



Historia de la **Seguridad Social** **en Honduras**

Instituto Hondureño de Seguridad Social
Un Seguro para todos con Justicia Social

**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
(IHSS)**

**HISTORIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN
HONDURAS 1959-2009**

50 AÑOS

Tegucigalpa, Honduras, diciembre 2009

Hoja de Vida del Autor

El Dr. Carlos Rivera Williams, cumplió en 1958, 50 años de ejercicio profesional como médico cirujano inscrito en el Colegio Médico de Honduras del cual ha sido directivo varias veces, con el número 129. Es especialista en Pediatría y Ortopedia Pediátrica y maestrías en administración de hospitales y otra en Seguridad Social en Madrid, España. Ha sido profesor universitario, Jefe del Departamento de Rehabilitación del Hospital San Felipe, y director médico del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), del cual ha sido también miembro de la Junta Directiva y actualmente Asesor de la Dirección Ejecutiva. Además es directivo de la FECOPRUH (Federación de Colegios Profesionales Universitarios de Honduras) y de la Fundación del Museo de Historia de la Medicina de Honduras y autor de varios libros científicos (Seguridad Social en el Mundo, Historia de la Medicina en Honduras, Aforismos Hipocráticos, Tercera Edad, Quejas Médicas, Manuel de Ética, Medicina del Deporte, Historia de la Medicina y los Descubrimientos más Famosos de la Medicina Moderna. También es miembro del Comité Científico de ECASS (Escuela Centroamericana de Capacitación en Seguridad Social).

© Instituto Hondureño de Seguridad Social, IHSS, 2009

Este documento fue impreso con el apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS en Honduras

www.ihss.hn

www.paho.org/hon

Impreso en Tegucigalpa, Honduras, Diciembre 2009.
Por Impresos Creativos
100 ejemplares

Dedicatoria

Al Dr. Efraín Bu Figueroa, Director Ejecutivo del IHSS, quien durante esta administración ha promovido el fortalecimiento institucional.

A la Honorable Junta Directiva del IHSS, quienes con su acertada colaboración dirigen los caminos de la Seguridad Social hacia nuevos derroteros.

A la Organización Panamericana de la Salud, OPS, por su acompañamiento y colaboración para llevar adelante los procesos que permiten el desarrollo de Honduras en especial de la Seguridad Social.

A todos los trabajadores y trabajadoras de Honduras, por ser el pilar fundamental de esta institución, en especial a los compañeros y compañeras que trabajan en la seguridad social.

DIRECTORES DEL IHSS



Abog. Ruydo
Martínez A.



Abog. Miguel
Orosca



Abog. Humberto López
Villalón 1973-75



F.H. Tanya Coto M.
1975-76



Dr. Humberto Rosca
1976-1980



Dr. Danilo Castilla
M.



Dr. Amílcar Villalón
1981-1982



Dr. Gonzalo
Rodríguez Jofa 1982-



Dr. José Alvarado
1983-85



Dr. Manuel Enriquez
Carlos 1985



Dr. Samuel García
1986-1992



Dr. María A. Bagnat
1992-1998



Dr. Mauricio
Varela 1998-08



Dra. Hilda Ligia
Méndez



Dra. Virginia
Figueroa



Dr. Ricardo Zabala
2002-05



Dr. Efraín Sá
2006-2010

Actualmente
desde Noviembre
del 2009 el
Dr. Rubén García Martínez

Antonio Romero, (2000) La Junta Interventora: Teobaldo Emamorado, Carlos Godoy Arteaga, sustituido por Virginia Figueroa, Martín Barahona durante el año 2000

Índice

	pag.
Prólogo	5
Introducción	6
Marco Legal y Sociopolítico	9- 27
Resumen Histórico de Seguridad Social en Honduras	28- 36
Indicadores de Salud	37- 54
Seguridad Social	65- 72
Seguridad Social en Centro América	73- 84
Atención Primaria para la Salud (APS)	85- 97
Enfermedad- Maternidad, Vejez- Invalidez - Muerte	98-120
Bibliografía	121

Prólogo

La protección social, continúa siendo un anhelo permanente del pueblo hondureño. Hace 50 años, se creó en Honduras el Sistema de Seguridad Social, por el gobierno constitucional de la Segunda República presidido por el estadista Doctor Pediatra, José Ramón Villeda Morales. Dicho avance social tuvo sus raíces en las luchas de la clase trabajadora en la gran huelga de 1954, movimiento social que trajo la consciencia de libertad y justicia al sufrido pueblo de Honduras. Nuestro País fue el último de la América de ese tiempo que se incorporó a la seguridad social a la cual países de Europa y de nuestro Continente habían comenzado a hacerlo a finales del siglo 19. Aunque el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) fue creado mediante decreto del Congreso Nacional de la República en 1959, su primera cobertura, la de salud, comenzó a funcionar en 1962; diez años después, se inició el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y en el año 2006 el Régimen de Riesgos Profesionales (RP). A estas alturas del siglo XXI el IHSS apenas cubre 25% de la población económicamente activa y un 45% del sector formal asalariado. En esta obra, escrita por el respetado profesional de la medicina y estudioso de la seguridad social Dr. Carlos Rivera Williams, con un agudo sentido enciclopedista e histórico, nos ilustra los antecedentes, la creación y evolución con todos sus avatares de la seguridad social hondureña, mostrándonos las diversas etapas en el desarrollo histórico de la misma, en los contextos de los avances de los sistemas de protección en América Latina y el Mundo, bajo las constantes actualizaciones a través de las décadas, auspiciadas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y las intervenciones diversas, ya sea para fortalecer su avance pero también su estancamiento, en diversos momentos del devenir de la sociedad hondureña. Era necesario, en los círculos donde se debaten los temas de protección social y del sistema de salud hondureño, contar con información de esta naturaleza, pues muy poco sabemos que ha pasado con los sistemas previsionales en Honduras y en especial de su ente rector con rango constitucional, el IHSS. Quizás la obra de Rivera Williams sirva de motivación, para acelerar el debate sobre la necesidad de replantear el sistema de previsión social en Honduras.

El aumento de la expectativa de vida, los cambios demográficos, el incremento de la pobreza, la marginalidad y el olvido de diversos sectores sociales, y como bien los señala el Papa Benedicto XVI en su última Encíclica **CARITAS IN VERITATE**: “ *los cambios en la búsqueda de mayores ventajas competitivas en el mercado global llevan a la reducción de la red de seguridad social con grave peligro para los derechos de los trabajadores, para los derechos fundamentales del hombre y para la solidaridad*”; coloca en el horizonte nacional un complejo desafío en términos de cobertura y protección social que desde ahora debe comenzar a tener mejores opciones.

Al hablarnos de la escabrosa historia de la Seguridad Social en Honduras, el Maestro Rivera Williams está haciendo un llamado a la consciencia de los hondureños para la búsqueda de soluciones a los continuados gritos desesperados de los millares de desprotegidos en esta tierra nuestra.

Dr. Efraín Bu Figueroa
Director Ejecutivo del Instituto Hondureño de Seguridad Social

Introducción

La Seguridad Social en Honduras nace como resultado de la huelga obrera en el año 1954, en que los trabajadores se enfrentaron valientemente contra las Compañías Bananeras de la Costa Norte.

Su creación transformó la vida de miles de seres humanos, que nunca habían tenido una atención médica adecuada y mucho menos una pensión al final de sus años de trabajo. Podemos decir entonces, que el inicio de la atención social en Honduras representó una verdadera revolución social y gracias a ello, se plantó la semilla de la “Paz Social”, de la que hemos disfrutado en estos cincuenta años que tiene la seguridad social de haber sido fundada en nuestro país.

Complejo y polémico fueron los inicios, pues habían grandes desconocimientos del sistema y lo peor del caso es que no se contaba con una infraestructura tanto médica como administrativa que garantizara el inicio adecuado de los programas, por lo que se vislumbraba que pronto fracasaría, lo cual celebraban de antemano sus rivales, que en ese entonces eran los Hospitales del Estado y los que ejercían la medicina de corte liberal en los Hospitales Privados.

Inicialmente el Seguro era muy pequeño, pues sólo abarcaba a los trabajadores asalariados de Tegucigalpa y San Pedro Sula, al cual se ingresaba mediante cuota tripartita: Trabajador, Patrono y Estado, siendo obligatoria la mencionada cuota para los dos sistemas que cumplía originalmente: Enfermedad y Maternidad que se inició el 1 marzo de 1962, en Tegucigalpa y el 1 de junio de 1973 en San Pedro Sula, ampliándose en 1985 hacia Olancho -que actualmente comprende Juticalpa y Catacamas- y hacia Danli y Choluteca.

La actual administración ha ampliado en el sector noroccidental los centros de Naco, Villanueva, El Progreso, Calpules y Tepeaca, además del Bajo Aguan en Tocoa, Saba y Trujillo que son las últimas inauguradas en octubre de 2009. La tasa de cotización para el beneficio de Enfermedad y Maternidad (EM) es del 5% para el empleador, 2.5% para el trabajador y de 0.5% para el Estado como tal.

La siguiente prestación de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) se inició el 1 de octubre de 1972 en casi toda la República con aportaciones del 1% del trabajador, 2% del patrono y 0.5% para el Estado como tal, haciendo un total de 11.5% entre todas las cotizaciones. En lo referente a la prestación de Riesgos Profesionales, en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, comenzó a funcionar realmente hasta el año 2007 pagándose únicamente con una cuota patronal del 0.2%.

Se le dio autonomía al Seguro Social para que tomara sus propias decisiones administrativas y financieras, haciendo más compleja su organización y posterior desarrollo, pero al mismo tiempo se nombró una Junta Directiva compuesta por miembros del Estado, empresa privada, centrales obreras y colegio médico para dirigirlo. Esta directiva es presidida por el Ministro de Trabajo. La administración estaba en manos de una Dirección Ejecutiva. Al principio hubo fallas por falta de experiencia, sin embargo la personalidad y la entrega de sus primeros ejecutivos fue fundamental para salir adelante. Los nombres de estos pioneros fueron: Director General Abogado Rogelio Martínez Agustinos; Sub Director General Doctor Alfredo Midence, eminente radiólogo; Director Médico Doctor Gaspar Vallecillo Toro, insigne médico internista, a los cuales se agregaron posteriormente el Doctor Juan Andoni F. como Director del Hospital y el Doctor Joaquín Reyes Soto como Jefe de la Consulta Externa. Como representante de la Empresa Privada en la Junta Directiva estaba el Perito Mercantil Roque Rivera, el Doctor Ignacio Midence connotado urólogo como delegado del Colegio Médico y el eminente gremialista Andrés Víctor Atriles y Celio Gonzáles otro gran dirigente de los trabajadores en la costa norte, como delegados obreros.

Durante los primeros dos años no hubo servicios médicos adecuados debido que los médicos no querían trabajar en el Seguro Social por miedo a que se perdiera la medicina liberal existente, pero lo más grave era la falta de dinero que impedía tener instalaciones y equipos de primera. La directiva se dedicó a lograr una base financiera adecuada en el rubro de enfermedad y maternidad

para iniciar en 1961 con instalaciones adecuadas. La inscripción fue lenta y como todos los principios la atención adoleció de numerosas fallas que se fueron corrigiendo con los años.

Como esta introducción pretende dar un resumen ejecutivo al amable lector que en su mayoría sabe poco de Seguridad Social, ya que las autoridades nunca se preocuparon de publicar en que consistía el sistema, debemos decir que la gran falla del sistema al inicio fue haber copiado el Sistema Bismarkeano Europeo, basado en la atención de la enfermedad como base del sistema olvidándose de la prevención, ya que estos países se habían desarrollado tanto en la industria como en la economía y había suficiente trabajo para todos. Además eran pueblos educados y por lo consiguiente sumamente sanos lo que da lugar a una menor necesidad de salud y soporte médico estatal.

En Honduras por el contrario donde el Ministerio de Salud se había fundado en 1955 y contaba con pocos recursos económicos y un sólo hospital en Tegucigalpa y otro en San Pedro Sula, no se podía garantizar buenos servicios, para curar a los enfermos. Además en esa época no había salúbristas y tanto la promoción como la prevención eran escasas y no hubo nadie que cambiara el sistema por algo mejor y más barato, que evitara que el asegurado se enfermara lo menos posible a través de atención primaria de la salud y medicina familiar, evitándose el colapso del sistema de salud actual donde los hospitales -tanto del Ministerio como del Seguro Social- se encuentran saturados de pacientes, la mayor parte de los cuales provienen de los pueblos circunvecinos ya que tampoco se previó la emigración del campo a la ciudad.

El Seguro Social pues era una copia del modelo Bismarkeano fundado en Alemania por el Canciller de hierro **Otto Von Bismark**, que data del siglo XIX, que cubría únicamente a la clase trabajadora, de tipo obligatorio con sistema de reparto escalonado, pagado en forma tripartita por obreros, patrono y Estado, de tipo clasista y que al principio sólo cubría los riesgos de trabajo y la enfermedad.

Como en esa época el salario promedio era de L. 300.00 la Ley involucraba a los trabajadores de mediano y bajo ingreso, los que constituirían hasta la fecha la mayoría del país con un tope de cotización hasta los L. 600.00.

Nunca se imaginaron los trabajadores que las cotizaciones tan bajas que ellos impusieron a la Administración del Seguro Social iban a regresar a golpearlos como un boomerang, pues nunca creyeron que la moneda se iba a devaluar como efectivamente sucedió en desmedro de la Asistencia Médica, de la cobertura y del Monto de las Pensiones que era irrisoria.

Agregado a lo anterior el Sistema Liberal de aquel entonces se cambió por la actual globalización de la economía, la libre oferta y demanda, que favorece al monopolio y oligopolio, el desempleo y el subempleo, la politización y la migración del campo a la ciudad, todo lo cual nos llevo a la pobreza actual y a los grandes problemas que afronta la Seguridad Social actual.

La seguridad social sobretodo en lo referente a enfermedad y maternidad (término que debería cambiarse por Prestación de Salud que abarca todo), se encuentra en graves problemas económicos ya que los insumos y sobretodo los medicamentos han incrementado notablemente los precios y ya para este año 2009 se observa un déficit de ingreso de cerca de novecientos millones, lo cual nos obliga de acuerdo al Artículo 25 de nuestra Ley a romper los techos de cotización, procedimiento que es normal debido a que la Seguridad Social no es una institución de lucro, ya que atiende la salud que no es un bien económico sino que es un bien social que permite al ser humano ejercer su trabajo que a la vez es su fuente de vida, tanto para él como para su familia.

Además la seguridad social cubre otras prestaciones que varían de país a país dependiendo de la capacidad económica de cada uno de ellos. A este respecto en 1952 se realizó en Chile la Conferencia Internacional del Trabajo que dictó la Norma Mínima número 112 que en total son nueve y a las que haremos referencia en otro capítulo. Sólo diremos que en Honduras no se cubren todas las prestaciones mínimas pero si las más importantes.

Diferente de la primera mitad del siglo XX, en que la preocupación se centraba en los accidentes de trabajo, en la segunda mitad del siglo la primacía la adquiere la prestación de enfermedad y maternidad y de vejez, invalidez y muerte, pasando a tercer lugar los accidentes profesionales. Menos afortunados han sido las prestaciones de desempleo y las asignaciones familiares.

Con lo anteriormente expuesto queda evidenciado que es impostergable reformar la institución y consideramos que los principales detonadores de la Seguridad Social en Honduras son los siguientes.

1. Cambios demográficos y perfil epidemiológico de la población
2. Globalización económica
3. Situación financiera de la institución
4. Las exigencias sociales

En el caso de Honduras todos estos factores se han unido y no se han contrarrestado con la generación de nuevos empleos, el incremento de los salarios y la extensión de cobertura que únicamente cubre el 23% de la Población Económicamente Activa y sólo las trabajadoras domésticas en lo referente a la población informal o independiente.

Debe quedar claro que sería irresponsable no actuar; y en nuestro país deben tener por lo menos las reformas tres características fundamentales:

- **Prospectivas:** porque la naturaleza esencial de la seguridad social nos obliga a pensar en los medianos y largos plazos aplicando una lógica que no pretende adivinar el futuro sino ayudar a construirlo.

- **Sistémicas:** porque deben ser integrales. La seguridad social es un sistema complejo que es mucho más que la suma de unos cuantos seguros que cubren otros tantos riesgos de los trabajadores y que pocas personas conocen.

El enfoque sistémico de las reformas debe articular hacia dentro del seguro subsistemas interactuantes y hacia fuera, adaptarse dinámicamente a un complejo entorno político, económico, social, demográfico, cultural y tecnológico.

Concluimos por tanto que la tercera característica de las reformas es que debe seguir siguiendo el Plan Estratégico que ya ha sido aprobado por la Junta Directiva y donde se han detectado las oportunidades de amenazas del entorno así como sus fortalezas y debilidades.

Por último debemos señalar que estando a punto de cumplir los 50 años del más hermoso principio de la Seguridad Social para el Trabajador Hondureño es inmensa la falta de comprensión de todos nosotros acerca de los conceptos filosóficos fundamentales de la seguridad social. Y por consiguiente tenemos el deber ineludible de enseñarlo a nuestro pueblo, pues la Seguridad Social es la más grande conquista que tiene el pueblo trabajador y que éste lo ignore es un pecado de lesa humanidad. *¡Así de sencillo!*

Marco Legal

Fundamentos Normativos

Declaración de los Derechos Humanos

Entre los principales instrumentos internacionales en los que se fundamentan la doctrina y la praxis de la seguridad social se encuentra la Declaración de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, derivada de su Asamblea General de París en 1948. La declaración tiene expresas referencias a la seguridad social y considerando su estrecha vinculación con otras acciones de la política social, se subraya lo siguiente:

El artículo 22 se refiere a que “Toda persona tiene derecho a la Seguridad Social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.”

El derecho al trabajo y a su elección, así como a sus condiciones equitativas satisfactorias y a la protección contra el desempleo, es otro de los principios consagrados en esta Declaración, que también estipula el derecho a las remuneraciones equitativas que aseguren al trabajador y a su familia una existencia digna.

Declaración de Filadelfia

Adoptada por la XXVI, Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo en Filadelfia, Estados Unidos de América, el 12 de mayo de 1944, esta declaración reafirma los principios fundamentales sobre los cuales esta basada en la Organización Internacional de Trabajadores (OIT), y considera que el trabajo no es una mercancía y que la pobreza en cualquier lugar constituye un peligro para la prosperidad de los países, a la vez que declara que la lucha debe emprenderse con incesante energía dentro de cada nación y mediante un esfuerzo internacional en el que participen trabajadores, empleadores y gobiernos. Asimismo reafirma los objetivos de la OIT, los que postulan que para establecer una paz duradera se precisa de la justicia social.

Esta declaración, incorporada dentro de la Constitución de la OIT, alude a aspectos tales como lograr la plenitud del empleo, incrementar las posibilidades de formación profesional, el reconocimiento efectivo de derechos de contratación colectiva y básicamente, “la extensión de las medidas de seguridad social para proveer un ingreso básico a los que necesitan tal protección y asistencia médica completa”.

Acta de Chapultepec

Como uno de los resultados de la Conferencia Interamericana sobre “Problemas de la Guerra y la Paz,” celebrada en México del 21 de febrero al 8 de marzo de 1945, se emitió la declaración convocada como “Acta de Chapultepec”. Aquí fue planteada, entre otras proposiciones, la de propiciar “un amplio plan de cooperación internacional para lograr un mínimo suficiente de seguridad social.”

La importancia de esta propuesta adquirió gran relevancia al incorporarse a la “Carta de la Organización de los Estados Americanos”.

Resolución sobre los principios Fundamentales del Seguro Social.

Esta resolución, emanada de la Primera Conferencia de Estados Unidos de América miembros de la OIT, celebrada en Santiago de Chile en 1936, sienta las bases sobre las que habrán de estructurarse los seguros sociales, con sus características de obligatoriedad y comprendiendo aspectos mínimos en cuanto a las presiones a otorgar y los sujetos cubiertos.

Es importante señalar que esta Resolución hace referencia expresa a que todo sistema de seguros sociales deba proponerse como finalidad “prevenir, en la medida de lo posible, la pérdida

prematura de la capacidad de trabajo y compensarla, al menos parcialmente, con prestaciones en dinero”. De ahí que la política que se propugna esta estrechamente ligada con un objetivo reparador de los seguros sociales, prácticamente enfocada a las prestaciones en dinero.

En cuanto a los accidentes de trabajo, se propugna por una legislación que, basada en el principio del riesgo profesional, se aplique a los asalariados en general y comprenda prestaciones en especie y en dinero, señalado asimismo ciertos requisitos generales para el otorgamiento de estas prestaciones. También se hace referencia expresa a las prestaciones en caso de accidentes seguidos de muerte, particularizando en los beneficios económicos y en especie. Siguiendo el mismo criterio para las enfermedades profesionales, se menciona la reparación basada en los principios generales de los accidentes de trabajo.

Se especifican también las bases mínimas de organización del seguro obligatorio de enfermedad y prevención genérica, así como de los seguros obligatorios de invalidez, vejez y muerte, definiéndolos en sus conceptos, cuantías mínimas de beneficios económicos y características de las prestaciones de supervivencia, de orfandad y otros aspectos básicos.

Esta resolución es indudablemente una de las más significativas en esta región, ya que el sentar base mínimas de organización de los seguros sociales significa una convergencia de un instrumento internacional con las características y modalidades en que se empezaban a articular los seguros sociales en América.

Al respecto hay que tener en cuenta, en términos generales, que desde fines del siglo pasado hasta alrededor de 1940, los sistemas de seguros sociales en el continente eran particularmente referidos al sector público y solo en muy pocos casos comprendían también el trabajador asalariado del sector privado y por otra parte, empezaban a articularse algunos seguros sociales introduciendo la rama de enfermedad-maternidad en forma diferente a los seguros sociales de más antigua tradición, básicamente referidos a pensiones.

Por lo anterior, este instrumento señala un punto muy importante de la evolución de la seguridad social americana.

Programa de Ottawa de Seguridad Social para las Américas

A raíz de la octava Conferencia de Estados de América miembros de la OIT, celebrada en Ottawa, Canadá en 1966, se adoptó el documento convocado como “Programa de Ottawa de Seguridad Social para las Américas”, en el que se incorpora una etapa de suma importancia tanto para la evolución como para las perspectivas de la seguridad social americana.

En efecto, en este programa se plantea que “la seguridad social debe ser un instrumento de auténtica política social, para garantizar un equilibrado desarrollo social y económico y una equitativa distribución de la renta nacional. En consecuencia, los programas de seguridad social deben ser integrados en la planificación económica general del Estado, con el fin de destinar a estos programas al máximo de recursos financieros compatibles con la capacidad económica del país”.

Por otra parte, el Programa hace referencia expresa a que los países logren la uniformidad de la protección, revisen sistemas inadecuados en la cobertura de contingencias, apliquen efectivamente en la práctica los principios contenidos en la legislación, revisen el valor real de las prestaciones y otros aspectos básicos en cuanto a lograr la extensión generalizada de los seguros sociales a la población nacional. Al respecto, se sugieren políticas dinámicas de extensión gradual al campo, concediendo a esta máxima prioridad y fundamentando las estrategias de extensión en bases solidarias a nivel nacional. El programa también comprende medidas para integrar la rama de riesgos profesionales en los regímenes de seguridad social y se pronuncia sobre criterios de administración eficiente, saneamiento financiero, participación tripartita de los cuerpos con cultivos de las instituciones y otros aspectos sobresalientes de la seguridad social.

Finalmente, el programa alude a aspectos de integración económica regional que deban completarse con medidas que permitan el libre movimiento de la mano de obra, evaluación de

resultados, investigación y otras medidas. La referencia específica que se hace a la necesidad de coordinar las actividades de los organismos internacionales que actúan en la región americana es otro de los puntos sobresalientes a que se refiere este programa.

Es indudable que el Programa de Ottawa de Seguridad Social para las Américas refleja claramente bases doctrinales y principios en que se sustenta la seguridad social y a la vez marca una de las perspectivas más sobresalientes en cuanto a la orientación y mecanismos a seguir por los sistemas de seguridad social y la región.

La Seguridad Social y la Legislación sobre la Salud

Los lineamientos fundamentales que establece la diversa legislación vigente, sobre la salud, pueden resumirse como sigue:

La salud rebasa el límite de la atención médica y es responsabilidad del Estado; los servicios de salud que proporciona el sector público deben tener una calidad mínima común:

La atención primaria de la salud universalmente reconocida debe asegurarse a través del acceso real a servicios básicos de salud;

- Subsisten diversos sistemas institucionales de salud que contienen distintos preceptos legales, pero con fines de eficiencia deben integrarse en un sistema nacional de salud;
- Existe la tendencia a descentralizar la salubridad general; y
- En un sistema de economía mixta, subsiste la medicina privada, pero subordinada al interés público y por ello sujeta a la regulación del Estado.

En general, la legislación vigente en salud cataloga las grandes finalidades del derecho a la protección de la salud; el bienestar físico y mental del hombre; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; la protección y el acrecentamiento de los valores que conllevan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población ante la salud; el disfrute de servicios de salud y su adecuado aprovechamiento y el desarrollo de la enseñanza y la investigación para la salud.

Se desprende de ese catálogo de finalidad que la salud es un proceso físico, psicológico y social en el que concurren y son responsables el Estado, la sociedad y el interesado. Si el Estado no puede cuidar y mejorar la salud del hombre sin el concurso de la colectividad, esta tampoco puede suplantar al interesado.

Por ello, el proceso de la salud es esencialmente un proceso democrático, puesto que requiere de la activa participación de la comunidad y de los propios individuos dentro de un esquema de auto cuidados y de solidaridad social.

Para la consecución de esas finalidades, el inventario de los ámbitos de la salubridad general normalmente son agrupados por la legislación vigente en tres grandes apartados: atención médica, salud pública y asistencia social, mismos que son asignados para su operación descentralizada en los siguientes tres tipos de responsabilidad:

- La salubridad general de carácter nacional (por ejemplo: el registro sanitario de bienes industrializados o la fijación de las normas técnicas a las que se sujetaran los servicios de salud);
- La salubridad general reservada a las entidades nacionales pero sujeta a las normas técnicas nacionales (por ejemplo: la atención médica o el control sanitario de bienes y servicios) y
- La salubridad local que no es salubridad general que se regirá por leyes locales o bandos y ordenanzas municipales (por ejemplo: el control sanitario de la prostitución y el alejamiento de desechos de la vía pública).

De acuerdo con lo anterior, un Sistema Nacional de Salud puede concebirse como el conjunto de dependencias y entidades públicas nacionales y locales de personas físicas y morales privadas y sociales que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones tendentes a dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. En lo general, los objetivos del sistema son: proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar su calidad; contribuir al desarrollo demográfico armónico del país; colaborar al bienestar social mediante servicios de asistencia social; dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad; mejorar las condiciones sanitarias del medio; impulsar un sistema racional de recursos humanos para la salud y conllevar a la modificación de los patrones culturales relacionados con la salud.

La legislación sobre salud tiene en lo general a combatir las desigualdades que, por lo que se refiere a cobertura y calidad de los servicios, se aprecian entre los diferentes sistemas institucionales de salud (sobre todo entre los de seguridad social y los que se prestan en esquemas asistenciales o de solidaridad social).

