las maneras para mejorar los desempeños y la productividad.

En el estudio de estas variaciones entre distritos, clases de establecimientos y establecimientos propiamente dichos, se debe tener en cuenta que para fines de gestión, supervisión, monitoreo y control se requiere ir al nivel de mayor desagregación y especificidad, esto es, al nivel de establecimiento.

b. Análisis del gasto por distrito y por habitante

El estudio por Distrito permite apreciar discrepancias, que son producto de las diferencias individuales entre establecimientos y cuya explicación radica en alguna de las causas anotadas antes, aunque sólo el personal local puede dar razón acerca de las causas concretas para cada caso. Y más allá de las posibles causas explicativas, es el personal local el que puede señalar si las mismas se justifican o no. En la Tabla 8-6 se compara el gasto operativo total volcado a APS con la población residente, se halla el gasto por habitante y se presentan las consultas totales y por persona.

TABLA 8-7 SOLOLA - APS: GASTO OPERATIVO DEL MSPAS POR DISTRITO. AÑO 1989. INDICADORES RESPECTO DE LA POBLACION CUBIERTA.

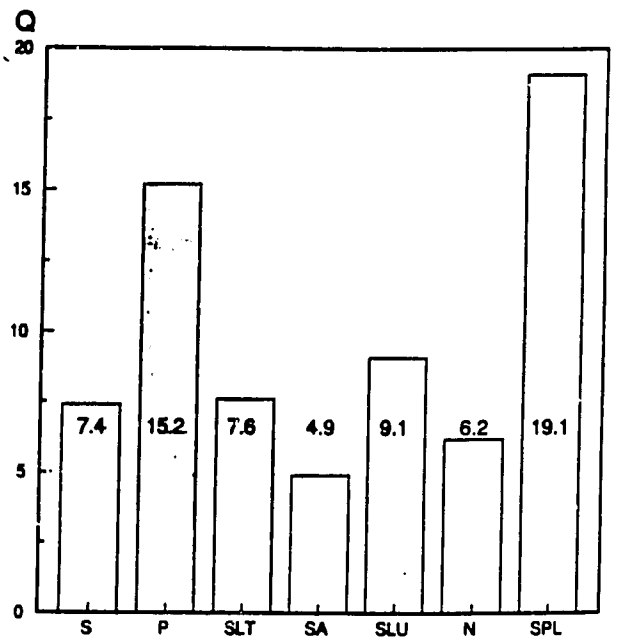
DISTRITOS	POBLACION		GASTO OPERATIVO		GASTO POR HAB.		CONSULTAS/AÑO		CONS. POR HAB.
	Habitantes	%	Q	%	Q	US $	Total	%	
1 Sololá	44,436	18.4	330,397	17.5	7.4	1.5	14,498	19.1	0.33
2 Panajachel	18,172	7.5	277,093	14.6	15.2	3.0	8,950	11.8	0.49
3 S.L. Toliman	26,427	10.9	200,815	10.6	7.6	1.5	5,962	7.8	0.23
4 Santiago Atitlán	44,815	18.5	218,071	11.5	4.9	1.0	7,063	9.3	0.16
5 Sta. L. Utatlán	25,949	10.7	236,505	12.5	9.1	1.8	9,507	12.5	0.37
6 Nahualá	72,966	30.1	451,589	23.9	6.2	1.2	19,075	25.1	0.26
7 S. Pablo la Laguna	9,302	3.8	177,797	9.4	19.1	3.8	10,905	14.4	1.17
TOTAL	242,067	100.0	1,892,267	100.0	7.8	1.6	75,960	100.0	0.31

Archivo: GT8-6.wk1 Range: A1..AA21 TM: 3.85 LM: 0.71

FUENTE: CUADROS S-8, S-12 Y S-13

Las Figuras 8-4 a 8-6 procuran brindar una apreciación visual de las diferencias constatables. En el caso del gasto anual por habitante por distrito (Figura 8-4), resaltan Panajachel y San Pedro La Laguna como dos distritos donde se gastan sumas mayores, Q 15.2 y Q 19.1, respectivamente. Es interesante observar que el mayor gasto per cápita se da porque ésos son los dos distritos donde vive el menor número de personas de toda el área: 18,172 y 9,302 habitantes, respectivamente.

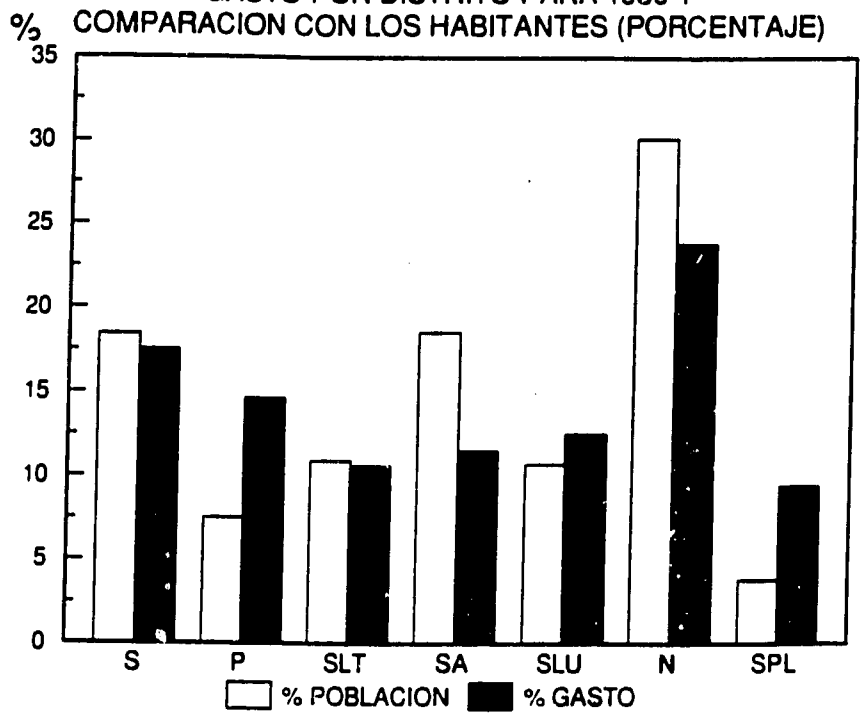
FIGURA 8-4
GUATEMALA - MSPAS
SOLOLA
GASTO ANUAL POR HABITANTE POR DISTRITO
EN QUETZALES DE 1990



FUENTE: TABLA 8-6

Una forma diferente de visualizar este asignación dispar de fondos se presenta en la Figura 8-5, en que se grafica dos a dos el porcentaje de gasto y de población en cada distrito.

FIGURA 8-5
GUATEMALA - MSPAS
SOLOLA
GASTO POR DISTRITO PARA 1989 Y
COMPARACION CON LOS HABITANTES (PORCENTAJE)



	% POBLACION	% GASTO
SOLOLA	18.4	17.5
PANAJACHEL	7.5	14.6
S.L. TOLIMAN	10.9	10.6
S. ATITLAN	18.5	11.5
S.L. UTATLAN	10.7	12.5
NAHUALA	30.1	23.8
S.P.la. LAGUNA	3.8	9.4
TOTAL	100.0	100.0

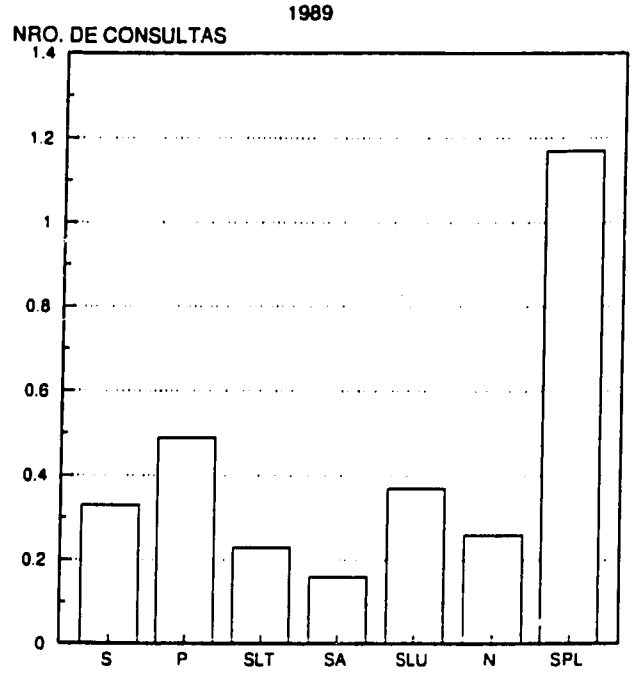
FUENTE: TABLA 8-6

c. Análisis de las consultas por distrito y por habitante

Las consultas por habitante muestran gran irregularidad, desde un mínimo de 0.16 para Santiago Atitlán a un máximo de 1.17 consultas por año por persona en S.P. la Laguna, variación que se analizará con mayor detalle en el literal **d.** y en el numeral **8.7.** pues se tomará a la consulta como ejemplo del tipo de análisis, tanto a nivel central como local, que se puede hacer a partir de los datos recolectados.

Resulta significativo observar que el número de consultas sigue la evolución del gasto, en el sentido de que parecen estar directamente correlacionados. Esto a su vez parece indicar que existe una relación causal entre mayor gasto y mayores consultas, pero constituye un vínculo que debería ser analizado por las autoridades (cf. el perfil de los histogramas de Figura 8-4 con los histogramas de Figura 8-6). La relación puede también estar denotando que a mayor gasto, mayor calidad --en el sentido de una mayor disponibilidad de recursos, o de recursos mejores-- y por lo tanto, que a partir de ello acontece una mayor demanda de la población, expresada en un mayor número de consultas por habitante. Nuevamente, es un tema para ser investigado.

FIGURA 8-6
GUATEMALA - MSPAS
SOLOLA
CONSULTAS ANUALES POR HABITANTE POR DISTRITO
1989



FUENTE. TABLA 8-6

d. Análisis por distrito del costo de los componentes finales de APS

En la Tabla 8-8 se presenta una síntesis de los costos promedio por distrito para cada uno de los componentes de APS.

TABLA 8-8 SOLOLA - COSTO DE LOS COMPONENTES DE APS POR DISTRITO. AÑO 1988.
EXPRESADO EN QUETZALES DE 1980

DISTRITOS	CONSULTA	VIS. DOM.	TRATAM.	PAI	IRA	TRO
1 Sololá	4.14	14.64	2.07	1.19	3.92	6.31
2 Panajachel	5.43	9.77	4.70	2.39	6.50	4.99
3 S.L. Tolimán	6.39	8.78	39.40	1.32	2.66	3.05
4 Santiago Atitlán	5.81	6.82	3.17	1.34	6.03	4.85
5 Sta. L. Utatlán	4.56	8.40	5.71	1.69	6.21	14.22
6 Nahualá	3.84	7.42	5.36	1.69	3.85	6.69
7 S. Pablo la Laguna	3.16	12.37	5.65	5.22	2.84	3.67
TOTAL	4.46	9.02	4.12	1.64	4.10	5.35

Archivo: G18-7.wk1 Range: A1..V21 LM: .85" TM:

FUENTE: CUADRO 8-14

Los valores hallados constituyen un ejemplo de la utilidad que presenta un análisis de costos como el realizado. Las autoridades pueden comparar las variaciones entre actividades diferentes para un mismo distrito, las variaciones entre distritos respecto de las variaciones internas a cada uno de ellos entre componentes y las variacions de costo entre distritos para una misma actividad, y evaluar si se encuentran dentro de márgenes razonables o esperables. Otra aproximación es analizar las anomalías. Por ejemplo, el costo de los tratamientos en S.L. Tolimán, que asciende a Q39.40 y que constituye el valor más alto para todo el área, ¿se debe a un error en la información, a una muy baja productividad, a un elevado subregistro? Una detección similar se hace en el caso de TRO para Sta. L. Utatlán (Q14.22, casi tres veces por sobre el promedio para dicho componente), o en sentido opuesto, para PAI para el distrito de Sololá, que se ubica en Q1.19, el valor más bajo para dicho grupo.

Veamos el caso de variaciones entre actividades diferentes para un mismo distrito y tomemos el caso de Sololá, meramente por ser el indicado en primer lugar en la Tabla 8-8. Se aprecia que la visita domiciliaria cuesta tres veces y media más que la consulta en los servicios (Q14.64 versus Q4.14). Los tratamientos cuestan exactamente la mitad de la consulta (Q2.07) y las inmunizaciones (PAI) a su vez el 60% de los tratamientos (Q1.19). Las variaciones encontradas, ¿son verosímiles? ¿Son razonables? ¿Qué cosas me están diciendo? Las actividades indicadas son fundamentalmente curativas y una conclusión errónea sería "hagamos más de lo que es más barato". Una conclusión más apropiada sería "hagamos menos actividades curativas caras", no en el sentido de omitir o evitar asistencia, sino en el sentido de "procuremos aumentar las acciones preventivas que eviten la ocurrencia de dichas intervenciones caras". Ejemplo de acciones que se deseen evitar o disminuir puede ser la consulta y el tratamiento por TRO, que cuesta más que la consulta general (Q6.31 contra Q4.14). ¿Cuáles actividades son preventivas

respecto de TRO? ¿La visita domiciliaria, "saneamiento", "comunidad", las tres combinadas? ¿En qué medida aumentar cualquiera de ellas incide en disminuir TRO e incluso, PAI e IRA? Todas estas son preguntas que un programador (y presupuestador) racional se hace para poder maximizar resultados (objetivos y metas) usando el monto limitado de recursos de que dispone o que le concedieron.

Veamos el caso de variaciones entre distritos respecto de las relaciones de costo entre componentes en cada distrito (siempre en Tabla 8-8). Por ejemplo, en San Pablo la Laguna la diferencia entre tratamientos y PAI es poco significativa (Q5.65 y Q5.22, apenas Q0.43, un 8%). Sin embargo, en Nahualá dicha diferencia es de Q3.67 (Q5.36-Q1.69), un 217%. En Santa Lucía Utatlán es aún mayor; asciende a Q4.02, un 238%. La visita domiciliaria en San Pablo la Laguna asciende a Q12.37, cuatro veces el valor de la consulta (Q3.16), mientras que en Santiago Atitlán es solamente un 17% más alta (Q5.81 la consulta contra Q6.82 la visita domiciliaria, casi el doble para la consulta y la mitad para la visita). Como se verá en el ejemplo que sigue, todas estas variaciones tienen su explicación y su búsqueda y formulación conduce a decisiones de política importantes, a reasignar recursos, a reprogramar actividades, a repensar las estrategias de atención, a procurar mayor eficacia, eficiencia y equidad.

Analicemos la variación entre distritos respecto de la consulta. Por ejemplo, se aprecia que el costo de la consulta varía de un máximo de Q 6.39 en S.L. Tolimán a un mínimo de Q 3.16 en S.Pablo la Laguna, una relación casi doble: ¿es una variación razonable? Por otra parte, ¿a qué se debe dicha variación?

Si se observa el gasto operativo total se aprecia que ambos distritos dispusieron de fondos muy similares (Tabla 8-6 pág. 143): Q200,815 y Q177,797. La diferencia en el costo, por lo tanto, se debe a la productividad de los servicios, pues el número de consultas fue doble: 5,962 en Tolimán y 10,905 en S.P.la Laguna. Ahora bien, al contrario de una reflexión inmediata, que diría que hay mayor número de consultas en S.P.la Laguna porque allí viven más personas, se observa precisamente lo contrario: en S. L. Tolimán reside el triple de personas que en S.P. La Laguna. Por eso es importante vincular el gasto con la población de referencia y agregar datos demográficos y socio-económicos al estudio de costos y de utilización de servicios: la vinculación de todos estos datos nos dice que el menor costo entre S.P.la Laguna y Tolimán se debe a que en el distrito nombrado en primer término se observan 1.17 consultas por habitante, mientras que en S.L. Tolimán solamente 0.23. O sea que la población en S.P.la Laguna muestra un uso de los servicios quíntuple respecto del propio de la de Tolimán, situación que compensa y revierte el hecho de que vivan más personas en S.L. Tolimán.

Comparaciones y vinculaciones parecidas se pueden hacer en el caso de las restantes actividades: no solamente se deben analizar los casos por la vía de la excepción, de la anomalía o del apartamiento del promedio, sino a través de un enfoque integrado de todas las variables involucradas.

Estas han sido ejemplificaciones con datos condensados a nivel de distrito. Al tener la totalidad de la información a nivel de establecimiento, (cf. Cuadro S-13 y S-14, Anexo A) este mismo ejercicio tiene aún mayor sentido hacerlo dentro de cada distrito y entre establecimientos de distritos diferentes. Se agrega así una dimensión mucho más específica, precisa y de alto impacto en lo que se refiere a la posibilidad de introducir cambios. Por acumulación, cambia el sistema en pleno y en forma rápida.

8.7. Análisis de la productividad de los servicios en materia de consultas

El análisis que se acaba de hacer de los costos de la consulta en S.L. Tolimán y de S.Pablo la Laguna ilustra un caso de aplicación del estudio de costos para la comprensión de la realidad y la toma de decisiones, pues la pregunta inicial ahora se transforma en preguntarse por qué hay una sustancial mayor utilización de los servicios del MSPAS en S.P.la Laguna. Volvemos aquí indirectamente a los factores nombrados como explicativos de los problemas de salud y de la vulnerabilidad (pág. 132). Así, por ejemplo, si se ensayan factores biológicos, se puede inquirir si las mayores consultas acaso se deben a una mayor incidencia de enfermedades. ¿O las diferencias constatables se explican por los hábitos, la educación o la cultura diferencial de los habitantes de cada distrito? ¿O por el medio ambiente? ¿O por el desempeño de los servicios de salud? ¿Hay en S.P.la Laguna mayor disponibilidad de recursos? ¿La población está más concentrada, hay mayor urbanización? ¿No existen otros oferentes de salud en dicho distrito? ¿Los servicios de salud del MSPAS en S.P. la Laguna por algún motivo tienen mayor calidad de atención?

Aquí estamos ante un buen ejemplo de interrogantes que conllevan a replanteos constructivos, a corregir errores, a emular situaciones exitosas, a extender lecciones válidas de un establecimiento o de un distrito o área hacia otros establecimientos o lugares.

Para ilustrar con ejemplos suplementarios el tipo de análisis que permite esta información - más allá de la magnitud monetaria o del costo que pueda asumir una determinada acción de APS-, se pasará a considerar con mayor detalle el número de consultas por habitante.

Se ha partido del supuesto de que la información de Sololá es fidedigna, o por lo menos, que tiene un mayor grado de verosimilitud que la información procesada a nivel central respecto de la totalidad del país. El número total de consultas anuales en 1989 asciende a 75,960, para 242,067 personas, lo que en promedio da 0.31 consultas por habitante por año. Esta es una cifra en extremo baja. Para decirlo en términos más gráficos: deben pasar más de tres años para que acontezca una consulta por persona.

¿Cuál es el número de consultas que sería normal esperar? Independientemente de un patrón de referencia o estándar, meramente observando los resultados por distrito se constatan incoherencias. Si en San Pablo La Laguna el índice es de 1.17 consultas por habitante, resulta que en Santiago Atitlán este indicador se ubica en 0.16, o sea 7.3 veces menos. Las poblaciones cubiertas en cada lugar no pueden ser tan diferentes como para explicar una variación de esta magnitud.

Más allá de lo empíricamente esperable, ¿cuál es la norma del MSPAS? El último Plan de Desarrollo establece una consulta por habitante por año. Aún si dicho patrón de referencia no fuera realista aplicarlo para el país en su conjunto y debieran aplicarse otras normas para el caso de Sololá por su especificidad diferencial, alguno de sus distritos debe estar más próximo a dicha norma local, dado el margen de variación que se observa. En este último caso surge la pregunta de por qué hay distritos que se apartan de ese patrón referencial.

Caben varias posibilidades. Puede suceder que no sea cierto que el sistema de información sea fidedigno en Sololá y que en realidad existe un gran subregistro de las acciones que se realizan. Habría que hacer un estudio específico para verificar esta hipótesis. Puede suceder que el número de consultas en el Hospital Departamental sea muy elevado pues la población acude con preferencia a este establecimiento antes que ir a los restantes servicios de la red, y ello repercute en que el número de consultas en CSB y en PS sea bajo. Como este estudio no ha considerado el caso de hospitales, no se poseen aquí elementos de juicio para considerar esta hipótesis (el número de consultas que se indica siempre corresponde a CSB y PS exclusivamente).

Puede pasar que el número de habitantes cubierto por el MSPAS sea en realidad bajo, pues las personas acuden a otros servicios u oferentes de salud. Si esto es así, ¿a qué se debe, si los servicios del MSPAS son prácticamente gratuitos? Quizás aquí se esté bordeando el tema de la calidad de los servicios y de cómo perciben los usuarios dicha calidad.

Puede pasar que los habitantes no acudan a la medicina occidental tradicional y sí lo hagan a la medicina etnográfica. Esto sería motivo de investigación: ¿no acuden por razones de eficiencia? ¿Por razones de eficacia? ¿Por motivos culturales? Por mayor economía? Por mayor "orientación al usuario" de dicha medicina? ¿Por otras razones?

O pueden haber otras explicaciones. De todas maneras, la interrogante queda planteada.

El número de establecimientos del MSPAS en Sololá, descontando el hospital, asciende a 36. Una pregunta que se puede formular es cuántas consultas diarias se dan, si el total asciende a 75,960. Una primera respuesta diría que considerando 22 días laborales por mes y doce meses en el año, eso significa

$$36\ e \times 22\ d \times 12\ m = 9{,}504 \text{ días}$$

con lo cual se obtendría que el número de consultas por día se ubica en 7.8:

$$75{,}960c\ /\ 9{,}504d = 7.78 \text{ cons/día}$$

En realidad este cálculo no es correcto. Se ha mencionado antes que los criterios de asignación de componentes de gasto a las diversas actividades finales de APS implicaban de alguna manera especificar una función de producción, en el sentido de estructurar la combinación de recursos necesaria para producir ciertos resultados. Si se acude al Cuadro S-1 y se observan las horas totales destinadas a "Consulta" en CSB y en PSI y PSII, se obtiene que el total por esta actividad en CSB asciende a 2,160 horas; en PSI a 360 horas, y en PSII a 486 horas. O sea que la relación de equivalencia entre establecimientos para este tema, tomando por base a los PSI como unidad de medida, es igual a:

PSI	=	360	=	1
PSII	=	486/360	=	1.35
CSB	=	2160/360	=	6

Esto significa que cada CSB equivale a seis PSI y cada PSII a un tercio más que cada PSI. Como existen 7 CSB, 14 PSII y 15 PSI, se obtiene un número de unidades equivalentes igual a:

$$(7 \times 6)\ \text{CSB} + (14 \times 1.35)\ \text{PSII} + (15 \times 1)\ \text{PSI} = 75.9$$

O sea que en lugar de tomar "36" por "número de establecimientos", se debe en realidad tomar "76", digamos que "establecimientos equivalentes (ee)" y el cálculo anterior se transforma en:

$$76\ \text{ee} \times 22\ \text{d} \times 12\ \text{m} = 20{,}064\ \text{días/ee}$$

$$75{,}960\text{c} / 20{,}064\ \text{d/ee} = 3.78\ \text{cons/día/ee}$$

El cálculo puede ser mucho más preciso utilizando la información de costos en toda su dimensión. En efecto, tomando directamente el número de horas programadas para "Consulta" (indicadas más arriba), se obtiene:

$$(2160\text{h} \times 6\text{CSB}) + (486\text{h} \times 14\text{PSII}) + (360\text{h} \times 15\text{PSI}) = 25{,}164\ \text{horas}$$

$$75{,}960\text{c} / 25{,}164\text{h} = 3.0\ \text{cons/hora}$$

Considerando este último valor --3.0 consultas por hora-- y el número de horas en cada establecimiento, y suponiendo que la productividad fuese lineal y homogénea entre establecimientos-tipo, se llega a que en promedio debería haber el siguiente número de consultas:

CSB: $2{,}160\text{h/a} \times 3\text{c/h} = 8{,}165\ \text{c/año}$

PSII: $485\text{h/a} \times 3\text{c/h} = 1{,}837\ \text{c/año}$

PSI: $360\text{h/a} \times 3\text{c/h} = 1{,}361\ \text{c/año}$

A igualdad de condiciones, todo establecimiento que se aparte del número de consultas esperadas para su prototipo, sea en exceso o en defecto, induce al análisis. Los apartamientos que exceden el valor indicado señalan casos de mayor productividad y merecen estudio para aprender de ellos; los establecimientos que se encuentren por debajo del patrón (histórico-empírico) indicado deben recibir apoyo, refuerzo, etc. Y en la medida en que los servicios de salud vayan mejorando, la información histórica recogida anualmente permite que los establecimientos de vanguardia lideren e impulsen a los restantes en un mismo sentido progresista y de esa manera todo el sistema logra mejorar.[45]

En definitiva, el cálculo realizado más arriba de 3.0 consultas por hora da un promedio general para Sololá de 20 minutos por consulta, considerando primera vez y consultas de reiteración. Esta es una información útil para quienes son responsables o dirigen los servicios, y cuyas decisiones pueden mejorar al contar con datos numéricos. De decisiones basadas en la intuición, se pasa a tomar decisiones informadas. Por ejemplo, si la información es fidedigna y las horas asignadas a consulta son 25,164, y las autoridades deciden que 20 minutos por consulta es muy bajo, pueden buscar estímulos para incentivar la consulta, o bien pueden cambiar la función de producción liberando horas para otras actividades. En este último caso cambiaría el costo de la consulta, bajando, si el número de consultas permaneciera constante, y aumentaría el costo de alguna otra actividad, y así sucesivamente.

Este es, por lo tanto, solamente un ejemplo de los muchos tipos de análisis que se pueden realizar utilizando apropiadamente la información generada.

8.8. *Conclusiones y recomendaciones*

La aplicación local de la metodología seguida por este estudio mostró ser exitosa. Gracias a la participación del personal local, que puso tiempo, dedicación y cuidado en los diversos aspectos considerados, se pudo llegar a una estimación mucho más precisa de los costos de APS que las estimaciones realizadas a nivel nacional. Esto se refiere a la producción de los servicios, dado que la información de gastos se obtuvo en todos los casos del MFP. Se hizo una imputación de tiempos asociada a la programación de actividades de Sololá, en este sentido un área de salud pionera en la Región VI y en el país por su aplicación desde 1989 de un proceso de desarrollo y fortalecimiento local. A su vez, se trabajó con los registros locales, se verificó la producción local y se amplió la información incorporando datos de producción de visitas domiciliarias y de tratamientos, que no se compilan en el nivel central.

---

[45] El sistema de información y el modelo de computación GLIFO que se describen más adelante permite ordenar todos los establecimientos según el criterio que se desee. Este puede ser uno de ellos: según el mayor número de consultas otorgadas. El 50% en cada extremo sirve en dos sentidos: para aprender y para corregir.

Los costos hallados para el caso de Sololá se ubican en los siguientes niveles:

Consulta:	Q 4.46	US$ 0.89
Visita Domiciliaria:	Q 9.02	US$ 1.80
Tratamientos:	Q 4.12	US$ 0.82
Progr. Ampl. Inmun.:	Q 1.64	US$ 0.33
Inf. Resp. Agudas:	Q 4.10	US$ 0.82
Trat. Rehidr. Oral:	Q 5.35	US$ 1.07

Se aprecian diferencias significativas dentro de cada distrito entre las mismas acciones, entre distritos, entre componentes de APS, etc., que permiten realizar investigaciones y mejorar la gestión y el desempeño de los establecimientos.

El ejercicio realizado se integra y respalda el proceso de desarrollo y fortalecimiento local que Sololá inició en 1989. En dicho sentido, se suma a acciones que ya se venían realizando y les brinda una nueva dimensión. En palabras del Sr. Jefe de Area, Dr. Efraín Muralles, este estudio "nos permite, aparte de conocer el costo y la distribución de tiempo por recurso para las diferentes actividades, la toma racional y técnica de decisiones en cuanto a ubicación y ejecución de recursos humanos, materiales y financieros que respondan a las verdaderas necesidades del área, recomendándose continuar el presente proceso en esta área y en el resto de áreas del país". Señala también el Dr. Muralles la utilidad y conveniencia de conocer el costo de los servicios para tomar decisiones "en cuanto a la orientación, racionalización y optimización de recursos materiales y financieros hacia las áreas críticas y prioritarias de atención", que permitirá solicitar a las autoridades una asignación de recursos con bases técnicas "**que sea equitativa y una verdadera respuesta a las necesidades del área**" (subrayados nuestros). [46]

Precisamente, para continuar el proceso iniciado y extenderlo hacia otras Areas de Salud, el presente documento hace las siguientes recomendaciones:

1. Elegir a Sololá como Departamento piloto donde esta metodología se lleve a todas sus consecuencias.

2. Solicitar al personal local que analice la información para detectar anomalías y situaciones-problema, sea en la productividad de los servicios, sea en el monto total de los recursos asignados, sea en los costos hallados, sea en las áreas que los expertos locales identifiquen.

---

[46] Dr. Efraín Muralles, "Estudio de Costos de la Producción de Servicios de las Unidades de Salud del Area de Sololá en el Año 1989". Mimeo, diciembre de 1991.

3. Conceder mayor autonomía funcional al Area de Sololá para que utilice la información generada, junto con las planillas de programación de actividades, para planificar las acciones a emprender en cada localidad por cada organismo o grupo involucrado (MSPAS, OG, ONGs, comunidad, etc.). Dicha autonomía se refiere a la posibilidad de elaborar un presupuesto que parta de las necesidades y de la programación de actividades, y no al revés, como sucede tradicionalmente.

4. Respecto de este último aspecto, utilizar el modelo de computación "GLIFO", que se describe en el capítulo siguiente, para respaldar las acciones de planificación y direccionar los recursos hacia aquellos lugares y aquellas personas que tienen mayor necesidad.

5. Complementar el estudio realizado y los emprendidos desde 1989 con un análisis de la calidad de los servicios. Este estudio es importante para detectar y sistematizar las principales causas que explican el poco uso de los establecimientos de salud y así arbitrar mecanismos para corregir las eventuales deficiencias que se hubieran constatado.

6. Como complemento, reforzar el proceso de evaluación iniciado, manteniendo los bancos de información tan en tiempo real como fuera posible, para que dicha información tenga utilidad máxima para la toma de decisiones.

7. Arbitrar mecanismos administrativos que permitan mayor flexibilidad en la asignación local de recursos humanos, materiales y otros, para que las decisiones puedan ser tomadas y efectivizadas por el personal jerárquico local en la oportunidad, lugar, velocidad y magnitud requeridas por las necesidades locales.

8. Destinar a la Jefatura de Area de Sololá un computador personal que permita manejar la información requerida: el acopio de datos de producción por establecimiento y actividad de APS, información presupuestal, información socio-económica, el modelo Glifo, etc.

9. Interesar a los Directores Regionales en el proceso iniciado y paulatinamente extender esta experiencia hacia otros lugares, siempre comenzando por aquellos que parezcan tener genuino interés y cuya dotación de recursos físicos y humanos sea condicionante de éxito y sostenibilidad del cambio.

10. Aún siendo obvio, se reitera: el nivel central también tiene que ser reforzado en dotación de recursos humanos especializados y en tecnología informática. Es necesario un desarrollo conjunto del nivel local y del nivel central.

Implícito en lo anterior está la necesidad y la recomendación de que se debe capacitar al personal local en el manejo de planillas electrónicas y en el uso de un procesador de palabra de aplicación universal (por ejemplo LOTUS, Word Perfect, etc.). Idem, capacitarlo en el uso creativo del modelo GLIFO.

9. COSTO DE APS EN DOS EFECTORES DE SALUD PRIVADOS

9.1. *Introducción*

Como parte del estudio se analizaron dos sistemas de salud organizados por patronales de café. Uno de los objetivos de este proyecto era evaluar alternativas no gubernamentales de suministro de servicios de salud básicos a la población, fundamentalmente de sobrevivencia infantil y atención primaria de salud, y apreciar su funcionamiento, organización, costos, eficiencia y, en lo posible, calidad en general. Dicho análisis se esperaba que podría aportar elementos de juicio acerca del rol del sector privado, su proyección de futuro y posibles opciones de integración o complementación entre servicios del sector público y del sector privado. La disponibilidad de tiempo y de recursos motivó concentrar el análisis en dos efectores: Agrosalud y ACOGUA, dos servicios que participan en el programa de Acción Social de la Asociación Nacional del Café (ANACAFE). La idea detrás de este análisis es conocer qué lecciones pueden enseñar instituciones de este tipo y qué pueden aprender del sector público. Como lo señalara el Dr. Octavio Morán al comienzo de este documento, "esto no implica que tengamos que hacer una comparación entre un sector y otro, pero sí creo que, así como queremos elevar el nivel de eficacia y eficiencia en el sector público, así también es conveniente observar los modelos de atención que se dan en otros sectores de la vida nacional y que pueden dar elementos que coadyuven en una visión integral del sector para poder dar un servicios de mejor categoría a la población". [47]

---

[47] El Dr. Antonio Casas, Representante de OPS/OMS en Guatemala, en su alocución "Salud, Desarrollo y Estado", hecha en el Seminario/Taller realizado para difundir los resultados de este trabajo el 18 de marzo de 1992, expresó una idea similar al decir que "el desarrollo que se necesita exige repensar el papel del Estado y sus relaciones con la sociedad civil. No es que el Estado deba desaparecer ni necesariamente reducirse de tamaño. La voluntad política de hacer que el desarrollo conduzca a mayores niveles de justicia y bienestar, de satisfacción de necesidades básicas y de equidad exige un Estado activo, eficiente y ágil y, por lo tanto, más presente, más eficaz en las decisiones de conducción, de orientación y de movilización de recursos. La polémica entre los falsos polos de estatización versus privatización debe quedar atrás (subrayado en el original, letras resaltadas nuestras). Se trata de reconocer que para asegurarf la cohesión social, para consolidar las condiciones que hagan posible la producción con productividad, eficiencia y equidad y la vigencia de los preceptos y de los valores de la democracia y de la participación es necesario pensar en un nuevo tipo de Estado."

9.2. *ACOGUA*

Tanto ACOGUA (Asociación de Caficultores de Oriente de Guatemala) como AGROSALUD son servicios de salud curativa y de atención primaria organizados por plantadores de café o finqueros. Ambos integran el Servicio Social de ANACAFE, si bien son autónomos respecto de éste. ACOGUA posee tres centros de salud. Dos de ellos fueron visitados, pues se encuentran a una distancia relativamente cercana de la capital, uno en Berberena, dentro de una finca cafetalera, y el otro en un medio urbano (Escuintla). El tercer establecimiento se localiza en una zona rural apartada y no pudo ser visitado. Los tres centros coordinan sus acciones con el Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS) y participan en compañas de vacunación del MSPAS.[48]

Los servicios que brinda ACOGUA son abiertos en el sentido de que cualquier persona puede acercarse a demandar atención. De acuerdo con las observaciones realizadas por Anette Bongiovanni, enfermera profesional experta servicios de alta calidad y con experiencia en América Latina, se puede tipificar la calidad de ACOGUA como buena; las instalaciones son de muy buen nivel, cuentan con mantenimiento continuo y están bien equipadas. El personal parece estar motivado. Las prestaciones se acercan a lo que se puede caracterizar como de segundo nivel de atención y el énfasis se ubica en las acciones curativas. El personal tiende a permanecer en el establecimiento para atender la demanda que llega a éste, y no tanto a salir a la comunidad para realizar acciones domiciliarias y preventivas. La excepción radica en la distribución de Vitamina A y en las acciones dentales que se realizan en algunas escuelas cercanas.

Los sistemas de registración y la tipificación de actividades son distintas a las que sigue el MSPAS, por lo cual una comparación es difícil. Asimismo, como la población cubierta no es cerrada en el sentido de ser exclusivamente trabajadores de la finca y sus familiares, sino que incluye a cualquier persona de la comunidad, ACOGUA no lleva registros individualizados de modo de poder realizar comparaciones o establecer índices respecto de una población de referencia predeterminada. Sin embargo, la dificultad para comparar con el MSPAS no radica en la homogeneización de las acciones, sino en el tipo de acciones brindadas. El énfasis del presente estudio son las acciones de APS y de sobrevivencia infantil. Las acciones de ACOGUA, como ya se dijo, son fundamentalmente curativas y se acercan a lo que realizan los CSA en el MSPAS.

Como se recordará, esta investigación solamente considera CSB y PS, excluyendo los CSA, por lo cual no corresponde incluir un análisis de costos en este caso. Ello no invalida las reflexiones que siguen.

---

[48] Las visitas fueron realizadas por Ricardo Meerhoff, Anette Bongiovanni y Marina Sagastume en oportunidades diferentes.

La opción que plantea ACOGUA para el suministro de servicios a la población es de gran valor. Constituye un ejemplo de un manejo eficiente de recursos bajo administración privada, con alto sentido de responsabilidad social y arraigo en la población. La clientela de ACOGUA se acerca más al tipo de asegurados protegidos por el IGSS (sector formal) y no tanto a la clientela propia al MSPAS. Sin embargo, no debe ser esto motivo para que las autoridades ministeriales descarten analizar este tipo de servicios. Constituyen opciones válidas para brindar atención a costo bajo y con una calidad equivalente a la del sector público o quizás a veces mayor por la mayor disponibilidad de suministros y menor "ucosto" o pérdida al usuario, en la tipificación hecha anteriormente (véase pp 29-32 y 42).

Constituye éste un caso de iniciativa privada patronal voluntaria que muestra poseer gran sentido de solidaridad social y que, como tal, es también un ejemplo a emular por otros empresarios. Si el Estado establece los incentivos y los apoyos adecuados, hay un gran potencial de desarrollo en esta dirección, liberando fondos públicos para sectores indigentes y asegurando que el empresariado nacional también contribuya en la tarea del pago de la deuda social históricamente contraída.

9.3. *AGROSALUD*

a. Orígenes[49]

Los antecedentes de Agrosalud se remontan a 1978 por la inquietud de algunos finqueros caficultores de la Costa Sur y de Alta Verapaz de mejorar las condiciones de vida de sus trabajadores.[50]

Inicialmente se organizó como resultado de un programa piloto desarrollado por el Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP). En sus comienzos la aproximación a la atención de salud fue de carácter curativo y con personal médico, pero en 1982 se cambió a un esquema basado en el trabajo de promotores y con activa participación de la comunidad. El enfoque es ahora esencialmente preventivo y orientado hacia la salud y no tanto a la curación de enfermedades (atención curativa, identificada con consultas y medicación, conllevan el 39.7% del gasto operativo, como se verá). De una estrategia sintomática-tradicional se pasó a un esquema de atención primaria de salud de carácter global (véase Figura 9-1).

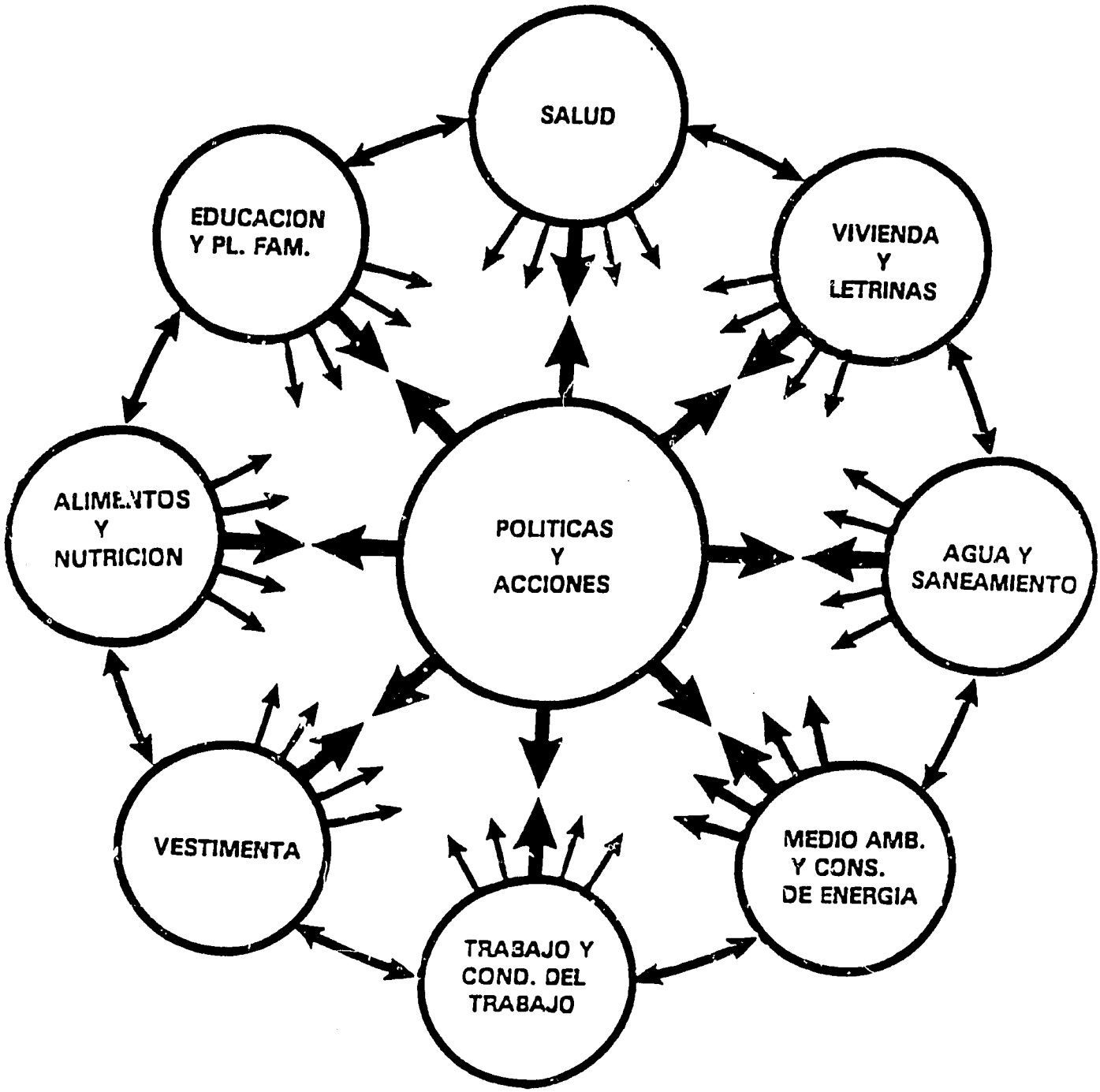
---

[49] Parte de información citada se tomó de notas suministradas por el Administrador de AGROSALUD, Sr. Angel Portillo, y del estudio supervisado por Gretchen Gwynne "HCFLAC. Health CAre Financing in Latin America and the Caribbean. Research Report No. 7. Private Sector Health Care Alternatives for Agricultural Workers on the South Coast of Guatemala" (Stony Brook, NY, 1988, AID contract #LAC 0632-c-00-5137-00).

[50] Un estudio realizado en 1977 por Brown que cubrió aproximadamente 2000 fincas, mostró que más de la tercera parte de la pobiación guatemalteca (36%) está comprendida por trabajadores de fincas y sus familiares. La mayor parte de esta población vive en condiciones deficientes y en áreas carentes de un servicio apropiado de salud; el estudio demostró que únicamente el 1.5% de la población tuvo acceso a un servicio organizado de salud.

FIGURA 9-1

COMPONENTES DEL BIENESTAR
Y DE LA CALIDAD DE VIDA



AGROSALUD

En la página anterior se presenta un esquema de los componentes que se asocian con el bienestar y con la calidad de vida: agua de consumo humano y saneamiento, nutrición, vestido, vivienda, trabajo, educación, salud, medio ambiente. Agrosalud sustenta su accionar en un enfoque integrado de este tipo, que procura el bienestar.

b. Estrategia de atención de salud y APS

Como muestra el esquema de Figura 9-1 a través del dibujo de vectores o flechas, los diversos componentes del bienestar se encuentran en interacción y reciben y ejercen influencias recíprocas. Agrosalud no sólo ha mejorado el estado sanitario de la población trabajadora y de sus familias, sino que ha sabido actuar sobre estos elementos para incrementar significativamente la calidad de vida de los habitantes de las fincas.

Agrosalud, si bien atiende todos los casos de atención curativa que se presentan en su población beneficiaria, hace énfasis en las acciones preventivas. Realiza una continua labor de educación para la salud y ayuda a que los colonos que residen en las fincas cafetaleras modifiquen sus hábitos adoptando prácticas que conduzcan a un mejor nivel de vida. Se presta ayuda y asesoramiento para la instalación de letrinas y para asegurar suministro de agua potable. También se trata de modificar las condiciones de trabajo y la relación con el medio, aunque esto no es homogéneo entre fincas pues el avance de las acciones depende de la iniciativa y del entusiasmo del finquero.

Agrosalud reúne fincas de diversos cultivos y producciones -café, hule, caña, granos básicos, té, ganado- cubriendo una población concentrada en el norte del país (Alta Verapaz) y en el sur. A fines de 1991 la integran 28 fincas de caficultores y cubre una población de cerca de 22,688 personas. Las acciones se restringen a los trabajadores que residen en las fincas y sus familias y a los obreros temporales que migran desde otros lugares en épocas diversas. Además de atender a población interna, en áreas remotas atiende también a poblaciones que lo necesiten, manifestando así inicios de una vocación abierta hacia la comunidad. Esta es una diferencia respecto de ACOGUA, cuya actividad es por esencia abierta a la población en general (aunque más bien pasiva y curativa, en contraste con la tesitura activa y preventiva de Agrosalud).

El esquema de Agrosalud se sustenta en el trabajo de promotores. Generalmente, éstos son seleccionados de entre la misma finca por la comunidad, las fuerzas vivas, el propietario, etc., según las condiciones de liderazgo y demás aptitudes de la persona, que después recibe un entrenamiento inicial básico de unas seis semanas y educación posterior en servicio. La persona es un residente del mismo lugar y por lo tanto conoce el idioma, las costumbres locales y a los propios residentes. Su entrenamiento cubre conceptos básicos de salud y de prevención de enfermedades, así como diagnóstico y terapia de las dolencias y enfermedades más comunes. En cuanto a su numerosidad, hay un promotor en fincas de hasta 500 personas y dos o más promotores en establecimientos de mayor tamaño.

Adicionalmente, hay supervisores que viajan regularmente a las diversas fincas para asesoramiento, seguimiento, control y apoyo general. Recientemente se han adicionado algunos médicos que hacen esta tarea sobre una base de servicio parcial contratado, cuyo objetivo consiste en velar por la calidad de los tratamientos que da el promotor y garantizar un buen servicio en cuanto a lo curativo se refiere, aunque el tiempo que permanecen en cada lugar no es muy extenso, posiblemente un área donde Agrosalud pueda introducir mejoras, siguiendo la evaluación realizada por la Enfermera profesional Anette Bongiovanni y las recomendaciones de su informe.

Las funciones y acciones del promotor y del puesto de salud en la finca son idénticas finca a finca pues existe un protocolo con directivas estrictas establecidas a nivel central y que después son controladas. Este aspecto es una de las ventajas del sistema. Se debe tener en cuenta que Agrosalud es una asociación de origen patronal y de carácter voluntario, que llena un vacío existente por la baja cobertura del sector público, sea del MSPAS o del IGSS, y la inexistencia de otras entidades que presten salud en las zonas donde están los agricultores. Agrosalud, por lo tanto, suple una carencia y lo hace con un alto grado de voluntad y conciencia. Por consiguiente, el éxito en cada finca en buena medida es un reflejo del grado de interés que tome el finquero en que el programa sea exitoso.

De un punto de vista de su organización, en la capital se ubican las oficinas centrales. Estas llevan la contabilidad de la asociación, realizan compras centrales para cada puesto y, en general, brindan apoyo y monitorieo a la gestión de cada establecimiento. También se realizan tareas de planificación de actividades, supervisión, coordinación, etc. El esquema es muy dinámico y emplea poco personal. [51]

---

[51] Consta al autor por las visitas de campo realizadas por él mismo, por Anette Bongiovanni y por Marina Sagastume en el pasado, que los promotores son personas dedicadas y con arraigo en la comunidad. Si bien su nivel educativo no es alto pues la mayoría no terminó la escuela primaria, estas personas llevan registros y se han habituado a trabajar en forma organizada. En dos ocasiones quien esto escribe realizó una auditoría de registros, partiendo del libro diario de consultas a la ficha por familia y con seguimiento de las rutas subsiguientes que sigue la información; también hizo el camino inverso: seleccionó al azar la carpeta correspondiente a algunas casas específicas, verificó su número con el indicado en el mapa de ubicación de viviendas, extrajo la ficha de uno de los componentes del hogar y verificó las entradas en el libro diario, concordancia de fechas, diagnósticos, segundas visitas, etc. Se encontraron muy pocos errores u omisiones de registro. Aún siendo manual, el sistema sin embargo es completo y la información permite una riqueza de análisis que en estos momentos no se explota en toda su posibilidad. Por ejemplo, hay un mapeo detallado de la demanda: se conocen las viviendas que no poseen agua potable y las que sí tienen y a partir de cuándo se introdujo el agua; se conoce qué viviendas tienen letrinas y cuáles no y cuándo fueron instaladas; se conoce el número de integrantes del hogar por sexo y edad y su nivel de instrucción. Todos estos elementos son muy útiles para evaluar impacto, comparando el "antes" con el "después" de haber introducido algún cambio, como por ejemplo el efecto del agua potable sobre las diarreas y las IRA, o el efecto combinado de agua y letrinas, o de agua, letrinas y educación, y así sucesivamente. Con ello se pueden determinar patrones de verosimilitud de ocurrencia de enfermedades y anticipar cambios en la morbilidad a partir de relaciones de causa-efecto o de probabilidad-efecto por el hecho de introducir agua potable, letrinas, por educar a las personas, etc., y tomar acciones integradas de desarrollo comunitario.

c. Dotación de recursos

Agrosalud, a 1991 y como ya se dijo, coordina 26 puestos de salud; 16 de ellos cuentan con un solo promotor, 7 tienen dos promotores, 2 puestos tienen tres y un puesto posee seis promotores: un total de 42 promotores. A ellos se suma un educador de salud, cuatro supervisores, 3 médicos y cinco funcionarios en la administración central, completando en conjunto 55 personas. Para las 22.688 personas cubiertas, esto significa una relación de un funcionario cada 412 habitantes. La remuneración promedio se ubica en prácticamente Q 540, o sea US$ 108; los promotores ganan Q 400 (US$ 80), frente a Q 675 (US$ 135) del Auxiliar de Enfermería y del Técnico en Salud Rural del MSPAS (véase Tabla 7-1, pág. 111).

Las remuneraciones anuales pagadas constituyen el 60.9% del gasto operativo; medicamentos insume el 28.7% y otros rubros de costo el restante 10.4%, para un presupuesto global anual en 1990 de Q 620,140 (US$ 124,000), en valores de 1990.

d. Financiamiento

El financiamiento de Agrosalud se basa en una contribución mensual que realiza el finquero y que vuelca al casco central (oficinas administrativas localizadas en la capital) y que sirve para el pago de sueldos, insumos generales, transporte, mantenimiento de vehículo, gastos generales, etc., de las oficinas centrales y de la ejecución del programa. Esta contribución también permite mantener un stock de medicamentos que se distribuye a los diversos puestos según su necesidad. El finquero también paga el sueldo de los promotores, lo que realiza en la propia finca. En total, el aporte del finquero se ubica en el 64% del gasto operativo.

La consulta es gratuita. Los usuarios pagan el 100% del costo de los medicamentos (28.7% del gasto operativo), que forman parte de un vademécum básico de 30 drogas esenciales (cotejadas y comparadas con el listado básico sugerido por OMS y OPS) que Agrosalud compra en la Droguería Nacional (MSPAS) o en el mercado a un precio favorable por ser compras al mayoreo. Los productos son iguales o sustitutivos de los que se venden en farmacias privadas, pero a un costo menor (55% del precio al público general). Agrosalud adiciona un 3% por concepto de administración y manipuleo, de modo que el usuario se beneficia porque el costo de compra es sustancialmente más bajo que el precio en farmacia.

Acción Social de ANACAFE realiza una contribución equivalente a un 4% del presupuesto operativo. Otra fuente de financiamiento (o de no-desembolso), estimada en 3.3%,radica en las contribuciones en especie que realizan agencias donantes, el MSPAS (que contribuye por ejemplo con vacunas), y por supuesto, lo que aporta el mismo propietario bajo diversas formas. La comunidad contribuye al mantenimiento de los locales y siempre participa en el costo y en el trabajo de instalar letrinas domiciliarias o cuando se hacen instalaciones de agua potable.

Las contribuciones al IGSS deben ser hechas por los finqueros participantes en Agrosalud en el mismo tenor que cualquier otro propietario rural, no existiendo estímulos o compensaciones gubernamentales por la labor realizada. Es un punto a considerar por las autoridades nacionales, puesto que este esquema es muy exitoso y de muy bajo costo, como se verá a continuación.

---

en la morbilidad a partir de relaciones de causa-efecto o de probabilidad-efecto por el hecho de introducir agua potable, letrinas, por educar a las personas, etc., y tomar acciones integradas de desarrollo comunitario.

e. Recuperación de costos en Agrosalud

Se dijo más arriba que los usuarios pagan el 100% del valor de compra de los medicamentos (más un 3% por costo de administración). El consumo para 1990 ascendió a Q 177,948 (US$ 35,590). Esto implica una recuperación del costo operativo del 28.7%, que contrasta frente al 0.90% que se recupera en el ámbito del MSPAS: es una relación treinta y dos veces más alta. Cada medicamento cuesta en promedio Q1.05 (US$ 0.21) y se consumen 3.26 medicamentos por consulta, lo que implica un costo promedio para el usuario de Q 3.42 (US$ 0.68) por medicación en cada consulta. Se deben aquí recordar los análisis realizados en las secciones **3.7.** y **3.8.** en que se vinculó gasto, calidad de atención, demanda y recuperación de costos. Agrosalud optó por cobrar el valor de cada medicamento consumido y no un valor igualitario, como se propuso en los ejemplos de recuperación de costo ilustrados en pp 39 y 40. La carga por usuario es por lo tanto variable pues depende de la morbilidad y del consumo; en el caso de Agrosalud, eso no parece estar afectando la demanda, pues como ya se dijo, los usuarios contribuyen a financiar, si se descuenta la imputación hecha de las donaciones recibidas, casi el 30% del costo operativo.

f. Metodología y determinación de costos de APS en Agrosalud

En el caso de Agrosalud se siguió la misma metodología que la empleada para el MSPAS. En forma equivalente a los CSB y a las PS, se dividieron los diversos establecimientos en base al personal que emplean. El criterio aplicado llevó a dividir el universo en dos grupos: por un lado los puestos de uno y de dos promotores, y por otro lado los establecimientos con más de dos personas.

Las actividades básicas de APS en Agrosalud son:

- Medicina curativa
- Inmunizaciones
- Desparasitación
- Salud bucal
- Educación
- Administración

Agrosalud llegó a la convicción de que para mejorar las condiciones de salud de la gente se deben combatir las causas que contribuyen a que surjan problemas de salud: la ignorancia, el agua contaminada, la disposición incorrecta de basuras y excretas, la desinformación. Por dicho motivo se hace un gran énfasis en educación de la comunidad a través de charlas, reuniones comunales, visitas domiciliarias y otras acciones preventivas, fundamentalmente encarando el dúo madre-niño. La construcción de letrinas y el suministro de agua potable es uno de los sustratos hacia la previsión en salud y mejor calidad de vida propugnado por esta organización.

También se incluye planificación familiar, que está en proceso de desarrollo y cuenta con asesoramiento externo. [52]

Se discutió el tiempo que los promotores y el personal en general dedica a las diversas actividades de APS que se realizan y se distribuyeron las remuneraciones en base a dichos porcentajes (Tabla 9-1). Se aprecia que la metodología permite calcular costos diferenciales por tipo de establecimiento, aunque en este capítulo se presenta solamente el costo promedio para Agrosalud en su conjunto. Como no se hizo una encuesta por finca acerca del tiempo que cada promotor destina a las actividades de APS en puestos con dotación de personal diferente, se siguió el criterio propuesto y discutido con el Sr. Angel Portillo, quien es Director Ejecutivo de Agrosalud desde sus inicios y que posee una enorme y continua experiencia de campo, quien fundamentó un supuesto de linearidad respecto del trabajo del promotor. Sobre esta base se asignó igual porcentaje de tiempo a fincas con 1, 2, 3 y 4 promotores. Según la programación de actividades y la experiencia efectiva de la ejecución de las tareas, en cada puesto y con independencia del número de promotores, el 25% del tiempo de cada uno de ellos es destinado a medicina curativa, 15% a inmunizaciones, 5% a desparasitación, 5% a salud bucal, 40% a educación y 10% a administración. Del mismo modo como en el caso del MSPAS, se realizaron ajustes distributivos a actividades finales (Tabla 9-2). Los porcentajes obtenidos para la totalidad de Agrosalud son 21% para Medicina Curativa, 16% para Inmunización, 6% Desparasitación, 5% Salud Bucal y 53% Educación. Este último valor expresa, como ya se dijo, la importancia que se le asigna dentro de este servicio de salud al factor humano y a su comportamiento (o más bien a la modificación de los comportamientos a través de la educación). Los medicamentos se distribuyeron en 86% para Medicina Curativa y en 14% para inmunizaciones; los restantes rubros de costo se distribuyeron siguiendo la proporción de los sueldos (véase Tabla 9-3).

Una vez aplicada la metodología y extraído el total monetario por actividad, se confirma lo que se dijo antes, que las actividades más significativas son las Consultas y la Educación. Estas toman respectivamente el 39.7% y el 37.0% del presupuesto operativo ejecutado (Tabla 9-3 y Figura 9-2). La consulta incluye la actividad que en el caso del MSPAS se identificó como "Tratamientos" (y que representa el suministro de fármacos). "Educación" incluye charlas a miembros de la comunidad y visitas domiciliarias.

---

[52] Agrosalud tiene un convenio con The Population Council, Proyecto INOPAL II, cuyos objetivos son:

a. Desarrollar un sistema computarizado de información para monitorear y evaluar el progreso de cada uno de los programas de planificación familiar;
b. Desarrollar un modelo educacional para promotores y supervisores;
c. Desarrollar guías de supervisión y
d. Implementar un sistema eficiente de abastecimiento de anticonceptivos que cubra totalmente la red de fincas incorporadas.

Con relación a las últimas actividades cumplidas se puede decir que en setiembre/octubre de 1991 se implementa una encuesta sobre utilización de métodos de planificación familiar y temas conexos, en marzo de 1992 se realiza un Seminario en la Ciudad de Guatemala, ("Programa autofinanciado de APS en fincas rurales de Guatemala") y en junio de 1992 se exponen los logros del proyecto y sus implicaciones. Como lo señala un informe reciente, "se espera extender el modelo de Agrosalud y su programa de Orientación Familiar tanto a nuevas fincas que ingresen a la asociación como a instituciones que prestan servicios de salud a la población rural".

TABLA 9-1 - AGROSALUD. DISTRIBUCION DE PERSONAL A ACTIVIDADES FINALES EN PUESTOS DE SALUD
DIFERENCIACION SEGUN EL NUMERO DE PROMOTORES EN EL PUESTO

CONCEPTO	ELEMENTOS DE CALCULO							REMUNERACION TOTAL SEGUN EL NRO. DE PROM. EN EL PUESTO				% DE DISTRIBUCION A ACTIVIDADES FINALES SEGUN Nro. DE PROM.			
	NUMERO DE PROMOTORES				SUPERV.	EDUC.	MED.	UNO	DOS	TRES	SEIS	UNO	DOS	TRES	SEIS
	1	2	3	6	1	1	1								
RECURSO FISICO															
REMUNERACION/AÑO	5,200	10,400	15,600	31,200	1,430	1,430	420								
LEYES SOCIALES	312	624	936	1,872	162	162									
TOTAL ANUAL	5,512	11,024	16,536	33,072	1,592	1,592	420								
ACTIVIDAD (HORAS)															
1 Med. curativa	0.25	0.25	0.25	0.25	0.10		0.05								
2 Inmunización	0.15	0.15	0.15	0.15	0.20	0.05									
3 Desparasitación	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05									
4 Salud Bucal	0.05	0.05	0.05	0.05	0.02	0.05									
5 Educación	0.40	0.40	0.40	0.40	0.33	0.75	0.90								
6 Administración	0.10	0.10	0.10	0.10	0.30	0.10	0.05								
TOTAL DE HORAS	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00								
ACTIVIDAD (REM.)															
1 Med. curativa	1,378	2,756	4,134	8,268	159	0	21	1,558	2,936	4,314	8,448	17	20	21	23
2 Inmunización	827	1,654	2,480	4,961	318	80	0	1,225	2,052	2,878	5,359	13	14	14	15
3 Desparasitación	276	551	827	1,654	80	80	0	435	710	986	1,813	5	5	5	5
4 Salud Bucal	276	551	827	1,654	32	80	0	387	663	938	1,765	4	5	5	5
5 Educación	2,205	4,410	6,614	13,229	525	1,134	378	4,302	6,507	8,712	15,326	47	44	43	42
6 Administración	551	1,102	1,654	3,307	478	159	21	1,209	1,760	2,311	3,965	13	12	11	11
REMUNER. TOTAL	5,512	11,024	16,536	33,072	1,592	1,592	420	9,116	14,626	20,140	36,676	100	100	100	100

FUENTE: AGROSALUD – ADMINISTRACION

ARCHIVO: GT9-1.WK1 RANGE: A1..AQ38 TM: 15 LM: 0.5

NOTA: Los sueldos tomados son los vigentes al mes de julio de 1991.

TABLA 9-2 - AGROSALUD. DISTRIBUCION DE PERSONAL A ACTIVIDADES FINALES SG. NRO. DE PROMOTORES EN EL PUESTO PORCENTAJES DEFINITIVOS

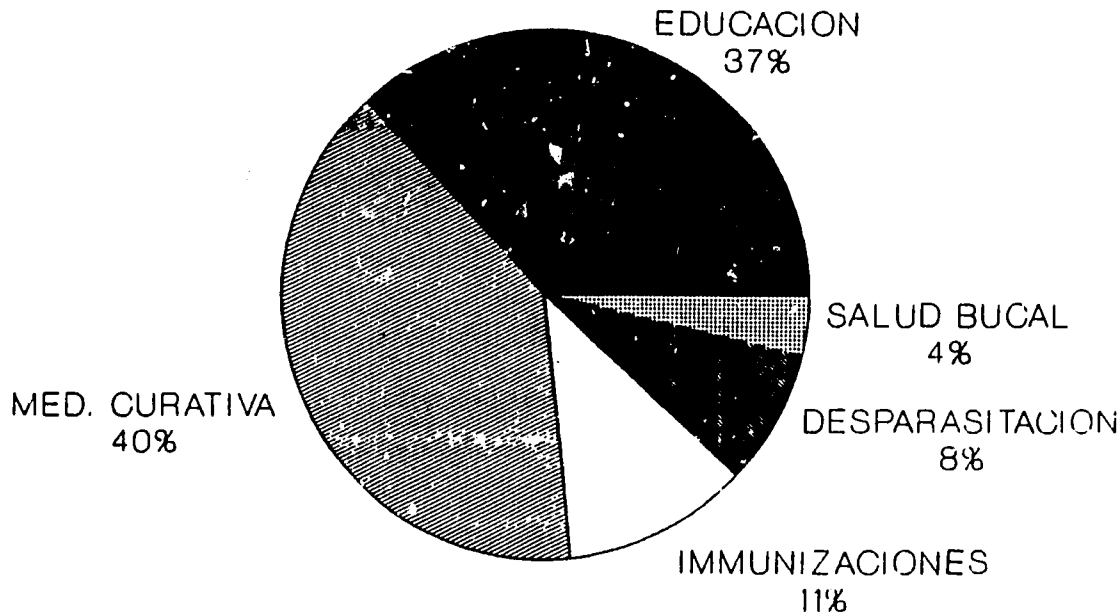
CONCEPTO	TOTAL SIN AJUSTAR % DE DISTR. TOT.-CLASIF. SG. Nro. DE PROM. EN EL PUESTO				PROMEDIO TOTAL PARA AGROSALUD
	UNO	DOS	TRES	SEIS	
NUMERO DE PUESTOS	16	7	2	1	
ACTIVIDAD (REM.)					
1 Med. curativa	17	20	21	23	
2 Inmunización	13	14	14	15	
3 Desparasitación	5	5	5	5	
4 Salud Bucal	4	5	5	5	
5 Educación	47	44	43	42	
SUBTOTAL	67	88	89	89	
6 Administración	13	12	11	11	
REMUNER. TOTAL	100	100	100	100	
ACTIVIDAD (REM.)	PRIMER AJUSTE (ADMINISTR.) NRO. PROMOTORES EN EL PUESTO				
	UNO	DOS	TRES	SEIS	
	PORCENTAJE DE DISTRIBUCION				
1 Med. curativa	20	23	24	26	
2 Inmunización	15	16	16	16	
3 Desparasitación	5	6	6	6	
4 Salud Bucal	5	5	5	5	
5 Educación	54	51	49	47	
TOTAL	100	100	100	100	
ACTIVIDAD (REM.)	2do. AJUSTE (PONDERACION SEGUN NUMERO DE PUESTOS) NRO. PROMOTORES EN EL PUESTO				
	UNO	DOS	TRES	SEIS	
	PORCENTAJE DE DISTRIBUCION				
1 Med. curativa	20	23	24	26	21
2 Inmunización	15	16	16	16	16
3 Desparasitación	5	6	6	6	6
4 Salud Bucal	5	5	5	5	5
5 Educación	54	51	49	47	53
TOTAL	100	100	100	100	100

Archivo: GT9-2.WK1 Range: A1..T58 TM: 1.5 LM: 1.75

FUENTE: AGROSALUD - ADMINISTRACION

FIGURA 9-2
GUATEMALA - AGROSALUD

PROPORCION DEL GASTO EN ACTIVIDADES DE APS

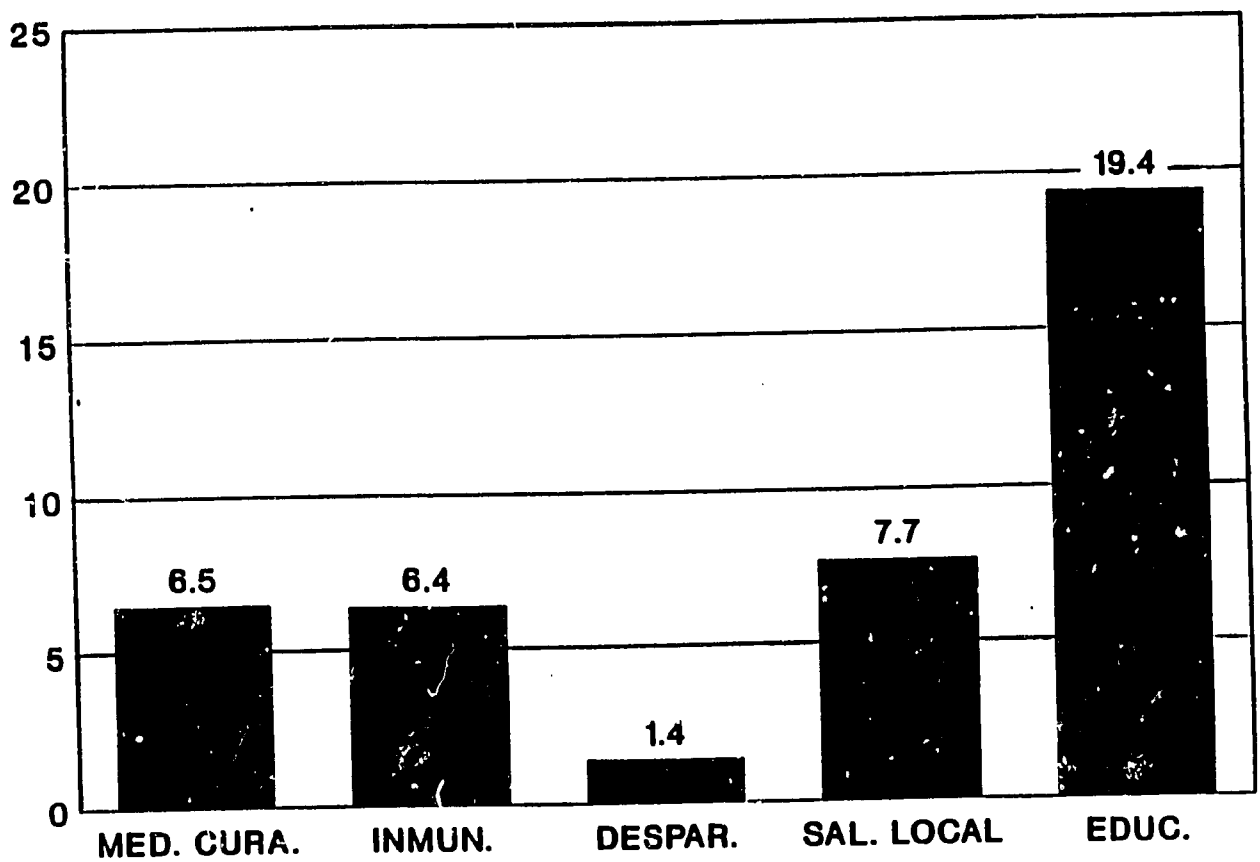


FUENTE: TABLA 9-3

El costo por actividad final de APS asciende en promedio y para el conjunto de Agrosalud a Q 6.50 por consulta de medicina curativa (incluyendo la respectiva medicación); cada inmunización en promedio cuesta Q 6.40 (incluyendo valor imputado por biológicos); desparasitación Q 1.40; salud bucal Q 7.7; las visitas domiciliarias (englobadas bajo "educación") se ubican en Q 19.4. Véase Figura 9-3.

FIGURA 9-3
GUATEMALA - AGROSALUD

COSTO DE LAS ACTIVIDADES DE APS
Año 1990 - Q DE 1990



FUENTE: TABLA 9-3

g. Relacionamiento con el estudio realizado en el caso del MSPAS

Como se ha visto, la tipificación de actividades de Agrosalud es diferente a la que sigue el MSPAS, por lo cual se vuelve difícil comparar componentes de APS uno a uno. Quizás la excepción sea el caso de las consultas. Como se observa en la Tabla 9-3, Agrosalud brindó 37,652 consultas en 1990. Si se descuentan 6,174 consultas que se dieron a trabajadores migratorios y se considera que la población de cobertura se ubica en unas 22,688 personas entre niños y adultos, se obtiene que en promedio y por año se otorgan 1.4 consultas por persona (31,478cons. / 22,688pers.). Se recordará que en el caso del MSPAS los valores son sustancialmente más bajos; si bien no toda la población está cubierta por el Ministerio en el área de Sololá, se vió que en promedio allí se dan solamente 0.31 consultas por año, un valor 4.5 veces menor al de Agrosalud (cf. Tabla 8-7, pág. 147). Si el MSPAS diera consultas en la misma proporción, estaría cubriendo a solamente el 22% de los habitantes de Sololá.

Cuando se pasa a considerar el costo de la consulta se observan valores más bajos en Agrosalud que en el Ministerio. En la misma Tabla 9-3 se indica Q 6.50 como costo de la consulta en Agrosalud, pero se debe recordar que ésta incluye el costo de la medicación (tratamientos). Por consiguiente, corresponde tomar en el caso del MSPAS ambos valores conjuntamente. Nuevamente para el caso de Sololá, dichos costos se ubican en Q 4.46 para el caso de la consulta y en Q 4.12 para los tratamientos, o sea un costo conjunto de Q 8.58 (cf. Tabla 8-7, pág. 147). Es decir que el costo del MSPAS es un 32% superior (Q 8.58 / Q 6.50 = 132%).

Sorprende el costo promedio de las inmunizaciones en este efector privado, igual a Q 6.40, al constituir un valor casi idéntico al de la consulta. A priori se esperaría que el costo de las inmunizaciones fuese menor. Como observación se debe acotar que se ha sumado el valor de las donaciones de vacunas, jeringas, etc., recibidas, cuyo costo se ha imputado; no se hizo esto en el caso del MSPAS, por lo cual no corresponde la comparación, pero cabe mencionar que el valor de PAI es de Q 1.64 para el MSPAS (véase Tabla 8-6, pág. 143).

El costo de "Educación" asciende a Q 19.4 en Agrosalud; representa el costo promedio de la visita domiciliaria, aunque algo sobrevaluada, pues el gasto indicado también cubre el costo de las charlas brindadas a la comunidad. En 1990 se dieron 255 charlas. La visita domiciliaria en el caso del MSPAS, siempre en Sololá, tiene un costo de Q 22.8 (un 18% más alta).

El presupuesto operativo anual de Agrosalud se ha indicado en Tabla 9-3 como igual a Q 620,140. Su apertura en Personal, Medicamentos y Otros Conceptos se ubica en 60.9%, 28.7% y 10.4%, respectivamente. Estas categorías del gasto, en el caso del MSPAS y para Puestos de Salud, se ubican en 49.8%, 42.3% y 7.8%, con las salvedades que se indicaron oportunamente (véase pág. 66 y ss., especialmente pág. 71).

Se recuerda que en el presupuesto operativo de Agrosalud confluyen tres vertientes de financiamiento: el aporte de los finqueros, que se puede estimar en 64% del total, la participación en el costo que realizan los usuarios y que es igual al valor de los medicamentos (Q 177,948, 28.7% del total), el aporte de Acción Social de ANACAFE (Q 26,250, un 4%) y el valor de las donaciones, estimadas en 3.3%. Se reitera que los usuarios de Agrosalud pagan los medicamentos al 55% del valor en que éstos se venden en farmacias comerciales. El finquero y la población, como ya se expresó antes, contribuyen además en materia de inversiones (construcción y mantenimiento del local, construcción de letrinas, acceso al agua potable).

Si bien Agrosalud brinda también asistencia a la población migrante si así lo demanda ésta, se puede considerar como población cubierta a los habitantes que residen en las fincas y que en 1990 ascendían a 22,688 personas. Por consiguiente, se puede determinar con bastante exactitud el monto que Agrosalud gasta por año y por persona:

Q 620,140 / 22,688 personas = Q 27,33 [53]

Es decir, US$ 5,47. Este valor está por debajo de los valores que gasta el MSPAS (véase pp. 19 y 20, US$ 7.87 para 1991), pero se debe relativizar recordando que el gasto del MSPAS incluye a hospitales de segundo y tercer nivel, así como acciones sobre el medio y otras actividades de carácter nacional. Además, qué significa gastar más o gastar menos per cápita? Lo que importa es si lo que se gasta es o no suficiente y si está bien gastado.

Mayor validez, aunque siempre vale la relativización anterior, consiste en comparar situaciones más homogéneas y éstas están dadas por los CSB y los PS del MSPAS. La dificultad consiste en qué cantidad de habitantes tomar como población cubierta por el MSPAS. Acudiendo nuevamente a los valores hallados para Sololá, se tiene que el presupuesto operativo para CSB y PS asciende a Q 1,891,890 (Tabla 8-6, pág. 107). La población asciende a 242,067 habitantes; si se hace la hipótesis (arbitraria) de que el MSPAS cubre al 50%, se tiene que el gasto per cápita del Ministerio en Sololá asciende a Q 15.6, un valor que es el 57% del gasto de Agrosalud. Significa esto que el MSPAS es más eficiente porque ejecuta acciones de APS con menos dinero? Significa que los fondos del MSPAS son insuficientes?

Gastar más o gastar menos por persona no tiene mayor significado si no se toma en cuenta el número de acciones de salud que se brindan, la calidad de las mismas y los problemas de salud a los cuales dichas acciones supuestamente responden. En este estudio no se ha encarado el problema de la calidad de las prestaciones en el MSPAS aunque sí se la evaluó en términos generales en el sector privado, hallándola buena aunque sin cuantificarla. A su vez, se ha visto que la productividad del sector privado es más elevada, o que la población demanda un mayor número de servicios, como se aprecia para el caso de la consulta. (Se recordará que en Agrosalud las personas consultan 4.5 veces más que en el caso del Ministerio y no precisamente porque las personas sean más enfermas). Esto parece estar diciendo que el sector privado no solamente gasta más por persona, sino que parece ser más eficiente y más eficaz que el sector público.

---

[53] El valor está sobrevaluado por el costo de la atención de salud de los trabajadores migratorios (6,174 consultas en un total de 37,652, lo que es un 16%, donde la consulta representa el 40% del costo operativo. La sobrevaluación no es significativa.

En definitiva, la opinión de los promotores entrevistados y del coordinador/administrador general, así como de finqueros y de algunos residentes permite concluir que Agrosalud imprimió un cambio sustantivo en las condiciones de vida prevalecientes entre la población de las fincas.

Se debe tener en cuenta que etnográficamente muchas de las fincas están ubicadas en zonas de grupos culturales indígenas sin acceso a ninguna clase de servicios como los que ahora se están brindando. El cambio introducido por esta organización es importante. El autor considera que el sector público intrínsecamente no está en condiciones de brindar un servicio parecido, pues se brinda en los confines del territorio delimitado por la finca misma, donde viven cientos de personas dentro de pautas y relaciones sociales de gran complejidad donde solamente el sector privado puede actuar con flexibilidad, autonomía, prontitud y adecuación a las necesidades. El servicio, sin embargo, podría ser mejorado mediante la contratación de personal de enfermería profesional y médicos permanentes, en opinión de la experta Anette Bongiovanni. Asimismo, podría ser importante comenzar a encarar junto con ACOGUA y similares asociaciones originadas por la iniciativa de los empleadores, en acuerdo y con la participación del IGSS, las necesidades de atención de segundo nivel (internación hospitalaria).

En definitiva, si bien Agrosalud actúa en lo curativo, el peso de su accionar está en lo preventivo, procurando el mejoramiento de la salud y de las condiciones de vida del trabajador y de su familia.

9.4. *Conclusiones y recomendaciones*

El sector privado de atención de salud en Guatemala no se encuentra en un estadio avanzado de desarrollo en cuanto a la población que protege. Menos aún en lo que se refiere a APS y a acciones preventivas sobre el medio y el estilo de vida. ACOGUA y Agrosalud constituyen dos ejemplos de sistemas altamente eficaces y de bajo costo que presentan una alternativa válida para suministrar servicios de buen nivel a la población. El caso de ACOGUA se acerca más a lo que realiza un CSA del MSPAS, por lo cual no se plantean aquí sus costos. Agrosalud es un esquema diferente, pues se basa en la estrategia de APS, en la participación comunitaria y en la labor de promotores de salud elegidos de entre la misma colectividad local por sus especiales condiciones e idoneidad para la función.

Agrosalud tiene costos de atención bajos. No se desea hacer una comparación con el MSPAS en lo que respecta a datos nacionales, pues como se vió en su oportunidad, los registros del ministerio no son confiables y sesgan la realidad. En el caso de Sololá y tomando los Puestos de Salud y los CSB, se encuentra que el gasto que realiza Agrosalud por persona es más elevado y que la mayor parte de los costos de las acciones de APS son menores que el costo en el MSP. La diferencia, sin embargo, se encuentra dentro de márgenes razonables, lo que indirectamente respalda el grado de confianza que se le puede asignar a los resultados obtenidos y muestra la utilidad de realizar estudios paralelos y relativamente comparables.

En cierta forma, resulta natural esperar que el costo sea más bajo pues las remuneraciones lo son, teniendo en cuenta que un promotor en Agrosalud percibe un salario mensual de Q 400, o sea US$ 80, que es un nivel que se ubica en un 59% del sueldo ministerial de un Auxiliar de Enfermería o de un Técnico en Salud Rural, que se ubican en Q 675, como se obtiene de Tabla 7-1. Además de este aspecto, existe un control y una supervisión mucho mayor en Agrosalud respecto de lo que sucede con los habitantes que viven en cada finca.

En definitiva, la participación comunitaria, el ascenso en el grado de educación de la gente y el cambio en la calidad de vida repercuten en una mejora apreciable en las condiciones sanitarias y en el bienestar. Si bien estos aspectos no fueron cuantificados, fue una opinión generalizada que se recogió y que se pudo apreciar en las visitas de campo realizadas.

Si Agrosalud gasta más per cápita, pero tiene un costo individual más bajo, ello significa que la productividad es mucho más alta. Indirectamente nos está diciendo que la calidad de las prestaciones es vista por los usuarios como buena, pues no solamente las personas acuden más, sino que pagan por los consumos una suma mucho mayor que los usuarios del MSPAS (prácticamente 30% del gasto operativo, frente a 0.90% en el caso del Ministerio).

Agrosalud y ACOGUA son Patronatos para el mejoramiento de la salud de los trabajadores agrícolas, pero no constituyen una experiencia extendida. Hay pues, un gran potencial de expansión. Se debe tener en cuenta que dentro de la actividad económica nacional, el conjunto de establecimientos que se dedican al cultivo del café es elevado y que un importante tramo de la población activa guatemalteca trabaja en esta actividad, especialmente en época de zafra. Estimaciones ubican el pico de trabajadores en 1.000.000 de personas, lo que está indicando las enormes posibilidades de desarrollo social que existe en ANACAFE si el esquema de ACOGUA y de Agrosalud es adoptado por otros finqueros.

Obviamente, se requieren estímulos adecuados por parte del Gobierno para ello, y constituye esto un aspecto que las autoridades deberían considerar. En particular, esto se refiere a exenciones o a reducción de aportes al IGSS, permanentes o temporales, y a préstamos subsidiados o donaciones para que otros finqueros comiencen experiencias similares. Una combinación de regulaciones estatales y estímulos fiscales y pecuniarios puede significar un rápido progreso para vastas secciones de población, liberando fondos del Estado, incorporando recursos empresariales voluntarios al sector salud, estimulando la iniciativa privada en actividades de promoción social sustentadas en principios de justicia distributiva y mutua ayuda y contribuyendo de esa manera a elevar el nivel de vida de la población guatemalteca.

10. EXTENSIONES Y PERSPECTIVAS DEL ESTUDIO REALIZADO

10.1. *Desarrollo de un banco integrado de datos*

Desde el comienzo del proyecto de investigación, cuando se discutieron sus objetivos y su metodología con el personal técnico de la Unidad de Programación del MSPAS, éstos señalaron la importancia que revestía el estudio para las tareas de planificación y programación locales. Dado que se estaban depurando y compatibilizando archivos de información que antes siempre estuvieron desconectados, a saber datos de producción y datos de desembolso presupuestal, se vió de gran utilidad introducir al banco de datos generado, información acerca de variables socio-demográficas. La clave de acceso, como se vió oportunamente, es el código por establecimiento, aunque no toda la información se encuentra al mismo nivel de desagregación.

¿Cuál es la ventaja de tener estos tres grupos de información integrados en un único banco de datos? Entre las muchas ventajas que esto introduce se debe mencionar en primer lugar que las autoridades pueden llamar y visualizar en forma instantánea la información que deseen acerca de cualquier lugar del país, pensando o imaginando vínculos de carácter relacional para extraer conclusiones de política. La existencia de un banco común también permite realizar cruces de información, esto es, extraer localidades, establecimientos, etc., con uno, dos, tres, o ene atributos predeterminados. También se pueden realizar simulaciones, como ser verá más adelante.

La información socio-económica incorporada a la base de datos, que se visualiza como ejemplo en la Tabla 10-1 para la Región Metropolitana, Area Guatemala Sur y Guatemala Norte, y en la Tabla 10-2 para la Región Sur-Oriental, Areas Santa Rosa, Jalapa y Jutiapa, es:

Nivel de distrito:

- Población total
- Familias totales
- Población menor de un año
- Población de 1 a 4 años
- Resto de población
- Nacimientos
- Defunciones
- Tasa de natalidad
- Tasa de mortalidad
- Crecimiento vegetativo
- Densidad

Nivel de área (un área engloba varios distritos):

- Pobreza y extrema pobreza
- Desnutrición
- Tasa de analfabetismo
- Mortalidad infantil
- Mortalidad en menores de 1 a 4 años
- Mortalidad en menores de cinco años

Tabla 10-1 GUATEMALA. MSPAS. INFORMACION DEMOGRAFICA Y SOCIO-ECONOMICA INCORPORADA AL BANCO DE DATOS GENERADO

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

FECHA : 24/02/1992
PAGINA : 1
HORA : 4:50AM

REGION : 1 METROPOLITANA
AREA DE SALUD : 21 Guatemala Norte

DISTRITO	ESTABLECIMIENTO C-A	C-B	CI	PUESTOS NO.	(+)	(-)	TOTAL POBLACION	TOTAL FAMILIAS	TASA NATALI.	TASA MORTAL.	CRECI. VEGET.	DENSIDAD
Número 1		1					112,369	23,029	29.52	8.03	2.14 0/0	5914.16
NUMERO 2		2		2	2		105,649	21,651	29.53	7.60	2.19 0/0	5869.39
LA ALAMEDA		1					101,248	20,749	29.52	7.60	12.49 0/0	5955.76
SAN RAFAEL LA LAGUNA		1		4	4		105,919	21,706	29.51	7.60	2.19 0/0	5884.39
NUEVA CHINAUTLA		1		4	4		54,644	11,198	32.61	7.60	2.50 0/0	758.94
SAN PEDRO AYAMPUC		1		4	4		14,985	3,071	52.45	9.62	4.28 0/0	205.27
PALENCIA		1		7	7		30,532	6,257	46.69	7.25	3.94 0/0	155.78
SAN JOSE DEL GOLFO		1		2	2		4,286	878	39.64	6.73	3.29 0/0	51.02
FRAIJANES		1		1	1		16,136	3,307	24.76	5.93	1.88 0/0	168.08
SAN JOSE PINULA		1		2	2		19,186	3,932	52.78	10.09	4.26 0/0	87.21
ZONA3		1					64,164	13,149	29.52	7.59	2.19 0/0	5833.09
SANTA ELENA III	1						31,794	6,516	29.51	7.61	2.19 0/0	6358.80
TIERRA NUEVA		1					6,071	1,244	32.58	7.47	2.51 0/0	758.87
TOTAL AREA SALUD --->	1	12		26	26		666,983	136,687	32.66	7.72	2.49 0/0	796.87

POBREZA : 86,796 EXTREMA POBREZA : 49,754 DESNUTRICION < 5 A.: 29 0/0 T.ANALFABETISMO : 18 0/0
MORTALIDAD < 5 A. : 14.69 MORTALIDAD 1-4 A. : 4.49 MORTALIDAD INFANTIL : 50.63

REGION : 1 METROPOLITANA
AREA DE SALUD : 22 Guatemala Sur

DISTRITO	ESTABLECIMIENTO C-A	C-B	CI	PUESTOS NO.	(+)	(-)	TOTAL POBLACION	TOTAL FAMILIAS	TASA NATALI.	TASA MORTAL.	CRECI. VEGET.	DENSIDAD
1ERO. DE JULIO		1		1	1		45,701	9,634	29.52	7.59	2.19 0/0	6528.71
CENTRO AMERICA		1					236,917	49,949	29.52	7.60	2.18 0/0	6403.16
JUSTO RUFINO BARRIOS		1					175,906	37,083	29.52	7.65	2.18 0/0	6045.72
NUMERO 14,28,STA.CEC		1		1	1		113,391	23,904	29.52	7.59	2.19 0/0	5967.95
BETHANIA		1					8,169	1,722	29.50	7.56	2.19 0/0	2042.25
MIXCO		1		3	3		291,142	61,396	29.46	7.60	2.19 0/0	2772.78
SAN RAYMUNDO		1		2	2		15,280	3,221	46.44	8.69	3.77 0/0	134.04
SN PEDRO SAC.		1		2	2		17,049	3,594	36.31	8.10	2.82 0/0	355.19
SN JUAN SAC.		1		9	9		64,429	13,582	54.17	10.86	4.34 0/0	266.24
CHUARRANCHO		1		4	4		9,901	2,087	52.32	7.28	4.50 0/0	101.03
STA.CATARINA PINULA		1		1	1		27,185	5,731	29.48	5.08	2.44 0/0	533.04
EL MILAGRO	1			1	1		43,672	9,207	32.59	7.60	2.50 0/0	2729.50
TOTAL AREA SALUD --->	1	11		24	24		1,048,742	215,115	31.75	7.77	2.40 0/0	1369.24

POBREZA : 140,390 EXTREMA POBREZA : 80,476 DESNUTRICION < 5 A.: 29 0/0 T.ANALFABETISMO : 18 0/0
MORTALIDAD < 5 A. : 14.50 MORTALIDAD 1-4 A. : 4.41 MORTALIDAD INFANTIL : 51.01

Tabla 10-2 GUATEMALA. MSPAS. INFORMACION DEMOGRAFICA Y SOCIO-ECONOMICA INCORPORADA AL BANCO DE DATOS GENERADO

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

FECHA : 24/02/1992
PAGINA : 5
HORA : 3:18AM

REGION : 4 SUR-ORIENTAL
AREA DE SALUD : 28 Santa Rosa

DISTRITO		POBLACION MENOR 1 AÑO	POBLACION 1-4 AÑOS	RESTO POBLACION	TOTAL POBLACION	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES
2801	CUILAPA	1,567	5,649	34,814	42,030	1,761	495
2802	BARBERENA	1,505	5,428	33,459	40,392	1,460	334
2804	CASILLAS	626	2,256	13,905	16,787	576	84
2805	SAN RAFAEL LAS FLORE	270	975	6,011	7,256	215	25
2808	CHIQUIMULILLA	1,748	6,304	38,852	46,904	1,668	284
2809	TAXISCO	925	3,334	20,548	24,807	922	145
2810	SANTA MARIA IXHUATAN	742	2,677	1,497	1,922	730	139
2811	GUAZACAPAN	531	1,914	11,800	14,245	357	78
2813	PUEBLO NUEVO VIÑAS	771	2,780	17,136	20,687	693	188
2814	NUEVA SANTA ROSA	1,296	4,671	28,792	34,759	1,249	192
	TOTAL AREA SALUD --->	9,981	35,968	203,820	249,789	9,631	1,964

REGION : 4 SUR-ORIENTAL
AREA DE SALUD : 37 Jalapa

DISTRITO		POBLACION MENOR 1 AÑO	POBLACION 1-4 AÑOS	RESTO POBLACION	TOTAL POBLACION	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES
3701	JALAPA	3,654	12,965	73,516	90,155	3,907	953
3702	SAN PEDRO PINULA	1,378	4,898	27,733	34,009	1,476	298
3703	SAN LUIS JILOTEPEQUE	620	2,205	12,484	15,309	654	126
3704	SAN MANUEL CHAPARRON	259	922	5,221	6,402	202	38
3706	MONJAS	817	2,905	16,447	20,169	549	112
3707	MATAGUESCUINTLA	973	3,457	19,573	24,003	1,041	182
	TOTAL AREA SALUD --->	7,701	27,372	154,974	190,047	7,829	1,709

REGION : 4 SUR-ORIENTAL
AREA DE SALUD : 38 Jutiapa

DISTRITO		POBLACION MENOR 1 AÑO	POBLACION 1-4 AÑOS	RESTO POBLACION	TOTAL POBLACION	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES
3801	JUTIAPA	4,248	16,087	86,986	107,321	4,741	779
3802	EL PROGRESO	714	2,704	14,624	18,042	551	91
3803	SANTA CATARINA MITA	845	3,201	17,309	21,355	667	112
3804	AGUA BLANCA	712	2,695	14,574	17,981	499	71
3805	ASUNCION MITA	1,529	5,792	31,321	38,642	1,301	202
3807	ATESCATEMPA	1,984	7,510	40,611	50,105	1,346	221
3811	COMALAPA	762	2,887	15,609	19,258	534	196
3812	JALPATAGUA	703	2,660	14,386	17,749	748	124
3814	MOYUTA	2,529	9,576	51,779	63,884	2,292	393
	TOTAL AREA SALUD --->	14,026	53,112	287,199	354,337	12,679	2,189
	TOTAL REGION -------->	31,708	116,472	645,993	794,173	30,139	5,862

La información ingresada permitió incluir variables derivadas, a saber densidad (dividiendo la población total entre la superficie de cada distrito), tasas de mortalidad y natalidad y crecimiento vegetativo. La información ingresada se obtuvo de los archivos de la UI del MSPAS mediante elaboración de un programa de captación específico. Las Tablas 10-1 y 10-2 complementan los ejemplos dados en el capítulo 6, Tablas 6-1, 6-2 y 6-3 (pp 99, 101 y 102), en que se mostraron salidas de emisión con los datos de consultas, PAI, IRA y TRO.

Se debe recordar que el banco de datos también integra información acerca del gasto desagregado en "personal", "medicamentos" y "otros conceptos", las funciones de producción de los diversos componentes de APS por clase de establecimiento, y el costo de cada acción final de APS, siempre establecimiento por establecimiento.

La gran ventaja de poseer un banco de datos integrado de este tipo consiste en que cada variable (o variables construídas a partir de las originales) se transforma en una puerta de ingreso a las restantes y que éstas se pueden clasificar o jerarquizar según criterios preestablecidos. El proyecto ha financiado el desarrollo de un modelo de computación que permite este tipo de jerarquización direccionada y que se ha denominado "GLIFO" en honor al sistema de cómputo de los Antiguos Mayas.

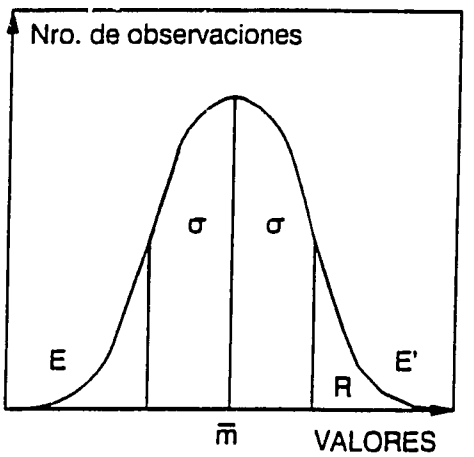
10.2. *Criterio de presupuestación ordinario vs. selectivo y focalizado*

Todo administrador de recursos escasos -y el administrador de servicios de salud lo es por excelencia- se ve enfrentado al problema de cómo obtener el máximo impacto con lo poco que tiene para desembolsar. Si quien toma las decisiones pudiera estratificar sus gastos de modo de jerarquizarlos por orden de importancia o de prioridades de política, obviamente podría obtener resultados mucho más elevados con los mismos recursos disponibles. En otras palabras, si los decisores de política pudieran direccionar los recursos en forma selectiva hacia aquellas poblaciones o hacia aquellos problemas estimados de mayor importancia nacional o local, en dicho caso lograrían impactos mucho más significativos con los recursos que les fueron asignados. Precisamente, la información incorporada ahora al banco de datos permite direccionar los recursos en base a riesgos o en base a variables que se pueden asociar con riesgo o con mayor grado de problematicidad, pero también sobre la base de otros parámetros, como por ejemplo el costo de APS hallado, apartamientos de una norma preestablecida, etc. Esta posibilidad introduce un cambio cualitativo al manejo de la información y a la toma de decisiones. En efecto, el enfoque presupuestal ordinario consiste en asignar recursos iguales a cada establecimiento de una misma clase. Así, el presupuesto de un CSB, de un PSMI, etc., es en general el mismo, como se aprecia al visualizar la apertura por rubro de costos del presupuesto de cada establecimiento (véase Volumen II, Anexo A, Cuadro 7, páginas 28 a 51). Este método de presupuestación es simple y directo y se basa en la hipótesis implícita de que la red de establecimientos, esto es, el número de PSMI, PSMII y CSB en cada distrito, se corresponde con las necesidades de la población. Ya se ha visto que este es un supuesto falso: la distribución geográfica de la asignación de recursos es desigual y no responde a la población de residencia ni a sus necesidades sentidas. El modelo GLIFO permite reordenar y jerarquizar establecimientos y modificar la asignación presupuestal tradicional, direccionando recursos en forma focalizada.

Veamos un ejemplo de enfoque selectivo y focalizado. Se dijo con anterioridad que la presente investigación permite convertir a cada establecimiento en patrón de referencia respecto de los restantes, en particular el promedio del conjunto de valores, lo que introduce la posibilidad de imitar la racionalidad y mecánica de un sistema competitivo. Esto atañe tanto a la productividad de los servicios, a los costos hallados, como a las variables socio-económicas del banco de datos. Tomemos como ejemplo el caso del costo de la consulta. Recordemos a su vez que Guatemala está dividida en 8 regiones de salud, 24 áreas y 220 distritos, y que hay 188 CSB y 751 PS. El costo hallado para cada uno de estos 939 establecmientos es el promedio del costo de las consultas otorgadas durante todo un año (1989). Estos 939 valores a su vez tienen un promedio, igual a Q 20.65 (el ejercicio de aplicación local en Sololá permitió hallar un valor de Q 4.20). El apartamiento de cada uno de estos 939 valores respecto del promedio puede ser considerado el "error" o la desviación observada en cada caso. En consecuencia, se puede aplicar teoría de los errores y todo el arsenal estadístico-matemático consiguiente. La distribución de un conjunto de valores equiprobables en torno a su promedio sigue una distribución de frecuencias según una curva llamada normal o de Gauss, curva a la que se adapta la mayor parte de los fenómenos de la naturaleza (véase Figura 10-1). Las características de la función normal, consisten en que media, mediana y modo coinciden y dividen en dos partes iguales al conjunto de los valores observados. El 34% de los valores se distribuye simétricamente a una distancia de la media igual a una desviación estándar y el 48% a dos desviaciones estándar. [54] Dependiendo del problema, la necesidad de un administrador puede ser reducir los apartamientos del promedio por exceso, por defecto, o ambos.

FIGURA 10-1

ENFOQUE FOCALIZADO AL RIESGO
CURVA NORMAL



m̄: Promedio

---

[54] La variable dependiente o explicada "y" (número de observaciones o casos) se ajusta a la siguiente función matemática de las magnitudes observadas :

$$y = f(x) = ke^{-\frac{1}{2}x^2}$$

El número de valores observados de cualquier variable aleatoria se distribuye en torno al promedio de las observaciones ajustándose a esta curva, que es simétrica respecto de la media. La curva normal estándar N(0,1) se construye a partir de los valores observados y se define por los valores paramétricos $\bar{x} = 0$ y $\sigma^2 = 1$ (media cero y varianza igual a 1):

$$y = ke^{-\frac{1}{2}x^2} \quad donde \quad x = \frac{(x-\bar{x})}{\sigma}$$

Por ejemplo, si existe una norma respecto de la duración de la estancia hospitalaria, un administrador de salud tanto desea extender las que son demasiado breves para una plena recuperación del paciente, como aquellas que son demasiado extensas de un punto de vista médico y de costos. En otros casos el administrador tiene necesidad de reducir los valores más altos, esto es, la mitad hacia la derecha de la media. Si se desea reducir la mortalidad infantil, por ejemplo, un enfoque que no es direccionado al riesgo procuraría reducir la mortalidad en todos los estratos de ocurrencia; un enfoque focalizado al riesgo concentraría el esfuerzo en los valores más elevados. Esta estrategia no solo es más costo/efectiva para reducir la mortalidad, sino que lo hace con mucho mayor rapidez. En nuestro caso, en lugar de reducir mortalidad, queremos reducir el costo de la consulta. Al tener la distribución de los valores en torno al promedio, el administrador puede actuar sobre el conjunto de valores más alejados (región R en la curva normal dibujada).

El enfoque presupuestal normal no repara en este hecho y aplica los recursos en forma igualitaria. Si en lugar de proceder de esta manera se direccionaran los recursos hacia la región "R" donde los valores son más alejados del promedio, se obtendrían cambios sustantivos en forma rápida. Así, por ejemplo, si se clasificaran los PSMII según el costo de la consulta, su distribución en torno al costo promedio seguiría una curva normal de este tipo, y si en lugar de tratar de bajar el costo promedio de cada PSMII las autoridades concentraran su acción (y sus recursos) en aquellos cuyo costo fuese más alto (extremo derecho de la curva), en dicho caso los resultados serían mucho más inmediatos y el costo promedio general bajara mucho más rápido. Lo mismo se puede hacer para la incidencia de PAI, TRO, el número de consultas por habitante, y así sucesivamente.

El promedio y la desviación estándar o cualquier otro indicador de dispersión son estadísticos útiles, aún si la curva de frecuencias empíricas no se adapta a una curva normal y es, por ejemplo, sesgada hacia la derecha, bimodal, etc. la mortalidad infantil no es equiprobable sino que tiene mayor prevalencia, por ejemplo, entre poblaciones rurales, pobres y de baja cultura. Lo que se aplica en dichos casos es análisis por cohortes y criterios de mayor verosimilitud de ocurrencia. En eso consiste el enfoque al mayor riesgo.

Si bien existe consenso entre los administradores de salud en que este enfoque al riesgo es la estrategia más indicada, en general no se puede hacer porque los salubristas no disponen la información relevante, y si acaso la poseen, no pueden aplicarle métodos de procesamiento electrónico para manejarla. Guatemala en este momento es una excepción: tiene el modelo GLIFO para usar, como se explicitará más tarde en el numeral 10.4.

10.3. *El modelo de computación GLIFO*

GLIFO constituye un modelo de computación que puede ser utilizado en cualquier computador personal. Es de carácter interactivo y está diseñado de modo que sea amistoso al usuario. Eso significa que cualquier persona puede acceder a la información según diversas llaves de ingreso que le aparecen indicadas en la pantalla del computador. En la Figura 10-2 se ejemplifica una pantalla o menú de información donde se accede por criterio de agregación geográfica, a saber distrito, area, o región.

La segunda pantalla de la Figura 10-2 está diciendo que la persona digitó "Distrito"; en su encabezamiento el programa ahora le está solicitando al usuario que ingrese el código de algún "Distrito en Particular" (existe un manual con los números que corresponden a cada distrito y los usuarios lo manejan). La pantalla en sí está mostrando distritos de la Región VI; se aprecia que figura el número de establecimientos por tipo, la población total residente en el distrito y la densidad de habitantes por kilómetro cuadrado.

La pantalla que corresponde a "Areas del País" (que no se incluye aquí) presenta el respectivo código, su nombre y las familias que se encuentran en pobreza y en extrema pobreza en cada una de esas áreas. La pantalla por "Regiones del País" hace lo propio para éstas. Hay otras pantallas, no transcritas en este documento, donde aparecen los restantes datos socio-económicos y demográficos por área.

FIGURA 10-2
GUATEMALA - MSPAS
PANTALLA DE INGRESO POR LOCALIZACION GEOGRAFICA

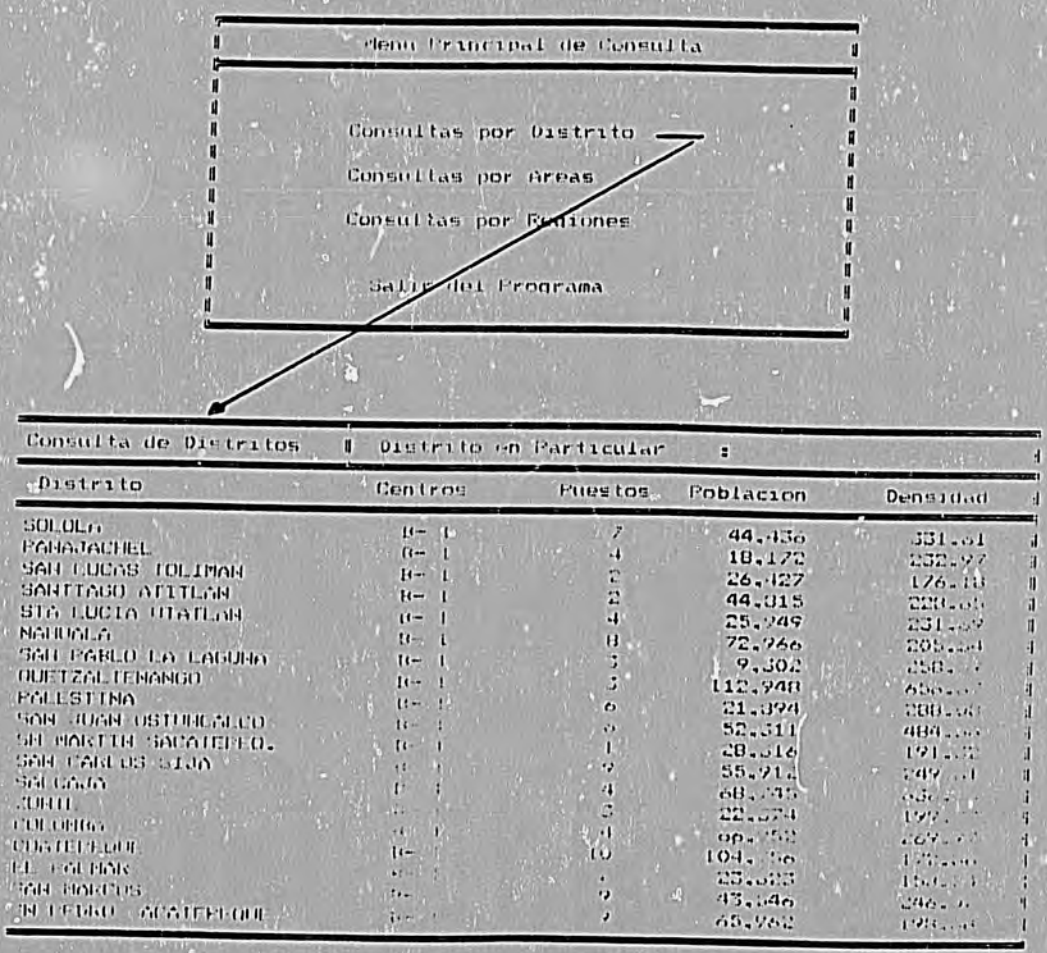
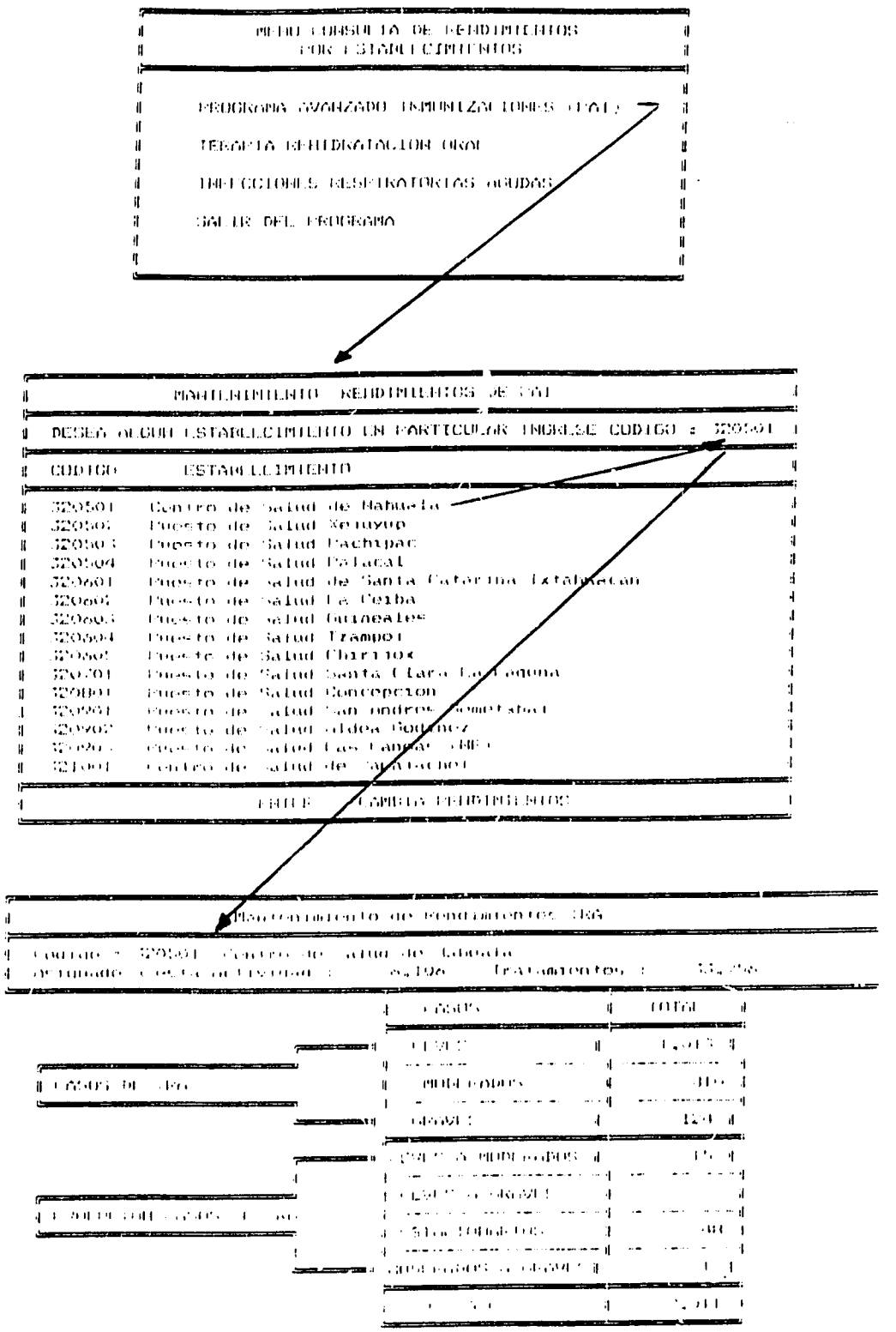


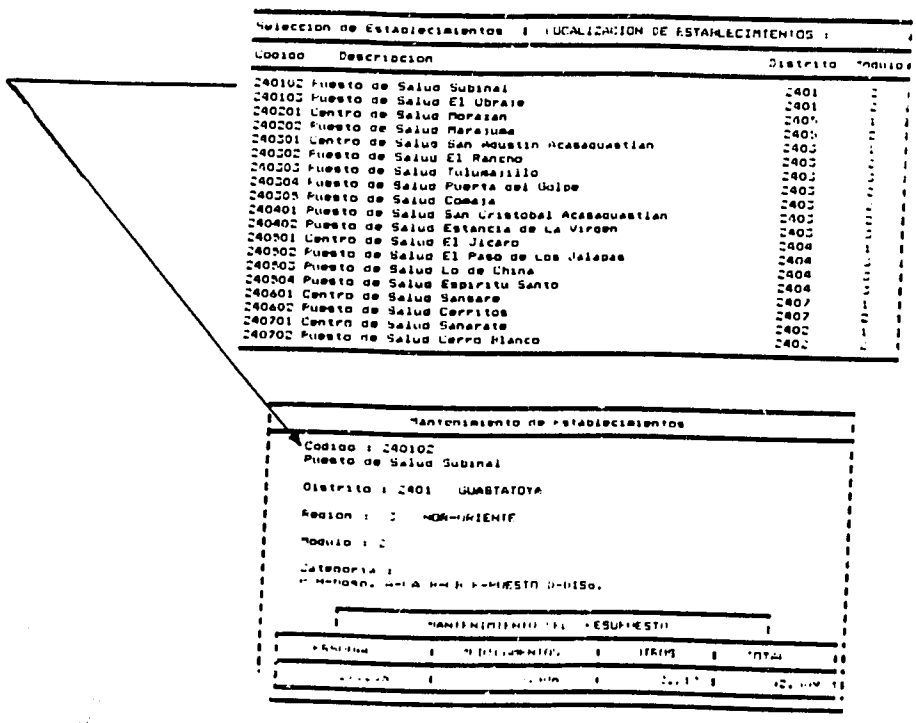
FIGURA 10-3
GUATEMALA - MSPAS
PANTALLA DE INGRESO POR PRODUCCION DE PAI, IRA Y TRO



Las pantallas indicadas en la Figura 10-3 muestran en primer lugar el menú principal, que permite al usuario acceder a la producción histórica por establecimiento para los programas de PAI, IRA y TRO. En la pantalla que le sigue se presenta el caso de PAI, y el programa pide que se ingrese el código de algún establecimiento en particular. El usuario digitó "320501", que corresponde al Centro de Salud de Nahualá y que se presenta en la tercer pantalla. En ésta se indican los casos de IRA según su carácter de leves, moderados y graves y su evolución; también se indica que los datos corresponde a 1990. Hay otra pantalla, no incluída, donde se incluye, también para Nahualá, el número de tratamientos específicos otorgados (tipo de medicación utilizada). El programa está diseñado de tal manera que el usuario puede cambiar los rendimientos indicados.

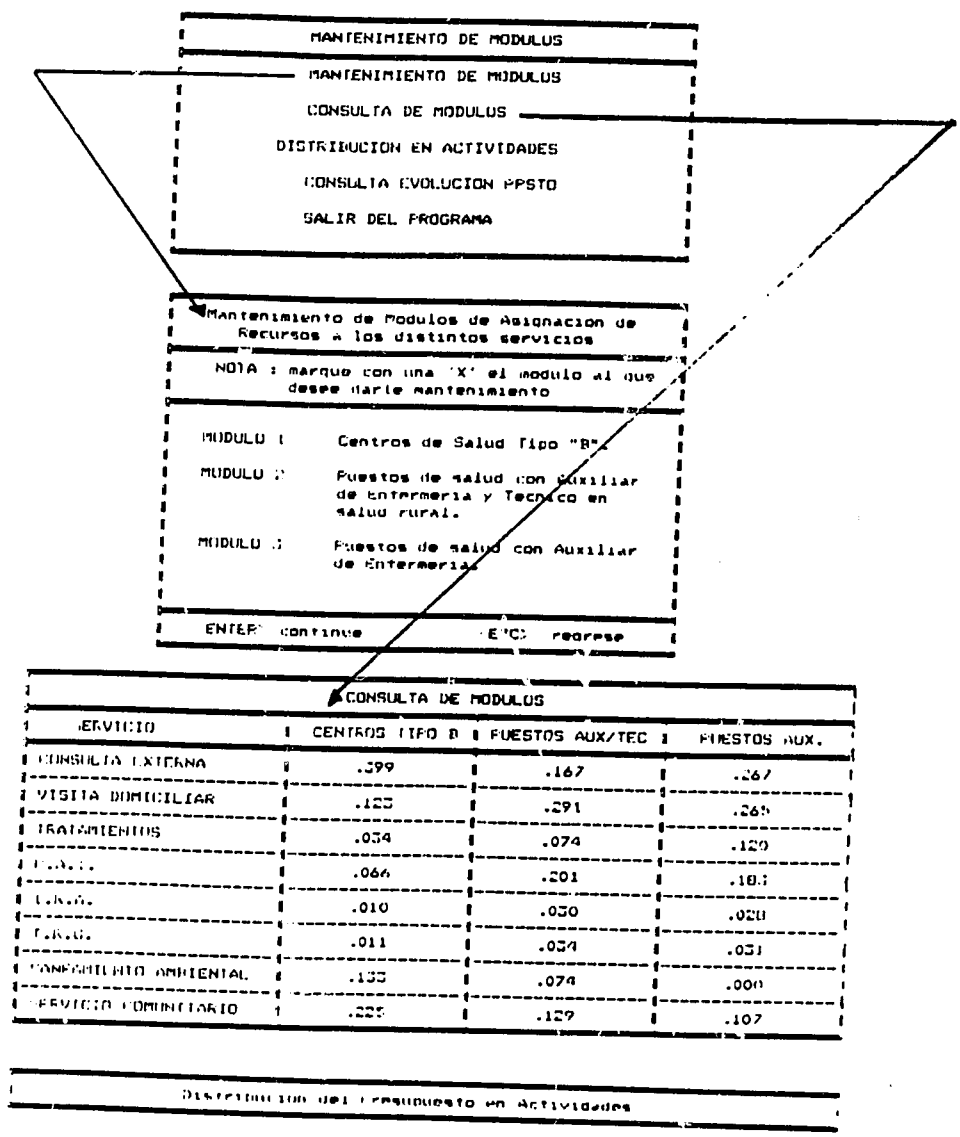
Hasta el momento se ha visto la manera en que GLIFO permite que el usuario acceda a datos de producción. También puede modificarlos. El modelo está diseñado para hacer lo mismo en materia de presupuestos: se pueden modificar los desembolsos o las partidas presupuestales previstas para establecimientos específicos, por categoría de gasto (personal, medicamentos y otros). Esto es lo que se observa en la Figura 10-3, con la peculiaridad de que la digitación de entrada fue en ese caso el establecimiento (PS Subinal). Pero también se puede acceder a la información de "presupuesto" por una pantalla específica a este conjunto de variables.

FIGURA 10-4
GUATEMALA - MSPAS
PANTALLA DE MANTENIMIENTO DE PRESUPUESTO



En la Figura 10-5 se transcribe la pantalla denominada "Mantenimiento de Módulos", que tiene las siguientes aperturas: Mantenimiento de Módulos, Consulta de Módulos, Distribución de Actividades y Consulta Evolución PPSTO. En forma inmediata se indica la pantalla que se obtiene al digitar "Mantenimiento de Módulos", y en forma subsiguiente la pantalla "Consulta de Módulos", que no es más que la posibilidad de modificar la estructura de la función de producción especificada, esto es, cambiar los porcentajes asignados a cada componente de APS. Es decir, se está mostrando cómo el modelo habilita a modificar los criterios de asignación de costos entre actividades de APS diferentes.

FIGURA 10-5
GUATEMALA - MSPAS
PANTALLA DE MANTENIMIENTO DE MODULOS



10.4. *Extensiones y simulaciones*

Las pantallas que se han descrito ejemplifican diversas formas o caminos de acceder a los datos y de introducir cambios en los valores numéricos o paramétricos. Constituye una utilización "descriptiva" del banco de datos, en el sentido de que son maneras de ir a la fuente y de presentar los datos tal cuales.

Aún siendo un sustancial cambio respecto de la situación actual en lo que atañe a manejo, uso y acceso a la información, no deja de ser sin embargo un empleo muy limitado del modelo GLIFO en comparación con lo que éste permite.

En efecto, un banco de datos con variables y atributos de diverso tipo permite establecer relaciones funcionales y cruces de datos, tan complejos y refinados como el usuario lo desee. Mediante la elaboración de programas o "macros" se puede "pedir" que la información sea presentada según clasificaciones predeterminadas. También se puede ordenar la información de acuerdo a criterios o atributos preestablecidos, habilitando a orientar recursos en base a una intencionalidad selectiva.

Se pasan a ejemplificar posibles criterios de selección de establecimientos, distritos, áreas o regiones (el grado de desagregación también puede ser solicitado al banco de datos).

Según un variable (o atributo):

- Ordenar establecimientos según costos decrecientes de (→ consultas, → PAI, → IRA, → TRO), y criterio geográfico (→ a nivel nacional, → por región, → por área, → por distrito)
- Ordenar establecimientos según número creciente de (→ consultas, → PAI, → IRA, → TRO) por habitante
- Ordenar establecimientos según mortalidad infantil decreciente
- Ordenar áeas según niveles de pobreza decrecientes
- Ordenar distritos según concentración de habitantes
- Ordenar establecimientos según prevalencia decrecientes de diarrea
- Etc.

El ordenamiento según una variable y la posibilidad de establecer regiones críticas o de mayor prioridad se ilustró en la página 179 cuando se describió la distribución normal y sus aplicaciones.

Según dos variables (o atributos):

- Según costo decreciente de consulta y TRO
- Ordenamiento de los datos según mortalidad infantil y tasa de natalidad
- Según mortalidad infantil y concentración poblacional
- Según mortalidad infantil y casos de diarrea
- Etc.

Según tres variables (o atributos):

- Según costo decreciente de consulta, TRO y PAI
- Según mortalidad infantil, tasa de natalidad y concentración
- Según mortalidad infantil, tasa de natalidad y casos de diarrea
- Según casos de IRA, diarreas y nivel de educación
- Etc.

Los ejemplos pueden ser tantos, como combinaciones de variables tomadas de dos en dos, tres en tres, cuatro en cuatro, etc. Las clasificaciones resultantes permiten concentrar los recursos en aquellos problemas o combinación de problemas que las autoridades estimen más urgentes o importantes para ser resueltos. Por ejemplo, si se pueden ordenar las áreas, los distritos y los establecimientos según prevalencias descendentes, las autoridades pueden localizar sus acciones en aquellos lugares donde la problemática sea más alta. Si de desea aumentar el número de consultas, se ordenan los establecimientos en forma ascendente de acuerdo con el número de consultas por habitante; los primeros 94 establecimientos indican el 10% donde la productividad es más baja, etc. Si las autoridades desean analizar la incidencia y los costos de PAI, pueden ordenar los establecimientos en forma ascendente según el número de PAI por población menor de 5 años y en forma de costo descendente. Este es un caso de estratificación según dos variables: se ataca cobertura (objetivo: ampliarla) y se atacan costos (objetivo: reducirlo), y así en más.

Cuanto mayor es el número de atributos que se tomen, menor es la cantidad de casos seleccionados. Si por ejemplo se han listado todos los lugares donde la tasa de natalidad es mayor a 2.5% y se obtuvieron 150, este grupo a su vez se puede ordenar en función de la tasa de mortalidad, y elegir por ejemplo los primeros 80 con tasa más elevada. De este grupo puedo elegir la mitad según donde la prevalencia de IRA sea mayor. El grupo seleccionado recibe tres atributos: tasa de natalidad igual o mayor del 2.5%, tasa de mortalidad alta, y finalmente IRA elevado. Actuar sobre este subgrupo de riesgo reviste mayor impacto que actuar sobre poblaciones elegidas al azar o no jerarquizadas según problemas.

En definitiva, el modelo permite, entre otras opciones y aplicaciones, emplear criterios de verosimilitud o riesgo, en el sentido de utilizar conocimiento a priori acerca de los factores que tienen mayor incidencia en la determinación de problemas específicos. Por ejemplo, se sabe que el riesgo en el parto y que la mortalidad infantil asume su mayor valor entre mujeres analfabetas primerizas, no casadas y en situación de pobreza. Si el sistema de información permite detectar de antemano dónde se concentra el mayor número de mujeres en esta situación, se pueden

planificar acciones que en muy poco tiempo conducirán a una sustancial reducción de la mortalidad en este grupo, lo que a su vez repercutirá en una apreciable baja en la mortalidad general pues se estaría afectando el extremo más hacia la derecha y alejado de la curva. Como ya se dijo, reducir el extremo más alejado hacia la derecha del promedio -valores por exceso- no sólo es más fácil, sino que es la forma más efectiva para reducir el promedio general. En oposición, reducir el extremo inferior es muy difícil y los cambios que se obtengan inciden poco en el promedio. En otras palabras, es más fácil bajar la mortalidad cuando los niveles se encuentran por ejemplo por encima de 90‰ que bajar la mortalidad en poblaciones cuyo nivel se ubica en 30‰; el promedio puede estar ubicado en 60‰).

En la Tabla 10-3 se presenta un ejemplo de estratificación de distritos según dos variables: mortalidad infantil creciente y natalidad. De los 220 distritos se eligieron arbitrariamente 8 ubicados en distintas áreas de salud. La mortalidad asciende de 28.6‰ en Huehetanango a 92.1‰ en Nebaj; el promedio aritmético simple se ubica en 62.3‰. Los distritos se seleccionaron de tal modo que dentro de un entorno de valores similares de mortalidad, se tomaron aquellos que tenían natalidad más alta. Este último parámetro varía de un mínimo de 21.29‰ (D1: Santa Ana Huista) a un máximo de 48.48‰ (D3: Teculután).

TABLA 10-3. EJEMPLO DE ESTRATIFICACION DE DISTRITOS SEGUN DOS VARIABLES.
PRIMER CRITERIO: MORTALIDAD INFANTIL CRECIENTE. SEGUNDO CRITERIO: TASA DE NATALIDAD.

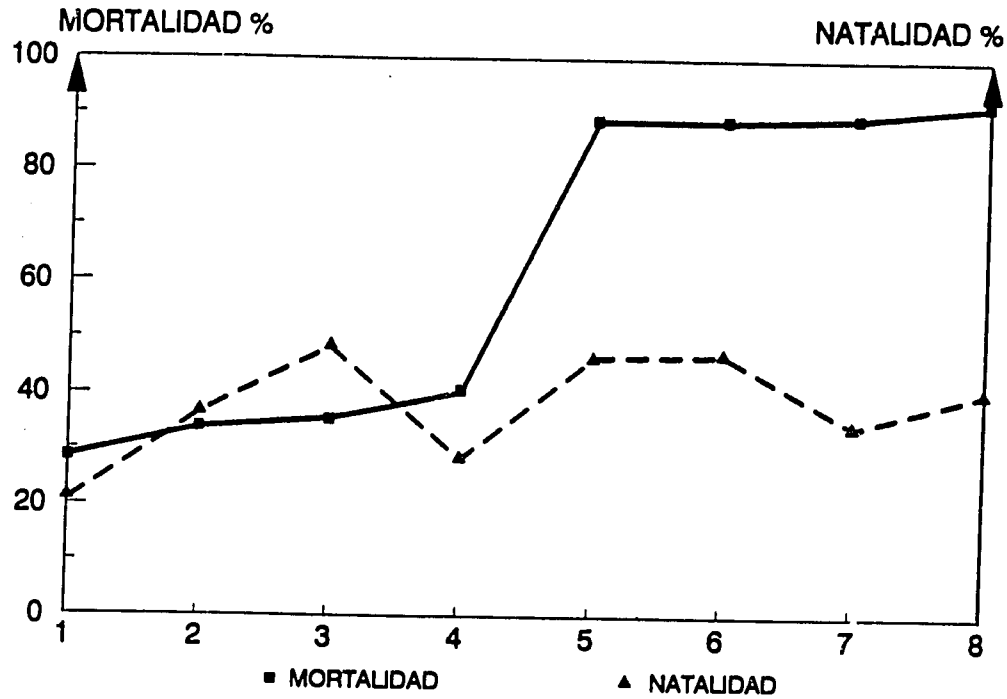
DISTRITO		AREA	MORTALIDAD (1)			NATALIDAD (3)		
			0/oo	INDICE (2)		0/oo	INDICE (2)	
D1	STA. ANA HUISTA	HUEHUETENANGO	28.6	100.0	45.9	21.29	100.0	56.2
D2	LIVINGSTON	IZABAL	34.1	119.2	54.7	36.72	172.5	96.9
D3	TECULUTAN	ZACAPA	35.4	123.8	56.8	48.48	227.7	127.9
D4	AGUA BLANCA	JUTIAPA	40.7	142.3	65.3	28.58	134.2	75.4
D5	SAN RAYMUNDO	GUAT. - SUR	88.9	310.8	142.7	46.44	218.1	122.5
D6	COBAN	ALTA VERACRUZ	89.0	311.2	142.9	47.03	220.9	124.1
D7	STGO. ATITLAN	SOLOLA	89.6	313.3	143.8	34.31	161.2	90.5
D8	NEBAJ	EL QUICHE	92.1	322.0	147.8	40.41	189.8	106.6
PROMEDIO		PROMEDIO (4)	62.3	217.8	100.0	37.9	178.1	100.0

Archivo: GT10-3.wk1 R: A1..V27 LM : .9" TM: 3.4"

FUENTE: APLICACION DEL MODELO GLIFO AL BANCO DE DATOS.
(1) Criterio de ordenación de los distritos seleccionados. Tasa por 1000.
(2) Indices respecto del valor más bajo y según el promedio.
(3) Tasa por 1000
(4) Promedio aritmético simple.

En la Figura 10-6 se representan los valores de ambas variables por separado para cada distrito. Se observa que no siempre valores altos de un indicador están correlacionados con valores altos del otro, aunque existe una tendencia a que así sea.

FIGURA 10-6
GUATEMALA
MODELO GLIFO-SELECCION ESTRATIFICADA DE DOS VARIABLES:MORTALIDAD* Y NATALIDAD



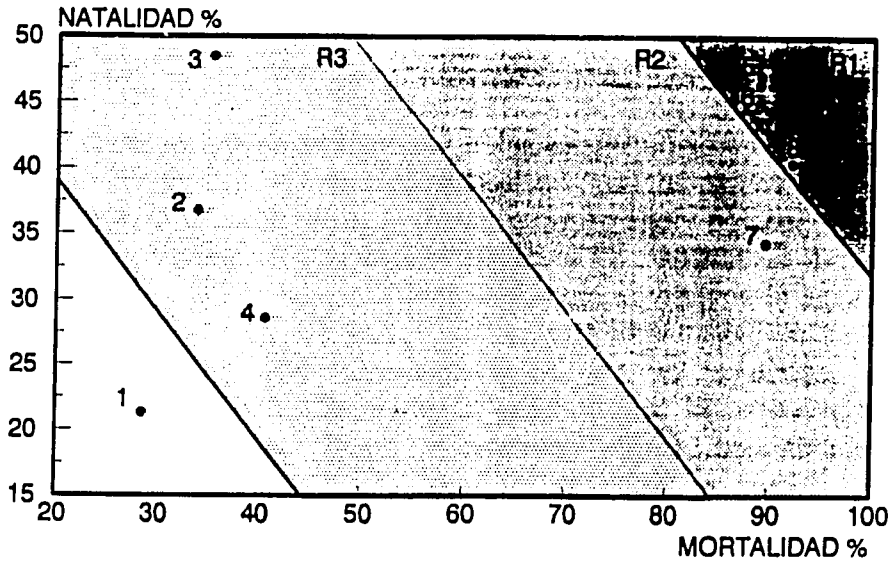
	DISTRITO	MORTALIDAD	NATALIDAD
1	SANTA ANA HUISTA	28.6	21.29
2	LIVINGSTON	34.0	36.72
3	TELCULUTAN	35.4	48.48
4	AGUA BLANCA	40.7	28.58
5	SAN RAYMUNDO	88.9	46.44
6	COBAN	89.0	47.03
7	STGO. ATITLAN	89.6	34.31
8	NEBAJ	92.1	40.41

FUENTE: APLICACION DEL MODELO GLIFO AL BANCO DE DATOS

* VARIABLE DE JERARQUIZACION

Si un decisor de política quisiera maximizar el impacto de los recursos disponibles respecto de ambos factores de riesgo, ¿qué criterio tendría que seguir? Se debe tener en cuenta que en el ejemplo elegido, reducir la mortalidad infantil automáticamente implica incrementar el crecimiento demográfico si la natalidad permanece constante. En la Figura 10-7 se grafica la mortalidad y la natalidad en cada eje ortogonal, de modo que cada pareja de valores designa un distrito. El "riesgo" crece a medida que los valores se alejan del origen. Se han establecido cuatro regiones críticas R1, R2, R2 y R4, que definen grados de riesgo diferentes. La esquina superior derecha R1 es la de riesgo y de prioridad mayor: los distritos seleccionados en este ejemplo son San Raymundo, Cobán y Nebaj. El mismo método se puede aplicar para cualesquiera dos variables que se seleccionen como objetivo de política. La estrategia de estratificación - concentración permite un uso más efectivo de los recursos disponibles y una mayor probabilidad en lograr obtener los objetivos de política.

FIGURA 10-7
GUATEMALA
MODELO GLIFO-SELECCION ESTRATIFICADA DE DOS VARIABLES:MORTALIDAD Y NATALIDAD



	DISTRITO	MORTALIDAD	NATALIDAD
1	SANTA ANA HUISTA	28.6	21.29
2	LIVINGSTON	34.0	36.72
3	TELCULUTAN	35.4	48.48
4	AGUA BLANCA	40.7	28.58
5	SAN RAYMUNDO	88.9	46.44
6	COBAN	89.0	47.03
7	STGO. ATITLAN	89.6	34.31
8	NEBAJ	92.1	40.41

FUENTE: APLICACION DEL MODELO GLIFO AL BANCO DE DATOS

Siguiendo con el ejemplo elegido, se puede utilizar la información histórica o el conocimiento generalmente aceptado en materia de salud pública para seleccionar las acciones que se sabe son más efectivas para bajar la mortalidad infantil: consultas, parto institucional, visitas domiciliarias, educación para la salud, planificación familiar, etc. Cada una de estas actividades está tipificada para cada tipo de establecimiento en lo que hemos llamado la "función de producción" del modelo. A su vez, está indicado el monto presupuestal asignado a cada establecimiento y cómo se distribuye entre actividades (por tiempo y por gasto efectivo).

De modo que el jerarca que desea encarar este problema de la mortalidad infantil, puede revertir el proceso presupuestal del siguiente modo. Parte del objetivo al cual desea llegar: tantas consultas, tantas visitas domiciliarias, tantos partos atendidos, tantas charlas a dar, etc. Si acaso tiene una estimación del efecto de cada una de estas acciones sobre la variable que desea modificar, puede prever en qué grado variará. Y si no tiene dicha estimación, la puede calcular a posteriori al introducir en el banco de datos la información histórica que el propio sistema genera (sólo se requiere una serie histórica conveniente y cálculo matricial multifactorial). Pero con independencia del resultado o impacto sobre la población o sobre el problema objetivo (la mortalidad infantil en nuestro ejemplo), puede calcular la combinación de recursos necesaria para producir las acciones previstas o programadas (número de horas, número de personas, remuneraciones, etc.). Es decir que puede presupuestar sus necesidades y detectar -apelando a la información histórica registrada en el banco de información- dónde se encuentran sus "cuellos de botella" o nodos de estrangulamiento. En otras palabras, dónde se debe reforzar la dotación de recursos existentes y en cuánto.

De esta forma el proceso de presupuestación se convierte en una parte del enfoque de problemas. Estos últimos a su vez se analizan en base a riesgos y a prioridades nacionales y locales. Es decir que la planificación viene primero, luego la programación de actividades y por último la presupuestación de las mismas. Ya se ha explicitado este mecanismo y su inserción en el proceso de desarrollo local al analizar el caso de Sololá.

Lo que se ha descrito es un caso de extensión del modelo en el sentido de una aplicación predictiva y proyectiva. El sistema habilita simulaciones alternativas y su evaluación ex-ante, para elegir aquella opción más conveniente según algún criterio predeterminado por las autoridades (en función del problema, en función de las restricciones de recursos, en función de otros servicios de salud no-ministeriales actuando en el área y así sucesivamente.[55]

---

[55] Para extender el uso del modelo y, en general, iniciar el tratamiento cuantitativo de la información que se recolecta en el MSPAS, se requiere instalar computadoras personales en cada Región de Salud y en cada Area, además de reforzar el nivel central. Las siguientes son las características técnicas mínimas que deberían contar los equipos.

Especificaciones del Equipo:

Microcomputadoras con procesadores tipo Intel 80386 de 25 Mb y cache de 64K o más.

- 1 Mb de memoria principal o más
- Disco duro de 60 Mb o más / De 200 Mb si se incorpora en forma continua la información de

10.5. *Conclusiones y recomendaciones*

El sistema de información desarrollado constituye una poderosa herramienta para la gestión ministerial y la dirección, supervisión, seguimiento y control de actividades. También permite planificar, programar y presupuestar. En el capítulo 8 se han señalado algunas condiciones necesarias para que la metodología que se ha descrito pueda aplicarse exitosamente y en particular, para aplicar el modelo GLIFO en forma generalizada. Nos remitimos a lo indicado, sin perjuicio de la siguiente síntesis:

- Utilizar el banco de datos a nivel de las jerarquías máximas del Ministerio (nivel conducción y nivel técnico-político superior) y a nivel regional. En etapas subsiguientes, a nivel de área.

- Seleccionar un área piloto para integar GLIFO en el proceso de desarrollo local (se sugiere Sololá)

- Asignar computadoras personales a nivel central (Unidad de Programación)

- Asignar computadoras personales en Sololá

- Reforzar el personal técnico de la Unidad de Programación en el nivel central, que es hoy claramente insuficiente para cualquier iniciativa que se procure comenzar.

---

producción del MSPAS a nivel nacional o si se incluyen los procesos propios a la descentralización

- Una velocidad de transmisión de 18 milisegundos o más
- 1 unidad de disco (floppy) de 1.2 Mb (5 1/4)
- 1 unidad de disco (floppy) de 1.44 Mb (3 1/2)
- Monitor tipo VGA, resolución de 640 x 480 o superior. Base giratoria, pantalla anti-reflejante
- Controlador de video tipo VGA, 16 bits
- Controlador de disco duro y de floppies de 16 bits con interleave 1:1
- Fuente de poder de 200 wattios
- Regulador de voltaje, para subir o bajar voltaje a 120 wattios

Impresora

Tipo "INKJET" con cable paralelo. (Hewlett Packard, DeskJet Plus) con cartuchos de fonts y cartuchos de toner.

- Reforzar el personal técnico de la Unidad de Informática así como su dotación de computadoras e impresoras. Resolver el problema de su permanencia y continuidad laboral, arbitrando mecanismos convenientes a este efecto.

- Realizar entrenamientos breves y específicos de personal local y central. La capacitación debería incluir:

  - computación
  - planificación y programación local
  - evaluación, supervisión y monitoreo
  - analisis de costos
  - sistemas de información
  - interpretación de datos
  - etc.

- Integrar este estudio y el modelo GLIFO con otros proyectos que se encuentran en marcha (ejemplo: revisión del sistema de información sobre personal, estudios de costos del modelo OPS/CENDES, racionalización de la UI, etc.)

- Establecer un grupo de trabajo permanente a nivel central con participación de la Unidad Sectorial de Planificación, la Unidad de Programación, la Unidad de Informática, la Unidad de Desarrollo Administrativo y la Unidad de Supervisión - Evaluación. (En agosto de 1991 se nombró una comisión que sin embargo no tuvo oportunidad de reunirse).

- Establecer un cronograma de extensión del modelo GLIFO hacia otras regiones y áreas seleccionadas

- Coordinar actividades con SEGEPLAN y MFP y establecer criterios para que la información presupuestal sea utilizada en toda su riqueza y posibilidades

- Modificar el proceso tradicional de presupuestación, partiendo de las necesidades de la población y llegando al presupuesto como resultado.

11. CONCLUSIONES

11.1. *Síntesis*

El estudio realizado en la República de Guatemala por el Proyecto ***Latin America and Caribbean Health and Nutrition Sutainability*** cubrió los siguientes campos:

1. Estudio nacional de costos corrientes de APS, cubriendo 750 Puestos de Salud y 180 Centros de Salud para 1989, para 8 actividades básicas de APS.

2. Estudio de 12 años del presupuesto programado, asignado y ejecutado del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1980-1991), analizando tanto funcionamiento como inversión (a nivel global).

3. Estudio del quinquenio 1985-1990 de los fondos privativos (ingresos por cobro de aranceles) del MSPAS por tipo de establecimiento y área (recaudación y utilización).

4. Verificación y aplicación local de la metodología de cálculo de costos de APS en el área de Sololá (36 establecimientos) y realización de dos talleres de trabajo en el propio área.

5. Estudio de la cooperación externa en APS y relevamiento de todos los fondos asignados y ejecutados en el país por organizaciones internacionales, bilaterales y principales ONGs (1985-1990).

6. Estudio de dos efectores privados que realizan actividades de APS patrocinados por plantadores cafetaleros (Agrosalud y ACOGUA). Se repitió la metodología y se realizaron varias visitas de campo.

7. Recopilación de datos demográficos y socioeconómicos en distintos niveles de agregación e incorporación de los mismos a un banco integrado de datos, cuya llave de acceso es el número de código por establecimiento del MSPAS, y donde se encuentra también la información de producción de cada establecimiento y los datos del gasto (por lo tanto, también los criterios de asignación de recursos y la información de costo).

8. Desarrollo de un sistema de información a través de un modelo de computación, denominado GLIFO, que permite jerarquizar establecimientos, distritos, áreas, etc., según el orden de importancia de las diversas variables integradas al banco de datos referido en el punto 7. anterior (por lo tanto, incluye

la posibilidad de ordenar según la magnitud de los costos hallados, según la producción de actividades de APS, según datos demográficos, según datos socioeconómicos, según variables construidas por derivación a partir de las de base, etc.).

9. Realización de dos talleres a nivel nacional con participación del Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Finanzas Públicas, Secretaría de Planeamiento, Congreso, agencias donantes y ejecutivos de los dos efectores privados que se estudiaron.

10. Presentación de recomendaciones para cada uno de los puntos investigados.

El informe hace especial énfasis en las posibilidades que introduce la información disponible, los pasos que se pueden o deberían tomar en forma subsecuente, y en cómo utilizar la información para la toma de decisiones. Se pasan a enumerar las principales conclusiones y recomendaciones.

11.2. *Asignaciones presupuestales del MSPAS*

Guatemala gastó en promedio en los últimos cinco años un monto equivalente a US$ 60 millones de dólares. De éstos, un 22% se destinó a APS, o sea cerca de quince millones de dólares. Dichas cifras implican un gasto total por habitante y por año de US6.71 (1990). La distribución geográfica es dispar y no se ajusta a la cantidad de habitantes que residen en cada región.

Los desembolsos que Guatemala destina al sector salud son muy bajos en la comparación internacional y en términos absolutos. En los últimos doce años se observa un deterioro progresivo en cifras globales, que no condice con la evolución del PBI ni de otros indicadores. Si se toma en cuenta el crecimiento de la población durante el mismo período, se obtienen cifras aún más severas. Tanto el MSPAS, SEGEPLAN, el MFP y el Parlamento deben coordinar sus políticas para revertir esta situación.

El presente estudio sugiere alcanzar las siguientes metas cuantitativas para el presupuesto del MSPAS:

- Pasar del actual 0.88% del PBN al 1.50% en un plazo de cinco años
- Incrementar la participación del MSPAS en el presupuesto del Gobierno Central del actual 8.5% al 14% en un plazo de tres años
- Aumentar el grado de ejecución del presupuesto de inversiones (promedio 1986-90 = 36%; 1990: 16.7%) a un mínimo del 80% del presupuesto asignado, en un plazo de tres años
- Aumentar el gasto per cápita de US$ 7.80 a US$ 15.00 en cinco años

Asimismo, Guatemala debería tener una política explícita de reducción de crecimiento demográfico, que es una de las más altas del Continente (2.8% anual).

Independientemente del monto total destinado a salud, que debe aumentar, el MSPAS obtendría resultados de significación si utilizara el herramental descrito y propuesto en este estudio para direccionar recursos en base a prioridades y criterios selectivos de riesgo. Puede minimizar costos, maximizar resultados o aplicar combinaciones que conduzcan a un uso más eficaz y eficiente de los recursos a su alcance, para beneficio del país y de su población.

11.3. *Fondos privativos*

Las tarifas que cobra el MSPAS por los servicios que presta son muy bajos. Se deben actualizar. Este aumento debe ser acompañado con medidas que protejan a las poblaciones menos pudientes, para que no se vea afectado el principio de equidad. El acceso y uso de los fondos recaudados por parte de cada establecimiento debe ser facilitado para que esos dineros puedan ser utilizados en forma más eficiente. Para que ello ocurra se deben modificar los reglamentos administrativos que actualmente burocratizan y enlentecen la disposición local de esos fondos.

Los fondos privativos, además de partidas presupuestales específicas, deberían tener por objetivo principal la mejora en la calidad de los servicios y deberían formar parte de estímulos pecuniarios otorgados al propio personal de salud. De esta manera se lograría establecer un mecanismo autónomo y autosustentado de mejora y fortalecimiento institucional. Los controles y las auditorías deberían facilitar antes que entorpecer los procesos, como sucede actualmente. El MFP debería cambiar sus políticas y procedimientos, que más constituyen trabas y entorpecimientos que criterios de supervisión y registro. Se deben encontrar formas novedosas para resolver estos problemas.