Con tal propósito, consagran normalmente el compromiso esencialmente programático e ideológico de ampliar la cobertura de los servicios y mejorar su calidad en beneficio, preferentemente, de los grupos vulnerables y se señalan los servicios básicos a los que toda persona deberá tener acceso; educación para la salud; prevención y control de enfermedades transmisibles y de las no transmisibles más frecuentes; atención médica y materno infantil, planificación familiar; salud mental; disponibilidades de medicamentos esenciales; promoción nutricional y asistencia social.

Pieza radical de un Sistema Nacional de Salud son los sistemas institucionales que prestan servicios de salud conforme a sus respectivos regimenes legales, pues su desarrollo históricamente desarticulado ha conducido a calidades distintas y a un uso de recurso que podría mejorarse de manera decidida.

En este sentido la Seguridad Social ha procurado prestar dichos servicios en sus dos hospitales y en sus catorce clínicas periféricas. Sin embargo dado el crecimiento de la población asegurada la Junta Directiva decidió otras modalidades de atención como son:

- a. Médico de empresa donde el médico es pagado por la fábrica empleadora, el médico remite informes mensuales al IHSS, que ejerce labor coordinadora y supervisora.
- b. Servicios subrogados donde la atención la dan hospitales o servicios privados de acuerdo con un contrato suscrito entre dichas instituciones y el IHSS, tal como sucede en Comayagua, Siguatepeque, Puerto Cortes y la Ceiba, entre otras.
- c. Servicios coordinados de común acuerdo entre el Ministerio de Salud y el IHSS como sucede con el Hospital San Francisco de Juticalpa, entre otros.

Consideramos que todas estas opciones son válidas siempre y cuando haya una buena supervisión y control del IHSS para que la calidad de la atención al derechohabiente no disminuya sino por el contrario mejore cada día.

Resumen histórico de los principios de Legislación Laboral y Seguridad Social en Honduras, desde la Independencia hasta nuestros días.

De **1821 a 1880**: durante este período se aplicaba la novísima Recopilación de Leyes Indianas. Estas contenían disposiciones sobre previsión, estableciendo condiciones físicas individuales para poder trabajar en las minas y otras, como la prohibición de trasladar a trabajar a peones de clima caliente a clima frío o viceversa.

Aunque se había suprimido la esclavitud, los terratenientes se inventaron el término de servidumbre con el que denominaban así a los trabajadores domésticos, los de sus haciendas, labrantíos o minas que daban su trabajo a cambio de alimentación y albergue y algunas concesiones sujetas al capricho de los amos. De hecho la esclavitud sólo cambió de nombre. Estas injusticias dieron origen a la creación de leyes cuya finalidad era proteger a los trabajadores cuyo único capital era su trabajo y prácticamente lo tenían empeñado para toda la vida con sus patronos que abusaban de ellos.

Gobierno de Marco Aurelio Soto.

Este presidente reformista traslada la capital de Comayagua a Tegucigalpa en 1880 y en su primer mensaje al congreso expresa lo siguiente: “Recordad vosotros nobles diputados que la soberanía nace directamente del pueblo. Las leyes deben comprender a todos por igual. Y como toda buena ley es superior a todos los hombres las que dicte nuestro Congreso serán tales que obliguen a la perseverancia y al patriotismo. Debe moderarse la opulencia y suprimirse la indigencia de tal suerte que se aumente el jornal del pobre, que se mejoren sus costumbres y se alejen las enfermedades y la ignorancia”.

1880 el Código Civil de este año contemplaba disposiciones sobre el trabajo de los Criados Domésticos. Establecía que no se les podía obligar a prestar servicios por más de un año, a menos que se hiciera constar por escrito. Si el amo (patrono) violaba el convenio, quedaba obligado a pagar dos semanas y un mes de salario por concepto de desahucio; término que equivalía a lo que actualmente se denominan prestaciones; preaviso o indemnización o auxilio de cesantía. Para los llamados trabajadores inmateriales, actualmente denominados trabajadores intelectuales, como escritores asalariados, historiadores, también conocidos como bufones y más recientemente artistas; cantores, secretarías, preceptores; donde predominaba la inteligencia, se establecía que si se les hacía cambiar de residencia había que costearles los gastos de ida y vuelta. Este derecho lo perdían si se sucedía causal para el despido justificado. Los contratos que se suscribían eran contratos de arrendamiento de servicios, que en la actualidad se le llama Contrato Individual de Trabajo. A los trabajadores manuales se les denominaba trabajadores menestrales.

Gobierno de Domingo Vásquez

1893 Ley Reglamentaria del Trabajo. Decreto N° 90 de octubre 10, publicado en La Gaceta N° 1,010. Esta ley entró en vigencia el 1° de Enero de 1894. Consignaba modalidades del contrato de trabajo y la libre contratación. Establecía el trabajo forzoso cuando había necesidad de peones; obligaba a emplear a los desocupados hasta por un mes, remunerados conformes al uso local. El trabajador gozaba del derecho a defenderse; con excusa justificada no se le obligaba a trabajar. Los casos no previstos se remitían al Reglamento de Policía. Los contratos se hacían en papel común, es decir, ya se contemplaba para las actuaciones el «principios de gratuidad», que se consignan actualmente en los artículos 17 y 717 del Código del Trabajo. La ley que al principio se menciona tuvo corta duración, menos de dos meses; terminó con la revolución de Policarpo Bonilla.

Gobierno de Policarpo Bonilla

1898 El Código Civil de este año establecía la nulidad de arrendamiento de criados por toda la vida. Ordenaba la obligación de pagar el salario devengado más quince días de salario cuando se sucedía el despido injustificado. Los criados de labranza, menestrales (manuales), artesanos y otros trabajadores asalariados no podían ser despedidos sin justa causa.

Gobierno de Manuel Bonilla

1906 El Código Civil de este año (aún vigente), obliga a los patronos y criados, domésticos, es decir; a las partes, a pagar un mes de salario en los casos de despido o abandono injustificado. Se establecen las causales justas de despido. En la actualidad el Código de Trabajo tiene preferencia, según su artículo N° 8.

1924 la constitución política de este año incorporó el Título de Cooperación Social y Trabajo; creación del Instituto de Reformas Sociales. Garantizaba la Jornada Ordinaria diaria de ocho horas. Hablaba de la creación de la Ley de Accidentes de Trabajo.

Otra Constitución Política

1936 La Constitución Política nueva, incorporó el Título «Del Trabajo y la Familia». Hablaba de protección a las mujeres y menores de dieciséis años; prohibía su trabajo después de las seis de la tarde. Prohibido además, el trabajo de los menores de doce años. La jornada de las mujeres y los menores de dieciséis años era de seis horas.

Gobierno de Tiburcio Carias Andino

1937 El Código de Minería estableció la terminación del contrato trabajo a voluntad de las partes y la responsabilidad del patrono en casos de accidente. (Este código ha sido reformado).

1943 La Ley Orgánica de la Marina Mercante establece regulaciones de contrataciones y el derecho de estos trabajadores en casos de accidentes de trabajo.

1947 El Código de Educación Pública garantizó a las mujeres casadas sueldo íntegro por maternidad, descanso pre-natal de seis semanas y post-natal de diez semanas.

Gobierno de Juan Manuel Gálvez

1950 Reforma al Código de Minería de 1937. Decreto Legislativo N° 119 del 13 de Marzo. Regula la responsabilidad de la empresa en los casos de accidente de trabajos y enfermedades profesionales; hace clasificación de incapacidades; establece el monto de las indemnizaciones; en los casos de muerte fija una indemnización de los dos años de salario contados por días continuos y gastos de entierro conforme al uso local. Ordena el trabajo alternativo sin excederse de ocho horas cada veinticuatro.

1950 Ley de Aeronáutica Civil. Estableció indemnizaciones por los accidentes sufridos por las tripulaciones de las aeronaves. Vacaciones en un mes, renumeradas, por cada año de servicio, para el personal de las empresas aéreas.

1951 Reglamento de Higiene y Salubridad. Acuerdo ejecutivo. Dispone que las fabricas que empleen más de (50) cincuenta operarios tienen la obligación de tener un médico pagado por la empresa.

1952 Ley de Accidentes de Trabajo. Decreto legislativo N° 43 de Febrero dos. Clasifica la tabla de incapacidades y de enfermedades profesionales. Responsabiliza a las empresas por los riesgos profesionales sufridos por sus trabajadores.

1952 Ley de Trabajo de Menores y de Mujeres. Decreto Legislativo N° 44 de Febrero 4. Hace clasificación de los trabajos prohibidos para los menores de dieciséis años y las mujeres. Fija regulación de protección a las mujeres grávidas. Concede prestaciones por maternidad.

1952 Ley de Creación de la Dirección General de Trabajo y Previsión Social. Decreto Legislativo N° 63 de Febrero 20. Creación de las Inspectorías Generales de Trabajo.

1952 Reglamento de Medidas Preventivas de Accidentes de Trabajo. Acuerdo N° 1348 de Septiembre 4. Este reglamento continúa en vigencia por disposiciones del Poder Ejecutivo; véase el Acuerdo N° 95 de 25 de Febrero de 1960, publicado en La Gaceta N° 17017 de Marzo 1° de 1960.

1954 La Huelga. El Gobierno respeta el movimiento huelguístico que fue iniciado el 1° de Mayo por trabajadores de la industria del banano de la Costa Norte. Este movimiento se extendió hasta Tegucigalpa. Nacen las organizaciones sindicales en el país. La huelga de este año hizo ver la necesidad de ampliar la legislación laboral que exigían los trabajadores en su pliego de peticiones que básicamente se referían a seis capítulos: 1) Libertad sindical. 2) Creación del Ministerio del Trabajo. 3) Mejores condiciones salariales. 4) Protección de la salud de los trabajadores. 5) Creación del Código del Trabajo y 6) Creación de la Seguridad Social.

Gobierno de Julio Lozano Díaz

1954 Creación del Ministerio del Trabajo, Asistencia Social y Clase Media. Antes existía uno solo, el Ministerio de Fomento, Agricultura y Trabajo. Fomento pasó a ser de Comunicaciones y Obras Públicas; Agricultura pasó a ser el de Recursos Naturales. En la actualidad el Ministerio de Trabajo se denomina Secretaría de Estado en los Despachos de Trabajo y Previsión Social. El primer ministro del trabajo fue el profesor Mariano P. Guevara.

1955 Carta Constitutiva de Garantías del Trabajo. Decreto N° 50 de febrero 16. Se consagra que a trabajo igual y en idénticas condiciones deberá corresponder una reenumeración de valor igual; y que los derechos reconocidos por la ley a los trabajadores no podrán ser objeto de renuncia o limitación convencional y que será nulo todo pacto en contrario.

1955 Ley sobre Medición, Conciliación y Arbitraje. Decreto N° 59 del 14 de marzo.

1955 Ley de Organizaciones Sindicales. Decreto N° 101 de junio 6. Estableció que toda organización sindical debía tener por objeto el estudio, mejoramiento y defensa de los intereses sociales, económicos, culturales y morales de sus miembros.

1956 Ley de Contratación Individual de Trabajo. Decreto N° 224 del 20 de abril. Estableció los deberes y derechos mínimos de las partes contratantes; goce de vacaciones reenumeradas; pago de días feriados o de fiesta nacional; derecho al preaviso y a la indemnización por despido injustificado; regulaciones sobre los contratos de aprendizaje; servicio doméstico; trabajo a domicilio. Prescripciones de las acciones, sanciones, jurisdicciones, competencia y procedimientos.

1956 Fiesta Nacional. Decreto 226 de abril 26. El Jefe de Gobierno decreta día de Fiesta Nacional el 1° de Mayo «Día del Trabajo».

Gobierno de la “Junta Militar de Gobierno”

1957 Reforma. El Decreto N° 90 de mayo 8, reforma el Artículo 69 de la Ley de Contratación Individual de Trabajo; adicionándolo a fin de que el patrono pueda deducir de sus planillas de pago el monto de la cuotas ordinarias o extraordinarias con el que trabajador contribuya al Sindicato a que esté afiliado.

1957 Reforma. El Decreto N° 95 de Mayo de 17, reforma el Artículo 44 de la Ley de Contracción Individual de Trabajo; garantizando el empleo al trabajador, hasta por seis meses prorrogables por tres meses más, para que el trabajador pueda presentarse a su empleo después de haber cesado de prestar servicio militar en situaciones de emergencia o de actividad bélica.

1957 Ley de Trabajo Ferrocarrilero. Decreto N° 114 de Julio 22. Estableció jornadas de descanso rotativo semanal; alojamiento y alimentación de los trabajadores ferrocarrileros, relacionada con los viajes.

1957 Reforma. El Decreto N° 134 de Agosto 15, reforma el texto del Artículo 86 de la Ley de Contratación Individual de Trabajo; adicionando como Fiesta Nacional el 3 de octubre; en virtud de que este día ya había sido declarado así en Decreto N° 70 de 9 de Febrero de 1954.

1957 Ley Orgánica de la Dirección General de Trabajo. Decreto N° 134-A de Agosto 19. Substituye la Ley de Creación de la Dirección General de Trabajo y Previsión Social, de 1952.

1957 Ley de Contratación Colectiva. Decreto N° 143 de Agosto 29. Efectos jurídicos de los Contratos Colectivos.

1957 Ley de Aeronáutica Civil. Decreto N° 146 de Septiembre 3. Substituyó a la del 14 de Marzo de 1950. Esta nueva ley establece indemnización de L. 30.000.00 por cada miembro de la tripulación de una aeronave que resulte muerta en un accidente aéreo; extensivo a los auxiliares de a bordo, aunque no se les haya asignado obligación que cumplir en la aeronave. La indemnización se reduce a L. 20.000.00 para el personal de tierra cuando tenga que subir a bordo de la aeronave, en asuntos relacionados con el servicio. Igual que en la ley anterior, se concede un mes de vacaciones por cada año de servicio y aclara que al igual derecho tiene el personal de tierra.

1957 Ley del Seguro Social. Decreto N° 169 del 15 octubre. Nota: esta ley en su artículo 111, días después de su publicación en La Gaceta. No habían transcurrido los 10 de su publicación cuando entró en vigencia la nueva Constitución de la República (Decreto N° 21 de la Asamblea Nacional Constituyente). El artículo 341 de la Constitución dice: "Todas las leyes, decretos, reglamentos, ordenes y demás disposiciones que estuvieran en vigor al promulgarse esta Constitución, continuarán observándose en cuanto no se opongan a ella, mientras no fueren legalmente derogadas o notificadas". En observancia de este artículo y no estando en vigor el Decreto 169, la Ley del Seguro Social, quedó sin ningún valor.

1957 Constitución General de la República. Decreto N° 21 del 17 de diciembre. La Asamblea Nacional Constituyente reunida durante el Gobierno de la Junta Militar de Gobierno, dio el decreto contentivo de la actual Constitución de la República, que entró en vigencia el 21 del mismo mes y año. Consigna el Título V, Capítulo II, del Trabajo y Previsión Social, artículo 111 al 134: Se afirma que los derechos y garantías enumerados en este capítulo, no excluye los que emanan de los principios de justicia social aceptados por nuestro país en convenciones internacionales establece que la jornada ordinaria diurna de trabajo no podrá exceder de ocho horas diarias y cuarenta y cuatro a la semana, equivalente, a cuarenta y ocho de salario. Se considera de utilidad pública la omisión de la Ley del Seguro Social y Código de Trabajo, obliga a observar las leyes, reglamentos, ordenes y demás disposiciones en vigor al tiempo de promulgarse la Constitución. Por otra parte, el artículo 308 obliga al Poder Ejecutivo someter un proyecto de Ley de Servicio Civil a la consideración del primer Congreso Nacional Ordinario, con el fin de proteger a los Servidores Públicos y crear la carrera administrativa.

Gobierno de Ramón Villeda Morales

1958 Fiesta Nacional. Decreto N° 7 del 11 de Marzo, el Congreso Nacional Ordinario establece el día 21 de Octubre como Fiesta Nacional; porque este día evidencia el sentimiento de unidad nacional que se tradujo en la acción reivindicadora del pueblo y del ejército, para conquistar los beneficios de una vida libre e igual para todos los hondureños, Substituye el texto del artículo 86 de la Ley de Contratación Individual de Trabajo, para efecto del pago de los días feriados o de fiesta nacional.

1959 Ley del Seguro Social. Decreto N° 140 del 19 de mayo, publicado en la Gaceta N° 16.819 de 3 de julio. Entró en vigencia desde el 13 del mismo año. Esta ley es la misma, con ligeros cambios a la emitida por la Junta Militar de Gobierno en Decreto N° 169 de 15 de Octubre de 1957, que no logró ponerse en vigor, de acuerdo con la nueva Constitución de la República. El Instituto Hondureño de

Seguridad Social empezó a llenar su función social de inmediato nombrándose al abogado *Rogelio Martínez Agustín* como primer Director quien fue el artífice de la organización administrativa de inmediato y ya para el 1 marzo de 1962 funcionaba la Prestación de Enfermedad Maternidad en el hospital del barrio abajo, fecha que ha sido tomada erróneamente hasta el día de hoy como fundación del Instituto Hondureño de Seguridad Social que ocurrió realmente en julio de 1959.

1959 Código del Trabajo. Decreto N° 189 de Mayo 19. Terminó de publicarse en La Gaceta N° 16.834 de 23 de Julio. Esta ley involucró la legislación laboral ya existente y sus reformas; copió de leyes similares de México, Panamá, Colombia y otros países. Aumentó el derecho para los trabajadores; respetó derechos superados en las leyes existentes como en el caso de transporte aéreo, trabajo minero y marítimo. Tanta esta ley como las anteriores contemplan problemas de interpretación y así como aquéllas, muchas de sus disposiciones no han sido nada más que letra muerta. Concretando: las leyes anteriores se resumieron en un Código del Trabajo, que se encuentra mal relacionado en algunos de sus títulos, capítulos y artículos que se han venido actualizando en el transcurso de los años.

1960 Se pone en vigor nuevamente, el “Reglamento de Medidas Preventivas de Accidentes de Trabajo”, siempre que no esté en oposición al Código del Trabajo. Acuerdo N° 95 de 25 Febrero de 1960. Poniendo en vigor el Acuerdo N° 1348 de Septiembre 4 de 1952.

1963 Reglamento. El Acuerdo N° 98 de Mayo 29, reglamenta el artículo 83 del Código del Trabajo, relacionado con la aplicación de los Contratos Colectivos de Trabajo.

El 2008 se cumplió la primera década de la Declaración de los Principios y Derechos Fundamentales en el Trabajo de la OIT (1998). Entre ellos se destaca el combate contra la esclavitud como pauta civilizatoria, pues ella constituye una grave violación de los derechos humanos y una restricción de la libertad personal.

A principios del siglo XXI hay más esclavitud que en ningún otro momento de la historia, según la edición «en español» de la revista *Foreign Policy*.

En su convenio 29 (del año 1930), la OIT define como trabajo forzoso “todo trabajo o servicio exigido a un individuo bajo la amenaza de una pena cualquiera y para el cual dicho individuo no se ofrece voluntariamente”. En 1957, la OIT sancionó otro convenio (105) sobre la abolición del trabajo forzoso.

A principios del año de 1923 se reunieron en Washington, Delegados Plenipotenciarios de las cinco repúblicas centroamericanas, con el propósito de llegar a un convenio tendiente a unificar las leyes protectoras de los obreros y trabajadores, propiciando así igualdad de condiciones de vida y de trabajo de los habitantes de Centro América y superarlas en la mejor forma posible. Este convenio, que es casi desconocido, se encuentra su original, depositados en los archivos de la Unión Panamericana, en Washington. El citado convenio fue ratificado por el Gobierno de Honduras el 15 de abril de 1925. Sus viejos ideales han tomado nuevas fuerzas con los propósitos y resoluciones de la Primera Reunión de Ministros de Trabajo y Previsión Social de Centro América, celebrada en San Salvador, del 20 al 23 de abril de 1964. En el deseo de que los trabajadores, empleadores y profesionales del derecho eslabonen la convención de 1923 con la de 1964 y sus futuras relaciones, reproducimos aquel viejo convenio.

“Los Gobiernos de la República de Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica, deseando mejorar la condición de los obreros y trabajadores, han convenido en celebrar una convención para unificar las leyes protectoras de ellos y al efecto, han nombrado delegados, a saber:

Guatemala, a los excelentísimos señores Francisco Sánchez Latour y Licenciado Marcial Prem; El Salvador, a los excelentísimos señores Francisco Martínez Suárez y Doctor J. Gustavo Guerrero;

Honduras, a los excelentísimos señores Doctor Alberto Uclés, Doctor Salvador Córdova y Raúl Toledo López; Nicaragua, a los excelentísimos señores General Emiliano Chamorro, Adolfo Cárdenas y Doctor Máximo H. Zepeda y de Costa Rica, a los excelentísimos señores Licenciado Alfredo González Flores y J. Rafael Oreamuno.

En virtud de la invitación fechada al gobierno de Estados Unidos de América por los Gobiernos de las cinco Repúblicas de Centro América, estuvieron presentes en las deliberaciones de la Conferencia, como delegados del Gobierno de Estados Unidos de América, los honorables señores Charles e. Hughes, Secretario de Estado en los Estados Unidos de América y Summer Welles, Enviado Extraordinario y Ministro Plenipotenciario.

Después de comunicarse sus respectivos plenos poderes, que fueron hallados en buena y debida forma, los delegados de los cinco estados de la América Central, reunidos en conferencia sobre asuntos centroamericanos en Washington, convinieron en llevar a efecto el propósito indicado de ratificar todas aquellas leyes que favorecieran a los obreros y trabajadores de las cinco Repúblicas de Centro América

Artículo 11. — El canje de las ratificaciones de la presente Convención se hará por medio de comunicaciones que dirigirán los gobiernos al Gobierno de Costa Rica, para que éste lo haga saber a los demás Estados contratantes. El Gobierno de Costa Rica, les comunicará también la ratificación si la otorgare.

Artículo 12. — El ejemplar original de la presente Convención, firmado por todos los Delegados Plenipotenciarios, quedará depositado en los archivos de la Unión Panamericana, establecida en Washington. Una copia auténtica de él será remitida por el secretario general de la Conferencia a cada uno de los gobiernos de las partes contratantes.

Firmada en la ciudad de Washington, a los siete días del mes de febrero de mil novecientos veintitrés.

Por demás esta decirlo que todo lo anterior no pasó de ser una buena intención ya que los gobiernos no cumplieron el mencionado documento.

La Ley del Seguro Social y sus Reglamentos (**Decreto 140-1959**) ha sufrido pocas modificaciones señaladas en los **Acuerdos No. 003-JD-2005, No. 001-JD-2005, No. 10-90-JD**, entre otros, por lo que el actual **Director Ejecutivo el Dr. Efraín Bu Figueroa**, ordenó una revisión completa el año 2008, de la cual extractamos los puntos más sobresalientes. Esta revisión la realizó el eminente **Abog. Efraín Moncada Silva**.

Explicación del anteproyecto de reformas propuestas de la Ley del Seguro Social 2009.

El Anteproyecto propone la reforma de los Artículos de la Ley del Seguro Social que a continuación se mencionan:

Artículos 1, 4, 7, 8, 10, 27, 30, 31, 36, 41, 58, 61, 65, 74, 75, 76, 77 y 91.

Artículo 1. La nueva redacción de este artículo señala un aspecto importante, desde el punto de vista institucional, cual es el desarrollo que la Ley del Seguro Social lleva a cabo un fundamento en las disposiciones y principios cardinales que establece el Título III, Capítulo VI, artículos 142, 143 y 144 de la Constitución de la República, que conceptualiza la seguridad social como es realmente: un servicio público de carácter primordialmente obligatorio que se prestará con la modalidad de seguro social, bajo la dirección del IHSS, inspirada en los principios de universalidad, solidaridad y eficacia, en las condiciones y requisitos que establezcan la Ley y los reglamentos.

Se eleva el derecho de la seguridad social a la categoría de un derecho irrenunciable para ser congruente con el derecho del trabajo, porque ambos pertenecen al llamado Derecho Social, que es el tertius genus, de la clasificación tradicional del Derecho en Público y Privado.

Además, se atribuye a las disposiciones de la Ley el carácter de orden público y de interés social, en concordancia con el Código de Trabajo, que es la legislación hermana, pues ambos nacieron en la misma fecha: 19 de mayo de 1959.

Artículo 4. Con la redacción que se propone se persigue aclarar las dudas y ambigüedades que se presentan en la práctica, al considerar algunos sectores que las categorías de sujetos mencionados en dicho artículo responden a regímenes especiales voluntarios, pero que al calificarlos expresamente de obligatorios, se despeja cualquier duda acerca de su obligatoriedad.

Artículo 7. En el primer párrafo se agrega la obligación del trabajador de inscribir a su esposa, o en su defecto a su compañera de hogar y a sus hijos beneficiarios.

El segundo, tercero y cuarto párrafo de dicho artículo son nuevos y tienden, el primero a proteger al Instituto de actos de simulación y en general fraudulentos a los fines e intereses de la Ley, así como del Instituto, creando mecanismo para evitar injusticias y errores o abusos.

Se incluye, también, el caso de los pensionados que se hallen en las circunstancias señaladas en el párrafo segundo.

Artículo 8. Este artículo se transformó totalmente con los elementos siguientes:

- a) Se agrega la dirección y orientación, además de la administración del seguro social al IHSS, porque institucionalmente le corresponde, como institución constitucional, la dirección de los programas de seguridad social de Honduras, y además, la orientación de las políticas en esa importante materia, cuyo ámbito de competencia es exclusividad suya, de acuerdo con la Carta Magna.
- b) Se le atribuye el carácter de organismo fiscal, lo que tiene extraordinarios beneficios para el IHSS, porque además del mayor poder de imperio que le da esa investidura de organismo estatal ubicado en el ámbito de los órganos del Estado encargados de hacer cumplir las obligaciones tributarias; las cotizaciones obrero-patronales, tienen el carácter de contribución, de acuerdo con el Artículo 11 del Código Tributario que dice textualmente: “Contribución es la aportación que de conformidad con la Ley debe pagarse al Estado o a un ente descentralizado del mismo, por la prestación de servicios de obras públicas en beneficio directo, colectivo o de seguridad social”
- c) La calificación del IHSS como organismo fiscal y la conceptualización de las cotizaciones, recargos y multas como créditos fiscales a favor del Instituto tienen transcendencia en los procedimientos administrativos, judiciales y para hacer cumplir las obligaciones de los obligados frente al seguro social, con lo cual podría abrirse una posibilidad de asegurar la recaudación de los recursos del IHSS en beneficio de su patrimonio.

Artículo 10. Se mejora la redacción y se subsanan ciertas irregularidades e incongruencias que exhiben las disposiciones de este artículo.

- Artículo 27. a) Se mejora la redacción de la atribución número 1); y
b) Se agregan las atribuciones de los números 7) y 8).

- Artículo 30. a) Se mejora la redacción y se reubica la atribución número 2) que pasa a ser la 1);
b) Se elimina la atribución No. 1) que corresponde a la número 2) del Director Ejecutivo porque la repetición podría crear problemas de competencia;
c) se adicionan las atribuciones de los números 4) y 5).