Establecer un sistema de cobro de aranceles racional y finalista es relativamente simple y no requiere realizar estudios de costo detallados. En el capítulo 3, sección **3.7**, se dan ejemplos numéricos ilustrativos.

El presente estudio recomienda incrementar la recaudación de fondos del actual 0.90% del presupuesto de funcionamiento a un 10% en un plazo de tres años. En forma previa, se debe incrementar la calidad de las prestaciones brindadas por el MSPAS y reducir los costos al usuario, que no son tanto los aranceles que debe pagar por recibir servicios, sino los costos implícitos en el proceso de acceder a los establecimientos y servicios hasta que finalmente es atendido. Dichos "costo al usuario" ha sido calificado aquí como "ucosto" para distinguirlo de los costos del oferente (MSPAS). Es fundamental que el personal especializado de salud no sólo cambie su actitud tradicional de atención a la demanda espontánea a la puerta del establecimiento, sino que modifique su enfoque pasivo por una activa "orientación hacia el usuario".

11.4. *Cooperación externa*

Los fondos que Guatemala recibe de terceros organismos y países son elevados y en una estimación por defecto se ubican en US$ 11.8 millones de dólares. Estos recursos contribuyen a paliar la baja aplicación de dineros nacionales que se ha mencionado. Si se toma la totalidad de fondos externos aplicados a actividades de APS (funcionamiento e inversión) y se los compara con la totalidad de fondos nacionales destinados a APS, se llega a que los fondos externos equivalen al 80% de los recursos nacionales. Este porcentaje es considerable. Si bien habla en forma positiva acerca del apoyo que recibe Guatemala de otros organismos, países e instituciones, también debería constituir un motivo de preocupación por el grado de dependencia respecto de terceros que ello implica.

La Agencia para el Desarrollo Internacional de los EEUU aporta el 43% del total de la ayuda recibida y Christian Children's Fund un 27%. USAID también tiene importancia en el caso de agua potable y letrinización.

El estudio plantea diversas recomendaciones para incrementar el impacto de la ayuda. En lo fundamental, se recomienda establecer una política de cooperación externa explícita, con seguimiento de proyectos y programas, evaluación y monitoreo. (Véase Volumen II, Anexo E, pp 119 y ss). En cuanto a la ubicación orgánica de la cooperación externa en el MSPAS, parece tener mayor justificación que la Oficina Coordinadora de Asuntos Internacionales sea parte de la Unidad Sectorial de Planificación y que se constituya en una dependencia de alto nivel técnico. Esta Oficina debe reforzar los vínculos de coordinación con SEGEPLAN y la concertación de las acciones de salud en el contexto de las necesidades y prioridades del desarrollo nacional; asimismo, la OCAI debe coordinar acciones con las dependencias especializadas del MSPAS.

11.5. *Costos de Atención Primaria*

En acuerdo con los técnicos nacionales, en el presente estudio se ha convenido tomar como "atención primaria de salud", a las actividades realizadas en Centros de Salud B y en Puestos de Salud. Se consideró el año 1989, a precios de 1990. Los resultados merecen algún comentario. Se han detectado problemas en el sistema de información del MSPAS, especialmente en el caso de la consulta, en que se advierte un gran subregistro a nivel central. Sin perjuicio de ello, el sistema de información actual, aún con problemas, permite análisis e intervenciones sumamente efectivas. Se recomienda que las autoridades comiencen a utilizar la información que el propio Ministerio posee y genera. Su potencial es enorme y se encuentra hoy en un estadio de completa subutilización. Ello también requiere apoyar el desarrollo de la Unidad de Informática y consolidar los vínculos de comunicación, coordinación y trabajo entre las diversas

unidades técnicas que operan en la Dirección General de Salud. Hoy en día se observa una cierta independencia entre ellas y si bien hay procesos de integración incipientes, mucho se puede avanzar en este sentido. Es importante fortalecer a la DGSS en las instancias que se consideren estratégicas, así como en los mecanismos de coordinación internos.

Los fondos destinados en 1989 a CSB y PS se ubican en US$ 10 millones y constituyen el 17% del presupuesto operativo ejecutado ese año. La desagregación del gasto por grandes componentes ubica a la consulta con 35%, la visita domiciliaria con 16%, tratamientos con 25%, PAI 10%, IRA 2.4%, TRO 1.6%, saneamiento con 10% y finalmente comunidad con 19%. (La caracterización de estas acciones de APS se encuentra en pp 94-96).

El proyecto LAC HNS, en coordinación con la Unidad Programación de la DGSS y con la participación de las jerarquías y los funcionarios locales, realizó una verificación de datos y una adaptación de la metodología de costos en el área de salud de Sololá. Los resultados poseen un mayor grado de confiabilidad que las cifras de costo halladas a nivel nacional y por este motivo se transcriben a continuación:

Consulta:	Q 4.46	US$ 0.89
Visita Domiciliaria:	Q 9.02	US$ 1.80
Tratamientos:	Q 4.12	US$ 0.82
Progr. Ampl. Inmun.:	Q 1.64	US$ 0.33
Inf. Resp. Agudas:	Q 4.10	US$ 0.82
Trat. Rehidr. Oral:	Q 5.35	US$ 1.07

En estos costos no se incluye el valor de las donaciones recibidas. La participación de los componentes de APS en el total del gasto opertivo para el caso de Sololá se ubican en 18% para la consulta, 23% para la visita domiciliaria, 21% para tratamientos, 12.5% para PAI, 3.5% IRA, 3.6% TRO, 6.5% saneamiento y 11.8% comunidad. Las diferencias con el nivel nacional obedecen a las peculiares condiciones de Sololá y a la existencia de un proceso de desarrollo local que se inició en 1989. El estudio de costos realizado, según los funcionarios del MSPAS, refuerza y complementa este proceso. Al momento actual, Sololá está hallando costos de la consulta en forma desagregada, por sexo, edad y tipo de consulta.

Para el área de Sololá se ha incluído un estudio de la productividad de los servicios, en particular respecto de la consulta, mostrando la manera en que se pueden relacionar los distintos datos hallados para extraer recomendaciones de política. Se han vinculado datos de producción de servicios, datos de costo, y datos de población. Se hizo un estudio a nivel de clase de

El caso de Sololá ejemplifica la asignación de recursos tradicional, que prescinde de las necesidades de salud locales y de los factores de riesgo. Se requiere proceder con las decisiones en materia de descentralización y desconcentración y conceder mayor autonomía a las localidades. Se deben arbitrar mecanismos administrativos que permitan mayor flexibilidad en la asignación local de recursos humanos, materiales y otros, para que las decisiones puedan ser tomadas y efectivizadas por el personal jerárquico local en la oportunidad, lugar, velocidad y magnitud requeridas por las necesidades locales.

11.6. *Sector privado*

Se analizaron dos servicios de salud organizados por empresarios cafetaleros, ACOGUA y Agrosalud. El primero de ellos realiza fundamentalmente atención curativa con internación, motivo por el cual no se ha incluído en este estudio pues su accionar equivale a los CSA del MSPAS, no analizados. El caso de AGROSALUD es diferente, pues su estrategia de atención se sustenta en el uso de promotores de salud, la participación comunitaria y la APS. El énfasis está en lo preventivo.

Agrosalud coordina 26 puestos de salud, cubriendo en 1991 a 22.688 trabajadores rurales y sus familias; adicionalmente, cubre a población migrante que afluye a las fincas en distintos períodos del año para complementar la mano de obra residente. Las remuneraciones constituyen el 60.9% del gasto operativo, medicamentos insume 28.7% y los restantes rubros de costo comprenden el saldo (10.4%). El financiamiento proviene de tres fuentes, siendo la principal el aporte que realiza realiza el finquero, estimado en 64%; los usuarios contribuyen con el 100% de los medicamentos, lo que significa que su aporte equivale al 28.7%; el resto es financiado por una contribución de Acción Social de ANACAFE (4%) y por donaciones (3.3%).

La tipificación de acciones de APS de Agrosalud es diferente a la propia del MSPAS, por lo cual no se puede realizar una comparación uno a uno. La asignación de personal es de 21% para medicina curativa (la consulta del MSPAS), 16% inmunizaciones, 6% desparasitación, 5% salud bucal y 53% educación. El desglose del presupuesto operativo anual, estimado en US$ 124,000, al incorporar medicamentos y otros conceptos, se distribuye en 40% medicina curativa, 11% inmunizaciones, 8% desparasitación, 4% salud bucal y 37% educación. Medicina curativa -la consulta y los tratamientos en el caso del MSPAS- asciende a Q 6.50. El valor equivalente del MSPAS, tomando los valores de Sololá, se ubica en Q 8.58 (suma de Q 4.46 de la consulta propiamente dicha y de Q 4.12 para los tratamientos). Si bien los costos del MSPAS son un 32% mas elevados, lo que importa destacar es la mayor productividad de Agrosalud: este servicio presta 1.4 consultas por persona mientras que el MSPAS solamente 0.31, 4.5 veces menos.

Si se toma en cuenta que los usuarios de Agrosalud contribuyen con el 28.7% del costo operativo y que acuden a los servicios en proporción significativamente mayor que en el caso del MSPAS, se concluye, entre otros aspectos, que el factor "pago del servicio" no constituye una restricción a la demanda, o por lo menos, que hay otros aspectos que más que compensan este costo directo. En esto puede influir un "ucosto" más bajo, mayor calidad u otros factores.

En definitiva, Agrosalud constituye un modelo sumamente interesante, eficaz, eficiente y de costo bajo. El potencial para extender este tipo de servicio a otras poblaciones es alto, si el sector público arbitra mecanismos de estímulo adecuados. Vastas poblaciones rurales se encuentran hoy desprotegidas en servicios de salud mínimos, y mucho puede brindar el sector privado organizado según los principios que orientan a Agrosalud. Los finqueros caficultores pueden ser pioneros en este aspecto, y otros sectores productivos que usan mano de obra en forma intensiva pueden seguir el modelo (por ejemplo el cultivo de azúcar y otras producciones agroindustriales, que por otra parte tienen algunos esquemas incipientes parecidos). Bajo orientación y apoyo estatal, en plazos relativamente cortos se podrían aumentar coberturas a poblaciones hoy en descubierto.

11.7. *El modelo de computación GLIFO*

El desarrollo de un modelo de computación que integra los tres bancos de información utilizados en este estudio constituye una herramienta de alto poder para la gestión ministerial. Su estructuración amistosa para el usuario asegura un manejo sencillo y accesible, que se puede extender a todo el país en forma progresiva si media una decisión política deliberada.

La selectividad en el manejo de los recursos y la reversión del proceso acostumbrado de presupuesto permiten incrementar el impacto de las acciones ministeriales. Actualmente el proceso de presupuesto constituye un dato externo al Ministerio: los montos asignados son límites superiores, por debajo del nivel necesario y con independencia de las necesidades de la población. Al partir de la demanda (expresa o latente) y de imágenes-objetivo, el proceso de planificación y de programación de actividades se vuelve un medio para formular el presupuesto que habilita a dichas acciones.

A su vez, la aplicación de GLIFO otorga mayor tecnicismo a la gestión del MSPAS y las autoridades nacionales tienen mayor seguridad de que los fondos desembolsados producirán mejoras apreciables en el estado de salud de la población. Las decisiones de las autoridades se convierten en decisiones informadas. Se logra superar el estadio intuitivo-espontaneísta y se pasa a un funcionamiento basado en conocimiento y en herramientas de mayor cientificidad y objetividad.

La información incorporada en el banco de datos permite direccionar recursos en base a riesgos o en base a variables que se pueden asociar con riesgos, o sobre la base de otros parámetros, como por ejemplo los costos de APS hallados, los apartamientos respecto de normas, etc. Como los establecimientos se pueden ordenar según los criterios que se deseen, las autoridades pueden focalizar su acción y concentrar recursos en los objetivos que se hubieran fijado. La estratificación se puede hacer en forma progresiva, seleccionando sucesivas variables para arribar a un subconjunto de establecimientos donde los indicadores para las variables-objetivo sean más elevados. Para dicho subconjunto, la aplicación intensiva de recursos permitiría lograr un resultado máximo.

La aplicación y extensión de esta herramienta requiere reforzar el personal técnico de la Unidad de Informática y arbitrar mecanismos que aseguren su permanencia en el cargo. También requiere realizar entrenamientos breves y específicos de personal central y local, y mejorar el uso y la aplicación de datos para la toma de decisiones.

11.8. *Conclusiones generales y recomendaciones*

El estudio realizado permitió apreciar el gran potencial que tiene el MSPAS para fortalecer su gestión. Se ha encontrado un buen espíritu de motivación dentro del personal técnico central y del personal local con el cual se ha mantenido contacto. Sin embargo, dicho personal requiere mayor apoyo logístico, refuerzo en dotación de recursos, y respaldo político. Los canales de comunicación no son lo eficientes que deberían ser. Existe una clara sobrecarga de tareas que dificulta un desempeño más eficiente. Por otra parte, hay sectores que no están trabajando con el grado de dedicación que debieran. Esto vale para el nivel central como para muchas áreas locales. Se han detectado disparidades en este sentido.

Guatemala tiene grandes carencias en materia de APS y atención de salud en general. Tiene un gran potencial para revertir estos aspectos. El punto clave parece ser un incremento en los recursos asignados al MSPAS y decisiones políticas claras y que se apliquen en toda su extensión por el personal responsable a nivel central y local.

GUATEMALA:
FINANCIAMIENTO Y GASTO DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y COSTOS OPERATIVOS DE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA

VOLUMEN II - ANEXOS

INDICE

VOLUMEN II - ANEXOS

Pág.

ANEXO A. INFORMACION NUMERICA 2

No. de cuadro

01. MSPAS. Monto recaudado a nivel de Establecimientos de Salud por concepto de Ingresos Privativos y Utilización. Período 1986 - 1990. En miles de quetzales constantes de 1990 6

02. MSPAS. Proporción de los Ingresos Específicos Utilizados por cada establecimiento de Salud, respecto de su propio Presupuesto de Funcionamiento Ejecutado 11

03. MSPAS. Presupuesto de Funcionamiento. Gasto Ejecutado 1986-1990 12

04. MSPAS. Número y tipo de establecimiento de Salud en cada Región - 1990 17

05. MSPAS. Presupuesto de Funcionamiento Ejecutado abierto por componentes y Objeto del Gasto. Año 1989. Expresado en miles de quetzales de 1990 18

06. MSPAS. Presupuesto Operativo Ejecutado 1989. En miles de quetzales constantes del año 24

07. MSPAS. Presupuesto de Funcionamiento Ejecutado 1989. En quetzales constantes del año 28

08. MSPAS. Gasto de Funcionamiento por Tipo de Dependencia Administrativa (1986 - 1990) y Número de Establecimientos (1989). En millones de quetzales de 1990 y en porcentajes 52

09. MSPAS. Presupuesto Ejecutado de Inversión Desglosado por Destino (1986 -1990). En porcentaje. 53

10. MSPAS. Número de Establecimientos por Regiones Sanitarias e Indicadores (1989) 54

11. MSPAS. Presupuesto Asignado para 1990 por programas de Funcionamiento y Capital según Regiones. Expresado en millones de quetzales de 1990 55

12. MSPAS. Distribución de la Población Nacional por Regiones, clasificada en indígena y no-indígena 5

13. MSPAS. Presupuesto Ejecutado de Capital por región y por destino. Año 1989. En porcentaje. 5

S-1. SOLOLA. Personal de Salud. Asignación a actividades finales de Atención Primaria de Salud. Asignación de tiempo individual en Centros de Salud B y Puestos de Salud (Módulo I y II) 5

S-2. SOLOLA. Personal de Salud. Asignación a actividades finales de Atención de Salud. Asignación de remuneraciones individuales en función del tiempo. Centros de Salud Tipo B y Puestos de Salud (Módulo I y II) 5

S-3. SOLOLA. Personal de Salud. Asignación a actividades finales de Atención Primaria - Ajustes 6

S-4. SOLOLA. Criterios de asignación y gastos directos por categoría de gasto (Personal, Medicamentos, Otros) y componente de actividad de Centros Tipo B y Puestos de Salud (Módulo I y II) - En porcentaje 6

S-5. MSPAS. Presupuesto de Funcionamiento Ejecutado por establecimiento y abierto por componentes. Año 1989. En quetzales constantes de 1990 6

S-6. SOLOLA. Gasto directo. Presupuesto Operativo Ejecutado por categoría de gasto (Personal, Medicamentos y Otros) y por componente de actividad de Atención Primaria de Salud en Centros B y Puestos de Salud - Año 1989. Expresado en quetzales de 1990 6

S-7. SOLOLA. Presupuesto Operativo Ejecutado (gasto directo) por componente de actividad de Atención Primaria de Salud en Centros B y Puestos de Salud - Año 1989. Expresado en quetzales de 1990 6

S-8. SOLOLA. Gasto indirecto. Criterios de distribución a CBS, PSI y PSII del Presupuesto Operativo Ejecutado por concepto de Jefatura de Area 7

S-9. SOLOLA. Gasto indirecto. Centros de Salud B. Criterio de distribución a componentes finales de actividad de APS del Presupuesto Operativo Ejecutado por concepto de Jefatura de Area 7

203

S-10. SOLOLA. Criterio de imputación del gasto indirecto por establecimiento y componente de actividad de APS (porcentaje según proporción del Gasto Operativo Directo) 73

S-11. SOLOLA. Gasto indirecto. Distribución a componentes de actividad de APS del Presupuesto Ejecutado por concepto de Jefatura de Area hacia Centros de Salud tipo B y Puestos de Salud. Expresado en quetzales de 1990 75

S-12. SOLOLA. Gasto total (directo e indirecto) por componente de actividad de APS en Centros B y Puestos de Salud. Año 1989. Expresado en quetzales de 1990 77

S-13. SOLOLA. Producción de actividades de APS en Centros de Salud B y Puestos de Salud por componente y establecimiento - Año 1989 79

S-14. SOLOLA. Costo de producción por componente de actividad de APS en Centros B y Puestos de Salud. Año 1989. Expresado en quetzales de 1990 81

ANEXO B. VISITAS DE CAMPO Y TALLERES DE TRABAJO 83

ANEXO C. PERSONAS CONTACTADAS 85

ANEXO D. LISTA DE DOCUMENTOS 91

1. Recursos, producción, rendimiento y cobertura de los servicios de atención médica del MSPAS según tamaño de las localidades. Año 1977 93

2. CSB - Análisis de distribución de tiempo por actividades 96

3. PS - Tiempo promedio utilizado en actividades en puestos de salud por técnico en salud rural 97

4. PS - Tiempo promedio utilizado en actividades en puestos de salud por auxiliar de enfermería 98

5. CSB - Promedio de asignación de tiempo de once establecimientos (1988), PS con AE y TSR (promedio de 12 establecimientos) y PS con AE (promedio de 17 establecimientos) 99

6. Centro de Salud Barbarena. Area de Salud de Santa Rosa. Ejemplo de formulario de programación de actividades utilizado en 1988 100

7. Ubicación del Area de Sololá en el mapa de la República de Guatemala 111

-204-

8. Mapa del Departamento de Sololá 11

9. Proceso de planificación y programación en salud 11

10. Problemas y factores condicionantes 11

11. Programación de actividades según problemas. Ejemplo: enfermedades gastrointestinales en San Marcos 11

12. SOLOLA - Formulario JASS.01 - Instrumento de autoevaluación del programa local 11

13. Formulario de memoria del año 1989 11

ANEXO E. COOPERACION EXTERNA 11

A. Fondos Asignados 12

B. Fondos Ejecutados 12

C. Fondos provenientes de ONGs 12

C1. Vision Mundial 12
1. Proyectos de desarrollo integral 12
2. Proyectos especiales 12
3. Proyectos de prevención, emergencia y rehabilitación 12

C2. Rotary Internacional 12
1. Prevención contra la poliomielitis 12
2. Proyecto de Terapia de Rehidratación Oral (TRO) 12

D. Consolidado agua potable, letrinas y capacitacion 12

E. Conclusiones y recomendaciones 12
E1. Conclusiones 12
E2. Recomendaciones 12

ANEXO F. BIBLIOGRAFIA 14

ANEXO A

INFORMACION NUMERICA

ANEXO A
INFORMACION NUMERICA

No. de cuadro — Pág.

01. MSPAS. Monto recaudado a nivel de Establecimientos de Salud por concepto de Ingresos Privativos y Utilización. Período 1986 - 1990. En miles de quetzales constantes de 1990 6

02. MSPAS. Proporción de los Ingresos Específicos Utilizados por cada establecimiento de Salud, respecto de su propio Presupuesto de Funcionamiento Ejecutado 11

03. MSPAS. Presupuesto de Funcionamiento. Gasto Ejecutado 1986-1990 12

04. MSPAS. Número y tipo de establecimiento de Salud en cada Región - 1990 . . . 17

05. MSPAS. Presupuesto de Funcionamiento Ejecutado abierto por componentes y Objeto del Gasto. Año 1989. Expresado en miles de quetzales de 1990 . 18

06. MSPAS. Presupuesto Operativo Ejecutado 1989. En miles de quetzales constantes del año 24

07. MSPAS. Presupuesto de Funcionamiento Ejecutado 1989. En quetzales constantes del año 28

08. MSPAS. Gasto de Funcionamiento por Tipo de Dependencia Administrativa (1986 - 1990) y Número de Establecimientos (1989). En millones de quetzales de 1990 y en porcentajes 52

09. MSPAS. Presupuesto Ejecutado de Inversión Desglosado por Destino (1986 -1990). En porcentaje. 53

10. MSPAS. Número de Establecimientos por Regiones Sanitarias e Indicadores (1989) 54

11. MSPAS. Presupuesto Asignado para 1990 por programas de Funcionamiento y Capital según Regiones. Expresado en millones de quetzales de 1990 55

12. MSPAS. Distribución de la Población Nacional por Regiones, clasificada en indígena y no-indígena 56

13. MSPAS. Presupuesto Ejecutado de Capital por región y por destino. Año 1989. En porcentaje. 57

Pág.

S-1. SOLOLA. Personal de Salud. Asignación a actividades finales de Atención Primaria de Salud. Asignación de tiempo individual en Centros de Salud B y Puestos de Salud (Módulo I y II) 58

S-2. SOLOLA. Personal de Salud. Asignación a actividades finales de Atención de Salud. Asignación de remuneraciones individuales en función del tiempo. Centros de Salud Tipo B y Puestos de Salud (Módulo I y II) 59

S-3. SOLOLA. Personal de Salud. Asignación a actividades finales de Atención Primaria - Ajustes 60

S-4. SOLOLA. Criterios de asignación y gastos directos por categoría de gasto (Personal, Medicamentos, Otros) y componente de actividad de Centros Tipo B y Puestos de Salud (Módulo I y II) - En porcentaje 61

S-5. MSPAS. Presupuesto de Funcionamiento Ejecutado por establecimiento y abierto por componentes. Año 1989. En quetzales constantes de 1990 62

S-6. SOLOLA. Gasto directo. Presupuesto Operativo Ejecutado por categoría de gasto (Personal, Medicamentos y Otros) y por componente de actividad de Atención Primaria de Salud en Centros B y Puestos de Salud - Año 1989. Expresado en quetzales de 1990 63

S-7. SOLOLA. Presupuesto Operativo Ejecutado (gasto directo) por componente de actividad de Atención Primaria de Salud en Centros B y Puestos de Salud - Año 1989. Expresado en quetzales de 1990 69

S-8. SOLOLA. Gasto indirecto. Criterios de distribución a CBS, PSI y PSII del Presupuesto Operativo Ejecutado por concepto de Jefatura de Area 71

- 207 -

Pág.

S-9. SOLOLA. Gasto indirecto. Centros de Salud B. Criterio de distribución a componentes finales de actividad de APS del Presupuesto Operativo Ejecutado por concepto de Jefatura de Area 72

S-10. SOLOLA. Criterio de imputación del gasto indirecto por establecimiento y componente de actividad de APS (porcentaje según proporción del Gasto Operativo Directo) 73

S-11. SOLOLA. Gasto indirecto. Distribución a componentes de actividad de APS del Presupuesto Ejecutado por concepto de Jefatura de Area hacia Centros de Salud tipo B y Puestos de Salud. Expresado en quetzales de 1990 75

S-12. SOLOLA. Gasto total (directo e indirecto) por componente de actividad de APS en Centros B y Puestos de Salud. Año 1989. Expresado en quetzales de 1990 77

S-13. SOLOLA. Producción de actividades de APS en Centros de Salud B y Puestos de Salud por componente y establecimiento - Año 1989 79

S-14. SOLOLA. Costo de producción por componente de actividad de APS en Centros B y Puestos de Salud. Año 1989. Expresado en quetzales de 1990 81

CUADRO 1 GUATEMALA – MSPAS. MONTO RECAUDADO A NIVEL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR CONCEPTO DE INGRESOS PRIVATIVOS Y UTILIZACION.
Período 1986 – 1990. En miles de quetzales constantes de 1990.

AÑO 1986	INGRESO POR COBRO DE SERVICIOS				USO DE INGRESOS PRIVATIVOS			
REGION Y AREA	TOTAL	HOSPIT.	CENTROS "A"	CENTROS "B"	TOTAL	PERSONAL	MEDICAM.	OTROS
I. METROPOLITANA	**1,568.2**	**1,309.9**	**11.9**	**246.4**	**1,568.2**	**83.9**	**114.2**	**1,370.2**
Guatemala Norte	760.6	625.7	11.9	122.9	760.6	0.0	58.4	702.1
Guatemala Sur	739.2	652.9	0.0	86.4	739.2	83.9	32.3	623.1
Amatitlán	68.4	31.3	0.0	37.1	68.4	0.0	23.5	45.0
II. NORTE	**126.3**	**65.7**	**33.7**	**27.0**	**126.3**	**0.0**	**48.6**	**77.6**
Alta Verapaz	78.6	30.1	31.9	16.6	78.6	0.0	33.4	45.2
Baja Verapaz	47.7	35.6	1.8	10.4	47.7	0.0	15.2	32.4
III. NOR–ORIENTE	**594.1**	**475.7**	**56.7**	**61.6**	**594.1**	**0.0**	**148.2**	**445.9**
El Progreso	17.8	8.0	0.0	9.8	17.8	0.0	9.6	8.2
Izabal	53.8	20.9	27.2	5.7	53.8	0.0	21.5	32.3
Zacapa	290.3	235.7	20.7	33.8	290.3	0.0	65.7	224.6
Chiquimula	232.2	211.1	8.8	12.3	232.2	0.0	51.4	180.8
IV. SUR–ORIENTE	**177.2**	**112.0**	**18.2**	**46.9**	**177.2**	**0.0**	**62.2**	**115.0**
Santa Rosa	52.6	16.2	7.8	28.5	52.6	0.0	26.6	26.0
Jalapa	84.1	71.0	4.1	9.0	84.1	0.0	21.7	62.4
Jutiapa	40.5	24.8	6.3	9.4	40.5	0.0	13.9	26.6
V. CENTRAL	**204.1**	**126.9**	**14.3**	**63.0**	**204.1**	**0.0**	**59.2**	**144.8**
Sacatepéquez	64.9	58.6	0.0	8.3	64.9	0.0	15.8	49.1
Chimaltenango	46.5	18.8	4.5	23.3	46.5	0.0	13.5	33.0
Escuintla	92.7	49.5	9.8	33.4	92.7	0.0	29.0	62.7
VI. SUR–OCCIDENTE	**439.3**	**298.2**	**9.8**	**131.2**	**439.3**	**0.0**	**90.3**	**348.9**
Totonicapán	54.1	46.1	0.0	8.0	54.1	0.0	2.9	51.2
Sololá	53.4	43.0	0.0	10.4	53.4	0.0	7.6	45.7
Quetzaltenango	187.1	163.2	0.0	23.8	187.1	0.0	39.7	147.4
San Marcos	82.9	26.4	9.8	46.7	82.9	0.0	21.7	61.2
Retalhuleu	14.1	7.8	0.0	6.3	14.1	0.0	4.1	10.0
Suchitepéquez	47.7	11.7	0.0	36.0	47.7	0.0	14.3	33.4
VII. NOR–OCCIDENTE	**110.4**	**65.9**	**9.0**	**35.6**	**110.4**	**0.0**	**46.2**	**64.3**
Huehuetenango	47.1	25.4	0.0	21.7	47.1	0.0	18.4	28.7
Quiché	63.3	40.5	9.0	13.9	63.3	0.0	27.8	35.6
VIII. PETEN	**15.6**	**3.9**	**3.9**	**7.8**	**87.8**	**0.0**	**14.9**	**72.9**
Petén	15.6	3.9	3.9	7.8	87.8	0.0	14.9	72.9
TOTAL	**3,235.2**	**2,458.2**	**157.5**	**619.5**	**3,307.4**	**83.9**	**583.8**	**2,639.6**

Sigue

209

Cuadro 1. Monto Recaudado y Utilización a Nivel de Establecimiento de Salud. (Continuación)

AÑO 1987	INGRESO POR COBRO DE SERVICIOS				USO DE INGRESOS PRIVATIVOS			
REGION Y AREA	TOTAL	HOSPIT.	CENTROS "A"	CENTROS "B"	TOTAL	PERSONAL	MEDICAM.	OTROS
I. METROPOLITANA	**1,727.7**	**1,412.2**	**12.3**	**303.1**	**1,727.6**	**74.6**	**101.5**	**1,551.4**
Guatemala Norte	956.7	805.1	10.6	140.9	956.7	0.0	51.9	904.8
Guatemala Sur	719.0	596.7	1.7	120.6	719.0	74.6	46.6	597.7
Amatitlán	52.0	10.4	0.0	41.6	51.9	0.0	3.0	48.9
II. NORTE	**148.6**	**72.6**	**36.5**	**39.3**	**148.4**	**0.0**	**57.9**	**90.4**
Alta Verapaz	75.5	12.2	32.5	30.8	75.3	0.0	38.1	37.2
Baja Verapaz	73.1	60.6	4.0	8.5	73.1	0.0	19.8	53.2
III. NOR-ORIENTE	**590.6**	**459.0**	**48.5**	**83.1**	**590.4**	**0.0**	**137.8**	**452.6**
El Progreso	21.4	7.5	0.0	13.9	21.4	0.0	2.4	19.0
Izabal	54.3	24.7	16.5	13.1	54.3	0.0	11.5	42.8
Zacapa	291.1	235.4	16.0	39.7	290.9	0.0	76.0	214.9
Chiquimula	223.8	191.4	16.0	16.4	223.6	0.0	47.9	175.9
IV. SUR-ORIENTE	**190.6**	**111.7**	**23.7**	**55.2**	**190.6**	**0.0**	**48.5**	**142.1**
Santa Rosa	60.6	14.4	16.0	30.1	60.6	0.0	30.1	30.5
Jalapa	86.8	70.5	3.5	12.9	[illegible]	0.0	9.0	77.6
Jutiapa	43.2	26.8	4.2	12.2	[illegible]	0.0	9.4	33.8
V. CENTRAL	**206.7**	**114.9**	**8.4**	**83.6**	[illegible]	**0.0**	**30.6**	**175.9**
Sacatepéquez	44.9	37.6	0.0	7.3	[illegible]	0.0	5.4	39.3
Chimaltenango	36.0	10.3	4.0	21.8	[illegible]	0.0	2.4	33.6
Escuintla	125.8	67.0	4.4	54.5	[illegible]	0.0	22.8	103.0
VI. SUR-OCCIDENTE	**373.2**	**251.6**	**5.2**	**116.4**	**373.2**	**0.0**	**50.2**	**323.1**
Totonicapán	34.3	26.1	0.0	8.2	34.3	0.0	5.4	28.9
Sololá	58.6	50.5	0.0	8.4	58.6	0.0	6.1	52.7
Quetzaltenango	170.2	138.3	0.0	31.8	170.2	0.0	11.7	158.5
San Marcos	53.9	17.4	5.2	31.3	53.9	0.0	17.2	36.7
Retalhuleu	18.1	13.4	0.0	4.7	18.1	0.0	2.1	16.0
Suchitepéquez	37.9	5.9	0.0	32.0	37.9	0.0	7.7	30.3
VII. NOR-OCCIDENTE	**122.8**	**53.8**	**14.4**	**54.6**	**122.8**	**0.0**	**46.1**	**76.8**
Huehuetenango	58.8	27.7	0.0	31.1	58.8	0.0	12.5	46.3
Quiché	64.0	26.1	14.4	23.5	64.0	0.0	33.6	30.5
VIII. PETEN	**84.4**	**34.6**	**37.9**	**11.7**	**84.4**	**0.0**	**12.0**	**72.4**
Petén	84.4	34.8	37.9	11.7	84.4	0.0	12.0	72.4
TOTAL	**3,444.6**	**2,510.8**	**186.9**	**747.0**	**3,443.9**	**74.6**	**484.6**	**2,884.7**

Sigue

Cuadro 1. Monto Recaudado y Utilización a Nivel de Establecimiento de Salud. (Continuación)

AÑO 1988	INGRESO POR COBRO DE SERVICIOS				USO DE INGRESOS PRIVATIVOS			
REGION Y AREA	TOTAL	HOSPIT.	CENTROS "A"	CENTROS "B"	TOTAL	PERSONAL	MEDICAM.	OTROS
I. METROPOLITANA	1,555.2	1,274.5	9.0	271.8	1,555.0	135.2	103.4	1,316.4
Guatemala Norte	542.8	388.0	4.6	150.3	542.6	0.0	31.2	511.4
Guatemala Sur	929.2	830.3	4.4	94.5	929.2	135.2	70.8	723.2
Amatitlán	83.2	56.2	0.0	27.0	83.2	0.0	1.4	81.8
II. NORTE	148.3	94.7	26.8	26.8	148.3	0.0	39.0	109.5
Alta Verapaz	67.0	22.6	23.7	20.7	67.0	0.0	29.4	37.7
Baja Verapaz	81.3	72.1	3.1	6.1	81.3	0.0	9.6	71.8
III. NOR-ORIENTE	585.8	476.2	43.7	66.0	585.8	0.0	107.0	478.9
El Progreso	14.9	4.7	0.0	10.2	14.9	0.0	4.4	10.5
Izabal	90.9	60.8	22.5	7.7	90.9	0.0	6.8	84.2
Zacapa	290.2	242.7	15.5	31.9	290.2	0.0	56.2	233.9
Chiquimula	189.8	168.0	5.7	16.2	189.8	0.0	39.6	150.3
IV. SUR-ORIENTE	194.0	116.6	13.3	64.1	193.9	0.0	34.9	159.1
Santa Rosa	44.1	13.0	6.1	25.0	44.0	0.0	7.7	36.3
Jalapa	100.0	79.8	2.5	17.9	100.0	0.0	24.7	75.4
Jutiapa	49.9	24.0	4.7	21.2	49.9	0.0	2.5	47.4
V. CENTRAL	221.4	123.4	20.1	77.9	221.4	0.0	40.6	180.7
Sacatepéquez	36.3	28.6	0.0	7.7	36.3	0.0	6.3	30.0
Chimaltenango	38.9	16.6	4.7	17.6	38.9	0.0	8.9	30.0
Escuintla	146.2	78.2	15.4	52.6	146.2	0.0	25.4	120.7
VI. SUR-OCCIDENTE	378.9	243.9	4.7	130.2	378.9	0.0	69.7	309.2
Totonicapán	35.8	23.6	0.0	12.2	35.8	0.0	2.4	33.4
Sololá	46.5	37.7	0.0	8.8	46.5	0.0	12.4	34.1
Quetzaltenango	172.1	141.2	0.0	30.9	172.1	0.0	22.0	150.1
San Marcos	72.2	21.2	4.7	46.3	72.2	0.0	25.3	46.9
Retalhuleu	21.5	16.3	0.0	5.2	21.5	0.0	1.6	19.9
Suchitepéquez	30.8	3.9	0.0	26.8	30.8	0.0	6.0	24.8
VII. NOR-OCCIDENTE	128.9	56.7	13.7	58.6	128.9	0.0	31.6	97.4
Huehuetenango	64.1	31.6	0.0	32.5	64.1	0.0	4.1	60.0
Quiché	64.8	25.1	13.7	26.1	64.8	0.0	27.5	37.4
VIII. PETEN	85.7	40.7	31.6	13.5	85.7	0.0	1.6	84.2
Petén	85.7	40.7	31.6	13.5	85.7	0.0	1.6	84.2
TOTAL	3,298.2	2,426.7	162.9	708.9	3,297.9	135.2	427.8	2,735.4

Sigue

211

Cuadro 1. Monto Recaudado y Utilización a Nivel de Establecimiento de Salud. (Continuación)

AÑO 1989	INGRESO POR COBRO DE SERVICIOS				USO DE INGRESOS PRIVATIVOS			
REGION Y AREA	TOTAL	HOSPIT.	CENTROS "A"	CENTROS "B"	TOTAL	PERSONAL	MEDICAM.	OTROS
I. METROPOLITANA	1,530.7	1,326.5	7.6	196.6	1,389.8	121.4	61.0	1,207.3
Guatemala Norte	422.7	328.5	0.0	94.2	281.6	0.0	30.7	250.8
Guatemala Sur	1,017.6	939.5	7.6	70.5	1017.3	121.4	28.9	867.5
Amatitlán	90.4	58.5	0.0	31.9	90.4	0.0	1.4	89.0
II. NORTE	90.4	62.8	10.4	17.2	90.4	0.0	15.8	74.5
Alta Verapaz	40.5	27.1	7.8	5.6	40.5	0.0	8.3	32.1
Baja Verapaz	49.9	35.7	2.8	11.4	49.9	0.0	7.5	42.4
III. NOR-ORIENTE	581.9	518.2	17.4	46.3	586.9	0.0	204.5	382.3
El Progreso	3.1	0.0	0.0	3.1	3.8	0.0	1.4	2.4
Izabal	68.5	47.8	6.9	13.8	68.4	0.0	9.0	59.4
Zacapa	352.4	321.5	7.8	23.1	356.6	0.0	164.1	192.5
Chiquimula	157.9	148.9	2.7	6.3	158.1	0.0	30.0	128.0
IV. SUR-ORIENTE	156.9	104.3	20.4	32.3	156.7	0.0	34.0	122.6
Santa Rosa	49.6	35.3	9.4	4.9	49.6	0.0	24.5	25.1
Jalapa	56.0	40.8	9.0	6.2	55.8	0.0	4.1	51.7
Jutiapa	51.3	28.2	2.0	21.2	51.3	0.0	5.4	46.0
V. CENTRAL	174.8	102.0	3.0	69.8	174.6	0.0	30.0	144.5
Sacatepéquez	34.1	34.1	0.0	0.0	34.1	0.0	0.0	34.1
Chimaltenango	30.0	7.3	1.4	21.3	29.8	0.0	5.2	24.5
Escuintla	110.7	60.6	1.6	48.5	110.7	0.0	24.8	85.9
VI. SUR-OCCIDENTE	300.1	207.7	11.3	81.0	300.2	0.0	35.4	264.8
Totonicapán	6.3	0.0	0.0	6.3	6.3	0.0	2.4	3.9
Sololá	43.6	33.8	0.0	9.7	43.4	0.0	6.6	36.8
Quetzaltenango	162.2	145.7	0.0	16.5	162.2	0.0	12.0	150.2
San Marcos	46.7	0.0	11.3	35.4	46.7	0.0	11.6	35.1
Retalhuleu	14.1	11.3	0.0	2.8	14.4	0.0	1.4	13.0
Suchitepéquez	27.2	16.9	0.0	10.3	27.2	0.0	1.4	25.8
VII. NOR-OCCIDENTE	94.9	57.8	8.5	28.6	94.9	0.0	13.5	81.3
Huehuetenango	40.3	29.6	0.0	10.7	40.3	0.0	1.4	38.9
Quiché	54.6	28.2	8.5	17.9	54.6	0.0	12.1	42.4
VIII. PETEN	47.9	24.0	22.6	1.4	47.9	0.0	1.4	46.5
Petén	47.9	24.0	22.6	1.4	47.9	0.0	1.4	46.5
TOTAL	2,977.6	2,403.3	101.2	473.2	2,841.4	121.4	395.6	2,324.0

Sigue

212

Cuadro 1. Monto Recaudado y Utilización a Nivel de Establecimiento de Salud. (Continuación)

AÑO 1990	INGRESO POR COBRO DE SERVICIOS				USO DE INGRESOS PRIVATIVOS			
REGION Y AREA	TOTAL	HOSPIT.	CENTROS "A"	CENTROS "B"	TOTAL	PERSONAL	MEDICAM.	OTROS
I. METROPOLITANA	1,128.1	950.9	4.6	172.6	1,128.2	86.1	43.2	998.9
Guatemala Norte	306.7	216.8	3.0	86.9	306.7	--	18.8	287.9
Guatemala Sur	760.9	694.1	1.6	65.2	761.0	86.1	18.7	656.2
Amatitlán	60.5	40.0	--	20.5	60.5	--	5.7	54.8
II. NORTE	79.6	45.2	14.7	19.7	79.5	0.0	21.2	58.3
Alta Verapaz	26.4	--	10.7	15.7	26.3	--	10.7	15.6
Baja Verapaz	53.2	45.2	4.0	4.0	53.2	--	10.5	42.7
III. NOR-ORIENTE	447.9	392.1	19.2	36.6	447.9	0.0	86.1	361.8
El Progreso	16.9	3.3	--	13.6	16.9	--	1.3	15.6
Izabal	74.0	57.0	10.1	6.9	74.0	--	15.6	58.4
Zacapa	247.8	228.0	6.6	13.2	247.8	--	51.9	195.9
Chiquimula	109.2	103.8	2.5	2.9	109.2	--	17.3	91.9
IV. SUR-ORIENTE	124.0	75.1	12.5	36.4	123.8	0.0	18.0	105.8
Santa Rosa	39.6	11.7	7.6	20.3	39.5	--	4.6	34.9
Jalapa	44.3	31.4	3.5	9.4	44.2	--	12.3	31.9
Jutiapa	40.1	32.0	1.4	6.7	40.1	--	1.1	39.0
V. CENTRAL	111.6	64.5	9.2	37.9	111.3	0.0	14.5	96.8
Sacatepéquez	28.7	25.0	--	3.7	28.7	--	3.4	25.3
Chimaltenango	16.5	5.9	1.0	9.6	16.2	--	1.4	14.8
Escuintla	66.4	33.6	8.2	24.6	66.4	--	9.7	56.7
VI. SUR-OCCIDENTE	188.0	118.4	15.0	54.6	195.7	0.0	30.0	165.7
Totonicapán	20.9	15.0	--	5.9	20.9	--	2.4	18.5
Sololá	26.2	20.3	--	5.9	26.2	--	3.9	22.3
Quetzaltenango	89.6	80.0	--	9.6	89.6	--	2.0	87.6
San Marcos	16.7	--	--	16.7	24.8	--	9.0	15.8
Retalhuleu	3.1	3.1	--	--	2.7	--	0.1	2.6
Suchitepéquez	31.5	--	15.0	16.5	31.5	--	12.6	18.9
VII. NOR-OCCIDENTE	54.4	28.5	9.8	16.1	54.3	0.0	8.6	45.7
Huehuetenango	1.5	--	--	1.5	1.4	--	--	1.4
Quiché	52.9	28.5	9.8	14.6	52.9	--	8.6	44.3
VIII. PETEN	36.8	25.0	10.0	1.8	36.8	0.0	1.8	35.0
Petén	36.8	25.0	10.0	1.8	36.8	--	1.8	35.0
TOTAL	2,170.4	1,899.7	95.0	375.7	2,177.5	86.1	223.4	1,868.0

Archivo: C1-1.wk1 to C1-5.wki TM: 0.5 LM: 0.5 Range: A1..AD59

FUENTE: Proyecto. Relevado en forma directa del Ministerio de Finanzas Públicas, Dirección Técnica de Presupuesto

213

CUADRO 2 GUATEMALA – MSPAS. PROPORCION DE LOS INGRESOS ESPECIFICOS UTILIZADOS POR CADA ESTABLECIMIENTO DE SALUD, RESPECTO DE SU PROPIO PRESUPUESTO DE FUNCIONAMIENTO EJECUTADO.

REGION Y AREA	1989				1990			
	TOTAL	HOSPIT.	CENTROS "A"	CENTROS "B"	TOTAL	HOSPIT.	CENTROS "A"	CENTROS "B"
I. METROPOLITANA	**0.98**	**1.22**	**0.71**	**2.90**	**0.95**	**0.95**	**0.55**	**3.06**
Guatemala Norte	0.70	0.60		2.93	0.56	0.44	0.60	3.36
Guatemala Sur	1.84	1.87	1.73	2.54	1.52	1.51	0.48	2.85
Amatitlán	1.54	1.41		4.04	1.10	1.00		2.67
II. NORTE	**0.66**	**0.99**	**0.31**	**0.82**	**0.73**	**0.85**	**0.57**	**1.18**
Alta Verapaz	0.43	0.65	0.25	0.55	0.36		0.46	1.88
Baja Verapaz	1.17	0.16	0.92	1.09	1.49	2.38	1.64	0.48
III. NOR–ORIENTE	**2.62**	**3.70**	**0.94**	**1.40**	**2.30**	**3.05**	**1.30**	**1.26**
El Progreso	0.04	3.40		0.37	0.55	0.19		1.99
Izabal	0.85	9.40	0.85	2.16	1.04	1.09	1.08	1.28
Zacapa	6.17	5.00	1.38	2.05	5.16	7.59	1.71	1.32
Chiquimula	3.24		0.49	0.87	2.42	3.58	0.55	0.43
IV. SUR–ORIENTE	**0.97**	**1.13**	**1.61**	**1.19**	**0.82**	**0.79**	**1.22**	**1.55**
Santa Rosa	0.73	0.96	1.79	0.39	0.68	0.34	1.94	2.06
Jalapa	1.57	1.73	3.69	1.20	1.36	1.41	1.75	1.88
Jutiapa	0.88	0.89	0.39	2.24	0.67	0.84	0.33	0.78
V. CENTRAL	**0.83**	**0.71**	**0.43**	**2.24**	**0.57**	**0.46**	**1.45**	**1.54**
Sacatepéquez	0.50	0.62			0.40	0.42		0.68
Chimaltenango	0.56	0.29	0.36	1.90	0.36	0.27	0.31	1.08
Escuintla	1.24	0.93	0.59	3.76	0.84	0.57	2.67	2.41
VI. SUR–OCCIDENTE	**0.70**	**0.74**	**1.24**	**1.05**	**0.50**	**0.46**	**1.29**	**0.90**
Totonicapán	0.14			0.59	0.46	0.53		0.62
Sololá	1.04	1.50		1.05	0.73	1.02		0.82
Quetzaltenango	1.06	1.16		1.19	0.65	0.69		0.88
San Marcos	0.57		1.24	1.06	0.24			1.30
Retalhuleu	0.32			0.35	0.08	0.12		
Suchitepéquez	0.45	0.42		0.76	0.56			1.25
VII. NOR–OCCIDENTE	**0.61**	**0.99**	**0.27**	**0.77**	**0.42**	**0.56**	**0.38**	**0.52**
Huehuetenango	0.58	0.82		0.62	0.03			0.11
Quiché	0.63	1.27	0.27	2.72	0.75	1.43	0.38	0.87
VIII. PETEN	**0.60**	**0.55**	**1.21**	**0.21**	**0.59**	**0.74**	**0.62**	**0.38**
TOTAL	**1.01**	**1.25**	**0.72**	**1.57**	**0.90**	**0.97**	**0.61**	**1.53**

Archivo: C2.wk1 TM: 0.5 LM: 1.0 RANGE: A1..AE58

FUENTE: Calculado en base al relevamiento directo realizado en el Ministerio de Finanzas Publicas. DTP.

214

CUADRO 3 GUATEMALA – MSPAS. PRESUPUESTO DE FUNCIONAMIENTO. GASTO EJECUTADO 1986 – 1990.

AÑO 1986	MILES DE QUETZALES DE 1990				DISTRIBUCION PORCENTUAL			
REGION Y AREA	TOTAL	ADMIN.	HOSPIT. Y CENT. "A"	CENT. "B" Y PUEST.	TOTAL	ADMIN.	HOSPIT. Y CENT. "A"	CENT. "B" Y PUEST.
I. METROPOLITANA	**105,553.3**	**17,212.5**	**81,869.8**	**6,471.0**	**100.0**	**16.3**	**77.6**	**6.1**
Admin. Central	16,579.7	16,579.7	0.0	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0
Guatemala Norte	48,539.3	263.5	44,999.4	3,276.4	100.0	0.5	92.7	6.7
Guatemala Sur	36,136.4	272.3	33,331.3	2,532.8	100.0	0.8	92.2	7.0
Amatitlán	4,297.9	97.0	3,539.1	661.8	100.0	2.3	82.3	15.4
II. NORTE	**10,972.1**	**499.0**	**8,118.8**	**2,354.2**	**100.0**	**4.5**	**74.0**	**21.5**
Alta Verapaz	7,618.3	284.8	6,047.7	1,285.8	100.0	3.7	79.4	16.9
Baja Verapaz	3,353.8	214.2	2,071.1	1,068.4	100.0	6.4	61.8	31.9
III. NOR–ORIENTE	**24,493.2**	**838.8**	**19,865.3**	**3,788.7**	**100.0**	**3.4**	**81.1**	**15.5**
El Progreso	10,278.7	244.1	9,103.4	931.2	100.0	2.4	88.6	9.1
Izabal	6,086.4	220.3	5,000.2	865.9	100.0	3.6	82.2	14.2
Zacapa	4,367.7	174.4	3,005.1	1,187.8	100.0	4.0	68.8	27.2
Chiquimula	3,760.4	200.0	2,756.6	803.8	100.0	5.3	73.3	21.4
IV. SUR–ORIENTE	**11,742.6**	**480.9**	**7,849.3**	**3,412.5**	**100.0**	**4.1**	**66.8**	**29.1**
Santa Rosa	4,952.3	165.2	3,260.0	1,527.2	100.0	3.3	65.8	30.8
Jalapa	2,762.9	167.3	1,987.7	607.9	100.0	6.1	71.9	22.0
Jutiapa	4,027.4	148.4	2,601.6	1,277.4	100.0	3.7	64.6	31.7
V. CENTRAL	**17,160.1**	**734.5**	**12,712.1**	**3,713.4**	**100.0**	**4.3**	**74.1**	**21.6**
Sacatepéquez	5,572.5	248.4	4,502.2	821.9	100.0	4.5	80.8	14.7
Chimaltenango	3,944.9	292.8	2,244.7	1,407.3	100.0	7.4	56.9	35.7
Escuintla	7,642.7	193.3	5,965.2	1,484.2	100.0	2.5	78.1	19.4
VI. SUR–OCCIDENTE	**36,273.2**	**1,319.4**	**26,460.3**	**8,493.6**	**100.0**	**3.6**	**72.9**	**23.4**
Totonicapán	3,646.4	208.4	2,377.4	1,060.6	100.0	5.7	65.2	29.1
Sololá	5,598.7	196.6	4,289.3	1,112.8	100.0	3.5	76.6	19.9
Quetzaltenango	13,043.8	258.4	11,115.3	1,670.1	100.0	2.0	85.2	12.8
San Marcos	5,898.9	290.1	3,141.9	2,467.0	100.0	4.9	53.3	41.8
Retalhuleu	3,374.9	180.2	2,363.4	831.3	100.0	5.3	70.0	24.6
Suchitepéquez	4,710.5	185.7	3,173.0	1,351.8	100.0	3.9	67.4	28.7
VII. NOR–OCCIDENTE	**14,090.5**	**614.1**	**9,321.7**	**4,154.6**	**100.0**	**4.4**	**66.2**	**29.5**
Huehuetenango	5,337.6	270.7	3,025.0	2,041.8	100.0	5.1	56.7	38.3
Quiché	8,752.9	343.4	6,296.7	2,112.8	100.0	3.9	71.9	24.1
VIII. PETEN	**5,554.5**	**263.5**	**4,425.1**	**865.9**	**100.0**	**4.7**	**79.7**	**15.6**
TOTAL	**225,839.5**	**21,962.7**	**170,622.4**	**33,253.9**	**100.0**	**9.7**	**75.6**	**14.7**

Sigue

215

Cuadro 3. Presupuesto de Funcionamiento – Gasto Ejecutado. (continuación)

AÑO 1987	MILES DE QUETZALES DE 1990				DISTRIBUCION PORCENTUAL			
REGION Y AREA	TOTAL	ADMIN.	HOSPIT. Y CENT. "A"	CENT. "B" Y PUEST.	TOTAL	ADMIN.	HOSPIT. Y CENT. "A"	CENT. "B" Y PUEST.
I. METROPOLITANA	**115,518.7**	**18,627.3**	**85,350.8**	**11,540.6**	**100.0**	**16.1**	**73.9**	**10.0**
Admin. Central	17,954.6	17,954.6	0.0	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0
Guatemala Norte	50,562.2	286.4	44,865.5	5,410.3	100.0	0.6	88.7	10.7
Guatemala Sur	41,504.6	281.9	36,694.1	4,528.6	100.0	0.7	88.4	10.9
Amatitlán	5,497.3	104.4	3,791.2	1,601.7	100.0	1.9	69.0	29.1
II. NORTE	**11,771.0**	**538.9**	**8,370.8**	**2,861.4**	**100.0**	**4.6**	**71.1**	**24.3**
Alta Verapaz	8,371.8	299.3	6,322.6	1,750.0	100.0	3.6	75.5	20.9
Baja Verapaz	3,399.2	239.6	2,048.2	1,111.4	100.0	7.0	60.3	32.7
III. NOR–ORIENTE	**19,015.5**	**921.5**	**13,076.3**	**5,017.5**	**100.0**	**4.8**	**68.8**	**26.4**
El Progreso	3,115.4	275.8	1,609.5	1,230.0	100.0	8.9	51.7	39.5
Izabal	6,772.2	222.2	5,330.3	1,219.8	100.0	3.3	78.7	18.0
Zacapa	4,976.7	208.1	3,235.9	1,532.6	100.0	4.2	65.0	30.8
Chiquimula	4,151.2	215.4	2,900.6	1,035.1	100.0	5.2	69.9	24.9
IV. SUR–ORIENTE	**14,223.2**	**468.5**	**8,800.0**	**4,954.8**	**100.0**	**3.3**	**61.9**	**34.8**
Santa Rosa	5,916.5	169.7	3,529.8	2,217.0	100.0	2.9	59.7	37.5
Jalapa	3,109.6	136.6	2,153.8	819.2	100.0	4.4	69.3	26.3
Jutiapa	5,197.1	162.2	3,116.4	1,918.6	100.0	3.1	60.0	36.9
V. CENTRAL	**18,981.4**	**783.6**	**13,078.7**	**5,119.2**	**100.0**	**4.1**	**68.9**	**27.0**
Sacatepéquez	5,887.8	250.6	4,609.5	1,027.7	100.0	4.3	78.3	17.5
Chimaltenango	4,768.7	330.1	2,296.9	2,141.8	100.0	6.9	48.2	44.9
Escuintla	8,324.9	202.9	6,172.3	1,949.7	100.0	2.4	74.1	23.4
VI. SUR–OCCIDENTE	**36,850.4**	**1,386.1**	**24,569.8**	**10,894.6**	**100.0**	**3.8**	**66.7**	**29.6**
Totonicapán	3,997.6	225.7	2,439.4	1,332.5	100.0	5.6	61.0	33.3
Sololá	3,722.8	222.2	1,987.1	1,513.5	100.0	6.0	53.4	40.7
Quetzaltenango	13,016.9	279.3	10,936.7	1,800.9	100.0	2.1	84.0	13.8
San Marcos	7,161.3	285.5	3,435.2	3,440.6	100.0	4.0	48.0	48.0
Retalhuleu	3,756.4	184.6	2,488.6	1,083.2	100.0	4.9	66.2	28.8
Suchitepéquez	5,195.4	188.8	3,282.8	1,723.9	100.0	3.6	63.2	33.2
VII. NOR–OCCIDENTE	**14,726.2**	**663.1**	**8,133.9**	**5,931.1**	**100.0**	**4.5**	**55.2**	**40.3**
Huehuetenango	6,496.6	295.8	3,183.7	3,017.1	100.0	4.6	49.0	46.4
Quiché	8,231.6	367.3	4,950.2	2,914.0	100.0	4.5	60.1	35.4
VIII. PETEN	**6,585.7**	**274.6**	**4,896.8**	**1,414.1**	**100.0**	**4.2**	**74.4**	**21.5**
TOTAL	**237,674.1**	**23,663.8**	**166,277.1**	**47,733.3**	**100.0**	**10.0**	**70.0**	**20.1**

Sigue

216

Cuadro 3. Presupuesto de Funcionamiento – Gasto Ejecutado. (continuación)

AÑO 1988	MILES DE QUETZALES DE 1990				DISTRIBUCION PORCENTUAL			
REGION Y AREA	TOTAL	ADMIN.	HOSPIT. Y CENT. "A"	CENT. "B" Y PUEST.	TOTAL	ADMIN.	HOSPIT. Y CENT. "A"	CENT. "B" Y PUEST.
I. METROPOLITANA	**130,162.0**	**20,368.5**	**101,523.5**	**8,270.0**	**100.0**	**15.6**	**78.0**	**6.4**
Admin. Central	19,216.7	19,216.7	0.0	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0
Guatemala Norte	56,405.6	339.5	52,038.6	4,027.5	100.0	0.6	92.3	7.1
Guatemala Sur	49,315.3	641.2	45,352.5	3,321.6	100.0	1.3	92.0	6.7
Amatitlán	5,224.4	171.1	4,132.4	920.9	100.0	3.3	79.1	17.6
II. NORTE	**13,568.7**	**522.2**	**9,501.8**	**3,544.6**	**100.0**	**3.8**	**70.0**	**26.1**
Alta Verapaz	9,419.1	306.5	7,144.1	1,968.4	100.0	3.3	75.8	20.9
Baja Verapaz	4,149.6	215.7	2,357.7	1,576.2	100.0	5.2	56.8	38.0
III. NOR-ORIENTE	**22,155.3**	**916.5**	**15,493.0**	**5,745.8**	**100.0**	**4.1**	**69.9**	**25.9**
El Progreso	3,566.8	252.8	1,890.2	1,423.8	100.0	7.1	53.0	39.9
Izabal	8,083.5	243.7	6,410.1	1,429.7	100.0	3.0	79.3	17.7
Zacapa	5,564.0	198.9	3,697.3	1,667.8	100.0	3.6	66.5	30.0
Chiquimula	4,941.0	221.1	3,495.4	1,224.5	100.0	4.5	70.7	24.8
IV. SUR-ORIENTE	**17,275.8**	**553.2**	**10,684.9**	**6,037.9**	**100.0**	**3.2**	**61.8**	**35.0**
Santa Rosa	7,346.2	218.6	4,068.8	3,058.9	100.0	3.0	55.4	41.6
Jalapa	3,619.2	156.1	2,566.2	897.0	100.0	4.3	70.9	24.8
Jutiapa	6,310.4	178.5	4,049.9	2,082.0	100.0	2.8	64.2	33.0
V. CENTRAL	**20,864.6**	**778.1**	**14,468.5**	**5,617.8**	**100.0**	**3.7**	**69.3**	**26.9**
Sacatepéquez	6,441.4	239.6	5,024.3	1,177.4	100.0	3.7	78.0	18.3
Chimaltenango	5,402.6	299.4	2,760.9	2,342.3	100.0	5.5	51.1	43.4
Escuintla	9,020.6	239.1	6,683.3	2,098.1	100.0	2.7	74.1	23.3
VI. SUR-OCCIDENTE	**42,421.7**	**1,538.0**	**28,020.2**	**12,863.4**	**100.0**	**3.6**	**66.1**	**30.3**
Totonicapán	4,580.6	232.5	2,810.5	1,537.3	100.0	5.1	61.4	33.6
Sololá	4,172.1	300.8	2,172.6	1,698.7	100.0	7.2	52.1	40.7
Quetzaltenango	15,136.1	260.0	12,309.3	2,566.8	100.0	1.7	81.3	17.0
San Marcos	8,242.4	326.1	3,987.1	3,929.2	100.0	4.0	48.4	47.7
Retalhuleu	4,464.8	217.5	3,033.4	1,213.8	100.0	4.9	67.9	27.2
Suchitepéquez	5,825.7	201.1	3,707.3	1,917.3	100.0	3.5	63.6	32.9
VII. NOR-OCCIDENTE	**15,641.1**	**574.6**	**8,535.1**	**6,531.3**	**100.0**	**3.7**	**54.6**	**41.8**
Huehuetenango	6,949.6	259.5	3,309.9	3,380.1	100.0	3.7	47.6	48.6
Quiché	8,691.5	315.1	5,225.2	3,151.2	100.0	3.6	60.1	36.3
VIII. PETEN	**8,112.3**	**274.8**	**6,498.2**	**1,342.0**	**100.0**	**3.4**	**80.1**	**16.5**
TOTAL	**270,201.5**	**25,525.9**	**194,725.2**	**49,952.8**	**100.0**	**9.4**	**72.1**	**18.5**

Sigue

27

Cuadro 3. Presupuesto de Funcionamiento – Gasto Ejecutado. (continuación)

AÑO 1989	MILES DE QUETZALES DE 1990						DISTRIBUCION PORCENTUAL					
REGION Y AREA	TOTAL	ADMIN.	HOSPIT.	CENTROS "A"	CENTROS "B"	PUESTOS SALUD	TOTAL	ADM.	HOSP.	CENT. "A"	CENT. "B"	PUES. SAL.
I. METROPOLIT.	157,345.9	35,113.2	108,933.1	2,592.8	6,773.5	3,933.3	100.0	22.3	69.2	1.6	4.3	2.5
Admin. Central	34,292.0	34,292.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Guatemala Norte	60,542.9	350.4	54,669.6	619.3	3,213.8	1,689.8	100.0	0.6	90.3	1.0	5.3	2.8
Guatemala Sur	55,114.7	282.1	50,121.1	440.9	2,771.9	1,498.7	100.0	0.5	90.9	0.8	5.0	2.7
Amatitlán	7,396.3	188.7	4,142.4	1,532.6	787.8	744.8	100.0	2.6	56.0	20.7	10.7	10.1
II. NORTE	13,598.7	463.0	6,323.2	3,375.9	2,093.6	1,343.0	100.0	3.4	46.5	24.8	15.4	9.9
Alta Verapaz	9,335.6	270.0	4,140.7	3,069.5	1,055.1	800.3	100.0	2.9	44.4	32.9	11.3	8.6
Baja Verapaz	4,263.1	193.0	2,182.5	306.4	1,038.5	542.7	100.0	4.5	51.2	7.2	24.4	12.7
III. NOR–ORIENTE	23,591.1	734.2	14,018.4	3,231.7	3,309.4	2,297.4	100.0	3.1	59.4	13.7	14.0	9.7
El Progreso	4,954.9	196.1	1,969.4	1,394.7	816.3	578.4	100.0	4.0	39.7	28.1	16.5	11.7
Izabal	8,050.3	218.8	5,642.0	808.2	640.6	740.7	100.0	2.7	70.1	10.0	8.0	9.2
Zacapa	5,711.9	134.0	3,411.7	492.0	1,126.5	547.7	100.0	2.3	59.7	8.6	19.7	9.6
Chiquimula	4,874.0	185.3	2,995.3	536.8	726.0	430.6	100.0	3.8	61.5	11.0	14.9	8.8
IV. SUR–ORIENTE	16,009.9	526.7	9,207.2	1,269.6	2,705.0	2,301.4	100.0	3.3	57.5	7.9	16.9	14.4
Santa Rosa	6,735.4	208.5	3,679.1	528.2	1,245.1	1,074.5	100.0	3.1	54.6	7.8	18.5	16.0
Jalapa	4,168.3	150.0	2,361.4	244.2	515.7	897.0	100.0	3.6	56.7	5.9	12.4	21.5
Jutiapa	5,106.2	168.2	3,166.7	497.2	944.2	329.9	100.0	3.3	62.0	9.7	18.5	6.5
V. CENTRAL	22,340.6	654.3	14,435.3	1,874.8	3,111.0	2,265.2	100.0	2.9	64.6	8.4	13.9	10.1
Sacatepéquez	8,107.6	194.2	5,460.8	1,226.3	702.8	523.5	100.0	2.4	67.4	15.1	8.7	6.5
Chimaltenango	5,320.5	228.6	2,485.5	387.2	1,120.1	1,099.1	100.0	4.3	46.7	7.3	21.1	20.7
Escuintla	8,912.5	231.5	6,489.0	261.3	1,288.1	642.6	100.0	2.6	72.8	2.9	14.5	7.2
VI. SUR–OCCID.	51,259.1	1,322.8	27,921.4	9,593.7	7,738.2	4,683.0	100.0	2.6	54.5	18.7	15.1	9.1
Totonicapán	6,065.2	174.1	2,821.5	1,534.8	1,066.0	468.8	100.0	2.9	46.5	25.3	17.6	7.7
Sololá	5,832.6	289.1	2,251.1	1,646.2	923.7	722.5	100.0	5.0	38.6	28.2	15.8	12.4
Quetzaltenango	17,753.3	209.2	12,590.7	2,476.7	1,384.9	1,091.8	100.0	1.2	70.9	14.0	7.8	6.1
San Marcos	8,178.8	269.7	3,258.5	911.6	2,210.7	1,528.3	100.0	3.3	39.8	11.1	27.0	18.7
Retalhuleu	5,521.5	203.9	2,995.2	1,161.2	798.1	363.1	100.0	3.7	54.2	21.0	14.5	6.6
Suchitepéquez	7,907.7	176.8	4,004.4	1,863.2	1,354.8	508.5	100.0	2.2	50.6	23.6	17.1	6.4
VII NOR–OCCID.	18,695.4	453.0	5,851.8	6,315.0	3,678.2	2,397.4	100.0	2.4	31.3	33.8	19.7	12.8
Huehuetenango	10,110.4	179.9	3,623.9	3,153.3	1,726.6	1,426.7	100.0	1.8	35.8	31.2	17.1	14.1
Quiché	8,585.0	273.1	2,227.9	3,161.7	1,951.6	970.7	100.0	3.2	26.0	36.8	22.7	11.3
VII PETEN	7,934.0	257.9	4,367.3	1,868.7	658.8	781.3	100.0	3.3	55.0	23.6	8.3	9.8
TOTAL	310,774.7	39,525.1	191,057.7	30,122.2	30,067.7	20,002.0	100.0	12.7	61.5	9.7	9.7	6.4

Sigue

218

Cuadro 3. Presupuesto de Funcionamiento – Gasto Ejecutado. (continuación)

AÑO 1990	MILES DE QUETZALES DE 1990						DISTRIBUCION PORCENTUAL					
REGION Y AREA	TOTAL	ADMIN.	HOSPIT.	CENTROS "A"	CENTROS "B"	PUESTOS SALUD	TOTAL	ADM.	HOSP.	CENT. "A"	CENT. "B"	PU SA
I. METROPOLIT.	119,547.2	9,126.1	99,652.0	2,176.3	5,638.7	2,954.1	100.0	7.6	83.4	1.8	4.7	2
Admin. Central	8,437.1	8,437.1	--	--	--	--	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	
Guatemala Norte	54,385.4	262.2	49,799.1	497.7	2,583.8	1,242.6	100.0	0.5	91.6	0.9	4.8	2
Guatemala Sur	49,896.0	271.0	45,871.6	332.8	2,283.7	1,136.9	100.0	0.5	91.9	0.7	4.6	2
Amatitlán	6,828.7	155.8	3,981.3	1,345.8	771.2	574.6	100.0	2.3	58.3	19.7	11.3	
II. NORTE	10,890.3	282.1	5,295.8	2,560.5	1,664.3	1,087.6	100.0	2.6	48.6	23.5	15.3	10
Alta Verapaz	7,325.4	125.1	3,400.3	2,316.4	833.4	650.2	100.0	1.7	46.4	31.6	11.4	
Baja Verapaz	3,564.9	157.0	1,895.5	244.1	830.9	437.4	100.0	4.4	53.2	6.8	23.3	1
III. NOR-ORIENTE	[illegible]355.7	555.7	12,859.1	2,636.0	2,896.7	1,708.2	100.0	2.7	62.3	12.8	14.0	8
El Progreso	4,230.1	146.7	1,758.4	1,162.6	682.1	480.3	100.0	3.5	41.6	27.5	16.1	1
Izabal	7,111.2	172.2	5,197.5	633.3	541.0	567.2	100.0	2.4	73.1	8.9	7.6	8
Zacapa	4,799.2	93.3	3,004.4	386.4	1,003.0	312.1	100.0	1.9	62.6	8.1	20.9	6.5
Chiquimula	4,515.2	143.5	2,898.8	453.7	670.6	348.6	100.0	3.2	64.2	10.0	14.9	
IV. SUR-ORIENTE	15,084.4	402.0	9,478.2	1,021.9	2,343.4	1,838.9	100.0	2.7	62.8	6.8	15.5	12.2
Santa Rosa	5,822.8	152.3	3,444.5	392.6	986.4	847.0	100.0	2.6	59.2	6.7	16.9	14
Jalapa	3,268.0	122.9	2,230.0	199.9	500.3	214.9	100.0	3.8	68.2	6.1	15.3	6
Jutiapa	5,993.6	126.8	3,803.7	429.4	856.7	777.0	100.0	2.1	63.5	7.2	14.3	13.0
V. CENTRAL	20,525.8	504.7	14,110.6	1,593.1	2,456.3	1,861.1	100.0	2.5	68.7	7.8	12.0	9
Sacatepéquez	8,098.3	164.5	6,016.2	958.9	546.6	412.1	100.0	2.0	74.3	11.8	6.7	5
Chimaltenango	4,525.7	166.7	2,228.6	326.9	887.5	916.0	100.0	3.7	49.2	7.2	19.6	20.2
Escuintla	7,901.8	173.5	5,865.8	307.3	1,022.2	533.0	100.0	2.2	74.2	3.9	12.9	6
VI. SUR-OCCID.	45,292.7	1,092.0	25,931.5	8,507.8	6,054.2	3,707.2	100.0	2.4	57.3	18.8	13.4	8.2
Totonicapán	5,666.5	155.3	2,829.4	1,340.9	954.8	386.1	100.0	2.7	49.9	23.7	16.8	6
Sololá	4,951.8	215.6	1,998.0	1,369.2	723.3	645.7	100.0	4.4	40.3	27.7	14.6	13
Quetzaltenango	15,766.2	186.4	11,514.8	2,032.5	1,090.2	942.3	100.0	1.2	73.0	12.9	6.9	6.0
San Marcos	6,943.5	221.7	3,144.4	1,161.7	1,280.9	1,134.8	100.0	3.2	45.3	16.7	18.4	16.3
Retalhuleu	4,658.9	165.3	2,557.2	968.3	681.8	286.3	100.0	3.5	54.9	20.8	14.6	6
Suchitepéquez	7,305.8	147.7	3,887.7	1,635.2	1,323.2	312.0	100.0	2.0	53.2	22.4	18.1	4
VII NOR-OCCID.	15,569.7	348.0	5,090.3	5,160.2	3,079.9	1,871.3	100.0	2.2	32.7	33.3	19.8	12
Huehuetenango	8,482.3	148.3	3,090.8	2,621.7	1,410.1	1,211.4	100.0	1.7	36.4	30.9	16.6	14
Quiché	7,087.4	199.7	1,999.5	2,558.5	1,669.8	659.9	100.0	2.8	28.2	36.1	23.6	9.3
VII PETEN	6,275.5	214.3	3,368.0	1,621.7	467.3	604.2	100.0	3.4	53.7	25.8	7.4	9
TOTAL	253,841.3	12,524.9	175,785.5	25,297.5	24,600.8	15,632.6	100.0	4.9	69.3	10.0	9.7	6

Archivo: C3-1.wk1 to c3-5.wk1 TM: 0.5 LM: 0.5 RM: 0.4 RANGE: A1..R59

FUENTE: Calculado en base al relevamiento directo realizado en el Ministerio de Finanzas Publicas, DTP.