Artículo 31. Se adiciona el último párrafo para determinar los principios que informan el cumplimiento de las obligaciones de los servidores públicos del IHSS, como los de responsabilidad, ética profesional, eficiencia y calidad en la prestación de los servicios y en la atención de los derechos habientes, así como en las responsabilidades en que pudieren incurrir los encargados de prestar el servicio público, en concordancia con la conceptualización que de la seguridad social formula el Artículo 1.

Artículo 36.

a) Se mejora la redacción de sus disposiciones para introducirles mayor claridad y

b) Se amplía la protección del riesgo de enfermedad:

- 1) A la esposa del pensionado a que se refiere el Artículo 34, letra c);
- 2) La compañera de hogar del asegurado y del pensionado, siempre que reúna los requisitos que exige el propio artículo 36 y
- 3) El esposo o compañero de hogar de la asegurada y de la pensionada, cuando no tuviere medios económicos propios de subsistencia o sufiere de una invalidez no cubierta por ningún seguro.

Nota: Esta ampliación de cobertura del ámbito personal del seguro de enfermedad no profesional, así como otras novedades ampliatorias que se proponen debe ser consultada previamente con el Actuario del IHSS.

Artículo 41. Este artículo con las disposiciones del artículo 36, letra a) al concederle derecho a la ayuda para gastos funerarios, en primer lugar, a la esposa del asegurado; y a falta de esposa, a la compañera de hogar del asegurado o del pensionado, siempre que reúna los requisitos indicados en el referido Artículo 36, letra a).

Nota: igual que el anterior es necesario oír el dictamen del Actuario, porque en alguna forma se produce una ampliación de cobertura de la contingencia.

Artículo 58.

a) Se estructura en mejor forma el artículo para su mayor claridad.

b) La novedad que se introduce en el último párrafo es la posibilidad de que en circunstancias o situaciones financieras críticas y de difícil solución inmediata del Régimen de Enfermedad y Maternidad, puedan auxiliarlo los Regímenes de Riesgos Profesionales e Invalidez, Vejez y Muerte, mediante préstamos temporales, a la tasa de interés que determine en cada caso el Comité de Inversiones, mediante resolución de la Junta Directiva con las dos terceras partes de la totalidad de sus miembros y oyendo previamente el dictamen del mencionado Comité. Esto evitaría que el IHSS tenga que recurrir a préstamos en el Sistema Financiero que, además de onerosos, se pueden prestar a empañar la transparencia que debe rodear y garantizar esta clase de operaciones.

Artículo 61. Con los propósitos de darle, por una parte una mayor fortaleza institucional, especialmente dentro de las posibilidades de obtener recursos que por Ley le pertenecen, reduciendo la mora a límites razonables; y por otra, a efecto de que guarde la debida armonía y coherencia con el carácter de organismo fiscal que le atribuye al IHSS el Artículo 8, en concordancia con el Artículo 11 del Código Tributario de cuya definición de "Contribución" se desprende que las cotizaciones materialmente son aportaciones que deben pagarse, en este caso al IHSS, por la prestación de servicios de seguridad social; al amparo de los propósitos enunciados se ha dado una nueva redacción a este artículo, con los elementos siguientes:

- a) Se le atribuye el carácter de crédito fiscal a las cotizaciones de los patronos y de los trabajadores, los recargos y las multas impuestas en los términos de la Ley, así como los gastos realizados por el IHSS por servicios y gastos improcedentes.
- b) Los fondos que tenga derecho a recuperar o exigir de personas que no siendo derechohabientes, han obtenido o disfrutado de los servicios que presta el Instituto.
- c) Gozan de preferencia los créditos del IHSS en los casos de concurso de acreedores u otro procedimiento en los que se descarte la prelación, excepto las pensiones por alimentos y otros casos expresamente señalados por la Ley.
- d) Las cotizaciones no enteradas al IHSS por los patronos en los plazos señalados en la Ley y reglamentos, dará derecho a imponer recargos por mora y a promover las acciones legales que proceden.
- e) En el párrafo quinto se concede al Instituto la facultad de determinar las cotizaciones en forma presuntiva y fijarlas en cantidad líquida con base en los datos con que cuenta o con apoyo de los hechos que conozca con motivo del ejercicio de las facultades de comprobación de que goza como autoridad fiscal, o bien a través de los expedientes o documentos proporcionados por otras autoridades fiscales.
- f) En la misma forma procederá el Instituto en los casos que al revisarse las planillas de pago internas del patrono, se descubran errores u omisiones.
- g) Los documentos de liquidación que formule el Instituto deberán ser pagados por el patrono dentro de los 15 días siguientes de la notificación.

Artículo 65. La nueva redacción trata de:

- a) Hacer énfasis en el concepto de crédito fiscal que tienen las cotizaciones, recargos, multas y todos los créditos a favor del Instituto.
- b) Para el cobro bastara la certificación del adeudo expedida por el Director Ejecutivo. Como el crédito fiscal da lugar a una relación jurídico-pública, no tiene sentido seguir utilizando el mecanismo de los títulos-valores de corte netamente mercantil que tiene sentido en el ámbito de las obligaciones jurídico-privadas, no en las obligaciones jurídico-públicas como son las que se establecen en términos obligatorios entre el IHSS y los patronos y trabajadores, porque el seguro social es un régimen obligatorio, aun para las categorías especiales de afiliación progresiva previstos en el Artículo 4 de la Ley.
- c) Se amplía el cuadro de los actos que requieren constancia de estar al día en el pago de las obligaciones económicas con el Instituto.
- d) Las constancias serán extendidas por el funcionario que designe el Director Ejecutivo dentro de los cinco días siguientes de la fecha de la respectiva solicitud.
- e) Se deja igual como están en dicho artículo lo atinente a las diligencias prejudiciales y providencias precautorias.

Artículo 74. Se hace una fusión del contenido de los Artículos 74 y 75 por tratarse de la misma materia a fin de mantener la unidad temática.

Artículo 75. Su contenido es nuevo. Sus disposiciones tienden a:

- a) Precisar que la resolución definitiva de la Junta Directiva pone fin a la vía administrativa.
- b) Los interesados en impugnarla por la vida judicial deberán utilizar el procedimiento especial en materia tributaria e impositiva. Artículos 103 al 107 de la Ley de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.
- c) Este procedimiento es el correcto y apropiado para impugnar liquidación de impuestos, contribuciones (recuérdese que conforme al Artículo 11 del Código Tributario tienen esta

Condición las cotizaciones de los servicios de seguridad social); además, exige, acompañar con la demanda, en que se impugna el crédito fiscal, el documento de solve et repet.

Es un procedimiento breve (la mitad del contencioso ordinario) y solo la apelación se tramita conforme a lo que dispone acerca de los juicios especiales el Código de Procedimientos Civiles.

Artículo 76. Esta disposición es congruente con los principios siguientes que informan este anteproyecto.

- a) La relación del IHSS con patronos y trabajadores es una relación jurídico-pública, regida por el derecho público, administrativo concretamente (Ley del Seguro Social).
- b) El IHSS es un organismo fiscal.
- c) Los créditos del seguro social son créditos fiscales.
- d) En consecuencia, los actos de liquidación de las cotizaciones, recargos, multas y demás créditos del Instituto, son actos administrativos, cuyas resoluciones definitivas y firmes deben ejecutarse forzosamente de acuerdo con el procedimiento de apremio previsto para esta clase de actos administrativos por la Ley de Procedimiento Administrativo.
- e) No tienen que recurrirse a instrumentos o procedimientos del derecho común o de la justicia ordinaria (civil y mercantil), porque los actos administrativos tienen su propio procedimiento y su particular jurisdicción (contencioso administrativo), Juzgado Contencioso Fiscal.

Artículo 77. Es totalmente nuevo; y persigue la finalidad de crear mecanismos para tratar de reducir la mora patronal por medio de:

- a) Prorrogas autorizadas que devenguen intereses;
- b) Planes de pago también autorizados por la Junta Directiva del Instituto, mediante resolución motivada y,
- c) Exonerarlos del pago de recargos o multas, parcial o totalmente, en las circunstancias que se indican en el artículo. Pero en ningún caso, se exonerará el pago parcial o total de las cotizaciones.

Todo refinanciamiento de créditos del IHSS deberá garantizarse apropiadamente.

Artículo 91. Se aclara lo relacionado con la prescripción, porque la redacción actual del artículo ha suscitado algunas dudas y ambigüedades que había necesidad de despejar, porque se trata de una materia delicada e importante.

La redacción propuesta en el Anteproyecto logra en nuestra opinión el propósito de imprimirle la mayor claridad a la Ley, disipando las dudas existentes en el texto vigente.

Ante-Proyecto de Reforma a la Ley del Seguro Social

A. Respuesta a los Comentarios de la Dirección Medica Nacional del IHSS:

1. En cuanto al enunciado del Artículo 1° Párrafo 2° que la Seguridad Social es irrenunciable, se refiere al Derecho Subjetivo de la Persona a la Seguridad Social, no a las prestaciones en especie o en dinero; y en cuanto a que la Ley del Seguro Social es de carácter público y de interés social, es una categorización totalmente diferente pero que refuerza el carácter preferente que le da el Artículo 107 de la misma. El carácter público y de interés social se le da a las normas que el Estado protege prioritariamente y les confiere un interés especial por su trascendencia social; en cambio el carácter preferente se refiere a la especialidad de la norma frente a otras normas generales, porque el Principio General es que la norma especial prevalece sobre la norma especial.
2. La observación relacionada con el Artículo 8 que considera sinónimos las palabras dirección, orientación y administración, realmente no lo son porque dichos conceptos tienen un significado

Particular cada uno de ellos, se refieren a un contenido diferente entre sí. Por otra parte, no se definió al IHSS en el 1er Artículo, porque en este se enuncian los grandes principios y fundamentos de la seguridad social, en cambio el IHSS es la institución o el organismo encargado de aplicar esos principios o fundamentos.

En cuanto a la previsión de la posibilidad de establecer guarderías infantiles y velatorios, etc., estas son proyecciones de actividades propias de la seguridad social en su dinámica, no en un aspecto estático y por ello se sujeta a las posibilidades económico-financieras de la institución.

El contenido del numeral 9 del Art. 8 del Anteproyecto es enfatizar la atribución del Instituto como organismo de determinar la existencia, contenido y alcances de las obligaciones incumplidas por los patronos y demás sujetos obligados en los términos de esta Ley, lo que sirve de fundamento al Artículo 96 de la Ley que es la aplicación concreta de esta atribución.

3. En el Art. 36 vale la observación con la aclaración que el vocablo “seguro”, que en el se emplea, se refiere al seguro de enfermedades no profesionales (EM).
El propósito de las Letras a), b) y c) del Art. 36 es imprimirle mayor claridad y precisión a los conceptos de esposa y de compañera de hogar e hijos del asegurado.
Por otra parte, considerar que el asegurado no tiene ningún beneficiario cuando inscribe varias concubinas es una forma de proteger el matrimonio y la estabilidad de la pareja.
4. En lo que se refiere a la observación del Art. 41, consideramos que no tiene fundamento, porque todas las reformas se refieren a la Ley del Seguro Social.
5. En cuanto al Art. 58 hemos plasmado una solicitud del Señor Director del IHSS para solucionar circunstancias financieras internas, sin tener que recurrir a préstamos dentro del sistema financiero nacional que son onerosos.
6. En lo que se refiere al Art. 74 la Ley vigente también hace distinción entre servicios y prestaciones y se creyó necesario unir los Art. 74 y 75 porque se trata de la misma materia y están íntimamente relacionados.
7. El Art. 77 lo que trata de regular es la recuperación de la mora en términos razonables y justificados llegando inclusive a la exoneración pero solo de los recargos o multas, ya sea parcial o totalmente, cuando debido a circunstancias imprevistas y excepcionales le ha sido imposible al Patrono cumplir con sus obligaciones.
8. Respecto al Art. 91, nos parece que no se ha comprendido el alcance de sus disposiciones ya que lo que se propone es distinguir la prescripción del derecho ya materializado con la imprescriptibilidad del derecho a su otorgamiento que son dos cosas separadas y diferentes.

B. Respuesta a las observaciones de la Unidad de Asesoría Legal:

1. En cuanto a las observaciones al Reglamento no nos pronunciamos al respecto porque lo haremos con posteridad, cuando se logre el consenso de las reformas a la Ley.

C. Comentarios a las Reformas Propuestas a la Ley del Seguro Social formuladas por el Régimen IVM:

1. En relación con el comentario al Art. 7, resulta obvio que el IHSS, en su calidad de administrador de la seguridad social debe llevar un registro y control eficiente de las aportaciones de cada afiliado, así como un banco lleva el control del estado de cuenta de sus clientes.
2. En cuanto al servicio médico de la esposa del pensionado habría que atenerse al cálculo actuarial y en cuanto a los supuestos de las letras a) y b) del comentario, también debe ser objeto de un análisis actuarial.
3. El Art. 41 se limita a la asegurada, esposa del asegurado o pensionado o compañera de hogar de estos.
4. En relación a los Art. 50, 55-A y 55-B los analizaremos conjuntamente con el proponente para ver su viabilidad y conveniencia.

5. En cuanto al comentario del Art. 58, habría que examinar si es conveniente ampliar la posibilidad de préstamos a los otros regímenes del IHSS.
6. En cuanto al Art. 77 no procede la sugerencia, porque son dos hipótesis totalmente diferentes.
7. En cuanto al comentario al Art. 91, es preferible que lo regule el Reglamento para darle mayor flexibilidad.

D. Respuesta a las observaciones de la Gerencia de Afiliación y Recaudación.

Consideramos necesario aclarar que es preferible examinar el texto del Anteproyecto de Reformas a la Ley en primer término, para después entrar al estudio de las reformas a los Reglamentos.

1. En cuanto al Art. 4 inciso b) de los trabajadores domésticos, se aclara que están ubicados en el Régimen Obligatorio tal como se señala en el párrafo 1° de este artículo.
2. La inclusión del nuevo artículo en el Régimen Especial de Aplicación Progresiva para cubrir IVM y EM necesita más explicación.
3. La sugerencia de la observación No. 3 esta prevista en el Art. 7 propuesto.
4. En lo que se refiere a la observación No. 4, ya en el Art. 4 de la Ley, cuando se habla de estudios actuariales y de factibilidad, entendemos que comprende implícitamente la determinación de porcentajes de cotización.
5. El Art. 5 en su letra y espíritu equivale a decir que no están obligados a sujetarse al régimen.
6. La redacción propuesta ya esta incluida en el texto del Art. 7 que se presentó a consideración de las autoridades del IHSS.
7. El periodo de carencia que se propone en el Art. 39 para la asegurada directa es discutible, porque siempre ha tenido el derecho sin necesidad de carencia; y en derecho social no se puede retroceder ante un derecho adquirido en perjuicio del asegurado o beneficiario.
8. La observación contenida en el No. 9 se analizará al estudiar el Reglamento.
9. Es valida la observación contenida en el No. 10.
10. Lo relacionado con el No. 11 imposición de recargos y multas será discutido con la Gerencia de Afiliación y Recaudación.
11. La observación ya se previo en el Art. 77 propuesto.
12. Los estímulos a los buenos pagadores debe ser una política de la Junta Directiva.

El Desarrollo Social y la Alianza para el Progreso

Para hablar del desarrollo social y la alianza para el progreso, forzosamente tenemos que remitirnos a la «Declaración de Cundinamarca», emanada de la Conferencia Interamericana de Ministro de Trabajo sobre la Alianza para el Progreso, elaborada en la ciudad de Bogotá, Colombia, de 5 al 12 de mayo de 1963. Las finalidades de esta Conferencia fueron establecidas por el consejo de la Organización de Estados Americanos (OEA) el 21 de febrero de 1963, al aprobar el informe de la comisión de Conferencias Interamericanas. En aquellas oportunidades el consejo indicó que la convocatoria de la Conferencia de Ministros del Trabajo se basaba en las disposiciones de la carta de Punta del Este y de la resolución A-10 adoptada por primera reunión del consejo interamericano y social al nivel ministerial, celebrado en octubre de 1962.

Aquella conferencia de ministros de trabajo, cumplió con la directiva general de adoptar medidas que garanticen que la alianza para el progreso se considere como un esfuerzo verdaderamente popular para el desarrollo económico y social. La «Declaración de Cundinamarca» es un documento de primordial importancia que desarrolla los principios de la carta de la Punta del Este. Las recomendaciones aprobadas en esta conferencia ofrecen también a los estados miembros y a la OEA, lo mismo que a los organismos internacionales colaboradores, indicaciones precisas sobre los mecanismos para alcanzar los fines de la alianza en el campo laboral y social. Este documento sirve de alineamiento principal para las pautas que deben regir la participación del movimiento

democrático en la alianza, así como las actividades de los países en el campo social, recogiendo el pensamiento social del presidente John F. Kennedy.

Una de las cuestiones centrales para el desarrollo consiste en realizar la evaluación correcta de los recursos humanos y obtener su aprovechamiento óptimo, tanto en términos de calidad como de cantidad. La determinación de políticas de salarios y las relaciones entre trabajadores y empleadores son factores primordiales para el desarrollo social en un esfuerzo nacional, lo mismo que el funcionamiento de una verdadera seguridad social.

De lo dicho anteriormente se desprende la necesaria participación de los sindicatos democráticos en los programas de desarrollo, por lo que se hubiese cursado con suficiente anticipación invitaciones a las organizaciones sindicales libres democráticas del país, como el sindicato de trabajadores de la tela Railroad Company, Federación de Sindicatos de Trabajadores Libres de Honduras (FECESITLIH), Federación de Sindicatos de Trabajadores Norteños de Honduras (FESITRANH), para que un digno representante de la clase obrera hondureña, hubiese participado en el desarrollo de este programa, donde se hizo una especie de resumen de los logros sociales de la Alianza para el Progreso. Cabe señalar que en el mismo participó el Abogado Rogelio Martínez Agustinez, primer director del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

I. Desarrollo y Perspectivas en el campo de los Recursos Humanos de mano de obra

Los datos estadísticos son esenciales para proporcionar las bases fundamentales para la formulación de los planes de desarrollo con miras a los establecimientos de un sistema regular y uniforme de análisis estadístico comparativo en el campo laboral. De esta forma podemos indicar brevemente y en cualquier momento, cual es la situación de nuestro país en relación con la cantidad y calidad de mano de obra disponible, por la que necesitamos realizar las encuestas sociales para determinar:

1. — Porcentaje de la población económicamente activa con relación a la población total;
2. — Número total de empleados;
3. — Número total de empleados por sector de la actividad económica:
 - a) En la industria manufacturera;
 - b) En la agricultura;
 - c) En la construcción;
 - d) En el comercio y servicios;
4. — Número total de desempleados y empleados parciales;
5. — Total de desempleados y empleados parciales en los sectores anteriormente indicados
6. — Clasificación de la fuerza de trabajo:
 - a) Por el sexo;
 - b) En trabajos calificados, semi-clasificados e inexperto;
7. — Distribución de la fuerza de trabajo en áreas urbanas y rurales, especificando zonas o regiones de mayor concentración.

Clasificación de la Fuerza de Trabajo por Sexo (1963)

Total.....	567.988	100%
Masculino.....	494.717	87.1%
Femenino.....	73.271	12.9%

Distribución de la Fuerza de Trabajo en áreas Urbanas y Rurales (1963)

Total.....	567.988	100.0%
Urbano.....	142.087	25.0%
Rural.....	425.901	75.0%

Cuando nuestro país sea convertido en signatario de los convenios de la integración económica centroamericana, se hace más necesario contar con toda esa información, para medir nuestras capacidades y formular nuestras proyecciones en relación a nuestros hermanos países vecinos.

II. — Desarrollo y Perspectivas en el campo de las condiciones de trabajo

Este aspecto esta comprendido en las recomendaciones 5, 11, 14, 20 y 32, adaptadas por la Conferencia Internacional de Ministros de Trabajo. Trata de proveer la información estadística esencial para el establecimiento de planes de desarrollo económico y social de las políticas de salarios e ingresos. En efecto es necesario describir la situación del país, en relación con los siguientes elementos que afectan a las condiciones de trabajo:

1. — Evolución de los salarios medios en un periodo determinado de tiempo, tanto en el sector industrial, agrícola, comercial y de servicios, como el ramo de la construcción;
2. — Implantación de los Sistemas de Salarios Mínimos, con clasificación de las áreas cubiertas, métodos para su determinación y periodicidad para su revisión, así como fijar los métodos necesarios para exigir su cumplimiento. A este respecto ya el código de trabajo vigente en Honduras, señala en su artículo 383, que el Salario Mínimo lo fijara periódicamente el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, sobre las bases de los dictámenes que le presente la Comisión Nacional de Salario Mínimo.
3. — Evolución de los horarios de trabajo en todos los sectores de producción.

III. — Desarrollo y perspectivas en el campo de adiestramiento de la mano de obra.

Los habitantes de una nación constituyen el recurso para el desarrollo ya que en realidad son, al mismo tiempo, la razón principal para éste. Las maquinarias, el capital, los materiales son elementos que pueden obtenerse en muchas partes, pero la fuente de los recursos humanos para el desarrollo de un país puede ser una sola: los hombres y las mujeres de esa nación. La Alianza para el Progreso a través de la «Declaración de Cundinamarca», contempla esos aspectos en sus recomendaciones 7, 8, 9 y 33. Concretamente se dirige a los institutos especiales de adiestramiento vocacional, al adiestramiento en el lugar del trabajo o en el cargo y las actividades de re-adiestramiento, patrocinados por organismos gubernamentales especializados, por la industria y los sindicatos.

Recomienda en consecuencia que los empleadores, el gobierno y las organizaciones laborales asuman responsabilidad primordial en el adiestramiento de la fuerza de trabajo. Este adiestramiento debe llegar a todos los trabajadores, sean sindicalizados o no, sean éstos rurales o urbanos, desempleados y sub-empleados.

Honduras espera en el Consejo de la OEA gestiones con los organismos administrativos de los fondos de la Alianza para el Progreso, asistencia técnica y financiera para la Instituciones nacionales de formación profesional, que puedan crearse en nuestro país. Actualmente la Secretaría de Trabajo y Previsión Social estudia la estructuración de las llamadas Escuelas de Formación Profesional que funcionan en España y las que se dedican a proyectos completos de preparación y capacitación de personal obrero.

IV. — Desarrollo y Perspectivas en el campo de las relaciones Obrero-Patronales.

Hablaremos ahora sobre el desarrollo de las relaciones obrero-patronal y específicamente sobre su influencia en el progreso económico y social en el planeamiento nacional.

Algunos aspectos básicos de las relaciones entre empleadores y empleados están regidos por nuestra legislación laboral. La experiencia que en tal sentido adquiramos constituye un factor muy importante en los esfuerzos del desarrollo.

La libertad sindical, garantizada internacionalmente por las reglas contenidas en los convenios de la Organización Internacional de Trabajador (OIT), que incluyen el derecho de asociación, el derecho de contratación colectiva y la huelga, constituye base esencial para asegurar a los trabajadores un papel efectivo en las actividades de desarrollo social. Para que este papel sea en realidad efectivo, la masa obrera necesita la formación sindical suficiente.

Desde 1956, el Departamento de Educación Laboral del Ministerio de Trabajo y Previsión Social ha venido realizando una función educativa de los trabajadores por medio de seminarios, cursos, cursillos y conferencias. En sus actividades el departamento de Educación Laboral ha venido recibiendo la ayuda y cooperación de organizaciones, tales como: la OEA, la OIT., la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y la Cultura (UNESCO).

Ahora con colaboración de la Alianza para el progreso, de la Asociación Internacional para el Desarrollo (AID) y la Central Sindical AFL-CIO, funcionó en San Pedro Sula el Instituto de Estudios Sindicales Centroamericanos, el cual operó como organización regional del Instituto para el Desarrollo de Sindicalismo Libre, siendo financiado su presupuesto por la ROCAP, que es la Oficina Regional para Centro América y Panamá de la AID.

V. — Los Objetivos de una Política Social Nacional

En las mismas recomendaciones de la Declaración de Cundinamarca, queda dicho que a los Ministerios del Trabajo y a los Institutos de Seguridad Social les corresponde intervenir no solamente en relación con el concepto tradicionalmente aceptado de la política social, que incluye las acciones sobre servicios públicos (agua y electricidad, hospitales, escuelas, viviendas, alcantarillas, etc.) y facilidades culturales y deportivas, sino también en relación con otro aspectos de la política social que afectan más directamente a las condiciones de los trabajadores como ser las diversas prestaciones del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

Los Ministerios de Trabajo constituyen el Instrumento Natural para promover y poner en práctica el concepto de que la política social está relacionada directamente con la política económica para calificar como tal a la política que afecta a la estructura económica de la sociedad. Esto incluye la promoción de cooperativas y bancos obreros, como una forma de obtener la redistribución de los ingresos y de aumentar el nivel de vida de masas populares. En una fase complementaria se puede incluir la creación de Centros de Recreación para Obreros que deben de incluirse en las acciones de la seguridad social. En esta forma se organizan las primeras cooperativas de viviendas de SITRATERCO en la Lima, de la col. Kennedy en Tegucigalpa además de otras organizadas por el gobierno a través del Seguro Social y por las compañías bananeras en la costa norte.

Este esfuerzo se ve interrumpido por el golpe de estado de las Fuerzas Armadas en el año de 1963 dando paso a los gobiernos populistas de los años 70 que relegan a la seguridad social a un segundo plano.

Basta señalar a este respecto que a sabiendas que el artículo primero de la Ley del Seguro Social le confiere la potestad de organizar en la República todas las prestaciones referente a la misma hace caso omiso de lo anterior y vía decreto organiza el llamado Sistema Nacional de Seguridad Social y se crean a través del mismo las instituciones de previsión como son: Instituto Nacional de Jubilaciones para Empleados Públicos (INJUPEMP), Instituto Nacional de Previsión del Magisterio

(INPREMA) y el Instituto de Previsión Militar (IPM). Todo lo cual incidió notablemente en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) el cual no creció y fue dividido sin ninguna razón.

Historia de la Seguridad Social en Honduras.

La Seguridad Social como señalamos en la introducción nace como consecuencia de la huelga Bananera de la Costa Norte en julio de 1954. En el pliego original de diez puntos el Comité de Huelga hizo énfasis en la parte económica, exigiendo un Código de Trabajo y libertad de sindicalización.

Dos meses después (21 agosto), la lista de condiciones sube a 30 puntos, dentro de los cuales sobresale la creación de los Ministerios de Salud y de Trabajo, para mejorar las condiciones de salud y de educación en los enclaves bananeros de la United y la Estándar Fruit; además, el establecimiento de la Seguridad Social que acababa de aprobarse en Guatemala durante el gobierno del Dr. Juan José Arévalo y profundizada en el mandato del Coronel Jacobo Arbenz.

El presidente de Honduras en esa época el Dr. Juan Manuel Gálvez negoció el citado pliego de condiciones y ya para Noviembre de 1954 hay una dirección de trabajo para resolver conflictos laborales; en 1955, el Presidente Julio Lozano crea el Ministerio de Salud, cuyo primer Ministro fue el Dr. Manuel Cáceres Vigil, y el Ministerio del Trabajo cuyo primer Ministro fue el Prof. Mariano P. Guevara quien dura solo un año en el puesto, siendo sustituido en 1957 por el Dr. Rogelio Martínez Agustinuz, quien pasa en 1959 a ser el primer Director del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). Y que dejó una estela luminosa en el mismo.