219

CUADRO 4 GUATEMALA – MSPAS. NUMERO Y TIPO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN CADA REGION – 1990.

REGION Y AREA	NUMERO TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS				
	TOTAL	HOSPITALES	CENTROS "A"	CENTROS "B"	PUES. SALUD
I. METROPOLITANA	97	9	2	28	58
Administ. Central	--	--	--	--	--
Guatemala Norte	42	4	1	12	25
Guatemala Sur	38	4	1	11	22
Amatitlán	17	1		5	11
II. NORTE	81	2	8	15	56
Alta Verapaz	49	1	7	8	33
Baja Verapaz	32	1	1	7	23
III. NOR–ORIENTE	121	5	7	23	86
El Progreso	29	1		6	22
Izabal	37	2	3	4	28
Zacapa	30	1	2	8	19
Chiquimula	25	1	2	5	17
IV. SUR–ORIENTE	139	3	5	18	113
Santa Rosa	62	1	2	8	51
Jalapa	20	1	1	4	14
Jutiapa	57	1	2	6	48
V. CENTRAL	129	5	3	18	103
Sacatepéquez	20	2		3	15
Chimaltenango	64	1	2	7	54
Escuintla	45	2	1	8	34
VI. SUR–OCCIDENTE	282	8	1	54	199
Totonicapán	26	1		8	17
Sololá	37	1		7	29
Quetzaltenango	56	3		10	43
San Marcos	87	1	1	14	71
Retalhuleu	24	1		6	17
Suchitepéquez	32	1		9	22
VII. NOR–OCCIDENTE	142	3	4	28	107
Huehuetenango	79	2		13	64
Quiché	63	1	4	15	43
VIII. PETEN	37	2	2	4	29
TOTAL	1008	37	32	188	751

FUENTE: MSPAS

ARCHIVO: C4.WKI RANGE:

220

CUADRO 5 GUATEMALA – MSPAS. PRESUPUESTO DE FUNCIONAMIENTO EJECUTADO ABIERTO POR COMPONENTES Y OBJETO DEL GASTO. AÑO 1989.
Expresado en miles de quetzales de 1990.

REGION Y AREA	PRESUPUESTO DE FUNCIONAMIENTO EJECUTADO TOTAL							
	MILES DE QUETZALES DE 1990				DISTRIBUCION PORCENTUAL			
	TOT.	PERS.	MEDIC.	OTROS	TOT.	PERS.	MEDIC.	OTROS
I. METROPOLITANA	**155,813**	**71,707**	**14,581**	**69,525**	**100.0**	**46.0**	**9.4**	**44.6**
Administ. Central	34,292	0	0	34,292	100.0	0.0	0.0	100.0
Guatemala Norte	60,543	37,377	6,954	16,212	100.0	61.7	11.5	26.8
Guatemala Sur	55,115	30,395	6,616	18,104	100.0	55.1	12.0	32.8
Amatitlán	5,864	3,935	1,011	918	100.0	67.1	17.2	15.7
II. NORTE	**13,599**	**10,850**	**1,112**	**1,637**	**100.0**	**79.8**	**8.2**	**12.0**
Alta Verapaz	9,336	7,550	728	1,059	100.0	80.9	7.8	11.3
Baja Verapaz	4,263	3,301	384	578	100.0	77.4	9.0	13.6
III. NOR–ORIENTE	**22,196**	**16,316**	**2,310**	**3,571**	**100.0**	**73.5**	**10.4**	**16.1**
El Progreso	3,560	2,664	340	557	100.0	74.8	9.5	15.6
Izabal	8,050	5,862	912	1,276	100.0	72.8	11.3	15.8
Zacapa	5,712	4,086	632	994	100.0	71.5	11.1	17.4
Chiquimula	4,874	3,703	427	744	100.0	76.0	8.8	15.3
IV. SUR–ORIENTE	**18,107**	**11,405**	**2,064**	**2,637**	**100.0**	**70.8**	**12.8**	**16.4**
Santa Rosa	8,735	4,986	783	967	100.0	74.0	11.6	14.4
Jalapa	3,601	2,693	374	535	100.0	74.8	10.4	14.6
Jutiapa	5,770	3,727	908	1,136	100.0	64.6	15.7	19.7
V. CENTRAL	**21,114**	**14,671**	**2,261**	**4,183**	**100.0**	**69.5**	**10.7**	**19.8**
Sacatepéquez	6,881	4,589	672	1,620	100.0	66.7	9.8	23.5
Chimaltenango	5,321	3,894	623	804	100.0	73.2	11.7	15.1
Escuintla	8,912	6,188	966	1,759	100.0	69.4	10.8	19.7
VI. SUR–OCCIDENTE	**42,577**	**30,204**	**4,649**	**7,725**	**100.0**	**70.9**	**10.9**	**18.1**
Totonicapán	4,531	3,115	460	956	100.0	68.8	10.2	21.1
Sololá	4,186	2,963	468	755	100.0	70.8	11.2	16.0
Quetzaltenango	15,377	10,297	1,705	3,274	100.0	67.4	11.2	21.4
San Marcos	8,179	6,322	911	946	100.0	77.3	11.1	11.6
Retalhuleu	4,360	3,171	498	691	100.0	72.7	11.4	15.8
Suchitepéquez	6,045	4,336	607	1,102	100.0	71.7	10.0	18.2
VII. NOR–OCCIDENTE	**15,542**	**11,742**	**1,760**	**2,040**	**100.0**	**75.5**	**11.3**	**13.1**
Huehuetenango	6,957	5,000	1,031	927	100.0	71.9	14.8	13.3
Quiché	8,585	6,742	730	1,114	100.0	78.5	8.5	13.0
VIII. PETEN	**7,934**	**5,085**	**733**	**2,116**	**100.0**	**64.1**	**9.2**	**26.7**
Petén	7,934	5,085	733	2,116	100.0	64.1	9.2	26.7
TOTAL	**294,883**	**171,979**	**29,471**	**93,433**	**100.0**	**58.3**	**10.0**	**31.7**

Sigue

221

Cuadro 5. Presupuesto Funcionamiento Ejecutado por Componentes (Continuación) Pag. 2/6

REGION Y AREA	PRESUPUESTO EJECUTADO DE JEFATURA DE AREA (1989)							
	MILES DE QUETZALES DE 1990				DISTRIBUCION PORCENTUAL			
	TOT.	PERS.	MEDIC.	OTROS	TOT.	PERS.	MEDIC.	OTROS
I. METROPOLITANA	35,113	757	0	34,356	100.0	2.2	0.0	97.8
Administ. Central	34,292	0	0	34,292	100.0	0.0	0.0	100.0
Guatemala Norte	350	320	0	31	100.0	91.3	0.0	8.7
Guatemala Sur	282	258	0	24	100.0	91.5	0.0	[illegible]
Amatitlán	189	180	0	9	100.0	95.1	0.0	4.9
II. NORTE	463	432	0	31	100.0	93.3	0.0	6.7
Alta Verapaz	270	250	0	20	100.0	92.5	0.0	7.5
Baja Verapaz	193	182	0	11	100.1	94.4	0.0	5.6
III. NOR-ORIENTE	734	645	0	89	100.0	87.9	0.0	12.1
El Progreso	188	153	0	35	100.0	81.5	0.0	18.5
Izabal	222	209	0	13	100.0	94.2	0.0	5.8
Zacapa	137	109	0	28	100.0	79.6	0.0	20.4
Chiquimula	188	174	0	14	100.0	92.7	0.0	7.3
IV. SUR-ORIENTE	527	474	0	53	100.0	89.9	0.0	10.1
Santa Rosa	209	190	0	18	100.0	91.3	0.0	8.7
Jalapa	150	142	0	8	100.0	94.7	0.0	5.3
Jutiapa	168	141	0	27	100.0	83.9	0.0	16.1
V. CENTRAL	654	604	0	50	100.0	92.3	0.0	7.7
Sacatepéquez	194	180	0	14	99.9	92.8	0.0	7.1
Chimaltenango	229	203	0	25	100.0	88.9	0.0	11.1
Escuintla	232	221	0	11	100.0	95.3	0.0	4.7
VI. SUR-OCCIDENTE	1,323	1,258	0	65	100.0	95.1	0.0	4.9
Totonicapán	174	169	0	6	100.0	96.8	0.0	3.2
Sololá	289	271	0	18	100.0	93.7	0.0	6.2
Quetzaltenango	209	204	0	6	100.0	97.3	0.0	2.7
San Marcos	270	264	0	6	100.0	97.8	0.0	2.3
Retalhuleu	204	191	0	13	100.0	93.8	0.0	6.1
Suchitepéquez	177	160	0	17	100.0	90.3	0.0	9.7
VII. NOR-OCCIDENTE	453	415	0	38	100.0	91.7	0.0	8.3
Huehuetenango	180	165	0	15	100.0	91.6	0.0	8.4
Quiché	273	251	0	22	100.0	91.8	0.0	8.2
VIII. PETEN	258	226	0	32	100.0	87.6	0.0	12.4
Petén	258	226	0	32	100.0	87.6	0.0	12.4
TOTAL	39,525	4,811	0	34,714	100.0	12.2	0.0	87.8

Sigue

222

Cuadro 5. Presupuesto Funcionamiento Ejecutado por Componentes (Continuación)

REGION Y AREA	PRESUPUESTO EJECUTADO DE HOSPITALES (1989)							
	MILES DE QUETZALES DE 1990				DISTRIBUCION PORCENTUAL			
	TOT.	PERS.	MEDIC.	OTROS	TOT.	PERS.	MEDIC.	OTROS
I. METROPOLITANA	108,933	[illegible]	11,310	34,767	100.0	57.7	10.4	31.9
Administ. Central	0	0	0	0				
Guatemala Norte	54,670	33,163	5,534	15,973	100.0	60.7	10.1	29.2
Guatemala Sur	50,121	26,800	5,376	17,945	100.0	53.5	10.7	35.8
Amatitlán	4,142	2,893	401	848	100.0	69.8	9.7	20.5
II. NORTE	6,323	4,741	481	1,102	100.0	75.0	7.6	17.4
Alta Verapaz	4,141	3,197	315	629	100.0	77.2	7.6	15.2
Baja Verapaz	2,183	1,544	166	473	100.0	70.7	7.6	21.7
III. NOR-ORIENTE	14,018	9,392	1,463	3,163	100.0	67.0	10.4	22.6
El Progreso	1,969	1,371	142	456	100.0	69.6	7.2	23.1
Izabal	5,642	3,850	629	1,163	100.0	68.2	11.1	20.6
Zacapa	3,412	2,095	434	883	100.0	61.4	12.7	25.9
Chiquimula	2,995	2,076	258	662	100.0	69.3	8.6	22.1
IV. SUR-ORIENTE	9,207	5,945	1,011	2,251	100.0	64.5	11.0	24.4
Santa Rosa	3,679	2,587	305	787	100.0	70.3	8.3	21.4
Jalapa	2,361	1,641	234	486	100.0	69.5	9.9	20.6
Jutiapa	3,167	1,717	472	978	100.0	54.2	14.9	30.9
V. CENTRAL	14,435	9,190	1,419	3,827	100.0	63.7	9.8	26.5
Sacatepéquez	5,461	3,347	553	1,561	100.0	61.3	10.1	28.6
Chimaltenango	2,486	1,687	183	616	100.0	67.9	7.4	24.8
Escuintla	6,489	4,156	683	1,050	100.0	64.0	10.5	25.4
VI. SUR-OCCIDENTE	27,922	18,089	2,770	7,063	100.0	64.8	9.9	25.3
Totonicapán	2,822	1,629	295	897	100.0	57.7	10.5	31.8
Sololá	2,251	1,390	209	652	100.0	61.8	9.3	29.0
Quetzaltenango	12,591	8,127	1,318	3,146	100.0	64.5	10.5	25.0
San Marcos	3,259	2,231	281	746	100.0	68.5	8.6	22.9
Retalhuleu	2,995	2,038	332	625	100.0	68.0	11.1	20.9
Suchitepéquez	4,005	2,674	335	996	100.0	66.8	8.4	24.3
VII. NOR-OCCIDENTE	5,852	3,946	696	1,209	100.0	67.4	11.9	20.7
Huehuetenango	3,624	2,412	470	743	100.0	66.5	13.0	20.5
Quiché	2,228	1,535	227	467	100.0	68.9	10.2	20.9
VIII. PETEN	4,367	2,680	326	1,361	100.0	61.4	7.5	31.2
Petén	4,367	2,680	326	1,361	100.0	61.4	7.5	31.2
TOTAL	191,058	116,839	19,476	54,743	100.0	61.2	10.2	28.7

Sigue

223

Cuadro 5. Presupuesto Funcionamiento Ejecutado por Componentes (Continuación)

REGION Y AREA	PRESUPUESTO EJECUTADO DE CENTROS DE SALUD TIPO "A" (1989)							
	MILES DE QUETZALES DE 1990				DISTRIBUCION PORCENTUAL			
	TOT.	PERS.	MEDIC.	OTROS	TOT.	PERS.	MEDIC.	OTROS
I. METROPOLITANA	1,060	963	29	68	100.0	90.8	2.7	6.4
Administ. Central	0	0	0	0				
Guatemala Norte	619	552	18	50	100.0	89.1	2.9	8.1
Guatemala Sur	441	412	11	18	100.0	93.4	2.5	4.1
Amatitlan	0	0	0	0				
II. NORTE	3,378	2,952	115	310	100.0	87.4	3.4	9.2
Alta Verapaz	3,070	2,667	107	296	100.0	86.9	3.5	9.8
Baja Verapaz	306	285	8	14	100.0	92.9	2.6	4.5
III. NOR-ORIENTE	1,837	1,685	88	64	100.0	91.7	4.8	3.5
El Progreso	0	0	0	0				
Izabal	808	741	42	26	100.0	91.6	5.1	3.2
Zacapa	492	450	23	19	100.0	91.5	4.6	3.9
Chiquimula	537	495	24	19	100.0	92.1	4.4	3.5
IV. SUR-ORIENTE	1,270	1,150	63	57	100.0	90.5	5.0	4.5
Santa Rosa	526	468	27	34	100.0	88.6	5.0	6.4
Jalapa	244	225	13	7	100.0	92.1	5.2	2.7
Jutiapa	497	457	24	17	100.0	91.9	4.7	3.4
V. CENTRAL	649	590	29	30	100.0	90.9	4.5	4.5
Sacatepequez	0	0	0	0				
Chimaltenango	387	354	16	17	100.0	91.5	4.2	4.3
Escuintla	261	235	13	13	100.0	90.0	5.0	4.9
VI. SUR-OCCIDENTE	912	881	14	16	100.0	96.6	1.6	1.8
Totonicapan	0	0	0	0				
Solola	0	0	0	0				
Quetzaltenango	0	0	0	0				
San Marcos	912	881	14	16	100.0	96.6	1.6	1.8
Retalhuleu	0	0	0	0				
Suchitepequez	0	0	0	0				
VII. NOR-OCCIDENTE	3,162	2,590	103	469	100.0	81.9	3.3	14.8
Huehuetenango	0	0	0	0				
Quiche	3,162	2,590	103	469	100.0	81.9	3.3	14.8
VIII. PETEN	1,869	1,278	59	532	100.0	68.4	3.1	28.4
Peten	1,869	1,278	59	532	100.0	68.4	3.1	28.4
TOTAL	14,133	12,088	499	1,546	100.0	85.5	3.5	10.9

Sigue

224

Cuadro 5. Presupuesto Funcionamiento Ejecutado por Componentes (Continuación) Pag. 5/6

REGION Y AREA	PRESUPUESTO EJECUTADO DE CENTROS DE SALUD TIPO "B" (1989)							
	MILES DE QUETZALES DE 1990				DISTRIBUCION PORCENTUAL			
	TOT.	PERS.	MEDIC.	OTROS	TOT.	PERS.	MEDIC.	OTROS
I. METROPOLITANA	6,774	6,414	156	204	100.0	94.7	2.3	3.0
Administ. Central	0	0	0	0				
Guatemala Norte	3,214	3,040	72	102	100.0	94.6	2.2	3.2
Guatemala Sur	2,772	2,647	59	67	100.0	95.5	2.1	2.4
Amatitlan	788	727	26	35	100.0	92.3	3.2	4.5
II. NORTE	2,094	1,923	99	71	100.0	91.9	4.7	3.4
Alta Verapaz	1,055	954	60	41	100.0	90.4	5.7	3.9
Baja Verapaz	1,039	969	39	31	100.0	93.3	3.7	2.9
III. NOR-ORIENTE	3,309	3,101	120	88	100.0	93.7	3.6	2.7
El Progreso	816	759	34	24	100.0	92.9	4.1	2.9
Izabal	641	588	33	20	100.0	91.7	5.2	3.1
Zacapa	1,127	1,066	33	27	100.0	94.6	3.0	2.4
Chiquimula	726	689	19	18	100.0	94.9	2.6	2.4
IV. SUR-ORIENTE	2,705	2,587	76	42	100.0	95.6	2.8	1.6
Santa Rosa	1,245	1,164	39	22	100.0	95.1	3.1	1.8
Jalapa	516	497	14	5	100.0	96.4	2.7	1.0
Jutiapa	944	906	24	15	100.0	95.9	2.5	1.6
V. CENTRAL	3,111	2,966	82	63	100.0	95.3	2.6	2.0
Sacatepequez	703	677	12	14	100.0	96.3	1.7	2.0
Chimaltenango	1,120	1,051	37	33	100.0	93.8	3.3	3.0
Escuintla	1,288	1,238	33	16	100.0	96.1	2.6	1.3
VI. SUR-OCCIDENTE	7,738	7,311	252	176	100.0	94.5	3.3	2.3
Totonicapan	1,066	1,017	31	18	100.0	95.4	2.9	1.7
Solola	924	866	32	26	100.0	93.7	3.5	2.8
Quetzaltenango	1,385	1,300	50	35	100.0	93.9	3.6	2.5
San Marcos	2,211	2,120	58	33	100.0	95.9	2.6	1.5
Retalhuleu	796	747	33	19	100.0	93.5	4.1	2.3
Suchitepequez	1,355	1,262	48	46	100.0	93.2	3.5	3.3
VII. NOR-OCCIDENTE	3,678	3,442	129	108	100.0	93.6	3.5	2.9
Huehuetenango	1,727	1,620	66	40	100.0	93.8	3.8	2.3
Quiche	1,952	1,822	62	68	100.0	93.3	3.2	3.5
VIII. PETEN	659	527	25	107	100.0	79.9	3.7	16.3
Peten	659	527	25	107	100.0	79.9	3.7	16.3
TOTAL	30,068	28,269	938	860	100.0	94.0	3.1	2.9

Sigue

225

Cuadro 5. Presupuesto Funcionamiento Ejecutado por Componentes (Continuación) Pag. 6/6

REGION Y AREA	PRESUPUESTO EJECUTADO DE PUESTOS DE SALUD (1989)							
	MILES DE QUETZALES DE 1990				DISTRIBUCION PORCENTUAL			
	TOT.	PERS.	MEDIC.	OTROS	TOT.	PERS.	MEDIC.	OTROS
I. METROPOLITANA	**3,933**	**716**	**3,086**	**131**	**100.0**	**18.2**	**78.5**	**3.3**
Administ. Central	0	0	0	0				
Guatemala Norte	1,690	303	1,330	56	100.0	17.9	78.7	3.3
Guatemala Sur	1,499	279	1,171	50	100.0	18.6	78.1	3.3
Amatitlán	745	135	585	25	100.0	18.1	78.6	3.3
II. NORTE	**1,343**	**803**	**418**	**123**	**100.0**	**59.8**	**31.1**	**9.1**
Alta Verapaz	800	482	246	72	100.0	60.2	30.8	9.0
Baja Verapaz	543	321	172	50	100.0	59.1	31.6	9.3
III. NOR-ORIENTE	**2,297**	**1,492**	**640**	**166**	**100.0**	**64.9**	**27.8**	**7.2**
El Progreso	578	372	164	42	100.0	64.4	28.3	7.3
Izabal	741	478	208	54	100.0	64.6	28.1	7.3
Zacapa	548	370	141	37	100.0	67.5	25.8	6.7
Chiquimula	431	271	127	33	100.0	63.0	29.4	7.6
IV. SUR-ORIENTE	**2,398**	**1,250**	**914**	**234**	**100.0**	**52.1**	**38.1**	**9.8**
Santa Rosa	1,075	556	412	106	100.0	51.8	38.4	9.8
Jalapa	330	188	113	29	100.0	56.9	34.3	8.8
Jutiapa	994	506	388	100	100.0	50.9	39.1	10.0
V. CENTRAL	**2,265**	**1,321**	**731**	**213**	**100.0**	**58.3**	**32.3**	**9.4**
Sacatepéquez	524	385	108	31	100.0	73.5	20.6	5.9
Chimaltenango	1,099	599	387	113	100.0	54.5	35.2	10.3
Escuintla	643	337	237	69	100.0	52.5	36.8	10.7
VI. SUR-OCCIDENTE	**4,683**	**2,716**	**1,562**	**405**	**100.0**	**58.0**	**33.4**	**8.6**
Totonicapán	469	301	133	35	100.0	64.2	28.5	7.4
Sololá	723	436	228	59	100.0	60.3	31.5	8.2
Quetzaltenango	1,092	667	338	87	100.0	61.1	30.9	8.0
San Marcos	1,528	826	557	145	100.0	54.1	36.5	9.5
Retalhuleu	363	195	133	35	100.0	53.7	36.7	9.5
Suchitepéquez	509	291	173	45	100.0	57.2	34.0	8.8
VII. NOR-OCCIDENTE	**2,398**	**1,349**	**833**	**216**	**100.0**	**56.3**	**34.7**	**9.0**
Huehuetenango	1,427	804	495	128	100.0	56.3	34.7	9.0
Quiché	971	545	338	88	100.0	56.2	34.8	9.0
VIII. PETEN	**781**	**373**	**324**	**84**	**100.0**	**47.6**	**41.5**	**10.7**
Petén	781	373	324	84	100.0	47.8	41.5	10.7
TOTAL	**20,099**	**10,021**	**8,507**	**1,571**	**100.0**	**49.9**	**42.3**	**7.8**

Archivo: C5-6.wk1 R: A1..N52 LM: 1.35" TM: 2"

FUENTE: Proyecto. Elaborado en base al relevamiento directo realizado ene l MFP (DTP).
Hay algunas diferencias respecto del Cuadro 3.

226

CUADRO 6 MSPAS. PRESUPUESTO OPERATIVO EJECUTADO 1989.
Expresado en miles de quetzales del año.

REGION Y AREA	GASTO EJECUTADO (En quetzales corrientes)				
	Número	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
TOTAL	**1008**	**294,883.1**	**178,128.7**	**29,474.3**	**87,279.8**
I REGION METROPOLITANA	**97**	**155,813.3**	**77,856.0**	**14,584.6**	**63,372.4**
Administración Central		34,292.2	6,149.3	3.2	28,139.3
Area Guatemala-Norte	42	60,542.9	37,377.2	6,953.8	16,211.9
Jefatura del Area		350.5	319.9	0.0	30.6
Hospitales	4	54,669.6	33,162.7	5,534.0	15,972.9
Centros de Salud Tipo "A"	1	619.3	551.5	17.9	49.9
Centros de Salud Tipo "B"	12	3,213.8	3,039.9	71.6	102.2
Puestos de Salud	25	1,689.7	303.2	1,330.2	56.3
Area Guatemala Sur	38	55,114.6	30,395.0	6,616.0	18,103.6
Jefatura del Area		282.1	258.0	0.0	24.1
Hospitales	4	50,121.1	26,800.1	5,375.8	17,945.3
Centros de Salud Tipo "A"	1	440.9	411.7	11.0	18.2
Centros de Salud Tipo "B"	11	2,771.9	2,646.6	58.7	66.6
Puestos de Salud	22	1,498.6	278.5	1,170.6	49.5
Area Amatitlán	17	5,863.6	3,934.6	1,011.6	917.5
Jefatura del Area		188.8	179.6	0.0	9.2
Hospitales	1	4,142.4	2,893.4	400.7	848.3
Centros de Salud Tipo "A"		0.0	0.0	0.0	0.0
Centros de Salud Tipo "B"	5	787.8	727.0	25.5	35.3
Puestos de Salud	11	744.6	134.5	585.3	24.8
II REGION NORTE	**81**	**13,598.8**	**10,[illegible].3**	**1,112.0**	**1,636.6**
Area Alta Verapaz	49	9,335.7	7,549.6	727.6	1,058.5
Jefatura del Area		270.0	249.7	0.0	20.3
Hospitales	1	4,140.7	3,197.0	314.6	629.2
Centros de Salud Tipo "A"	7	3,069.5	2,666.9	106.5	296.1
Centros de Salud Tipo "B"	8	1,055.1	954.0	60.3	40.8
Puestos de Salud	33	000.3	482.0	246.2	72.2
Area Baja Verapaz	32	4,263.1	3,300.6	384.4	578.1
Jefatura del Area		193.0	182.2	0.0	10.9
Hospitales	1	2,182.5	1,543.7	166.1	472.6
Centros de Salud Tipo "A"	1	306.4	284.5	8.0	13.8
Centros de Salud Tipo "B"	7	1,038.5	969.4	38.6	30.5
Puestos de Salud	23	542.7	320.8	171.6	50.3

SIGUE

227

CUADRO 6. MSPAS. PRESUPUESTO OPERATIVO EJECUTADO 1989. (Continuación)

REGION Y AREA	GASTO EJECUTADO (En quetzales corrientes)				
	Número	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
III REGION NOR-ORIENTE	**121**	**22,196.4**	**16,315.7**	**2,310.1**	**3,570.6**
Area El Progreso	29	3,560.2	2,663.8	339.8	556.5
Jefatura del Area		196.3	161.6	0.0	34.7
Hospitales	1	1,969.4	1,371.4	142.4	455.6
Centros de Salud Tipo "A"		0.0	0.0	0.0	0.0
Centros de Salud Tipo "B"	6	816.3	758.5	33.8	24.0
Puestos de Salud	22	576.3	372.4	163.6	42.3
Area Izabal	37	8,050.5	5,862.4	912.0	1,276.1
Jefatura del Area		219.0	206.1	0.0	12.8
Hospitales	2	5,642.0	3,849.7	628.9	1,163.4
Centros de Salud Tipo "A"	3	808.2	740.6	41.5	26.2
Centros de Salud Tipo "B"	4	640.6	587.6	33.4	19.6
Puestos de Salud	28	740.7	478.4	208.3	54.0
Area Zacapa	30	5,711.8	4,086.3	631.6	993.9
Jefatura del Area		134.0	106.0	0.0	27.9
Hospitales	1	3,411.7	2,094.6	434.3	882.8
Centros de Salud Tipo "A"	2	492.0	449.9	22.6	19.5
Centros de Salud Tipo "B"	8	1,126.5	1,066.0	33.4	27.1
Puestos de Salud	19	547.7	369.7	141.3	36.7
Area Chiquimula	25	4,873.9	3,703.2	426.7	744.1
Jefatura del Area		185.3	171.6	0.0	13.7
Hospitales	1	2,995.2	2,076.3	257.5	661.4
Centros de Salud Tipo "A"	2	536.8	494.6	23.5	18.6
Centros de Salud Tipo "B"	5	726.0	689.2	19.2	17.6
Puestos de Salud	17	430.6	271.4	126.5	32.7
IV REGION SUR-ORIENTE	**139**	**16,106.7**	**11,405.1**	**2,064.4**	**2,637.2**
Area Santa Rosa	62	6,735.5	4,985.8	783.1	966.6
Jefatura del Area		208.5	190.4	0.0	18.2
Hospitales	1	3,678.9	2,587.3	305.1	786.5
Centros de Salud Tipo "A"	2	528.3	467.9	26.6	33.8
Centros de Salud Tipo "B"	8	1,245.1	1,183.9	38.9	22.3
Puestos de Salud	51	1,074.6	556.4	412.4	105.8
Area Jalapa	20	3,601.1	2,692.8	373.7	534.7
Jefatura del Area		150.0	142.0	0.0	8.0
Hospitales	1	2,361.4	1,641.0	234.1	486.3
Centros de Salud Tipo "A"	1	244.1	225.0	12.7	6.3
Centros de Salud Tipo "B"	4	515.7	497.0	13.7	4.9
Puestos de Salud	14	329.9	187.7	113.2	28.0
Area Jutiapa	57	5,770.2	3,726.6	907.6	1,135.9
Jefatura del Area		168.1	141.0	0.0	27.1
Hospitales	1	3,166.7	1,716.7	472.1	977.9
Centros de Salud Tipo "A"	2	497.2	456.9	23.5	16.8
Centros de Salud Tipo "B"	6	944.2	905.7	23.8	14.7
Puestos de Salud	48	994.1	506.3	388.2	99.5

SIGUE

228

CUADRO 6. MSPAS. PRESUPUESTO OPERATIVO EJECUTADO 1989. (Continuación)

REGION Y AREA	GASTO EJECUTADO (En quetzales corrientes)				
	Número	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
V REGION CENTRAL	**129**	**21,114.2**	**14,670.9**	**2,260.9**	**4,182.5**
Area Sacatepéquez	20	6,881.1	4,589.0	672.3	1,619.9
Jefatura del Area		194.2	180.3	0.0	13.8
Hospitales	2	5,460.8	3,347.2	552.7	1,560.9
Centros de Salud Tipo "A"		0.0	0.0	0.0	0.0
Centros de Salud Tipo "B"	3	702.8	676.8	12.1	13.8
Puestos de Salud	15	523.4	384.7	107.4	31.3
Area Chimaltenango	64	5,320.5	3,894.0	623.0	803.6
Jefatura del Area		228.6	203.2	0.0	25.4
Hospitales	1	2,485.5	1,686.5	183.3	615.6
Centros de Salud Tipo "A"	2	387.2	354.3	16.2	16.6
Centros de Salud Tipo "B"	7	1,120.1	1,050.5	36.5	33.1
Puestos de Salud	54	1,099.1	599.4	386.9	112.8
Area Escuintla	45	8,912.6	6,188.0	965.6	1,759.0
Jefatura del Area		231.7	220.8	0.0	10.9
Hospitales	2	6,489.0	4,156.2	682.6	1,650.2
Centros de Salud Tipo "A"	1	261.3	235.3	13.1	12.8
Centros de Salud Tipo "B"	8	1,288.1	1,238.4	33.4	16.2
Puestos de Salud	34	642.6	337.1	236.5	69.0
VI REGION SUR-OCCIDENTE	**262**	**42,577.4**	**30,204.2**	**4,649.2**	**7,724.1**
Area Totonicapán	26	4,530.5	3,115.1	460.0	955.4
Jefatura del Area		174.1	168.6	0.0	5.5
Hospitales	1	2,821.5	1,629.2	295.0	897.3
Centros de Salud Tipo "A"		0.0	0.0	0.0	0.0
Centros de Salud Tipo "B"	8	1,066.1	1,016.5	31.6	18.0
Puestos de Salud	17	468.7	300.8	133.4	34.5
Area Sololá	37	4,186.4	2,962.9	468.3	755.2
Jefatura del Area		289.1	271.0	0.0	18.0
Hospitales	1	2,251.3	1,390.4	208.8	652.0
Centros de Salud Tipo "A"		0.0	0.0	0.0	0.0
Centros de Salud Tipo "B"	7	923.7	865.6	31.9	26.2
Puestos de Salud	29	722.4	435.8	227.6	58.9
Area Quetzaltenango	56	15,276.6	10,297.1	1,705.3	3,274.3
Jefatura del Area		209.4	203.6	0.0	5.8
Hospitales	3	12,590.5	8,126.3	1,318.1	3,146.1
Centros de Salud Tipo "A"		0.0	0.0	0.0	0.0
Centros de Salud Tipo "B"	10	1,384.9	1,300.3	49.6	35.0
Puestos de Salud	43	1,091.8	666.8	337.6	87.4
Area San Marcos	87	8,178.8	6,322.3	910.5	946.0
Jefatura del Area		269.7	263.7	0.0	6.1
Hospitales	1	3,258.5	2,231.4	280.9	746.2
Centros de Salud Tipo "A"	1	911.6	881.0	14.2	16.4
Centros de Salud Tipo "B"	14	2,210.7	2,119.7	58.0	33.0
Puestos de Salud	71	1,528.3	826.6	557.4	144.4
Area Retalhuleu	24	4,360.3	3,170.9	498.4	690.9
Jefatura del Area		203.9	191.3	0.0	12.5
Hospitales	1	2,995.1	2,037.9	332.1	625.1
Centros de Salud Tipo "A"		0.0	0.0	0.0	0.0
Centros de Salud Tipo "B"	6	798.2	748.5	33.0	18.8
Puestos de Salud	17	363.1	195.1	133.4	34.5

SIGUE

229

CUADRO 6. MSPAS. PRESUPUESTO OPERATIVO EJECUTADO 1989. (Continuación)

REGION Y AREA	GASTO EJECUTADO (En quetzales corrientes)				
	Número	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
Area Suchitepéquez	32	6,044.8	4,335.9	606.7	1,102.2
Jefatura del Area		177.0	159.8	0.0	17.2
Hospitales	1	4,004.8	2,623.0	386.1	995.8
Centros de Salud Tipo "A"		0.0	0.0	0.0	0.0
Centros de Salud Tipo "B"	9	1,354.6	1,262.1	47.9	44.6
Puestos de Salud	22	508.5	291.0	172.7	44.7
VII REGION NOR-OCCIDENTE	**142**	**15,542.2**	**11,741.8**	**1,760.2**	**2,040.2**
Area Huehuetenango	79	6,957.3	5,000.0	1,030.7	926.5
Jefatura del Area		179.9	164.7	0.0	15.2
Hospitales	2	3,623.9	2,411.7	469.5	742.7
Centros de Salud Tipo "A"		0.0	0.0	0.0	0.0
Centros de Salud Tipo "B"	13	1,726.7	1,619.9	66.4	40.5
Puestos de Salud	64	1,426.7	803.7	494.8	128.2
Area El Quiché	63	8,584.9	6,741.8	729.4	1,113.6
Jefatura del Area		273.0	250.7	0.0	22.3
Hospitales	1	2,227.9	1,534.5	226.6	466.7
Centros de Salud Tipo "A"	4	3,161.7	2,589.4	102.8	469.5
Centros de Salud Tipo "B"	15	1,951.5	1,621.6	62.3	67.5
Puestos de Salud	43	970.8	545.5	337.7	87.6
VIII REGION PETEN	**37**	**7,934.0**	**5,084.7**	**733.1**	**2,116.2**
Area Petén	37	7,934.0	5,084.7	733.1	2,116.2
Jefatura del Area		257.9	226.0	0.0	31.9
Hospitales	2	4,367.3	2,680.2	325.7	1,361.4
Centros de Salud Tipo "A"	2	1,868.7	1,278.3	58.8	531.6
Centros de Salud Tipo "B"	4	658.8	526.8	24.5	107.4
Puestos de Salud	29	781.3	373.4	324.0	83.9

230

CUADRO 7 PRESUPUESTO DE FUNCIONAMIENTO EJECUTADO EN 1989 A NIVEL DE ESTABLECIMIENTO Y DESGLOSADO EN COMPONENTES DE GASTO, EN QUETZALES CONSTANTES DEL AÑO 1990. CODIFICACION DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		TOTAL GENERAL:	294,883,108	171,979,272	29,470,530	93,433,305
		SALDO INVENTARIO EN DROGUERIA NACIONAL	2,625,375		2,625,375	
		REGION I – METROPOLITANA:	155,813,378	71,706,732	11,956,031	69,525,241
		ADMINISTRACION CENTRAL	34,292,019	0	0	34,292,019
		0921 AREA GUATEMALA NORTE	60,542,867	37,377,121	5,822,140	18,211,978
	1	JEFATURA DE AREA GUATEMALA NORTE	350,461	319,834	0	30,627
		HOSPITALES GENERALES	54,669,553	33,162,751	5,533,904	15,972,898
210101	1	HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS	42,630,479	24,544,195	4,719,793	13,366,492
210901	2	HOSP. DRS.FEDERICO MORA Y MIGUEL MOLINA	7,949,910	5,945,096	634,518	1,370,296
210102	3	HOSPITAL DE ORTOPEDIA Y REHABILITACION	3,676,875	2,290,471	166,069	1,220,336
210104	4	HOPITAL DEPTO. ANTITUBERCULOSO	412,288	382,989	13,525	15,774
		CENTROS DE SALUD TIPO A:	619,260	551,455	17,943	49,862
210902	1	SANTA ELENA III	619,260	551,455	17,943	49,862
		CENTROS DE SALUD TIPO B:	3,213,816	3,039,901	71,654	102,260
210103	1	No.1	869,291	823,046	5,726	40,519
210903	2	SAN RAFAEL LA LAGUNA	314,649	300,963	5,627	8,058
215601	3	SAN JOSE PINULA	129,765	123,123	4,780	1,861
215101	4	SAN JULIAN NUEVA CHINAUTLA	316,158	302,922	7,651	5,585
215501	5	PALENCIA	129,970	122,724	4,880	2,366
215401	6	FRAIJANES	131,751	122,321	6,342	3,088
215201	7	SAN JOSE EL GOLFO	107,671	98,675	6,345	2,651
215301	8	SAN PEDRO AYAMPUC	114,893	105,921	5,640	3,332
210501	9	ZONA 5	375,052	356,347	5,596	13,109
210601	10	ZONA 6 LA ALAMEDA	229,109	219,470	5,688	3,951
210301	11	ZONA 3	381,372	362,257	7,751	11,364
210502	12	No.2	114,136	102,133	5,626	6,376

Archivo: C7–1a.wk1 R: A1..V49 LM: .9" TM: 2.5"

SIGUE...

231

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		PUESTOS DE SALUD:	1,689,777	303,180	198,639	56,331
215203	1	LOMA TENDIDA	64,852	9,388	7,946	2,253
210701	2	CONCEPCION LAS LOMAS	76,389	20,925	7,946	2,253
210801		CANALITOS	0	0	0	0
210904	3	EL BEBEDERO	65,574	10,110	7,946	2,253
215202	4	PONTEZUELAS	65,616	10,152	7,946	2,253
215502	5	EL FISCAL	62,813	7,349	7,946	2,253
215503	6	SANSUR	60,107	4,643	7,946	2,253
215103	7	EL DURAZNO	66,988	11,524	7,946	2,253
215104	8	SAN ANTONIO LAS FLORES	65,109	9,645	7,946	2,253
215102	9	CHINAUTLA	68,366	12,902	7,946	2,253
210702	10	SABANA ARRIBA	65,532	10,068	7,946	2,253
215302	11	SAN JOSE NACAHAUIL	65,616	10,152	7,946	2,253
215305	12	PETACA	64,756	9,292	7,946	2,253
215304	13	EL CARRIZAL	65,616	10,152	7,946	2,253
215303	14	LAGUNILLA	65,616	10,152	7,946	2,253
215602	15	EL COLORADO	65,799	10,336	7,946	2,253
210905		COLOMBIA	0	0	0	0
215402	16	EL CERRITO	66,180	10,716	7,946	2,253
210802	17	SANTA LUCIA LOS OCOTES	66,138	10,674	7,946	2,253
215505	18	SAN GUAYABA	66,129	10,666	7,946	2,253
215106	19	TIERRA NUEVA	96,983	41,519	7,946	2,253
215603	20	CONCEPCION PINULA	66,180	10,716	7,946	2,253
215105	21	COLONIA 6 DE MARZO	76,389	20,925	7,946	2,253
215504	22	EL PARAISO	66,180	10,716	7,946	2,253
215506	23	PLAN GRANDE	65,616	10,152	7,946	2,253
215507	24	EL TRIUNFO	65,616	10,152	7,946	2,253
215508	25	AZACUALPILLA	65,616	10,152	7,946	2,253
		0922) AREA GUATEMALA SUR:	55,114,780	30,394,969	5,620,307	18,103,672
	1	JEFATURA DE AREA	282,119	258,043	0	24,076
		HOSPITALES GENERALES	50,121,176	26,800,103	5,375,791	17,945,282
220501	1	HOSPITAL ROOSEVELT	41,377,520	20,452,356	4,717,413	16,207,751
220502	2	HOSPTIAL INFECTOLOGIA Y REHABILITACION	3,255,956	2,625,946	154,106	475,904
220702	3	HOSPITAL ANTITUBERCULOSO INFANTIL	358,732	241,770	69,766	47,197
220101	4	HOSPITAL ANTITUBERCULOSO SAN VICENTE	5,128,968	3,480,031	434,506	1,214,430
		CENTROS DE SALUD TIPO A:	440,976	411,770	11,073	18,133
225609	1	EL MILAGRO	440,976	411,770	11,073	18,133
		CENTROS DE SALUD TIPO B	2,771,857	2,646,607	58,641	66,609
220102	1	No.3 COLONIA CENTRO AMERICA	373,720	358,890	4,463	10,367
225608	2	COLONIA 1o. DE JULIO	396,846	382,504	5,271	9,071
225601	3	MIXCO	231,457	224,083	3,927	3,446
225201	4	SAN PEDRO SACATEPEQUEZ	203,462	192,386	5,561	5,515
225301	5	SAN JUAN SACATEPEQUEZ	220,049	207,750	5,627	6,672
225101	6	SAN RAYMUNDO	166,289	155,940	5,570	4,779
225401	7	CHUARRANCHO	127,204	117,005	5,637	4,561
220201	8	ZONAS 8 Y 12	345,708	336,332	1,445	7,930
220103	9	ZONA 7 COLONIA BETHANIA	306,775	293,414	9,862	3,500
221101	10	JUSTO RUFINO BARRIOS	287,513	275,128	5,639	6,746
225501	11	SANTA CATARINA PINULA	112,836	103,174	5,639	4,023

Archivo: C7-1B.wk1 R: A51..V116 LM: .9" TM: 1"

SIGUE...

232

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		PUESTOS DE SALUD	1,498,652	278,446	174,803	49,571
225602	1	SANTA MARTA	66,237	10,773	7,946	2,253
225606	2	CIUDAD SATELITE, MIXCO	66,076	10,612	7,946	2,253
225605	3	LO DE COY	66,053	10,589	7,946	2,253
225302	4	CONCEPCION EL PILAR	64,702	9,239	7,946	2,253
225304	5	SUCITE	66,180	10,716	7,946	2,253
225303	6	MONTUFAR	66,180	10,716	7,946	2,253
225305	7	CERRO ALTO	66,180	10,716	7,946	2,253
225102	8	SAN MARTINEROS	62,941	7,477	7,946	2,253
225403	9	SAN BUENA VENTURA	66,180	10,716	7,946	2,253
225307	10	LOS GUATES	66,180	10,716	7,946	2,253
225404	11	RINCON GRANDE	65,616	10,152	7,946	2,253
225310	12	LOS PIRIRES	66,180	10,716	7,946	2,253
225402	13	CHIQUIA	66,180	10,716	7,946	2,253
225603	14	BELEN	66,180	10,716	7,946	2,253
225309	15	SACSUY	66,180	10,716	7,946	2,253
225103	16	ESTANCIA DE LA VIRGEN	66,079	10,615	7,946	2,253
225308	17	COMUNIDAD RUIZ	65,127	9,663	7,946	2,253
225202	18	CHILLANI	66,180	10,716	7,946	2,253
225604	19	SACOJ CHIQUITO	66,180	10,716	7,946	2,253
225306	20	LOMA ALTA	66,180	10,716	7,946	2,253
220701	21	TERMINAL AEREA	115,986	60,522	7,946	2,253
225502	22	CRISTO REY, SAN JOSE PINULA	65,673	10,209	7,946	2,253
		0923) AREA DE AMATITLAN:	5,863,713	3,934,642	513,583	917,572
	1	JEFATURA DE AREA	188,727	179,592	0	9,134
230101	1	HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN	4,142,458	2,893,435	400,708	848,315
		CENTROS DE SALUD TIPO B	787,823	727,012	25,474	35,337
230301	1	VILLA CANALES	184,607	176,301	5,312	2,994
230201	2	VILLA NUEVA	225,388	219,597	3,384	2,407
230102	3	AMATITLAN	197,662	185,767	4,199	7,696
230206	4	EL MEZQUITAL	156,602	128,450	8,353	19,798
230204	5	CIUDAD PERONIA	23,565	16,897	4,226	2,442
		PUESTOS DE SALUD	744,705	134,602	87,401	24,786
230103	1	LLANO DE ANIMAS	65,898	10,434	7,946	2,253
230104	2	MESIAS BAJAS	65,673	10,209	7,946	2,253
230203	3	BARCENAS	65,673	10,209	7,946	2,253
230303	4	BOCA DEL MONTE	65,926	10,462	7,946	2,253
230305	5	JOCOTILLO	63,233	7,769	7,946	2,253
230306	6	POCITOS	72,497	17,033	7,946	2,253
230304	7	DOLORES	66,053	10,589	7,946	2,253
230401	8	SAN MIGUEL PETAPA	75,486	20,023	7,946	2,253
230105	9	SAN JOSE CALDERA	72,455	16,991	7,946	2,253
230106	10	CERRITOS	65,884	10,420	7,946	2,253
230302	11	SANTA ELENA BARRILLAS	65,926	10,462	7,946	2,253

Archivo: C7-1C.wk1 R: A118..V178 LM: .9" TM: 1.5"

SIGUE...

233

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		REGION II – NORTE:	13,598,795	10,850,097	1,111,939	1,636,760
		0942 AREA ALTA VERAPAZ	9,335,719	7,549,491	727,544	1,058,684
	1	JEFATURA AREA DE ALTA VERAPAZ	270,020	249,670	0	20,350
420101	1	HOSPITAL NACIONAL DE COBAN	4,140,691	3,196,939	314,578	629,174
		CENTRO DE SALUD TIPO A	3,069,528	2,666,920	106,450	296,158
420901	1	SAN PEDRO CARCHA	258,799	231,761	13,373	13,665
420601	2	TUCURU	337,950	313,680	13,550	10,719
420801	3	SENAHU	317,946	271,418	20,946	25,581
421201	4	CAHABON	260,592	230,981	11,404	18,206
420301	5	SAN CRISTOBAL VERAPAZ	698,504	592,188	13,954	92,362
420704	6	LA TINTA	614,516	501,499	20,235	92,782
421501	7	FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS	581,221	525,392	12,986	42,843
		CENTRO DE SALUD TIPO B	1,055,172	954,067	60,319	40,787
420902	1	CAMPUR	127,445	106,340	11,438	9,667
420401	2	TACTIC	130,678	118,694	5,640	6,344
420703	3	TELEMAN	119,856	1[illegible],095	8,607	2,155
421101	4	LANQUIN	131,127	115,540	11,488	4,099
421401	5	CHAHAL	103,755	96,162	5,633	1,960
421301	6	CHISEC	120,250	110,534	5,133	4,583
420102	7	COBAN	204,037	190,764	6,747	6,526
420701	8	PANZOS	118,025	106,937	5,633	5,454
		PUESTOS DE SALUD	800,309	481,895	246,197	72,217
420103	1	PEYAN	29,798	20,149	7,461	2,188
420201	2	SANTA CRUZ VERAPAZ	19,858	10,209	7,461	2,188
421504	3	BOLONCO	20,061	10,412	7,461	2,188
420501	4	TAMAHU	30,461	20,812	7,461	2,188
421005	5	CAMPAT	20,010	10,361	7,461	2,188
421503	6	CHAJMQAIC	19,858	10,209	7,461	2,188
421302	7	RAXUJA	28,026	18,377	7,461	2,188
420903	8	CAQUIGUAL	30,362	20,713	7,461	2,188
421001	9	SAN JUAN CHAMELCO	55,807	46,158	7,461	2,188
421002	10	CHAMIL	30,718	21,069	7,461	2,188
421202	11	SEPOC	20,111	10,462	7,461	2,188
420104	12	CHITOCAN	30,515	20,866	7,461	2,188
421505	13	SEBOL	19,858	10,209	7,461	2,188
420105	14	SECOCPUR	20,010	10,361	7,461	2,188
420904	15	COJAJ	30,362	20,713	7,461	2,188
420905	16	CHACTELA	20,111	10,462	7,461	2,188
420906	17	POCOLA	20,111	10,462	7,461	2,188
420302	18	EL RANCHO	30,567	20,918	7,461	2,188
420303	19	SANTA ELENA	20,061	10,412	7,461	2,188
420402	20	PASMOLON	20,314	10,666	7,461	2,188
420202	21	CHIJOU	20,061	10,412	7,461	2,188
420602	22	RAXQUIX	30,362	20,713	7,461	2,188
420603	23	CUCANJA	19,858	10,209	7,461	2,188
421003	24	SACQUIL	17,413	7,764	7,461	2,188

Archivo: C7–2.wk1 R: A1..V127 LM: .9" TM: 1.5"

SIGUE...

234

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
420802	25	LAS CAMELIAS	19,858	10,209	7,461	2,1
420702	26	CAHABONCITO	30,461	20,812	7,461	2,1
420106	27	CHOVAL	30,416	20,767	7,461	2,1
420107	28	SAXOC COOPERATIVA	20,213	10,564	7,461	2,1
421004	29	CHAJANEB	20,010	10,361	7,461	2,1
420705	30	SAN LUCAS SAMACHE	18,166	8,517	7,461	2,1
420907	31	SEMESCHE	19,858	10,209	7,461	2,1
420203		ACAMAL	0	0	0	
421502	32	TUILA	16,799	7,150	7,461	2,1
421402	33	CHAHAL VIEJO	19,858	10,209	7,461	2,1
		0943 AREA DE BAJA VERAPAZ	4,263,076	3,300,606	384,395	578,0
	1	JEFATURA AREA BAJA VERAPAZ	193,016	182,219	0	10,7
430101	1	HOSPITAL NACIONAL DE SALAMA	2,182,370	1,543,717	166,111	472,5
		CENTRO DE SALUD TIPO A	306,435	284,523	8,029	13,8
430301	1	RABINAL	306,435	284,523	8,029	13.8
		CENTRO DE SALUD TIPO B	1,038,533	969,350	38,663	30,5
430701	1	SAN JERONIMO	156,698	142,871	5,640	8,1
430401	2	CUBULCO	152,202	144,779	5,426	1,9
430801	3	PURULHA	150,155	138,834	5,567	5,7
430501	4	GRANADOS	129,522	116,552	5,639	7,3
430601	5	EL CHOL	115,087	107,927	5,220	1,9
430102	6	SALAMA	204,119	195,199	5,537	3,3
430201	7	SAN MIGUEL CHICAJ	130,750	123,188	5,635	1,9
		PUESTOS DE SALUD:	542,721	320,797	171,592	50,3
430109	1	LAS LIMAS	20,238	10,589	7,461	2,18
430108	2	EL TEMPISQUE	19,858	10,209	7,461	2,18
430103	3	LA CANOA	30,066	20,417	7,461	2,18
430104	4	EL AMATE	19,858	10,209	7,461	2,18
430305	5	XEABAJ	19,858	10,209	7,461	2,18
430402	6	CHANCHEL	19,858	10,209	7,461	2,18
430502	7	SALTAN	30,633	20,684	7,461	2,18
430503	8	IXCHEL	19,883	10,234	7,461	2,18
430202	9	SAN GABRIEL PANSUY	29,394	19,745	7,461	2,18
430304	10	PACUX RIO NEGRO	18,646	8,997	7,461	2,18
430403	11	CHICRUZ	19,858	10,209	7,461	2,18
430404	12	CHIRRAMOS	19,858	10,209	7,461	2,18
430405	13	CEBOLLAL	19,858	10,209	7,461	2,18
430105	14	EL NANCE	40,313	30,664	7,461	2,18
430702	15	SANTA BARBARA	30,362	20,713	7,461	2,18
430302	16	XOCOC	30,202	20,553	7,461	2,18
430106	17	CHILASCO	19,109	9,460	7,461	2,18
430107	18	LLANO GRANDE GRANADOS	29,282	19,633	7,461	2,18
430802	19	MONJON PANIMA	29,629	19,980	7,461	2,18
430504	20	LLANO GRANDE SALAMA	17,915	8,266	7,461	2,18
430303	21	PICHEC	19,956	10,307	7,461	2,18
430803	22	MATANZAS, PURULHA	18,532	8,883	7,461	2,18
430110	23	SAN IGNACIO, SALAMA	19,858	10,209	7,461	2,18

Archivo: C7-2.wk1 R: A1..V127 LM: .9" TM: 1.5"

SIGUE.

235

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		REGION III – NOR-ORIENTE:	16,581,715	12133932	1,675,135	3,570,867
		0924) AREA DE EL PROGRESO	3,560,247	2,663,854	339,801	556,591
	1	JEFATURA DE AREA EL PROGRESO	196,189	161,562	0	34,626
240101	1	HOSPITAL NACIONAL EL PROGRESO	1,969,346	1,371,349	142,351	455,646
		CENTROS DE SALUD TIPO B:	816,261	758,531	33,816	23,913
240301	1	SAN AGUSTIN ACASAGUASTLAN	160,028	150,226	5,639	4,164
240501	2	EL JICARO	134,538	125,823	5,626	3,087
240701	3	SANARATE	159,889	148,801	5,639	5,448
240201	4	MORAZAN	114,901	105,003	5,640	4,258
240601	5	SANSARE	134,461	125,062	5,633	3,766
240801	6	SAN ANTONIO LA PAZ	112,444	103,615	5,639	3,190
		PUESTOS DE SALUD:	578,452	372,411	163,635	42,406
240401	1	SAN CRISTOBAL ACASAGUASTLAN	30,384	21,018	7,438	1,928
240302	2	EL RANCHO	30,384	21,018	7,438	1,928
240303	3	TULUMAJILLO	30,384	21,018	7,438	1,928
240502	4	EL PASO DE LOS JALAPAS	20,082	10,716	7,438	1,928
240602	5	ALDEA CERRITOS	30,434	21,069	7,438	1,928
240402	6	ESTANCIA DE LA VIRGEN	19,879	10,513	7,438	1,928
240702	7	CERRO BLANCO	30,282	20,917	7,438	1,928
240101	8	ALDEA EL OBRAJE	30,079	20,713	7,438	1,928
240103	9	MARAJUMA	30,587	21,221	7,438	1,928
240503	10	ALDEA LO DE CHINA	20,082	10,716	7,438	1,928
240703	11	LLANO DE MORALES	20,082	10,716	7,438	1,928
240704	12	ALDEA BARRANQUILLO	20,082	10,716	7,438	1,928
240504	13	ESPIRITU SANTO	20,082	10,716	7,438	1,928
240705	14	SAN JUAN DE LAS FLORES	27,978	18,613	7,438	1,928
240802	15	ALDEA SANTO DOMINGO LOS OCOTES	30,079	20,713	7,438	1,928
240706	16	SAN MIGUEL CONACASTE	30,587	21,221	7,438	1,928
240102	17	SUBINAL	30,079	20,713	7,438	1,928
240707	18	ALDEA SINACA	20,082	10,716	7,438	1,928
240304	19	PUERTA DE GOLPE	28,483	19,117	7,438	1,928
240803	20	LOS PLANES	28,387	19,021	7,438	1,928
240804	21	CUCAJOL	19,574	10,209	7,438	1,928
240305	22	COMAJA	30,384	21,018	7,438	1,928
		0939) AREA DE IZABAL	7,309,742	5,383,943	703,783	1,275,987
	1	JEFATURA AREA IZABAL	218,917	206,145	0	12,772
390101	1	HOSPITAL NACIONAL DE PUERTO BARRIOS	3,845,293	2,600,241	415,433	829,619
390102	2	HOSPITAL INFANTIL ELISA MARTINEZ	1,796,695	1,249,442	213,411	333,842
		CENTRO DE SALUD TIPO A:	808,215	740,501	41,497	26,217
390201	1	LIVINGSTON	294,439	269,838	11,513	13,088
390301	2	EL ESTOR	231,371	208,979	15,966	6,426
390401	3	MORALES	282,406	261,684	14,019	6,703

Archivo: C7-3.wk1 R:A1..U202 LM: .9" TM: 1.25"

SIGUE...

236

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		CENTRO DE SALUD TIPO B:	640,622	587,614	33,442	19,566
390103	1	PUERTO BARRIOS	184,578	175,902	4,914	3,762
390501	2	LOS AMATES	185,955	167,057	13,095	5,802
390104	3	SANTO TOMAS DE CASTILLA	142,851	127,094	9,820	5,938
390402	4	NAVAJOA	127,238	117,561	5,613	4,064
		PUESTOS DE SALUD ? ?	740,647	476,414	208,263	53,971
390105	1	ENTRE RIOS	40,795	31,430	7,438	1,928
390106	2	CACAO FRONTERA	30,079	20,713	7,438	1,928
390409	3	SANTO TOMAS DE CASTILLA (PARCELAMIENTO)	30,333	20,967	7,438	1,928
390202	4	SAHILA	30,164	20,798	7,438	1,928
390502	5	QUIRIGUA	30,164	20,798	7,438	1,928
390503	6	MIXCO	30,079	20,713	7,438	1,928
390504	7	EL RICO	30,079	20,713	7,438	1,928
390302	8	EL BONGO	29,092	19,726	7,438	1,928
390505	9	MARISCOS	30,079	20,713	7,438	1,928
390203	10	FRONTERA RIO DULCE	30,079	20,713	7,438	1,928
390506	11	SAN JOSE ALSACIA	30,079	20,713	7,438	1,928
390403	12	RIO NEGRO	19,729	10,364	7,438	1,928
390304	13	CHICHIPATE	29,980	20,615	7,438	1,928
390303	14	PATAXTE	18,587	9,222	7,438	1,928
390405	15	ARAPAHOE	30,079	20,713	7,438	1,928
390406	16	PLAYITAS	30,079	20,713	7,438	1,928
390407	17	CERRITOS	30,079	20,713	7,438	1,928
390206	18	BUENOS AIRES	30,079	20,713	7,438	1,928
390205	19	LOS ANGELES	19,574	10,209	7,438	1,928
390507	20	CANABAN	19,574	10,209	7,438	1,928
390408	21	MOJONALES	30,079	20,713	7,438	1,928
390204	22	GUITARRAS	19,574	10,209	7,438	1,928
390208	23	CHINACADENAS, LIVINGSTON	19,574	10,209	7,438	1,928
390207	24	SEARRANCH, LIVINGSTON	16,276	6,911	7,438	1,928
390305	25	CHINEBAL, EL ESTOR	16,587	9,222	7,438	1,928
390306	26	XALIBENQUE, EL ESTOR	18,122	8,756	7,438	1,928
390107	27	CHACHAGUALILLA, PUERTO BARRIOS	30,079	20,713	7,438	1,928
390404	28	PARCELAMIENTO VIRGINIA, MORALES	19,574	10,209	7,438	1,928
		0940) AREA DE ZACAPA	5,711,726	4,086,135	631,551	994,040
	1	JEFATURA DE AREA DE ZACAPA	133,941	105,984	0	27,957
400101	1	HOSPITAL NACIONAL DE ZACAPA	3,411,746	2,094,574	434,292	882,879
		CENTROS DE SALUD TIPO "A"	491,860	449,882	22,528	19,450
400401	1	GUALAN	261,125	239,083	11,272	10,770
400701	2	CABAÑAS	230,735	210,798	11,256	8,680
		CENTROS DE SALUD TIPO "B"	1,126,488	1,065,948	33,409	27,131
401001	1	HUITE	133,624	123,561	5,540	4,523
400301	2	RIO HONDO	136,228	132,212	3,378	637
400501	3	TECULUTAN	143,414	129,174	1,657	12,583
400901	4	LA UNION	111,058	106,707	3,651	701
400801	5	SAN DIEGO	112,833	108,446	2,790	1,596
400601	6	USUMATLAN	133,182	125,735	5,313	2,135
400102	7	ZACAPA	252,499	244,103	5,616	2,779
400201	8	ESTANZUELA	103,649	96,010	5,464	2,176

Archivo: C7-3.wk1 R: A1..U202 LM: .9" TM: 1.25"

SIGUE...

237

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		PUESTOS DE SALUD	653,785	490,313	119,007	36,623
400202	1	CHISPAN	30,536	21,170	7,438	1,928
400103	2	SANTA ROSALIA	19,955	10,589	7,438	1,928
400104	3	SAN PABLO	28,696	19,330	7,438	1,928
400302	4	SANTA CRUZ	30,079	20,713	7,438	1,928
400303	5	JONES	30,417	21,052	7,438	1,928
400304		EL ROSARIO CABAÑAS	0	0	0	0
400402	6	LAS CARRETAS	29,980	20,615	7,438	1,928
400403	7	EL CHILE	30,431	21,066	7,438	1,928
400404	8	SANTA TERESA LA IGUANA	40,795	31,430	7,438	1,928
400602	9	EL JUTE	29,361	19,996	7,438	1,928
400703	10	SAN VICENTE	30,544	21,179	7,438	1,928
400902	11	LAMPOCOY	19,870	10,505	7,438	1,928
400105	12	MANZANOTES	40,189	30,823	7,438	1,928
400106	13	LA TREMENTINA	29,488	20,123	7,438	1,928
400108		EL TERRERO	0	0	0	0
400405	14	EL LOBO	30,079	20,713	7,438	1,928
400107	15	ALDEA SAN JORGE	30,079	20,713	7,438	1,928
400702	16	EL ROSARIO (RIO HONDO)	33,900	24,535	7,438	1,928
		ALDEA LA REFORMA	0	0	0	0
400502	17	SAN JOSE	30,248	20,883	7,438	1,928
400802	18	SAN ANTONIO LAS LOMAS,SAN DIEGO	17,417	8,051	7,438	1,928
400903	19	TAHUAINI, LA UNION	15,626	6,261	7,438	1,928
	1	JEFATURA DE AREA DE CHIQUIMULA	185,279	171,655	0	13,624
410101	1	HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA	2,995,314	2,076,289	257,499	661,527
		CENTRO DE SALUD TIPO "A"	536,762	494,625	23,503	18,634
410701	1	ESQUIPULAS	292,730	273,105	7,490	12,135
411101	2	IPALA	244,032	221,520	16,012	6,499
		CENTRO DE SALUD TIPO "B"	726,052	689,215	19,140	17,697
410801	1	CONCEPCION LAS MINAS	134,679	126,465	4,701	3,512
410401	2	JOCOTAN	132,355	130,020	953	1,382
410901	3	QUEZALTEPEQUE	117,874	107,403	3,862	6,609
410601	4	OLOPA	132,967	124,459	5,640	2,868
410102	5	CHIQUIMULA	208,178	200,869	3,983	3,326
		PUESTOS DE SALUD	430,647	271,434	126,445	32,768
410200	1	SAN JOSE LA ARADA	30,587	21,221	7,438	1,928
410301	2	SAN JUAN ERMITA	30,079	20,713	7,438	1,928
410501	3	CAMOTAN	30,061	20,695	7,438	1,928
410702	4	CHANMAGUA	30,079	20,713	7,438	1,928
410902	5	PADRE MIGUEL	30,587	21,221	7,438	1,928
411102	6	EL AMATILLO	30,248	20,883	7,438	1,928
411001	7	SAN JACINTO	30,587	21,221	7,438	1,928
410103	8	EL BARREAL	19,879	10,513	7,438	1,928
410104	9	EL MORRAL	19,972	10,606	7,438	1,928
410105	10	VADO HONDO	30,361	20,995	7,438	1,928
410903	11	LIMON POZAS	30,460	21,094	7,438	1,928
410302	12	LOS ENCUENTROS SAN JUAN ERMITA	19,574	10,209	7,438	1,928
410904	13	CEITILLAL CUBILETES, QUEZALTEPEQUE	19,574	10,209	7,438	1,928
410106	14	EL PALMAR, CHIQUIMULA	19,879	10,513	7,438	1,928
410502	15	CAPARJA, CAMOTAN	19,574	10,209	7,438	1,928
	16	TUNUCO ABAJO, JOCOTAN	19,574	10,209	7,438	1,928
410703		TIMUSHAN, ESQUIPULAS	0	0	0	0
411103	17	EL SAUCE, IPALA	19,574	10,209	7,438	1,928

Archivo: C7--3.wk1 R: A1..U202 LM: .9" TM: 1.25"

SIGUE...

238

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		REGION IV – SUR–ORIENTE	16,106,794	11,405,176	2,064,281	2,637,335
		0928 AREA DE SANTA ROSA	6,735,359	4,985,753	783,034	966,571
	1	JEFATURA DE AREA SANTA ROSA	208,515	190,353	0	18,163
		HOSPITAL NACIONAL	3,679,013	2,587,332	305,125	786,555
280101	1	CUILAPA SANTA ROSA	3,679,013	2,587,332	305,125	786,555
		CENTRO DE SALUD TIPO "A"	528,257	467,848	26,593	33,816
280901	1	TAXISCO	319,516	294,412	12,923	12,181
280501	2	SAN RAFAEL LAS FLORES	208,741	173,436	13,670	21,634
		CENTRO DE SALUD TIPO "B"	1,245,086	1,183,859	38,900	22,327
280401	1	CASILLAS	125,784	118,236	4,563	2,985
280201	2	BARBERENA	126,946	118,911	5,626	2,408
280801	3	CHIQUIMULILLA	203,900	198,150	6,748	4,002
281001	4	SANTA MARIA IXTAHUATAN	138,560	131,218	5,640	1,702
281301	5	PUEBLO NUEVO VIÑAS	130,027	124,051	4,794	1,182
281401	6	NUEVO SANTA ROSA	178,528	172,603	3,856	2,069
281101	7	GUAZACAPAN	130,797	121,708	4,934	4,155
280102	8	CUILAPA	205,544	198,982	2,738	3,824
		PUESTOS DE SALUD	1,074,488	556,361	412,415	105,711
280601	1	ORATORIO	27,538	17,379	8,087	2,073
280701	2	SAN JUAN TECUACO	19,879	9,719	8,087	2,073
281201	3	SANTA CRUZ NARANJO	29,590	19,430	8,087	2,073
280302	4	AMBERES	20,453	10,293	8,087	2,073
280303	5	SAN JOSE EL RINCONCITO	20,453	10,293	8,087	2,073
280304	6	CERRO GORDO	20,622	10,462	8,087	2,073
280402	7	AYARZA	20,368	10,209	8,087	2,073
280403	8	EL JUTE	19,657	9,498	8,087	2,073
280404	9	SAN JUAN TAPALPA	20,876	10,716	8,087	2,073
280502	10	MEDIA CUESTA	20,368	10,209	8,087	2,073
280602	11	FINCA LAS CABEZAS	30,881	20,722	8,087	2,073
280802	12	LAS LISAS	20,495	10,336	8,087	2,073
280803	13	LA BOMBA	20,537	10,378	8,087	2,073
281202	14	EL TEOCINTE	20,368	10,209	8,087	2,073
281402	15	ESTANZUELA DE JUMAY	20,622	10,462	8,087	2,073
281403	16	JUMAYTEPEQUE	19,385	9,226	8,087	2,073
281404	17	CHIAPAS	20,368	10,209	8,087	2,073
281405	18	OJO DE AGUA	19,875	9,715	8,087	2,073
281003	19	ALDEA CHUCHUAPA	20,368	10,209	8,087	2,073
280806	20	SAN MIGUEL AROCHE	20,368	10,209	8,087	2,073
281302	21	ALDEA LA GABIA	20,368	10,209	8,087	2,073
280805	22	NANCINTA	20,537	10,378	8,087	2,073
280104	23	LOS MATOCHOS	20,368	10,209	8,087	2,073
280804	24	EL AHUMADO	20,368	10,209	8,087	2,073
280301	25	SANTA ROSA DE LIMA	31,042	20,883	8,087	2,073
280103	26	ALDEA LOS ESCLAVOS	20,876	10,716	8,087	2,073
280202	27	EL CERINAL	20,932	10,773	8,087	2,073
280305	28	EL SALITRE	26,149	15,990	8,087	2,073
281203		EL CARMEN	0	0	0	0
281002	29	ALDEA EL PITAL	20,368	10,209	8,087	2,073
280306	30	ALDEA PARRAS	20,453	10,293	8,087	2,073
280905	31	TEPEACO	20,368	10,209	8,087	2,073

Archivo: C7–4.wk1 R: A1..V213 LM: .9" TM: .8"

SIGUE...

239

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
280903	32	LA CANDELARIA	19,906	9,746	8,087	2,073
280904	33	ALDEA EL PANAL	20,368	10,209	8,087	2,073
280902	34	ALDEA CACAHUITO	18,154	7,995	8,087	2,073
280307	35	LA CASITA	20,453	10,293	8,087	2,073
280807	36	LOS CERRITOS	20,355	10,196	8,087	2,073
281102	37	PLATANARES	21,440	11,280	8,087	2,073
281103	38	EL ASTILLERO	18,462	8,302	8,087	2,073
280105		SAN JUAN LA ARADA	0	0	0	0
280906	39	ALDEA MONTE RICO	20,774	10,615	8,087	2,073
280808	40	ALDEA HAWAI	19,240	9,081	8,087	2,073
280405	41	LA ESPERANZA	19,380	9,220	8,087	2,073
281004	42	SAN JOSE LA ARADA	19,804	9,645	8,087	2,073
280809	43	CAÑAS VIEJAS, CHIQUIMULILLA	20,368	10,209	8,087	2,073
280603	44	LA CEIBILLA, MELCHOR, ORATORIO	20,368	10,209	8,087	2,073
280406	45	GUACAMAYAS,CASILLAS	20,368	10,209	8,087	2,073
281406	46	COCALOTEPEQUE, NUEVA SANTA ROSA	18,873	8,714	8,087	2,073
281005	47	LLANO GRANDE, IXHUATAN	20,368	10,209	8,087	2,073
281006	48	ESTANZUELA, IXHUATAN	20,368	10,209	8,087	2,073
281007	49	CORAZAL, IXHUATAN	19,804	9,645	8,087	2,073
281303	50	IXPACO, PUEBLO NUEVO VIÑAS	20,368	10,209	8,087	2,073
281304	51	JOYA GRANDE, PUEBLO NUEVO VIÑAS	20,368	10,209	8,087	2,073
		0937 AREA DE JALAPA	3,601,239	2,692,826	373,655	534,759
		JEFATURA DE AREA DE JALAPA	150,082	142,033	0	8,049
370101	1	HOSPITAL NACIONAL DE JALAPA	2,361,366	1,640,981	234,048	486,337
		CENTRO DE SALUD TIPO "A"	244,203	225,092	12,690	6,421
370701	1	MATAQUESCUINTLA	244,203	225,092	12,690	6,421
		CENTRO DE SALUD TIPO "B"	515,642	497,004	13,704	4,934
370401	1	SAN MANEUL CHAPARRON	107,197	104,284	2,606	307
370201	2	SAN PEDRO PINULA	123,245	116,427	5,237	1,581
370301	3	SAN LUIS JILOTEPEQUE	114,509	111,318	2,482	709
370102	4	JALAPA	170,691	164,975	3,380	2,336
		PUESTOS DE SALUD	329,946	187,716	113,212	29,019
370501	1	SAN CARLOS ALZATATE	20,805	10,646	8,087	2,073
370601	2	MONJAS	51,220	41,050	8,087	2,073
370703	3	LAGUNETA DE LA MONTAÑA	30,873	20,713	8,087	2,073
370104	4	CARRIZAL	31,028	20,859	8,087	2,073
370402	5	PALO VERDE DE LAS AZUCENAS	20,439	10,279	8,087	2,073
370106	6	ALDEA SANSIRISAY	20,217	10,058	8,087	2,073
370702	7	SAN JOSE LA SIERRA	18,693	8,534	8,087	2,073
370402	8	POZO VERDE	20,368	10,209	8,087	2,073
370703	9	SAN ANTONIO LAS FLORES	16,420	6,281	8,087	2,073
370202	10	CARRIZAL GRANDE	18,976	8,817	8,087	2,073
370602	11	LLANO GRANDE	20,368	10,209	8,087	2,073
370302	12	LOS OLIVOS	20,368	10,209	8,087	2,073
370704	13	SOLEDAD GRANDE, MATAQUESCUINTLA	20,368	10,209	8,087	2,073
370303	14	TRAPICHITOS, SAN LUIS JILOTEPEQUE	19,804	9,645	8,087	2,073
		0938 AREA DE JUTIAPA	5,635,896	3,599,102	901,951	1,134,842
		JEFATURA DE AREA DE JUTIAPA	168,157	141,011	0	27,146
380101	1	HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA	3,166,722	1,716,753	472,133	977,836

Archivo: C7-4.wk1 R: A1..V213 LM: .9" TM: .8"

SIGUE...