Creación del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)

En 1959 durante el gobierno del Dr. Ramón Villeda Morales se aprueba el Código de Trabajo y el 22 de mayo del mismo año, se aprueba la Ley del Instituto Hondureño de Seguridad Social en el Congreso, presidido por el Dr. Modesto Rodas Alvarado, nombrándose como primer director a el mencionado Dr. Rogelio Martínez Agustinuz, hombre de probada honradez e inteligencia, como subdirector quedó el Dr. Alfredo Midence famoso Radiólogo, como Director Médico el Dr. Gaspar Vallecillo, renombrado clínico y Profesor de la Escuela de Medicina; y como Secretario General el Abog. Porfirio Figueroa. El 3 de julio de 1959 se publica oficialmente en el Diario La Gaceta.

En ese entonces las oficinas Administrativas estaban situadas al costado Norte de la Iglesia Los Dolores en el edificio que actualmente ocupa la Dirección Nacional de Investigación (DNI), quedando la Oficina de Afiliación en la planta baja y frente a ellos estaban las Oficinas del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), en las que trabajaban los Abog. Armando Aguilar y Efraín Moncada Silva.

La consulta Externa estaba a una cuadra de los Laboratorios Custodio y la Emergencia y Hospitalización en el Edificio que hoy ocupa IVM. El Jefe de consulta externa era el Dr. Joaquín Reyes Soto y el primer director del Hospital fue Dr. Gustavo Adolfo Zuniga, posteriormente se construye un Hospital de 50 camas en lo que hoy es la Clínica Periférica No.1 siempre en el Barrio Abajo. El segundo Director del hospital fue Dr. Juan Andoni Fernández y el primer Asegurado que ingreso al Hospital fue el Sr. José Valeriano, vendedor de la lotería mayor que fue atropellado por un camión, siendo atendido por Dr. Rafael Molina Castro ya fallecido. El Director de la Farmacia era el Dr. Roberto Salgado, el Jefe de Laboratorio era el Dr. Gómez Andino, la Jefa de Enfermeras era la Sra. María Luisa Cambar sustituida posteriormente por Doña Gloria Gonzalez y entre los primeros Médicos estaban entre otros el Dr. Jesús Rivera (hijo), Cesar Lozano Caballero, Manuel Armando

Paredes, Luís Barahona, Mario Pavón, Claudio Ayestas, los hermanos Ramón, Marcio y Manuel Sarmiento, el Dr. Francisco Montes Guerrero etc.

En los primeros años se organiza financiera y administrativamente la Institución, siendo asesorada por técnicos de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) en especial por el Sr. Fernando Antonio Bayo, quien por muchos años trabajó en el Seguro Social. De esta forma se aprueba el reglamento donde se establecen sólo tres prestaciones: Enfermedad, Maternidad (EM) que inició en 1962, Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) que inició en 1972 y Riesgos Profesionales entró en vigencia el 29 de Junio de 2005.

En la Ley se establece la obligatoriedad de los trabajadores y empresarios para afiliarse al IHSS y las cuotas son las siguientes: para Enfermedad Maternidad (EM) es del 5% para el Patrono, 2.5% para el Trabajador y 0.5% para el Estado; haciendo un total de 8%. Para Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) la tasa de cotizaciones es de 2% para el Patrono, 1% para el Trabajador y de 0.5% para el Estado, en total de 3.5%. Sumando ambas prestaciones un total de 11.5%. A este porcentaje, se agrega un 0.2% para proporcionando por el Patrono para cubrir la prestación de Riesgos Profesionales.

Cabe señalar que 10 años después que se funda INJUPEMP (Instituto de Jubilaciones para Empleados Públicos), de una sola vez para cumplir esta prestación se asignaron 11% del Estado 7% de trabajador y no hay techo de cotización. Mientras que en el Seguro Social su techo de cotización de 600 Lempiras no cambió desde 1962 hasta el 1 de Junio de 2001, como consecuencia de un movimiento huelguístico que fue iniciado por la Asociación de Médicos del IHSS y el Colegio Médico de Honduras y prontamente apoyado por el Sindicato de Trabajadores del IHSS, lográndose que la Junta Directiva de la Institución elevára el techo a partir de esa fecha sobre una remuneración máxima de dos mil cuatrocientos lempiras (L. 2,400.00), estableciéndose que al final de cada uno de los periodos de un año que finalizaron el 1 de Julio de 2002 y el 1 de Julio de 2003, respectivamente, la Junta Directiva no hubiese realizado los estudios actuariales que le indiquen los parámetros para un ajuste en las tasas de cotización, estas serán incrementadas automáticamente, elevándose los techos a tres mil seiscientos (3,600) y cuatro mil ochocientos (4,800), respectivamente en cada una de las fechas arriba indicadas (Artículo 55-B de la Ley del IHSS, Decreto 140).

En este año de 2009 se completaron cuatro años, sin que este último techo de cotización (L. 4,800) haya cambiado y dado las dificultades financieras de la Institución, ocasionados por los altos costos de los medicamentos, equipo médico e insumos en general, así como el mantenimiento de hospitales y clínicas y de la expansión de Seguridad Social, la Junta Directiva tiene la enorme responsabilidad de hacer frente a estos problemas administrativos y financieros, aumentando la afiliación de derechohabientes, cobrando la deuda histórica y hacer el estudio actuarial que permita aumentar los techos de cotización, aunque lo mejor sería que no hubiese techos pues de otra manera los pobres seguirán subsidiando a los ricos en menoscabo de la equidad y la solidaridad los dos principios fundamentales de la Seguridad. A todo lo anterior agréguese los problemas de la crisis financiera actual provocada por los países ricos, el Consenso de Washington que nos trajo la Globalización y los defectos de un Neoliberalismo a ultranza y la crisis política del actual Gobierno de Manuel Zelaya Rosales.

Los Grandes Logros

1959-1961	La administración del Dr. Rogelio Martínez Agustinuz, el IHSS se organiza financiera y administrativamente.
1962	Se inaugura el Hospital General del IHSS en Barrio Abajo, su primer Director fue el Dr. Juan Andoni Fernández.
1965	Se lleva a cabo la inauguración del edificio Administrativo de Barrio Abajo.
1966	Apertura de la primera Clínica Periférica en Villa Adela de Comayagüela.
1969	Inicia la extensión de cobertura con la inauguración del Hospital Regional del Norte; dos años después (1971), se abre la Clínica Villanueva, Cortes. El Director Ejecutivo de esa época fue el Lic. Miguel R. Ortega, destacándose la participación del Dr. Gaspar Vallecillos, como Subdirector de la Institución en ese año, también inician las prestaciones de IVM.
1970	La cobertura de la seguridad social para los hijos de los Derechohabientes aumenta de 5 a 8 años a partir de 2001, esta población está cubierta hasta los 11 años.
1980	El IHSS se departamentaliza, por concurso Médico son seleccionados los Drs. Plutarco Castellanos, José Pineda, Mario Pavón y Carlos Rivera Williams, en los Departamentos de Medicina, Cirugía, Ginecología y Pediatría, respectivamente:
1981	El Seguro Social da paso a la realización de postgrados con la Universidad Autónoma de Honduras y la Secretaría de Salud.
1982	El Hospital General amplía sus instalaciones, el edificio pasa a tener ocho pisos y una disponibilidad de 200 camas.
1990	Se inicia la modernización, el Dr. Gonzalo Rodríguez Soto establece el primer Plan de Desarrollo, cuya primera etapa fue la Construcción del Hospital Materno Infantil en Comayagüela, el que se inaugura en 1991. También se desarrollaron los diversos Reglamentos (como los Manuales de Pediatría y Cirugía), así como el Organigrama de la Institución (organización y funciones). Se aplica el Estatuto del Médico para los nombramientos de plazas médicas y gerenciales. En cuanto a la extensión de cobertura, en la Costa Norte se inauguraron las Clínica de Choloma y El Progreso.
1992-1993	Durante la gestión del Dr. Samuel García, la Junta Directiva amplía la extensión de cobertura hacia las ciudades de Choluteca, Danli, Juticalpa. Se inauguraron con función científica las licitaciones de medicamentos, equipo material médico. Se planifica la construcción del Hospital General, Emergencia y el Módulo de Diagnóstico, en las cercanías del Hospital Escuela y de la Facultad de Medicina, para completar el Centro Médico Nacional.
2006-2010	Gestión del Dr. Efraín Bu Figuroa, se inicia el primer Plan Estratégico de mediano y largo plazo y se hace el Diagnostico Situacional Financiero, Administrativo y Contable de la Institución. Se inauguran clínicas en la mayor parte del país y se asegura al sector informal e independiente.

José Ramón Adolfo Villeda Morales (1908-1971)

- Nace en Ocotepeque. Sus padres Don José María Villeda Chávez y Dolores Morales Corleto.
- ? Estudios secundarios en Guatemala. Estudios de medicina en la Universidad Nacional de Honduras. Presidente de la Federación de Estudiantes Universitarios y de la Revista Juventud Medica y Fundador del Semanario El Universitario. Delegado de la FEUH al segundo Congreso Iberoamericano de Estudiantes Universitarios celebrado en Costa Rica en 1933.
 - ? Se gradúa de Médico en 1935, tesis: Problema Social de Enfermedades Venéreas en Honduras.
 - ? Durante tres años (1933-1938) ejerce en Santa Rosa de Copan siendo Jefe del pabellón de Madres con Niños en el Hospital de Occidente.
 - ? En 1936 contrae nupcias con la Profa. Alejandrina Bermúdez Milla, su inseparable compañera hasta el final en todas sus luchas, tanto política como social. Procrea seis hijos varones: Ramón Adolfo, Rubén Antonio, Jesús Alejandro, Mauricio, Leonardo y Juan Carlos.
 - ? De 1938 a 1940 realizó estudios de postgrado en Pediatría en Munich-Alemania, becado por la Fundación Von Humboldt de Berlín. Trabajo en el Munchen Hospital de Niños el cual estaba afiliado al Seguro Social de Alemania.
 - ? Asiste a cursos en Francia, Italia y Suiza. Doña Alejandrina se gradúa de Técnico en Laboratorios (estudios previos en New York). Regresa a Honduras en 1940 ejerciendo en su clínica privada.
 - ? En 1942 asiste al Congreso Centroamericano de Pediatría en Costa Rica presentando como tema oficial "El Problema Social de la Pediatría en Honduras donde recalca la importancia de la Seguridad Social y como tema libre "El Problema de las cuatro I (Ignorancia, Indigencia, Ilegitimidad e Insalubridad)". Durante este curso se hace muy amigo del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia quien también impulsaba la Seguridad Social en Costa Rica país del cual fue Presidente y además fundador de la Seguridad Social en dicho país.
 - ? Otras actividades médicas: Fundador del Instituto de Cultura Interamericana; Federación de Profesionales Universitarios; del Instituto Morazanico. Fundador de la Asociación Pediátrica Hondureña; fue el primer Secretario de la Asociación Pediátrica y además Presidente de la Unión Medica Hondureña que posteriormente seria el Colegio Médico de Honduras.
 - ? Presidente de Honduras de 1957 a 1963, creador del capítulo de la Constitución de República sobre La Familia- El Niño y la Familia; Código del Trabajo; Código de la Reforma Agraria; Ley del Seguro Social. Creador de la Junta Nacional de Bienestar Social y del Hospital Materno Infantil. Creador también del Instituto Hondureño de Seguridad Social.
- Muere en Nueva York en 1971 (Delegado en la Naciones Unidas)

Las perspectivas nacionales

En la búsqueda de la aplicación de la seguridad social en Honduras, convencido el Gobierno de las bondades y justicia de la aplicación de esta política, ha buscado las formas para adecuar su aplicación y operatividad según los cambios socioeconómicos de las últimas décadas, dominados por el concepto de globalización, liberalismo económico, libre empresa y privatización.

De ahí que a últimas fechas se ha señalado que: “la seguridad social se justifica como una estrategia de grupos sociales y del Estado para garantizar al trabajador hondureño y a su familia una base económica integral para su desarrollo”. Esta alianza social contiene seis principios estratégicos y cada uno de ellos es congruente en definir derechos y obligaciones, beneficios y costos, ya que la seguridad del sistema es real solo si tiene fundamentos económicos sólidos. Estos seis principios son:

- a) Garantizar un nivel de vida digno a los trabajadores después de que se retiren de sus compromisos laborales, al establecer obligaciones de todos los trabajadores y empleadores de contribuir al ahorro que respalda este objetivo y del Instituto al garantizar las reservas necesarias y el consecuente pago de las pensiones.
- b) Proveer al trabajador de una red de protección integral a la salud y para gastos médicos, distribuyendo estos riesgos solidariamente en todo el aparato reproductivo;
- c) Garantizar condiciones mínimas de salud comunes para los niños al impedir que deficiencias en su salud se conviertan en desventajas permanentes para su familia y para ellos en su vida adulta y propiciar un mejor desempeño de las mujeres en su hogar para aumentar el bienestar familiar general;
- d) Facilitar el desempeño de las mujeres en el mercado de trabajo tanto formal como no formal para lograr condiciones objetivas de igualdad de oportunidades;
- e) Fomentar la seguridad e higiene en el trabajo y en la vida en general y
- f) Establecer otras prestaciones sociales, como ser educativas y de recreación a través de los programas de salud familiar y actividades de la tercera edad, coordinándolas con otras instituciones como INJUPEMP, etc.

Asimismo, se han tomado en cuenta cambios que se han dado en el contexto socioeconómico que condicionan la remodelación del marco legal, de las estructuras e infraestructuras operativas e ideológicas que, sin embargo, fortalecen la esencia original de los principios universales.

Por esta razón, se han identificado cuatro ámbitos que conforman el entorno actual de la Seguridad Social, cuyas características específicas definen un conjunto de implicaciones para la operación del Instituto, que tendrá como marco legal la nueva Ley del Seguro Social, vigente a partir del nuevo Reglamento General de la Ley del Seguro Social, Acuerdo No. 003-JD-2005. Estos ámbitos son:

- a) Mercado y organización laboral: destacan aquí la mayor participación de la mujer, las nuevas formas de sindicalización, la mayor capacitación de los trabajadores en general, la incidencia de la migración y la mayor flexibilidad en el lugar de trabajo.
- b) Cambios en la organización de la familia: lo más relevante es que el tamaño de la familia se ha reducido, el nivel general de escolaridad ha aumentado y se ha incrementado la edad de contraer matrimonio y para divorciarse.
- c) Transición Epidemiológica: se han dado avances desiguales en la evolución y tratamiento de las enfermedades y padecimientos, tanto las infecto-contagiosas como las crónico-degenerativas y los accidentes o violencia en general, entre regiones y grupos sociales.

Entorno macroeconómico, comercial e industrial: la situación a la que se enfrenta la seguridad social se caracteriza por la recesión económica, de la devaluación de la moneda, el desempleo y

- a) La inflación, en un contexto de globalización económica y de falta de competitividad del trabajo. De hecho como ya se señaló, se considera que la mitad de la población económicamente activa de Honduras, está desempleada.

Además, es necesaria una retribución mas equitativa de la renta nacional entre las diversas clases sociales, no como sucede actualmente con el PIB (Producto Interno Bruto) que se reparte en un 63% en la población privilegiada, que constituye el 25% de los hondureños; mientras que el 37% restante, queda para los pobres y miserables que suman un 75%.

De la misma manera, las modificaciones sociohistoricas condicionan el entorno macroeconómico laboral, “el crecimiento del Instituto y por ende, el cumplimiento de las funciones que tiene encomendadas, dependen del aumento del empleo, de los salarios de los trabajadores y de las formas de organización del trabajo y de la familia. También le afecta la evolución demográfica y epidemiológica de la población.

Al respecto cabe destacar que el avance científico en la medicina, en el que el IHSS es vanguardista, ha permitido incrementar la expectativa de vida de los hondureños que actualmente es de 70 años y particularmente de quienes llegan a la edad del retiro (65 años), produciendo un crecimiento anual de esta población del 7%. Este hecho es altamente gratificante, pero en aspectos financieros genera presiones, ya que los cambios en la esperanza de vida han dado lugar a que se alcance el pago de pensiones por 30 años posteriores a la edad de 65 años (sumando la sobrevivencia del trabajador y de su vida).

Otro aspecto fundamental es que la afiliación al Instituto no ha crecido al ritmo de la fuerza de trabajo, sobre todo a partir de 1990. Por otra parte, durante los ochentas se dio un crecimiento en esquemas de aseguramiento que no se asocian a un trabajo permanente o bien tiende a reflejar una demanda de servicios por parte de una población con padecimientos preexistentes. Además, el IHSS cubre únicamente el 24% de la población económicamente activa, inscribiendo la mayor parte de empresas con más de 15 trabajadores, pero existen en el país más de 200 mil microempresas con menos de cinco trabajadores que no están inscritas, además del sector informal de la economía que constituye el 50% de la masa trabajadora la cual se incorpora a la Seguridad Social en el año 2007, siendo uno de los logros de la actual administración del Dr. Efraín Bu Figueroa, incorporando a las trabajadoras domésticas y a los trabajadores independientes de los mercados y ambulantes.

Finalmente, es necesario señalar que la economía del país muestra cuadros heterogéneos por regiones, ante lo cual el Instituto requiere responder a la creciente demanda de servicios de acuerdo con las necesidades de cada región.

Como es evidente notar, la dinámica de la evolución del país propicia los ajustes de las estrategias y de la operación del Instituto; es conocido por todos que la definición de metas se precisa cada periodo y se evalúan los alcances logrados en las etapas anteriores. Sin perder de vista los fines que le dieron a la seguridad social desde hace casi un siglo en el ámbito mundial y las modalidades aplicadas en Honduras, hace 50 años se reinterpretan tales principios adecuándose a las políticas y propósitos gubernamentales.

Tal es el caso de que, en el Plan Nacional de Desarrollo 2000-2020, se establezcan cinco objetivos fundamentales:

- a) fortalecer el ejercicio pleno de la soberanía nacional;
- b) consolidar un régimen de convivencia social regido plenamente por el derecho;
- c) construir un pleno desarrollo democrático con el que se identifiquen todos los hondureños, con base en una intensa participación ciudadana;
- d) avanzar a un desarrollo social nacional que permita la superación individual y comunitaria, bajo los principios de equidad y justicia (los mismos de la seguridad social);
- e) promover un crecimiento económico vigoroso, sostenido y sustentable.

Al considerar estas premisas, se toma por sentado que “la seguridad social refleja las aspiraciones de los hondureños a la justicia entre los trabajadores y entre familias y contribuirá al cumplimiento al cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, los cuales se enlistan en un orden que refleja su relevancia en términos de la aportación que hará la seguridad social:

- a) para avanzar en el desarrollo social, al proveer a las familias de servicios de salud, al favorecer la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, al garantizar a los niños un arranque saludable en su vida y al dotar a los jubilados y a sus familias de medios para un retiro decoroso;
- b) para contribuir al crecimiento económico al proveer instrumentos efectivos de ahorro que produzcan la dependencia del financiamiento externo y favorezcan la competencia y atractividad del ahorro financiero para los trabajadores;
- c) para construir el desarrollo democrático, al proveer que la identificación de los hondureños se haga sobre bases objetivas de bienestar;
- d) para consolidar el estado de derecho y lograr la convivencia social en un país de leyes, al establecer una justicia social que impida la pérdida súbita o sustantiva de bienestar a la población;
- e) para cumplir el objetivo de preservar la soberanía, como una de las instituciones de la República cuyo fundamento constitucional se determina por el consenso nacional sobre la necesidad de permitir el desarrollo integral de la persona”.
- f) satisfacer las premisas fundamentales de la doctrina de las T:
 1. **Tratamiento médico (salud)**
 2. **Textos escolares (educación)**
 3. **Tercera edad**
 4. **Techo (vivienda)**
 5. **Tortilla (alimentación)**
 6. **Trabajo**
 7. **Tecnología**
 8. **Todas las demás prestaciones sociales que se puedan desarrollar en el país en el transcurso de los años a corto, mediano y largo plazo.**

Perspectivas actuales de la seguridad social

Consideramos que a estas alturas, el mayor problema de la seguridad social es el techo de salario cotizante que se inició con 600 Lempiras en 1959, manteniéndose increíblemente sin moverse hasta el año 2000, siendo la causa del déficit permanente del Régimen Enfermedad- Maternidad (EM) y del déficit actuarial del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM). El déficit de EM fueron para los años 1999, 2000 y 2001 de 40, 150 y 95 millones, respectivamente. Por otra parte, los afiliados o cotizantes del IHSS disminuyeron de 362 mil afiliados en 1999 a 342 afiliados en el 2002, una reducción de más de 20 mil cotizantes en estos años.

La ruptura de techos ocurrida en el 2001 y cuyo efecto principal es evidente a partir de 2002, revirtió la situación del déficit financiero del régimen EM y además, tuvo como consecuencia el incremento acelerado de los cotizantes o afiliados. De tal forma, que el superávit anual del 2002, 2003, 2004 y 2005, fue de 100 millones, 214 millones, 240 millones y 24 millones, respectivamente. Y la población cotizante se incrementó de 342 mil afiliados en diciembre de 2002, a 500 mil afiliados en diciembre de 2005 y 538 mil afiliados en diciembre de 2006 y a 585 mil en diciembre del 2007. La crisis actual ha generado el desempleo y el IHSS no ha sido la excepción ya que en mayo del 2009, perdimos 80,000 afiliados.

Estas cifras nos señalan que ya para el año 2005, el superávit de 24 millones fue muy pequeño en comparación de los años anteriores y ya para el 2006, hay un déficit financiero en EM de 230 millones de Lempiras, que fue financiado y se adeuda al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, por lo que la Junta Directiva decidió no hacer transferencias de IVM a EM, independizando ambos regímenes.

Estas cifras no fueron tomadas en cuenta, aparentemente, en la implementación del Plan Maestro en el año 2005, ya que en vez de disminuir los gastos, se profundizó en los mismos, llevando a la Institución a un estado deplorable en sus cuentas.

El mencionado Plan Maestro inició en el 2005 con un programa de expansión física de sus instalaciones médicas, en San Pedro Sula con la ampliación del Hospital Regional del Norte y la construcción de cinco clínicas periféricas; y en Tegucigalpa, con el fortalecimiento del Hospital de Especialidades (quirófanos, sala de Hemodiálisis, Sala de Labor y Partos, Emergencia y Laboratorio Clínico), a la vez que se creó la Unidad de Cirugía Ambulatoria en la Clínica Periférica No.1.

Cabe recalcar en este momento que todas estas construcciones se iniciaron al mismo tiempo y no por etapas, como la lógica lo señalaba, sin ningún cronograma, sin licitaciones, sin exigir garantía de ejecución y hasta sin permiso de construcción. Esto por supuesto, dió como resultado que las construcciones fueran paradas en el año 2006, quedando todas ellas inconclusas hasta que tomó posesión la nueva administración que no sólo las terminó sino que la mayoría ya están funcionando.

Consideramos que a estas alturas, la seguridad social debe cotizarse sin techo, ya que el mismo representa, una verdadera camisa de fuerza que impide desarrollar los distintos programas, permitiendo un crecimiento vegetativo, cuyo resultado es, que tanto la Junta Directiva como la Dirección Ejecutiva, tuvieron en el pasado como única función, administrar la pobreza del IHSS.

En el informe sobre los objetivos del Desarrollo del Milenio se indican los efectos de la profundización de la **pobreza**. Señala que en Honduras en el periodo 1991-2006, la reducción de la pobreza fue de 12.7 puntos (en 19 años), lo que significa un promedio de 0.79 puntos por año, cifra que consideramos demasiado baja. En 1991, el país reportaba un índice de pobreza de 74.8%, mientras que en el 2006, la cifra se redujo únicamente al 62.1%. Esto significa que en la actualidad de cada cien hogares, 62 continúan sin los ingresos suficientes para cubrir sus requerimientos alimenticios y otras necesidades como vivienda, salud, educación, transporte y por supuesto, seguridad social. El índice de pobreza en el año del 2008, es de 80% es decir se ha ampliado debido a la crisis actual.

El informe señala que permanecen importantes brechas para el logro de la meta de reducir la pobreza para el año de 2015, a un 27.1%. Lo mismo, podemos decir, de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP), que sería de un 45% para el año 2020.

Otro de los puntos que señala el informe, es el porcentaje de hondureños que viven con menos de un dólar al día, que pasó del 37.8% en 1990 a 20.7% en el 2004, y que vuelve a subir a 37 en el 2008, lo que permite constatar la imposibilidad de lograr la meta del 18.9% para el año 2015 lo cual nos impide avanzar a un desarrollo social nacional que permita la superación individual y comunitaria bajo los principios de solidaridad, equidad y justicia (los mismos de la seguridad social).

De hecho, el Seguro Social se ha extendido a los cuatro puntos cardinales de forma muy desigual ya que cubre mayoritariamente la zona central y noroccidental en detrimento de la zona sur y oriental, ya que en esta última sólo cubre Danlí, El Paraíso, Juticalpa y Catacamas. Y en el sur Choluteca, Mojaras y San Lorenzo.

En el sur con la instalación de la maquila, que ofrece diez mil puestos de trabajo, para el 2010 el Seguro Social tiene la obligación de ampliar su cobertura y mejorar sobretodo su primer y segundo nivel de atención.

La nueva seguridad social pasa por tres hechos fundamentales, el primero, de los que ya se encuentra en ejecución:

1. La actual Junta Directiva del IHSS asume una posición operativa frente a la crisis institucional. Además, de cumplir sus funciones como organismo cúpula del sistema, participa activamente en las diversas comisiones de alto nivel. Por ejemplo, en la Comisión Ejecutiva están el Lic. Amilcar Bulnes, el Ing. Benjamín Bogran, el Dr. Mario Noé Villafranca y el Lic. Fernando García; en la Comisión Financiera y de Inversiones están el mencionado Lic. Fernando García, el Sr. Israel Salinas y el Sr. Daniel Durón; en la Comisión de Recursos Humanos, el Dr. Jaime Batres y los Señores Luís Mayorga y Humberto Lara; y en la Comisión de Licitaciones, participan la Licda. en Enfermería, Alba Mejía, Lic. Amilcar Bulnes y Dr. Mario Noe Villafranca, además, el Ing. Bográn; y en la Comisión que supervisa la Extensión de Cobertura se encuentra la Abog. Montoya, el Dr. Mario Noe Villafranca y don Luís Mayorga, el Lic. Oscar Galeano y Lic. Amilcar Bulnes.

De esta forma, la actual Junta Directiva formula políticas y supervisa su ejecución, sin permitir que se salgan de su ruta, tal como sucedió en el pasado donde nunca hubo un plan estratégico con su respectivo cronograma, que fuera seguido por los anteriores Directores Ejecutivos, lo que ha llevado a la Institución a la crisis en la que actualmente se encuentra.

No debemos olvidar que el comité de inversiones es dirigido por el sub director general Lic. Carlos Rivera y conformado por Don Israel Salinas junto a otros actos funcionarios de Finanzas y de la Administración.