240

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		CENTRO DE SALUD TIPO "A"	497,153	456,816	23,529	16,808
380501	1	ASUNCION MITA	279,085	251,620	16,177	11,287
380701	2	ATESCATEMPA	218,068	205,196	7,352	5,520
		CENTRO DE SALUD TIPO "B"	809,904	778,209	18,133	13,560
380401	1	AGUA BLANCA	127,814	120,128	5,637	2,049
380301	2	SANTA CATARINA MITA	184,014	179,076	3,194	1,744
381401	3	MOYUTA	144,016	137,556	4,230	2,229
381201	4	JALPATAGUA	134,299	127,496	5,640	1,163
380201	5	EL PROGRESO	127,968	119,607	3,793	4,569
380102	6	JUTIAPA	226,090	221,842	1,279	2,970
		PUESTOS DE SALUD	993,961	506,313	388,156	99,492
380601	1	YUPILTEPEQUE	20,713	10,554	8,087	2,073
380801	2	JEREZ	20,749	10,589	8,087	2,073
380901	3	EL ADELANTO	20,728	10,568	8,087	2,073
381001	4	ZAPOTITLAN	20,728	10,568	8,087	2,073
381101	5	COMAPA	20,368	10,209	8,087	2,073
381301	6	CONGUACO	20,876	10,716	8,087	2,073
381501	7	PASACO	19,889	9,729	8,087	2,073
381601	8	SAN JOSE ATESCATEMPA	20,523	10,364	8,087	2,073
381701	9	QUEZADA	30,873	20,713	8,087	2,073
380103	10	LA LAGUNILLA	20,833	10,674	8,087	2,073
380104	11	ANIMAS LOMAS	20,833	10,674	8,087	2,073
380402	12	OBRAJUELO	20,368	10,209	8,087	2,073
380403	13	LAS CAÑAS	19,381	9,222	8,087	2,073
380502	14	ANGUIATU	20,876	10,716	8,087	2,073
380602	15	EL JICARO	20,723	10,564	8,087	2,073
380702	16	SAN CRISTOBAL FRONTERA	20,368	10,209	8,087	2,073
380703	17	HORCONES	20,876	10,716	8,087	2,073
380704	18	CONTEPEQUE	20,749	10,589	8,087	2,073
380802	19	LA ESMERALDA	20,622	10,462	8,087	2,073
381202	20	VALLE NUEVO	20,580	10,420	8,087	2,073
381402	21	MONTUFAR	20,876	10,716	8,087	2,073
381403	22	EL PARAISO	20,876	10,716	8,087	2,073
381404	23	BETHANIA	20,876	10,716	8,087	2,073
381405	24	PEDRO DE ALVARADO	19,889	9,729	8,087	2,073
381702	25	SANTA GERTRUDIS	19,550	9,391	8,087	2,073
380106	26	VALENCIA	19,846	9,687	8,087	2,073
380404	27	ALDEA SANTA GERTRUDIS (AGUA BLANCA)	20,393	10,234	8,087	2,073
380503	28	SAN JOAQUIN	20,876	10,716	8,087	2,073
380504	29	CERRO BLANCO	20,876	10,716	8,087	2,073
380105	30	MATILISGUATE	20,764	10,605	8,087	2,073
381002	31	SAN ANTONIO PAPATURRO	20,495	10,336	8,087	2,073
381406	32	GARITA CHAPINA	20,571	10,412	8,087	2,073
381203	33	AZULCO	20,509	10,350	8,087	2,073
380202	34	ACEQUIA	20,777	10,618	8,087	2,073
380302	35	ALDEA NUEVA	20,833	10,674	8,087	2,073
380203	36	EL OVEJERO	20,799	10,640	8,087	2,073
380405	37	TEMPISQUE	17,520	7,360	8,087	2,073
380507	38	ASUNCION GRANDE	20,876	10,716	8,087	2,073
381302	39	SAN PEDRO	19,425	9,265	8,087	2,073
380107	40	AMAYITO	20,833	10,674	8,087	2,073
380108	41	POTRERO GRANDE	20,580	10,420	8,087	2,073
380505	42	TAMARINDO	20,876	10,716	8,087	2,073
380506	43	ESTANZUELA	21,440	11,280	8,087	2,073
380109	44	CANOAS	20,361	10,202	8,087	2,073
381204	45	SAN IXTAN	20,544	10,385	8,087	2,073
380406	46	ALDEA LA CIMA,AGUA BLANCA, JUTIAPA	19,804	9,645	8,087	2,073
380303	47	ALDEA JOCOTE DULCE, SANTA CATARINA MITA	20,368	10,209	8,087	2,073
381407	48	SALAMAR, JUTIAPA	20,876	10,716	8,087	2,073

Archivo: C7-4.wk1 R: A1..V213 LM: .9" TM: .8"

SIGUE...

241

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No.	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		REGION V – CENTRAL	21,114,192	14,670,808	2,260,874	4,182,510
		0925 AREA DE SACATEPEQUEZ	6,881,272	4,588,909	672,375	1,619,989
		JEFATURA DE AREA SACATEPEQUEZ	194,169	180,296	0	13,873
250101.00	1	HOSPITAL PEDRO DE BETHANCOURT	4,458,883	2,850,444	456,304	1,152,135
250102.00	2	HOSPITAL FRAY RODRIGO DE LA CRUZ	1,001,935	496,662	96,431	408,841
		CENTROS DE SALUD TIPO "B"	702,796	676,829	12,152	13,816
251501.00	1	ALOTENANGO	172,717	164,003	5,633	3,081
250601.00	2	SANTIAGO SACATEPEQUEZ	204,961	193,105	4,982	6,874
250103.00	3	ANTIGUA GUATEMALA	325,118	319,721	1,537	3,861
		PUESTOS DE SALUD	523,488	384,677	107,487	31,324
250201.00	1	JOCOTENANGO	29,728	20,474	7,166	2,088
250301.00	2	PASTORES	40,557	31,303	7,166	2,088
250302.00		SAN LUIS PUEBLO NUEVO	0	0	0	0
250401.00	3	SUMPANGO	43,938	34,684	7,166	2,088
250501.00	4	SANTO DOMINGO XENACOJ	29,980	20,726	7,166	2,088
250602.00	5	SANTA MARIA CAUQUE	37,184	27,930	7,166	2,088
250701.00	6	BARTOLOME MILPAS ALTAS,SAN BARTOLOME	29,901	20,647	7,166	2,088
250801.00	7	SAN LUCAS SACATEPEQUEZ	40,329	31,074	7,166	2,088
250901.00	8	SANTA LUCIA MILPAS ALTAS	30,264	21,010	7,166	2,088
250001.00	9	MAGDALENA MILPAS ALTAS	30,264	21,010	7,166	2,088
251101.00	10	SANTA MARIA DE JESUS	50,740	41,486	7,166	2,088
251201.00	11	CIUDAD VIEJA	50,893	41,638	7,166	2,088
251301.00	12	SAN MIGUEL DUEÑAS	29,488	20,234	7,166	2,088
251501.00	13	SAN ANTONIO AGUAS CALIENTES	30,767	21,513	7,166	2,088
251601.00	14	SANTA CATARINMA BARAHONA	29,528	20,274	7,166	2,088
250902.00	15	SANTO TOMAS MILPAS ALTAS	19,928	10,674	7,166	2,088
		0926 AREA DE CHIMALTENANGO	5,320,554	3,894,006	622,936	803,613
		JEFATURA DE AREA CHIMALTENANGO	228,556	203,185	0	25,371
260101.00	1	HOSPITAL DE CHIMALTENANGO	2,485,549	1,686,527	183,288	615,733
		CENTROS DE SALUD TIPO "A"	387,179	354,384	16,170	16,624
260401.00	1	COMALAPA	190,008	169,622	8,439	11,947
260601.00	2	TECPAN	197,170	184,762	7,731	4,677
		CENTROS DE SALUD TIPO "B"	1,120,199	1,050,558	36,523	33,118
260201.00	1	SAN JOSE POAQUIL	142,375	136,012	4,237	2,125
260301.00	2	SAN MARTIN JILOTEPEQUE	178,253	167,597	5,536	5,120
260701.00	3	PATZUN	190,391	178,051	5,338	7,001
260901.00	4	ACATENANGO, PATZICIA	190,166	177,891	5,622	6,654
261101.00	5	ACATENANGO	166,665	157,720	5,640	3,305
260801.00	6	POCHUTA	121,541	114,758	4,509	2,276
261201.00	7	YEPOCAPA	130,808	118,531	5,640	6,637

Archivo: C7–5.wk1 R: A1..V197 LM: .9" TM: 1.1"

SIGUE...

242

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No.	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		PUESTOS DE SALUD	1,099,072	599,351	386,954	112,766
260501.00	1	SANTA APOLONIA	19 463	10,209	7,166	2,088
261203.00	2	MORELIA	14,753	5,499	7,166	2,088
261001.00	3	SANTA CRUZ BALANYA	19,970	10,716	7,166	2,088
261504.00	4	RINCON GRANDE	19,920	10,666	7,166	2,088
261301.00	5	SAN ANDRES ITZAPA	19,268	10,014	7,166	2,088
261401.00	6	PARRAMOS	19,750	10,496	7,166	2,088
261501.00	7	ZARAGOZA	19,920	10,666	7,166	2,088
261601.00	8	EL TEJAR	19,818	10,564	7,166	2,088
260102.00	9	SAN JACINTO	19,818	10,564	7,166	2,088
260602.00	10	CALIAJ	27,666	18,412	7,166	2,088
260603.00	11	CAQUIXAJAY	19,666	10,412	7,166	2,088
260604.00	12	XEJAVI	19,759	10,505	7,166	2,088
260610.00	13	PALAMA (TECPAN) II	19,843	10,589	7,166	2,088
260402.00	14	XIQUIN SINAI	23,622	14,368	7,166	2,088
260702.00	15	XEPATAN	19,818	10,564	7,166	2,088
260307.00	16	ALDEA LAS LOMAS,PARAJE SACALA	29,968	20,71[illegible]	7,166	2,088
260306.00	17	LOS JOMETES	19,463	10,2[illegible]	7,166	2,088
260305.00	18	ALDEA CHIPASTOR	17,131	7,876	7,166	2,088
260609.00	19	ALDEA XENIMAJUYU	19,632	10,378	7,166	2,088
260704.00	20	ALDEA EL SITIO	19,822	10,568	7,166	2,088
260705.00	21	ALDEA XEATZAN BAJO	19,784	10,530	7,166	2,088
260706.00	22	ALDEA EL COJOBAL (PARAJE LAS CAMELIAS)	26,434	17,180	7,166	2,088
261102.00	23	ALDEA SAN ANTONIO NEJAPA	19,970	10,716	7,166	2,088
261104.00	24	QUISACHE	19,843	10,589	7,166	2,088
261103.00	25	LOS PAJALES	19,970	10,716	7,166	2,088
260902.00	26	ALDEA PAHUIT	17,554	8,299	7,166	2,088
260302.00	27	CHOATALUM	19,463	10,209	7,166	2,088
260303.00	28	LAS ESCOBAS	29,968	20,713	7,166	2,088
260403.00	29	XIMAJULEU	19,886	10,632	7,166	2,088
260408.00	30	ALDEA PATZAJ	19,886	10,632	7,166	2,088
260103.00	31	TONAJUYU	19,818	10,564	7,166	2,088
260606.00	32	CHIRIJUYU	19,920	10,666	7,166	2,088
261402.00	33	SAN JOSE PARROJAS	19,767	10,513	7,166	2,088
261502.00	34	LAS LOMAS ZARAGOZA	20,625	11,371	7,166	2,088
261302.00	35	CHIMACHOY	17,463	8,209	7,166	2,088
260502.00	36	ALDEA CHIPATA (CHUCACAY)	19,632	10,378	7,166	2,088
261002.00	37	CHIMASAT	19,970	10,716	7,166	2,088
260202.00	38	HACIENDA MARIA	26,231	16,977	7,166	2,088
260703.00	39	CHIPIACUL	22,627	13,373	7,166	2,088
261503.00	40	MANCHEREN GRANDE	19,818	10,564	7,166	2,088
260607.00	41	XECOXOL	19,463	10,209	7,166	2,088
260608.00	42	AGUA ESCONDIDA	19,666	10,412	7,166	2,088
260206.00	43	PALAMA,SAN JOSE POAQUIL	19,463	10,209	7,166	2,088
260203.00	44	SAQUITACAJ	19,463	10,209	7,166	2,088
260204.00	45	LA GARRUCHA	15,761	6,507	7,166	2,088
260205.00	46	PANIMACAC	19,463	10,209	7,166	2,088
261202.00		SAN RAFAEL SUMATAN	0	0	0	0
260304.00	47	ESTANCIA DE LA VIRGEN	19,632	10,378	7,166	2,088
260404.00	48	PAQUIXIC	19,463	10,209	7,166	2,088
260405.00	49	PARAXAY	19,801	10,547	7,166	2,088
260406.00	50	PANABAJAL	19,886	10,632	7,166	2,088
260407.00	51	PAMUMUS	19,886	10,632	7,166	2,088
260605.00	52	SAN JOSE CHIRIJUYU	19,920	10,666	7,166	2,088
260308.00	53	LA ESTANCIA, SAN MARTIN JILOTEPEQUE	19,688	10,434	7,166	2,088
261505.00	54	PUERTA ABAJO, ZARAGOZA	19,818	10,564	7,166	2,088

Archivo: C7-5.wk1 R: A1..V197 LM: .9" TM: 1.1"

SIGUE...

243

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No.	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		0927 AREA DE ESCUINTLA	8,912,366	6,187,893	965,564	1,758,909
		JEFATURA DE AREA ESCUINTLA	231,586	220,766	0	10,821
		HOSPITALES NACIONALES	6,488,927	4,156,186	682,565	1,650,176
270101	1	ESCUINTLA	4,610,324	2,895,629	471,605	1,243,091
270601.00	2	TIQUISATE	1,878,603	1,260,557	210,960	407,085
		CENTRO DE SALUD TIPO "A"	261,277	235,286	13,156	12,836
270901	1	PUERTO DE SAN JOSE	261,277	235,286	13,156	12,836
		CENTRO DE SALUD TIPO "B"	1,288,012	1,238,477	33,371	16,163
271301.00	1	NUEVA CONCEPCION	143,596	135,206	4,968	3,422
270201.00	2	SANTA LUCIA COTZUMALGUAPA	174,261	171,908	712	1,641
270301.00	3	LA DEMOCRACIA	140,592	133,679	5,161	1,753
270801.00	4	GUANAGAZAPA	118,820	110,795	5,635	2,390
270701.00	5	LA GOMERA	133,483	126,966	4,953	1,564
271101.00	6	PALIN	194,316	187,147	5,616	1,552
270102.00	7	ESCUINTLA	250,049	248,171	1,201	677
270602.00	8	TIQUISATE	132,895	124,605	5,125	3,164
		PUESTOS DE SALUD	642,563	337,179	236,472	68,913
270401.00	1	SIQUINALA	18,151	8,897	7,166	2,088
270501.00	2	MASAGUA	19,640	10,386	7,166	2,088
271001.00	3	IZTAPA	19,463	10,209	7,166	2,088
271201.00	4	SAN VICENTE PACAYA	28,106	18,852	7,166	2,088
270103.00	5	EL RODEO	19,505	10,251	7,166	2,088
270202.00	6	PARCELAMIENTO EL CAJON	19,843	10,589	7,166	2,088
270502.00	7	LAS GUACAS	19,666	10,412	7,166	2,088
270503.00	8	CUYUTA	18,704	9,450	7,166	2,088
270504.00	9	OBERO	19,463	10,209	7,166	2,088
270505.00	10	EL MILAGRO	19,564	10,310	7,166	2,088
270603.00	11	EL SEMILLERO	19,463	10,209	7,166	2,088
270604.00	12	LAS TROZAS	19,463	10,209	7,166	2,088
270605.00	13	PINULA, ALMOLONGA	18,941	9,687	7,166	2,088
270606.00	14	EL ARISCO	18,941	9,687	7,166	2,088
270702.00	15	CHONTEL	19,530	10,276	7,166	2,088
270703.00	16	SIPACATE	19,463	10,209	7,166	2,088
270704.00	17	TEXCUACO	19,463	10,209	7,166	2,088
270705.00	18	CERRO COLORADO	19,463	10,209	7,166	2,088
270706.00	19	LA LIBERTAD LAS CRUCES	19,666	10,412	7,166	2,088
270902.00	20	LOS ANGELES	19,463	10,209	7,166	2,088
270903.00	21	SANTA ISABEL	19,051	9,797	7,166	2,088
271302.00	22	SANTA ANA MIXTAN	20,179	10,925	7,166	2,088
271303.00	23	TROCHA OCHO, CALLE ONCE	14,592	5,338	7,166	2,088
271304.00	24	CENTRO II NUEVA CONCEPCION	19,192	9,938	7,166	2,088
271305.00		MOGOLLON	0	0	0	0
271202.00	25	LOS CHAGUITES	18,983	9,729	7,166	2,088
270707.00	26	ALDEA PAREDON	19,463	10,209	7,166	2,088
271306.00	27	PALO BLANCO 8 CALLE	18,628	9,374	7,166	2,088
270506.00	28	SAN MIGUEL LAS FLORES	19,564	10,310	7,166	2,088
270607.00		SAN FRANCISCO MADRE VIEJA	0	0	0	0
270104.00	30	ALDEA FLORIDA ACEITUNO	18,945	9,691	7,166	2,088
271203.00	31	EL CEDRO, SAN VICENTE PACAYA	19,463	10,209	7,166	2,088
271308.00	32	TECOJATE, NUEVA CONCEPCION	19,463	10,209	7,166	2,088
270302.00	33	EL PILAR, LA DEMOCRACIA	19,463	10,209	7,166	2,088
271307.00	34	BRISAS DEL MAR	19,615	10,361	7,166	2,088

Archivo: C7-5.wk1 R: A1..V197 LM: .9" TM: 1.1"

SIGUE...

244

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		REGION VI – SUR OCCIDENTE	42,577,394	30,203,965	4,648,957	7,724,47
		0931 AREA DE TOTONICAPAN	4,530,439	3,114,963	459,926	955,54
		JEFATURA DE AREA	174,158	168,642	0	5,51
310101	1	HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPAN	2,821,441	1,629,096	294,975	897,37
		CENTROS DE SALUD TIPO "B"	1,066,048	1,016,468	31,509	18,07
310502	1	SAN VICENTE BUENABAJ	104,858	97,563	4,151	3,14
310201	2	SAN CRISTOBAL TOTONICAPAN	162,501	153,539	4,229	4,73
310301	3	SAN FRANCISCO EL ALTO	134,003	129,428	2,538	2,03
310501	4	MOMOSTENANGO	130,173	124,845	4,227	1,10
310601	5	SANTA MARIA CHIQUIMULA	107,899	102,578	4,057	1,26
310701	6	SANTA LUCIA LA REFORMA	89,904	83,322	4,229	2,35
310801	7	SAN BARTOLO	137,524	131,806	4,230	1,48
310102	8	TOTONICAPAN	199,185	193,387	3,848	1,95
		PUESTOS DE SALUD	468,792	300,757	133,445	34,59
310401	1	SAN ANDRES XECUL	20,093	10,209	7,850	2,035
310302	2	CHIVARRETO	30,598	20,713	7,850	2,035
310303	3	RANCHO DE TEJA	30,598	20,713	7,850	2,035
310503	4	PUEBLO VIEJO TUNAYAC	26,586	16,702	7,850	2,035
310103	5	BARRENECHE	30,936	21,052	7,850	2,035
310104	6	CHIPUAC	30,936	21,052	7,850	2,035
310202	7	SAN RAMON	30,598	20,713	7,850	2,035
310304	8	SAN ANTONIO SIJA	30,598	20,713	7,850	2,035
310802	9	TIERRA BLANCA	30,598	20,713	7,850	2,035
310504	10	POLOGUA MOMOSTENANGO	30,598	20,713	7,850	2,035
310402	11	PALOMORA SAN ANDRES XECUL	29,487	19,602	7,850	2,035
310505	12	XEQUEMEYA	20,093	10,209	7,850	2,035
310203	13	PATACHAJ	30,598	20,713	7,850	2,035
310602	14	CHUICACA	29,808	19,924	7,650	2,035
310702	15	PAMARIA	15,384	5,499	7,850	2,035
310105	16	MACTZUL	20,347	10,462	7,850	2,035
310106	17	PANQUIX	30,936	21,052	7,850	2,035
		0932 AREA DE SOLOLA	4,186,385	2,962,857	468,211	755,317
		JEFATURA DE AREA DE SOLOLA	289,048	270,988	0	18,060
320101	1	HOSPITAL NACIONAL DE SOLOLA	2,251,152	1,390,365	208,755	652,032
		CENTROS DE SALUD TIPO "B"	923,683	865,649	31,815	26,220
321501	1	SAN PABLO LA LAGUNA	106,959	99,659	3,807	3,493
320401	2	SANTA LUCIA UTATLAN	117,934	110,252	5,117	2,565
320501	3	NAHUALA	158,123	145,966	5,636	6,521
321001	4	PANAJACHEL	150,660	143,832	5,058	1,770
321301	5	SAN LUCAS TOLIMAN	125,149	116,977	3,907	4,265
321901	6	SANTIAGO ATITLAN	120,929	113,439	5,227	2,263
320102	7	SOLOLA	143,928	135,523	3,063	5,343

Archivo: C7–6.wk1 R: A1..V383 LM: .9" TM: 1"

SIGUE...

245

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		PUESTOS DE SALUD	722,501	435,854	227,641	59,006
320201	1	SAN JOSE CHACAYA	20,398	10,513	7,850	2,035
320301	2	SANTA MARIA VISITACION	20,550	10,666	7,850	2,035
320501	3	SANTA CATARINA IXTAHUACAN	30,953	21,069	7,850	2,035
320701	4	SANTA CLARA LA LAGUNA	20,550	10,666	7,850	2,035
320901	5	SAN ANDRES SEMETABAJ	30,598	20,713	7,850	2,035
321101	6	SANTA CATARINA PALOPO	30,598	20,713	7,850	2,035
321201	7	SAN ANTONIO PALOPO	18,245	8,360	7,850	2,035
321401	8	SANTA CRUZ LA LAGUNA	20,601	10,716	7,850	2,035
321601	9	SAN MARCOS LA LAGUNA	20,398	10,513	7,850	2,035
321701	10	SAN JUAN LA LAGUNA	31,055	21,170	7,850	2,035
321901	11	SAN PEDRO LA LAGUNA	20,601	10,716	7,850	2,035
320103	12	PIXABAJ	25,465	15,581	7,850	2,035
320104	13	ARGUETA	23,773	13,889	7,850	2,035
320502	14	XEJUYUP	31,105	21,221	7,850	2,035
320603	15	GUINEALES	30,953	21,069	7,850	2,035
320902	16	GODINEZ	30,598	20,713	7,850	2,035
321202	17	AGUA ESCONDIDA	30,598	20,713	7,850	2,035
320602	18	ALDEA LA CEIBA IXTAHUACAN	30,118	20,234	7,850	2,035
320402	19	PAMESABAL	30,733	20,849	7,850	2,035
320801	20	CONCEPCION	20,601	10,716	7,850	2,035
320105	21	EL TABLON	31,105	21,221	7,850	2,035
320503	22	PACHIPAC	30,953	21,069	7,850	2,035
320604	23	TZAMPOJ	31,105	21,221	7,850	2,035
320504	24	PALACAL	14,762	4,877	7,850	2,035
321402	25	TZUMUNA	20,398	10,513	7,850	2,035
320106	26	LOS CIPRESES	20,601	10,716	7,850	2,035
320605	27	CHIRIJOX	19,075	9,191	7,850	2,035
320107	28	LOS ENCUENTROS	19,818	9,934	7,850	2,035
320903	29	LAS CANOAS, SAN ANDRES SEMETABAJ	16,194	6,310	7,850	2,035
		0933 AREA DE QUETZALTENANGO	15,276,682	10,297,114	1,705,317	3,274,251
		JEFATURA AREA QUETZALTENANGO	209,313	203,597	0	5,716
		HOSPITALES NACIONALES:	12,590,640	8,126,387	1,318,150	3,146,103
330101		HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE	6,546,417	4,509,347	553,809	1,483,261
332001		HOSPITAL JUAN JOSE ORTEGA COATEPEQUE	3,997,563	2,317,104	583,993	1,096,466
330102		HOSPITAL RODOLFO ROBLES QUETZALTENANGO	2,046,660	1,299,937	180,348	566,375
		CENTROS DE SALUD TIPO "B"	1,384,955	1,300,384	49,631	34,941
330103	1	QUETZALTENANGO	221,019	214,387	3,563	3,070
330401	2	SAN CARLOS SIJA	117,441	108,978	5,633	2,830
330901	3	SAN JUAN OSTUNCALCO	128,074	120,957	4,952	2,164
331201	4	SAN MARTIN SACATEPEQUEZ	110,880	104,550	5,639	691
331601	5	ZUNIL	109,566	103,467	4,131	1,967
331701	6	COLOMBA	127,566	121,990	4,337	1,239
331901	7	EL PALMAR	127,043	119,779	5,525	1,740
332401	8	PALESTINA DE LOS ALTOS	147,487	125,890	3,512	18,085
330201	9	SALCAJA	144,767	135,887	7,049	1,832
332002	10	COATEPEQUE	151,111	144,499	5,289	1,323

Archivo: C7-6.wk1 R: A1..V383 LM: .9" TM: 1"

SIGUE...

246

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		PUESTOS DE SALUD	1,091,774	666,746	337,537	87,49
330104	1	SAN JOSE CHIQUILAJA	20,175	10,290	7,850	2,0
330301	2	OLINTEPEQUE	41,434	31,550	7,850	2,0
330402	3	CHIQUIVAL (SAN CARLOS SIJA)	30,680	20,795	7,850	2,03
330501	4	SIBILIA	30,883	20,998	7,850	2,03
330601	5	CABRICAN	20,175	10,290	7,850	2,0
330701	6	CAJOLA	27,733	17,848	7,850	2,0
330801	7	SAN MIGUEL SIGUILA	31,187	21,303	7,850	2,03
330902	8	LA VICTORIA	20,378	10,494	7,850	2,03
330903	9	NUEVA CONCEPCION	22,036	12,152	7,850	2,0
331001	10	SAN MATEO	30,680	20,795	7,850	2,0
331101	11	CONCEPCION CHIQUIRICHAPA	40,973	31,089	7,850	2,03
331301	12	ALMOLONGA	31,136	21,252	7,850	2,03
331401	13	CANTEL	40,972	31,087	7,850	2,03
331501	14	HUITAN	30,680	20,795	7,850	2,03
331502	15	VIXBEN	20,680	10,795	7,850	2,03
331801	16	SAN FRANCISCO LA UNION	30,680	20,795	7,850	2,03
331602	17	SANTA MARIA DE JESUS	20,479	10,595	7,850	2,03
331703	18	LAMOKA SAQUICHILLA	20,378	10,494	7,850	2,03
331902	19	CALAHUACHE	20,471	10,587	7,850	2,03
332101	20	GENOVA	53,299	43,415	7,850	2,03
332104		PARCELAMIENTO EL REPOSO SECTOR "B"	0	0	0	
332201	21	FLORES COSTA CUCA	30,849	20,964	7,850	2,03
332301	22	LA ESPERANZA	30,680	20,795	7,850	2,03
330905	23	BUENA VISTA	20,276	10,392	7,850	2,03
330602	24	LA CIENAGA	20,175	10,290	7,850	2,03
331503		ALDEA LA ESPERANZA (HUITAN)	0	0	0	
330904	25	ALDEA VARSOVIA	20,175	10,290	7,850	2,03
331702	26	LA FLORIDA PALMIRA	19,106	9,222	7,850	2,03
330502	27	CHUICABAL	20,479	10,595	7,850	2,03
332003	28	SAN RAFAEL PACAYA No.2	20,544	10,660	7,850	2,03
332004	29	ALDEA LA FELICIDAD	20,682	10,798	7,850	2,03
332103	30	PARCELAMIENTO EL REPOSO SECTOR "A"	20,682	10,798	7,850	2,03
330403	31	ALDEA AGUA CALIENTE	20,175	10,290	7,850	2,03
332102	32	ALDEA EL ROSARIO	20,618	10,733	7,850	2,03
332005	33	LAS PALMAS	20,530	10,646	7,850	2,03
332006	34	BETHANIA	20,572	10,688	7,850	2,03
332105	35	CANTON GUADALUPE	20,378	10,494	7,850	2,03
331903	36	NIMINA	20,674	10,790	7,850	2,03
331504	37	PAXOY	27,717	17,833	7,850	2,03
332007	38	CHUATUJ	20,175	10,290	7,850	2,03
332403	39	EL CARMEN	31,475	21,591	7,850	2,03
330503	40	LA UNION SIBILIA	20,479	10,595	7,850	2,03
331603	41	LA CRUZ, ZUNIL	20,378	10,494	7,850	2,03
332402		EL EDEN	0	0	0	
331704	42	LAS MERCEDES, COLOMBA	19,671	9,787	7,850	2,035
339006	43	MONROVIA, SAN JUAN OSTUNCALCO	20,175	10,290	7,850	2,03
		0932 AREA DE SAN MARCOS	8,178,779	6,322,288	910,399	946,09
		JEFATURA AREA SAN MARCOS	269,700	263,628	0	6,072
340101		HOSPITAL DE SAN MARCOS	3,258,433	2,231,359	280,905	746,16

Archivo: C7-6.wk1 R: A1..V383 LM: .9" TM: 1"

SIGUE..

247

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		CENTROS DE SALUD TIPO "A"	911,578	881,003	14,239	16,337
341501	1	MALACATAN	911,578	881,003	14,239	16,337
		CENTROS DE SALUD TIPO "B"	2,210,736	2,119,757	57,927	33,051
340102	1	SAN MARCOS	259,965	248,659	3,185	8,120
340201	2	SAN PEDRO SACATEPEQUEZ	269,838	257,083	6,686	6,069
340101	3	COMITANCILLO	136,399	129,639	4,229	2,531
341001	4	TEJUTLA	163,394	160,519	1,860	1,015
341101	5	SAN RAFAEL PIE DE LA CUESTA	167,809	161,830	4,030	1,949
341301	6	EL TUMBADOR	144,911	138,663	5,197	1,050
341701	7	TECUN UMAN	153,436	149,024	2,108	2,304
341901	8	SAN PABLO	196,505	191,046	3,639	1,819
342101	9	LA REFORMA	126,190	119,354	5,547	1,289
340701	10	TACANA	139,734	136,189	2,728	816
340601	11	CONCEPCION TUTUAPA	113,221	107,066	4,203	1,951
342901	12	SAN LORENZO	123,966	116,653	5,090	2,224
342401	13	SAN JOSE OJETENAN	110,777	105,661	4,463	653
340801	14	SIBINAL	104,592	98,371	4,961	1,261
		PUESTOS DE SALUD	1,528,332	826,541	557,328	144,463
340103	1	SECHIL	20,516	10,632	7,850	2,035
340105	2	SAN SEBASTIAN	20,516	10,632	7,850	2,035
342502	3	BARRANCA DE GALVEZ	20,516	10,632	7,850	2,035
340202	4	PROVINCIA CHIQUITA	20,093	10,209	7,850	2,035
340203	5	CORRAL GRANDE	20,093	10,209	7,850	2,035
340204	6	SAUCHUM DOLORES	20,601	10,716	7,850	2,035
340301	7	SAN ANTONIO SACATEPEQUEZ	41,272	31,387	7,850	2,035
340302	8	SANTO DOMINGO	20,093	10,209	7,850	2,035
340501	9	SAN MIGUEL IXTAHUACAN	30,598	20,713	7,850	2,035
340602	10	TUISMO	20,093	10,209	7,850	2,035
340503	11	BELLAVISTA	20,093	10,209	7,850	2,035
340901	12	TAJUMULCO	30,598	20,713	7,850	2,035
340902	13	PUEBLO NUEVO	20,093	10,209	7,850	2,035
340904	14	CHANCHICUPE	20,093	10,209	7,850	2,035
341201	15	NUEVO PROGRESO	20,093	10,209	7,850	2,035
341202	16	SAN JOSE IXTAL	20,093	10,209	7,850	2,035
341302	17	SAN JERONIMO	20,093	10,209	7,850	2,035
341401	18	EL RODEO	20,093	10,209	7,850	2,035
341703	19	LA MONTAÑITA	20,093	10,209	7,850	2,035
341502	20	EL CARMEN FRONTERA	20,093	10,209	7,850	2,035
341601	21	CATARINA	19,994	10,110	7,850	2,035
341802	22	LA BLANCA	31,035	21,151	7,850	2,035
341702	23	SANJON LORENZO	0	0	0	0
341801		OCOS	20,093	10,209	7,850	2,035
341902	24	EL PORVENIR	19,106	9,222	7,850	2,035
342001	25	EL QUETZAL	20,093	10,209	7,850	2,035
342201	26	PAJAPITA	20,093	10,209	7,850	2,035
342301	27	IXCHIUAN	20,093	10,209	7,850	2,035
342302	28	CALAPTE	20,093	10,209	7,850	2,035
340206	29	SAN PEDRO PETZ	20,093	10,209	7,850	2,035
342501	30	SAN CRISTOBAL CUCHO	20,474	10,589	7,850	2,035

Archivo: C7-6.wk1 R: A1..V383 LM: .9" TM: 1"

SIGUE...

245

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
342502	31	BARRANCA GRANDE	20,093	10,209	7,850	2,0
342601	32	SIPACAPA	30,598	20,713	7,850	2,0
342701	33	ESQUIPULAS PALO GORDO	30,598	20,713	7,850	2,0
342801	34	RIO BLANCO	29,413	19,529	7,850	2,0
342503	35	MAJADAS	20,093	10,209	7,850	2,0
341602	36	EL SITIO CATARINA	20,093	10,209	7,850	2,0
341402	37	ALDEA SAN FRANCISCO	20,093	10,209	7,850	2,0
340940	38	ALDEA TONICHUM	20,093	10,209	7,850	2,0
340205	39	ALDEA EL CEDRO	20,601	10,716	7,850	2,0
341002	40	ALDEA LOS CEREZOS	19,106	9,222	7,850	2,0
340702	41	ALDEA TOACA	20,093	10,209	7,850	2,0
	42	ALDEA SANTA ROSA	20,192	10,307	7,850	2,0
340402	43	TUILELEN	20,093	10,209	7,850	2,0
340502	44	EL TRIUNFO	20,093	10,209	7,850	2,0
340905	45	BULLAJ	19,994	10,110	7,850	2,0
340906	46	NUEVA FLORIDA	20,093	10,209	7,850	2,0
341003	47	NUEVA FRATERNIDAD	20,093	10,209	7,850	2,0
341004	48	IXMULCA	20,093	10,209	7,850	2,0
341303	49	LA DEMOCRACIA	20,093	10,209	7,850	2,0
342402	50	PAVOLAJ	20,093	10,209	7,850	2,0
342303	51	SAN ANTONIO	20,093	10,209	7,850	2,0
340106	52	CANTON LA MONTAÑA	20,431	10,547	7,850	2,0
340703	53	CHEQUIN GRANDE (CANTON LA NUBE)	29,315	19,430	7,850	2,0
341203	54	ALDEA BUENA VISTA	20,093	10,209	7,850	2,0
340603	55	TUICHUNA	20,093	10,209	7,850	2,0
340803	56	CHOCAB	20,093	10,209	7,850	2,0
341005	57	CUYA	20,093	10,209	7,850	2,0
340403	58	TUIMEY	20,093	10,209	7,850	2,0
341102	59	SANTA CLARA	20,093	10,209	7,850	2,0
340802	60	CHECOMBA	19,106	9,222	7,850	2,0
342002	61	RANCHO BAJON	19,784	9,900	7,850	2,0
341803	62	CHIQUIRINES	19,292	9,408	7,850	2,0
341102	63	CHAYEN	20,093	10,209	7,850	2,0
341503	64	LA UNION	20,093	10,209	7,850	2,0
340207	65	SANTA TERESA, SAN PEDRO SACATEPEQUEZ	20,093	10,209	7,850	2,0
340704	66	CHACTELA, TACANA	20,093	10,209	7,850	2,0
340108	67	BOJONAL	20,093	10,209	7,850	2,0
340107	68	SAN JOSE LAS ISLAS	20,093	10,209	7,850	2,0
340208	69	EL CHIM, SAN PEDRO SACATEPEQUEZ	30,302	20,417	7,850	2,0
341603	70	SAN GREGORIO, CATARINA SAN MARCOS	20,093	10,209	7,850	2,0
341006	71	ALDEA QUIPAMBE, TEJUTLA, SAN MARCOS	20,093	10,209	7,850	2,0
		0935 AREA DE RETALHULEU	4,360,306	3,170,897	498,428	690,981
		JEFATURA DE AREA DE RETALHULEU	203,931	191,323	0	12,609
350101		HOSPITAL NACIONAL DE RETALHULEU	2,995,128	2,037,996	332,038	625,094
		CENTROS DE SALUD TIPO "B"	798,111	746,476	32,946	18,689
350102	1	RETALHULEU	172,163	162,641	5,623	3,899
350301	2	SANTA CRUZ MULUA	132,910	126,321	5,045	1,544
350701	3	CHAMPERICO	130,134	119,769	5,368	4,997
350601	4	LA MAQUINA No. II	130,399	121,318	5,637	3,443
350801	5	NUEVO SAN CARLOS	125,376	117,851	5,640	1,885
350103	6	CABALLO BLANCO	107,128	98,578	5,632	2,920

Archivo: C7-6.wk1 R: A1..V383 LM: .9" TM: 1"

SIGUE...

249

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		PUESTOS DE SALUD	363,136	195,102	133,445	34,590
350104	1	SANTA FE	20,601	10,716	7,850	2,035
350201	2	SAN SEBASTIAN	20,558	10,674	7,850	2,035
350401	3	SAN MARTIN ZAPOTITLAN	20,601	10,716	7,850	2,035
350501	4	SAN FELIPE	30,682	20,798	7,850	2,035
350602	5	SAN ANDRES VILLA SECA	20,305	10,420	7,850	2,035
350603	6	EL TULATE	16,675	6,791	7,850	2,035
350703	7	EL ROSARIO	20,601	10,716	7,850	2,035
350702	8	PARCELAMIENTO EL ROSARIO	20,474	10,589	7,850	2,035
350705	9	EL RIO	20,601	10,716	7,850	2,035
350705	10	SANTIAGO AGRICOLA	20,601	10,716	7,850	2,035
350706	11	EL CHICO	20,601	10,716	7,850	2,035
350707	12	PARCELAMIENTO EL CODO DEL ROSARIO	20,601	10,716	7,850	2,035
350901	13	EL ASINTAL	20,601	10,716	7,850	2,035
350902	14	ALDEA XAB	20,601	10,716	7,850	2,035
350105	15	VICTORIA EL SALTO	30,598	20,713	7,850	2,035
350604	16	GUISCOYOL	17,837	7,953	7,850	2,035
350106	17	CANDELARIA	20,601	10,716	7,850	2,035
		0936 AREA DE SUCHITEPEQUEZ	6,044,804	4,335,846	606,674	1,102,284
		JEFATURA AREA SUCHITEPEQUEZ	176,856	159,708	0	17,147
360101		HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO	4,004,700	2,622,903	386,055	995,742
		CENTROS DE SALUD TIPO "B"	1,354,762	1,262,204	47,926	44,632
360102	1	MAZATENANGO	248,343	229,026	8,364	10,953
360601	2	SANTO DOMINGO, SUCHITEPEQUEZ	124,415	118,438	3,054	2,923
361001	3	SAN ANTONIO	200,180	185,472	8,040	6,668
361301	4	CHICACAO	114,017	105,901	4,092	4,024
361401	5	PATULUL	175,732	161,121	7,269	7,342
361701	6	SANTO TOMAS LA UNION	137,070	129,815	4,935	2,320
362001	7	RIO BRAVO	126,118	119,677	3,783	2,658
361901	8	PUEBLO NUEVO	106,272	98,928	4,227	3,116
360501	9	SAN JOSE EL IDOLO	122,614	113,825	4,161	4,628
		PUESTOS DE SALUD	508,487	291,031	172,693	44,763
360201	1	CUYOTENANGO	24,239	14,354	7,850	2,035
360301	2	SAN FRANCISCO ZAPOTITLAN	30,979	21,094	7,850	2,035
360401	3	SAN BERNARDINO	20,516	10,632	7,850	2,035
360701	4	SAN LORENZO	30,598	20,713	7,850	2,035
360801	5	SAMAYAC	20,516	10,632	7,850	2,035
360901	6	SAN PABLO JOCOPILAS	30,309	20,424	7,850	2,035
361101	7	SAN MIGUEL PANAM	20,474	10,589	7,850	2,035
361201	8	SAN GABRIEL	20,499	10,615	7,850	2,035
361501	9	SANTA BARBARA	28,060	18,175	7,850	2,035
360103	10	TAHUESCO	20,093	10,209	7,850	2,035
360104	11	JAPON NACIONAL	15,337	5,453	7,850	2,035
360105	12	BRACITOS	15,549	5,664	7,850	2,035
360202	13	LA MAQUINA CENTRO I	41,297	31,413	7,850	2,035
360602	14	BOLIVIA	20,220	10,336	7,850	2,035
360603	15	PARCELAMIENTO MONTERREY	17,806	7,922	7,850	2,035
361601	16	SAN JUAN BAUTISTA	20,431	10,547	7,850	2,035
361801	17	ZUNILITO	20,516	10,632	7,850	2,035
362002	18	GUATALON	20,220	10,336	7,850	2,035
360506	19	ALDEA CHUIRIN	19,106	9,222	7,850	2,035
360604	20	SAN JOSE LAS FIESTAS	20,220	10,336	7,850	2,035
360605	21	NUEVA PALENCIA	20,550	10,666	7,850	2,035
361302	22	SAN PEDRO CUTZAL	30,953	21,069	7,850	2,035

Archivo C7-6.wk1 R:A1..V383 LM: .9" TM: 1"

SIGUE...

250

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		REGION VII - NOR-OCCIDENTE	15,542,209	11,741,999	1,760,133	2,040,0
		0929 AREA DE HUEHUETENANGO	6,957,229	5,000,086	1,030,650	926,4
	1	JEFATURA DE AREA DE HUEHUETENANGO	179,961	164,721	0	15,24
		HOSPITALES NACIONALES	3,623,897	2,411,720	469,484	742,6
290101	1	HUEHUETENANGO	2,977,057	1,924,354	393,481	659,22
290601	2	SAN PEDRO NECTA	646,840	487,366	76,003	83,47
		CENTROS DE SALUD TIPO "B"	1,726,637	1,619,894	66,369	40,37
290801	1	SAN PEDRO SOLOMA	138,233	126,481	11,512	24
290102	2	HUEHUETENANGO	201,691	192,941	4,006	4,74
290201	3	CHIANTLA	165,575	158,522	4,447	2,6
290401	4	CUILCO	111,858	107,217	2,245	2,3
290501	5	NENTON	115,904	109,033	4,504	2,3
291301	6	SAN MIGUEL ACATAN	122,690	115,852	4,504	2,3
292401	7	SAN ANTONIO HUISTA	140,365	133,518	5,076	1,7
292601	8	SANTA CRUZ BARILLAS	152,507	137,865	8,460	6,1
292701	9	AGUACATAN	126,822	117,809	761	8,2
293101	10	SANTA ANA HUISTA	105,244	97,713	5,210	2,3
290103	11	EL CALVARIO	118,855	111,760	4,519	2,5
291901	12	COLOTENANGO	116,956	109,027	5,640	2,2
290901	13	SAN ILDEFONSO IXTAHUACAN	109,937	102,157	5,485	2,2
		PUESTOS DE SALUD	1,426,734	803,751	494,797	128,1
290104	1	LLANO GRANDE	20,605	10,716	7,854	2,0
290202	2	EL POTRERILLO	20,097	10,209	7,854	2,0
290203	3	CANTINIL	20,097	10,209	7,854	2,0
290204	4	SAN JOSE LAS FLORES	20,300	10,412	7,854	2,0
290301	5	MALACATANCITO	31,110	21,221	7,854	2,0
290502	6	GRACIAS A DIOS	20,453	10,564	7,854	2,0
290701	7	JACALTENANGO	32,069	22,180	7,854	2,0
290702	8	SAN ANDRES HUISTA	20,097	10,209	7,854	2,0
291001	9	SANTA BARBARA	30,898	21,010	7,854	2,0
291101	10	LA LIBERTAD	29,728	19,839	7,854	2,0
291201	11	LA DEMOCRACIA	30,805	20,917	7,854	2,0
291202	12	LA MESILLA	33,422	23,534	7,854	2,0
291401	13	SAN RAFAEL LA INDEPENDENCIA	19,533	9,645	7,854	2,0
291501	14	TODOS SANTOS CUCHUMATANES	27,500	17,611	7,854	2,0
291502	15	SAN MARTIN CUCHUMATAN	20,436	10,547	7,854	2,0
291601	16	SAN JUAN ATITAN	20,436	10,547	7,854	2,0
291701	17	SANTA EULALIA	30,602	20,713	7,854	2,0
291801	18	SAN MATEO IXTATAN	20,554	10,666	7,854	2,0
292001	19	SAN SEBASTIAN HUEHUETENANGO	31,110	21,221	7,854	2,0
292101	20	TECTITAN	30,602	20,713	7,854	2,0
292201	21	CONCEPCION HUISTA	30,602	20,713	7,854	2,0
292301	22	SAN JUAN IXCOY	16,318	6,430	7,854	2,0
292501	23	SAN SEBASTIAN COATAN	20,266	10,378	7,854	2,0
292702		ALDEA CHEX	0	0	0	
292801	24	RAFAEL PETZAL	30,856	20,967	7,854	2,0
292901	25	SAN GASPAR IXCHIL	30,152	20,264	7,854	2,0
293001	26	SANTIAGO CHIMALTENANGO	31,110	21,221	7,854	2,0
290105	27	SANTIAGO CHINACA	20,605	10,716	7,854	2,0
290703	28	SAN MARCOS HUISTA	20,097	10,209	7,854	2,0
292202	29	SANTIAGO PETATAN	20,097	10,209	7,854	2,0
290106	30	ALDEA XETENAN	20,605	10,716	7,854	2,0
290205		MIXLAJ	0	0	0	
292703	31	LAS MAJADAS	15,973	5,084	7,854	2,0
292704		ALDEA EXCHIMAL	0	0	0	

Archivo: C7-7A.wk1 R: A1..V211 LM: .8" TM: .5" SIGU

251

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
290402	32	VUELTA GRANDE	30,306	20,417	7,854	2,035
292705	33	TUIXCOX	20,605	10,716	7,854	2,035
290107	34	ZACULEU	20,309	10,420	7,854	2,035
290602	35	MICHICOY	20,351	10,462	7,854	2,035
290704	36	ALDEA HINCHEHUEX	20,097	10,209	7,854	2,035
290902	37	ALDEA ACAL	20,097	10,209	7,854	2,035
291702	38	ALDEA QUIXABAJ	20,605	10,716	7,854	2,035
302010	39	PARCELAMIENTO MAYALAN	20,097	10,209	7,854	2,035
292602	40	ALDEA XOYLAJ	20,097	10,209	7,854	2,035
292706	41	ALDEA PICHIQUIL	20,537	10,649	7,854	2,035
290403	42	ALDEA AGUA DULCE	20,097	10,209	7,854	2,035
302009		LOS ANGELES	0	0	0	0
290503	43	ALDEA CANQUINTIC	17,088	7,200	7,854	2,035
290705	44	TZISBAJ	20,097	10,209	7,854	2,035
292502	45	SAN JOSE PUEBLO NUEVO	20,266	10,378	7,854	2,035
290404	46	POZONICAPA CHIQUITO	20,097	10,209	7,854	2,035
290206	47	CAPELLANIA	20,300	10,412	7,854	2,035
291102	48	PEÑA ROJA	0	0	0	0
291902	49	IXCONLAJ	20,097	10,209	7,854	2,035
290302	50	PUEBLO VIEJO	20,605	10,716	7,854	2,035
291703	51	ALDEA TEMUX GRANDE	20,097	10,209	7,854	2,035
290108	52	SAN LORENZO HUEHUETENANGO	20,605	10,716	7,854	2,035
292102	53	CHISTE	20,097	10,209	7,854	2,035
292301	54	CASERIO YAJAUCA	16,445	6,557	7,854	2,035
290207	55	PANQUIX, CHIANTLA	20,470	10,581	7,854	2,035
290209	56	BUENOS AIRES CHIANTLA	19,381	9,492	7,854	2,035
290405	57	EL ZAPOTILLO	20,097	10,209	7,854	2,035
290208	58	CHICHALUM	20,300	10,412	7,854	2,035
293102	59	CUATRO CAMINOS	20,097	10,209	7,854	2,035
290505	60	CHICAJ	20,453	10,564	7,854	2,035
292707	61	EL SUJ, AGUACATAN	29,375	19,487	7,854	2,035
290406	62	YERBABUENA, CUILCO	20,097	10,209	7,854	2,035
292603	63	SAN RAMON, SANTA CRUZ BARRILLAS	20,097	10,209	7,854	2,035
291402		ISTANAJAP, SAN RAFAEL INDEPENDENCIA	0	0	0	0
290210	64	CINCO ARROYOS, CHIANTLA	20,233	10,344	7,854	2,035
			0	0	0	0
		0930 AREA DE EL QUICHE	8,584,980	6,741,913	729,483	1,113,584
		JEFATURA DE AREA EL QUICHE	273,053	250,750	0	22,303
300101	1	HOSPITAL NACIONAL DE EL QUICHE	2,227,908	1,534,560	226,596	466,751
		CENTROS DE SALUD TIPO "A"	3,161,736	2,589,433	102,831	469,471
301201	1	JOYABAJ	896,241	715,926	32,829	147,486
301301	2	NEBAJ	704,742	586,294	32,184	86,263
301501	3	SAN MIGUEL USPANTAN	601,760	538,008	13,023	50,729
302001	4	PLAYA GRANDE	958,993	749,205	24,796	184,993
		CENTROS DE SALUD TIPO "B"	1,951,593	1,821,689	62,336	67,568
300602	1	CHUPOL	58,477	58,477	0	0
300601	2	CHICHICASTENANGO	149,310	144,052	0	5,258
300401	3	ZACUALPA	139,590	129,113	5,636	4,841
301401	4	SAN ANDRES SAJCABAJA	151,448	137,479	7,328	6,641
302017	5	RESURECCION IXCAN GRANDE	97,528	97,528	0	0
302016	6	SANTA MARIA TZEJA	98,202	98,202	0	0
300201	7	CHICHE	144,890	129,724	7,582	7,585
302101	8	PACHALUM	113,580	108,347	2,964	2,269
300301	9	CHINIQUE	145,912	129,294	8,081	8,538
300501	10	CHAJUL	148,666	133,700	5,637	9,329
300801	11	SAN ANTONIO ILOTENANGO	125,195	117,331	3,377	4,487
301001	12	CUNEN	116,151	108,487	5,124	2,539
301101	13	SAN JUAN COTZAL	150,367	138,342	5,358	6,667
301601	14	SACAPULAS	135,550	127,781	5,611	2,159
300102	15	EL QUICHE	176,727	163,832	5,639	7,256

Archivo: C7-7A.wk1 R: A1..V211 LM: .8" TM: .5"

SIGUE...

254

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		PUESTOS DE SALUD	970,891	545,481	337,719	87,49
300701	1	PATZITE	31,025	21,136	7,854	2,03
300901	2	SAN PEDRO JOCOPILAS	31,110	21,221	7,854	2,03
301701	3	SAN BARTOLOME JOCOTENANGO	30,856	20,967	7,854	2,03
301801	4	CANILLA	29,146	19,257	7,854	2,03
300103	5	SAN SEBASTIAN LEMOA	30,940	21,052	7,854	2,03
300504	6	EL CHEL	20,402	10,513	7,854	2,03
300607	7	AGUA ESCONDIDA	20,097	10,209	7,854	2,03
301304	8	PULAY NEBAJ	19,999	10,110	7,854	2,03
301306		SALQUIL GRANDE	0	0	0	
301302	9	TZALBAJ NEBAJ	19,999	10,110	7,854	2,03
301902	10	EL PALMAR	20,097	10,209	7,854	2,03
301901	11	CHICAMAN	20,097	10,209	7,854	2,03
302002	12	SAN JOSE LA VEINTE	20,097	10,209	7,854	2,03
300902	13	COMITANCILLO	30,940	21,052	7,854	2,03
300505	14	ALDEA XIX	20,402	10,513	7,854	2,03
302008	15	SAN LUCAS IXCAN POLIGONO 12	20,097	10,209	7,854	2,03
302012		SANTO TOMAS IXCAN	0	0	0	
302015		ALDEA SAN JUAN CHACTELA	0	0	0	
302014		ASENCION COPON	0	0	0	
302007		SARAGUATE POLIGONO 24	0	0	0	
300506	16	ILLON	20,402	10,513	7,854	2,03
302004		SAN LUIS IXCAN	0	0	0	
302005		XALBALBAL CHAJUL	0	0	0	
300507	17	AMACHEL	20,196	10,307	7,854	2,03
302013		RUBELOLON	0	0	0	
300603	18	CHUCHIPACA II	30,602	20,713	7,854	2,03
301202	19	EL TEMAL LA ESTANZUELA	31,011	21,122	7,854	2,03
300104	20	SANTA ROSA CHUJUYUP	31,067	21,179	7,854	2,03
300604	21	PANIMACHE	20,097	10,209	7,854	2,03
300605	22	CHUABAJ	30,602	20,713	7,854	2,03
300606	23	PAXOT II	18,768	8,879	7,854	2,03
301502	24	EL PINAL	20,661	10,773	7,854	2,03
301002	25	CHIUL	31,631	21,743	7,854	2,03
300105	26	PANAJXIT	21,169	11,280	7,854	2,03
302006		CANTABAL POLIGONO 18	0	0	0	
301602	27	SALINA MAGDALENA	20,631	10,773	7,854	2,03
301603	28	LLANO GRANDE	20,661	10,773	7,854	2,03
301203		XEABAJ (JOYABAJ)	0	0	0	
301003	29	LA HACIENDA	20,661	10,773	7,854	2,03
301402		CHINANTON	0	0	0	
301604	30	PARRAXTUT	20,661	10,773	7,854	2,03
301605	31	RIO BLANCO	20,661	10,773	7,854	2,03
300903	32	LA PRIMAVERA	18,080	8,191	7,854	2,03
300802	33	PATZALA	16,380	6,492	7,854	2,03
301903	34	EL LANCENTILLO, SAN MIGUEL USPANTAN	15,627	5,739	7,854	2,03
300106	35	CHUACAMAN, SANTA CRUZ DEL QUICHE	20,506	10,618	7,854	2,03
301307	36	SAN JUAN ACUL, NEBAJ	19,999	10,110	7,854	2,03
301303	37	RIO AZUL, NEBAJ	20,097	10,209	7,854	2,03
301104	38	SAN FELIPE CHENLA, COTZAL	20,097	10,209	7,854	2,03
301103	39	CHICHIVILA, COTZAL	20,224	10,336	7,854	2,03
301305	40	AJCHUMIBAL, NEBAJ	19,999	10,110	7,854	2,03
301102	41	OJO DE AGUA, COTZAL	17,039	7,150	7,854	2,03
301105	42	SANTA AVELINA, COTZAL	20,605	10,716	7,854	2,03
300107	43	ALDEA LA ESTANCIA, SANTA CRUZ QUICHE	17,219	7,331	7,854	2,03
300904		SANTA MARIA	0	0	0	

Archivo: C7-7A.wk1 R: A1..V212 LM: .6" TM: .5"

SIGUE

-253-

Cuadro 7. Continuación

CODIGO	No	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		REGION VIII -- PETEN	7,933,961	5,084,679	733,070	2,116,213
		0944) AREA DE EL PETEN	7,933,961	5,084,679	733,070	2,116,213
		JEFATURA AREA DE EL PETEN	257,864	226,029	0	31,834
440301	1	HOSPITAL NACIONAL DE SAN BENITO PETEN	2,787,602	1,674,845	193,885	918,872
441101	2	HOSPITAL NACIONAL MELCHOR DE MENCOS	1,579,711	1,005,321	131,911	442,479
		CENTROS DE SALUD TIPO "A"	1,868,705	1,278,315	58,782	531,609
441001	1	SAYAXCHE	1,075,114	632,805	27,798	414,512
441201	2	POPTUN	793,591	645,510	30,984	117,097
		CENTROS DE SALUD TIPO "B"	658,804	526,823	24,471	107,510
440101	1	FLORES	166,485	147,431	2,931	16,122
440901	2	SAN LUIS	131,928	121,276	6,732	3,920
440501	3	LA LIBERTAD	145,639	135,517	6,100	4,021
440801	4	EL CHAL	214,753	122,599	8,708	83,446
		PUESTOS DE SALUD	781,275	373,345	324,021	83,909
440201	1	SAN JOSE	34,882	20,815	11,173	2,893
440402	2	SACPUY	24,631	10,564	11,173	2,893
440401	3	SAN ANDRES	24,681	10,615	11,173	2,893
440601	4	SAN FRANCISCO	24,783	10,716	11,173	2,893
440701	5	SANTA ANA	24,783	10,716	11,173	2,893
440802	6	DOLORES	33,793	19,726	11,173	2,893
441102	7	EL CRUZADERO	24,275	10,209	11,173	2,893
440803	8	LAS FLORES	19,984	5,918	11,173	2,893
440804	9	COLPETEN	24,402	10,336	11,173	2,893
440505		EL NARANJO	0	0	0	0
440503	10	EL ARBOLITO RIO USUMACINTA	28,012	13,945	11,173	2,893
440502	11	LA PALMA RIO LA PASION	34,484	20,417	11,173	2,893
441202	12	MACHAQUILA	35,485	21,418	11,173	2,893
440103	13	MACANCHE	35,288	21,221	11,173	2,893
440504	14	LAS CRUCES	24,275	10,209	11,173	2,893
440805	15	ALDEA EL OCOTE	24,275	10,209	11,173	2,893
441002	16	NUEVA LIBERTAD	20,962	6,895	11,173	2,893
440106	17	UAXACTUN	35,186	21,120	11,173	2,893
440104	18	LAS VIÑAS	24,783	10,716	11,173	2,893
440403	19	CARMELITAS	20,835	6,768	11,173	2,893
440806	20	CALZADA MOPAN	23,273	9,206	11,173	2,893
440903	21	ACTELA	24,275	10,209	11,173	2,893
440902	22	CHACTE	44,989	30,922	11,173	2,893
440102	23	EL REMATE	24,275	10,209	11,173	2,893
440105	24	PAXCAMAN	23,288	9,222	11,173	2,893
440506	25	LOS JOSEFINOS	24,275	10,209	11,173	2,893
	26	RANCHO ALEGRE, SAYAXCHE	24,275	10,209	11,173	2,893
441103	27	EL ARENAL	24,275	10,209	11,173	2,893
441105	28	LA BLANCA	24,275	10,209	11,173	2,893
441104	29	ALDEA LA POLVORA	24,275	10,209	11,173	2,893

Archivo: C7-8.wk1 R: A1..V64 LM: .9" TM: 1"

254

CUADRO 8 GUATEMALA – MSPAS. GASTO DE FUNCIONAMIENTO POR TIPO DE DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA (1986–1990) Y NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS (1989)
Expresado en millones de quetzales de 1990 y en porcentajes

CONCEPTO	1986	1987	1988	1989	1990	PROMEDIO 1986 – 1990	NRO. DE ESTABL. 1989
1. ADMINISTRACION	22.0	23.7	25.5	39.5	12.5	24.6	---
2. HOSPITALES	s/d	s/d	s/d	191.1	175.8	183.4 *	37
3. CENTROS "A"	s/d	s/d	s/d	14.1	11.9	13.0 *	32
4. SUBTOTAL 2 + 3	170.6	166.3	194.7	205.2	187.7	184.9	69
5. CENTROS "B"	s/d	s/d	s/d	30.1	24.6	27.4 *	188
6. PUESTOS DE SALUD	s/d	s/d	s/d	20.1	15.6	17.9 *	751
7. SUB TOTAL 5 + 6	33.2	47.7	50.0	50.2	40.2	44.3	939
TOTAL 1 + 4 + 7	225.8	237.7	270.2	294.9	240.4	253.8	1008

ESTRUCTURA PORCENTUAL

1. ADMINISTRACION	9.7	10.0	9.4	13.4	5.2	9.8	---
2. HOSPITALES	---	---	---	64.8	73.1	70.0 *	3.7
3. CENTROS "A"	---	---	---	4.8	5.0	4.9 *	3.1
4. SUBTOTAL 2 + 3	75.6	70.0	72.1	69.6	78.1	72.9	6.8
5. CENTROS "B"	---	---	---	10.2	10.2	10.2 *	13.7
6. PUESTOS DE SALUD	---	---	---	6.8	6.5	6.7 *	74.5
7. SUB TOTAL 4 + 5	14.7	20.0	18.5	17.0	16.7	17.4	93.2
TOTAL 1 + 4 + 7	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Archivo: GT4–5.wk1 R: A1.AC50 LM: 1" TM: 2"

FUENTE: Cuadro 3 (Anexo A)
* Promedio para 1989 y 1990

255

CUADRO 9 GUATEMALA – MSPAS. PRESUPUESTO EJECUTADO DE INVERSION DESGLOSADO POR DESTINO (1986–1990) (En Porcentaje)

CONCEPTO	1986	1987	1988	1989	1990	PROMEDIO 1986–1990
1. Agua Potable (1)	54.0	37.3	51.9	32.6	35.1	41.6
2. Letrinización (1)	1.2	1.6	2.1	0.7	0.5	1.3
3. Construcción, Reparación y Ampliación de Hospitales	29.5	46.1	34.1	41.2	42.9	39.0
4. Construcción, Reparación y Ampliación de CS y PS	3.3	14.8	9.7	10.7	18.6	11.4
5. Equipamiento de Hospitales	11.0	0.0	0.0	14.1	2.8	5.6
6. Equipamiento de CS y PS	1.1	0.3	2.2	0.8	0.1	1.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
7. Suma de 1 + 2 + 4 + 6 (APS)	40.4	46.1	34.1	52.3	45.7	44.7
8. Suma de 3 + 5 (AT. CURATIVA)	59.6	54.0	65.9	44.9	54.3	55.3

Archivo: GT4–6.wk1 R: A1..W31 LM: 1.02" TM: 3.3"

FUENTE: Proyecto

(1) Incluye al Ministerio de Desarrollo Urbano y Rural

256

CUADRO 10 GUATEMALA – MSPAS. NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS POR REGIONES SANITARIAS E INDICADORES (1989)

REGION	NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS					DISTRIBUCION PORCENTUAL					ESTRUCTURA PORCENTUAL				
	TOTAL	H	CSA	CSB	PS	TOTAL	H	CSA	CSB	PS	TOTAL	H	CSA	CSB	PS
I. METROPOLITANA	97	9	2	28	58	100%	9	2	29	60	10	24	6	15	8
II. NORTE	31	2	8	15	56	100%	2	10	19	69	8	5	25	8	7
III. NOR ORIENTE	121	5	7	23	86	100%	4	6	19	71	12	14	22	12	11
IV. SUR ORIENTE	139	3	5	18	113	100%	2	4	13	81	14	8	16	10	15
V. CENTRAL	129	5	3	18	103	100%	4	2	14	80	13	14	9	10	14
VI. SUR OCCIDENTE	262	8	1	54	199	100%	3	0	21	76	26	22	3	29	26
VII. NOR OCCIDENTE	142	3	4	28	107	100%	2	3	20	75	14	8	13	15	14
VIII. PETEN	37	2	2	4	29	100%	5	5	11	78	4	5	6	2	4
TOTAL	1008	37	32	188	751	100%	4	3	19	75	100%	100%	100%	100%	100%

Archivo: GT4-8.wk1 R: A1..AK32 LM: .7" TM: 1.75"

FUENTE: CUADRO 3 (Anexo A)

157

CUADRO 11 GUATEMALA – MSPAS. PRESUPUESTO ASIGNADO PARA 1990 POR PROGRAMAS DE FUNCIONAMIENTO Y CAPITAL SEGUN REGIONES.
Presupuesto expresado en millones de quetzales de 1990.

REGION	PRESUPUESTO ASIGNADO			DISTRIBUCION PORCENTUAL			ESTRUCTURA PORCENTUAL		
	TOT.	FUNC.	INV.	TOT.	FUNC.	INV.	TOT.	FUNC.	INV.
I. METROPOLITANA	185.5	148.4	37.1	100.0	80.0	20.0	60.6	62.5	54.1
II. NORTE	10.5	9.9	0.6	100.0	94.3	5.7	3.4	4.2	0.9
III. NOR–ORIENTE	15.2	14.2	1.0	100.0	93.4	6.6	5.0	6.0	1.5
IV. SUR–ORIENTE	10.8	10.1	0.7	100.0	93.5	6.5	3.5	4.3	1.0
V. CENTRAL	14.4	13.5	0.9	100.0	93.8	6.3	4.7	5.7	1.3
VI. SUR–OCCIDENTE	43.8	25.3	18.5	100.0	57.8	42.2	14.3	10.7	27.0
VII. NOR–OCCIDENTE	19.1	9.9	9.2	100.0	51.8	48.2	6.2	4.2	13.4
VIII. PETEN	6.6	6.0	0.6	100.0	90.9	9.1	2.2	2.5	0.9
TOTAL	305.9	237.3	68.6	100.0	77.6	22.4	100.0	100.0	100.0

Archivo: GT4–9.wk1 R: A1..P32 LM: 1.5" TM: 2.5"

FUENTE: – PRESUPUESTO ASIGNADO POR REGION: PROYECTO BID/OPS, Op. cit.
– POBLACION 1990: Banco Mundial y SEGEPLAN.

258

CUADRO 12 GUATEMALA – DISTRIBUCION DE LA POBLACION NACIONAL POR REGIONES, CLASIFICADA EN INDIGENA Y NO–INDIGENA

REGION	POBLACION (Mill. en 1990)			DISTRIBUCION EN EL TOTAL			DISTRIBUCION PORCENTUAL			ESTRUCTURA PORCENTUAL		
	TOT.	No Ind	Ind.	TOT.	No Ind	Ind.	TOT.	No Ind	Ind.	TOT.	No Ind	Ind.
I. METROPOLITANA	1.96	1.72	0.24	21.3	18.7	2.6	100.0	87.8	12.2	21.3	32.7	6.1
II. NORTE	0.75	0.14	0.61	8.2	1.5	6.7	100.0	18.1	81.9	8.2	2.6	15.6
III. NOR–ORIENTE	0.83	0.67	0.16	9.0	7.2	1.8	100.0	80.2	19.8	9.0	12.7	4.2
IV. SUR–ORIENTE	0.79	0.69	0.10	8.6	7.5	1.0	100.0	87.8	12.2	8.6	13.2	2.5
V. CENTRAL	1.04	0.64	0.40	11.3	6.9	4.4	100.0	61.2	38.8	11.3	12.1	10.3
VI. SUR–OCCIDENTE	2.33	0.90	1.43	25.4	9.8	15.6	100.0	38.6	61.4	25.4	17.1	36.4
VII. NOR–OCCIDENTE	1.25	0.32	0.93	13.6	3.5	10.1	100.0	25.4	74.6	13.6	6.0	23.7
VIII. PETEN	0.24	0.19	0.05	2.6	2.0	0.6	100.0	77.4	22.6	2.6	3.5	1.4
TOTAL	9.19	5.26	3.93	100.0	57.2	42.8	100.0	57.2	42.8	100.0	100.0	100.0

Archivo: GT4–10.wk1 R: A1..R32 LM: .55" TM: 3.25"

FUENTE: – PRESUPUESTO ASIGNADO POR REGION: PROYECTO BID/OPS, Op. cit.
– POBLACION 1990: Banco Mundial y SEGEPLAN.

259

CUADRO 13 GUATEMALA. MSPAS. PRESUPUESTO EJECUTADO DE CAPITAL POR REGION Y POR DESTINO
AÑO 1989. En Porcentaje.