2. El IHSS necesita urgentemente fortalecerse económicamente a través de una ruptura de techos real y no como actualmente sucede, que los pobres subsidian a los que más pueden pagar, contradiciendo el principio de equidad y solidaridad. Consideramos lo anterior, de ejecución urgente, ya que ni a un pagando el Estado y los patronos lo que se adeuda, podrá el Seguro Social hacer frente a todos los gastos de infraestructura hospitalaria, medicamentos, material, equipo y otros insumos. Debemos recordar que desde el mes de mayo del 2009 fue aumentado el salario mínimo a L.5, 500.00 lo cual nos permite no solo la ruptura de techos sino subir los techos de cotización tanto en EM como en IVM, ya que las pensiones actualmente son muy bajas.

La administración considera que debe haber una ruptura en forma gradual e indexada del techo de cotización, usando de referencia el salario mínimo en la categoría de extracción de minerales, manufactura, construcción, comercio, restaurantes y hoteles en su escala de 1 a 15 trabajadores, el que para enero de 2007 es de 74.71 lempiras diarios (Acuerdo No. 027-STSS-06). También es necesario aumentar las tasas de cotización tanto de los empleados como de los empleadores.

3. Para todo lo anterior debe discutirse y aprobarse de inmediato el Plan Estratégico Institucional 2007-2015, de corto, mediano y largo plazo, elaborado por el Director Ejecutivo, el Dr. Efraín Bu Figueroa, con su respectivo cronograma, que nos permita desarrollarnos ordenadamente, sin improvisación y sin intereses particulares.

Este plan ya fue aprobado unánimemente, contando con el respaldo total de la Junta Directiva, debiendo hacerlo público tanto al Gobierno como a las Centrales Obreras, COHEP, Colegio Médico, medios de comunicación y pueblo en general.

El Plan Estratégico consta de cinco partes fundamentales:

1. Sostenibilidad Financiera del IHSS.
2. Calidad de los servicios
3. Desarrollo Humano
4. Participación Ciudadana
5. Transparencia

En el siguiente capítulo exponemos los resultados del estudio actuarial que nos permitirá no solo desarrollar este plan sino salvar nuestra Institución de la actual crisis en que se encuentra.

Indicadores de Salud

La esperanza de vida al nacer se ha elevado de 75.6 en 1990 a 76.9 en el 2000; las mujeres viven 80 años y los hombres 74.8 años en promedio. La mortalidad infantil se ha reducido de 50 por mil en 1980 a 27 por mil en 2006; la mortalidad general actualmente es de 28 por mil. Hay un médico por cada mil habitantes y 8.5 enfermeras por cada 10.000/habitantes, el giro de camas es de 3.5 días, el gasto del sector salud/PIB es del 6.5%. Los nacimientos hospitalarios llegan al 65%.

Asimismo, ha mejorado la desnutrición infantil, las diarreas agudas, las infecciones respiratorias y las parasitosis graves. La baja mortalidad general y la alta esperanza de vida condicionan el envejecimiento de la población, con incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas y de todos los problemas de la tercera edad. Si bien la cobertura con agua potable es de un 65% y la disposición adecuada de excretas llega a 60%, los problemas de salud ambiental comienzan a incidir en los niveles de salud y bienestar, constituyéndose en un problema de alta prioridad para el futuro inmediato debido a la alta concentración poblacional de las ciudades.

Como consecuencia de haber concentrado los programas de atención Materno Infantil en los lugares de alta mortalidad o prioritarios, ese problema ha disminuido en ellos, mejorándose así estos índices. Pero en esto han jugado un papel primordial los programas de salud comunitaria de la Secretaría de Salud, que cubren el 60% de la población rural y el 40% de la urbana marginada. Además el Instituto Hondureño de Seguridad Social ya ha alcanzado una cobertura para atención de la enfermedad del 36%, y cerca del 70% de los partos son atendidos en los hospitales del Seguro Social y la Secretaría de Salud, casi todos los indigentes, niños y adultos reciben tratamiento médico en esta última institución.

Lo anterior ha influido importantemente en las mejoras de los índices de salud. Sin embargo, hay un 20% de la población ubicada en áreas dispersas de difícil acceso, con problemas críticos y muy bajos indicadores de salud, lo cual debe cubrirse mediante Atención Primaria. Podemos decir que hay un 30% de población en Honduras que nunca ha tenido acceso a los hospitales. Los cambios en la esperanza de vida al nacer han ocasionado modificaciones en la mortalidad y morbilidad de nuestra población, están generando cierta dificultad para atenderla adecuadamente, debido a que la solución de esos problemas es compleja y costosa. Sin embargo, la mejora obtenida de la situación de la salud en Honduras en los últimos 25 años, es superior a lo esperado, de acuerdo con las condiciones económicas nacionales; a ello constituye un magnífico ejemplo de lo que puede lograr un país subdesarrollado con la voluntad política de proteger de manera prioritaria a su población contra los peligros que acechan la salud.

En cuanto a los adultos mayores, puede decirse que el 6,5% de la población tiene 65 años o más y se consideran que esta población llegará al 10% en el 2020.

Nuestros logros en el campo de la salud han sido notables desde 1960 a la fecha, debido a los avances en el control de las enfermedades infectocontagiosas en el aspecto preventivo; además que el número de médicos generales y de especialistas ha aumentado notablemente pues en el año 2007 se encuentran inscritos en el Colegio Médico 7,500 de los cuales el 40% son especialistas. tumor que puede ser detectado en un porcentaje de casos y curado en

En el lapso transcurrido de 1970 al 2002, la gastroenteritis y las parasitosis se han desplazado del segundo lugar al séptimo como causa de mortalidad general, mientras que los tumores ascendieron del tercero al segundo y los accidentes del sexto al tercero. Las enfermedades cardiovasculares se han mantenido en el primer lugar como causa de muerte desde esa fecha correspondiendo un 50% a cardiopatías isquémicas y un 25% a accidentes cerebro vasculares. Entre los factores de riesgos que han aumentado en nuestra población para estos casos, tenemos la hipertensión arterial, las hiperlipidemias, la diabetes, el tabaquismo, la obesidad y la falta de ejercicio. Todos ellos susceptibles de mejorar con dieta, control médico y ejercicios. El 20% de las muertes por tumores las causó el cáncer gástrico,

sus primeras etapas, si tuviéramos campañas de detección de cáncer gástrico temprano para la población, las cuales lamentablemente, son muy costosas. Lo mismo podemos decir del cáncer de cérvix que continúa siendo la principal causa de muerte en la mujer.

Las principales causas de mortalidad infantil han cambiado en las dos últimas décadas con disminución de las gastroenteritis y colitis, pero hay un aumento en los embarazos en adolescentes, ciertas enfermedades en la primera infancia y las enfermedades congénitas, que han pasado a ocupar los primeros lugares como responsables de defunciones en los grupos infantiles.

Las condiciones de muerte en menores de 5 años, tradicionalmente relacionadas con una alta prevalencia de desnutrición, parasitosis y condiciones sanitarias deficientes, paso de 41% en 1970 a 17% en 1980, bajando a 13,3% en 1988 y 9% en el 2001. El comportamiento de la mortalidad de la población entre 5 y 14 años defiere de todas las demás, ya que es la única tasa que se ha reducido ininterrumpidamente. En este grupo ha perdido importancia la mortalidad por enfermedades diarreicas que se desplazó del tercero al noveno lugar, mientras que los tumores malignos lo hicieron en sentido inverso del quinto al segundo. Pero debemos recordar que si bien la mortalidad ha disminuido persiste un alto grado de morbilidad.

El Estado nutricional de la población ha tenido una evolución favorable y la desnutrición severa casi no se ve. Sin embargo, la población infantil sufre en un 25% de desnutrición crónica.

La tasa de mortalidad de 15 a 64 años descendió de 32,7 a 23,4 por diez mil entre 1970 y 1980 llegando en el 2000 al 17 por diez mil. Aquí predominan las enfermedades crónicas y degenerativas, pero los accidentes están en el primer lugar. En cuanto a defunciones por accidentes de tránsito se aprecia que tiende a aumentar pese a la obligatoriedad no oficial del uso del cinturón de seguridad que ha disminuido las muertes entre los conductores, medida preventiva que parece estar dando resultados. Entre los adolescentes de 15 a 19 años uno de los principales problemas son el embarazo y sus consecuencias, como el aborto, el bajo peso del niño al nacer, etc. En el 2000 el 22% de los partos y los abortos atendidos en el seguro social correspondieron a menores de 19 años. El 30% de los embarazos de alto riesgo ocurren en adolescentes y el 39% de los niños el bajo peso al nacer son hijos de adolescentes.

Otro problema de los jóvenes y adultos lo constituyen las enfermedades de transmisión sexual (blenorragia, sífilis, chancroide, uretritis, etc.), con tasas más elevadas en el sexo masculino. Sin embargo, en los últimos años y posiblemente con los cuidados tomados por el sida han disminuido la sífilis y la blenorragia. Los estudios muestran que entre los 15 y los 19 años se inician la ingesta de alcohol y la drogadicción, así como el tabaquismo, verdadera droga social. Lamentablemente, los contagios y muertes por sida continúan aumentando, sobre todo por falta de buenas campañas de educación sexual que estimulen la abstinencia. Cuando esto no se logra es importante que los jóvenes conozcan las formas de evitar los embarazos no deseados y sepan emplear el preservativo como una medida sencilla para eso. Lamentablemente, el Gobierno ante la oposición de la Iglesia Católica y otros grupos, no ha implementado buenos programas educativos en este campo, dejando a la Secretaría de Salud esta responsabilidad. Honduras con sus 15000, pacientes con Sida ocupa el primer lugar en Centro América. La mortalidad materna continúa alrededor de 100 por 10 mil. El aborto se ha mantenido como uno de los primeros causantes de muerte para las jóvenes. En la población masculina entre 15 y 45 años, los traumatismos, envenenamientos y violencia fueron la principal causa de muerte, seguidos de las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores. A partir de los 45 años, el primer lugar como causa de muerte en ambos sexos son las cardiopatías y las neoplasias.

Los tres principales grandes grupos de enfermedades que causaron la muerte después de los 50 años son: las del aparato circulatorio, los tumores y los problemas respiratorios, representando el 76,9% del total de defunciones en este grupo. El infarto del miocardio

seguida por el cáncer del estómago y los accidentes cerebro vasculares, la bronconeumonía ocupa el quinto lugar. En este grupo de edad, se presenta la cifra más alta de consultas por habitantes, donde la hipertensión arterial es la principal causa de ésta; le siguen las artropatías y la diabetes. Como causa de hospitalización figuran la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las isquemias del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitas y los problemas oculares. Todos estos producen el 33% de los egresos del grupo.

No se han registrado casos de poliomielitis, ni difteria en los últimos veinte años; el sarampión está controlado, la hepatitis viral mantiene tasas de contagio elevadas, lo que demuestra la necesidad de ampliar la cobertura con mejoramiento de la calidad del agua y las vacunas.

La malaria casi desaparecida para 1983, volvió a elevarse en los últimos años al parecer, los inmigrantes han sido la causa de este aumento en la incidencia de la malaria; asimismo, existe el peligro de que si no se detecta oportunamente, nuestra capacidad de atención podría ser sobrepasada. También ha sido necesario incrementar las campañas para así eliminar el mosquito *Aedes aegypti*, transmisor del dengue y cuyas larvas han sido detectadas en llantas y otros materiales importados usados. El dengue continua aumentando en forma alarmante cada semana en el país, apareciendo incluso el hemorrágico, de graves consecuencias para los enfermos.- Esfuerzos hechos por la Secretaría de Salud y su propaganda para que la comunidad colabore eliminando los sitios donde se reproducen las larvas (criaderos), no han tenido buenos resultados por falta de cooperación de las personas de los barrios marginales. Se teme por ello que pueda aparecer una epidemia de grandes proporciones, que sea imposible de atender por los hospitales metropolitanos y que podría afectar a unas 13,000 personas. El Seguro Social pagó el año 2002, 50 millones de lempiras solo en incapacidades por el dengue, el doble de lo que había gastado en el año 2000. En los últimos 10 años, la Secretaria de Salud ha reportado 100 mil casos de dengue. A julio del 2003, la Secretaría había reportado 7,000 enfermos de dengue, un 10% más que en el primer semestre del año 2002. En el 2001 se registraron 9,000 casos y en el 2002, 11 mil. El problema se agrava ya que en el Salvador y Nicaragua el dengue hemorrágico está activo.

El Sida es otro de los problemas que ha afectado al país en los últimos años. Se han coordinado esfuerzos entre el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y la Secretaría de Salud y se ha hecho una campaña preventiva que ha dado buenos resultados porque su ascenso no ha sido el esperado. Las acciones en el área educativa preventiva son las básicas para controlar el mal hacia ello debe encaminarse el mayor esfuerzo. Lamentablemente, la Iglesia Católica y otras se oponen a los programas que el Gobierno ha tratado de implementar de tipo preventivo en cuanto a educación sexual, donde, aparte de preconizar la abstinencia, se da apoyo para el empleo del preservativo con el fin de evitar el contagio de esta enfermedad, reconociendo que no es 100% efectivo, pero, por supuesto, evita el contagio en la mayoría de los casos. Pese a ello, el Seguro ha venido sosteniendo sus programas en este campo y haciendo un enorme esfuerzo económico, pues proporciona los últimos tratamientos a todos los pacientes con esta enfermedad, algo que no sucede ni siquiera en Estados Unidos.

Causas que incidieron en las mejoras de salud

Como resultado de una serie de medidas y acciones que se han realizado en Honduras desde 1948 al 2002, la salud general de la población ha mejorado hasta el punto de mostrar indicadores en muchos aspectos similares a los países desarrollados. La baja mortalidad infantil y general y la elevada esperanza de vida de un país subdesarrollado como el nuestro, nos obliga a pensar que algo ha sucedido. La posible respuesta a esto se encuentra en los antecedentes del país. En el inicio de la década de los cuarenta, el problema de la salud se centraba en la alta mortalidad y morbilidad infantil, condicionadas en parte por la pobreza y la ignorancia que afectaban a importantes sectores de la población y por la ausencia de orientaciones definidas en las políticas de salud del país. Esta situación mejoró gracias a la realización de acciones concretas en las estrategias de salud

del país dentro de un contexto de mejoras económicas y sociales que se iniciaron en 1960 y perduraron hasta 1980. Algunos de los factores determinantes fueron el incremento de la alfabetización, hasta un 80% y el crecimiento del producto interno bruto, asociado a los precios elevados en ese entonces, en el mercado internacional para las aportaciones tradicionales del país (café, cacao, banano, azúcar, carne, algodón, camarón y vegetales). Este grado de bonanza económica aceleró el desarrollo y permitió impulsar diversas acciones en el campo de la salud, con lo cual se corrigieron muchos de los problemas existentes anteriormente. Pero al analizar los buenos resultados logrados al presente con solo lo relatado, no se explica claramente como se pudieron obtener estos índices en una nación que posee: un mercado internacional de productos agrícolas inestable que cambia constantemente (ahora estamos en crisis con caída grave de los precios del café y el banano) que tiene una industria mínima y que además, para rematar, no posee recursos del tipo petróleo del cual dependa el 80% de la energía que consume el país. Entonces, consideramos que para que un país pobre mejore en salud y educación debemos añadir que:

- a) Exista una amplia difusión de la educación, con un índice de alfabetización elevado y gran cantidad de colegios y universidades; donde todos los sectores tienen gratuitamente acceso a la primaria y secundaria y parcialmente a la universitaria.
- b) Seamos una democracia estable, basada en la alternabilidad del poder de nuestros partidos políticos.
- c) Que haya tolerancia de todo tipo de ideologías; la madurez política de nuestro pueblo ha mejorado, en especial si lo relacionamos con nuestro subdesarrollo económico.
- d) Nuestro país jamás ha atacado a otras naciones, y después de la colonización española, nunca volvió a ser ocupado por países extranjeros. Los cambios posteriores a las elecciones en el Gobierno son seguidos por el reemplazo de la mayoría de los Jefes de las Fuerzas Armadas, con lo cual no se evita el fortalecimiento de las “castas” militares, como nos sucedió en los años 80 llamada la década perdida.
- e) El país ha sido siempre un pionero en sostener los derechos humanos, Honduras fue uno de los primeros países de América en abolir la pena de muerte en 1960 y nunca más esta fue restablecida. Las mujeres adquirieron el derecho al voto en 1956; a la fecha, hemos tenido diputadas, ministras y designadas en la República.

Si a lo anterior agregamos que si nuestros gobiernos, en una acertada decisión, dedicaran parte muy importante del presupuesto nacional para la educación, la salud y la seguridad social, con mínima parte para la política y el despilfarro pariente de la corrupción podríamos mejorar mucho más.

Antes de 1941, nuestros hospitales carecían de todo tipo de recursos, pues sus presupuestos eran pobres, ya que funcionaban amparados principalmente al concepto de caridad, la cual no alcanzaba a proporcionar lo indispensable debido a una necesidad creciente de servicio. De acuerdo con lo anterior, considero que es posible aceptar la tesis de que la salud de un país depende más de la política social de los gobiernos, que del nivel de desarrollo económico que poseen.

Es razonable pensar que la riqueza de un país esta más que en su tierra, primordialmente en sus recursos humanos”. Así como la organización social que se han impuesto y en los resultados de que ellos se deriven. Para apoyar lo anterior, deseo recordar el Japón, típico ejemplo de eso con su riqueza basada en su organización social y en el esfuerzo colectivo con una tierra escasa y carente de recursos energéticos, han alcanzado, gracias al esfuerzo y sacrificio en conjunto, superar una guerra y hasta un cataclismo nuclear, llegando hacer de la tecnología un arte y del comercio casi una religión. Con ello lograron convertirse en el tercer país más poderoso de la tierra, desde el punto de vista industrial y comercial.

Por supuesto no debemos ser tan pretenciosos en compararnos al Japón, nos separa un milenio de cultura, tradición y organización social, pero para nuestro medio y área geográfica, a pesar de nuestro escaso desarrollo económico y nuestros defectos, no somos un pueblo subdesarrollado espiritualmente. Prueba de ello es que hemos creado una serie de instituciones y programas de bienestar social, algunos de los cuales ya enumeramos, que están ampliamente extendidos y consolidados y nos han apoyado notables indicadores en el campo de la educación, la seguridad social, el bienestar general, la salud y la política, con los cuales hemos logrado mayor justicia social y sostener esta democracia y la paz que disfrutamos.

Continuando con los mecanismos que nos ayudarán a consolidar los índices de salud, diremos que con recursos propios y préstamos externos se realizó un amplio programa de acueductos urbanos, rurales, así como campañas de vacunación y actividades regulares de inmunización permanentes en todo el país. También se crearon los programas de salud rural y comunitaria, con muchos componentes de atención primaria que luego fueron adaptados a las premisas dadas por la OPS/OMS para estos programas. El Seguro Social extendió la cobertura de servicios.

Honduras no escapó a la crisis energética mundial; a ello se sumaron altos costos de los servicios hospitalarios debido a su gran dependencia tecnológica en equipos, materiales, medicamentos, procedentes del exterior, lo cual tenía que obtenerse con divisas escasas y cada día más costosas; hubo necesidad de crear una política restrictiva por varios años en cuanto a nombramiento de personal y compra de equipos, para consolidar nuevamente los recursos económicos del Seguro Social. Como consecuencia de ellos, en los últimos años la calidad de los servicios de atención de la enfermedad (no así de los de salud) se ha deteriorado, lo que ha motivado quejas de los usuarios y de los médicos; ante esta situación, la institución requerirá definir prioridades para poder soportar los gastos que estas mejoras demandan. En los últimos tres años el Seguro Social ha tratado de mejorar la infraestructura y realizó compra de equipo para los hospitales, mejorando así los servicios. El problema actual es la globalización de la economía y la crisis financiera en Estados Unidos que ha repercutido en nuestros países.

La pérdida del poder adquisitivo de nuestra moneda y los precios inflacionarios conllevan el descenso del nivel de vida de la población y genera pobreza, con lo cual se podría favorecer la aparición de enfermedades transmisibles ya controladas y la desnutrición infantil. Además, aunque los presupuestos de salud han crecido, se han destinado sobre todo aumento de los salarios, de modo que las partidas correspondientes a los servicios son proporcionalmente menores que en los años anteriores.

Creemos que es muy difícil fijar porcentajes para tratar de ver la importancia de cada acción en proporcionar salud a la población del país. De hecho, es especulativo darle expresión numérica a cada fenómeno, ya que en el éxito de cada estrategia hay una serie de imponderables imposibles de predecir y mucho menos de evaluar pues suelen incluso interrelacionarse.

Capacidad instalada del sector

El modelo de atención de Servicios de Salud existente es de 3 niveles. El primero es promoción y prevención, el segundo es atención Materno Infantil y general y el tercero es hospitalario. Los tres niveles deberían de estar organizados en forma de red de servicios para apoyarse mutuamente.

El personal de los Centros de Salud tiene la responsabilidad de proporcionar servicios en las comunidades, en especial en educación para la salud, prevención y atención del enfermo.

Este es ahora el primer nivel de atención del Seguro Social que se constituye en una barrera de atención y sule a la antigua Atención primaria de la salud de la Secretaría de Salud, servida en esa época por los programas de Medicina Comunitaria y Rural, de muy bajo costo. El actual programa tiene un costo más elevado, como veremos más adelante. Además el Seguro Social ha instalado la atención familiar y comunitaria.

El IHSS dispone en la actualidad, de dos hospitales, el de Especialidades y de Regional del Norte, ocho Clínicas Periféricas y Servicios Subrogados en nueve departamentos del país.

Recursos Humanos

Uno de los más serios obstáculos para dar buenos servicios es la falta de personal ya no solo en el ámbito institucional, sino incluso en el mercado laboral. Hay un severo déficit de enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, algunas ramas técnicas y especialidades médicas.

La formación y capacitación de recursos humanos en el Sector Salud no se ha basado en una planificación apropiada y coordinada ni en el Seguro y mucho menos del Estado. Se han estado organizando foros, conferencias y cursos sobre diversos temas para tratar de mejorar la calidad científica y moral del médico hondureño. En especial, se ha insistido en la acreditación y evaluación de las escuelas de medicina.

Tampoco ha habido planificación para producir un equilibrio entre las necesidades y el número de profesionales que se forman, de tal manera que se pueda garantizar un puesto y un salario a los graduados; finalmente aún necesitándose un numeroso personal, no ha sido posible contratar el existente de manera formal (en propiedad), ya que las restricciones de la Autoridad Presupuestaria creó un clima de déficit de Recursos Humanos en algunas áreas, que se acompaña de gastos muy elevados por horas extras, superiores a los que se tendría que pagar si éstos trabajadores fueran nombrados en propiedad desde el principio.

A lo anterior se añade la necesidad de modificar muchos aspectos de las residencias médicas, mediante cambios en los programas de manera radical.

Como si fuera poco, el problema ya no solo es de déficit de Recursos Humanos, sino también, de mala distribución, ya que el personal tiende a concentrarse en las áreas más desarrolladas, dejando a las rurales marginadas, no solo con menor calidad de ese personal, sino, también, con menos cantidad.

Lo anterior se ha debido a la ausencia de una política clara, acompañada de estímulos y regulaciones para la formación de este tipo de recursos. Deben adecuarse los planes y los programas con la formación del personal necesario y con la inclinación hacia una medicina más de tipo social que asistencial o liberal, ya que actualmente tiene un enfoque educativo predominante hacia la patología y el tratamiento de las enfermedades, fenómeno que se da en las escuelas de Medicina, Odontología, Farmacia y otros. En el caso de enfermería, la formación de este profesional ha estado dirigido más a producir los graduados que el sistema necesita, pero una vez hechos profesionales, es un grupo que con mayor facilidad abandona el trabajo o busca cambios incluso de especializaciones que ya han realizado, lo que encarece su producción y crea dificultades a las instituciones y servicios donde se desempeñan.

En el año 2004 el personal del IHSS es de 5,000 empleados y de la Secretaría de Salud es de 28,000.

No se tiene ninguna estadística sobre el personal formado en la Institución pero si es notorio la falta de programas para formar el recurso humano que el Seguro necesita.

Creemos que con la incorporación de **ECASS (Escuela Centroamericana de Capacitación en Seguridad Social)** podremos mejorar nuestro nivel en ese rubro, tratando de mejorar la actitud y la resistencia al cambio del recurso humano que como decía un sociólogo “no sólo es parte de la Institución sino que es la Institución misma”.

En lo que respecta a ECASS el Dr. Efraín Bu Figueroa es el rector de la misma, lo cual nos prestigia a nivel nacional e internacional pues a través de ella se difunde el mensaje científico y social por todo Centroamérica y a nivel local.

Conceptos de Salud

Salud viene del latín *Salutis*, que significa estado normal de las funciones del ser humano.

La enciclopedia Británica señala: que mala salud puede ser definida como la presencia de una enfermedad y buena salud como ausencia de ella. Este concepto de salud como la simple ausencia de enfermedad dominó por mucho tiempo pero el 10 de Diciembre de 1948, en la **“Declaración Universal de los Derechos Humanos”** la asamblea general de las Naciones Unidas a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud en forma completa: la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.

Así mismo, en el Artículo N° 25, la ONU expresa: toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuada que le asegure así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tienen así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de los medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

También en la meta del milenio la OMS expresa que la principal meta es alzar la salud para todos en el año del 2015.

La comprensión y aceptación de concepto de salud, dado por la OMS, implica que el campo de salud va más allá de la medicina científica privada asistencial, o de la Seguridad Social e incluso de la llamada Medicina Social. Abarca la economía, la tecnología, la educación, el derecho, la sociología y, en fin, todo aquello que brinde protección, seguridad, y oportunidad de mejor vida a los ciudadanos en un Estado. Se dice por ejemplo, que la tuberculosis es una enfermedad de país pobre; sin embargo, esto es un error; la aparición de esta enfermedad es un indicador de desigualdad social y se ve en los Estados Unidos o en Costa Rica; el problema es que en ambos países hay elites ricas y grupos pobres.

Honduras al igual que la mayoría de los países del mundo, aceptó la definición de la OMS y con ello se comprometió a luchar por hacer de esos principios una realidad.

De acuerdo con el concepto de la OMS, los servicios de la salud de un país deberían estar dirigidos a atender a las personas sanas y por supuesto también a las enfermas. Pero esto no es así a escala mundial y Honduras no ha escapado a ello, pues en todo mundo, usualmente la mayoría de los recursos se destinan a atender la enfermedad.

Las condiciones de salud de los pueblos no dependen de que existan muchos consultorios médicos y hospitales. Estos no son la clave para conservar la salud. Los hospitales fueron creados para la curación de enfermos. El exceso de hospitales en un país no significa que exista por ello buena atención de la salud, sino que hay mucha atención de la enfermedad. Es razonable pensar que si hay exceso de hospitales, ello indica exceso de enfermedades de una nación, o mala administración en salud pública si ese país tiene buenos índices de salud. En cada problema de salud, hay una combinación de factores ambientales, personales y genéticos (de predisposición más que de dominancia), lo cual explicaría la propensión a sufrir determinada enfermedad. Las influencias ambientales muchas veces no están bajo el control directo de los individuos (contaminación del aire o del agua), pero las personales si están sujetas a cambios en muchos sentidos debido a costumbres adquiridas.

La salud de una población esta influida por las condiciones de desarrollo económico y educativo, así como la oportunidad de una buena nutrición, la existencia de fuentes de trabajo estables y de

las políticas sociales que siguen sus gobiernos para proteger la salud de la población y educarla.

El reconocimiento de los derechos del ser humano expresados por las Naciones Unidas y la OMS, acogidos por todas las naciones, no han pasado, lamentablemente en muchos países, de ser una exposición de principios aceptada teóricamente, pero no llevada a la practica. Es responsabilidad de

los gobiernos de esos países, muy especialmente de las autoridades de salud y seguridad social, lograr que efectivamente se cumplan esos compromisos.

En 1779, el Dr. Johann Meter Frank publicó la obra *Neidziniche Polizei*, cuyos nueve volúmenes empezaron a aparecer en ese año. En ella se aprecia como desde entonces se relacionaba la importancia de la salud con llevar una vida natural. Frank señalaba que las enfermedades eran causadas no solo por factores físicos, sino, también, por influencias nocivas del medio social, desde la pobreza hasta la excesiva afición al teatro.

El cuerpo y el cerebro del hombre no están desarrollados en el momento del nacimiento; por lo tanto, deben alcanzar su expresión total mientras se hallan expuestos a los estímulos ambientales y responden a ellos. El hombre depende pues, desde niño y posteriormente, de los demás seres vivos; como ellos, debe adaptarse a su entorno para lograr alcanzar la salud biológica y mental. Los seres humanos no lo están afectados por la naturaleza de su “medio ambiente”, sino, también, por el medio social y psicológico donde se desarrollan y permanecen.

A pesar de que la opinión existente dice que las ciencias médicas son las que han proporcionado una mejor salud, sin dejar de reconocer algunos hechos fundamentales como el descubrimiento de las bacterias, la creación de vacunas y la aparición de medicamentos de todo tipo y la mejora en los servicios médicos para atender las enfermedades, los métodos más eficaces para evitar las enfermedades se derivan de los esfuerzos para corregir, con ayuda de medidas sociales, la pobreza, las injusticias, crear fuentes de trabajo, hacer obras sanitarias, dotar de agua potable a las poblaciones, modificar costumbres, etc.

Como veremos la preocupación por las reformas sociales, reclamadas por los propios trabajadores, obligó a los gobiernos a la aplicación de medidas de salud pública que produjeron espectaculares mejoras sanitarias y nutricionales en el mundo occidental. Esta actitud se basaba en el concepto de que la enfermedad era un fenómeno “casi siempre” asociado con la pobreza, la suciedad y la contaminación, tan comunes en el mundo industrial en virtud de lo cual para restablecer la salud bastaba con dar a la población aire puro, agua pura, alimentos y limpieza.

Esta filosofía de la salud aplicada en esa época, aunque insuficiente, resultó entonces inmensamente eficaz para superar muchos de los problemas de salud ocasionados por la Revolución Industrial; mejora que se inició antes de que se tuviera conocimiento de que las bacterias eran el origen de muchas enfermedades y apareciera también la medicina moderna.

Está probado que la pobreza genera desnutrición y enfermedad, especialmente en los niños. Por eso cada país tiene que tratar de reducir la pobreza con diversas medidas, como son la protección del indigente en la enfermedad, aún sin el pago de cuotas al Seguro Social, viviendas subvencionadas, mejor desarrollo de la industria, el comercio y la agricultura para crear fuentes de trabajo, aparte de no descuidar los servicios de protección a la salud clásicos para sus habitantes.

Pero el dinero no lo es todo; usualmente el exceso de este genera peligros en los hogares donde no existe buena educación sanitaria. Se abusa de las dietas y el licor y aparece la obesidad como primer riesgo y luego, a partir de ahí, la diabetes y la arteriosclerosis son acompañantes de esta en una buena proporción de casos. Los mayores porcentajes de adicción de drogas, suicidios y muertes violentas (no por guerra o revoluciones) ocurren en países desarrollados, con grandes riquezas materiales y con buenas legislaciones y estabilidad política, como Suecia, Estados Unidos, etc.

Se requiere ir construyendo una sociedad basada en el trabajo y la solidaridad ante los problemas y no en el paternalismo o la misericordia. Pero además, debe existir libertad política, un mínimo de justicia social y de educación, tanto general como en salud. Con ello, se pretende hacer de los niños de hoy excelentes ciudadanos del mañana. Así, el ejemplo de los padres, los maestros y las autoridades políticas es esencial, aunque es algo difícil de lograr incluso a largo plazo.

Sin embargo, está claro que existen indicadores en el desarrollo de una nación que condicionan, por sí mismos, una buena salud en sus habitantes. Por ejemplo, Dinamarca, Canadá, Finlandia, Noruega y Suecia tienen los mejores índices de salud en el mundo, con excepción tal vez de Japón. Pero estas naciones son altamente industrializadas, con elevados estándares de vida y con una buena distribución de la riqueza en su población; el gobierno garantiza un mínimo de ingresos por habitante en esos países y todos están protegidos por la seguridad social. Estos países gastan una gran parte del Producto Nacional Bruto (PNB) en seguridad social, cuidados de la salud, pensiones adecuadas, ayuda económica para el desempleo, asignación familiar y asistencia pública a los de escasos recursos, etc. Tenemos así que, en 1984, el porcentaje de PNB fue en Suecia de 32.8% para servicios sociales y de 9.4% para servicios de salud en Noruega, de 22.9% y 6.3%. En Finlandia, de 23.9 y 6.7% y en Dinamarca, de 28.7 y 6.3% respectivamente. Al año 2000 estas cifras se mantenían con algunas variantes.

Las tasas de mortalidad infantil por 1.000 nacimientos estaban en promedio en 7 por mil en menores de un año en 1986 en esos países. En el 2001, en Suecia había descendido a 3.4. En Dinamarca a 5 y en Finlandia a 3.4. La esperanza de vida promedio en esos países era de 77 años en 1986, sólo superados por el Japón. En el 2001, estaba en Suecia en 79.9. En Dinamarca continuaba en 77 y en Finlandia 77.8 años. Todos se refieren a ambos sexos.

Asimismo debemos abonar que en esos países en su gente hay una estructura relativamente uniforme, respecto de tradiciones culturales, lenguaje, desarrollo ambiental y condiciones económicas. Si consideramos que hace unos 70 años no poseían buenas bases económicas y ahora tienen uno de los mejores ingresos per cápita, uno debe preguntarse en que medida esa organización social y esas asignaciones en el campo social, influyeron para que esos países se pudieran ubicar entre los mejores del mundo, no solo en salud, sino, también en muchas áreas sociales y económicas. A su vez ¿en cuanto han contribuido los logros en salud a obtener esa uniformidad económica y social que poseen?

Creo que la respuesta es que ambas se complementan.

Por otro lado, en 1997 Estados Unidos de América empleaba el 13.6% de su PNB en salud, comparando con Alemania Occidental, con un 10%, Francia, un 9%, Canadá 9.2% e Inglaterra, 6.9%; sin embargo, los estadounidenses están por debajo en salud que los países ya citados. (Honduras en ese mismo año reportaba 8.6%, pero realmente estudios posteriores señalaron en realidad un 6%, lo anterior según datos el Fondo Monetario Internacional).

Estados Unidos ocupa aquí entre los países desarrollados un lugar muy especial. Su PNB o ingreso per capita era en 1997 de \$29.080, el más alto del mundo con excepción de unos pocos como Suiza y los Emiratos Árabes. Gasta en cuidados de la salud por persona anualmente mucho más que Canadá, Japón y el doble que Inglaterra, todos al igual que los países nórdicos, con mejores índices de salud. Pero, a pesar de esa suma tan alta, en Estados Unidos miles de infantes mueren prematuramente cada año, dos terceras partes de las madres de esos niños no tuvieron cuidado prenatal y la mitad de los indígenas preescolares no ha sido inmunizados; sin embargo, tienen el servicio hospitalario más costoso del mundo, con únicamente un 64% de ocupación de sus camas y algo peor, 44 millones de estadounidenses carecen de seguro para la atención médica, lo que equivale a decir que no tienen ninguna protección en caso de enfermedad; además un 15% de la población tiene seguros médicos deficientes. Lo anterior nos muestra que no basta disponer o gastar mucho dinero en el área de la salud. Lo importante es como se gasta y cual es la organización que tiene un país para que los recursos no se pierdan y sean adecuadamente empleados.

Al aceptar que la salud es un estado de bienestar físico, mental, social y espiritual tenemos que reconocer que evidentemente la palabra “social” de este concepto nos está indicando que la salud depende no sólo de elementos individuales del sujeto, como son sus condiciones fisiológicas, sino

también, de partes colectivas derivadas de su participación en una sociedad determinada, condiciones que indudablemente intervendrán en la determinación y variación de ella.

Entre los factores condicionantes, tenemos principalmente:

A. Condición del medio físico

El área geográfica donde vive la persona y las condiciones del “medio ambiente” en el que esta se desarrolla, la disponibilidad de recursos existentes ahí, la contaminación del entorno, etc. Es claro que hay áreas donde es más fácil crecer y desarrollarse que otras más frías o inhóspitas.

B. Condiciones económicas

Estas toman en cuenta a la familia, la religión y la nación en que nace, vive y se desarrolla el individuo. Sabemos que la pobreza es posiblemente el principal obstáculo para el desarrollo de la salud. La pretensión de estructurar una adecuada política social en salud, en un país con grave déficit económico, no daría resultado. De hecho, en la crisis económica, los recursos destinados a este campo son usualmente desviados a otras áreas en la mayoría de los países, en las cuales las familias de escasos recursos económicos, la oportunidad de una buena alimentación y educación son muchos menores que en otras con mayor poder económico. Sin embargo, está probado que si para estos grupos hay cuidados mínimos de la salud, es posible disminuir o paliar la pobreza, ya que sin salud, no hay capacidad para trabajar y luchar por superar las adversidades que se presentan. Si a una población pobre el gobierno le proporciona vacunación, agua potable, alimentación complementaria, tratamientos antiparasitarios y educación para la salud, impartida por promotores de salud, enfermeras y médicos; la mortalidad infantil disminuye, la expectativa de la vida se eleva, la desnutrición y la anemia son menores y mejora así el estado físico de los niños para poder resistir la pobreza. Sin embargo hoy, pese a lo anterior, una íntima relación **pobreza-mala salud-pobreza**, que se hace necesario romper por todos los medios posibles. En Honduras la Atención Primaria ha logrado en muchos aspectos quebrar este círculo vicioso.

La explicación de los éxitos de un país en el campo de la salud suele estar relacionada íntimamente con las condiciones generales de vida de la población y con las políticas de gobiernos y la economía que posea. Por ello, es difícil poder afirmar qué factor ha incidido de manera primordial en dicho resultado.

Algunas autoridades del país han venido insistiendo en que los logros de salud del país se deben, en especial a las políticas de salud e incluso reiteradamente se han atrevido a afirmar que es gracias a la labor desarrollada en los periodos que se han logrado los excelentes índices de salud que hoy tiene Honduras. La anterior información es de una simpleza extraordinaria y muestra también un claro desconocimiento de nuestra historia. La manera en que los diferentes gobiernos han colaborado para mejorar la salud de nuestro pueblo no se puede omitir con tanta facilidad. Filosofando, diría que para llegar al peldaño superior de la escalera, antes se debe haber pasado por los inferiores.

De esta manera, lo logrado en la época presente no puede sino ser el reflejo de los esfuerzos realizados en Honduras en diversos campos, como son la economía, la educación, la agricultura, la salud, etc. Además, contribuyó para ello la estabilidad política, la ausencia del ejército, la difusión de la educación básica, la democracia y la paz.

Estas políticas están ligadas usualmente a factores externos incontrolables, como el aumento de los precios del petróleo, el descenso de los precios de nuestros productos tradicionales de exportación y el aumento de los insumos importados. A eso se agrega fallas internas de buena administración, en especial el exceso de gastos en el gobierno, la burocracia, el poco contenido económico, la depreciación de nuestra moneda y muchos factores más que se analizarán a través de la obra. Por supuesto sería equivocado asociar la evolución de la mortalidad únicamente al comportamiento económico e injusto para el esfuerzo hecho a través de los años por las autoridades de salud. Lo

extraordinario radica en que ha sido durante la última crisis económica que las tasas no sólo no se desmejoraron, sino que se mantuvieron e incluso se elevaron ligeramente. Gracias a ello, cuando volvió nuevamente el ascenso económico, esas tasas pudieron continuar progresando.

Lo anterior nos explica como el factor económico esta relacionado con la salud, y si bien es sumamente importante su estabilidad y progreso. De esta manera, el crecimiento económico general y el aporte que de este se ha hecho para salud y seguridad social, han sido factores fundamentales para lograr los índices de salud que poseemos, no dejando de reconocer que también han sido claves la políticas de salud y seguridad social implantadas, en especial las llevadas a cabo para disminuir la mortalidad infantil por enfermedades infecciosas mediante la vacunación, el saneamiento ambiental y el aporte de agua potable a las poblaciones, la educación de las madres para la lactancia materna y cuidado de su niño, el apoyo alimentario, los controles prenatales y postnatales, el parto hospitalario y la disminución de la fecundidad que comenzó en 1960 y han continuado al presente. En síntesis, todas las medidas del tipo de la Atención Primaria fueron realizadas con excelentes resultados por el Ministerio y el IHSS. Lo anterior demuestra que no parece lógico atribuir porcentajes a los determinantes de la salud y el bienestar, y esto se presenta como una consecuencia del conjunto de factores que una sociedad ha puesto en juego para alcanzar la buena salud.

C. Conducta Individual y Familiar

Los hábitos alimentarios que se tengan, las costumbres defectuosas, el abuso del tabaco y el licor, la falta de ejercicios físicos, la promiscuidad sexual, son hechos que repercutirán en el deterioro de la salud, pues sabemos que la salud depende en gran parte del medio social, económico y físico de la familia y del estilo de vida y del comportamiento de los padres, el cual sirve de ejemplo a los hijos. Resaltar la importancia de la familia en la promoción de la salud del grupo es fundamental. La madre debe ser la primera promotora de salud.

D. Conducta de la Comunidad o Pueblo donde se Vive

La cooperación y obediencia de una población para apoyar programas y cuidados de la salud es fundamental. La existencia de líderes de la comunidad que se preocupen por elevar los índices de vida de una población y crear superación colectiva en campos tan diversos como sanidad, alimentación infantil, obtención de agua potable, letrización, mejoras en la educación, etc., crean condiciones y capacidad para resolver problemas comunes que individualmente no podrían ser enfrentados. Es conocido hecho de que, en un mismo país, dos poblaciones relativamente cercanas tienen diferentes estados de desarrollo y por ende de salud por esa misma razón.

E. Condiciones de educación de la población

Aunque parezca mentira, el simple hecho de saber leer ya significa una gran ventaja en un país subdesarrollado para así lograr recibir información. Si aparte de ello hay en la región educación escolar, o incluso superior, la posibilidad de implementar programas de educación para la salud se facilita. Hay que insistirle con medios apropiados ante cada ciudadano, para que entiendan que el principal responsable de la salud que tenemos es uno mismo. Existen pruebas de que a mayor educación de la población, suele haber mejor salud.

Los mecanismos de educación para la salud deben ser impartidos especialmente a las madres y a los maestros, pues la prevención de las enfermedades comienza por acciones simples en el hogar y continúan en la escuela; enseñar un comportamiento integral a los niños es el fundamento del cambio así como de una mejor calidad de vida. En el hogar y la comunidad es donde deben desarrollarse al máximo las acciones que educan y fomentan la salud. La transmisión reiterada del

conocimiento y de un buen ejemplo de padres a hijos y de maestros a alumnos es esencial, sin esto no se logrará jamás una educación.

F. Herencia

Este es un factor importante; no obstante, aún no tenemos posibilidad de control adecuado, aunque ya se comienza a actuar en este campo.

Nacer con un defecto físico o una enfermedad es indudablemente una desventaja para lograr unir a buena salud. Se conoce más de tres mil enfermedades por alteraciones de un solo gen principal, entre ellas están; las anemias hereditarias, la hemofilia, las anomalías del metabolismo y las anomalías cromosómicas por alteración del material genético, como un cromosoma extra (síndrome de Down), o una deficiencia, como el síndrome de Turner. La mayoría de estas enfermedades ocurren al azar, aunque los padres sean normales. Existen otros trastornos poligénicos, donde varios genes menores heredados se afectan por mecanismos ambientales prenatales y dan malformaciones congénitas que pudieron ser evitadas.

La carga que representan las enfermedades genéticas tanto en los países desarrollados como en los que están en desarrollo, forma parte importante de los factores de mortalidad que rebajan la calidad de vida, ya que recaen sobre un 3% a un 5% de la población, según la OMS.

Las anemias hereditarias como las talasemias y la drepanocitosis afectan a millones de individuos y causan la muerte hasta de un 1% de los niños en muchos países. Las formas heredadas de retraso mental, ceguera y de sordera son importantes problemas de salud en todo el mundo; la mala absorción de lactosa, la enfermedad celiaca, el fabismo, etc., tienen una base genética. Igualmente importantes y con cierto grado de componentes genéticos son algunas enfermedades comunes como la hipertensión, la diabetes, la esquizofrenia y algunos tipos de cáncer.

La lucha contra las enfermedades de origen genético incluye medidas primarias, con el objeto de prevenir la concepción de un feto con trastorno genético mediante los antecedentes de los padres y el estudio clínico de ellos. Las medidas secundarias se refieren acciones emprendidas después de la concepción, en particular el diagnóstico precoz de un feto o en un lactante afectado y el inicio de un tratamiento apropiado para prevenir la invalidez.

Todos los trastornos genéticos son, en definitiva, la consecuencia de mutación en el genoma (ADN del núcleo) una nueva mutación puede surgir espontáneamente por error en la recepción del ADN al producir un ARN mensajero dañado o ser inducidas por una exposición a ciertos agentes químicos, físicos, virales, etc. Una mutación puede observarse inmediatamente si es muy grave o existir un intervalo de varias generaciones entre la aparición de una mutación y su manifestación como enfermedad.

El cuidado para no exponerse a radiaciones, alimentos y sustancias peligrosas, en especial durante el embarazo, es fundamental.

Disponer de pruebas genéticas que permitan identificar a los individuos o familias susceptibles a generar niños con determinadas enfermedades es muy importante. Las malformaciones congénitas que existen al nacer se confunden con las enfermedades genéticas, pero no es lo mismo. Muchos trastornos genéticos tienen ya tratamiento: sustitución del factor VIII en la hemofilia o de los glóbulos rojos en la talasemia. Exclusión de la fenilamina en el caso de fenilcetonuria, o administración suplementaria de factores como la piridoxina en caso de hemocistinuria; los trasplantes de médula ósea o de órganos comienzan ahora a ocupar su lugar en el tratamiento de estos casos; empleo de ácido fólico durante el embarazo para evitar la espina bífida. A la fecha, algunas de estas enfermedades pueden ser diagnosticadas desde el embarazo mediante estudios del líquido amniótico, ultrasonidos, etc. Otras pueden ser evitadas con vacunas como el sarampión, la rubéola, etc. En todo caso, los avances de la ingeniería genética ponen en manos de los servicios médicos la oportunidad, en un futuro cercano, de poder prevenir alguno de estos

males. La implantación de genes humanos sanos para reparar o cambiar células enfermas o mal predispuestas genéticamente en un embrión, puede ser una realidad a corto plazo, así como el poder emplear células madres embrionarias o adultas para reparar tejidos.

G. Condiciones laborales

Esto se puede analizar desde dos puntos de vista: por un lado, la oportunidad de trabajo y un mayor ingreso disminuye la pobreza del ciudadano y su familia. Esto dará lugar a una mejor alimentación y educación para los hijos y conduce a niveles de salud elevados. Por otro lado, se refiere al aspecto de la existencia de leyes laborales que obligan a una mayor higiene en el trabajo, más seguridad y evitan abusos en perjuicio de los trabajadores, obligando al pago de salarios mínimos, pago de extras, vacaciones, etc. Los ocupacionales no sólo pueden ser causa de lesiones y enfermedades profesionales, sino incluso la ansiedad o el estrés pueden causar úlceras pépticas, hipertensión arterial, etc.

H. Contexto Actual de Honduras

Los resultados de la última encuesta permanente de hogares del Instituto Nacional de Estadística (INE) estiman en 1, 601,486 el número de viviendas en el país y en ellas se albergan 1, 623,889 hogares con 7, 585,155 personas; esta encuesta proporciona información significativa sobre los servicios básicos de agua potable, saneamiento básico y energía eléctrica, así como su salud, educación, trabajo y pobreza.

En cuanto a las condiciones de vida de los hondureños y hondureñas, el INE muestra a través de la encuesta que el hacinamiento es un problema de los hogares pobres, existiendo una relación entre esto y el nivel educativo del jefe del hogar. Y si a esto se añade que el 16.7% de las viviendas en Honduras no cuentan con un sistema de saneamiento adecuado sobre todo en el área rural y que el 14.8% de las viviendas no tienen acceso a un servicio adecuado de agua, se concluye que esto contribuye a la proliferación de enfermedades que se han dado al precario sistema de salud, que da como resultado una preocupante crisis de salud generalizada en todo el país.

Además, al analizar las características de la población, ésta se concentra en el área rural (4, 132,932 habitantes). Por otro lado, la población es representada por adolescentes menores de 21 años (49.3%).

El analfabetismo, es un problema muy importante en la realidad educativa del país, ya que en Honduras, aproximadamente una de cada seis personas mayores de quince años, no sabe leer ni escribir. Los datos indican que la tasa de analfabetismo continúa siendo mayor en la población del área rural (24.1%).

El 75.4% de la población nacional que es de 4.4 millones está en edad de trabajar 10 años y más, pero la Población Económicamente Activa, apenas representa el 38.5%. Sin embargo, el indicador de la Tasa de Participación a nivel nacional es de 51.1%. Las principales actividades económicas del país son: agricultura, comercio e industria, concentrando el 70% del empleo nacional. Pero uno de los problemas que atraviesa el país es el desempleo, que representa el 2.9% de la PEA, es un problema mayormente urbano concentrada en la población joven. Sin embargo, el principal problema del mercado laboral no es el desempleo, sino el subempleo invisible, que asocia bajos ingresos con empleos de baja productividad.

A continuación, se desarrolla un análisis de las consecuencias violentas que sufre el país al no prestarle la debida atención y propuestas a los problemas de educación y trabajo.

I. Las lamentables cifras de violencia

Con el fin de una mejor interpretación del contexto en que se encuentra nuestro país, teniendo como referencia la información que diariamente se da a conocer por los medios de comunicación sobre los preocupantes cifras de homicidios, suicidios, muertes en tránsito y muertes de naturaleza

no intencional, se pretende observar las tendencias y caracterizar las diferentes situaciones en que se expresa la violencia en Honduras, pero sobretodo como un síntoma alarmante de la precaria condición que atraviesa la población.

El boletín “Observatorio de la Violencia” que anualmente se publica en el país con la colaboración de la Dirección General de Investigación Criminal (DGIC), la Policía Preventiva, la Dirección de Tránsito y el Ministerio Público, fuentes oficiales de la información; se conoce que en el año 2007 se registraron 5,543 muertes violentas, una cifra que aumentó al compararse con los datos de 2006 -243 muertes más. De los que se desglosa: Homicidios: 3,262; Muertes en tránsito: 1,027; Muertes no intencionales: 653; Muertes indeterminadas: 359 y Suicidios: 252.

Otros flagelos que hace aún más vulnerable la situación que atraviesa la población, son los delitos sexuales y lesiones; en el 2007 se registraron 6,193 lesiones personales. En cuanto a violencia sexual se evaluó 1,188 casos de abuso, afectando a las mujeres en un 83.2% y siendo menores de edad el 80.7% del total de las víctimas.

En relación a los delitos contra el patrimonio económico se tuvo conocimiento de 2,421 casos durante el año 2007, al detallarse esta información, se presenta: 1,290 robo de vehículos; robos en empresas y negocios con 329 denuncias, un promedio de una empresa asaltada diariamente; 305 robos o hurtos a personas. Además, 249 robos a residencias y 133 robos a carros repartidores.

Alimentación en Honduras

Los municipios altamente vulnerables debido a condiciones estructurales (menor capacidad de respuesta), se concentran en la región occidental del país (56% del total), principalmente en los departamentos de Lempira (22%), Copán (11%), seguidos de Olancho (11%) y El Paraíso (10%). En menor proporción se incluyen dentro del total de municipios con menor capacidad de respuestas, algunos ubicados en el Sur de Santa Bárbara (8%), La Paz (8%) y Francisco Morazán (7%). El análisis de regresión realizado muestra que existe una diversidad de causas o factores involucrados con el problema de desnutrición. La mayor parte de las causas están relacionadas con las pobres condiciones socioeconómicas y ambientales en que vive gran parte de la población, como su bajo nivel productivo de alimentos y de ingresos, así como la falta de inocuidad de los alimentos consumidos, debido a las pobres condiciones de la vivienda y hacinamiento en que viven y el limitado acceso a agua y saneamiento básico. Con base a resultados a nivel municipal, se puede inferir una tipología de las familias más vulnerables, que son generalmente numerosas con limitado acceso a la tierra y otros bienes de capital de bajo nivel de escolaridad y están asentadas en regiones montañosas, poco productivas y de mayor riesgo, con infraestructura de comunicación, salud y educación deficientes que los mantiene aislados del resto del país y con limitado acceso a los servicios básicos y a los mercados.

Principales Hallazgos

El derecho a una alimentación adecuada, a no sufrir de hambre y malnutrición, es fundamental para todas las personas y pertenece a los derechos llamados de segunda generación; o sea a los derechos económicos, sociales y culturales.

La seguridad alimentaria, universal y sustentable, es primordial para alcanzar los objetivos sociales, económicos y su desarrollo humano. Debe entenderse que la seguridad alimentaria existe cuando todas las personas tienen, en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana.

El Estado de Honduras es signatario del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) el cual enuncia, entre otros, el derecho a una alimentación adecuada. Por tanto no es posible concebir el derecho a una alimentación adecuada aislado de toda la gama de derechos de primera, segunda y tercera generación.

Los derechos con los cuales guarda estrecha relación de derechos a una alimentación adecuada son:

- ? El derecho a trabajar y recibir un salario que contribuya a un estándar de vida adecuado;
- ? El derecho a un medio ambiente sano y seguro;
- ? El derecho a no ser discriminado por motivos de sexo, raza o cualquier otra condición;
- ? El derecho a la igualdad hombre y mujer;
- ? El derecho de los niños a un ambiente apropiado para su desarrollo físico y mental;
- ? El derecho a la educación y acceso a la información;
- ? El derecho a un seguro social;
- ? El derecho al desarrollo a la paz y a disfrutar de los beneficios del progreso científico;
- ? El derecho a un acceso seguro a agua potable y a recurso, incluyendo recursos eléctricos para cocinar y;
- ? El derecho a un alto estándar de salud mental y física, entre otros.

La Pobreza en Honduras

Según el más reciente informe, elaborado en marzo de 2008 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la pobreza global en el país azota al 60.2 por ciento del total de la población (alrededor de 4.3 millones de hondureños); mientras que la pobreza extrema asfixia al 35.9 por ciento (cerca de 2.6 millones de compatriotas). Las cifras encierran un estancamiento en los índices de desarrollo del país. La situación se traduce en limitantes en el nivel de vida de la población y por un significativo atraso en el nivel socioeconómico.