TABLA 4-12A DISTRIBUCION RESPECTO DEL PRESUPUESTO EJECUTADO TOTAL

REGION	AGUA POTABLE	LETRINAS	CONS., REP. Y AMP. HOSPITALES	CONS., REP. Y AMP. CS Y PS	EQUIP. DE HOSPITALES	EQUIP. DE CS Y PS	TOTAL
I. METROPOLITANA	6.80	0.04	0.56	1.23	3.87	0.82	13.3
II. NORTE	2.69	0.02	0.00	0.37	0.51	0.00	3.6
III. NOR-ORIENTE	4.35	0.05	0.12	1.33	2.02	0.00	8.4
IV. SUR-ORIENTE	6.13	0.05	0.00	1.40	2.80	0.00	10.4
V. CENTRAL	0.77	0.03	9.26	0.86	2.39	0.00	13.3
VI. SUR-OCCIDENTE	5.51	0.21	11.54	3.77	1.72	0.00	22.8
VII. NOR-OCCIDENTE	6.17	0.27	19.71	1.11	0.49	0.00	27.7
VIII. PETEN	0.15	0.00	0.00	0.12	0.26	0.00	0.5
TOTAL	32.57	0.67	41.19	10.69	14.06	0.82	100.0

TABLA 4-12B DISTRIBUCION REGIONAL DE CADA ACTIVIDAD

REGION	AGUA POTABLE	LETRINAS	CONS., REP. Y AMP. HOSPITALES	CONS., REP. Y AMP. CS Y PS	EQUIP. DE HOSPITALES	EQUIP. DE CS Y PS	TOTAL
I. METROPOLITANA	20.87	6.09	1.35	11.46	27.51	100.00	13.3
II. NORTE	8.26	2.57	0.00	3.44	3.61	0.00	3.6
III. NOR-ORIENTE	13.36	6.97	0.30	17.07	14.38	0.00	8.4
IV. SUR-ORIENTE	18.81	7.72	0.00	13.13	19.91	0.00	10.4
V. CENTRAL	2.37	4.81	22.49	8.07	16.99	0.00	13.3
VI. SUR-OCCIDENTE	16.91	31.74	28.02	35.30	12.25	0.00	22.8
VII. NOR-OCCIDENTE	18.96	40.12	47.84	10.37	3.47	0.00	27.7
VIII. PETEN	0.47	0.00	0.00	1.16	1.88	0.00	0.5
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

TABLA 4-12C DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO DE CADA REGION SEGUN ACTIVIDADES

REGION	AGUA POTABLE	LETRINAS	CONS., REP. Y AMP. HOSPITALES	CONS., REP. Y AMP. CS Y PS	EQUIP. DE HOSPITALES	EQUIP. DE CS Y PS	TOTAL
I. METROPOLITANA	51.08	0.31	4.18	3.21	29.07	6.14	100.00
II. NORTE	75.08	0.48	0.00	10.27	14.17	0.00	100.00
III. NOR-ORIENTE	52.00	0.56	1.47	21.82	24.16	0.00	100.00
IV. SUR-ORIENTE	59.01	0.50	0.00	13.53	26.96	0.00	100.00
V. CENTRAL	5.79	0.24	65.56	6.48	17.94	0.00	100.00
VI. SUR-OCCIDENTE	24.20	0.93	50.71	16.59	7.57	0.00	100.00
VII. NOR-OCCIDENTE	22.25	0.97	71.02	4.00	1.76	0.00	100.00
VIII. PETEN	28.30	0.00	0.00	22.90	48.79	0.00	100.00
TOTAL	32.57	0.67	41.19	10.69	14.06	0.82	100.00

Archivo: GT4-12.wk1 R: A1..AA55 LM: .5" TM: 0.7"

FUENTE: PROYECTO

CUADRO S-1 SOLOLA. PERSONAL DE SALUD. ASIGNACION A ACTIVIDADES FINALES DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD
ASIGNACION DE TIEMPO INDIVIDUAL EN CENTROS DE SALUD B Y P. DE SALUD (MODULO I Y II)

CONCEPTO	CENTROS DE SALUD TIPO B									PUESTO DE SALUD MODULO I				PS MII
	MED.	ENF.	A.ENF.	I.SAN.	TSR	OFICIN.	CONS.	TOTAL	%	A.ENF	TSR	TOTAL	%	A.ENF
RECURSO FISICO	1	1	4	1	1	1	1	9.5		1	1	2		1
REMUNERACION/MES	1,625	835	675	675	675	645	495	5,625		675	675	1,350		675
TOTAL ANUAL	21,125	10,855	30,713	8,775	8,775	8,385	6,435	95,063		8,775	8,775	17,550		8,775
HORAS ANUALES	1,800	1,800	6,300	1,800	1,800	1,800	1,800	17,100		1,800	1,800	3,600		1,800
ACTIV. (% tiempo)														
1 Consulta	30.0	20.0	20.0											
2 Canalización										20.0	7.0			20.0
3 Tratamientos		5.0	15.0							24.8	31.3			24.8
4 Vig. Epidem.	20.0	10.0	5.0	5.0						11.3	3.0			11.3
5 PAI	2.5	10.0	15.0	3.5	15.0						0.0			
6 IRA	0.5	5.0	5.0	3.0	2.0					17.2	21.7			17.2
7 TRO	0.5	5.0	5.0	3.5	3.0					2.6	3.3			2.6
8 Saneamiento	0.5			50.0	20.0					2.9	3.7			2.9
9 Visita Domic.	3.0	10.0	20.0	10.0	20.0						14.3			
10 Comunidad	10.0	10.0	10.0	5.0	40.0					5.0	0.3			5.0
11 Administración	33.0	25.0	5.0	20.0		100.0	100.0			10.0	15.0			10.0
										6.3	0.5			6.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0			100.0	100.0			100.0
ACTIVIDAD (HORAS)														
1 Consulta	540	360	1,260	0	0	0	0	2,160	13	360	126	486	14	360
2 Canalización	0	0	0	0	0	0	0	0	0	447	564	1,011	28	447
3 Tratamientos	0	90	945	0	0	0	0	1,035	6	203	54	257	7	203
4 Vig. Epidem.	360	180	315	90	0	0	0	945	6			0	0	
5 PAI	45	180	945	63	270	0	0	1,503	9	309	390	699	19	309
6 IRA	9	90	315	54	36	0	0	504	3	47	59	106	3	47
7 TRO	9	90	315	63	54	0	0	531	3	53	66	119	3	53
8 Saneamiento	9	0	0	900	360	0	0	1,269	7		257	257	7	
9 Visita Domic.	54	180	1,260	180	360	0	0	2,034	12	90	5	95	3	90
10 Comunidad	180	180	630	90	720	0	0	1,800	11	180	270	450	13	180
11 Administración	594	450	315	360	0	1,800	1,800	5,319	31	111	9	120	3	111
HORAS ANUALES	1,800	1,800	6,300	1,800	1,800	1,800	1,800	17,100	100.0	1,800	1,800	3,600	100.0	1,800

FUENTE: Taller de trabajo realizado en el Area de Salud de Solola con todo su personal (16 y 17 de octubre de 1991)

Archivo: S-1.wk1 Range: A1..AU50 LM: 0.5" TM: 1"

NOTA: Los sueldos tomados son los vigentes al mes de julio de 1991.

142

CUADRO S-2 SOLOLA. PERSONAL DE SALUD. ASIGNACION A ACTIVIDADES FINALES DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD
ASIGNACION DE REMUNERACIONES INDIVIDUALES EN FUNCION DEL TIEMPO.
CENTROS DE SALUD TIPO B Y PUESTOS DE SALUD (MODULO I Y II)

CONCEPTO	CENTROS DE SALUD TIPO B									PUESTO DE SALUD MODULO II				PS M I
	MED.	ENF.	A.ENF.	I.SAN.	TSR	OFICIN.	CONS.	TOTAL	%	A.ENF	TSR	TOTAL	%	A.ENF
RECURSO FISICO	1	1	4	1	1	1	1	9.5		1	1	2		1
REMUN./MES	1,625	835	675	675	675	645	495	5,625		675	675	1,350		675
TOTAL ANUAL	21,125	10,855	30,713	8,775	8,775	8,385	6,435	95,063		8,775	8,775	17,550		8,775
HORAS ANUALES	1,800	1,800	6,300	1,800	1,800	1,800	1,800	17,100		1,800	1,800	3,600		1,800
ACTIV. (% tiempo)														
1 Consulta	30.0	20.0	20.0							20.0	7.0			20.0
2 Canalización										24.8	31.3			24.8
3 Tratamientos		5.0	15.0							11.3	3.0			11.3
4 Vig. Epidem.	20.0	10.0	5.0	5.0						0.0	0.0			
5 PAI	2.5	10.0	15.0	3.5	15.0					17.2	21.7			17.2
6 IRA	0.5	5.0	5.0	3.0	2.0					2.6	3.3			2.6
7 TRO	0.5	5.0	5.0	3.5	3.0					2.9	3.7			2.9
8 Saneamiento	0.5			50.0	20.0					0.0	14.3			
9 Visita Domic.	3.0	10.0	20.0	10.0	20.0					5.0	0.3			5.0
10 Comunidad	10.0	10.0	10.0	5.0	40.0					10.0	15.0			10.0
11 Administración	33.0	25.0	5.0	20.0		[illegible]	100.0			6.2	0.5			8.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0			100.0	100.0			100.0
ACTIVIDAD (REMUN)														
1 Consulta	6,338	2,171	6,143	0	0	0	0	14,651	15.4	1,755	614	2,369	14	1,755
2 Canalización	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	2,179	2,750	4,929	28	2,178
3 Tratamientos	0	543	4,607	0	0	0	0	5,150	5.4	990	263	1,253	7	987
4 Vig. Epidem.	4,225	1,086	1,536	439	0	0	0	7,285	7.7	0	0	0	0	0
5 PAI	528	1,086	4,607	307	1,316	0	0	7,844	8.3	1,506	1,901	3,408	19	1,505
6 IRA	106	543	1,536	263	176	0	0	2,623	2.8	229	288	517	3	229
7 TRO	106	543	1,536	307	263	0	0	2,754	2.9	258	322	580	3	256
8 Saneamiento	106	0	0	4,308	1,755	0	0	6,248	5.6	0	1,253	1,253	7	0
9 Visita Domic.	334	1,086	6,143	878	1,755	0	0	10,494	11.0	439	24	463	3	439
10 Comunidad	2,113	1,086	3,071	439	3,510	0	0	10,218	10.7	878	1,316	2,194	13	878
11 Administración	6,971	2,714	1,536	1,755	0	8,385	6,435	27,796	29.2	541	44	585	3	548
HORAS ANUALES	21,125	10,855	30,713	8,775	8,775	8,385	6,435	95,063	100.0	8,775	8,775	17,550	100	8,775

FUENTE: Cuadro S-1

NOTA: [illegible]

Archivo: S2-wk1 R: A1..AT51 LM: 1" TM: 1"

102

CUADRO S-3 SOLOLA. PERSONAL DE SALUD. ASIGNACION A ACTIVIDADES FINALES DE A.P.S. AJUSTES. CENTROS DE SALUD B Y PUESTOS DE SALUD

CONCEPTO	CENTROS DE SALUD B			PUESTOS DE SALUD MODULO II AUX. DE ENF. Y T.S.R.			PUESTOS DE SALUD MODULO I SOLO CON AUX. ENF.		
	TOTAL %	AJUSTE ADM.	AJUSTE Vig.E.	%	ADM.	Interm	%	ADM.	Interm
ACTIVIDAD									
1 Consulta	15.4	21.8	21.8	13.5	14.0	16.7	20.0	21.3	26.7
2 Visita Domic.	11.0	15.5	26.4	28.1	29.1	29.1	24.8	26.5	26.5
3 Tratamientos	5.4	7.6	7.6	7.1	7.4	7.4	11.3	12.0	12.0
4 Vig. Epidem.	7.7	10.9							
5 PAI	8.3	11.7	11.7	19.4	20.1	20.1	17.2	18.3	18.3
6 IRA	2.8	4.0	4.0	2.9	3.0	3.0	2.6	2.8	2.8
7 TRO	2.9	4.1	4.1	3.3	3.4	3.4	2.9	3.1	3.1
8 Saneamiento	6.6	9.3	9.3	7.1	7.4	7.4			
9 Intermedio				2.6	2.7		5.0	5.3	
10 Comunidad	10.7	15.1	15.1	12.5	12.9	12.9	10.0	10.7	10.7
SUBTOTAL	70.8	100.0	100.0	96.7	100.0	100.0	93.8	100.0	100.0
11 Administración	29.2			3.3			6.3		
TOTAL	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

Archivo: S-3.wk1 R: A1..AE28 LM: 1.3" TM: 3"

FUENTE: CUADRO S-2

263

CUADRO S-4 SOLOLA. CRITERIOS DE ASIGNACION DE GASTOS DIRECTOS POR CATEGORIA DE GASTO (PERSONAL, MEDICAMENTOS, OTROS) Y COMPONENTE DE ACTIVIDAD DE CENTROS TIPO "B" Y PUESTOS DE SALUD MODULO I Y II. En porcentaje.

TIPO DE ESTAB. Y CATEGORIA DEL GASTO	COMPONENTE DE ACTIVIDAD DE APS								
	TOTAL	Consulta	Visit. D	Trata.	PAI	IRA	TRO	Sanam.	Comun.
CENT. SALUD "B"									
Personal	100.0	21.8	26.4	7.6	11.7	4.0	4.1	9.3	15.1
Medicamentos	100.0			92.5	2.0	3.0	2.5		
Otros Conceptos	100.0	21.8	26.4	7.6	11.7	4.0	4.1	9.3	15.1
PUESTO SALUD MOD-II									
Personal	100.0	16.7	29.1	7.4	20.1	3.0	3.4	7.4	12.9
Medicamentos	100.0			92.5	2.0	3.0	2.5		
Otros Conceptos	100.0	16.7	29.1	7.4	20.1	3.0	3.4	7.4	12.9
PUESTO SALUD MOD-I									
Personal	100.0	26.7	26.5	12.0	18.3	2.8	3.0		10.7
Medicamentos	100.0			92.5	2.0	3.0	2.5		
Otros Conceptos	100.0	26.7	26.5	12.0	18.3	2.8	3.0		10.7

Archivo: S-4.wk1 R: A1..AE38 LM: 1.25" TM: 2.5"

FUENTE: Taller de Trabajo de Fecha 16 y 17 de Octubre de 1991
Realizado en Sololá en la Jefatura de Area y personal local.

NOTA: PS MODULO I: Solo Auxiliar de Enfermería
PS MODULO II: Auxiliar de Enfermería y TSR

CUADRO S-5 PRESUPUESTO FUNCIONAMIENTO EJECUTADO POR ESTABLECIMIENTO Y ABIERTO POR COMPONENTES. AÑO 1989. EN QUETZALES CONSTANTES DEL 1990. CODIFICACION DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

CODIGO	No.	CONCEPTO	TOTAL	PERSONAL	MEDICAMENTOS	RESTO
		REGION VI SUR OCCIDENTE	11,242,472	8,686,325	962,576	1,593,570
		0932 AREA DE SOLOLA	4,186,385	2,962,857	468,211	755,317
		JEFATURA DE AREA DE SOLOLA	289,048	270,988	0	18,060
320101	1	HOSPITAL NACIONAL DE SOLOLA	2,251,152	1,390,365	208,755	652,032
		CENTROS DE SALUD TIPO "B"	923,683	865,649	31,815	26,220
321501	1	SAN PABLO LA LAGUNA	106,959	99,659	3,807	3,493
320401	2	SANTA LUCIA UTATLAN	117,934	110,252	5,117	2,565
320501	3	NAHUALA	158,123	145,966	5,636	6,521
321001	4	PANAJACHEL	150,660	143,832	5,058	1,770
321301	5	SAN LUCAS TOLIMAN	125,149	116,977	3,907	4,265
321901	6	SANTIAGO ATITLAN	120,929	113,439	5,227	2,263
320102	7	SOLOLA	143,928	135,523	3,063	5,343
		PUESTOS DE SALUD	722,501	435,854	227,641	59,006
320201	1	SAN JOSE CHACAYA	20,398	10,513	7,850	2,035
320301	2	SANTA MARIA VISITACION	20,550	10,666	7,850	2,035
320601	3	SANTA CATARINA IXTAHUACAN	30,953	21,069	7,850	2,035
320701	4	SANTA CLARA LA LAGUNA	20,550	10,666	7,850	2,035
320901	5	SAN ANDRES SEMETABAJ	30,598	20,713	7,850	2,035
321101	6	SANTA CATARINA PALOPO	30,598	20,713	7,850	2,035
321201	7	SAN ANTONIO PALOPO	18,245	8,360	7,850	2,035
321401	8	SANTA CRUZ LA LAGUNA	20,601	10,716	7,850	2,035
321601	9	SAN MARCOS LA LAGUNA	20,398	10,513	7,850	2,035
321701	10	SAN JUAN LA LAGUNA	31,055	21,170	7,850	2,035
321901	11	SAN PEDRO LA LAGUNA	20,601	10,716	7,850	2,035
320103	12	PIXABAJ	25,465	15,581	7,850	2,035
320104	13	ARGUETA	23,773	13,889	7,850	2,035
320502	14	XEJUYUP	31,105	21,221	7,850	2,035
320603	15	GUINEALES	30,953	21,069	7,850	2,035
320902	16	GODINEZ	30,598	20,713	7,850	2,035
321202	17	AGUA ESCONDIDA	30,598	20,713	7,850	2,035
320602	18	ALDEA LA CEIBA IXTAHUACAN	30,118	20,234	7,850	2,035
320402	19	PAMESABAL	30,733	20,849	7,850	2,035
320801	20	CONCEPCION	20,601	10,716	7,850	2,035
320105	21	EL TABLON	31,105	21,221	7,850	2,035
320503	22	PACHIPAC	30,953	21,069	7,850	2,035
320604	23	TZAMPOJ	31,105	21,221	7,850	2,035
320504	24	PALACAL	14,762	4,877	7,850	2,035
321402	25	TZUMUNA	20,398	10,513	7,850	2,035
320106	26	LOS CIPRESES	20,601	10,716	7,850	2,035
320605	27	CHIRIJOX	19,075	9,191	7,850	2,035
320107	28	LOS ENCUENTROS	19,818	9,934	7,850	2,035
320903	29	LAS CANOAS, SN ANDRES SEMETABAJ	16,194	6,310	7,850	2,035

Archivo: S-5.wk1 R: A1..Y33 LM: .5" TM: 1.1"

265

CUADRO S-6 SOLOLA – GASTO DIRECTO. PRESUP. OPERATIVO EJECUTADO POR CATEGORIA DE GASTO (PERSONAL, MEDIC. Y OTROS CONCEPTOS), POR COMPONENTE DE ACTIVIDAD DE AT. PRIMARIA DE SALUD EN CENTROS "B" Y PUESTOS DE SALUD AÑO 1989 EXPRESADO EN QUETZALES DE 1990

EST. POR DISTRITO	COMPONENTES DE ACTIVIDAD DE APS								
	TOTAL SUB-TOTAL	Consulta	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRO	Saneam.	Comunid.
TOTAL PARA EL AREA	1,646,200	294,952	374,810	352,633	205,787	57,947	59,163	106,331	194,576
PERSONAL	1,301,500	276,328	351,508	104,864	186,218	47,405	49,717	101,784	183,675
MEDICAMENTOS	259,465	0	0	240,005	5,189	7,784	6,487	0	0
OTROS CONC.	85,235	18,624	23,302	7,764	14,380	2,758	2,959	4,547	10,901
1 DIST. DE SOLOLA	285,296	51,791	63,232	66,539	35,471	9,861	10,021	16,125	32,257
PERSONAL	217,580	47,773	58,480	18,454	31,535	7,792	8,165	15,327	30,054
MEDICAMENTOS	50,163	0	0	46,401	1,003	1,505	1,254	0	0
OTROS CONC.	17,553	4,018	4,752	1,684	2,933	564	602	798	2,203
C.S. SOLOLA	143,9[illegible]	30,709	37,189	13,539	16,543	5,727	5,852	13,101	21,271
PERSONAL	135,523	29,544	35,778	10,300	15,856	5,421	5,556	12,604	20,464
MEDICAMENTOS	3,063	0	0	2,833	61	92	77	0	0
OTROS CONC.	5,343	1,165	1,411	406	625	214	219	497	807
PUESTOS MOD-II									
TABLON	31,106	3,884	6,767	8,982	4,831	933	987	1,721	3,000
PERSONAL	21,221	3,544	6,175	1,570	4,265	637	722	1,570	2,738
MEDICAMENTOS	7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.	2,035	340	592	151	409	61	69	151	263
		0	0	0	0	0	0	0	0
PIXABAJ	25,466	2,942	5,126	8,565	3,698	764	795	1,304	2,272
PERSONAL	15,581	2,602	4,534	1,153	3,132	467	530	1,153	2,010
MEDICAMENTOS	7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.	2,035	340	592	151	409	61	69	151	263
		0	0	0	0	0	0	0	0
SUB-TOTAL MOD-II	56,572	6,826	11,894	17,547	8,529	1,697	1,782	3,025	5,272
PERSONAL	36,802	6,146	10,709	2,723	7,397	1,104	1,251	2,723	4,747
MEDICAMENTOS	15,700	0	0	14,523	314	471	393	0	0
OTROS CONC.	4,070	680	1,184	301	818	122	138	301	525
PUESTOS MOD-I									
ARGUETA	23,774	4,252	4,220	9,172	3,071	681	674	0	1,704
PERSONAL	13,889	3,708	3,681	1,667	2,542	389	417	0	1,486
MEDICAMENTOS	7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.	2,035	543	539	244	372	57	61	0	218
		0	0	0	0	0	0	0	0
CONCEPCION	20,601	3,405	3,379	8,791	2,490	593	579	0	1,364
PERSONAL	10,716	2,861	2,840	1,286	1,961	300	321	0	1,147
MEDICAMENTOS	7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.	2,035	543	539	244	372	57	61	0	218
		0	0	0	0	0	0	0	0
LOS ENCUENTROS	19,819	3,196	3,172	8,698	2,347	571	555	0	1,281
PERSONAL	9,934	2,652	2,633	1,192	1,818	278	298	0	1,063
MEDICAMENTOS	7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.	2,035	543	539	244	372	57	61	0	218

Archivo: S-6.wk1 R: A1..Z357 LM: .9" TM: 1.75"

SIGUE

266

SOLOLA GASTO DIRECTO – 1989. (Continuación)

EST. POR DISTRITO	TOTAL	SUB-TOTAL	Consulta	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRO	Saneam.	Comunid.
		COMPONENTES DE ACTIVIDAD DE APS								
LOS CIPRESALES		20,601	3,405	3,379	8,791	2,490	593	579	0	1,364
PERSONAL		10,716	2,861	2,840	1,286	1,961	300	321	0	1,147
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	543	539	244	372	57	61	0	218
SUB-TOTAL MOD-I		84,795	14,256	14,150	35,452	10,399	2,437	2,387	0	5,713
PERSONAL		45,255	12,083	11,993	5,431	8,282	1,267	1,350	0	4,842
MEDICAMENTOS		31,400	0	0	29,045	628	942	785	0	0
OTROS CONC.		8,140	2,173	2,157	977	1,490	228	244	0	871
SUB-TOTAL PUESTOS		141,367	21,082	26,043	52,999	18,929	4,134	4,169	3,025	10,986
PERSONAL		82,057	18,229	22,702	8,154	15,679	2,371	2,609	2,723	9,590
MEDICAMENTOS		47,100	0	0	43,566	942	1,413	1,178	0	0
OTROS CONC.		12,210	2,853	3,341	1,278	2,308	350	383	301	1,396
2 DIST. DE PANAJACHEL	258,649		45,366	60,509	50,841	33,009	9,199	9,452	18,591	31,682
PERSONAL	212,281		43,417	57,726	16,287	30,473	7,794	8,199	17,975	30,410
MEDICAMENTOS	36,458		0	0	33,724	729	1,094	911	0	0
OTROS CONC.	9,910		1,949	2,783	830	1,807	311	341	616	1,273
C.S. PANAJACHEL		150,660	31,741	38,439	15,744	17,137	5,976	6,096	13,541	21,986
PERSONAL		143,832	31,355	37,972	10,931	16,828	5,753	5,897	13,376	21,719
MEDICAMENTOS		5,058	0	0	4,679	101	152	126	0	0
OTROS CONC.		1,770	386	467	135	207	71	73	165	267
PUESTOS MOD-II										
STA.CATARINA PALOPO		30,598	3,799	6,620	8,945	4,729	918	970	1,683	2,934
PERSONAL		20,713	3,459	6,027	1,533	4,163	621	704	1,533	2,672
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	340	592	151	409	31	69	151	263
SEMETABAJ		30,598	3,799	6,620	8,945	4,729	918	970	1,683	2,934
PERSONAL		20,713	3,459	6,027	1,533	4,163	621	704	1,533	2,672
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	340	592	151	409	61	69	151	263
GODINEZ		30,598	3,799	6,620	8,945	4,729	918	970	1,683	2,934
PERSONAL		20,713	3,459	6,027	1,533	4,163	621	704	1,533	2,672
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	340	592	151	409	61	69	151	263
SUB-TOTAL MOD-II		91,794	11,397	19,859	26,834	14,186	2,754	2,909	5,050	8,803
PERSONAL		62,139	10,377	18,082	4,598	12,490	1,864	2,113	4,598	8,016
MEDICAMENTOS		23,550	0	0	21,784	471	707	589	0	0
OTROS CONC.		6,105	1,020	1,777	452	1,227	183	208	452	788
PUESTOS MOD-I										
LAS CANOAS		16,195	2,228	2,211	8,263	1,684	469	447	0	893
PERSONAL		6,310	1,685	1,672	757	1,155	177	189	0	675
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	543	539	244	372	57	61	0	218
SUB-TOTAL MOD-I		16,195	2,228	2,211	8,263	1,684	469	447	0	893
PERSONAL		6,310	1,685	1,672	757	1,155	177	189	0	675
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	543	539	244	372	57	61	0	218
SUB-TOTAL PUESTOS		107,989	13,625	22,070	35,098	15,872	3,223	3,356	5,050	9,696
PERSONAL		68,449	12,062	19,755	5,355	13,645	2,041	2,302	4,598	8,691
MEDICAMENTOS		31,400	0	0	29,045	628	942	785	0	0
OTROS CONC.		8,140	1,563	2,316	693	1,600	240	269	452	1,005

Archivo: S-6.wk1 R: A1..Z357 LM: .9" TM: 1.75"

SIGUE

267

SOLOLA GASTO DIRECTO - 1989. (Continuación)

EST. POR DISTRITO	TOTAL	SUB-TOTAL	COMPONENTES DE ACTIVIDAD DE APS							
			Consulta	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRO	Sansam.	Comunid.
3 DIST. DE TOLIMAN	173,992		33,005	41,382	30,282	21,052	6,411	6,546	12,959	22,354
PERSONAL	146,050		31,192	39,125	11,426	19,380	5,535	5,751	12,412	21,230
MEDICAMENTOS	19,607		0	0	18,136	392	588	490	0	0
OTROS CONC.	8,335		1,813	2,257	719	1,280	289	305	547	1,124
C.S.SN LUCAS TOLIMAN		125,149	26,431	32,008	12,828	14,263	4,967	5,069	11,276	18,308
PERSONAL		118,977	25,501	30,882	8,890	13,686	4,679	4,796	10,879	17,664
MEDICAMENTOS		3,907	0	0	3,614	79	117	98	0	0
OTROS CONC.		4,265	930	1,126	324	499	171	175	397	644
PUESTOS MOD-II										
AGUA ESCONDIDA		30,598	3,799	6,620	8,945	4,729	918	970	1,683	2,934
PERSONAL		20,713	3,459	6,027	1,533	4,163	621	704	1,533	2,672
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	340	592	151	409	61	69	151	263
SUB-TOTAL MOD-II		30,598	3,799	6,620	8,945	4,729	918	970	1,683	2,934
PERSONAL		20,713	3,459	6,027	1,533	4,163	621	704	1,533	2,672
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	340	592	151	409	61	69	151	263
PUESTOS MOD-I										
SAN ANTONIO PALOPO		18,245	2,775	2,755	8,509	2,059	527	508	0	1,112
PERSONAL		8,360	2,232	2,215	1,003	1,530	234	251	0	895
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	543	539	244	372	57	61	0	218
SUB-TOTAL MOD-I		18,245	2,775	2,755	8,509	2,059	527	508	0	1,112
PERSONAL		8,360	2,232	2,215	1,003	1,530	234	251	0	895
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	543	539	244	372	57	61	0	218
SUB-TOTAL PUESTOS		48,843	6,574	9,374	17,453	6,789	1,445	1,478	1,683	4,047
PERSONAL		29,073	5,691	8,243	2,536	5,693	855	955	1,533	3,566
MEDICAMENTOS		15,700	0	0	14,523	314	471	393	0	0
OTROS CONC.		4,070	883	1,131	395	781	118	130	151	480
4 DIST.SANTIAGO ATIT.	172,585		32,503	40,677	31,398	20,953	6,309	6,438	12,477	21,829
PERSONAL	145,325		31,126	38,948	11,474	19,489	5,473	5,692	12,116	21,007
MEDICAMENTOS	20,927		0	0	19,357	419	628	523	0	0
OTROS CONC.	6,333		1,377	1,729	567	1,046	209	223	361	822
C.S.SANTIAGO ATIT.		120,929	25,223	30,545	13,628	13,642	4,785	4,874	10,760	17,471
PERSONAL		113,439	24,730	29,948	8,621	13,272	4,538	4,651	10,550	17,129
MEDICAMENTOS		5,227	0	0	4,835	105	157	131	0	0
OTROS CONC.		2,263	493	597	172	265	91	93	210	342
PUESTOS MOD-II										
SAN JUAN LA LAGUNA		31,055	3,875	6,753	8,978	4,821	932	985	1,717	2,993
PERSONAL		21,170	3,535	6,160	1,567	4,255	635	720	1,567	2,731
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	340	592	151	409	61	69	151	263
SUB-TOTAL MOD-II		31,055	3,875	6,753	8,978	4,821	932	985	1,717	2,993
PERSONAL		21,170	3,535	6,160	1,567	4,255	635	720	1,567	2,731
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	340	592	151	409	61	69	151	263

Archivo: S-6.wk1 R: A1..Z357 LM: .9" TM: 1.75"

SIGUE

268

SOLOLA GASTO DIRECTO – 1989. (Continuación)

EST. POR DISTRITO	TOTAL	SUB-TOTAL	Consulta	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRO	Saneam.	Comunid.
		COMPONENTES DE ACTIVIDAD DE APS								
PUESTOS MOD-I										
SAN PEDRO LA LAGUNA		20,601	3,405	3,379	8,791	2,490	593	579	0	1,364
PERSONAL		10,716	2,861	2,840	1,286	1,961	300	321	0	1,147
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	543	539	244	372	57	61	0	218
SUB-TOTAL MOD-I		20,601	3,405	3,379	8,791	2,490	593	579	0	1,364
PERSONAL		10,716	2,861	2,840	1,286	1,961	300	321	0	1,147
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7.261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	543	539	244	372	57	61	0	218
SUB-TOTAL PUESTOS		51,656	7,280	10,132	17,770	7,312	1,524	1,564	1,717	4,358
PERSONAL		31,886	6,397	9,000	2,853	6,216	935	1,041	1,567	3,878
MEDICAMENTOS		15,700	0	0	14,523	314	471	393	0	0
OTROS CONC.		4,070	883	1,131	395	781	118	130	151	480
5 DIST.STA.LUCIA UTAT.	210,168		38,546	46,500	48,600	25,474	7,357	7,455	12,185	24,048
PERSONAL	162,946		36,019	43,613	13,743	22,618	5,927	6,185	11,796	22,745
MEDICAMENTOS	36,517		0	0	33,778	730	1,096	913	0	0
OTROS CONC.	10,705		2,529	2,887	1,078	1,026	335	358	389	1,303
C.S.STA.LUCIA UTAT.		117,934	24,594	29,764	13,307	13,302	4,666	4,753	10,492	17,035
PERSONAL		110,252	24,033	29,107	8,379	12,899	4,410	4,520	10,253	16,648
MEDICAMENTOS		5,117	0	0	4,733	102	154	128	0	0
OTROS CONC.		2,565	559	677	195	300	103	105	239	387
PUESTOS MOD-II										
PAMEZABAL		30,734	3,822	6,659	8,955	4,757	922	974	1,693	2,952
PERSONAL		20,849	3,482	6,067	1,543	4,191	625	709	1,543	2,690
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	340	592	151	409	61	69	151	263
SUB-TOTAL MOD-II		30,734	3,822	6,659	8,955	4,757	922	974	1,693	2,952
PERSONAL		20,849	3,482	6,067	1,543	4,191	625	709	1,543	2,690
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	340	592	151	409	61	69	151	263
PUESTOS MOD-I										
STA.MARIA VISIT.		20,551	3,391	3,366	8,785	2,481	591	577	0	1,359
PERSONAL		10,666	2,848	2,826	1,280	1,932	299	320	0	1,141
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	543	539	244	372	57	61	0	218
SAN JOSE CHACAYA		20,398	3,350	3,325	8,767	2,453	587	573	0	1,343
PERSONAL		10,513	2,807	2,786	1,262	1,924	294	315	0	1,125
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	543	539	244	372	57	61	0	218
STA.CLARA LA LAGUNA		20,551	3,391	3,366	8,785	2,481	591	577	0	1,359
PERSONAL		10,666	2,848	2,826	1,280	1,952	299	320	0	1,141
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	543	539	244	372	57	61	0	218

Archivo: S-6.wk1 R: A1..Z357 LM: .9" TM: 1.75"

SIGUE

269

SOLOLA GASTO DIRECTO - 1989. (Continuación)

EST. POR DISTRITO	TOTAL	SUB-TOTAL	COMPONENTES DE ACTIVIDAD DE APS Consulta	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRO	Saneam.	Comunid.
SUB-TOTAL MOD-I		61,500	10,133	10,057	26,336	7,416	1,769	1,727	0	4,061
PERSONAL		31,845	8,503	8,439	3,821	5,828	892	955	0	3,407
MEDICAMENTOS		23,550	0	0	21,784	471	707	589	0	0
OTROS CONC.		6,105	1,630	1,618	733	1,117	171	183	0	653
SUB-TOTAL PUESTOS		92,234	13,954	16,716	35,292	12,173	2,691	2,702	1,693	7,013
PERSONAL		52,694	11,984	14,506	5,364	10,018	1,517	1,664	1,543	6,097
MEDICAMENTOS		31,400	0	0	29,045	628	942	785	0	0
OTROS CONC.		8,140	1,970	2,210	883	1,528	232	252	151	916
6 DIST. DE NAHUALA	377,154		61,147	85,248	87,288	50,286	12,803	13,202	24,400	42,780
PERSONAL	285,917		56,599	78,895	22,097	44,955	10,009	10,687	22,890	39,785
MEDICAMENTOS	68,436		0	0	63,303	1,369	2,053	1,711	0	0
OTROS CONC.	22,801		4,547	6,353	1,888	3,962	741	805	1,510	2,995
C.S. DE NAHUALA		158,123	33,242	40,257	16,802	17,954	6,269	3,393	14,181	23,026
PERSONAL		145,966	31,821	38,535	11,093	17,078	5,839	5,985	13,575	22,041
MEDICAMENTOS		5,636	0	0	5,213	113	169	141	0	0
OTROS CONC.		6,521	1.422	1,722	496	763	261	267	606	985
PUESTOS MOD-II										
TZAMPOJ		31,106	3,884	6,767	8,982	4,831	933	987	1,721	3,000
PERSONAL		21,221	3,544	6,175	1,570	4,265	637	722	1,570	2,738
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	340	592	151	409	61	69	151	263
GUINEALES		30,954	3,858	6,723	8,971	4,801	929	982	1,710	2,980
PERSONAL		21,069	3,519	6,131	1,559	4,235	632	716	1,559	2,718
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	340	592	151	409	61	69	151	263
LA CEIBA IXTAHUACAN		30,119	3,719	6,480	8,909	4,633	904	953	1,648	2,873
PERSONAL		20,234	3,379	5,888	1,497	4,067	607	688	1,497	2,610
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	340	592	151	409	61	69	151	263
PACHIPAC		30,954	3,858	6,723	8,971	4,801	929	982	1,710	2,980
PERSONAL		21,069	3,519	6,131	1,559	4,235	632	716	1,559	2,718
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	340	592	151	409	61	69	151	263
XEJUYUP		31,106	3,884	6,767	8,982	4,831	933	987	1,721	3,000
PERSONAL		21,221	3,544	6,175	1,570	4,265	637	722	1,570	2,738
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	340	592	151	409	61	69	151	263
STA.CAT.IXTAHUACAN		30,954	3,858	6,723	8,971	4,801	929	982	1,710	2,980
PERSONAL		21,069	3,519	6,131	1,559	4,235	632	716	1,559	2,718
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	340	592	151	409	61	69	151	263
SUB-TOTAL MOD-II		185,193	23,062	40,185	53,789	28,699	5,556	5,873	10,219	17,814
PERSONAL		125,883	21,022	36,632	9,315	25,302	3,776	4,280	9,315	16,239
MEDICAMENTOS		47,100	0	0	43,568	942	1,413	1,178	0	0
OTROS CONC.		12,210	2,039	3,553	904	2,454	366	415	904	1,575

Archivo: S-C.wk1 R: A1..Z357 LM: .9" TM: 1.75"

SIGUE

270

SOLOLA GASTO DIRECTO -- 1989. (Continuación)

EST. POR DISTRITO	TOTAL	SUB-TOTAL	Consulta	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRO	Saneam.	Comunid.
		COMPONENTES DE ACTIVIDAD DE APS								
PUESTOS MOD-I										
CHIRIJOX		19,076	2,997	2,975	8,608	2,211	550	533	0	1,201
PERSONAL		9,191	2,454	2,436	1,103	1,682	257	276	0	983
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	543	539	244	372	57	61	0	218
PALACAL		14,762	1,846	1,832	8,091	1,422	429	404	0	740
PERSONAL		4,877	1,302	1,292	585	892	137	146	0	522
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	543	539	244	372	57	61	0	218
SUB-TOTAL MOD-I		33,838	4,843	4,807	16,699	3,633	979	937	0	1,941
PERSONAL		14,068	3,756	3,728	1,688	2,574	394	422	0	1,505
MEDICAMENTOS		15,700	0	0	14,523	314	471	393	0	0
OTROS CONC.		4,070	1,087	1,079	488	745	114	122	0	435
SUB-TOTAL PUESTOS		219,031	27,904	44,992	70,485	32,332	6,535	6,809	10,219	19,755
PERSONAL		139,951	24,779	40,360	11,004	27,877	4,170	4,702	9,315	17,744
MEDICAMENTOS		62,800	0	0	58,090	1,256	1,834	1,570	0	0
OTROS CONC.		16,280	3,126	4,632	1,392	3,199	480	537	904	2,011
7 DIST. DE SN.PABLO	168,356		32,592	37,262	37,686	19,542	6,007	6,049	9,593	19,626
PERSONAL	131,401		30,201	34,722	11,383	17,469	4,875	5,038	9,268	18,445
MEDICAMENTOS	27,357		0	0	25,305	547	821	584	0	0
OTROS CONC.	9,598		2,392	2,540	998	1,526	311	326	325	1,181
C.S.SN.PABLO LA L.		106,959	22,487	27,232	11,361	12,145	4,240	4,324	9,593	15,576
PERSONAL		99,659	21,726	26,310	7,574	11,660	3,986	4,086	9,268	15,049
MEDICAMENTOS		3,807	0	0	3,521	76	114	95	0	0
OTROS CONC.		3,493	761	922	265	409	140	143	325	527
PUESTOS MOD-I										
SN.MARCOS LA LAGUNA		20,398	3,350	3,325	8,767	2,453	587	573	0	1,343
PERSONAL		10,513	2,807	2,786	1,262	1,924	294	315	0	1,125
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	543	539	244	372	57	61	0	218
TZUNUNA		20,398	3,350	3,325	8,767	2,453	587	573	0	1,343
PERSONAL		10,513	2,807	2,786	1,262	1,924	294	315	0	1,125
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	543	539	244	372	57	61	0	218
STA.CRUZ LA LAGUNA		20,601	3,405	3,379	8,791	2,490	593	579	0	1,364
PERSONAL		10,716	2,861	2,840	1,286	1,961	300	321	0	1,147
MEDICAMENTOS		7,850	0	0	7,261	157	236	196	0	0
OTROS CONC.		2,035	543	539	244	372	57	61	0	218
SUB-TOTAL MOD-I		61,397	10,105	10,029	26,325	7,397	1,766	1,724	0	4,050
PERSONAL		31,742	8,475	8,412	3,809	5,809	889	952	0	3,396
MEDICAMENTOS		23,550	0	0	21,784	471	707	589	0	0
OTROS CONC.		6,105	1,630	1,618	733	1,117	171	183	0	653
SUB-TOTAL PUESTOS		61,397	10,105	10,029	26,325	7,397	1,766	1,724	0	4,050
PERSONAL		31,742	8,475	8,412	3,809	5,809	889	952	0	3,396
MEDICAMENTOS		23,550	0	0	21,784	471	707	589	0	0
OTROS CONC.		6,105	1,630	1,618	733	1,117	171	183	0	653

Archivo: S-6.wk1 R: A1..Z357 LM: .9" TM: 1.75"

FUENTE: ELABORADO EN BASE A INFORMACION SUMINISTRADA POR EL MINISTERIO DE FINANZAS Y EL MSPAS, Y APLICACION DE LOS CRITERIOS DE DISTRIBUCION INDICADOS EN CUADRO S-5

271

CUADRO S-7 SOLOLA. PRESUPUESTO OPERATIVO (GASTO DIRECTO) POR COMPONENTE DE ACTIVIDAD DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD (APS) EN CENTROS "B" Y PUESTOS DE SALUD - AÑO 1989
Expresado en Quetzales de 1990

ESTABLECIMIENTO POR DISTRITO	GASTO OPERATIVO DIRECTO POR COMPONENTE DE ACTIVIDAD DE APS										
	%	TOTAL	SUB-TOTAL	Cons.	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRO	Saneam.	Comunid
Total del Area	**100**	**1,646,201**	--	**294,952**	**374,811**	**352,633**	**205,788**	**57,947**	**59,164**	**106,339**	**194,576**
CSB	56.4	923,684	--	194,427	235,454	97,211	104,985	36,630	37,362	82,943	134,673
PS MOD II	25.7	425,946	--	52,780	91,969	125,045	65,723	12,778	13,493	23,387	40,770
PS MOD I	17.9	296,571	--	47,745	47,388	130,377	35,079	8,539	8,308	0	19,134
DIST. DE SOLOLA	**17.2%**	**285,296**		**51,791**	**63,232**	**66,539**	**35,471**	**9,861**	**10,021**	**16,125**	**32,257**
C.S. SOLOLA	8.7%		143,929	30,709	37,189	13,539	16,543	5,727	5,852	13,101	21,271
PUESTOS MOD-II											
TABLON	1.9%	22.0	31,106	3,884	6,767	8,982	4,831	933	987	1,721	3,000
PIXABAJ	1.5%	18.0	25,466	2,942	5,126	8,565	3,698	764	795	1,304	2,272
SUB-TOTAL MOD-II			56,572	6,826	11,894	17,547	8,529	1,697	1,782	3,025	5,272
PUESTOS MOD-I											
ARGUETA	1.4%	16.9	23,774	4,252	4,220	9,172	3,071	681	674	0	1,704
CONCEPCION	1.2%	14.6	20,601	3,405	3,379	8,791	2,490	593	579	0	1,364
LOS ENCUENTROS	1.2%	14.0	19,819	3,196	3,172	8,698	2,347	571	555	0	1,281
LOS CIPRESALES	1.2%	14.6	20,601	3,405	3,379	8,791	2,490	593	579	0	1,364
SUB-TOTAL MOD-I			84,795	14,256	14,150	35,452	10,399	2,437	2,387	0	5,713
SUB-TOTAL PUESTOS	8.5%		141,367	21,082	26,043	52,999	18,929	4,134	4,169	3,025	10,986
DIST. DE PANAJACHEL	**15.6%**	**258,649**		**45,366**	**60,509**	**50,841**	**33,009**	**9,199**	**9,452**	**18,591**	**31,682**
C.S. PANAJACHEL	9.1%		150,660	31,741	38,439	15,744	17,137	5,976	6,096	13,541	21,986
PUESTOS MOD-II											
STA CATARINA PALOPO	1.8%	28.3	30,598	3,799	6,620	8,945	4,729	918	970	1,683	2,934
SEMETABAJ	1.8%	28.3	30,598	3,799	6,620	8,945	4,729	918	970	1,683	2,934
GODINEZ	1.8%	28.3	30,598	3,799	6,620	8,945	4,729	918	970	1,683	2,934
SUB-TOTAL MOD-II			91,794	11,397	19,859	26,834	14,188	2,754	2,909	5,050	8,803
PUESTOS MOD-I											
LAS CANOAS	1.0%	15.0	16,195	2,228	2,211	8,263	1,684	469	447	0	893
SUB-TOTAL MOD-I			16,195	2,228	2,211	8,263	1,684	469	447	0	893
SUB-TOTAL PUESTOS	6.5%		107,989	13,625	22,070	35,096	15,872	3,223	3,356	5,050	9,696
DIST. DE TOLIMAN	**10.5%**	**173,992**		**33,005**	**41,382**	**30,282**	**21,052**	**6,411**	**6,546**	**12,959**	**22,354**
C.S.SN LUCAS TOLIMAN	7.5%		125,149	26,431	32,008	12,828	14,263	4,967	5,069	11,276	18,308
PUESTOS MOD-II											
AGUA ESCONDIDA	1.8%	62.6	30,598	3,799	6,620	8,945	4,729	918	970	1,683	2,934
SUB-TOTAL MOD-II			30,598	3,799	6,620	8,945	4,729	918	970	1,683	2,934
PUESTOS MOD-I											
SAN ANTONIO PALOPO	1.1%	37.4	18,245	2,775	2,755	8,509	2,059	527	508	0	1,112
SUB-TOTAL MOD-I			18,245	2,775	2,755	8,509	2,059	527	508	0	1,112
SUB-TOTAL PUESTOS			48,843	6,574	9,374	17,453	6,789	1,445	1,478	1,683	4,047

Archivo: S-7.wk1 R:A1..AL106 LM: 65" TM: 1" SIGHE

272

CUADRO S-7 SOLOLA. GASTO DIRECTO POR COMPONENTE DE ACTIVIDAD. (Continuación)

ESTABLECIMIENTO POR DISTRITO	GASTO OPERATIVO DIRECTO POR COMPONENTE DE ACTIVIDAD DE APS										
	%	TOTAL	SUB-TOTAL	Cons.	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRO	Saneam.	Comunid
DIST.SANTIAGO ATIT.	**10.4%**	**172,585**		**32,503**	**40,677**	**31,398**	**20,953**	**6,309**	**6,438**	**12,477**	**21,829**
C.S.SANTIAGO ATIT.	7.3%		120,929	25,223	30,545	13,628	13,642	4,785	4,874	10,760	17,471
PUESTOS MOD-II											
SAN JUAN LA LAGUNA	1.9%	60.1	31,055	3,875	6,753	8,978	4,821	932	985	1,717	2,993
SUB-TOTAL MOD-II			31,055	3,875	6,753	8,978	4,821	932	985	1,717	2,993
PUESTOS MOD-I											
SAN PEDRO LA LAGUNA	1.2%	39.9	20,601	3,405	3,379	8,791	2,490	593	579	0	1,364
SUB-TOTAL MOD-I			20,601	3,405	3,379	8,791	2,490	593	579	0	1,364
SUB-TOTAL PUESTOS			51,656	7,280	10,132	17,770	7,312	1,524	1,564	1,717	4,358
DIST.STA.LUCIA UTAT.	**12.7%**	**210,168**		**38,548**	**46,500**	**48,600**	**25,474**	**7,357**	**7,455**	**12,185**	**24,048**
C.S.STA.LUCIA UTAT.	7.1%		117,934	24,594	29,784	13,307	13,302	4,666	4,753	10,492	17,035
PUESTOS MOD-II											
PAMEZABAL	1.9%	33.3	30,734	3,822	6,659	8,955	4,757	922	974	1,693	2,952
SUB-TOTAL MOD-II			30,734	3,822	6,659	8,955	4,757	922	974	1,693	2,952
PUESTOS MOD-I											
STA.MARIA VISIT.	1.2%	22.3	20,551	3,391	3,366	8,785	2,481	591	577	0	1,359
SAN JOSE CHACAYA	1.2%	22.1	20,398	3,350	3,325	8,767	2,453	587	573	0	1,343
STA.CLARA LA LAGUNA	1.2%	22.3	20,551	3,391	3,366	8,785	2,481	591	577	0	1,359
SUB-TOTAL MOD-I			61,500	10,133	10,057	26,338	7,416	1,769	1,727	0	4,061
SUB-TOTAL PUESTOS			92,234	13,954	16,716	35,292	12,173	2,691	2,702	1,693	7,013
DIST. DE NAHUALA	**23.5%**	**377,155**		**61,146**	**85,249**	**87,287**	**50,286**	**12,804**	**13,202**	**24,400**	**42,781**
C.S. DE NAHUALA	10.3%		158,124	33,242	40,257	16,802	17,954	6,269	6,393	14,181	23,026
PUESTOS MOD-II											
TZAMPOJ	1.9%	14.2	31,106	3,884	6,767	8,982	4,831	933	987	1,721	3,000
GUINEALES	1.9%	14.1	30,954	3,858	6,723	8,971	4,801	929	982	1,710	2,980
LA CEIBA	1.8%	13.8	30,119	3,719	6,480	8,909	4,633	904	953	1,648	2,873
PACHIPAC	1.9%	14.1	30,954	3,858	6,723	8,971	4,801	929	982	1,710	2,980
XEJUYUP	1.9%	14.2	31,106	3,884	6,767	8,982	4,831	933	987	1,721	3,000
STA.CAT.IXTAHUACAN	1.9%	14.1	30,954	3,858	6,723	8,971	4,801	929	982	1,710	2,980
SUB-TOTAL MOD-II			185,193	23,062	40,185	53,786	28,699	5,556	5,873	10,219	17,814
PUESTOS MOD-I											
CHIRIJOX	1.2%	8.7	19,076	2,997	2,975	8,608	2,211	550	533	0	1,201
PALACAL	0.9%	6.7	14,762	1,846	1,832	8,091	1,422	429	404	0	740
SUB-TOTAL MOD-I			33,838	4,843	4,807	16,699	3,633	979	937	0	1,941
SUB-TOTAL PUESTOS			219,031	27,904	44,992	70,485	32,332	6,535	6,809	10,219	19,755
DIST. DE SN.PABLO	**10.2%**	**168,356**		**32,592**	**37,262**	**37,686**	**19,542**	**6,007**	**6,049**	**9,593**	**19,626**
C.S.SN.PABLO LA L.	6.4%		106,959	22,487	27,232	11,361	12,145	4,240	4,324	9,593	15,576
PUESTOS MOD-I											
SN.MARCOS LA LAGUNA	1.2%	33.2	20,398	3,350	3,325	8,767	2,453	587	573	0	1,343
TZUNUNA	1.2%	33.2	20,398	3,350	3,325	8,767	2,453	587	573	0	1,343
STA.CRUZ LA LAGUNA	1.2%	33.6	20,601	3,405	3,379	8,791	2,490	93	579	0	1,364
SUB-TOTAL MOD-I			61,397	10,105	10,029	26,325	7,397	1,766	1,724	0	4,050
SUB-TOTAL PUESTOS			61,397	10,105	10,029	26,325	7,397	1,766	1,724	0	4,050

FUENTE: CUADRO S-6

CUADRO S-8 SOLOLA GASTO INIDIRECTO. CRITERIOS DE DISTRIB. A CSB, PS I Y PS II DEL PRESUPUESTO OPERATIVO EJECUTADO POR CONCEPTO DE JEFATURA DE AREA

PRIMER CRITERIO – SEGUN HOSPITALES Y RESTO DE ESTABLECIMIENTOS (APS)

CONCEPTO	TOTAL DE GASTOS DE JEFATURA DE SOLOLA	
	%	Q 1990
1 HOSPITALES	15.0	43.357
2 OTROS ESTABLECIMIENTOS (APS)	85.0	245.691
TOTAL JEFATURA	100.0	289,048

SEGUNDO CRITERIO – APS SEGUN LA POBLACION RESIDENTE EN CADA DISTRITO

DISTRITO	POBLACION	%	GASTO JEFATURA
1 SOLOLA	44,436	18.4	45,101
2 PANAJACHEL	18,172	7.5	18,444
3 SAN LUCAS TOLIMAN	26,427	10.9	26,823
4 SAN PEDRO LA LAGUNA	44,815	18.5	45,486
5 STA LUCIA UTATLIAN	25,949	10.7	26,337
6 NAHUALA	72,966	30.1	74,058
7 SAN PABLO LA LAGUNA	9,302	3.8	9,441
TOTAL	242,067	100.0	245,691

TERCER CRITERIO – DISTRIBUCION A CSB, PS I Y PS II SEGUN LA PROPORCION DE CENTROS B Y PUESTOS EN CADA DISTRITO

DISTRITO	TOTAL	CSB	%	PS I&II	%	GASTO JEFATURA		
						TOTAL	CENTROS	PS I&II
1 SOLOLA	285,296	143,929	50.4	141,367	49.5	45,101	22,753	22,348
2 PANAJACHEL	258,649	150,660	58.2	107,989	41.7	18,444	10,743	7,701
3 SAN LUCAS TOLIMAN	173,992	125,149	71.9	48,843	28.0	26,823	19,293	7,530
4 SAN PEDRO LA LAGUNA	172,585	120,929	70.0	51,656	29.9	45,486	31,872	13,614
5 STA LUCIA UTATLIAN	210,168	117,934	56.1	92,234	43.8	26,337	14,779	11,558
6 NAHUALA	389,311	170,280	43.7	219,031	56.2	74,058	32,392	41,666
7 SAN PABLO LA LAGUNA	168,356	106,959	63.5	61,397	36.4	9,441	5,998	3,443
GASTO TOTAL (en Q 1990)	1,658,357	935,840	56.4	722,517	43.5	245,691	138,648	107,043

Archivo: S-8.wk1 R: A1..U63 LM: .9" TM: 1"

FUENTE: CALCULADO A PARTIR DE CUADRO S-7

274

CUADRO S-9 SOLOLA. GASTO INDIRECTO. CENTROS DE SALDUD B. CRITERIO DE DISTRIBUCION A COMPONENTES FINALES DE ACTIVIDAD DE APS DEL PRESUPUESTO OPERATIVO EJECUTADO POR CONCEPTO DE DE JEFATURA DE AREA.

GASTO EJECUTADO DIRECTO.

DISTRITO	TOTAL	CONS	VIS	TRAT	PAI	IRA	TRO	SAN	COM
1 SOLOLA	143,931	30,709	37,189	13,539	16,543	5,727	5,852	13,101	21,271
2 PANAJACHEL	150,660	31,741	38,439	15,744	17,137	5,976	6,096	13,541	21,986
3 SAN LUCAS TOLIMAN	125,149	26,431	32,008	12,828	14,263	4,967	5,069	11,276	18,308
4 SANTIAGO ATITLAN	120,928	25,223	30,545	13,628	13,642	4,785	4,874	10,760	17,471
5 STA LUCIA UTATLAN	117,934	24,594	29,784	13,307	13,302	4,666	4,753	10,492	17,035
6 NAHUALA	170,280	35,892	43,466	17,726	19,376	6,755	6,891	15,312	24,861
7 SAN PABLO LA LAGUNA	106,950	22,487	27,232	11,361	12,145	4,240	4,324	9,593	15,576
GASTO TOTAL	935,841	197,078	238,664	98,133	106,408	37,116	37,859	84,075	136,508

FUENTE: CUADRO S-6.

CRITERIOS DE DISTRIBUCION DEL GASTO INDIRECTO A ACTIVIDAD FINAL DE APS

DISTRITO	TOTAL	CONS	VIS	TRAT	PAI	IRA	TRO	SAN	COM
1 SOLOLA	100	21.3	25.8	9.4	11.5	4.0	4.1	9.1	14.8
2 PANAJACHEL	100	21.1	25.5	10.5	11.4	4.0	4.0	9.0	14.6
3 SAN LUCAS TOLIMAN	100	21.1	25.6	10.3	11.4	4.0	4.1	9.0	14.6
4 SANTIAGO ATITLAN	100	20.9	25.3	11.3	11.3	4.0	4.0	8.9	14.4
5 STA LUCIA UTATLAN	100	20.9	25.3	11.3	11.3	4.0	4.0	8.9	14.4
6 NAHUALA	100	21.1	25.5	10.4	11.4	4.0	4.0	9.0	14.6
7 SAN PABLO LA LAGUNA	100	21.0	25.5	10.6	11.4	4.0	4.0	9.0	14.6
GASTO TOT. JEFAT Q 1990	90	21.1	25.5	0.0	11.4	4.0	4.0	9.0	14.6

FUENTE: CUADRO S-7 Y S-8.

APLICACION DEL CRITERIO DE DISTRIBUCION DEL GASTO INDIRECTO A APS

DISTRITO	TOTAL	CONS	VIS	TRAT	PAI	IRA	TRO	SAN	COM
1 SOLOLA	22,753	4,855	5,879	2,140	2,615	905	925	2,071	3,363
2 PANAJACHEL	10,743	2,263	2,741	1,123	1,222	426	435	966	1,568
3 SAN LUCAS TOLIMAN	19,293	4,075	4,934	1,978	2,199	766	781	1,738	2,822
4 SANTIAGO ATITLAN	31,872	6,648	8,050	3,592	3,596	1,261	1,285	2,836	4,605
5 STA LUCIA UTATLAN	14,779	3,082	3,732	1,668	1,667	585	596	1,315	2,135
6 NAHUALA	32,392	6,828	8,269	3,372	3,686	1,285	1,311	2,913	4,729
7 SAN PABLO LA LAGUNA	5,998	1,261	1,527	637	681	238	242	538	873
GASTO TOT. JEFAT Q 1990	137,830	29,025	35,150	0	15,672	5,466	5,578	12,383	20,105

Archivo: S-9.wk1 R: A1..AF62 LM: .75" TM: 1"

275

CUADRO S-10 SOLOLA. CRITERIO DE IMPUTACION DEL GASTO INDIRECTO POR ESTABLECIMIENTO Y COMPONENTE DE ACTIVIDAD DE APS (Porcentaje según proporción del Gasto Operativo Directo)

ESTABLECIMIENTO POR DISTRITO	PROPORCION DEL GASTO OPERATIVO DIRECTO POR ESTABLECIMIENTO Y COMPONENTE DE ACTIVIDAD DE APS									
	Total Indirect Cost	TOTAL	Cons.	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRC	Saneam.	Comunid
Total de Area	**245,690**	**100.0**	**17.9**	**22.8**	**21.4**	**12.5**	**3.5**	**3.6**	**6.5**	**11.6**
DIST. DE SOLOLA	**45,101**	**100.0**	**18.2**	**22.2**	**23.3**	**12.4**	**3.5**	**3.5**	**5.7**	**11.3**
C.S. SOLOLA	22,753	100.0	21.3	25.8	9.4	11.5	4.0	4.1	9.1	14.8
PUESTOS MOD-II										
TABLON	4,917	100.0	12.5	21.8	28.9	15.5	3.0	3.2	5.5	9.6
PIXABAJ	4,026	100.0	11.6	20.1	33.6	14.5	3.0	3.1	5.1	8.9
SUB-TOTAL MOD-II	8,943	100.0	12.1	21.0	31.0	15.1	3.0	3.2	5.3	9.3
PUESTOS MOD-I										
ARGUETA	3,758	100.0	17.9	17.7	38.6	12.9	2.9	2.8	0.0	7.2
CONCEPCION	3,257	100.0	16.5	16.4	42.7	12.1	2.9	2.8	0.0	6.6
LOS ENCUENTROS	3,133	100.0	16.1	16.0	43.9	11.8	2.9	2.8	0.0	6.5
LOS CIPRESALES	3,257	100.0	16.5	16.4	42.7	12.1	2.9	2.8	0.0	6.6
SUB-TOTAL MOD-I	13,405	100.0	16.8	16.7	41.8	12.3	2.9	2.8	0.0	6.7
SUB-TOTAL PUESTOS	22,348	100.0	14.9	18.4	37.5	13.4	2.9	2.9	2.1	7.8
DIST. DE PANAJACHEL	**18,444**	**100.0**	**17.5**	**23.4**	**19.7**	**12.8**	**3.6**	**3.7**	**7.2**	**12.2**
C.S. PANAJACHEL	10,743	100.0	21.1	25.5	10.5	11.4	4.0	4.0	9.0	14.6
PUESTOS MOD-II										
STA.CATARINA PALOPO	2,182	100.0	12.4	21.6	29.2	15.5	3.0	3.2	5.5	9.6
SEMETABAJ	2,182	100.0	12.4	21.6	29.2	15.5	3.0	3.2	5.5	9.6
GODINEZ	2,182	100.0	12.4	21.6	29.2	15.5	3.0	3.2	5.5	9.6
SUB-TOTAL MOD-II	6,546	100.0	12.4	21.6	29.2	15.5	3.0	3.2	5.5	9.6
PUESTOS MOD-I										
LAS CANOAS	1,155	100.0	13.8	13.7	51.0	10.4	2.9	2.8	0.0	5.5
SUB-TOTAL MOD-I	1,155	100.0	13.8	13.7	51.0	10.4	2.9	2.8	0.0	5.5
SUB-TOTAL PUESTOS	7,701	100.0	12.6	20.4	32.5	14.7	3.0	3.1	4.7	9.0
DIST. DE TOLIMAN	**26,823**	**100.0**	**19.0**	**23.8**	**17.4**	**12.1**	**3.7**	**3.8**	**7.4**	**12.8**
C.S.SN LUCAS TOLIMAN	19,293	100.0	21.1	25.6	10.3	11.4	4.0	4.1	9.0	14.6
PUESTOS MOD-II										
AGUA ESCONDIDA	4,717	100.0	12.4	21.6	29.2	15.5	3.0	3.2	5.5	9.6
SUB-TOTAL MOD-II	4,717	100.0	12.4	21.6	29.2	15.5	3.0	3.2	5.5	9.6
PUESTOS MOD-I										
SAN ANTONIO PALOPO	2,813	100.0	15.2	15.1	46.6	11.3	2.9	2.8	0.0	6.1
SUB-TOTAL MOD-I	2,813	100.0	15.2	15.1	46.6	11.3	2.9	2.8	0.0	6.1
SUB-TOTAL PUESTOS	7,530	100.0	13.5	19.2	35.7	13.9	3.0	3.0	3.4	8.3

Archivo: S-10.wk1 R: A107..AK207 LM: .65" TM: 1"

SIGUE

CUADRO S-10 SOLOLA. CRITERIO DE IMPUTACION DEL GASTO INDIRECTO (Continuación)

ESTABLECIMIENTO POR DISTRITO	% TOTAL	SUB-TOTAL	PROPORCION DEL GASTO OPERATIVO DIRECTO POR COMPONENTE DE ACTIVIDAD DE APS							
			Cons.	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRO	Saneam.	Comunid
DIST.SANTIAGO ATIT.	**45,436**	**100.0**	**18.8**	**23.6**	**18.2**	**12.1**	**3.7**	**3.7**	**7.2**	**12.6**
C.S.SANTIAGO ATIT.	31,872	100.0	20.9	25.3	11.3	11.3	4.0	4.0	8.9	14.4
PUESTOS MOD-II										
SAN JUAN LA LAGUNA	8,185	100.0	12.5	21.7	28.9	15.5	3.0	3.2	5.5	9.6
SUB-TOTAL MOD-II	8,185	100.0	12.5	21.7	28.9	15.5	3.0	3.2	5.5	9.6
PUESTOS MOD-I										
SAN PEDRO LA LAGUNA	5,429	100.0	16.5	16.4	42.7	12.1	2.9	2.8	0.0	6.6
SUB-TOTAL MOD-I	6,403	100.0	16.5	16.4	42.7	12.1	2.9	2.8	0.0	6.6
SUB-TOTAL PUESTOS	13,614	100.0	14.1	19.6	34.4	14.2	3.0	3.0	3.3	8.4
DIST.STA.LUCIA UTAT.	**26,337**	**100.0**	**18.3**	**22.1**	**23.1**	**12.1**	**3.5**	**3.5**	**5.8**	**11.4**
C.S.STA.LUCIA UTAT.	14,779	100.0	20.9	25.3	11.3	11.3	4.0	4.0	8.9	14.4
PUESTOS MOD-II										
PAMEZABAL	3,851	100.0	12.4	21.7	29.1	15.5	3.0	3.2	5.5	9.6
SUB-TOTAL MOD-II	4,383	100.0	12.4	21.7	29.1	15.5	3.0	3.2	5.5	9.6
PUESTOS MOD-I										
STA.MARIA VISIT.	2,575	100.0	16.5	16.4	42.7	12.1	2.9	2.8	0.0	6.6
SAN JOSE CHACAYA	2,556	100.0	16.4	16.3	43.0	12.0	2.9	2.8	0.0	6.6
STA.CLARA LA LAGUNA	2,575	100.0	16.5	16.4	42.7	12.1	2.9	2.8	0.0	6.6
SUB-TOTAL MOD-I	7,707	100.0	16.5	16.4	42.8	12.1	2.9	2.8	0.0	6.6
SUB-TOTAL PUESTOS	11,558	100.0	15.1	18.1	38.3	13.2	2.9	2.9	1.8	7.6
DIST. DE NAHUALA	**74,058**	**100.0**	**16.2**	**22.6**	**23.1**	**13.3**	**3.4**	**3.5**	**6.5**	**11.3**
C.S. DE NAHUALA	52,392	100.0	21.0	25.5	10.6	11.4	4.0	4.0	9.0	14.6
PUESTOS MOD-II										
TZAMPOJ	5,917	100.0	12.5	21.8	28.9	15.5	3.0	3.2	5.5	9.6
GUINEALES	5,888	100.0	12.5	21.7	29.0	15.5	3.0	3.2	5.5	9.6
LA CEIBA	5,730	100.0	12.3	21.5	29.6	15.4	3.0	3.2	5.5	9.5
PACHIPAC	5,888	100.0	12.5	21.7	29.0	15.5	3.0	3.2	5.5	9.6
XEJUYUP	5,917	100.0	12.5	21.8	28.9	15.5	3.0	3.2	5.5	9.6
STA.CAT.IXTAHUACAN	5,888	100.0	12.5	21.7	29.0	15.5	3.0	3.2	5.5	9.6
SUB-TOTAL MOD-II	35,229	100.0	12.5	21.7	29.0	15.5	3.0	3.2	5.5	9.6
PUESTOS MOD-I										
CHIRIJOX	3,629	100.0	15.7	15.6	45.1	11.6	2.9	2.8	0.0	6.3
PALACAL	3,184	100.0	12.5	12.4	54.8	9.6	2.9	2.7	0.0	5.0
SUB-TOTAL MOD-I	6,812	100.0	14.3	14.2	49.4	10.7	2.9	2.8	0.0	5.7
SUB-TOTAL PUESTOS	41,666	100.0	12.7	20.5	32.2	14.8	3.0	3.1	4.7	9.0
DIST. DE SN.PABLO	**9,441**	**100.0**	**19.4**	**22.1**	**22.4**	**11.6**	**3.6**	**3.6**	**5.7**	**11.7**
C.S.SN.PABLO LA L.	5,998	100.0	21.0	25.5	10.6	11.4	4.0	4.0	9.0	14.6
PUESTOS MOD-I										
SN.MARCOS LA LAGUNA	1,144	100.0	16.4	16.3	43.0	12.0	2.9	2.8	0.0	6.6
TZUNUNA	1,144	100.0	16.4	16.3	43.0	12.0	2.9	2.3	0.0	6.6
STA.CRUZ LA LAGUNA	1,155	100.0	16.5	16.4	42.7	12.1	2.9	2.8	0.0	6.6
SUB-TOTAL MOD-I	3,443	100.0	16.5	16.3	42.9	12.0	2.9	2.8	0.0	6.6
SUB-TOTAL PUESTOS	3,443	100.0	16.5	16.3	42.9	12.0	2.9	2.8	0.0	6.6

FUENTE: CUADROS S-7 y S-8

CUADRO S-11 SOLOLA. GASTO INDIRECTO. DISTRIBUCION A COMPONENTES DE ACTIVIDAD DE APS DEL PRESUP. EJECUTADO POR CONCEPTO DE JEFATURA DEL AREA. HACIA CENTROS DE SALUD TIPO "B" Y PUESTOS DE SALUD.
Expresado en quetzales de 1990

ESTABLECIMIENTO POR DISTRITO	DISTRIBUCION DEL GASTO INDIRECTO (JEFATURA DE AREA) POR COMPONENTE DE ACTIVIDAD DE APS									
	TOTAL		Cons.	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRO	Saneam.	Comunid
Total de Area	**245,690**		**43,853**	**56,133**	**52,142**	**30,846**	**8,652**	**8,843**	**16,075**	**29,147**
DIST. DE SOLOLA	**45,101**		**8,187**	**9,996**	**10,519**	**5,607**	**1,559**	**1,584**	**2,549**	**5,099**
C.S. SOLOLA	22,753		4,855	5,879	2,140	2,615	905	925	2,071	3,363
PUESTOS MOD-II										
TABLON	22.0 4,917		614	1,070	1,420	764	148	156	272	474
PIXABAJ	18.0 4,026		465	810	1,354	585	121	126	206	359
SUB-TOTAL MOD-II	8,943		1,079	1,880	2,774	1,348	268	282	478	634
PUESTOS MOD-I										
ARGUETA	16.8 3,758		672	667	1,450	485	108	107	0	269
CONCEPCION	14.6 3,257		538	534	1,390	394	94	91	0	216
LOS ENCUENTROS	14.0 3,133		505	501	1,375	371	90	88	0	202
LOS CIPRESALES	14.6 3,257		538	534	1,390	394	94	91	0	216
SUB-TOTAL MOD-I	13,405		2,254	2,237	5,604	1,644	385	377	0	903
SUB-TOTAL PUESTOS	22,348		3,333	4,117	8,378	2,992	654	659	478	1,737
DIST. DE PANAJACHEL	**18,444**		**3,235**	**4,315**	**3,626**	**2,354**	**656**	**674**	**1,326**	**2,259**
C.S. PANAJACHEL	10,743		2,263	2,741	1,123	1,222	426	435	966	1,568
PUESTOS MOD-II										
STA.CATARINA PALOPO	28.3 2,182		271	472	638	337	65	69	120	209
SEMETABAJ	28.3 2,182		271	472	638	337	65	69	120	209
GODINEZ	28.3 2,182		271	472	638	337	65	69	120	209
SUB-TOTAL MOD-II	6,546		813	1,416	1,914	1,012	196	207	360	628
PUESTOS MOD-I										
LAS CANOAS	15.0 1,155		159	158	589	120	33	32	0	64
SUB-TOTAL MOD-I	1,155		159	158	589	120	33	32	0	64
SUB-TOTAL PUESTOS	7,701		972	1,574	2,503	1,132	230	239	360	691
DIST. DE TOLIMAN	**26,823**		**5,088**	**6,380**	**4,668**	**3,245**	**988**	**1,009**	**1,988**	**3,446**
C.S.SN LUCAS TOLIMAN	19,293		4,075	4,934	1,978	2,199	766	781	1,738	2,822
PUESTOS MOD-II										
AGUA ESCONDIDA	62.6 4,717		586	1,021	1,379	729	142	149	260	452
SUB-TOTAL MOD-II	4,717		586	1,021	1,379	729	142	149	260	452
PUESTOS MOD-I										
SAN ANTONIO PALOPO	37.4 2,813		428	425	1,312	317	81	78	0	171
SUB-TOTAL MOD-I	2,813		428	425	1,312	317	81	78	0	171
SUB-TOTAL PUESTOS	7,530		1,014	1,445	2,691	1,047	223	228	260	624

Archivo: S-11.wk1 R: A208..AK309 LM: .7" TM: 1"

SIGUE

CUADRO S-11 SOLOLA. GASTO INDIRECTO POR COMPONENTE DE ACTIVIDAD. (Continuación)