Los elevados niveles de desnutrición, los bajos índices educativos, la crítica condición de salud de la población, donde la seguridad social apenas cubre el 22% de la Población Económicamente Activa (PEA) y la Secretaría de Salud ha colapsado, la falta de fomento a la inversión y hasta las fuertes tasas de desempleo son sólo algunas de las características que componen ese círculo vicioso llamado pobreza.

Este rezago ha provocado que Honduras se ubique en el segundo lugar de los países de la región en tener menos logros en su desarrollo, según lo indica el más reciente Informe de Desarrollo Humano (IDH), elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Bajo este contexto el país dista mucho de lograr uno de los principales Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que es reducir a un 37.4 la pobreza y a un 27.1 la pobreza extrema para 2015.

“El estancamiento en el desarrollo humano y sus grandes diferencias geográficas suponen un obstáculo en la reducción de la pobreza en el país. La pobreza representa la negación de la ampliación de las oportunidades de vivir una vida larga y saludable, disfrutar de un nivel de vida decente y contar con condiciones para disfrutar efectivamente de la libertad”.

También señala que apenas once de los 298 municipios de Honduras reportan un índice de desarrollo medio-alto. La cifra evidencia el atraso en el que permanece sumido el país.

Sobreviven con 20 lempiras

Las inequidades son latentes. Según el informe sobre los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), para 2007 (el dato más reciente) en el país, el 20.7 por ciento de la población sobrevive con menos de un dólar por día, es decir, alrededor de 19 lempiras: lo que indica que acumulan al mes apenas un promedio

de 570 lempiras, sólo el 17 por ciento del salario mínimo actual, que ronda en los 5,500 lempiras. La cifra representa únicamente el once por ciento del costo total de la canasta básica familiar.

“Una quinta parte de la población total vive con menos de un dólar al día. Esta situación refleja un desafío básico y fuerte para el país”, dice el documento de los ODM.

La disminución de este porcentaje muestra un proceso lento. Su más evidente estancamiento se evidenció en la medición hecha en el período 1999-2004. En este período de cinco años, el promedio se mantuvo inmóvil en el 20.7 % índice que todavía en el año 2008 permaneció igual. Además de lo anterior debemos señalar que en el censo electoral del año 2009 aparecen 120,000 nuevos votantes que han cumplido los 18 años de edad y que engrosan la población sin trabajo.

Relación entre la población y el desarrollo económico

Cuadro de Datos 2007
Población

	Población total (en millones)	Crecimiento de la población (%)	Tasa Global de fecundidad	Mujeres casadas que usan métodos anticonceptivos (%)	Número total de adultos en edad productiva por niños en edad de dependencia económica		Producto Interno Bruto (PIB) (en millones \$ PPA)	PIB per cápita (\$ PPA)	Población que vive con < \$2/día (%)	Niñas inscritas en la escuela secundaria (%)
					2006	2030				
Costa Rica	4,3	1,9	1,9	72	2,4	3,4	37,061	8,714	8	80
El Salvador	7	1,8	3,0	61	1,8	2,7	31,329	4,633	41	61
Guatemala	13	2,4	4,4	34	1,2	1,9	48,735	3,964	32	46
Honduras	7,4	2,3	3,3	56	1,5	2,5	18,632	2,644	44	73
Nicaragua	5,6	2,0	3,3	66	1,5	2,6	17,957	3,340	80	68
Panamá	3,3	1,8	2,7	----	2,1	2,9	21,239	6,689	17	73

La pobreza y sus secuelas en la población hondureña

Pobreza versus educación

Existe una relación estrecha entre el bajo nivel de escolaridad y la pobreza. Los niveles de escolaridad promedio es de 5.5 años; mientras que para los hogares pobres es de 4.6 años. El análisis muestra que en la medida en que un jefe de hogar tenga niveles de educación superiores a los seis años, sus ingresos tienden a incrementarse.

Diferentes pobrezas

La pobreza es mayor en las áreas rurales que en las urbanas. En la primera, la pobreza alcanzó el 79.6 por ciento en 1991 y luego pasó a 68.9 por ciento en 2006. Mientras que en la segunda, la cifra cambió de 68.4 a 55.3 %, en el mismo período. El análisis refleja una mayor celeridad en la reducción de la pobreza en el área rural.

Pobreza por género

A partir del universo de hogares pobres (815,444), el análisis por sexo del jefe (a) del hogar indica que casi tres de cuatro (73.4%) hogares pobres en el país están encabezados por hombres. Asimismo, el 26.6% de hogares pobres tiene mujeres como jefas de hogar. Este último caso se relaciona con la recepción de remesas en el extranjero.

Más pobres, menos trabajo

La inequidad en el ingreso también se encuentra estrechamente relacionada con el acceso a empleos de calidad. El número de años de estudio en el sector público es de 12. En el sector privado es de 8.2; mientras que el de los trabajadores por cuenta propia, uno de los principales núcleos en el sector informal urbano es de 7.3 años.

Pueblo subnutrido

Honduras ocupa el segundo lugar en la región centroamericana en cuanto a la prevalencia de subnutrición entre su población. El país únicamente es superado por Nicaragua hasta 2004, Honduras tenía el 23 por ciento de su población desnutrida. Esto se traducía en 1.6 millones de personas a nivel nacional.

Menos comida para los pobres

En el período 1997-2007, el consumo de alimentos se desaceleró al tiempo que se producía un incremento en la población. Esto dio como resultado un déficit en la cantidad de alimentos consumidos por persona, lo que refleja un estancamiento en la prevalencia de la subnutrición. Este fenómeno prevalece en la actualidad.

Trabajo y Desempleo

El mundo de hoy ha cambiado; nos ha llevado a un mercado libre globalizado en el que el trabajo obedece a otros parámetros. Tenemos trabajos formales, otros informales y dentro de lo formal a lo semiformal que consiste en enfrentarnos hoy a la polivalencia, a la subcontratación, al outsourcing, etc. y esto a su vez se ha visto reflejado en la Seguridad Social. En lo esencial, nos enfrentamos hoy en día a un cambio socioeconómico de gran envergadura, en un medio con grandes variaciones, a base de una economía muy competitiva, que obliga permanentemente a las empresas a adaptarse a ese nuevo mercado de trabajo que las induce a ser tremendamente competitivas; por ello la OIT ha elaborado la teoría del trabajo decente,

buscando que prosiga el desarrollo en condiciones de competencia, pero sin que ello signifique atentar en contra de la dignidad del ser humano.

Constituye una misión ardua, porque por un lado está la competencia y apremia el resultado del trabajo y por el otro, el ser humano tiene derechos fundamentales que deben ser respetados, entre ellos, los de gozar él y su familia de una Seguridad Social básica.

Debe apuntarse que el Derecho Laboral se ha flexibilizado notablemente en materia de remuneraciones, contrato de trabajo, jornada, término de contrato, etc. y donde quizás más se ha sentido es en la contratación, porque el contrato formal tal cual lo considerábamos 20, 30 ó 40 años atrás, hoy en día prácticamente ya no existe. Todos esperamos que nuestro trabajo nos dure el mayor tiempo que sea posible, pero si algo tenemos meridianamente claro es que no va a ser una trabajo para toda la vida, como se estimaba hace un tiempo atrás en el mundo.

El contrato en sí, hoy día tiene unas variables que no se dimensionaron hace un tiempo atrás, como la polivalencia, el trabajo temporal, la subcontratación, esto de que alguna persona esté en una empresa y desarrolle trabajos en otra, o que éstos se vayan haciendo permanentes. Es decir, hemos reducido la empresa hoy día, a su mínima expresión y eso ha zarandeado el Derecho del Trabajo hoy día y lo ha conducido a un extremo muy difícil de poder concebirlo como una sola técnica o esquema.

A su vez, la contratación se ha tornado difícil porque los costos de las regulaciones han sido crecientes y eso, en el mundo de hoy, individualmente ha traído consigo el fenómeno de la informalidad. Muchas empresas han llevado a los trabajadores a la informalidad y aquí hay que hacer una acotación; al menos en nuestro continente, lo que predomina son pequeñas empresas en el caso Hondureño el 80% de las empresas tienen entre 5 y 15 trabajadores. No son empresas estructuradas, con muchos programas ni grandes departamentos que las guíen, es un empleador con tres o seis empleados y punto. Esa empresa está siendo crecientemente informal y es la empresa que da la mayor cantidad de trabajo en el mundo actual y Honduras no es la excepción.

¿Por qué se han generado tantas formas distintas o diferentes en pos de lograr la eficiencia? Porque el mercado es cambiante y tenemos un mercado muy importante pero globalizado y lo que pase en China o en América del Norte o lo que pase en Europa no nos es indiferente. Cualquier cambio de tecnología en el ambiente de trabajo o en el mercado la baja arancelaria, el cambio del dólar, el problema de los combustibles, etc. provoca que el mundo del trabajo vaya mutando constantemente y eso obliga a la empresa a buscar nuevos parámetros de eficiencia que muchas veces involucran que un cierto sector de trabajadores contratados quede fuera. Por eso se está generando mucho outsourcing y mucho trabajo temporal, los que van de la mano, lo mismo que las asesorías temporales.

Todo esto trae consigo una reducción muy clara para el Sistema de Seguridad Social, porque este no está preparado para enfrentar la informalidad. Hemos generado, desde Bismark y Beveridge, sistemas que están todos planteados sobre la generación de un contrato de trabajo, sobre una relación formal y hemos dejado de lado a todos los informales porque no estaban previstos en esa instancia. Porque aunque pretendamos retroceder en el tiempo y no tener informalidad, ello hoy en día no parece posible; cambiaron el mundo y la economía. Parece importante ser prácticos y realistas y este Derecho tiene esa gran misión, tener apego a la verdad y a la realidad.

¿Cuál es la opción? Articular el mundo laboral con el de la Seguridad Social y dar una protección adecuada al sector informal, para que tengamos una eficiencia y eficacia económica, pero también una de carácter social.

El mercado de trabajo tiene un segmento de personas que se desenvuelven en el mundo de lo formal y otro en que existe un gran grupo de informales, que no tienen contrato de trabajo y

tampoco tienen relación laboral; cabría agregar que, además, carecen de buenos ingresos. Quizá algunos de ellos puedan tener buenos ingresos, pero la gran mayoría, en general no los tiene. En Honduras, país de 7.2 millones de habitantes existe una población económicamente activa de 2.2 millones de los cuales el Seguro Social sólo capta una cuarta parte, es decir alrededor del 25%. Cuando hablamos del sector formal de la economía que es de alrededor de un millón de personas, el Seguro Social abarca alrededor del 64% del mismo. En otras palabras el Seguro Social abarca 620,767 asegurados cotizantes. El segundo sector es la economía informal que tiene más de un millón de personas y que aún no ha sido abarcado por la Seguridad Social.

Existe además, otro sector que no está comprendido dentro de ninguno de los extremos anotados. El corresponde a empleos contractuales de bajísimos ingresos o bien a empleos independientes, con ingresos aleatorios y también a desempleados, los que son parte de un contingente creciente, que está azotando nuestras economías y a lo cual se ha hecho bastante difícil hacerse frente. Este último sector de trabajadores tiende a oscilar entre un extremo y otro, carecen de una adecuada protección y es algo que nos debe preocupar sobremanera ya que atenta en contra de la paz social ya que como decía Juan Pablo Segundo ***“Los pobres se cansaron de esperar”***.

En el artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas se discute un concepto de lo que es Seguridad Social, que dice así: La Seguridad Social es el conjunto de prestaciones que la sociedad proporciona a los ciudadanos y a los hogares garantizándoles un nivel de vida digno y además los protege frente a la injusticia y determinados riesgos o necesidades fundamentales.

Si ustedes lo comparan con otros conceptos que están en la doctrina y que son todos similares podemos concluir que este sistema debe proporcionar a los trabajadores y sus familias un grupo de prestaciones que sean suficientes para enfrentar una vida digna y protegerles de las pérdidas de beneficios o ingresos a la que ellos se vean expuestos.

Ese concepto está muy bien y ha predominado en el mundo actual en los últimos 50 años, pero si lo analizamos con cierto cuidado, deberíamos preguntarnos si realmente está dando cobertura al fenómeno al que hemos hecho referencia anteriormente; vale decir, ¿está el mundo informal contemplado en éste concepto? En forma bastante sutil, si pero no en forma real ni directa. Vamos a tener que complementar ese concepto.

Entonces me parece necesario revisar qué es lo que podríamos adaptar a éste respecto en sistema de seguridad social; dicha premisa la enfocaremos bajo cuatro aspectos que me parece fundamental examinar:

1. Contingencias a las cuales estamos sometidos hoy en día.
2. Los diseños de los programas de seguridad social.
3. Su gobernabilidad.
4. El crucial tema de la cobertura.

Analizaremos brevemente cada una de ellos.

Contingencias actuales

El sistema debe enfrentar estándares de vida y sobrevivencia que sean los mínimos, según el concepto que hemos comentado. Esos estándares por mucho tiempo no han considerado un fenómeno que hoy día ha hecho patente la discusión anterior, y que es el del envejecimiento de la población. Se han dado cifras y elaborado gráficas, en las que ustedes se podrán dar cuenta que tenemos un gran porcentaje de la población que está envejeciendo rápidamente, y por otra parte están aumentando fuertemente las expectativas de vida de la población mundial.

Esto es lo que ha provocado una enorme crisis que han tenido los sistemas de reparto en materia de pensiones por que no se previó que la población iba a envejecer y que cada vez íbamos a tener menos ingresos de parte del sector nuevo de la economía. Eso no se previó y es un fenómeno al cual estamos enfrentado hoy día. La solución no es fácil y en ese sentido que América Latina ha dado pasos para lograrlo, dando énfasis a los esfuerzos de ahorro individual que podrían constituir una alternativa de solución al problema. En Honduras la cuota que paga el trabajador para su pensión (IVM) es muy baja alrededor del 3% y la contribución del Estado es apenas del 0.5% en comparación al 10% o más que es la contribución que el Estado da para INJUEMP, IMPREMA y los Militares por lo que existe una disparidad que perjudica al IHSS. Este comentario nos lleva forzosamente al tema de los costos porque como no tenemos una fuerza de trabajo creciente sobre todo en el sector formal, cada vez contamos con menos recursos para enfrentar un sistema de seguridad social que responda a las expectativas tanto de los usuarios como de los beneficiarios. Es necesario entonces subir la cuota de los trabajadores lo mismo de los patronos y del Estado tanto en IVM como en EM para lo cual debe haber una labor de concientización lo más pronto posible.

Se puede apreciar que a medida que vamos ascendiendo hasta la esquina superior derecha donde están los países más desarrollados y con mayor cobertura en materia de Seguridad Social, se constata que en estos países que tienen una elevada inversión en gasto público en Seguridad Social, los costos se han incrementado. En consecuencia esta constatación del gasto público debería movernos a reflexión porque no todos los países del mundo sobre todos los subdesarrollados como Honduras, se encuentran en condiciones de aumentar su gasto público y mucho menos en forma indefinida, para poder frente al fenómeno de los gastos crecientes en materia de seguridad social, sin tomar medidas como la ruptura de techos o el aumento de las cotizaciones.

Pensiones y Desempleo

Si nos enfrentamos específicamente al tema de las pensiones es posible apreciar en ella al Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Japón, Francia, Alemania e Italia y se puede notar fácilmente la enorme proporción que hay entre la deuda convencional y la implícita, vale decir, el compromiso real al cual se encuentran enfrentados los Estados que están con regimenes de pensiones tradicionales, donde existe una baja población activa y una gran masa pasiva esperando sus beneficios.

Por último, creo que una contingencia actual ineludible es el tema del desempleo.

El desempleo nos va a seguir acompañando, es imposible que salga del escenario, porque la economía esta cambiando, es muy competitiva y fuertemente influenciada por el entorno internacional; hoy en día cualquier fenómeno que ocurra en algún país del mundo nos afecta directamente nuestra economía y en nuestros empleos.

En consecuencia, creo que ninguna nación hoy día puede cerrar los ojos y decir no voy a enfrentar el tema del desempleo.

Debemos pues hacer frente a este punto y considerarlo como uno de los principales objetivos del sistema de seguridad social; en efecto, el desempleado es una persona cesante que enfrenta variados problemas desde luego, el de no tener dinero para poder llevar una vida digna el y su familia además es una persona que recibe una bofetada social porque se encuentra fuera del circuito de la comunidad en que se halla inserto y por lo tanto esta fuera del mundo habitual. Cuando, nosotros nos encontramos alguien en cualquier actividad diaria, la primera pregunta que surge es: ¿Qué es lo que haces?, ¿en qué trabajas? Y esta persona está totalmente ajena en esos instantes al mundo común, al mundo normal; por tanto requiere una gran dosis de ayuda y la mínima que podemos proporcionarle es establecer un seguro de desempleo que le otorgue un ingreso decente, para que lo incentive a volver al trabajo, lo cual

no es fácil porque muchos de los sistemas que están vigentes en el mundo hoy día arrastran muchas fallas desde el punto de vista del retorno al mundo del trabajo. En Honduras, por ejemplo, no existen seguros de desempleo. Apenas contamos con el sistema de incapacidades parciales o totales que otorga el IHSS.

Diseño del sistema

Quisiera comentar la teoría de los Multipilares, que sostiene que existen distintos sectores dentro del esquema de la seguridad social, los que tienen misiones distintas y responden también a necesidades diversas se ha señalado que existen tres pilares; el pilar básico, el pilar intermedio y el pilar final y hoy día inclusive se habla de incorporar un cuarto pilar: el pilar cero.

En el pilar cero se atiende al trabajador cualquiera sea su situación social y para ello no requiere haber contribuido al financiamiento del sistema, no requiere estar empleado; es la persona que puede estar en indigencia o en la más amplia desocupación. En el pilar uno, en cambio, se le comienza a exigir ciertas condiciones o características básicas; en Chile hay que decirlo francamente este pilar falta porque está otorgando cobertura a base de exigencias sumamente rígidas, las que no parecen acorde a los tiempos de informalidad y dificultad en el empleo. En Honduras por el contrario constituye el pilar básico.

En el mismo orden de ideas, cabe señalar que en este pilar la pensión se le otorga a todo trabajador que cumple con los requisitos de edad y tiempo de trabajo, pero se le exige también una cierta cantidad mínima de años de cotizaciones y ahí creo que tenemos una tarea que enfrentar porque, si vinculamos esto por un segundo con el tema de la informalidad, nos daremos cuenta que hay muchas personas que en su vida laboral están saliendo y entrando al mercado de trabajo y en muchos de esos períodos no han cotizado. Muchas veces tienen cotizaciones en una cierta cantidad de años, pero no lo suficiente como se las exige la Ley para acceder a la pensión.

Y aquí hay una pregunta que deberíamos hacernos: realmente es adecuado ese límite para una pensión mínima exigiendo una cantidad de años, a veces tan elevada para personas que carecen de empleos estables o permanentes no sería más justo y quizás mas conveniente que estableciéramos una pensión gradual como, por ejemplo: con cinco años de cotizaciones garantizar un cierto nivel de beneficios, con diez años otro nivel y así sucesivamente. Quizás de esta manera, a este informal que hemos dejado tan de lado en la protección, se le podría incorporar a lo menos en este punto para protegerlo.

El segundo pilar en Chile constituye las pensiones de Asociaciones de Fondos Privados (AFP) y las cajas de previsión de las Fuerzas Armadas y Carabineros, las que se encuentran fuera del sistema general. En Honduras el pilar dos esta formado por el Instituto Nacional de Jubilaciones para Empleados Públicos (INJUPEMP), Instituto Nacional de Previsión Magisterial (INPREMA) y el Instituto de Previsión Militar (IPM). Este pilar es el constituido por los trabajadores que están en AFP y los que permanecen aún en el antiguo sistema y cabe también preguntarse respecto de ellos si no sería factible establecer el principio de la gradualidad.

El pilar tres, que ha surgido recientemente en Chile, se vincula con el ahorro **previsional voluntario**, vale decir, estamos pasando del pilar uno que tiene la base del sistema, al dos que tiene cuotas individuales y al tres que está complementado con las cotizaciones voluntarias. En Chile APV tiene a la fecha diez años de vigencia, logrando en los dos primeros años, gran respuesta por parte de los trabajadores, lo cual demuestra que las personas han entendido que ellas también deben cooperar voluntariamente en la medida en que se pueda para tener mejores pensiones; en consecuencia el sistema no se conforma sólo con los pilares básicos (el dos y el uno) sino que también ellos por su cuenta colocan aportes voluntarios y eso les

permitirá enfrentar el día de mañana su vejez en mejor forma. En estos últimos años este pilar no ha crecido suficientemente y en Honduras no existe.

Este sistema de Multipilares tiene una virtud; la de focalizar de mejor manera el esfuerzo que vamos a hacer, sobre todo el gasto público, porque creo que el pilar tres está para el trabajador y el pilar dos esta en manos del trabajador y del empleador con sus cotizaciones. Entonces, ¿Cuál tenemos que reforzar? El pilar uno, que en nuestro país esta en manos del trabajador, del patrono y del Estado.

Además porque en el pilar uno está el sector informal, están los desocupados y están las personas que tienen trabajo temporal, a esos sectores hay que darle prioridad.

En consecuencia, en la medida en que mantengamos unidad de criterios, somos partidarios de los Multipilares para poder focalizar y orientar mejor el gasto público.

Por último debemos recordar que en algunos países se ha pretendido por parte del Estado echar mano de los fondos de previsión como es el caso de México, que actualmente tiene una crisis de financiamiento de las pensiones por ese motivo, tanto en el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), como en el Instituto de Seguridad Social de Trabajadores del Estado (ISSTE).

Financiamiento

En materia de financiamiento, existen sistemas contributivos y no contributivos. En los últimos tiempos se le ha dado prioridad al contributivo y quizás haya llegado el instante de pensar también que los no contributivos deben tomar una mayor preponderancia, porque hay personas a las cuales no podemos exigirles que hagan mayores aportes y por no hacerlos, quedan marginados de todo el sistema; me parece que a dichas personas hay que proporcionarles una cierta ayuda básica, para la cual existen diversas vías, como son los subsidios y los impuestos, pues cuando los subsidios otorgados a gente de pocos recursos o informales, son suficientes, creo que puedan constituir una potente palanca de desarrollo.

Prestaciones

Las prestaciones tradicionales se reflejan en lo que hasta ahora conocemos como el convenio 152 de la OIT, el que señala al efecto lo siguiente:

Beneficios establecidos por el convenio No. 152
(norma mínima)

- 1) Atención médica
- 2) Prestación de enfermedad
- 3) Prestación por maternidad
- 4) Prestación por accidente del trabajo
- 5) Prestación de vejez
- 6) Prestación de invalidez
- 7) Prestación de sobrevivencia
- 8) Prestación de desempleo
- 9) Prestaciones familiares

Dicho esquema obedece a lo que podríamos denominar un “esquema clásico”, pero quizás nuestras legislaciones nacionales deberían adecuarse a las nuevas realidades que estamos viviendo y adicionarle a ese inventario, a ese catálogo otras prestaciones diversas, a un sector o un segmento que no está trabajando de modo formal. A esa gente habría que ayudarle de otra

forma, porque lo que está aquí se encuentra vinculado a un contrato de trabajo y honestamente, esto quedó sobrepasado en el tiempo.

Gobernabilidad

Estimo que en esta materia hay que respetar lo que cada país estime como conveniente para su futuro, porque cada país tiene su idiosincrasia, sus problemas, conoce su potencial desarrollo y sabe exactamente hacia donde puede ir y como dirigirse hacia dicho objetivo; no existen en este punto recetas universales ni panaceas aplicables *“urbi et orbi”*. Proclamar dicha premisa implica caer en facilismos extremos, que desconocen las realidades tan diversas propias de cada nación.

Para ilustrar este punto, me permitiría señalar por ejemplo el caso mexicano, que es un país con más de cien millones de personas, muy rico con un gran potencial; Chile en cambio, es un país de quince millones de personas, con una fuerza de trabajo de sólo seis millones y es un país que cuenta con bastantes menos recursos, al que le ha costado mucho surgir, lo mismo que Costa Rica. No obstante ello, creo que han llegado a un consenso respecto a lo que tienen que hacer en la parte social, lo que nos ha permitido orientarse adecuadamente. Pero igualmente creo que dicha experiencia que es considerada en muchos ámbitos como exitosa no resulta en modo alguno extrapólese en su integridad a México, como a ningún otro país, porque todos tienen sus realidades propias. Honduras por ejemplo tiene una Seguridad Social que no ha crecido lo suficiente en 50 años debido a que las aportaciones no se movieron hasta el año 2001 y las cotizaciones para el año 2008 están apenas bajo un techo de 4800 Lempiras.

Lo que si parece muy importante, es que un país que se sienta a discutir esta materia, trace una línea respecto a la dirección hacia la cual quiere caminar y lo haga con firmeza y mucha voluntad, pero para eso requiere de mucho compromiso de los trabajadores, indiscutiblemente si la ciudadanía no comparte esta decisión ni esta con ella, es muy difícil avanzar ya que de por medio está el tema de la credibilidad, que es muy relevante para obtener resultados eficaces y eficientes en esta materia.

Pienso también que una vez que el país adopta una decisión debe proceder a institucionalizarla, a protegerla; no voy a dar aquí casos específicos sería odioso, pero hemos conocido algunos países en los cuales los fondos de pensiones se han licuado por decisiones de los gobiernos y yo creo que eso es inaceptable. Me parece que los recursos de los trabajadores y que pertenecen al sistema de seguridad social son absolutamente intocables. Deben adoptarse al efecto los mayores resguardos en los más altos niveles para evitar siquiera que pueda existir la tentación que un Gobierno eche mano a esos fondos; porque ese dinero le pertenece a las personas que trabajaron y que aportaron con su trabajo durante 40 años y lo requieren para los próximos 25 o 30 años que tienen que vivir, no se les puede expropiar por parte de un Gobierno, ya que ello constituye un atentado en contra de uno de los derechos más fundamentales de los trabajadores: el tener una vida digna, cualquiera sea su edad o condición.

Gestión

Por más de cincuenta años, los sistemas de seguridad social solamente conocieron la gestión pública; únicamente en los últimos 20 años se ha abierto paso la idea de admitir la administración privada y en especial, aquella que persigue fines de lucro.

En lo personal no critico al sector público, pero también encuentro inaceptable que se diga que el sector privado no pueda gestionar el sistema; creemos que ambos son capaces de hacerlo bien y lo importante es eso: que se haga bien, que seamos eficientes, eficaces y que hagamos las cosas con oportunidad, para que al trabajador llegue a tiempo su beneficio. Creo que hoy día tenemos la suficiente tecnología y técnica en materia de administración como para hacerlo cada vez mejor, ya sea en lo público como en lo privado.

Valga recordar que en Chile, particularmente existe un sistema que es paralelo, ya que tiene sistemas públicos y privados en materia de salud, pensiones, prestaciones familiares y accidentes de trabajos; pero debe notarse que además, que con el seguro del desempleo, se ha iniciado un camino propio, ya que dicho seguro es administrado por una entidad privada (Sociedad Anónima) que se le adjudicó en una licitación pública nacional e internacional y que debió firmar un contrato con el Estado por el plazo de diez años).

Nos encontramos pues frente a un híbrido y como consecuencia hemos entrado a un camino diverso, lo que se gráfica al abordar el tema de la cotización, porque ésta ya no se financia sólo con el aporte del trabajador y del empleador, sino que también el Estado contribuye con un “fondo solidario” por primera vez en veinte años, en Chile se ha introducido el tópico de la solidaridad en el sistema de las cotizaciones, y ésta hoy día está plenamente vigente en el país.

Cobertura

La cobertura es fenómeno que en América Latina afecta a todos los países. Mientras en Chile es de 60% hay países que tienen apenas 14% y yo creo que ni Chile ni el país que está en el 14% están conformes porque nuestra misión, nuestro objetivo es llegar, ojalá al 100%. Probablemente es una utopía, pero la idea es llegar a ello o lo más cerca posible de dicha meta. En Centroamérica únicamente Costa Rica tiene una cobertura del 75% y Honduras apenas tiene una cobertura del 25% de la población económicamente activa.

Sabemos que es difícil porque tenemos aquí una responsabilidad social que no es sólo una función del Estado, ni sólo de los empleadores como tampoco es exclusiva de los trabajadores, sino que es de todos, los que deben tomar conciencia de que el sistema debe financiarse y que no hay ningún sistema de seguridad social que pueda funcionar bien y desarrollarse si no tiene un adecuado financiamiento, siendo su mejor controlador el propio trabajador.

Pero aquí estamos enfrentados a un tema bastante complejo: ¿Cómo acercar la seguridad social al trabajador común y corriente? ¿Cómo hacer que la sienta cerca y palpe que es algo importante para él?

Al aparecer, en relación a temas vinculados con la salud o las prestaciones familiares, ello es más fácil por tratarse de contingencias de diaria ocurrencia, por lo que el mayor desafío se produce en relación a las prestaciones a largo plazo como es en el caso de las pensiones; en efecto si se le plantea el tema a un trabajador de 18 y 20 años y se proyecta el tema de su futura jubilación éste la percibe muy lejos, para 30 y 40 años más y manifiesta que no le interesa, ya que es algo de divisa muy difusamente; entonces el gran desafío reside en poder interesar en ello a las personas jóvenes.

No es el caso aquí de dar ninguna receta, pero valga señalar que en caso chileno por ejemplo esta situación se ha enfrentado de maneras muy diversas. Así por ejemplo, se han desarrollado grandes campañas educativas en la televisión, se envían información a los trabajadores hasta su domicilio cada cuatro meses, se acude a los sindicatos a explicarles que son las pensiones y esta trabajando con las escuelas para señalar a los profesores de historia y educación cívica que significa esto para que ellos a su vez transfieran la información a sus alumnos, lo que permite acentuar el aspecto de la credibilidad. Cada país debe buscar su fórmula pero lo importante es acercar todas estas materias a las personas y **socializarlas** con todos los grupos.

En lo que respecta al trabajador formal sobre todo aquel que se desempeña en la gran empresa este habitualmente, se encuentra mayor protegido bajo este aspecto ya que esta estructurado que se debe cotizar, se retiene esa cotización y se le reintegra; en cambio el trabajador informal es gran problema ya que esa persona que entra y sale del sistema y que muchas veces trabaja fuera es el que se encuentra mas desprotegido de este ámbito. El trabajador por cuenta propia es un caso difícil de enfrentar en forma adecuada porque en muchos países el trabajo independiente o autónomo no esta obligado a cotizar sino que lo hace en forma voluntaria y la experiencia demuestra que ese trabajador habitualmente no cotiza y se queda al margen; la experiencia también demuestra que muchos de esos trabajadores que no cotizan una vez llegados a la vejez o enfrentados a un problema de salud social, quedan inermes y no tienen quien los proteja. Pero ello es una mera apariencia, ya que al final, los acoge el Estado y el Estado se financia con el aporte de todos sus ciudadanos.

Entonces la pregunta es: ¿Por qué obligamos al trabajador formal a cotizar, al que tiene contrato, y no al trabajador independiente? ¿Tiene una mayor garantía el trabajador independiente? ¿Se encuentra exento de cotizar aunque se haga acreedor a una cierta base de protección? En Chile se está discutiendo el tema y no hay todavía una unidad de criterio pero pareciera que se esta imponiendo la opción de llevar a cotizar a los independientes; creemos que no es una mala formula, ya que creo que estaría dando cumplimiento a una responsabilidad social que todos tenemos dependientes o independientes. En nuestro país el sector no formal es de un millón de personas y apenas estamos haciendo el esfuerzo de incorporar este año a los que trabajan en los mercados o se dedican a la venta ambulante y ya se han incluido a las trabajadoras domésticas en forma voluntaria.

Efectuada esta brevísimas reseña, creo que podemos intentar hacer un diagnóstico. La mejor protección que tenemos hoy día en materia de seguridad social es y sigue siendo un contrato de trabajo; ello es indiscutible pero lo es también la circunstancia de que tenemos una gran cantidad de trabajadores desempleados, inactivos que transitan en diversos empleos se puede apreciar con claridad un hecho que nosotros desconocíamos hasta hace muy poco tiempo y es que la mayor cantidad de contratos de trabajo formalizados en Honduras en los últimos ocho años son contratos de corto plazo, dos, tres y hasta de cinco meses renovables y se están conviniendo muy pocos contratos indefinidos y esto nos esta demostrando muy claramente que estamos en una secuencia de alta rotación en contratos de trabajo.

La pregunta es: ¿Qué consecuencia puede conllevar esto para el sistema de seguridad social? Y la respuesta es que pueden ser muchas, porque ese trabajador que tiene menos contratos o que no tiene un contrato al mes siguiente va a caer en la informalidad y va a estar desocupado o cesante o va a carecer de la necesaria continuidad como para acceder a las diversas prestaciones del sistema, ya sean estas de corto o largo plazo. En consecuencia se prendió una luz de alarma muy fuerte, para hacer claridad en cuanto existe un alto segmento de la población que esta trabajando hoy día sin contrato y que esta cayendo frecuentemente en la informalidad. Además la tasa de permanencia de los empleos y de trabajo está cayendo radicalmente. Y ello ocasiona, necesariamente, una reflexión en relación al derecho laboral, que me parece que pocas veces se ha analizado con la suficiente profundidad; me refiero al costo del despido, en Chile tenemos un sistema en el cual el trabajador no puede ser despedido al menos que se le pague un mes por año con un tope de 11 meses; eso me parece puede constituir un alto desincentivo para el contrato de trabajo formal porque para muchos empleadores su primer pensamiento al instante de decidir la contratación de un trabajador puede ser ¿Cuánto costará desvincular a este trabajador en el día de mañana si me veo en la necesidad de despedirlo?

En este particular se sostiene que sería bastante preferible bajar ésta tasa, a cero del mes por año, hacerlo inferior y tener, a cambio un buen seguro desempleo. Porque lo que ocurre con nuestra experiencia es que, por un lado, el empleador prefiere despedir al trabajador ante que este acumule una cantidad de año que se haga muy gravosa y por otra parte el único anhelo del trabajador es de llegar a los 11 años y hacer que lo despiden, porque de ese modo tendrá derecho a que le paguen por dicho periodo de tiempo.

Se da así un efecto perverso. En efecto un buen trabajador que renuncia después de un tiempo a su trabajo, no tiene ningún mérito ni se lleva cantidad de dinero alguna, pero en cambio aquel que es un mal trabajador, si se le quiere despedir si hay que pagarle y si no va ha estar esperando que lo despidan una vez que cumpla los 11 años. Es decir, hay toda una temática en torno al mes por año que es nefasta y mas conveniente sería contar con buen seguro de desempleo y no tener este elevado costo en materia de despido.

También debemos enfrentar el tema de la inestabilidad de la participación de la mujer, en el mercado laboral, luego vuelven a ingresar en el sistema laboral que luego tienen familia y salen del mercado laboral y luego vuelven a ingresar; en consecuencia, no tienen una secuencia estable en el transcurso del tiempo. Además es sabido que en el mercado femenino de trabajo, en general no tiene la misma participación en las remuneraciones que el mercado de los varones ya que perciben una menor reenumeración, lo que ocasiona que en materia de pensiones, por ejemplo, habitualmente jubilan con antelación y en experiencia demuestran que viven más que los hombres, por tanto la pregunta que cabe es: ¿Cuál es el negocio de la mujer que trabaja? Por qué ella gana menos, cotiza menos y vive más tiempo. En consecuencia, al abordar el tema del trabajo de la mujer y su proyección futura es algo acuciante y constituye un aspecto no menor para un sistema de seguridad moderno.

La rotación de los empleos a que se hacía alusión, conlleva un aumento de la velocidad en la formalización de los contratos de trabajo y por consiguiente su impacto en la tasa de desempleo también se hace sentir; en efecto, la duración que este tiene va siendo creciente, ya que ha aumentado la cantidad de tiempo que la persona pasa desocupada. Y la tasa de desempleo también está siendo alta. Eso no constituye un buen índice, tanto más cuanto que, en algunos países, dicha tasa no quiere descender, pese al buen comportamiento general de la economía; ello es un fenómeno curioso y que debiera mover también a reflexión. En efecto algunas economías están creciendo a tasas del 5% ó un 6%, pero ello no se refleja a su vez en un crecimiento del empleo, sino todo lo contrario; se argumenta al efecto que están creciendo los no transarles por los transadles y cosas parecidas, pero en la práctica lo cierto es que la economía crece pero el empleo no, algo esta ocurriendo.

Y por otro lado, si el mercado de trabajo está perdiendo eficiencia, buscamos contrarrestarlo con el aumento de salario mínimo pero no se puede hacer mucho tampoco por esta línea de trabajo, porque si se alza demasiado, afectará de seguro también al empleo, lo que viene a constituir un valor agregado al tema de los costos de los despidos que recién comentamos.

Comentarios finales

Existen instrumentos de seguridad social que puede mitigar el tema de la pérdida repentina de los ingresos por parte de los trabajadores; es el caso del pilar número uno ya que ahí existen grandes posibilidades de accionar frente ha éste tema, en efecto debe acentuarse la protección social de los trabajadores no formales y de eso no cabe ninguna duda, por que el trabajador formal ya está bien protegido.

De otra parte, también parece que hay que estudiar el tema de las barreras a la formalización en el empleo y eso también afecta indiscutiblemente la cobertura de la seguridad social para aquellos trabajadores que no tienen contrato. Siguiendo la doctrina tradicional, es bastante riguroso el tema de ingresos al mercado laboral vía contrato de trabajo hay bastantes formalidades que cumplir y hay fuertes sanciones para los empleadores, pero no hay una motivación central para que dichas vinculaciones se formalicen en vez de permanecer no formales.

Del mismo modo pareciera que el gasto social, creo que se puede focalizar de mejor manera, y los programas que pueden materializar los gobiernos pueden tener una significativa importancia sobre la distribución de ingresos. Se comenta mucho hoy en día que estamos enfrentados al más grave problema: la creciente falta de equidad respecto a la iniquidad de ingresos, la que está aumentando progresivamente; esto implica afirmar que estamos centralizando, focalizando y que estamos en un sector pequeño de altos ingresos.

El primer pilar, como ya lo señalamos, hay que modificarlo para poder enfrentar a los trabajadores que no estaban cubiertos por el segundo pilar y de este modo proporcional a una ayuda adicional a los más desposeídos, ¿Qué caminos podemos seguir? Parece que hay que incentivar fuertemente el tema de las cotizaciones y para eso el mejor convencido debe ser el trabajador, él tiene que velar por ese aspecto; además se puede conseguir una mejor eficiencia y eficacia en el diseño del segundo pilar, por estar más vinculado directamente al mercado de trabajo y también dichas mejoras deben alcanzar a los denominados seguros obligatorios.

En efecto como comentábamos anteriormente podemos plantear el tema de la gradualidad de la pensión mínima y esa misma premisa se puede aplicar a otras prestaciones que tiene el sistema de seguridad social, porque no podemos pretender que todas las personas estén protegidas de la misma forma, pero es mil veces preferible un trabajador que tenga bajos ingresos o no formal, que estén protegidos también al menos con piso mínimo y no como hoy día, que están en la indigencia más absoluta o no tienen como ni donde sostenerse también podemos fomentar los regímenes contributivos de los trabajadores no formales desde el punto de vista de los subsidios pareciera que también se puede fomentar en alguna parte el sistema impositivo para los grupos más indefensos, aquellos que no tienen una solución clara. Aquí es donde aparece la asistencia social que abarca a los más pobres.

Y hay dos acelerantes para lograr estos objetivos; un desarrollo económico en alza y un fomento del empleo formal; allí les corresponde a los respectivos gobiernos y los parlamentos ser pro-activos en esta materia y poner el acento donde corresponde. Es inadmisibles que en países como Honduras exista un proyecto de Ley en el Congreso hace cuatro años, que pretende regular el trabajo temporal y que según las estadísticas disponibles tengamos más de 50 mil trabajadores que están en esa posición esto es, una zona gris que nadie desea controlar en demasía pero cuyos trabajadores se encuentran sin ninguna protección. Parece que la política de avestruz de esconder la cabeza, no es una buena fórmula para que el país proporcione una adecuada solución a un problema generado por las especiales características que hoy en día tienen los mercados de trabajo, sobre todo no se divisa un cambio a dichas condiciones en un futuro próximo cercano. Pues se siguen engavetando proyectos de ley que favorecen a los trabajadores.

Desafíos

En consecuencia el desafío que pretendemos señalar se vincula con un nuevo contrato social que conjugue lo permanente y se adecue a la evolución natural del mundo buscando a equilibrar dos constantes: la adaptación al cambio y la seguridad de lo posible. No podemos

cegarnos a la realidad de que estamos enfrentados a un fenómeno económico distinto, por lo que estamos obligados a velar porque nuestros conciudadanos tenga la mayor seguridad posible que sea factible a otorgarle; no podemos dejarlos o entregarlos hoy día a un mundo inseguro, porque eso constituye indiscutiblemente, un gravísimo atentado en contra de la paz social.

Al ingresar al edificio Administrativo del Barrio Abajo, observamos en el lobby en letras de bronce una frase que dice “no puede haber una paz social sin justicia social, y una justicia social no puede existir sin seguridad social” frase magnífica cuyo alcance se complementa con el pensamiento que el Papa Juan Pablo II expresó en Honduras en su viaje de 1981 al decir: **“los pobres no pueden esperar...”**

Creo además que si permanecemos en la inacción, como estamos hoy día estaríamos condenando al fracaso a este sistema, en el cual todos creen; los hombres y mujeres cultores de la seguridad social no están para el fracaso, están por el futuro y nuestro instituto en particular se ha destacado y espero que lo siga haciendo por su afán y perseverancia para estudiar las soluciones que se puedan generar. Me parece un hermoso desafío para acometer en este, cincuenta aniversario de la Seguridad Social Hondureña fundada en 1959, no puedo menos que desearle el mayor y mejor de los éxitos en tan hermosa y fundamental misión.

Es por consiguiente necesario concluir que nuestros dos principales regimenes como ser Enfermedad y Maternidad (EM) e Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) deben ser sacados de la crisis en que actualmente se encuentran, sobre todo el primero que tiene un déficit mayor de 300 millones de Lempiras y si a IVM no se le suben las cotizaciones también podría estar en riesgo de quebrar. La honorable Junta Directiva compuesta de hombres ecuanímenes tiene la última palabra.

Como podrá observar el lector hemos destacado los puntos torales sobre los que descansa la Seguridad Social Hondureña como ser los derechos a la salud, al trabajo, educación y Seguridad Social.

Cuadro de principios en los que funda nuestra Seguridad Social.

Principio de la Integridad

Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y, en general, de las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias la integralidad esta garantizada por el plan obligatorio de salud o plan médico básico donde se eliminan las preexistencias y exclusiones propias del régimen privado. Esta integridad esta garantizada por los servicios de salud pública, los cuales están a cargo del Ministerio de Salud y de las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud.

Principio de Solidaridad

Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y pobres, estratos ricos y pobres, las comunidades, bajo el principio de que el más fuerte apoya al más débil.

Dentro del régimen contributivo, recauda el 12% pero sólo puede gastar el valor autorizado de las unidades de pago por capitación, que es donde radica una de las grandes diferencias con el modelo chileno de seguridad social.

Para el régimen subsidiado todos los cotizantes aportan un punto para aquellas personas identificadas como de mayor vulnerabilidad, pobreza y miseria, comunidades indígenas, negritudes, enfermos de Hansen, etc.

Principio de Universalidad

“Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida”. El sistema está diseñado de tal forma que favorece la afiliación familiar, establece la obligatoriedad de la afiliación y por las exigencias de las entidades directivas del sistema.

Principio de Unidad

Se define como la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad. Se ha reglamentado un sólo plan de beneficios como es el POS, las mismas prestaciones económicas operan para todos los afiliados. En cuanto a la diversidad de entidades del subsector privado, públicos y mixto se ha venido trabajando para reglamentar un solo esquema y eliminar las más de 900 entidades que existen al respecto.

Principio de Libre Escogencia

El actual modelo permite que las diversas entidades ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y la libre escogencia de entidades promotoras de salud y de institución prestadora de servicios de salud, cuando sea posible según las condiciones de oferta.

Principio de Eficiencia

Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente. Se orienta a racionalizar los limitados al asignar una UPC busca moderar los excesivos costos del sector privado.

Principio de Calidad

Se establecieron mecanismos, de control a los servicios para garantizar la calidad de la atención oportuna personalizada, humanizada, integral y continua de acuerdo con estándares aceptados en la práctica profesional. Esta se ha visto motivada por la competencia entre EPS e IPS, reglamentaciones sobre auditoría médica y movimientos de usuarios.

Principio de Descentralización Administrativa.

La organización del Sistema de Seguridad Social será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Se ordena que las instituciones públicas del orden nacional que sean partícipes del sistema adoptarán una estructura de organizaciones de gestión y decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezcan su operación descentralizada.

Principio de Autonomía de las Instituciones

Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán a partir del tamaño y complejidad que reglamente el gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

Principio de Participación Social

Se estimula la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se reconoce la participación de los comités de participación comunitaria en las juntas directivas.

Se establecen las veedurías ciudadanas y las alianzas de usuarios.
De forma particular se autorizaron las Empresas Solidarias de Salud como forma de gestión cooperativa de la salud.

Norma mínima de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Debido a que pocos países tenían las mismas prestaciones y en la mayoría de los casos se conformaban con dos o tres, se decidió uniformar las mismas siempre tomando en cuenta la capacidad económica de las diversas naciones.

En 1952, la Conferencia Internacional del Trabajo (OIT) adoptó el Convenio sobre la Seguridad Social (norma mínima), número 102. A diferencia de convenios anteriores, que se referían a una rama en particular y a determinados sectores, el número 102 englobó los convenios anteriores a 1949 y estableció las normas mínimas en materia de seguridad social.

El convenio 102 de la OIT ha sido ratificado por 39 países, de los cuales seis son de América Latina: Bolivia, Costa Rica, Ecuador, México, Perú y Venezuela. Para México, que se adhirió en 1961, entró en vigor hasta 1962. Cabe señalar que ni el Canadá ni los Estados Unidos son parte de este instrumento internacional. Honduras aún no lo firma a pesar de que casi cumple la norma.

Las nueve normas clásicas de la seguridad social del convenio se describen a continuación de manera resumida:

1. Asistencia médica (preventiva o curativa)

Incluye todo estado mórbido, embarazo, parto y sus consecuencias:

? Estado mórbido: asistencia médica general, asistencia por especialistas, prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no hospitalizadas y la prestada fuera de los hospitales; suministro de productos farmacéuticos; hospitalización en caso necesario.

? Embarazo, parto y sus consecuencias: asistencia prenatal, durante el parto y puerperal; hospitalización en caso necesario.

2. Prestaciones monetarias de enfermedad

? Cubrirá incapacidad para trabajar cuando la contingencia entrañe la suspensión de ganancias, según la legislación nacional.

? Para asalariados o población económicamente activa, la prestación consistirá en un pago periódico, calculado según las disposiciones del propio convenio.

3. Prestaciones de desempleo

? A categorías prescriptas de asalariados.

? A todos los residentes cuyos recursos durante la contingencia no excedan los límites prescriptos.

? Las prestaciones consistirán en pagos periódicos, conforme a las disposiciones de los artículos pertinentes del convenio.

4. Prestaciones de vejez

? Edad prescripta: no excederá de 65 años, excepto en casos especiales.

? Pagos periódicos conforme a los artículos pertinentes de convenio.

5. Prestaciones en caso de accidente de trabajo o de enfermedad profesional.

? Cubrirán estado mórbido; incapacidad para trabajar que entrañe suspensión de ganancias; pérdida total o parcial (permanente); pérdida de medios de existencia sufrida por viuda a los hijos por muerte del sostén de familia.

6. Prestaciones familiares

- ? Para hijos a cargo de la persona protegida. Pago periódico a la persona protegida o suministro a los hijos de alimento, vestido, vivienda y disfrute de vacaciones o de asistencia doméstica.

7. Prestaciones de maternidad

- ? Cubrirá embarazo, parto y sus consecuencias y la suspensión de ganancias resultantes de los mismos, según la legislación nacional.
- ? Cubrirá a mujeres de la población económicamente activa y a los cónyuges de esa población.

8. Prestaciones de invalidez

- ? Cubrirá la ineptitud para ejercer una actividad profesional, cuando la contingencia sea permanente o cuando subsista después de cesar las prestaciones monetarias de enfermedad.
- ? Consistirá en pagos periódicos durante la contingencia o hasta que sean sustituidos por prestaciones de vejez.

9. Prestaciones de sobrevivientes

- ? Comprenderá la pérdida de medios de existencia sufrida por la viuda o los hijos por muerte del sostén de familia.
- ? Consistirá en un pago periódico, calculado según las disposiciones pertinentes del propio convenio.

Este Convenio no se aplica a la gente de mar ni a los pescadores de alta mar, que quedan protegidos por los convenios de 1946.

Como se podrá observar, la información proporcionada en este estudio se deriva únicamente de las legislaciones de los países analizados en materia de seguridad social. Aún cuando la evidencia muestra que casi todos han legislado sobre algún aspecto o algunos aspectos de la seguridad social, quizás no todos apliquen al pie de la letra sus disposiciones.

Un experto de la OIT señala que “en general, los países latinoamericanos enfrentan dificultades de orden material para su aplicación, tales como la insuficiencia de informaciones estadísticas acuciosas, lo que impide establecer un diagnóstico veraz de los sistemas de seguridad social”. Esta aseveración es también válida para los países caribeños.

Como en alguna ocasión lo indicó el gerente del Proyecto de Reforma de Salud de Bolivia, el problema que impide ampliar la cobertura es el financiero, ya que la demanda de trabajo en el sector formal no ha crecido lo suficiente a diferencia del sector informal, en el que el crecimiento se ha registrado hasta cuatro veces más. Esto indica que las fuentes de financiamiento para la seguridad social hasta ahora utilizadas (estatales, patronales y laborales) son ya insuficientes y es necesario buscar otras fuentes de financiamiento.

Sin embargo, a pesar de que, como se indicó anteriormente, pocos países del continente son parte de este Convenio, muchos han tratado de brindar a sectores de su población la protección señalada en esta norma mínima.

En cuanto a la pensión por vejez, todos los países, con variantes, otorgan pagos periódicos. Por lo que se refiere a la pensión por invalidez, también la cubren todos los países, con mayor exigencia en cuanto a las condiciones de adquisición de derechos. Respecto de la pensión por muerte, con grandes diferencias en cuanto a la edad para recibirla como al porcentaje de los ingresos del difunto que se otorga a los beneficiarios, igualmente la cubren los 38 países.

En la rama de enfermedad y maternidad, en la primera, con excepción de Jamaica, todos los demás países cubren durante diferentes periodos de tiempo esta prestación. En la segunda, todos los países cubren la prestación aunque hay mucha diferencia en la duración de la misma.

Por lo que respecta a las prestaciones por accidentes de trabajo, sólo dos de los países analizados no lo cubren.

Por concepto de desempleo, únicamente trece países contemplan la prestación en sus legislaciones, lo cual no sucede en Honduras. Y finalmente, solo quince países proporcionan asignaciones familiares entre los cuales se encuentra el nuestro.

Reflexión Final

Del estudio emprendido, se ha podido constatar que existe un amplio marco jurídico en el continente americano en materia de seguridad social. Por lo que respecta a las pensiones por vejez, invalidez y muerte, los 38 países que lo integran han legislado sobre cada una de estas ramas. En el rubro de prestaciones, el de enfermedad y maternidad esta igualmente cubierto por los treinta y ocho países y el de accidentes de trabajo, por casi todos los países, con excepción de Anguila y Antigua y Barbuda, que no otorgan esta prestación. No es así en las ramas de desempleo y asignaciones familiares: en la primera, sólo trece países tienen disposiciones al respecto y en la segunda, quince países.

A diferencia de la primera mitad del siglo XX, en que la preocupación por proporcionar protección a los asalariados se centraba en la rama de accidentes de trabajo, en la segunda mitad del siglo y sobre todo en los tres últimos decenios, el mayor enfoque ha sido en el rubro de las pensiones de vejez, invalidez y muerte y en el de las prestaciones de enfermedad y maternidad, pasando a tercer lugar el de accidentes de trabajo. Menos afortunados han sido los rubros de desempleo y de asignaciones familiares.

Salvo esos dos últimos rubros, que como ya se ha manifestado, muy pocos países los cubren, existe un marco jurídico nacional en todos los países de la región americana respecto de los otros tres rubros: invalidez, vejez y muerte (IVM), enfermedad y maternidad (EM) y accidentes de trabajo.

En lo que atañe a IVM, que es el rubro de mayor atención y preocupación, no hay mucha diferencia en las edades fijadas para obtener la jubilación (unos diez años). En cambio, el monto otorgado según la normatividad, basándose en cierto porcentaje de los ingresos, si registra gran diferencia.

En América Central, por ejemplo, en el régimen de Seguro Social, el porcentaje más alto duplica al más bajo, 60 y 30%, respectivamente.

De la subregión caribeña, en los países pequeños de muy bajo índice demográfico y precaria situación económica, pues viven en su mayoría del turismo y la agricultura, la medida es alrededor del 30%; los extremos son el 15 y 40%. En Cuba y República Dominicana, con 45% y 60% respectivamente.

Norma mínima de Honduras

El IHSS proporciona las siguientes prestaciones:

1. Enfermedad y Maternidad (E M)

? Creemos que enfermedad debería llamarse prestación de salud ya que cubre todas las contingencias; salud preventiva, salud curativa, salud de rehabilitación. La maternidad cubre a la compañera del trabajador y además también cubre a los hijos menores de once años.

2. Invalidez, Vejez y Muerte (I V M)

? En caso de invalidez calificada, el asegurado tendrá derecho a una pensión.

3. Riesgos Profesionales.

? Fue aprobada en el año 2000 y el reglamento se completo hasta el año 2004 comenzó a funcionar realmente hasta el año del 2007.

4. Supervivencia, Viudez y Orfandad:

? En caso de muerte del asegurado inválido, el Instituto estará facultado para conceder como auxilio a los familiares el total o parte de la pensión, según lo previsto en los reglamentos.

? En caso de muerte del pensionado por Invalidez o Vejez el Instituto otorgará pensiones de viudez y orfandad siempre que el deceso no se deba a un riesgo