ESTABLECIMIENTO POR DISTRITO	DISTRIBUCION DEL GASTO INDIRECTO (JEFATURA DE AREA) POR COMPONENTE DE ACTIVIDAD DE APS										
		TOTAL		Cons.	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRO	Saneam.	Comunid
DIST.SANTIAGO ATIT.		**45,486**		**8,566**	**10,721**	**8,275**	**5,522**	**1,663**	**1,697**	**3,289**	**5,753**
C.S.SANTIAGO ATIT.		31,872		6,648	8,051	3,592	3,595	1,261	1,285	2,836	4,605
PUESTOS MOD-II											
SAN JUAN LA LAGUNA	60.1	8,185		1,021	1,780	2,366	1,271	246	260	453	789
SUB-TOTAL MOD-II		8,185		1,021	1,780	2,366	1,271	246	260	453	789
PUESTOS MOD-I											
SAN PEDRO LA LAGUNA	39.9	5,429		897	891	2,317	656	156	153	0	360
SUB-TOTAL MOD-I		5,429		897	891	2,317	656	156	153	0	360
SUB-TOTAL PUESTOS		13,614		1,919	2,670	4,683	1,927	402	412	453	1,149
DIST.STA.LUCIA UTAT.		**26,337**		**4,831**	**5,827**	**6,090**	**3,192**	**922**	**934**	**1,527**	**3,014**
C.S.STA.LUCIA UTAT.		14,779	100.0	3,082	3,732	1,668	1,667	585	596	1,315	2,135
PUESTOS MOD-II											
PAMEZABAL	33.3	3,851	100.0	479	834	1,122	596	116	122	212	370
SUB-TOTAL MOD-II		3,851	100.0	479	834	1,122	596	116	122	212	370
PUESTOS MOD-I											
STA.MARIA VISIT.	22.3	2,575	100.0	425	422	1,101	311	74	72	0	170
SAN JOSE CHACAYA	22.1	2,556	100.0	420	417	1,099	307	74	72	0	168
STA.CLARA LA LAGUNA	22.3	2,575	100.0	425	422	1,101	311	74	72	0	170
SUB-TOTAL MOD-I		7,707	100.0	1,270	1,260	3,300	929	222	216	0	509
SUB-TOTAL PUESTOS		11,553	100.0	1,749	2,095	4,423	1,525	337	339	212	879
DIST. DE NAHUALA		**74,058**		**12,118**	**16,805**	**16,850**	**9,828**	**2,527**	**2,605**	**4,849**	**8,475**
C.S. DE NAHUALA		32,392	100.0	6,810	8,247	3,442	3,678	1,284	1,310	2,905	4,717
PUESTOS MOD-II											
TZAMPOJ	14.2	5,917	100.0	739	1,287	1,709	919	178	188	327	571
GUINEALES	14.1	5,888	100.0	734	1,279	1,707	913	177	187	325	567
LA CEIBA	13.8	5,730	100.0	707	1,233	1,695	881	172	181	313	546
PACHIPAC	14.1	5,888	100.0	734	1,279	1,707	913	177	187	325	567
XEJUYUP	14.2	5,917	100.0	739	1,287	1,709	919	178	188	327	571
STA.CAT.IXTAHUACAN	14.1	5,888	100.0	734	1,279	1,707	913	177	187	325	567
SUB-TOTAL MOD-II		35,229	100.0	4,387	7,644	10,232	5,459	1,057	1,117	1,944	3,389
PUESTOS MOD-I											
CHIRIJOX	8.7	3,629	100.0	570	566	1,638	421	105	101	0	228
PALACAL	6.7	3,184	100.0	398	395	1,745	307	93	87	0	160
SUB-TOTAL MOD-I		6,812	100.0	975	968	3,362	731	197	189	0	391
SUB-TOTAL PUESTOS		41,666	100.0	5,308	8,559	13,408	6,150	1,243	1,295	1,944	3,758
DIST. DE SN.PABLO		**9,441**	**200**	**1,828**	**2,090**	**2,113**	**1,096**	**337**	**339**	**538**	**1,101**
C.S.SN.PABLO LA L.		5,998	100.0	1,261	1,527	637	681	238	243	538	873
PUESTOS MOD-I											
SN.MARCOS LA LAGUNA	33.2	1,144	100.0	188	186	492	138	33	32	0	75
TZUNUNA	33.2	1,144	100.0	188	186	492	138	33	32	0	75
STA.CRUZ LA LAGUNA	33.6	1,155	100.0	191	189	493	140	33	32	0	77
SUB-TOTAL MOD-I		3,443	100.0	567	562	1,476	415	99	97	0	227
SUB-TOTAL PUESTOS		3,443	100.0	567	562	1,476	415	99	97	0	227

CUADRO S-12 SOLOLA. GASTO TOTAL (DIRECTO E INDIRECTO) POR COMPONENTE DE ACTIVIDAD DE APS EN CENTROS "B" Y PUESTOS DE SALUD. AÑO 1989.
Expresado en quetzales de 1990

ESTABLECIMIENTO POR DISTRITO	GASTO OPERATIVO TOTAL (DIRECTO E INDIRECTO POR COMPONENTE DE ACTIVIDAD DE APS									
	TOTAL	SUB-TOTAL	Cons.	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRO	Saneam.	Comunid
Total de Area	**1,892,267**		**338,859**	**430,997**	**404,960**	**236,674**	**66,610**	**68,017**	**122,406**	**223,745**
DIST. DE SOLOLA	**330,397**									
C.S. SOLOLA		166,682	59,978	73,228	77,057	41,079	11,420	11,605	18,674	37,356
PUESTOS MOD-II			35,563	43,068	15,679	19,158	6,632	6,777	15,172	24,633
TABLON		36,023	4,498	7,837	10,402	5,595	1,081	1,143	1,993	3,474
PIXABAJ		29,492	3,407	5,937	9,919	4,282	885	921	1,510	2,632
SUB-TOTAL MOD-II		65,515	7,905	13,774	20,321	9,878	1,965	2,064	3,503	6,106
PUESTOS MOD-I										
ARGUETA		27,532	4,924	4,887	10,622	3,557	789	781	0	1,973
CONCEPCION		23,858	3,943	3,913	10,181	2,884	686	670	0	1,580
LOS ENCUENTROS		22,952	3,701	3,673	10,072	2,718	661	643	0	1,483
LOS CIPRESALES		23,858	3,943	3,913	10,181	2,834	686	670	0	1,580
SUB-TOTAL MOD-I		98,200	16,510	16,387	41,057	12,043	2,822	2,764	0	6,616
SUB-TOTAL PUESTOS		163,715	24,415	30,161	61,378	21,921	4,788	4,828	3,503	12,722
DIST. DE PANAJACHEL	**277,093**									
C.S. PANAJACHEL		161,403	48,601	64,824	54,466	35,363	9,855	10,126	19,917	33,942
PUESTOS MOD-II			34,005	41,180	16,867	18,359	6,402	6,531	14,507	23,554
STA.CATARINA PALOPO		32,780	4,070	7,092	9,582	5,067	983	1,039	1,803	3,144
SEMETABAJ		32,780	4,070	7,092	9,582	5,067	983	1,039	1,803	3,144
GODINEZ		32,780	4,070	7,092	9,582	5,067	983	1,039	1,803	3,144
SUB-TOTAL MOD-II		98,340	12,209	21,275	28,747	15,200	2,950	3,116	5,410	9,431
PUESTOS MOD-I										
LAS CANOAS		17,350	2,387	2,369	8,852	1,804	503	478	0	957
SUB-TOTAL MOD-I		17,350	2,387	2,369	8,852	1,804	503	478	0	957
SUB-TOTAL PUESTOS		115,690	14,596	23,644	37,599	17,004	3,453	3,595	5,410	10,388
DIST. DE TOLIMAN	**200,815**									
C.S.SN LUCAS TOLIMAN		144,442	38,093	47,762	34,950	24,298	7,400	7,556	14,957	25,800
PUESTOS MOD-II			30,505	36,942	14,806	16,462	5,733	5,850	13,014	21,130
AGUA ESCONDIDA		35,315	4,385	7,640	10,324	5,458	1,059	1,119	1,943	3,387
SUB-TOTAL MOD-II		35,315	4,385	7,640	10,324	5,458	1,059	1,119	1,943	3,387
PUESTOS MOD-I										
SAN ANTONIO PALOPO		21,058	3,203	3,179	9,820	2,377	608	586	0	1,284
SUB-TOTAL MOD-I		21,058	3,203	3,179	9,820	2,377	608	586	0	1,284
SUB-TOTAL PUESTOS		56,373	7,588	10,820	20,144	7,835	1,667	1,706	1,943	4,671

Archivo: S-12.wk1 R: A209..AL310 LM: .7" TM: 1"

SIGUE

CUADRO S-12 SOLOLA. GASTO TOTAL POR COMPONENTE DE ACTIVIDAD. (Continuación)

ESTABLECIMIENTO POR DISTRITO	GASTO OPERATIVO TOTAL (DIRECTO E INDIRECTO POR COMPONENTE DE ACTIVIDAD DE APS									
			Cons.	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRO	Saneam.	Comunid
DIST.SANTIAGO ATIT.	**218,071**		**41,069**	**51,398**	**39,673**	**26,476**	**7,972**	**8,135**	**15,766**	**27,582**
C.S.SANTIAGO ATIT.		152,801	31,871	38,596	17,220	17,237	6,046	6,159	13,596	22,076
PUESTOS MOD-II										
SAN JUAN LA LAGUNA		39,240	4,897	8,532	11,345	6,092	1,177	1,245	2,170	3,782
SUB-TOTAL MOD-II		39,240	4,897	8,532	11,345	6,092	1,177	1,245	2,170	3,782
PUESTOS MOD-I										
SAN PEDRO LA LAGUNA		26,030	4,302	4,270	11,108	3,147	749	731	0	1,724
SUB-TOTAL MOD-I		26,030	4,302	4,270	11,108	3,147	749	731	0	1,724
SUB-TOTAL PUESTOS		65,270	9,198	12,802	22,453	9,239	1,926	1,976	2,170	5,506
DIST.STA.LUCIA UTAT.	**236,505**		**43,370**	**52,327**	**54,690**	**28,667**	**8,279**	**8,389**	**13,712**	**27,062**
C.S.STA.LUCIA UTAT.		132,713	27,676	33,516	14,975	14,969	5,251	5,349	11,807	19,170
PUESTOS MOD-II										
PAMEZABAL		34,585	4,301	7,494	10,077	5,353	1,038	1,096	1,906	3,322
SUB-TOTAL MOD-II		34,585	4,301	7,494	10,077	5,353	1,038	1,096	1,906	3,322
PUESTOS MOD-I										
STA.MARIA VISIT.		23,126	3,816	3,788	9,886	2,792	665	650	0	1,529
SAN JOSE CHACAYA		22,954	3,770	3,742	9,866	2,761	660	644	0	1,511
STA.CLARA LA LAGUNA		23,126	3,816	3,788	9,886	2,792	665	650	0	1,529
SUB-TOTAL MOD-I		69,207	11,402	11,317	29,638	8,345	1,991	1,944	0	4,569
SUB-TOTAL PUESTOS		103,792	15,703	18,811	39,715	13,698	3,028	3,040	1,906	7,891
DIST. DE NAHUALA	**451,589**		**73,318**	**102,107**	**104,323**	**60,155**	**15,342**	**15,816**	**29,249**	**51,277**
C.S. DE NAHUALA		190,516	40,052	48,504	20,244	21,632	7,553	7,703	17,086	27,743
PUESTOS MOD-II										
TZAMPOJ		37,023	4,623	8,055	10,691	5,751	1,111	1,175	2,048	3,571
GUINEALES		36,842	4,592	8,002	10,677	5,714	1,105	1,169	2,035	3,547
LA CEIBA		35,849	4,426	7,713	10,604	5,514	1,075	1,135	1,961	3,419
PACHIPAC		36,842	4,592	8,002	10,677	5,714	1,105	1,169	2,035	3,547
XEJUYUP		37,023	4,623	8,055	10,691	5,751	1,111	1,175	2,048	3,571
STA.CAT.IXTAHUACAN		36,842	4,592	8,002	10,677	5,714	1,105	1,169	2,035	3,547
SUB-TOTAL MOD-II		220,422	27,448	47,829	64,018	34,158	6,613	6,990	12,163	21,203
PUESTOS MOD-I										
CHIRIJOX		22,705	3,568	3,541	10,246	2,632	654	634	0	1,430
PALACAL		17,946	2,244	2,227	9,836	1,729	522	491	0	899
SUB-TOTAL MOD-I		40,650	5,818	5,774	20,061	4,365	1,176	1,125	0	2,331
SUB-TOTAL PUESTOS		261,073	33,266	53,604	84,079	38,523	7,789	8,115	12,163	23,534
DIST. DE SN.PABLO	**177,797**		**34,420**	**39,351**	**39,800**	**20,638**	**6,343**	**6,388**	**10,131**	**20,726**
C.S.SN.PABLO LA L.		112,957	23,748	28,759	11,998	12,826	4,478	4,567	10,131	16,449
PUESTOS MOD-I										
SN.MARCOS LA LAGUNA		21,542	3,538	3,512	9,259	2,591	620	605	0	1,418
TZUNUNA		21,542	3,538	3,512	9,259	2,591	620	605	0	1,418
STA.CRUZ LA LAGUNA		21,756	3,595	3,569	9,284	2,630	626	611	0	1,441
SUB-TOTAL MOD-I		64,840	10,672	10,592	27,802	7,812	1,855	1,821	0	4,277
SUB-TOTAL PUESTOS		64,840	10,672	10,592	27,802	7,812	1,865	1,821	0	4,277

FUENTE: CUADROS S-7 y S-10

CUADRO S-13 SOLOLA: PRODUCCION DE ACTIVIDADES DE APS EN CENTROS DE SALUD "B" Y PUESTOS DE SALUD POR COMPONENTE Y ESTABLECIMIENTO - AÑO 1989

ESTABLECIMIENTO POR DISTRITO	COMPONENTES DE ACTIVIDAD DE APS							
	Cons.	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRO	Saneam.	Comunid.
Total de Area	**75,960**	**47,783**	**98,264**	**143,954**	**16,249**	**12,714**	**0**	**0**
DIST. DE SOLOLA	**14,498**	**5,001**	**37,202**	**34,636**	**2,913**	**1,839**	**0**	**0**
C.S. SOLOLA	1,740	600	5,954	4,156	350	221		
PUESTOS MOD-II								
TABLON	2,175	750	4,836	5,195	437	276		
PIXABAJ	1,885	650	7,068	4,503	379	239		
SUB-TOTAL MOD-II	4,060	1,400	11,904	9,698	816	515	0	0
PUESTOS MOD-I								
ARGUETA	2,755	950	4,464	6,581	553	349		
CONCEPCION	2,318	801	4,092	5,542	466	295		
LOS ENCUENTROS	1,595	550	5,208	3,810	320	202		
LOS CIPRESALES	2,030	700	5,580	4,849	408	257		
SUB-TOTAL MOD-I	8,698	3,001	19,344	20,782	1,747	1,103	0	0
SUB-TOTAL PUESTOS	12,758	4,401	31,248	30,480	2,563	1,618	0	0
DIST. DE PANAJACHEL	**8,950**	**6,633**	**11,598**	**14,798**	**1,517**	**2,028**	**0**	**0**
C.S. PANAJACHEL	3,113	2,557	4,934	6,818	699	675		
PUESTOS MOD-II								
STA.CATARINA PALOPO	1,248	1,330	1,997	1,458	93	218		
SEMETABAJ	2,236	1,488	2,272	3,114	210	249		
GODINEZ	1,549	992	1,009	2,508	476	835		
SUB-TOTAL MOD-II	5,033	3,810	5,278	7,080	779	1,302	0	0
PUESTOS MOD-I								
LAS CANOAS	804	266	1,386	900	39	51		
SUB-TOTAL MOD-I	804	266	1,386	900	39	51	0	0
SUB-TOTAL PUESTOS	5,837	4,076	6,664	7,980	818	1,353	0	0
DIST. DE TOLIMAN	**5,962**	**5,438**	**887**	**18,371**	**2,780**	**2,476**	**0**	**0**
C.S.SN LUCAS TOLIMAN	3,875	2,689	710	12,527	1,807	1,610		
PUESTOS MOD-II								
AGUA ESCONDIDA	1,192	2,189	106	3,068	556	495		
SUB-TOTAL MOD-II	1,192	2,189	106	3,068	556	495	0	0
PUESTOS MOD-I								
SAN ANTONIO PALOPO	895	560	71	2,776	417	371		
SUB-TOTAL MOD-I	895	560	71	2,776	417	371	0	0
SUB-TOTAL PUESTOS	2,087	2,749	177	5,844	973	866	0	0

Archivo: S-13.WK1 R: A103..AI206 LM: 1.7" TM: 1" SIGUE

282

CUADRO S-13 SOLOLA. PRODUCCION DE ACTIVIDADES DE APS. (Continuación)

ESTABLECIMIENTO POR DISTRITO	COMPONENTES DE ACTIVIDAD DE APS							
	Cons.	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRO	Saneam.	Comunid
DIST.SANTIAGO ATIT.	**7,633**	**7,539**	**12,526**	**19,759**	**1,323**	**1,677**	**0**	**0**
C.S.SANTIAGO ATIT.	2,297	739	10,203	12,019	540	111		
PUESTOS MOD-II								
SAN JUAN LA LAGUNA	2,681	5,060	1,002	3,859	398	935		
SUB-TOTAL MOD-II	2,681	5,060	1,002	3,859	398	935	0	0
PUESTOS MOD-I								
SAN PEDRO LA LAGUNA	2,085	1,740	1,321	3,881	385	631		
SUB-TOTAL MOD-I	2,085	1,740	1,321	3,881	385	631	0	0
SUB-TOTAL PUESTOS	4,766	6,800	2,323	7,740	783	1,566	0	0
DIST.STA.LUCIA UTAT.	**9,507**	**6,232**	**9,584**	**16,964**	**1,334**	**590**	**0**	**0**
C.S.STA.LUCIA UTAT.	2,822	4,247	3,425	6,083	175	145		
PUESTOS MOD-II								
PAMEZABAL	2,040	699	4,403	4,629	236	157		
SUB-TOTAL MOD-II	2,040	699	4,403	4,629	236	157	0	0
PUESTOS MOD-I								
STA.MARIA VISIT.	1,636	220	266	1,159	449	130		
SAN JOSE CHACAYA	724	328	525	579	125	65		
STA.CLARA LA LAGUNA	2,285	738	965	4,514	349	93		
SUB-TOTAL MOD-I	4,645	1,286	1,756	6,252	923	288	0	0
SUB-TOTAL PUESTOS	6,685	1,985	6,159	10,881	1,159	445	0	0
DIST. DE NAHUALA	**19,075**	**13,759**	**19,428**	**35,472**	**3,983**	**2,362**	**0**	**0**
C.S. DE NAHUALA	2,504	6,032	2,541	9,402	491	171		
PUESTOS MOD-II								
TZAMPOJ	1,896	1,026	1,964	3,248	379	283		
GUINEALES	2,749	1,245	2,702	5,027	643	417		
LA CEIBA	1,987	628	2,741	2,915	293	240		
PACHIPAC	1,992	600	1,693	610	1,226	220		
XEJUYUP	2,166	2,099	2,779	6,471	83	477		
STA.CAT.IXTAHUACAN	2,248	936	2,363	4,568	396	208		
SUB-TOTAL MOD-II	13,040	6,534	14,242	22,839	3,020	1,845	0	0
PUESTOS MOD-I								
CHIRIJOX	1,906	431	1,082	1,160	253	211		
PALACAL	1,625	762	1,563	2,071	219	135		
SUB-TOTAL MOD-I	3,531	1,193	2,645	3,231	472	346	0	0
SUB-TOTAL PUESTOS	16,571	7,727	16,887	26,070	3,492	2,191	0	0
DIST. DE SN.PABLO	**10,905**	**3,181**	**7,039**	**3,954**	**2,399**	**1,742**	**0**	**0**
C.S.SN.PABLO LA L.	4,350	1,400	3,116	1,835	1,450	1,022		
PUESTOS MOD-I								
SN.MARCOS LA LAGUNA	2,197	535	1,875	700	110	190		
TZUNUNA	2,529	444	1,502	694	323	269		
STA.CRUZ LA LAGUNA	1,829	802	546	725	516	261		
SUB-TOTAL MOD-I	6,555	1,781	3,923	2,119	949	720	0	0
SUB-TOTAL PUESTOS	6,555	1,781	3,923	2,119	949	720	0	0

283

CUADRO S-14 SOLOLA: COSTO DE PRODUCCION POR COMPONENTE DE ACTIVIDAD DE APS EN CENTROS "B" Y PUESTOS DE SALUD - AÑO 1989
Expresado en quetzales de 1990

ESTABLECIMIENTO POR DISTRITO	COSTO DE PRODUCCION POR COMPONENTE (QUETZALES DE 1990)							
	Cons.	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRO	Saneam.	Comunid.
Total de Area	**4.46**	**9.02**	**4.12**	**1.64**	**4.10**	**5.35**		
DIST. DE SOLOLA	**4.14**	**14.64**	**2.07**	**1.19**	**3.92**	**6.31**		
C.S. SOLOLA	20.44	71.78	2.63	4.61	18.95	30.67		
PUESTOS MOD-II								
TABLON	2.07	10.45	2.15	1.08	2.47	4.14		
PIXABAJ	1.81	9.13	1.40	0.95	2.33	3.85		
SUB-TOTAL MOD-II	1.95	9.84	1.71	1.02	2.41	4.01		
PUESTOS MOD-I								
ARGUETA	1.79	5.14	2.38	0.54	1.43	2.24		
CONCEPCION	1.70	4.89	2.49	0.52	1.47	2.27		
LOS ENCUENTROS	2.32	6.68	1.93	0.71	2.07	3.18		
LOS CIPRESALES	1.94	5.59	1.82	0.59	1.68	2.61		
SUB-TOTAL MOD-I	1.90	5.46	2.12	0.58	1.62	2.51		
SUB-TOTAL PUESTOS	1.91	6.85	1.96	0.72	1.87	2.98		
DIST. DE PANAJACHEL	**5.43**	**9.77**	**4.70**	**2.39**	**6.50**	**4.99**		
C.S. PANAJACHEL	10.92	16.10	3.42	2.69	9.16	9.68		
PUESTOS MOD-II								
STA.CATARINA PALOPO	3.26	5.33	4.80	3.48	10.57	4.77		
SEMETABAJ	1.82	4.77	4.22	1.63	4.68	4.17		
GODINEZ	2.63	7.15	9.50	2.02	2.07	1.24		
SUB-TOTAL MOD-II	2.43	5.58	5.45	2.15	3.79	2.39		
PUESTOS MOD-I								
LAS CANOAS	2.97	8.91	6.39	2.00	12.89	9.38		
SUB-TOTAL MOD-I	2.97	8.91	6.39	2.00	12.89	9.38		
SUB-TOTAL PUESTOS	2.50	5.80	5.64	2.13	4.22	2.66		
DIST. DE TOLIMAN	**6.39**	**8.78**	**39.40**	**1.32**	**2.66**	**3.05**		
C.S.SN LUCAS TOLIMAN	7.87	13.74	20.85	1.31	3.17	3.63		
PUESTOS MOD-II								
AGUA ESCONDIDA	3.68	3.49	97.39	1.78	1.91	2.26		
SUB-TOTAL MOD-II	3.68	3.49	97.39	1.78	1.91	2.26		
PUESTOS MOD-I								
SAN ANTONIO PALOPO	3.58	5.68	138.32	0.86	1.46	1.58		
SUB-TOTAL MOD-I	3.58	5.68	138.32	0.86	1.46	1.58		
SUB-TOTAL PUESTOS	3.64	3.94	113.81	1.34	1.71	1.97		

Archivo: S-14.wk1 R: A207..AI310 LM: 1.7" TM: 1" SIGUE

284

CUADRO S-14 SOLOLA. COSTO DE PRODUCCION POR ACTIVIDADES DE APS. (Continuación)

ESTABLECIMIENTO POR DISTRITO	COSTO DE PRODUCCION POR COMPONENTE (QUETZALES DE 1990)							
	Cons.	Visit.D	Trat.	PAI	IRA	TRO	Saneam.	Comunid.
DIST.SANTIAGO ATIT.	**5.81**	**6.82**	**3.17**	**1.34**	**6.03**	**4.85**		
C.S.SANTIAGO ATIT.	13.87	52.23	1.69	1.43	11.20	55.49		
PUESTOS MOD-II								
SAN JUAN LA LAGUNA	1.83	1.69	11.32	1.58	2.96	1.33		
SUB-TOTAL MOD-II	1.83	1.69	11.32	1.58	2.96	1.33		
PUESTOS MOD-I								
SAN PEDRO LA LAGUNA	2.06	2.45	8.41	0.81	1.94	1.16		
SUB-TOTAL MOD-I	2.14	2.55	8.72	0.84	2.02	1.20		
SUB-TOTAL PUESTOS	1.93	1.88	9.67	1.19	2.46	1.26		
DIST.STA.LUCIA UTAT.	**4.56**	**8.40**	**5.71**	**1.69**	**6.21**	**14.22**		
C.S.STA.LUCIA UTAT.	9.81	7.89	4.37	2.46	30.01	36.89		
PUESTOS MOD-II								
PAMEZABAL	2.11	10.72	2.29	1.16	4.40	6.98		
SUB-TOTAL MOD-II	2.14	10.89	2.32	1.17	4.46	7.09		
PUESTOS MOD-I								
STA.MARIA VISIT.	2.33	17.22	37.17	2.41	1.48	5.00		
SAN JOSE CHACAYA	5.21	11.41	18.79	4.77	5.28	9.91		
STA.CLARA LA LAGUNA	1.67	5.13	10.24	0.62	1.91	6.99		
SUB-TOTAL MOD-I	2.45	8.80	16.88	1.33	2.16	6.75		
SUB-TOTAL PUESTOS	2.35	9.48	6.45	1.26	2.61	6.83		
DIST. DE NAHUALA	**3.84**	**7.42**	**5.36**	**1.69**	**3.85**	**6.69**		
C.S. DE NAHUALA	16.00	8.04	7.97	2.30	15.38	45.04		
PUESTOS MOD-II								
TZAMPOJ	2.44	7.85	5.44	1.77	2.93	4.15		
GUINEALES	1.67	6.43	3.95	1.14	1.72	2.80		
LA CEIBA	2.23	12.28	3.87	1.89	3.67	4.73		
PACHIPAC	2.31	13.34	6.31	9.37	0.90	5.31		
XEJUYUP	2.13	3.84	3.85	0.89	13.38	2.46		
STA.CAT.IXTAHUACAN	2.04	8.55	4.52	1.25	2.79	5.62		
SUB-TOTAL MOD-II	2.10	7.32	4.50	1.50	2.19	3.79		
PUESTOS MOD-I								
CHIRIJOX	1.87	8.22	9.47	2.27	2.59	3.01		
PALACAL	1.38	2.92	6.29	0.83	2.38	3.63		
SUB-TOTAL MOD-I	1.65	4.84	7.58	1.35	2.49	3.25		
SUB-TOTAL PUESTOS	2.00	6.93	4.97	1.48	2.23	3.70		
DIST. DE SN.PABLO	**3.16**	**12.37**	**5.65**	**5.22**	**2.64**	**3.67**		
C.S.SN.PABLO LA L.	5.46	20.54	3.85	6.99	3.09	4.47		
PUESTOS MOD-I								
SN.MARCOS LA LAGUNA	1.61	6.56	4.94	3.70	5.63	3.18		
TZUNUNA	1.40	7.91	6.16	3.73	1.92	2.25		
STA.CRUZ LA LAGUNA	1.97	4.45	17.00	3.63	1.21	2.34		
SUB-TOTAL MOD-I	1.63	5.95	7.09	3.69	1.97	2.53		
SUB-TOTAL PUESTOS	1.63	5.95	7.09	3.69	1.97	2.53		

ANEXO B

VISITAS DE CAMPO Y TALLERES DE TRABAJO

I. VIAJES EN MISION REALIZADAS A GUATEMALA POR LAC HNS

A. DIRECTOR DEL PROYECTO LAC HNS (Dr. Thomas Bossert)

1.	16/06/91 - 30/06/91	15 d	
2.	27/07/91 - 10/08/91	14 d	
3.	08/03/92 - 13/03/92	6 d	35 d

B. ASESOR EN FINANCIAMIENTO DE LA SALUD Y RESPONSABLE PRINCIPAL DEL ESTUDIO (Lic. Ec. Ricardo Meerhoff)

1.	16/06/91 - 05/07/91	21 d	
2.	21/07/91 - 13/08/91	24 d	
3.	08/03/92 - 13/03/92	11 d	
4.	07/10/91 - 25/10/91	19 d	
5.	02/12/91 - 12/12/91	11 d	
6.	05/03/92 - 25/03/92	20 d	106 d

C. ASESOR DE CORTO PLAZO (Enfermera Anette Bongiovanni)

1.	13/10/91 - 14/11/91	31 d

II. VISITAS DE CAMPO

El Area de Salud de Sololá fue visitada en dos oportunidades por el Lic. Ricardo Meerhoff. Se discutió la metodología del estudio y se presentaron los resultados para la localidad.

Puestos de Salud en fincas cafetaleras integrantes de AGROSALUD y de ACOGUA fueron visitadas en forma separada por Ricardo Meerhoff y por Anette Bongiovanni. La consultora Bongiovanni complementó el estudio de costos iniciado por la Lic. Marina Sagastume y agregó un análisis de la calidad de las prestaciones de atención primaria realizadas en los establecimientos de salud de AGROSALUD y ACOGUA.

III. TALLERES DE TRABAJO REALIZADOS

1.	16/10/91 - 17/10/91	Sololá
2.	04/12/91 - 05/10/91	Sololá
3.	12/03/92	MSPAS - Ciudad de Guatemala
4.	18/03/92	MSPAS-SEGEPLAN-MFP-CONGRESO, Organismos Donantes, AGROSALUD, ACOGUA, ANACAFE. Realizado en la Ciudad de Guatemala

-287

ANEXO C

PERSONAS CONTACTADAS

ANEXO C

PERSONAS CONTACTADAS

MSPAS-NIVEL CENTRAL

Dr. Miguel Angel Montepeque	- Ministro de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
Dr. Rodolfo McDonald Camper	- Primer Viceministro del MSPAS
Dra. Thelma Duarte Morales	- Viceministro del MSPAS
Dr. Renato Palma Ramos	- Ex-Primer Viceministro
Dr. Edgar A. Figueroa	- Ex-Viceministro del MSPAS
Dr. Rudi Cabrera	- Director General de Servicios de Salud
Dr. Octavio Morán Soberanis	- Subdirector Gral de Serv. de Salud
Dr. Jaime Solórzano	- Jefe de la Unidad de Programación
Dr. Jaime Emilio Carredano	- Funcionario Técnico de la Unidad de Programación
Dr. Hugo Alvarez	- Jefe de la Unidad Sectorial de Planificación
Dr. Sergio Urtarte	- Jefe de la Unidad de Informática
Dra. Juana de Rodríguez	- Div. Reg. y Control de Med. y Alimentos
Dr. Otto A. Zeissig	- Div. Vig. y Control de Enfermedades
Dr. Oscar F Herrera	- Div. Administrativa
Dr. Guillermo García Ovalle	- Div. Saneamiento del Medio
Dra. Estela de Morgan	- Div. Recursos Humanos
Dr. Francisco José Arenas	- Div. Atención a las Personas
Dr. Arturo Sánchez	- Div. de Malaria
Dr. Danilo Rodríguez	- Div. Tuberculosis
Dr. Elmer Núñez	- Director de la Dirección Materno Infantil
Dr. Rafael Haussler	- Unidad de Investigación
Dr. César Agreda	- Unidad de Desarrollo Administrativo
Lic. Luis de León	- Unidad de Desarrollo Administrativo
Dr. Juan José Castillo Orellana	- Unidad de Supervisión-Evaluación
Dr. Eduardo Tejada de la Vega	- Región Metropolitana (I)
Dr. Armando Ponce	- Región Norte (II)
Dr. Axel A. Rosales	- Región Nor-Oriental (III)
Dr. Leonel Díaz	- Región Sur-Oriental (IV)
Dra. Hilda de Molina	- Región Central (V)
Dr. Rafael Carranza Camino	- Región Sur-Occidental (VI)
Dr. Manuel Cecena	- Región Nor-Occidental (VII)
Dr. Nicolás Cerón	- Región Peten (VIII)

Dr. Miguel Angel Quyun	- Jefe del Depto. de Personal
Sra. María Irma Aldama	- Funcionaria del D. de Personal
Sra. Ana Maritza Roulet	- Funcionaria dei D. de Personal
Lic. Alvaro Cruz Paniagua	- Analista de Computación del Depto. de Personal
Sra. Lucila de de León	- Jefa del Depto. de Contabilidad
Sr. Juan José Arroyo	- Funcionario de la Unidad de Planificación
Sr. Rolando Pérez Aran	- Funcionario de la Unidad de Planificación
Dr. Baudilio Sajché	- Dirección Materno-Infantil
Sr. Otto Girón	- Analista de Presupuesto
Lic. María Eva del Cid	- Analista de Presupuesto
Dr. Miguel Angel Garcés	- Director del Instituto Nacional de Salud (INS)
Dr. Rolando Luna	- Investigador del INS
Ing. Roberto Herrera	- Analista Programador del INS
Dr. José Eriberto España	- Director de Droguerías Nacionales
Lic. Cándida de Casasola	- Jefa del Depto. de Operaciones de la Droguería Nacional
Sr. Jorge Furlan	- Jefe Interino Programación Droguería Nacional
Sr. Edwin Gramajo	- Jefe del Depto. de Contabilidad de la Droguería Nacional

MSPAS-SOLOLA

Dr. Eduardo Efraín Muralles	- Jefe del Area de Solola
Dr. Miguel Augusto Rodas	- Director del C. de S. Nahuala
Dr. José Néstor Carrillo Rotón	- Epidemiólogo de Area
Enf. Josefa de León de Rodas	- Enfermera de Area, Sololá
Agueda Alvarado de Calderón	- Oficinista III
Sra. Verónica Contreras de Linares	- Aux. Nutricionista de Area
Sr. Edgar R. de León Palacios	- Técnico en Salud Rural, Coordinador
Sr. Edgar Francisco Girón Mendoza	- Técnico en Salud Rural

SEGEPLAN

Lic. Marina Sagastume	- Director de Cooperación Técnica y Financiera
Lic. Carlos González	- Director de Planificación Global
Lic. José Luis Castillo	- Sub-Director de Coop. Técnica y Financiera Multilateral
Dr. Julio Roberto Kestler	- División Planes Sectoriales - Jefe del Sector Salud

MINISTERIO DE FINANZAS PUBLICAS

Lic. Richard AitKenhead Castillo	- Ministro de Finanzas Públicas
Lic. Jaime E. Reyes Barrios	- Director Técnico de Presupuesto (DTP)
Lic. Angel Gelir Rodríguez Tello	- Subdirector de la DTP
Lic. Guillermo Serrano Vives	- Subdirector de la DTP
Dr. Raúl Berrios Hichos	- DTP - Jefe del Dpto. de Programación Presupuestaria al momento del estudio y a partir de febrero de 1992 Jefe de la Unidad de Integración y Análisis global del Presupuesto
Lic. Eduardo Raúl Paredes	- DTP - Jefe del Depto. de Evaluación Presupuestaria
Sr. Roberto Castellanos	- Subjefe del Dep. de Ev. Presupuestaria
Sr. Jorge Luis Trejo Posadas	- Funcionario del Depto. de Evaluación Presupuestaria
Lic. Luis González García	- Sectorialista de Salud de la DTP
Lic. Guillermo Chávez Salazar	- Asesor Técnico Económico de la DTP

INSTITUTO GUATEMALTECO DEL SEGURO SOCIAL

Dr. Eduardo A. Morales Sandoval	- Director de Servicios Médicos Hospitalarios
Dr. Marco Vinicio Denis	- Jefe del Depto. Médico de Servicios Técnicos

BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCION Y FOMENTO (BANCO MUNDIAL)

Dr. William MacGreevy	- Oficial de País
Dra. Mónica Huppi	- Analista de Operaciones

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Dr. Antonio Casas	- Representante de OMS/OPS
Dr. Eduardo Guerrero	- Representante Interino de OMS/OPS y Técnico
Dr. Omer Robles	- Consultor en Serv. de Salud
Dr. José María Marín	- Técnico

UNICEF

Dr. Thierry Delrue	- Coordinador de Programas de Guatemala
Ing. Jorge Mario Molina	- Agua y Saneamiento
Dr. Oscar Liendo	- Programa Materno Infantil

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

Ing. Marco Antonio Wittig	- Representante del BID en Guatemala
Dr. Roberto Badía	- Depto. Operaciones -Oficial de país, BID
Lic. Sarah Almonte	- Depto. Operaciones -Oficial de país, BID

INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTROAMERICA Y PANAMA

Dr. Hernán Delgado	- Director del INCAP
Dr. Juan Rivera	- Jefe de la División Nutrición y Salud del INCAP
Dr. Carlos Samayoa	- Jefe del Depto. Mat. Infantil

AGENCIA PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL (USAID)

Mr. Terrence Brown	- Director de Misión
Mr. Stephen Wingert	- Subdirector de Misión
Mr. Steve Dosh	- Oficial de Programas
Dr. David Hoelscher	- Jefe de la Of. Regional de Economía
Mr. Gary Cook	- Jefe de la Div. de Salud y Educación
Mr. Richard Martin	- Jefe de la Div. de Salud y Educación *
Ms. Lynn Gorton	- Oficial de Salud, Población y Nutrición (SPN) *
Ms. Patricia O'Connor	- Oficial de SPN
Dr. Jorge Chang	- Técnico de la Oficina de SPN
Dr. Enrique Duarte	- Técnico de la Oficina de SPN
Ing. Alfredo Szarata	- Técnico en Sanidad y Aguas
Ing. Baudilio López	- Técnico en Sanidad y Aguas

* Al momento del estudio

OTRAS INSTITUCIONES Y PERSONAS

Dra. Ingrid Hoven	- GTZ - Proyecto de Fortalecimiento a SEGEPLAN
Dr. John Holley	- Técnico del Proyecto MSH/AID
Don Gregorio Padilla y Padilla	- Director de ACOGUA
Don Walter Illescas Moreno	- Secretario Ejecutivo de ACOGUA
Sr. William Hempstead	- Vicepresidente de ANACAFE y ex-Director de Agrosalud
Dr. Mario Mazariegos	- Director Médico del Servicio de Acción Social ANACAFE
Sra. Margarita de Klose	- Vicepresidente del Consejo Directivo de Agrosalud
Sra. Katrinca Herrera	- Tesorera de Agrosalud
Sr. Angel Portillo	- Director Ejecutivo de Agrosalud
Sra. Ingrid de Quiñones	- Coordinador Administrativo de Agrosalud
Dr. Alberto Viau	- Investigador
Ing. Jorge Sittenfeld	- Rotary Internacional, Programa Polio Plus

ANEXO D

LISTA DE DOCUMENTOS

ANEXO D

LISTA DE DOCUMENTOS

Pág

1. Recursos, producción, rendimiento y cobertura de los servicios de atención médica del MSPAS según tamaño de las localidades. Año 1977 9

2. CSB - Análisis de distribución de tiempo por actividades 96

3. PS - Tiempo promedio utilizado en actividades en puestos de salud por técnico en salud rural 97

4. PS - Tiempo promedio utilizado en actividades en puestos de salud por auxiliar de enfermería 98

5. CSB - Promedio de asignación de tiempo de once establecimientos (1988), PS con AE y TSR (promedio de 12 establecimientos) y PS con AE (promedio de 17 establecimientos) 99

6. Centro de Salud Barbarena. Area de Salud de Santa Rosa. Ejemplo de formulario de programación de actividades utilizado en 1988 100

7. Ubicación del Area de Sololá en el mapa de la República de Guatemala 111

8. Mapa del Departamento de Sololá 112

9. Proceso de planificación y programación en salud 113

10. Problemas y factores condicionantes 114

11. Programación de actividades según problemas. Ejemplo: enfermedades gastrointestinales en San Marcos 115

12. SOLOLA - Formulario JASS.01 - Instrumento de autoevaluación del programa local 116

13. Formulario de memoria del año 1989 118

285

DOCUMENTO NO. 1

RECURSOS, PRODUCCION, RENDIMIENTOS Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, SEGUN TAMAÑO DE LAS LOCALIDADES. REPUBLICA DE GUATEMALA, 1977

				TODAS LAS LOCALIDADES	TRAMOS DE POBLACION (Tamaño de las localidades)						
					Menos de 500 habitantes	500 a 999 habitantes	1,000 a 1,999 habitantes	2,000 a 4,999 habitantes	5,000 a 9,999 habitantes	10,000 a 99,999 habitantes	100,000 habitantes y más
1. POBLACION	1.1 Número de localidades en cada tramo de población			17,917	15,964	1,272	451	171	36	22	1
	1.2 Población de todas las localidades de cada tramo			7,020,044	2,459,639	1,115,842	703,452	567,538	400,591	464,673	1,308,309
	1.3 Población acumulada de las localidades de cada tramo y todos los tramos de menor tamaño				2,459,639	3,575,481	4,278,933	4,846,471	5,247,062	5,711,735	7,020,044
2. RECURSOS	2.0 TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS DE TODO TIPO	2.0.1 Número de establecimientos	.1 En el tramo	629	81	108	154	152	58	54	22
			.2 En el tramo y en tramos menores		81	189	343	495	553	607	629
		2.0.2 Total de horas anuales de personal	.1 En el tramo	13,579.8	204.0	354.0	832.5	1,265.4	1,124.1	4,181.6	5,618.2
			.2 En el tramo y en tramos menores		204.0	558.0	1,390.5	2,665.9	3,780.0	7,961.6	13,579.8
		2.0.3 Total de CAMAS para internación	.1 En el tramo	6,392			93	281	618	3,547	1,853
			.2 En el tramo y en tramos menores				93	374	992	4,539	6,392
	2.1 PUESTOS DE SALUD	2.1.1 Número de puestos		446	81	100	133	92	20	11	9
		2.1.2 Horas anuales de personal		1,233.5	204.0	256.0	384.0	276.0	66.0	28.0	19.5
	2.2 CENTROS DE SALUD	2.2.1 Número de centros		153		8	20	38	34	23	10
		2.2.2 Horas anuales de personal		2,872.0		98.0	403.5	913.3	513.6	597.1	346.5
	2.3 HOSPITALES	2.3.1 Número de hospitales		30			1	2	4	20	3
		2.3.2 Horas anuales de personal		9,474.3			45.0	76.1	544.5	3,556.5	5,252.2
3. ASIGNACION DE LOS RECURSOS A LA POBLACION	3.0 TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS DE TODO TIPO	3.0.1 Habitantes por establecimiento	.1 En el tramo	11,161	30,366	10,332	4,568	3,734	6,907	8,605	59,469
			.2 En el tramo y en tramos menores		30,366	18,918	12,475	9,791	9,488	9,410	11,160
		3.0.2 Horas anuales de personal por habitante	.1 En el tramo	1.93	0.08	0.32	1.18	2.23	2.81	9.00	4.30
			.2 En el tramo y en tramos menores		0.08	0.16	0.32	0.55	0.72	1.39	1.93
		3.0.3 Camas por mil habitantes	.1 En el tramo	0.91			0.13	0.50	1.54	7.63	1.42
			.2 En el tramo y en tramos menores				0.02	0.08	0.19	0.79	0.92
	3.1 PUESTOS DE SALUD	3.1.1 Habitantes por puesto		15,740	30,366	11,158	5,289	6.168	20,030	42,243	145,368
		3.1.2 Horas anuales de personal de los puestos por habitante		0.18	0.08	0.23	0.55	0.49	0.17	0.06	0.01
	3.2 CENTROS DE SALUD	3.2.1 Habitantes por centro		45,882		139,480	35,172	9,785	11,782	20,203	130,831
		3.2.2 Horas anuales de personal de los centros por habitante		0.41		0.09	0.57	1.61	1.28	1.28	0.26
	3.3 HOSPITALES	3.3.1 Habitantes por hospital		234,000			703,452	283,769	100,148	23,234	436,103
		3.3.2 Horas anuales del personal de los hospitales por habitante		1.35			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

296

DOCUMENTO NO. 1

RECURSOS, PRODUCCION, RENDIMIENTOS Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, SEGUN TAMAÑO DE LAS LOCALIDADES. REPUBLICA DE GUATEMALA, 1977
(continuación)

				TODAS LAS LOCALIDADES	TRAMOS DE POBLACION (Tamaño de las localidades)						
					Menos de 500 habitantes	500 a 999 habitantes	1,000 a 1,999 habitantes	2,000 a 4,999 habitantes	5,000 a 9,999 habitantes	10,000 a 99,999 habitantes	100,000 habitantes y más
4. ATENCION AMBULATORIA: PRODUCCION, RENDIMIENTO Y COBERTURA	4.1 TOTAL DE CONSULTAS EN EL AÑO	4.1.0 Total de establecimientos de todo tipo	.1 En el tramo	2,108,505	131,432	179,873	276,768	394,638	328,929	336,584	460,281
			.2 En el tramo y en tramos menores		131,432	311,305	588,073	982,711	1,311,640	1,648,224	2,108,505
		4.1.1 Puestos de Salud		747,982	131,432	166,608	207,715	170,673	28,898	21,885	20,771
		4.1.2 Centros de Salud		911,07[illegible]	-	13,265	62,741	219,549	161,030	176,892	277,600
		4.1.3 Hospitales		449,446	-	-	6,312	4,416	139,001	137,807	161,910
	4.2 CONSULTAS POR HORA DE PERSONAL	4.2.0 Total de establecimientos de todo tipo	.1 En el tramo	0.16	0.64	0.51	0.33	0.31	0.29	0.08	0.08
			.2 En el tramo y en tramos menores	•	0.64	0.56	0.42	0.37	0.35	0.21	0.16
		4.2.1 Puestos de Salud		0.61	0.64	0.65	0.54	0.62	0.44	0.78	1.07
		4.2.2 Centros de Salud		0.32	-	0.14	0.16	0.24	0.31	0.30	0.80
		4.2.3 Hospitales		0.05	-	-	0.14	0.06	0.26	0.04	0.03
	4.3 CONSULTAS ANUALES POR HABITANTE	4.3.0 Total de establecimientos de todo tipo	.1 En el tramo	0.30	0.05	0.16	0.39	0.70	0.82	0.72	0.35
			.2 En el tramo y en tramos menores	•	0.05	0.09	0.14	0.20	0.25	0.29	0.30
		4.3.1 Puestos de Salud		0.11	0.05	0.15	0.29	0.30	0.07	0.05	0.02
		4.3.2 Centros de Salud		0.13	-	0.01	0.09	0.39	0.40	0.38	0.21
		4.3.3 Hospitales		0.06	-	-	0.01	0.01	0.35	0.30	0.12
5. HOSPITALIZACION: PRODUCCION, RENDIMIENTO Y COBERTURA	5.1 Total de EGRESOS en el año		.1 En el tramo	158,982	-	-	2,310	4,863	18,541	77,886	55,382
			.2 En el tramo y en tramos menores	•	-	-	2,310	7,173	25,714	103,600	158,982
	5.2 ESTANCIAS Días de internación de los pacientes egresados		.1 Total	1,385,076	-	-	15,267	56,276	132,425	689,955	491,103
			.2 Promedio de días de internación	8.7	-	-	6.6	11.6	7.1	8.9	8.9
	5.3 Porcentaje ocupacional de las camas			59.4	-	-	40.6	54.9	58.7	53.3	72.6
	5.4 Promedio anual de egresos por cama (Giro)			24.5	-	-	22.4	17.3	30.0	22.0	29.9
	5.5 Egresos por mil habitantes		.1 En el tramo	22.6	-	-	3.3	8.6	46.3	167.6	42.3
			.2 En el tramo y en								

DOCUMENTO NO. 1

RECURSOS, PRODUCCION, RENDIMIENTOS Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, SEGUN TAMAÑO DE LAS LOCALIDADES, REPUBLICA DE GUATEMALA, 1977

				TODAS LAS LOCALIDADES	TRAMOS DE POBLACION (tamaño de las localidades)						
					Menos de 500 habitantes	500 a 999 habitantes	1,000 a 1,999 habitantes	2,000 a 4,999 habitantes	5,000 a 9,999 habitantes	10,000 a 99,999 habitantes	100,000 habitantes y mas
6. GASTO	6.1 GASTO TOTAL (Miles de Quetzales)	6.1.0 En todos los establecimientos	.1 En el tramo	20176.6	161.5	374.7	857.6	1882.1	2171.5	6867.2	7862.0
			.2 En el tramo y en tramos menores		161.5	536.2	1393.8	3275.9	5447.4	12314.6	20176.6
		6.1.1. Puestos de Salud		889.2	151.5	199.4	265.2	183.4	39.9	21.9	17.9
		6.1.2. Centros de Salud "B"		4087.2	-	175.3	419.7	1161.4	764.1	770.4	796.3
		6.1.3. Centros de Salud "A"		709.5	-	-	103.9	201.5	251.2	152.9	
		6.1.4. Hospitales	.1. Total	14490.7	-	-	68.8	335.8	1116.3	5922.0	7047.8
			.2. Consulta	2173.7	-	-	10.3	50.4	167.5	888.3	1057.2
			.3. Hospitalización	12317.0	-	-	58.5	285.4	948.8	5033.7	5990.6
	6.2 GASTO ANUAL PER CAPITA (Q.)	6.2.1 En el tramo		2.87	0.07	0.34	1.22	3.31	5.42	14.78	6.01
		6.2.2 En el tramo y tramos menores			0.07	0.15	0.33	0.39	0.36	1.20	2.87
7. COSTO (Q.)	7.1 COSTO DE LA CONSULTA	7.1.1 En todos los establecimientos	.1 En el tramo	3.73	1.23	2.08	2.89	4.05	3.72	5.45	4.07
			.2 En el tramo y en tramos menores		1.23	1.72	2.27	2.98	3.17	3.63	3.73
		7.1.2 En los Puestos de Salud		1.19	1.23	1.20	1.28	1.07	1.38	1.00	0.86
		7.1.3 En los Centros de Salud		5.26	-	13.22	8.34	6.21	6.31	5.22	2.87
		7.1.4 En los Hospitales		4.83	-	-	1.63	11.41	1.21	6.44	6.53
	7.2 COSTO DEL EGRESO	7.2.1 En el tramo		77.47	-	-	25.32	58.69	51.17	64.63	108.17
		7.2.1 En el tramo y tramos anteriores			-		25.32	47.94	50.27	61.07	77.47
	7.3 COSTO DE LA ESTANCIA	7.3.1 En el tramo		8.89	-	-	3.83	5.07	7.16	7.30	12.20
		7.3.2 En el tramo y tramos anteriores		-	-	-	3.83	4.81	6.34	7.08	8.89

DOCUMENTO NO. 2

ANALISIS DE DISTRIBUCION DE TIEMPO POR ACTIVIDADES. CENTROS DE SALUD TIPO "B"

1

RECURSO HUMANO	CONSULTA	CANALI-ZACION.	TRATA-MIENTOS	VIGILANC. EPIDEMIO.	P.A.I.	I.R.A.	T.R.O.	SANEA-MIENTO	INTERME-DIO	COMUNI-DAD	ADMINIS-TRACION
1. Médico	720	48		32	42					58	900
1. Enfermera	225	348	26	22	160	50	70		257	160	482
1. Inspector de Saneamiento		146		277	50			640		400	287
1. Técnico Salud Rural.		149		25	45	25	25	314		775	442
2. Auxiliar de Enfermería.	44	780	389		465	75	75		646	876	250
1. Oficinista											1800
1. Conserje											1800

2

RECURSO HUMANO	CONSULTA	CANALI-ZACION	TRATA-MIENTOS	VIGILAN. EPIDEMIO.	P.A.I.	I.R.A.	T.R.O.	SANEA-MIENTO	INTERME-DIO	COMUNI-DAD	ADMINIS-TRACION
1. Médico	738	121	22	20	52					94	753
1. Enfermera	285	350	133		140				106	210	576
1. Inspector Saneamiento.		234		162	75			626		473	160
3. Auxiliar de Enfermería.	161	974	641		745	88	131		914	1462	284
1. Oficinista											1800
1. Conserje											1800

* PROMEDIO HORAS ANUALES 1,800 HORAS POR RECURSO. PROMEDIO AREA DE SALUD DE TACARA

DOCUMENTO NO. 3

TIEMPO PROMEDIO UTILIZADO EN ACTIVIDADES EN PUESTOS DE SALUD POR TECNICO EN SALUD RURAL.

ACTIVIDADES	BASE 40 HORAS SEMANALES	BASE 1800 H. ANUALES.
1. Trabajo Comunitario Organización de Comités Reuniones de Comités Reuniones O.G. y O.N.G. Reuniones con grupos de la Comunidad Capacitación a P.R.S. Supervisión a Voluntarios (R.R.S.) Promoción de Programas	6.00 Hrs.	270.00
2. Diagnóstico de Salud Croquis o Planos Encuesta o censo Procesamiento de datos	1.40	63.00
3. Saneamiento Ambiental Aforos Tomas de Muestra de Agua Letrinización Vacunación de Perros Control de Perros Mordelones	4.30	193.50
4. Canalización Crecimiento y Desarrollo Vacunaciones T.R.O. Educación en Salud I.R.A. Riesgo Reproductivo	24.00	1080.00
5. Atención Puestos de Salud Hipodermia Curaciones Consulta	4.00	180.00
6. Administración e Intendencia Programación Informes Reuniones de Personal Capacitaciones Recibidas.	0.30	13.50

Estudio de 12 Puestos de Salud activos.
Area de Salud de Sololá (Julio 1,991).

300

DOCUMENTO NO. 4

TIEMPO PROMEDIO UTILIZADO EN ACTIVIDADES EN PUESTOS DE SALUD POR AUXILIAR DE ENFERMERIA.

ACTIVIDADES BASICAS	BASE 40 H. SEMANALES.	BASE 1800 H. ANUALES.
1. Canalización	16.00 Horas	720.0 H.
2. Consulta	8.00	360.0
3. Hipodermia	0.30	22.5
4. Curaciones	0.30	22.5
5. Tratamientos	1.00	45.0
6. Visitas Alto Riesgo	1.00	45.0
7. Charlas	2.00	90.0
8. Reuniones	1.00	45.0
9. Vacunaciones	2.00	90.0
10. Alimentación Complementaria	1.00	45.0
11. Capacitaciones		
- Comadronas	0.30	22.5
- Voluntarios	0.30	22.5
12. Seguimiento Personal Voluntario	1.00	45.0
13. Educación Contínua	1.00	45.0
14. Coordinación con Otras Instituciones	1.00	45.0
15. Aplicación de Flúor	0.30	22.5
16. Elaboración de Informes	1.00	45.0
17. Limpieza	1.30	67.5

Estudio de 29 Puestos de Salud Activos.
Area de Salud de Sololá (Julio 1,981).

DOCUMENTO NO. 5

CENTROS DE SALUD TIPO "B". PROMEDIO DE ONCE ESTABLECIMIENTOS. 1,988

RECURSO HUMANO	CONSULTA	CANALIZACION.	TRATAMIENTOS	VIGILAN. EPIDEM.	P.A.I.	I.R.A.	T.R.O.	SANEAMIENTO	INTERME-	COMUNIDAD	ADMINISTRACION.
1 Médico	878	63	-	20	19	-	-	-	95	121	604
1 Enfermera	204	211	31	22	81	14	19	-	313	361	544
2 Aux. Enfermería	258	359	322	10	452	73	80	-	854	545	647
1 Isp. Saneamiento	-	113	-	114	54	-	-	1019	34	262	204
1 T.S.R.	-	185	-	21	38	11	11	371	53	809	301
1 Oficinista	-	-	-	-	-	-	-	-	-		1800
1 Conserje	-	-	-	-	-	-	-	-	-		1800
Sumatoria	1340	931	353	187	644	98	110	1390	1349	2098	5900
Porcentaje	9.31	6.47	2.45	1.30	4.47	0.68	0.76	9.65	9.37	14.57	40.97

Personal comprendido en la revisión: 12 médicos, 11 Enfermeras; 12 Inspectores de Saneamiento Ambiental; 07 técnicos de salud rural; 43 Auxiliares de enfermería; 15 oficinistas y 14 conserjes.

PUESTOS DE SALUD CON AUX.ENF & TSR. PROMEDIO DE 12 ESTABLECIMIENTOS.

1.Auxiliar Enferme	360	447	203	—	309	47	53	—	90	180	111
1.Tec.Salud Rural	126	564	54	—	390	59	66	257	5	270	9
Sumatoria	486	1011	257	—	699	106	119	257	95	450	120
Porcentaje	13.5	28.08	7.14	—	19.42	2.94	3.31	7.14	2.64	12.50	3.33

PUESTOS DE SALUD CON AUXILIAR DE ENFERMERIA. PROMEDIO DE 17 ESTABLECIMIENTOS.

Porcentaje	20.00	24.82	11.25	—	17.15	2.61	2.92	—	5.00	10.00	6.25

Distribución del tiempo por actividades, según recurso humano y componente de acción.
1800 horas/año/recurso.

1988

DOCUMENTO NO. 6

PROGRAMACION ANUAL DE ACTIVIDADES"

AÑO: 1,9 88

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL AREA DE SALUD: Santa Rosa

Nombre del Distrito: Barbarena

Nombre y tipo del Establecimiento: Centro de Salud Barbarena

Fecha: 9/11/87 Nombre de la persona responsable: Dr. Hugo Italo Franco Barrera

Cargo: Médico Director

Firma:

Población total jurisdiccional que cubre el establecimiento:

11949

El presente documento representa:

- Programación del Servicio [x]
- Consolidado Puestos del Distrito [ ]
- Consolidado Centros [ ]
- Consolidado Distrito [ ]
- Consolidado Puestos Area [ ]
- Consolidado General del Area [ ]

Recursos Humanos que laboran actualmente en el Servicio (no incluir personal Voluntario).

NUMERO Y TIPO	HORAS CONTRATADAS POR AÑO	INTRA-MUROS	EXTRA-MUROS
1 Medico SPS.	1800	1785	15
1 Enfermera Graduada	1800	1431	369
2 Oficinista I	3600	3600	---
1 Inspector de Saneamiento Amb.	1800	578	1222
1 Técnico en Salud Rural	1800	666	1134
4 Auxiliar de Enfermeria	7200	4355	2845
1 Conserje			

Número de Consultorios funcionando: 2

Horas de trabajo del Servicio: 8 Horas [ ] 24 Horas [ ]

Fué usted capacitado para elaborar esta Programación: SI [x] NO [ ]

Por quién?

En cuántas programaciones ha participado anteriormente?

Observaciones:

Departamento de Planificación y Programación.

DOCUMENTO NO. 6, CONTINUACION

ACTIVIDADES	UNIVERSO	POBLACION A SERVIR %	POBLACION A SERVIR NUMERO	CONCENTRACION	TOTAL DE ACTIVIDADES.	TIPO DE INSTRUMENTOS	DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES A INSTRUMENTOS. %	DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES A INSTRUMENTOS. NUMERO	RENDIMIENTO.	TIEMPO INVERTIDO.	SALDO A TIEMPO.
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(J)	(K)	(L)
1. Total de Consultas de todas las categorías. (incluye Odontológicas)	11949	34	4077	2	8997	Medico	62	5425	5	1055	745
						Enfermera	14	1236	5	258	1542
						Auxiliar	24	2337	5	487	6713
1.1 Total de Consultas Pediátricas (excluye odontológicas).	4791	36	1731	3	4598	Medico	63	2879	6	401	1319
						Enfermera	12	578	5	116	1684
						Auxiliar	25	1141	5	228	6972
1.1.1 Consulta a niños menores de un año.	468	70	328	3	984	Medico	60	591	6	99	1701
						Enfermera	10	98	5	20	1780
						Auxiliar	30	295	5	59	7141
1.1.2 Consultas a Niños de 1 a 4 años.	1347	60	808	3	2424	Medico	60	1455	6	243	1458
						Enfermera	10	242	5	48	1732
						Auxiliar	30	727	5	145	6996
1.1.3 Consultas a Niños de 5 a 14 años.	2976	20	595	2	1190	Médico	70	833	6	139	1319
						Enfermera	20	238	5	48	1684
						Auxiliar	10	119	5	24	6972

Departamento de Planificación y Programación.

DOCUMENTO NO. 6, CONTINUACION

ACTIVIDADES	UNIVERSO	POBLACION A SERVIR		CONCENTRACION	TOTAL DE ACTIVIDADES	TIPO DE INSTRUMENTOS	DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES A INSTRUMENTOS.		RENDIMIENTO.	TIEMPO INVERTIDO	SALDO DE TIEMPO
		%	NUMERO				%	NUMERO			
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(J)	(K)	(L)
1.2 Total de Consultas a mujeres de 15 a 44 años (excluye Odontológicas)	2593	46	1205	3	3258	Medico	54	1747	5	374	945
						Enfermera	13	430	5	85	1599
						Auxiliar	33	1082	5	221	6751
1.2.1 Consulta a Embarazadas.	597	35	209	4	836	Médico	60	501	5	100	1219
						Enfermera	10	84	5	17	1667
						Auxiliar	30	251	5	50	6922
1.2.2 Consulta a Puérperas.	597	15	89	1	89	Medico	60	53	5	11	1208
						Enfermera	10	9	5	2	1665
						Auxiliar	30	27	5	5	6917
1.2.3 Consulta por Planificación Familiar.	2593	10	259	4	1037	Médico	40	415	6	69	1139
						Enfermera	20	207	6	34	1631
						Auxiliar	40	415	6	69	6848
1.2.4 Consulta de Morbilidad General a Mujeres de 15 a 44 años.	2593	25	648	2	1296	Médico	60	778	4	194	945
						Enfermera	10	130	4	32	1599
						Auxiliar	30	389	4	97	6751

Departamento de Planificación y Programación.

DOCUMENTO NO. 6, CONTINUACION

ACTIVIDADES	UNIVERSO	POBLACION A SERVIR. %	POBLACION A SERVIR. NUMERO	CONCENTRACION	TOTAL DE ACTIVIDES.	TIPO DE INSTRUMENTOS.	DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES A INSTRUMENTOS %	DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES A INSTRUMENTOS NUMERO	RENDIMIENTO.	TIEMPO INVERTIDO.	SALDO DE TIEMPO
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(J)	(K)	(L)
1.3 Consultas a hombres de 15 años y más y mujeres de - 45 años y más.	4565	25	1141	1	1141	Medico	70	799	4	200	745
						Enfermera	20	228	4	57	1542
						Auxiliar	10	114	3	38	6713
1.4 Total de Consultas y Tratamientos Odontológicos.											
1.4.1 A niños de 1 a 4 años.											
1.4.2 A niños de 5 a 14 años.											
1.4.3 A Embarazadas.											
1.4.4. A Adultos.											
1.5 Visitas Domiciliarias.											
1.5.1 De Alto Riesgo.	450	100	450	2	900	Médico	70	630	2	315	430
						Enfermera	10	90	2	45	1497
						Auxiliar	20	180	2	90	6623
1.5.2. De Canalización. URBANO	1440	100	1440	3	4320	Enfermera	10	432	50	69	1428
								373	25	119	1309
						Inspector	4	172	50	27	1773
								149	25	47	1726
						Tecnico	26	1123	50	179	1621
								971	25	310	1311
						Auxiliar	60	2592	50	414	6209
								2241	25	717	5492
RURAL	1245	100	1245	3	3735						

Departamento de Planificación y Programación.

DOCUMENTO NO. 6, CONTINUACION

ACTIVIDADES	UNIVERSO	POBLACION A SERVIR		CONCENTRACION	TOTAL DE ACTIVIDADES	TIPO DE INSTRUMENTO	DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES A INSTRUMENTOS		RENDIMIENTO.	TIEMPO INVERTIDO	SALDO DE TIEMPO.
		%	NUMERO				%	NUMERO			
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(J)	(K)	(L)
2. Total de Toma de Muestras para:											
2.1 Baciloscopías Diagnósticas de Tuberculosis Pulmonar.	2987	10	298	2	596	Auxiliar	100	596	8	74	5418
2.2 Baciloscopías en Control de Casos de Tuberculosis Pulmonar.	298	5	15	9	135	Auxiliar=	100	135	8	17	5401
2.3 Búsqueda, Diagnóstico y tratamiento de casos de MALARIA.	1792	25	448	3	1344	Auxiliar	100	1344	6	224	5177
2.4 Citologías (Detección de Cáncer Uterino).	2593	10	259	1	259	Medico	60	155	7	22	408
						Enfermera	10	26	7	4	1305
						Auxiliar	30	78	7	11	5166
2.5 Frotis (Detección Enfermedades Venéreas).	564	5	28	52	1456	Médico	70	1019	6	170	238
						Enfermera	10	146	6	24	1281
						Auxiliar	20	291	6	48	5118
2.6 Laboratorio: Sangre, Heces, Orina, etc.	80	100	80	3	240	Auxiliar	100	240	6	40	5078

Departamento de Planificación y Programación.

DOCUMENTO NO. 6, CONTINUACION

ACTIVIDADES		UNIVERSO	POBLACION A SERVIR. %	POBLACION A SERVIR. NUMERO	CONCENTRACION	TOTAL DE ACTIVIDADES.	TIPO DE INSTRUMENTOS	DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES A INSTRUMENTOS %	DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES A INSTRUMENTOS NUMERO	RENDIMIENTO.	TIEMPO INVERTIDO.	SALDO DE TIEMPO
(A)		(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(J)	(K)	(L)
3. TRATAMIENTOS												
3.1 Tratamientos Con TRO	-1 año	468	30	140	4	560	Auxiliar	100	560	6	93	4985
	1-4 A.	1347	30	404	4	1616	Auxiliar	100	1616	10	162	4823
3.2 Tratamientos Para IRA	-1 Año	468	20	94	4	376	Auxiliar	100	376	6	63	4760
	1-4 A.	1347	20	270	4	1080	Auxiliar	100	1080	10	108	4652
3.3 Tratamiento Ambulatorio Supervisado de Tuberculosis.		3	100	3	140	420	Auxiliar	100	420	12	35	4617
3.4 Tratamientos Odontológicos Preventivos (Aplicacion de Fluoruro).												
3.5 Otros Tratamientos (Hipodermia, Curaciones, etc.)						4350	Auxiliar	100	4350	15	290	4327
3.6 Tratamientos Antirrábicos.												
3.6.1 Esquema Abreviado		30	100	30	10	300	Auxiliar	100	300	15	20	4307
3.6.2 Esquema Clásico.												
3.7 Tratam. Radical de MALARIA												
4. Alimentación Complementaria		900	100	900	12	10800	Auxiliar	100	10800	-	100	4207
5. Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes. (Incluye MALARIA).							Médico				15	223
							Enfermera				24	1257
							Inspector	-			30	1696

Departamento de Planificación y Programación.

DOCUMENTO NO. 6, CONTINUACION

ACTIVIDADES	UNIVERSO	POBLACION A SERVIR.		CONCENTRACION	TOTAL DE ACTIVIDADES	TIPO DE INSTRUMENTO.	DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES A INSTRUMENTOS.		RENDIMIENTO.	TIEMPO INVERTIDO.	SALDO DE TIEMPO
		%	NUMERO				%	NUMERO			
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(J)	(K)	(L)
6. Inmunizaciones											
6.1 D.P.T. en Población menor de un año.	374	100	374	3	1122						
6.2 D.P.T. en Población de uno a a cuatro años.	404	100	404	3	1212	Enfermera	10	725		104	1153
6.3 Antipolio en Población menor de un año.	374	100	374	3	1122						
6.4 Antipolio en Población de uno a cuatro años.	404	100	404	3	1212						
6.5 Sarampión a menores de 1 año	105	100	105	1	105						
6.6 Sarampión a niños 1-4 años.	404	100	404	1	404	TECNICO	20	1456		225	1086
B.C.G. a menores de 1 año.	328	100	328	1	328						
B.C.G. a niños de 1-4 años.	404	100	404	1	404						
B.C.G. en Escolares de primer grado Primario.	413	100	413	1	413	AUXILIAR	70	5097		810	3397
Toxoide Tetánico en Embarazadas.	478	100	478	2	956						
Campaña Antirrábica Vac. Perros	1326	37	500	1	500	Inspector TECNICO	80 20	400 100	20 20	20 5	1676 1041
Cont. Perros Mordelones.	50	100	50	5	250	Inspector	100	250	3	83	1593
Vigilancia de la Calidad del Agua Potable.	2	100	2	12	24	Inspector	100	24	2	48	1545
	2	100	2	2	4	Inspector	100	4	2	8	1537
Toma de Muestras para Control de la Calidad de Alimen.	24	100	24	1	24	Inspector	100	24	2	48	1489

Departamento de Planificación y Programación.

DOCUMENTO NO. 6, CONTINUACION

	ACTIVIDADES	UNIVERSO	POBLACION A SERVIR.		CONCENTRACION	TOTAL DE ACTIVIDADES.	TIPO DE INSTRUMENTOS	DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES A INSTRUMENTOS		RENDIMIENTO	TIEMPO INVERTIDO	SALDO DE TIEMPO.
			%	NUMERO				%	NUMERO			
		(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(J)	(K)	(L)
10.	Inspección [illegible] la											
10.1	A[illegible] habitabilidad [illegible]	150	100	150	1	150	INSPECTOR	100	150	2	75	1414
10.2	A[illegible]	724	100	724	1	724	INSPECTOR	100	724	2	362	1052
10.3	Otras [illegible]	20	100	20	1	20	INSPECTOR	100	20	1	20	1032
	SANEAMIENTO BASICO RURAL											
11.1	Acueducto											
11.2	Pozos	1973	3	60	1	60	INSPECTOR	100	60	54	54	978
11.3	Instalación de Letrinas	2122	11	250	1	250	INSPECTOR TECNICO	90 10	225 25	2 2	450 50	528 1031
11.4	Fosa Séptica											
11.5	Mejoramiento de la Vivienda.											
11.5.1	En Piso											
11.5.2	En techo											
11.5.3	En Paredes											
11.5.4	En Cocina											
11.6	Pequeñas obras de Ingeniería Sanitaria(MALARIA)											

Departamento de Planificación y Programación.

TIPO DE INSTRUMENTO	13. SERVICIOS INTERMEDIOS, COMPLEMENTARIOS Y DE APOYO.													14. CAPACITACION A PERSONAL EN -- SERVICIO.				TIEMPO INVERTIDO.	SALDO DE TIEMPO
	13.1 COMPLEMENTO DE ENFERMERIA EN LA ATENCION MEDICA (HRS.)	13.2 LABORATORIO		13.3 RADIOLOGIA		13.4 CENTRAL DE EQUIPOS.		13.5 PROD. MED. (FARMACIA)		13.6 LAVANDERIA Y ROPERIA.		13.7 NUTRICION Y DIETETICA (COCINA)		14.1 A RECIBIR		14.2 A IMPARTIR			
		#EX	Hrs	#RX	Hrs	#P.	Hrs.	#R.	Hrs.	Lbs.	Hrs.	Rac.	Hrs.	No.	Hrs.	No.	Hrs.		
Medico														2	48	2	48	96	127
Enfermera								100	122					2	48	6	120	290	863
Auxiliar	913					200	250	700	450					2	200			1813	1584
Inspector														2	15			15	513
Técnico														1	15			15	1016
TOTAL:																			

Departamento de Planificación y Programación.

DOCUMENTO NO. 6, CONTINUACION

TIPO DE INSTRUMENTO	15. TRABAJO EN LA COMUNIDAD																TIEMPO INVERTIDO	SALDO DE TIEMPO.
	15.1 ESTUDIOS DE LA COMUNIDAD		15.2 ORGANIZACION COMITES Y GRUPOS COMUNITARIOS		15.3 REUNIONES CON GRUPOS COMUNITARIOS		15.4 REUNIONES CON INST. GUBERNAMENT. Y NO GUBERN.		15.5 PROMOCION COMUNITARIA.		15.6 CAPACITACION O READIESTRAM. DE COMADRONAS		15.7 CAPACITACION PROMOTORES Y OTROS GRS. COM.		15.8 SUPERVISION A PERSONAL VOLUNTARIO.			
	No.	Horas	No.	Horas	No.	Horas	No.	Horas	No.	Horas	No.	Horas	No.	Horas	No.	Horas		
Médico							4	15			2	10	2	10			35	92
Enfermera	2	30	2	40	15	150					2	200			10	80	500	363
INSPECTOR	6	48	4	32	6	48	4	20	8	67			2	16			231	282
Auxiliares			8	90	21	164			10	500	2	50	2	50	12	150	1004	580
Tecnico	10	200	10	200	10	200			5	100			1	90	12	110	900	116
TOTALES:																		

TIPO DE INSTRUMENTO	16. ADMINISTRACION												TIEMPO INVERTIDO.	SALDO DE TIEMPO
	16.1 CONDUCCION DEL SERVICIO (DIRECCION).	16.2 PROGRAMACION EVALUACION Y CONTROL.	16.3 SUPERVISION		16.4 REGISTRO DE INFORMACION	16.5 INTENDENCIA	16.6 REUNIONES DE PERSONAL.		16.7 SECRETARIA.					
			No.	Horas			No.	Horas						
Médico	25	25	8	15			8	27					92	0
Enfermera	25	25	12	60	160		12	93					363	0
INSPECTOR			6	100			12	72	110				282	0
Auxiliar					250		12	330					580	0
Tecnico		20					12	96					116	0
Conserje						1800							1800	0
Oficinista.					200		6	80	332o				3600	0
TOTALES:														

Departamento de Planificación y Programación.

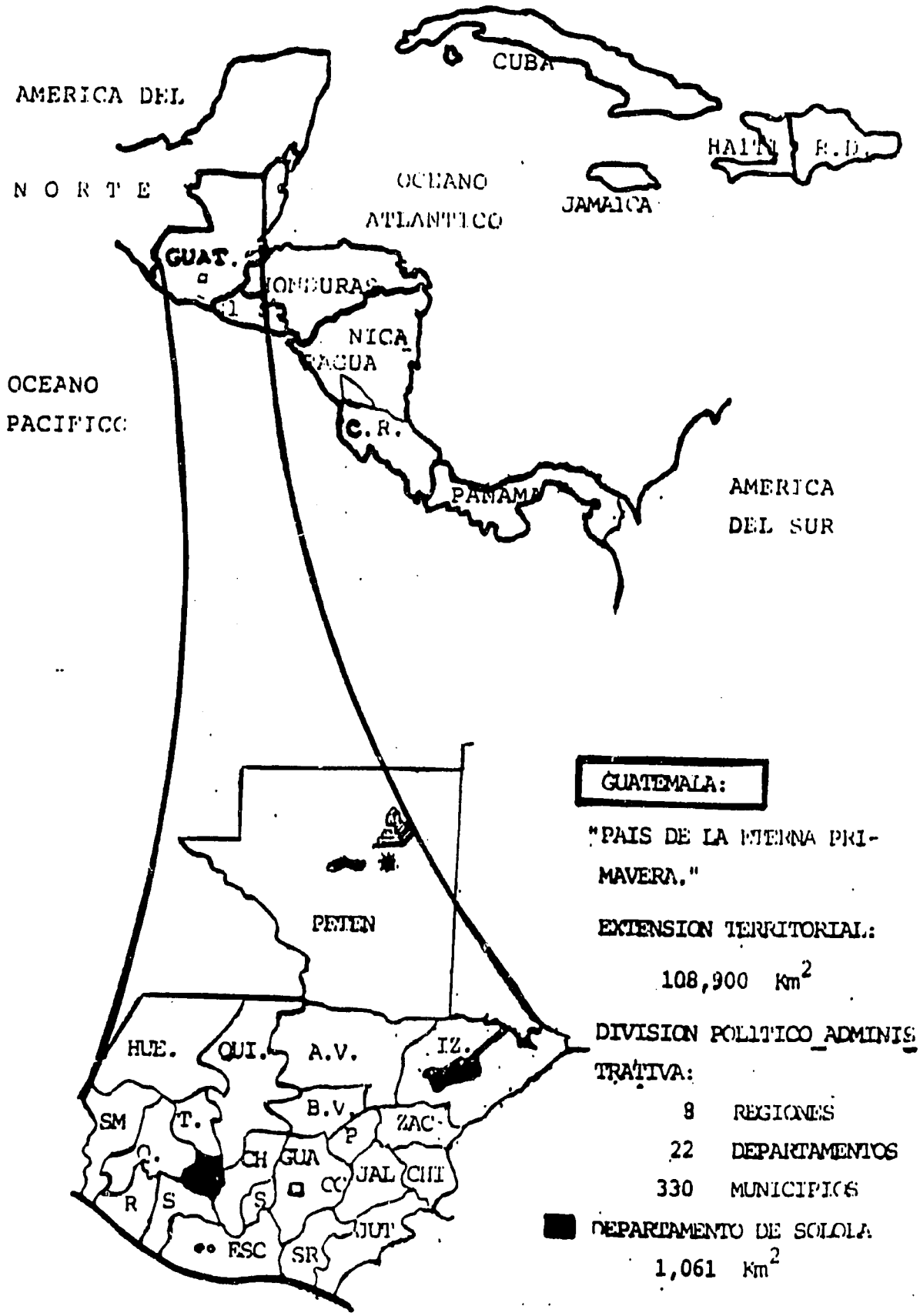
ATENCION COMUNITARIA

17. COMADRONA TRADICIONAL ADIESTRADA												
17.1 PRENATALES			17.2 PARTOS	17.3 PUERPERAS			17.4. PLANIFICACION FAMILIAR			17.5 RECIEN NACIDOS		
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(J)	(K)	(L)	(M)
No. EMBARAZADAS A ATENDER.	No. CONT. POR EMBARAZADA.	TOTAL DE ACTIVIDADES.	NUMERO DE PARTOS A ATENDER	NUMERO DE PUERPERAS A ATENDER.	NUMERO DE CONT. A PUERPERAS.	TOTAL DE ACTIVIDADES.	NUMERO DE SEÑORAS A ATENDER.	NUMERO DE CONTROLES.	TOTAL DE ACTIVIDADES.	No. RECIEN NACIDOS A ATENDER.	NUMERO DE CONTROLES	TOTAL DE ACTIVIDADES.
388	5	1940	537	537	3	1611	17	6	102	537	3	1611

18. PROMOTOR RURAL DE SALUD.												
18.1	18.2	18.3		18.4		18.5		18.6		18.7		18.8
NUMERO DE FAMILIAS EN CONTROL	NUMERO DE VISITAS A FAMILIAS EN CONTROL.	NIÑOS EN CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.		NIÑOS MENORES 5 AÑOS CON EPISODIOS DE:		NUMERO DE TRATAMIENTOS CON SRO A:		NUMERO DE TRATAMIENTOS PARA IRA:		No. DE TRATAMIENTOS A NIÑOS DESNUTRIDOS		OTROS
		18.3.1	18.3.2	18.4.1	18.4.2	18.5.1	18.5.2	18.6.1	18.6.2	18.7.1	18.7.2	
		- 1 A.	1-4 A.	DIARREA	I.R.A.	-1 Año.	1-4 A.	-1 Año	1-4 A.	-1 Año	1-4 A.	
300	1800	—	—	54	36	14	40	9	27	—	—	—

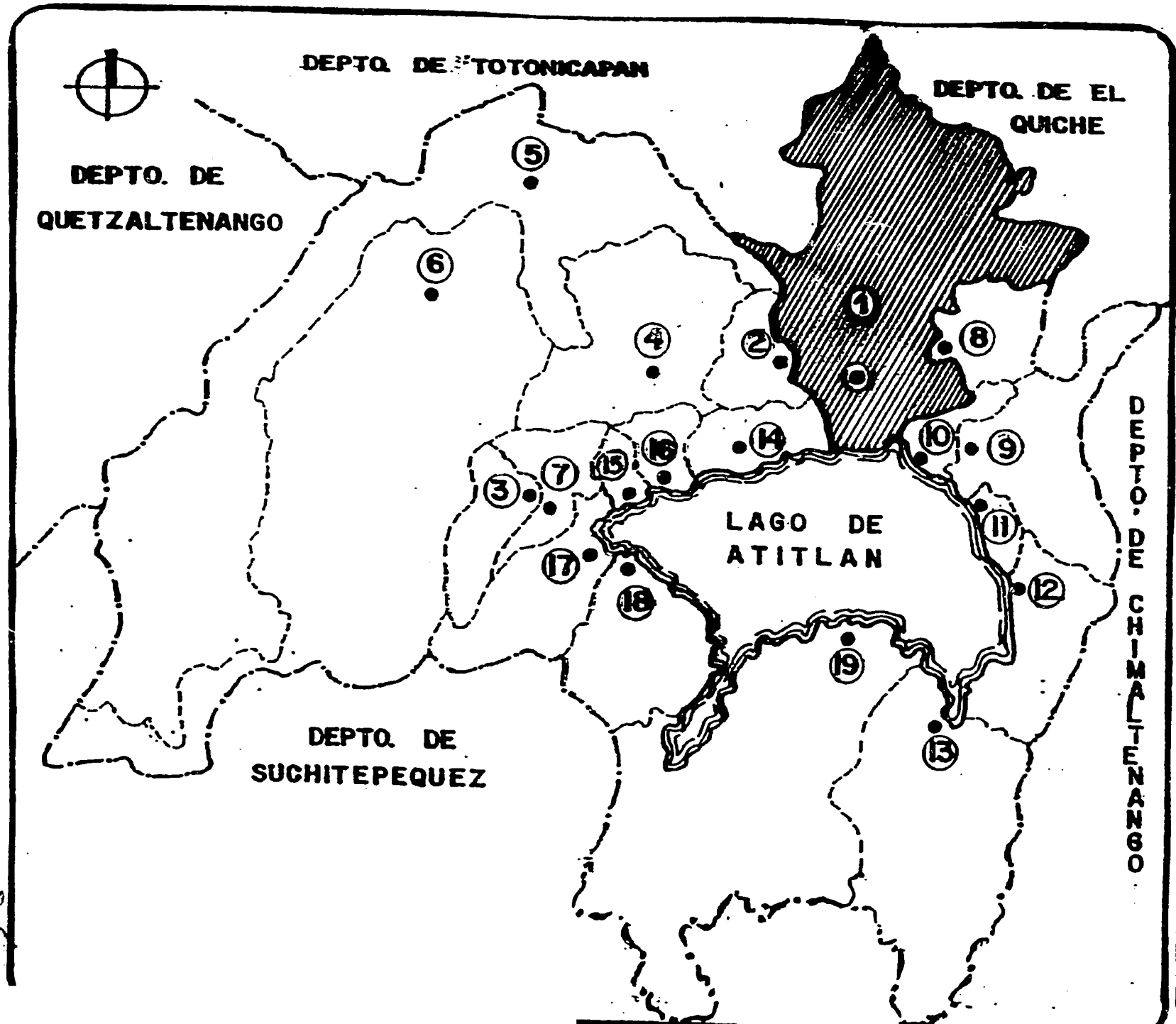
Departamento de Planificación Y programación.

DOCUMENTO NO. 7



314

DOCUMENTO NO. 8

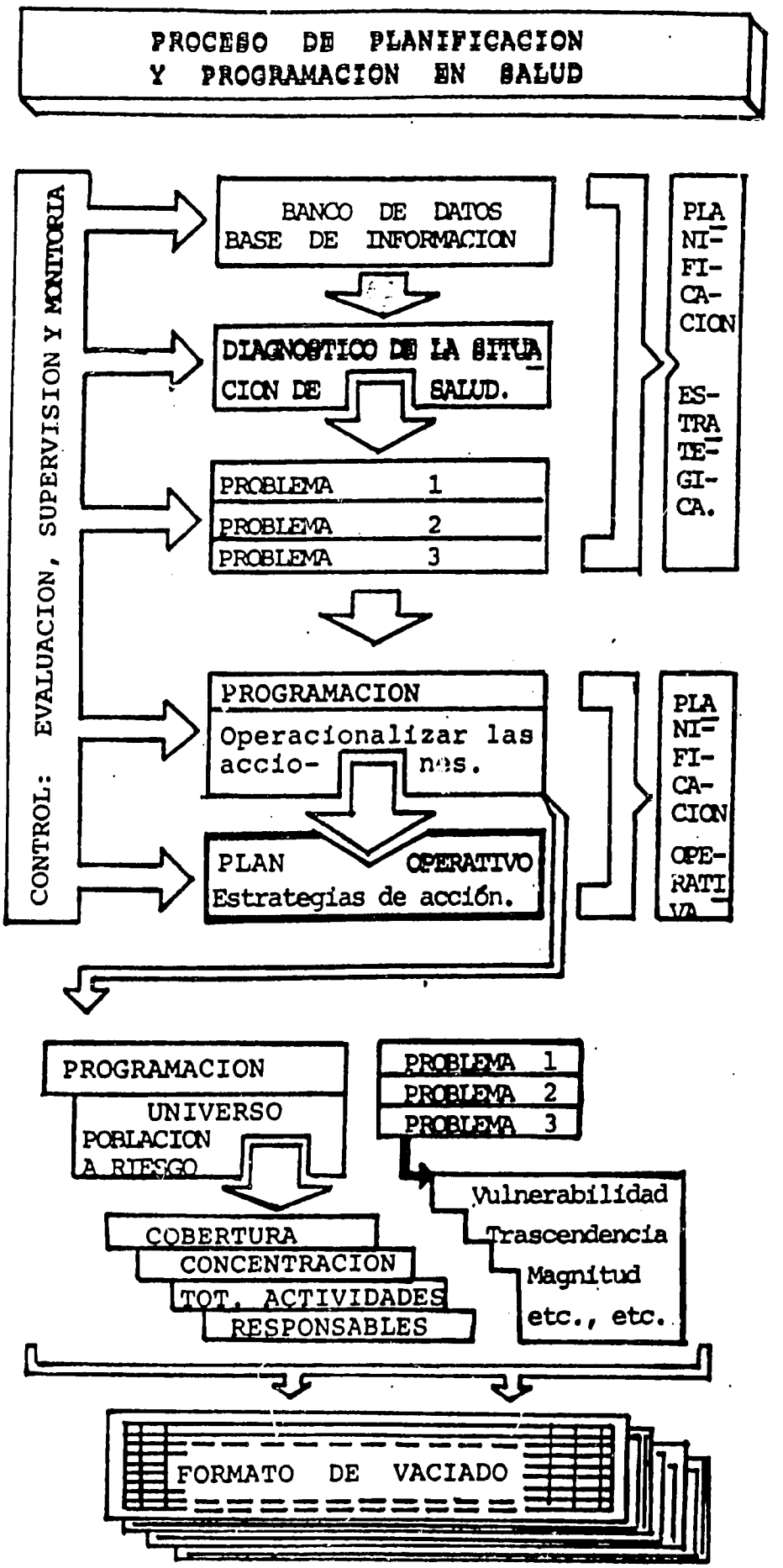


DEPARTAMENTO DE SOLOLA

1 ..SOLOLA (JEFATURA)
2.. SN. JOSE CHACAYA
3.. STA. MARIA VISITACI
4.. STA. LUCIA UTATLAN
5.. NAHUALA
6.. STA. CATARINA IXT HUACAN.
7.. STA. CLARA LA LAGU
8.. CONCEPCION
9.. SN. ANDRES SEMETA BAJ.
10.. PANAJACHEL
11.. STA. CATARINA PALOI
12.. SN. ANTONIO PALOPO
13.. SN. LUCAS TOLIMAN
14.. STA. CRUZ LA LAGUN
15.. SN. PABLO "
16.. SN. MARCOS "
17.. SN. JUAN "
18.. SN. PEDRO "
19.. SATIAGO ATITLAN

315

DOCUMENTO NO. 9



UNIDAD DE PROGRAMACION.

316

DOCUMENTO NO. 10

PROBLEMAS Y FACTORES CONDICIONANTES

FACTORES CONDICIONANTES / PROBLEMA	BIOL	LIGADOS AL ENTORNO	LIGADOS A HABITOS DE VIDA	LIGADOS A SERVICIOS DE SALUD
1. Prevalencia de enfermedades diarréicas en menores de cinco años. 2. Incidencia de infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años. 3. Parasitismo intestinal.		- Inadecuada disposición de excretas. - Consumo de agua contaminada. - Falta de agua potable. - Inadecuada disposición de basuras. - Contaminación por vectores. - Variación estacional.	- Malos hábitos alimenticios e higiénicos. - Falta de escolaridad. - Costumbres y tradiciones. - Pobreza. - Hacinamiento.	- Falta de actividades de educación para la salud. - Poco control sanitario. - Falta de recurso - Falta de seguimiento en los casos - Poca accesibilidad de los servicios de salud para la población. - Falta de participación comunitaria.
4. Desnutrición en menores de cinco años.		- Poca disponibilidad de alimentos. - Falta de recursos económicos. - Falta de aprovechamiento de los recursos alimenticios. - Falta de orientación en cultivos	- Destete prematuro - Costumbre y tradiciones - Escasez de fuentes de trabajo. - Bajo ingreso percápita. - Falta de orientación sobre nutrición.	- Poca orientación sobre la importancia nutricional a la población. - Falta de recursos materiales para orientación a la comunidad. - Inadecuado aprovechamiento de los productos CARE. - Falta de coordinación con otras Instituciones que hacen acciones nutricionales.

DOCUMENTO NO. 11

PROBLEMA: ALTA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES (GECA) EN NIÑOS - 5 AÑOS. (70%).

META (IMAGEN OBJETIVO): TRATAR EL 80% DE CASOS DE DIARREA (GECA) EN NIÑOS - 5 AÑOS.

ACTIVIDAD	UNIVERSO	POBLACION A SERVIR		CONCENTRACION	TOTAL DE ACTIVIDADES	RESPONSABLES	DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES A R	
		%	NUMERO				%	NUMERO
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)
EDUCACION EN SALUD	136,965 familias.	80	109,572	3	328,716	S. de Salud O N G s Municipalidad Iglesias M.de Educació Comunidad	40 15 5 5 10 25	131,486 49,307 16,436 16,436 32,872 82,179
T R O	126,429 (niños - 5 a.)	80	101,143	3	303,429	S.de Salud Comunidad O N G s	30 50 20	91,029 151,715 60,686
DOTACION DE AGUA POTABLE	82,450 (fam)	26	21,567	1	21,567	SCISyN UNEPAR Otras instit.	70 20 10	15,097 4,313 2,157
INSTALACION DE LETRINAS	82.450 (fam)	26	21,567	1	21,567	SCISyN UNEPAR Otras instit.	70 20 10	15,097 4,313 2,157
MANEJO Y DISPOSICION FINAL DE BASURAS	68,482 (fam)	20	13,696	1	13,696	S. de Salud Comunidad O N G s	30 50 20	4,109 6,848 2,739

Ref.Prog. Local Sn.Marcos '90.
Rel.numérica: Pob.tot.- 5 años = 180,613
70 % = 126,429

UNIDAD DE PROGRAMACION.

DOCUMENTO NO. 12

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
REGION No. VI
AREA DE SALUD DE SOLOLA

JASS. 01
HOJA nO. _____

INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACION
DE PROGRAMA LOCAL

1. AREA DE SALUD _____ 2. DISTRITO DE SALUD _____ 3. DEPARTAMENTO _____

4. MUNICIPIO _____ 5. UNIDAD DE SALUD _____

6. PERIODO QUE SE VALUA 7. TRIMESTRE ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 8. AÑO _____

9. PROBLEMA _____

10. OBJETIVO _____

11	12			13			14			15			16			17			18			19	20	21	22
ACTIVIDAD	M.S.P.A.S.			O.N.G.			O.G.			COMUNI-DAD.			MUNICIPA-LIDAD			CLINICAS P.			TOTAL			ASIST. TECNICA	ESTRA-TEGIA	RECUR-SO	TOTAL
	P	R	%	P	R	%	P	R	%	P	R	%	P	R	%	P	R	%	P	R	%				
TOTAL																									
23																							24		25

219

26. ANALISIS

27. MEDIDAS DE AJUSTE

28. NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

29. FECHA DE ELABORACION

320

FORMULARIO DE MEMORIA DEL AÑO 1,989.

1.- Número de consultas institucionales totales:_____
(Incluye todas las edades, todos los programas, todos los recursos, primeras y consultas nuevas, reconsultas y subsecuentes).

2.- Número de visitas domiciliarias:_____
(Incluye visitas por canalización, visitas de alto riesgo, visitas de control de casos por referencia, visitas por tratamiento específicos y visitas por vigilancia epidemiológica).

3.- Número Total de Tratamientos:_____
(Incluye hipodermia, curaciones, suturas, T.B., tratamientos antirrábicos, malaria.)

4.- PAI_____
(Incluye número total de dósis, de todas las edades y de todos los biológicos).

5.- IRA_____
(Incluye número de casos y número de tratamientos de todas las edades).

6.- TRO._____
(Incluye número de casos y números de tratamientos de todas las edades).

7.- SANEAMIENTO AMBIENTAL:
Número de letrinas instaladas:_____
Número de perros vacunados:_____
Número de perros exterminados:_____
Número de Perros controlados:_____
Número de acueductos terminados:_____
Número de visitas a establecimientos públicos y privados:_____
Número de control de alimentos:_____
Número de muestras de agua tomadas:_____

8.- Comunidades:
Número de estudios de la comunidad:_____
Número de comités organizados:_____
Número de reuniones(con comités, voluntarios, OG, ONG)____
Número de adiestramientos (Incluye CATS, PRS; PAS, voluntarios, otros)_____
Número de supervisiones a personal voluntario:_____

NOTA: Por unidad de salud.

FUENTE: Memoria 1,989.

321

ANEXO E

COOPERACION EXTERNA

Informe preparado por la

Lic. Marina Sagastume

SEGEPLAN - Octubre de 1991

322

ANALISIS DE LA COOPERACION EXTERNA OTORGADA AL SECTOR SALUD, PROGRAMAS DE ATENCION PRIMARIA

A. FONDOS ASIGNADOS

Los cuadros No. 5.1 y 5.2 (véase al final de este informe) agrupan las diferentes fuentes de cooperación internacional bi y multilateral que apoyan con donaciones, cooperación técnica y financiera a programas de atención primaria en salud, maternoinfantil, capacitación a comadronas, técnicos en salud rural y miembros de la comunidad. Incluye también proyectos de fortalecimiento institucional, relaciones con A. P. en cuanto a expertos y elaboración de estudios se refiere. La serie se presenta con montos asignados y ejecutados a precios corrientes y constantes (1990), a partir de 1985 a 1992.

A partir de 1986 los aportes de la Cooperación Internacional asignados al Sector Salud en relación a cooperación técnica, financiera y donaciones, dirigidos a los Programas de Atención Primaria y Supervivencia Infantil, se incrementaron significativamente como consecuencia del inicio del proceso democratizador en el país. (Cuadro No. 5.1). Puede observarse en ese mismo cuadro que el incremento en el monto total ofrecido por las Agencias de Cooperación para 1991 es de 50% en relación al total obtenido en 1986.

Es importante señalar que dentro de las principales fuentes de cooperación externa se encuentra la AID, que apoya con programas especiales para el binomio madre-niño tanto con acciones preventivas (vacunas, terapia de rehidratación oral, orientación a la familia, capacitación y programas de planificación familiar) como con aquellos proyectos que contemplan introducción de agua potable y letrinas; montos no contemplados en el cuadro 5.7.

La segunda fuente de relevancia para el Sector la constituye la Comunidad Económica Europea, que apoya un fuerte programa para la Supervivencia Infantil en el área centroamericana, que incluye para Guatemala acciones para el control del embarazo, parto y riesgo materno, control del crecimiento y desarrollo del niño, lactancia materna, vacunas, terapia de rehidratación oral, control de infecciones respiratorias agudas y otros. Los fondos donados por la C.E.E. son administrados por UNICEF en Guatemala. Para 1991, los fondos asignados para APS constituyen el 23% de la cooperación.

El 90% de los fondos aportados por la OPS/OMS y el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá son de cooperación técnica, entendiéndose ésta como fortalecimiento institucional (apoyo de expertos, elaboración de estudios) y equipo mínimo complementario a las actividades de los expertos.

El monto aportado de OPS/OMS al país para cada uno de los años consignados en el cuadro 5.1 es considerablemente más elevado; pero el tipo de aporte no es en apoyo directo a la Atención Primaria en Salud, motivo por el cual se escogieron los proyectos más apropiados y a cada uno se le imputó un porcentaje en APS.

B. FONDOS EJECUTADOS

La información del cuadro 5.2 se refiere a los montos ejecutados por el país desde 1985 a 1991. Al respecto es importante considerar algunos factores que incidieron en la baja ejecución de algunos de los programas a nivel nacional.

a) Condiciones previas de difícil cumplimiento para el primer desembolso, a saber: reajustes, establecimiento de tarifas, liquidación de proyectos anteriores, contratación de expertos y firmas consultoras para elaboración de estudios, diseños, etc.

b) Falta de actitud gerencial en la administración de los proyectos en ejecución.

c) Deficiente programación, presupuestación y asignación de recursos, principalmente de contrapartida local.

d) Lentitud por parte de las instituciones de gobierno para tramitar procedimientos, licitaciones y adjudicaciones.

e) Ley de compras y contrataciones no adecuadas a los cambios monetarios del país.

f) Falta de recursos del país para el aporte local (contrapartida nacional).

Como se observa en el cuadro 5.2, el porcentaje de lo ejecutado para los programas de la AID durante los años 1986 y 1987 es bajo. Incidió en ello la falta de fondos de contraparte nacional y la lentitud burocrática en el manejo administrativo.

En el año 1990, para esa misma agencia, se mantuvo sin mayor ejecución el proyecto de "Inmunizaciones y Terapia de Rehidratación Oral", al cual se le practicó una auditoría externa, razón por la que el porcentaje de ejecución para 1990 bajó a un 54%.

En cuanto se refiere al apoyo de la CEE/ITALIA, el Programa de Supervivencia Infantil financiado con dichos fondos es ejecutado por el propio Ministerio de Salud Pública y su Departamento Maternoinfantil.

Se considera que el apoyo de UNICEF en la administración de fondos en cuanto a compras se refiere ha influido en una eficiente ejecución. El porcentaje promedio se mantuvo, desde el inicio del proyecto en 1986, en un 93%.

La OPS/OMS y el INCAP manejan sus propios recursos y proyectos, que se caracterizan por apoyar el fortalecimiento institucional (elaboración de estudios). Como se aprecia en el mismo cuadro 5.2 el peso porcentual mayor según la distribución del apoyo por agencias, lo tiene AID y la CEE.

C. FONDOS PROVENIENTES DE ONGs

El cuadro 5.3 muestra el apoyo financiero que Organizaciones no Gubernamentales prestan al país en aspectos de salud, en el área maternoinfantil, cuyos montos son altamente significativos en la ejecución de proyectos en el área rural. Las ONGs ejecutan en un 100% los recursos programados o asignados para cada año.

No fue fácil definir las ONGs de mayor relevancia que apoyan al Sector Salud en Programas de Atención Primaria. Inicialmente se consultó el Directorio de Organizaciones Privadas y de acuerdo a los montos brindados al Sector Público, se escogieron a cinco que aportaban los fondos más considerables entre todas las que atienden al Sector. Se entrevistaron las personas de más alta jerarquía en cada institución seleccionada y de acuerdo a la información brindada por programas atendidos, finalmente se escogieron tres de ellas: Rotary International, Christian Children's Fund y Visión Mundial, cuya modalidad de apoyo está dirigida a acciones preventivas de salud: inmunizaciones, tratamientos de rehidratación oral, fortalecimiento de la planificación familiar, amamantamiento, nutrición, agua potable, letrinas y capacitación a la población beneficiaria de los proyectos. Lamentablemente, para este tipo de organizaciones no pudo obtenerse la información por regiones.

El cuadro 5.4 muestra un consolidado de los aportes más significativos que recibe el Sector Salud para programas de Atención Primaria en Salud y Supervivencia Infantil, en el cual se aprecia el incremento de los montos que ONGs destinan al Sector Salud, principalmente a partir de 1986. Para 1989 la ayuda recibida se había casi triplicado comparándola con el año 1986. Para 1989, del total recibido por el Sector, el 40% corresponde a aportes de las tres ONGs investigadas.

C1 - VISION MUNDIAL

Esta Organización principió a funcionar en Guatemala en 1975, y su filosofía radica en la motivación a las personas para que éstas actúen en favor de su desarrollo, definiendo sus propias necesidades bajo la dirección del Comité de Vecinos formado en cada comunidad, mediante la implementación de 3 tipos de proyectos:

1. De desarrollo integral
2. Especiales
3. De emergencia y rehabilitación

1. Proyectos de desarrollo integral

Están dirigidos a niños, familias y comunidades y se agrupan en las siguientes categorías:

a) **Salud y Nutrición**
Se promueve la salud y la prevención de enfermedades, sin desatender la medicina curativa. Se capacita a las madres en preparación de dietas balanceadas y en el cumplimiento de la dieta regular de los niños, se promueve asimismo la organización de grupos de mujeres.

b) **Vivienda**
Se brinda apoyo técnico y materiales para la construcción y mejoramiento de viviendas.

c) **Educación No Formal**
Este tipo de apoyo enfatiza el trabajo de grupos donde se comparten experiencias, problemas y soluciones.

d) **Educación Formal**
Se apoya la construcción de escuelas y salones de clase, se financia el pago de maestros en coordinación con el Ministerio de Educación, se proporcionan útiles y se motiva a los padres de familia mediante charlas para que envíen a sus hijos a la escuela.

e) **Organización y Participación de la Mujer**
Se motiva para realizar y fortalecer el rol de la mujer en el desarrollo de la comunidad.

f) **Economía**
Se apoyan proyectos en el área agrícola, artesanal y de confección que representen nuevas formas de producción y de generación de ingresos para la población.

g) **Infraestructura**
Se promueve la introducción de servicios básicos: agua potable, letrinas, caminos vecinales y otros.

2. <u>Proyectos especiales</u>

Los proyectos denominados especiales identifican áreas o sectores que necesitan ayuda técnica especial y se canalizan recursos para su desarrollo.

3. <u>Proyectos de prevención, emergencia y rehabilitación</u>

En áreas conocidas como vulnerables a catástrofes de diferente tipo (sociales, económicas, políticas o naturales) se promueven programas de prevención. Se contempla apoyo técnico y económico en cualquier tipo de emergencia, en el país.

Visión Mundial en Guatemala atiende a 235 Comunidades de 15 Departamentos y ejecuta 35 proyectos; teniendo cada uno de ellos 4 personas que son financiadas con recursos de la organización. El personal con que cuenta es el siguiente:

1 Jefe de grupo
1 Facilitador de desarrollo
1 Facilitador zonal
1 Facilitador administrativo
1 Supervisor por cada cinco comunidades

Las características principales de los programas que apoya Visión Mundial son:

a) Los proyectos son propiedad de la comunidad
b) Se apoya con asesoría para la elaboración del proyecto
c) Se utilizan recursos propios del lugar
d) La comunidad maneja su propio presupuesto
e) Los proyectos se revalidan cada año

Se considera que los fondos destinados al sector salud ascienden al 30% del presupuesto anual de la organización.

C2 - ROTARY INTERNACIONAL

El Club Rotary apoya a la población guatemalteca con diversos programas, algunos de los cuales tienen como finalidad elevar el nivel de salud de los países en vías de desarrollo. Entre éstos se encuentran:

1. Prevención Contra la Poliomielitis

Este programa ha sido seleccionado como el de mayor prioridad. Su finalidad es prevenir la poliomielitis a través del suministro de vacunas. En 1984, el Club Rotario de la Ciudad de Guatemala solicitó a la Fundación Rotaria ser elegible para un programa de inmunización de la poliomielitis durante cinco años. El programa se ha desarrollado a partir de 1986 y los donativos se realizan en especie por intermedio de la OPS en Guatemala. Además de donar las vacunas, los Rotarios realizan las siguientes labores:

a) Supervisión de la distribución de la vacuna y su aplicación.
b) Promoción de las jornadas de vacunación.
c) Ayuda para la cadena de frío.
d) Alimentos para las personas que vacunan.
e) Transporte para vacunadores.
f) Transporte de quienes desean vacunarse.
g) Promoción de movilización social.

Estas actividades se coordinan con el Ministerio de Salud Pública, la OPS/OMS, UNICEF, la AID y otros Clubes de servicio, lo que ha permitido que los programas se ejecuten en forma eficiente y creativa, además de optimizar la utilización de los recursos disponibles. Durante 1991 se realizó una evaluación del programa, cuyos resultados fueron satisfactorios, por lo que Guatemala está en la capacidad de solicitar una tercera donación por US$374.000 que apoyará el programa hasta 1993.

ROTARY - FONDOS ASIGNADOS AL PROGRAMA DE 1985 A 1991
(EN DOLARES)

AÑOS	VACUNAS	MOVILIZACION SOCIAL	ERRADICACION	ASISTENCIA TECNICA	TOTAL
1985	3,200	----------	----------	---------	3,200
1986	1,269	7,577	2,400	---------	11,246
1987	148,398	6,000	----------	---------	154,398
1988	166,599	3,000	----------	---------	169,599
1989	148,452	37,723	37,500	---------	223,675
1990	924,887	116,400	110,100	---------	1,306,387
1991*	1,421,600	175,700	150,000	150,000	1,897,300
TOTAL	2,814,405	346,400	300,000	150,000	3,610,805

* Se sumó la subvención adicional para 1991.

COBERTURAS DE VACUNACION EN GUATEMALA
1989 Y 1990

POBLACION MENOR DE UN AÑO	1989	1990
	339,385	349,847
% OPV3	58.0	74.0
% DPT3	50.0	66.0
% SARAMPION	54.0	68.0
% BCG	21.0	62.0

CASOS VERIFICADOS DE ENFERMEDADES PAI
NUMERO DE CASOS DE SARAMPION, POLIOMIELITIS, DIFTERIA Y TOS FERINA
NOTIFICADOS DESDE 1/1/90 A DICIEMBRE 1990

ENFERMEDADES	1989	1990
Sarampión	2,413	8,802
Poliomielitis	-	-
Tétanos		
No Neo-Natal	21	22
Neo-Natal	113	50
Difteria	10	2
Tos Ferina	145	138

Fuente: OPS/OMS / Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI / 1991

2. **Proyecto de Terapia de Rehidratación Oral (TRO)**

El 10 de diciembre de 1990 los entonces 7 Clubes Rotarios de la Ciudad de Guatemala suscribieron una carta de entendimiento con UNICEF, en cuanto a la ejecución del programa de terapia de rehidratación oral (TRO), cuyo objetivo es disminuir la enfermedad y mortalidad causada por deshidratación por diarrea en el país. Hasta mediados de abril de 1991, los logros principales del proyecto han sido:

a) Preparación e iniciación de una campaña de promoción y difusión de medidas sanitarias tendientes a evitar la diarrea.

328

b) Distribución de 130,000 sobres de sales de rehidratación, proporcionadas por UNICEF.

c) Se ha logrado involucrar en el proyecto a entidades no gubernamentales como ANACAFE, ASINDES, FUNDAZUCAR y SHARE. Las actividades de estas entidades son coordinadas por la Comisión Rotaria.

d) Se ha preparado material didáctico a ser usado por el Ministerio de Desarrollo en su programa de capacitación alimenticia para mujeres.

e) Se han conseguido varios patrocinadores para la producción de bolsas de agua distribuidas con las sales y para la impresión de materiales de promoción y didácticos.

Además, en vista de que la contribución financiera de UNICEF no será permanente, se está investigando y promoviendo la posibilidad de producir localmente las sales adecuadas, a menor costo que las importadas y además, se está preparando el proyecto de una Fundación Rotaria, que se encargará en un futuro del mismo.

D. CONSOLIDADO AGUA POTABLE, LETRINAS Y CAPACITACION

A criterio del grupo técnico que apoyó en este trabajo, se determinó que los recursos brindados por la cooperación externa para Programas de Agua Potable y Saneamiento, debería presentarse en forma separada por las siguientes razones:

a) Los montos invertidos en programas de agua potable rural son considerables, lo que podría sesgar la información específica de montos otorgados a la atención primaria en salud (programas preventivos).

b) La inversión está orientada principalmente a la construcción de acueductos rurales.

c) Los montos asignados a la capacitación en salud oscilan entre el 2 o 3% de la inversión en agua potable y saneamiento.

Puede observarse en el cuadro 5.7 que el incremento de los montos asignados se mantuvo en línea creciente hasta 1988, año en el cual Guatemala tuvo serios problemas en el pago de comisiones de compromiso e intereses por mora, lo que ocasionó el cierre de las ventanillas de organismos como el Banco Interamericano de Desarrollo - BID -, Institución que tiene los porcentajes más altos de ayuda externa en el período 1986 - 1989.

A partir de 1988 se inició en el Sub-sector Agua Potable un proyecto con KFW de Alemania para introducir agua potable en los departamentos de: Totonicapán, Quiché y Huehuetenango.

El aporte de UNICEF y ACDI - Canadá puede catalogarse de modesto, pero está dirigido a poblaciones de menos de 500 habitantes en el área rural, que constituyen las poblaciones menos atendidas no solo por su ubicación geográfica sino por la dispersión en que se encuentran. UNICEF ha incrementado su ayuda a este estrato de población de Q1,099,043 1985 a Q2,150,000 en 1990 (en quetzales de 1990).

E. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

E.1 Conclusiones

a) El apoyo financiero de la AID para 1989, representó el 71.3% de la cooperación otorgada al Estado por fuentes externas en el área de atención primaria en salud.

b) El Programa de Supervivencia Infantil financiado con fondos de la CEE se ha ejecutado con eficiencia. Se inicia en 1986 y finaliza en 1991.

c) El aporte financiero de las ONGs investigadas en el área maternoinfantil es significativo; para el año 1989, representó el 40% sobre el total de fondos externos para APS que recibió el Sector Salud y para 1990 significó el 60% del aporte global.

d) El componente de capacitación y educación en los programas de Atención Primaria es escasamente el 5% del monto total de cada proyecto, lo que constituye una limitante para el desarrollo de las comunidades, en cuanto a salud preventiva se refiere.

e) La falta de vinculación entre los programas de agua y saneamiento y la Atención Primaria en Salud es una limitante, que puede haber influido para no haber logrado cambios significativos en la incidencia de enfermedades gastrointestinales [1].

f) Se aprecia la falta de una política de cooperación financiera externa y de financiamiento para los sectores sociales.

g) No existe planificación sectorial ni global a mediano y largo plazo, sino únicamente se cuenta con formulación de programas de corto plazo.

h) La administración de los fondos propios del país es inadecuada, por lo que los recursos nacionales asignados y los provenientes de préstamos o donaciones externas, no han fluido con la oportunidad debida, para ejecutar en forma eficiente los proyectos programados.

i) No existe un programa de desarrollo institucional eficiente y continuo, que eleve la capacidad administrativa y de ejecución en el sector.

j) La participación de la comunidad en la solución de los problemas de agua y saneamiento y prevención de enfermedades ha sido limitada, lo que no ha permitido soluciones conjuntas de beneficio, tanto de la población como para las instituciones involucradas en la ejecución de programas.

k) La existencia de información sobre cooperación externa no es suficiente, en especial sobre aspectos de ejecución financiera. La información no está registrada por regiones geográficas.

---

[1] Evaluación Nacional del Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y Saneamiento 1981 - 1990. COPECAS, Marzo 1990.

E.2 Recomendaciones

a) Negociar con AID para el período 91 - 95 programas en el Sector Salud, con énfasis en acciones preventivas que contemplan la participación comunitaria.

b) Iniciar acciones a nivel centroamericano, tendientes a solicitar a la CEE, una ampliación al Programa de Supervivencia Infantil.

c) Realizar reuniones periódicas y sistematizadas con ONGs, para la ejecución de proyectos en forma coordinada, tendientes a satisfacer las demandas prioritarias de la población.

d) Velar porque el componente de capacitación y educación en cada proyecto que se suscribe sea no menor del 30% del monto total recibido, para lograr de esa manera el desarrollo efectivo de la población.

e) El Ente de Planificación del Estado - SEGEPLAN - y el M.S.P. y A.S. deben promover la coordinación entre los Programas de Agua y Saneamiento y los de Atención Primaria en Salud, para lograr mejorar la salud de la población.

f) La SEGEPLAN, en coordinación con el Ministerio de Finanzas Públicas y el Banco de Guatemala, deberían formular una política de cooperación financiera externa y de financiamiento para los Sectores Sociales.

g) Formular planes, programas y proyectos sectoriales a mediano y largo plazo, que contemplen acciones de carácter preventivo y que impulsen el desarrollo sostenido.

h) La SEGEPLAN y el M.S.P. y A.S. deberán velar porque los proyectos de desarrollo institucional fortalezcan la capacidad del recurso humano institucional en la planificación y formulación de proyectos en el Sector.

i) Orientar los proyectos de "fortalecimiento institucional", financiados con recursos de la cooperación técnica internacional, para desarrollar la capacidad de administración financiera de las Instituciones que conforman el Sector.

j) Promover entre las Instituciones y Unidades Ejecutoras del Sector Salud, la implementación de un programa de desarrollo institucional con énfasis en el manejo administrativo.

k) Promover en los proyectos ejecutados por el Sector la participación comunitaria, para lograr una solución a la problemática de salud.

l) Implementar tanto en la SEGEPLAN como en el M.S.P. y A.S. un Sistema de Monitoreo y Seguimiento de Proyectos compatibles, que contemple la ejecución financiera de los mismos por región del país.

CUADRO 5.1 SUPERVIVENCIA INFANTIL Y ATENCION PRIMARIA EN SALUD. FONDOS DE COOPERACION TECNICA, FINANCIERA Y DONACIONES DE ORGANISMOS INTERNACIONALES Y BILATERALES. En quetzales corrientes.

ORGANISMO	FONDOS: ASIGNADOS 2/						FONDOS: PROGRAMADOS O PREVISTOS	
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
A.I.D.	41,000	3,001,000	7,366,000	7,748,000	12,362,000	16,671,000	10,838,000	2,033,000
CEE/ITALIA		3,634,000	3,919,000	3,858,000	3,339,000	2,266,000	4,071,000	DND
UNFPA 1/		----	----	----	202,000	379,000	848,000	571,000
OPS/OMS		1,870,000	1,838,000	1,088,000	1,584,000	525,000	1,906,000	DND
INCAP	125,000	283,000	518,000	446,000	503,000	91,000	DND	DND
TOTAL	166,000	8,788,000	13,641,000	13,140,000	17,990,000	19,932,000	17,663,000	2,604,000

EN QUETZALES CONSTANTES DE 1990 3/

ORGANISMO	FONDOS: ASIGNADOS 2/						FONDOS: PROGRAMADOS O PREVISTOS	
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
A.I.D.	106,025	5,865,910	12,817,122	12,165,175	17,430,908	16,671,000	10,838,000	2,033,000
CEE/ITALIA		7,103,206	6,819,210	6,057,466	4,708,122	2,266,000	4,071,000	DND
UNFPA		----	----	----	284,828	379,000	848,000	571,000
OPS/OMS 2/		3,655,199	3,198,190	1,708,274	2,233,503	525,000	1,906,000	DND
INCAP	323,248	553,167	901,340	700,267	709,250	91,000	DND	DND
TOTAL	429,273	17,177,482	23,735,862	20,631,182	25,366,610	19,932,000	17,663,000	2,604,000
EVOLUCION 1986 = 100		100	138	120	148	116	103	15

Archivo: Cuad5-1.wk1 R: A1..T45 LM: 1.1" TM: 1.25"

FUENTE: Depto. de Supervivencia Infantil, Unidad de Planificación Familiar del M.S.P. y A.S., AID Proyecto 339 y Organización Panamericana de la Salud OPS e Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

NOTAS:

1/ El proyecto se inició en 1989.

2/ Fondos quetzalizados al tipo de cambio promedio prevaleciente en cada año. Banco de Guatemala. Mercado de Divisas.

a) 1985 = Q.2.50 x $1 b) 1986 = Q.2.50 x $1 c) 1987 = Q.2.50 x $1
d) 1988 = Q.2.70 x $1 e) 1989 = Q.2.79 x $1 f) 1990 = Q.3.63 x $1

3/ Estadísticas Banco Mundial, año base 1990.

a) 1985 = 0.3867 b) 1986 = 0.5116 c) 1987 = 0.5747
d) 1988 = 0.6369 e) 1989 = 0.7092 f) 1990 = 1.000

DND = Dato No Disponible.

332

CUADRO 5.2 SUPERVIVENCIA INFANTIL Y ATENCION FRIMARIA EN SALUD FONDOS DE COOPERACION TECNICA, FINANCIERA Y DONACIONES DE ORGANISMOS INTERNACIONALES Y BILATERALES. En quetzales corrientes.

ORGANISMO	FONDOS EJECUTADOS											
	1985	% 1/	1986	% 1/	1987	% 1/	1988	% 1/	1989	% 1/	1990	% 1/
A.I.D.	16,000	39	1,616,000	54	2,051,000	28	9,015,000	116 3/	11,8[illegible]4,000	96	8,943,000	54
CEE/ITALIA	---		3,316,000	91	3,660,000	94	3,603,000	94	3,128,000	94	2,135,000	94
UNFPA	---		---		---		---		135,000	67	346,000	92
OPS/OMS	---		1,570,000	84	1,405,000	76	608,000	56	1,006,000	64	1,452,000	76
INCAP	125,000	100	283,000	100	518,000	100	446,000	100	503,000	100	91,000	100
TOTAL	141,000		6,785,000		7,634,000		13,672,000		16,626,000		12,967,000	
EVOLUCION 1986=100			100		113		202		245		191	

(EN QUETZALES CONSTANTES 1990)

ORGANISMO	FONDOS EJECUTADOS											
	1985	% 2/	1986	% 2/	1987	% 2/	1988	% 2/	1989	% 2/	1990	% 2/
A.I.D.	41,376	11	3,158,718	24	3,568,819	27	14,154,498	66	16,714,608	71	8,943,000	69
CEE/ITALIA	---		6,481,626	49	6,368,540	48	5,657,089	26	4,410,604	19	2,135,000	16
UNFPA	---		---		---		---		190,355	1	346,000	3
OPS/OMS	---		3,068,804	23	2,444,754	18	954,624	4	1,418,500	6	1,452,000	11
INCAP	323,248	89	553,167	4	901,340	7	700,267	3	709,250	3	91,000	1
TOTAL	364,624	100 %	13,262,314	100 %	13,283,452	100 %	21,466,478	100 %	23,443,316	100 %	12,967,000	100 %
EVOLUCION 1986 = 100			100		100		162		176		98	

FUENTE: Depto. de Supervivencia Infantil, Unidad de Planificación Familiar del M.S.P. y A.S., AID, proyecto 339 y Organización Panamericana de la Salud OPS e Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

Archivo: Cuad5-2.wk1 R: A1..AA52 LM: 1" TM: 1"

NOTAS:
1/ Porcentaje Ejecutado en relación al Asignado.
2/ Porcentaje de distribución entre Agencias.
3/ Razón del Incremento Ejecutado no reportado.

Cuadro 5.3 PROGRAMA MATERNO INFANTIL Y ATENCION PRIMARIA EN SALUD. FONDOS DE COOPERACION TECNICA, FINANCIERA Y DONACIONES DE ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES. En quetzales corrientes y en quetzales de 1990.

ONG	FONDOS: ASIGNADOS Y EJECUTADOS 1/ y 2/												FONDOS: PROGRAMADOS O PREVISTOS			
	1985	%	1986	%	1987	%	1988	%	1989	%	1990	%	1991	%	1992	%
ROTARY INTERNATIONAL	8,000	2	28,115	1	385,995	7	457,917	6	646,421	6	4,742,185	24	9,486,500	56	18,054,025	70
CRISTIAN CHILDREN FOUND	775,000	37	900,000	32	2,500,000	47	5,000,000	63	7,500,000	68	10,000,000	51	DND		DND	
VISION MUNDIAL	1,273,252	61	1,881,952	67	2,423,124	46	2,477,797	31	2,917,773	26	4,726,125	24	7,344,276	44	7,721,366	30
TOTAL	2,056,252	100	2,810,067	100	5,309,119	100	7,935,714	100	11,064,194	100	19,468,310	100	16,830,776		25,775,391	

EN QUETZALES CONSTANTES 1990 3/

ONG	FONDOS: ASIGNADOS Y EJECUTADOS												FONDOS: PROGRAMADOS O PREVISTOS			
	1985	%	1986	%	1987	%	1988	% 4/	1989	%	1990	%	1991	%	1992	%
ROTARY INTERNATIONAL	20,688		54,955		671,646	100	718,978	107.	911,479	135.	4,742,185	706.	9,486,500		18,054,025	
CRISTIAN CHILDREN FOUND	2,004,138		1,759,187		4,350,096	100	7,850,526	180.	10,575,296	243.	10,000,000	229.	DND		DND	
VISION MUNDIAL	3,292,609		3,678,361		4,216,329	100	3,890,402	92.2	4,114,175	97.5	4,726,125	112.	7,344,276		7,721,366	
TOTAL	5,317,435		5,492,703	100	9,238,070	168	12,459,906	227	15,600,950	284	19,468,310	354	16,830,776	306	25,775,391	469

FUENTE: Las representaciones de los Organismos en Guatemala.

Archivo: Cuad5-3.wk1 R: A1..AJ42 LM: 0" TM: 1"

NOTAS:

1/ Fondos Expresados en Quetzales al tipo de cambio promedio de cada año. Banco de Guatemala.

a) 1985 = Q.2.50 x $1 b) 1986 = Q.2.50 x $1 c) 1987 = Q.2.50 x $1

d) 1988 = Q.2.70 x $1 e) 1989 = Q.2.79 x $1 f) 1990 = Q.3.63 x $1

2/ Instituciones Internacionales Privadas que ejecutan el 100% de lo asignado.

3/ Estadísticas Banco Mundial Año Base 1990.

4/ Porcentaje tomando como base 1987 = 100

DND = Dato no disponible.

Cuadro 5.4 CONSOLIDADO SUPERVIVENCIA INFANTIL Y ATENCION PRIMARIA EN SALUD. APORTES DE ORGANISMOS INTERNACIONALES, BILATERALES Y ONG'S
FONDOS EJECUTADOS – En quetzales constantes de 1990.

ORGANISMO	1985	%	1986	%	1987	%	1988	%	1989	%	1990	%
A. ORG. INTERNACIONALES Y BILATERALES												
A.I.D.	41,376	11	3,158,718	24	3,568,819	27	14,154,498	66	16,714,608	71	8,943,000	69
CEE/ITALIA 1/	---		5,481,626	49	6,368,540	48	5,657,089	26	4,410,604	19	2,135,000	16
UNFPA	---		---		---		---		190,355	1	346,000	3
OPS/OMS	---		3,068,804	23	2,444,754	18	954,624	4	1,418,500	6	1,452,000	11
INCAP	323,248	89	553,167	4	901,340	7	700,267	3	709,250	3	91,000	1
SUB-TOTAL	364,624	100	13,262,314	100	13,283,452	100	21,466,478	100	23,443,316	100	12,967,000	100
B. ONG'S												
ROTARY INTERNATIONAL	20,688	0.4	54,955	1	671,646	7	718,978	6	911,479	6	4,742,185	24
CRISTIAN CHILDREN FOUND	2,004,138	38	1,759,187	32	4,350,096	47	7,850,526	63	10,575,296	68	10,000,000	51
VISION MUNDIAL	3,292,609	62	3,678,561	67	4,216,328	46	3,890,402	31	4,114,175	26	4,726,125	24
SUB-TOTAL	5,317,435	100	5,492,703	100	9,238,070	100	12,459,906	100	15,600,950	100	19,468,310	100
TOTAL	5,682,059		18,755,017		22,521,522		33,926,384		39,044,267		32,435,310	
EVOLUCION 1986 = 100				100		120		181		208		173

FUENTE: Cuadro 5.2 y 5.3.
1/ El proyecto se inició en 1986.
DND = Dato No Disponible.

Archivo: CUAD5-4.wk1 R: A1..AA45 LM: .8" TM: 1.25"

135

Cuadro 5.5 FONDOS ASIGNADOS A SOBREVIVENCIA INFANTIL Y ATENCION PRIMARIA EN SALUD POR LA COMUNIDAD ECONOMICA EUROPEA/ITALIA* – AÑO 1989.
En quetzales de 1989 y en quetzales de 1990

(EN QUETZALES CORRIENTES)

REGION Y AREA	TOTAL DE FONDOS ASIGNADOS	%	CONTROL DEL CRECI.Y DES. DEL NINO	LACTAN. MATERNA Y ALIMENTACION AL DESTETE	PAI	CONTROL ENF. DIARREAS Y TRO.	IRA
REGION METROPOLITANA	422,727	13	17,979	9,060	92,483	233,125	70,080
REGION NORTE	139,033	4	16,977	5,270	53,795	151,660	47,331
REGION NOR-ORIENTAL	518,668	16	35,060	10,739	85,244	304,289	83,316
REGION SUR-ORIENTAL	405,903	12	27,586	8,023	61,891	228,063	60,340
REGION CENTRAL	468,715	14	27,324	10,333	105,472	239,333	86,253
REGION SUR-OCCIDENTAL	858,894	26	48,085	18,183	185,613	466,558	140,455
REGION NOR-OCCIDENTAL	522,683	16	26,207	10,668	108,881	297,347	77,580
TOTAL	3,336,623	100	201,238	72,276	713,379	1,920,375	565,355
DISTRIBUCION	100		6	2	21	58	17

(EN QUETZALES CONSTANTES DE 1990)

REGION Y AREA	TOTAL DE FONDOS ASIGNADOS	CONTROL DE CRECI.Y DES DEL NINO	LACT. MATERN Y ALIMENT. AL DESTETE	PAI	CONTROL ENF. DIARREAS Y TRO.	IRA
REGION METROPOLITANA	596,062	25,351	12,775	130,405	328,715	98,816
REGION NORTE	196,042	23,938	7,431	75,853	213,847	66,739
REGION NOR-ORIENTAL	731,342	49,464	15,142	120,197	429,060	117,479
REGION SUR-ORIENTAL	572,339	38,897	11,313	115,470	321,578	85,062
REGION CENTRAL	660,907	38,528	14,570	148,720	337,469	121,620
REGION SUR-OCCIDENTAL	1,211,074	67,602	25,639	261,722	657,865	196,047
REGION NOR-OCCIDENTAL	737,004	39,773	15,042	153,527	419,271	109,391
TOTAL	4,704,770	283,753	101,912	1,005,894	2,707,805	797,174

FUENTE: Departamento de Supervivencia Infantil. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
* Fondos Administrados por UNICEF.

Archivo: CUAD5-5.wk1 R: A1..AG36 LM: 0" TM: 1.5"

Cuadro 5.6 FONDOS ASIGNADOS A SOBREVIVENCIA INFANTIL Y ATENCION PRIMARIA EN SALUD POR LA COMUNIDAD ECONOMICA EUROPEA E ITALIA* – AÑO 1990. En quetzales de 1990.

REGION	TOTAL DE FONDOS ASIGNADOS	%	CONTROL DEL EMBAR. PARTO Y RIESGO MAT.	CONTROL DEL CREC. Y DES. DEL NIÑO	LACT.MATERNA Y ALIMENT. AL DESTETE	PAI	CONTROL ENF. DIARREAS Y TRO.	IRA
REGION METROPOLITANA	156,596	16	29,846	5,016	29,610	33,756	27,880	30,488
REGION NORTE	153,556	16	25,382	24,530	25,730	32,092	20,230	25,592
REGION NOR-ORIENTAL	121,558	13	29,203	9,316	8,052	38,027	12,367	24,593
REGION SUR-ORIENTAL	91,407	9	14,786	10,370	12,500	27,405	11,112	15,234
REGION CENTRAL	114,594	12	16,241	12,510	14,680	28,360	14,670	28,133
REGION SUR-OCCIDENTAL	207,262	21	28,370	32,820	35,350	48,999	17,960	43,763
REGION NOR-OCCIDENTAL	119,652	12	18,136	14,700	14,933	32,775	6,100	33,008
TOTAL	964,625	100	161,964	109,262	140,855	241,414	110,319	200,811
DISTRIBUCION	100		17	11	15	25	11	21

FUENTE: Departamento de Supervivencia Infantil. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
* Fondos Administrados por UNICEF.

Archivo: CUAD5-6.wk1 R: A1..T38 LM: 1.35" TM: 1.25"

Cuadro 5.7 CONSOLIDADO DE AGUA POTABLE, LETRINAS Y CAPACITACION – FONDOS DE COOPERACION TECNICA, FINANCIERA Y DONACIONES.

(EN QUETZALES CORRIENTES)

AGUA POTABLE,LETRINAS Y CAPACITACION	FONDOS ASIGNADOS Y DISTRIBUCION PORCENTUAL POR ORGANISMO EN CADA AÑO												FONDOS PROGRAMADOS O PREVISTOS	
ORGANISMO	1985	% 4/	1986	% 4/	1987	% 4/	1988	% 4/	1989	% 4/	1990	% 4/	1991	1992
UNICEF	425,000	11	900,000	12	850,000	5	900,000	3	1,100,000	4	2,150,000	11	3,128,580	3,128,580
AID 1/	1,928,364	52	1,868,872	26	5,606,799	31	11,768,284	35	10,928,432	35	12,786,614	68	6,235,017	17,608,165
BID	1,208,156	33	4,164,052	57	11,880,772	65	19,879,908	59	16,905,367	55	1,730,487	9	2,000,000	32,500,000
KFW/ALEMANIA 2/	DND		DND		DND		1,189,429	4	1,983,869	6	2,253,452	12	11,309,768	13,320,880
ACDI/CANADA 3/	139,606	4	351,185	5	DND		DND		DND		DND		DND	DND
TOTAL	3,701,126	100	7,314,109	100	18,337,571	100	33,737,621	100	30,917,667	100	18,920,553	100	22,673,365	66,557,625

(EN QUETZALES CONSTANTES DE 1990)

AGUA POTABLE,LETRINAS Y CAPACITACION	FONDOS ASIGNADOS Y EVOLUCION 1986=100 DE LOS APORTES POR ORGANISMO											
ORGANISMO	1985	%	1986	%	1987	%	1988	%	1989	%	1990	%
UNICEF	1,099,043		1,759,187	100	1,479,033	84	1,413,095	80	1,551,043	88	2,150,000	122
AID 1/	4,986,718		3,65[illegible],995	100	9,756,045	267	18,477,444	506	15,409,521	422	12,786,614	350
BID	3,124,272		6,[illegible]97,912	100	20,672,998	252	31,213,547	381	23,837,235	291	1,730,487	21
KFW/ALEMANIA 2/							1,867,529		2,797,333		2,253,452	
ACDI/CANADA 3/	361,019		686,445	100								
TOTAL	9,571,052		14,296,539	100	31,908,076	223	52,971,615	370	43,595,132	304	18,920,553	132

Archivo: CUAD5–7.wk1 R: A1..AE54 LM: .4" TM: 1"

FUENTE: Agencias de los Organismos Especializados en Guatemala y Unidades Ejecutoras Nacionales (UNEPAR y DSM)

NOTA: 1/ Incluye CARE AID y CARE ALEMANIA.

2/ Kreditanstalt fur Wiederaufbau.

3/ Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional.

Cuadro 5.8 CONSOLIDADO DE AGUA POTABLE, LETRINAS Y CAPACITACION. FONDOS DE COOPERACION TECNICA, FINANCIERA Y DONACIONES – (1985–1990)
En quetzales corrientes de cada año y constantes de 1990

(EN QUETZALES CORRIENTES)

AGUA POTABLE Y LETRINAS ORGANISMO	FONDOS EJECUTADOS Y GRADOS DE EJECUCION 1/											
	1985	%	1986	%	1987	%	1988	%	1989	%	1990	%
UNICEF 2/	501,577	118	318,291	35			877,160	98	1,159,049	105	2,163,546	100
AID	1,377,816	71	644,346	35	4,545,040	81	5,055,638	43	3,339,882	31	12,833,985	100
BID			1,983,268	47	4,826,828	41	18,061,864	91	11,080,034	66	1,689,458	98
KFW/ALEMANIA									962,166	49	1,944,154	86
ACDI/CANADA	78,015	56	300,019	85								
SUB–TOTAL	1,957,408		3,245,924		9,371,868		23,994,662		16,541,131		18,631,143	
OPS 3/	66,988		36,203									
COGAAT 4/ 3/							10,639		5,341			
CUERPO DE PAZ 3/									4,719			
PLAN FOSTER 3/									6,650			
FUNDACION NORUEGA 3/									18,380			
VISION MUNDIAL 3/									2,800			
SUB–TOTAL	66,988		36,203		9,371,868		10,639		37,890			
TOTAL	2,024,396		3,282,127		9,371,868		24,005,301		16,579,021		18,631,143	

(EN QUETZALES CONSTANTES 1990)

AGUA POTABLE Y LETRINAS ORGANISMO	FONDOS EJECUTADOS Y EVOLUCION CON BASE 1986=100											
	1985		1986	%	1987		1988		1989		1990	
UNICEF 2/	1,297,070		622,148	100			1,377,233	221	1,634,305	263	2,163,546	348
AID	3,563,010		1,259,472	100	7,908,544	628	7,937,884	630	4,709,365	374	12,833,985	1019
BID			3,876,599	100	8,398,866	217	28,359,027	732	15,623,285	403	1,689,458	44
KFW/ALEMANIA									1,356,692		1,944,154	
ACDI/CANADA	3,563,010		586,433	100								
SUB–TOTAL	8,423,090		6,344,652	100	16,307,409	257.	37,674,144	594	23,323,648	368	18,631,143	294
OPS 3/	201,746		70,764	100								
COGAAT 4/ 3/							16,704		7,531			
CUERPO DE PAZ 3/									6,654			
PLAN FOSTER 3/									9,377			
FUDACION NORUEGA 3/									25,917			
VISION MUNDIAL 3/									3,948			
SUB–TOTAL	201,746		70,764	100			16,704	24	53,427	76		
TOTAL	8,624,836		6,415,416	100	16,307,409		37,690,848		23,377,075		18,631,143	

FUENTE: Agencias de Organismos en Guatemala y Unidad Ejecutora del Programa de Acueductos Rurales (UNEPAR), División de Saneamiento del Medio (DSM) del M.S.P. y A.S.

Archivo: Cuad5–8.wk1 R: A1..AA55 LM: 1" TM: .8"

NOTAS:

1/ Porcentaje en relación a los fondos asignados para el mismo organismo.
2/ Incluye algunos fondos no previstos.
3/ Fondos no previstos.
4/ Cooperación Guatemalteca - Alemana, Alimentos por Trabajo

Cuadro 5.9 BID – PRESTAMO 719 SF/GU. AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO AMBIENTAL. FONDOS ASIGNADOS Y EJECUTADOS EN 1990
En quetzales de 1990

REGION	TOTAL DE FONDOS ASIGNADOS	AGUA	OTROS
REGION METROPOLITANA	324,903	324,903	
REGION NORTE	245,487	245,487	
REGION NOR-ORIENTAL	100,107	100,107	
REGION SUR-ORIENTAL	637,448	637,448	
REGION CENTRAL	78,650	78,650	
REGION SUR-OCCIDENTAL	118,653	118,653	
REGION NOR-OCCIDENTAL	225,240	225,240	
TOTAL	1,730,437	1,730,437	

REGION	TOTAL DE FONDOS EJECUTADOS	AGUA	OTROS	% EJE/ ASIG
REGION METROPOLITANA	320,304	320,304		99
REGION NORTE	245,487	245,487		100
REGION NOR-ORIENTAL	94,088	94,088		94
REGION SUR-ORIENTAL	607,691	607,691		95
REGION CENTRAL	78,650	78,650		100
REGION SUR-OCCIDENTAL	118,653	118,653		100
REGION NOR-OCCIDENTAL	224,586	224,586		100
TOTAL	1,689,458	1,689,458		98

FUENTE: Unidad Ejecutora Programa de Acueductos Rurales --UNEPAR- , Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social- M.S.P. y A.S.-.

Archivo: Cuad5-9.wk1 R: A1..Q35 LM: 1.2" TM: 1.5"

340

Cuadro 5.10 AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO AMBIENTAL. CARE–ALEMANIA

1990 – FONDOS ASIGNADOS Y EJECUTADOS EN QUETZALES CORRIENTES 1/

REGION		TOTAL DE FONDOS ASIGNADOS Y EJECUTADOS	AGUA	SANEAMIENTO LETRINAS	OTROS
REGION METROPOLITANA					
REGION NORTE	2/	1,957,354	1,468,015	391,471	97,868
REGION NOR–ORIENTAL	3/	1,677,732	1,258,299	335,546	83,887
REGION SUR–ORIENTAL	4/	559,244	419,433	111,849	27,962
REGION CENTRAL					
REGION SUR–OCCIDENTAL					
REGION NOR–OCCIDENTAL					
TOTAL		4,194,330	3,145,747	838,866	209,717

Archivo: Cuad5–10.wk1 R: A1..K38 LM: 2.25" TM: 1.5"

FUENTE: Unidad Ejecutora Programa de Acueductos Rurales – UNEPAR –

1/ Para este programa los fondos asignados fueron ejecutados en 100%.

2/ Corresponde al Departamento de Alta Verapaz.

3/ Corresponde al Departamento de El Progreso

4/ Corresponde al Departamento de Santa Rosa.

Cuadro 5.11 AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO. CARE–A.I.D

1990 – FONDOS ASIGNADOS Y EJECUTADOS EN QUETZALES CORRIENTES. 1/

REGION	TOTAL DE FONDOS ASIGNADOS Y EJECUTADOS	AGUA	SANEAMIENTO LETRINAS	OTROS
REGION METROPOLITANA				
REGION NORTE				
REGION NOR–ORIENTAL				
REGION SUR–ORIENTAL				
REGION CENTRAL				
REGION SUR–OCCIDENTAL 2/	1,502,515	1,127,337	300,023	75,156
REGION NOR–OCCIDENTAL 3/	749,431	563,668	130,312	35,451
TOTAL	2,251,946	1,691,005	450,335	110,607

Archivo: CUAD5–11.wk1 R: A1..K37 LM: 2.2" TM: 1.5"

FUENTE: Unidad Ejecutora Programa de Acueductos Rurales – UNEPAR –

1/ Para este Programa los fondos asignados fueron ejecutados en 100%.

2/ Corresponde al Departamento de Retalhuleu.

3/ Corresponde al Departamento de Huehuetenango.

342

Cuadro 5.12 FONDOS ASIGNADOS AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO. ALEMANIA PRESTAMO KFW-87-65-190

1990 - FONDOS ASIGNADOS EN QUETZALES CORRIENTES

REGION	TOTAL DE FONDOS	AGUA	OTROS
REGION METROPOLITANA			
REGION NORTE			
REGION NOR-ORIENTAL			
REGION SUR-ORIENTAL			
REGION CENTRAL			
REGION SUR-OCCIDENTAL	1,840,476	1,840,476	
REGION NOR-OCCIDENTAL	412,958	412,958	
TOTAL	2,253,452	2,253,452	

1990 - FONDOS EJECUTADOS EN QUETZALES CORRIENTES

REGION Y AREA	TOTAL DE FONDOS	AGUA	OTROS	% EJECU/ ASIG
REGION METROPOLITANA				
REGION NORTE				
REGION NOR-ORIENTAL				
REGION SUR-ORIENTAL				
REGION CENTRAL				
REGION SUR-OCCIDENTAL	1,731,287	1,731,287		94
REGION NOR-OCCIDENTAL	212,867	212,867		51
TOTAL	1,944,154	1,944,154		86

FUENTE: Unidad Ejecutora Programa de Acueductos Rurales - UNEPAR -
NOTA: Se ejecuta solo en las regiones VI y VII.

Archivo: CUAD5-12.wk1 R: A1..S33 LM: .65" TM: 1.5"

ANEXO F

BIBLIOGRAFIA

ANEXO F

BIBLIOGRAFIA

- Proyección de Población Urbana y Rural, por Región y Departamento, 1980 - 2000, SEGLEPLAN.
- Guatemala: Población estimada por Departamento y Municipio. 1985 - 1990 SEN - INE; diciembre de 1988.
- Censos Nacionales 1981. Proyección de Zonas de la Ciudad Capital. INE, 1981.
- Encuesta Nacional Sociodemográfica 1989. INE, junio de 1990.
- Mapeo de la Pobreza en Guatemala. Melendreras & Cabrera, abril de 1991.
- Situación Alimentaria Nutricional de Guatemala. OPS, INCAP, marzo de 1991.
- Diccionario Geográfico de Guatemala. Dos Tomos, Dirección General de Cartografía, 1962.
- Comunidades de Guatemala. Eduardo Prado Ponce, 1985.
- Unidad de Informática, D.G.S.S. "Producción de los Servicios", 1990.
- Perfil de la Pobreza en Guatemala. INE-FNUAP, julio de 1991.
- Area de Salud de Sololá. Programación de Actividades, 1991.
- Area de Salud de Zacapa. Programación de Actividades, 1988.
- Balance de Saldos de Liquidación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Años 1988 - 1990, Dirección de Contabilidad del Estado.
- Presupuesto de Ingresos y Egresos del Gobierno Central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Años 1986 - 1987 y 1989, Dirección Técnica del Presupuesto.
- Cuadro Estadístico de Gastos de Ejecución del Gobierno Central. Año 1989, Dirección de Contabilidad del Estado.

345

- Presupuesto Analítico de Sueldos del Sector Público. Años 1988 - 1989, Dirección Técnica del Presupuesto.

- Nómina de Sueldos al mes de noviembre de 1990 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- Matrices de Liquidación del Presupuesto del Gobierno Central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social año 1989, Dirección Técnica del Presupuesto.

- Evaluación Presupuestaria años 1986-1990, Dirección Técnica del Presupuesto.

- Medición Analítica de Resultados de Proyectos de Inversión del Gobierno Central, cifras finales. Años 1988-1989, Dirección Técnica del Presupuesto.

- Revista "El Trimestre Fiscal", enero-marzo, años 1987-1988, Dirección Técnica del Presupuesto.

- Presupuesto de Ingresos y Gastos Específicos (Privativos) años 1986-1990, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- Memoria de Labores de la Secretaría de Planificación Económica - SEGEPLAN - de 1985 a 1990.

- Informe Presidencial al Congreso de la República de 1985 a 1990, SEGEPLAN.

- Cooperación para el Desarrollo. Guatemala PNUD, Informe, 1988.

- Inventario Nacional de Proyectos Contratados y en Ejecución - SEGEPLAN.

- Inventario de Proyectos de Cooperación Bilateral y Multilateral - SEGEPLAN, 1991.

- Análisis de Situación. Guatemala, mayo de 1991.

- Informe Anual. Programa de Abastecimiento de Agua y Saneamiento a Pequeñas Comunidades Rurales. Guatemala, 1990.

- Directorio de Organizaciones Privadas Voluntarias de Servicio a la Comunidad de Guatemala, 1989 - FUNDESA -.

En materia de Cooperación Internacional se realizaron entrevistas a:

A. Fuentes Financieras de Cooperación Internacional
Representaciones:
Banco Interamericano de Desarrollo - BID -, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD -, Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS -, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF -, Embajada de Italia, Embajada de Alemania, Oficina de Cooperación Guatemalteco-Alemana Alimentos por Trabajo - COGAAT -.

B. Unidades Ejecutoras Nacionales:
Unidad Ejecutora de Acueductos Rurales - UNEPAR -, Dirección de Saneamiento del Medio - DSM -, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS -, Departamento Maternoinfantil y Unidad de Planificación Familiar.

C. Organizaciones No Gubernamentales ONG's:
Rotary International, Christian Children's - CCF -, Proyecto Hope, Asociación para el Desarrollo - ASDESCO -, Visión Mundial.

D. Otras Asociaciones e Instituciones:
Asociación Nacional del Café - ANACAFE - , AGROSALUD, Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá - INCAP -.

E. Ministerios de Estado:
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación.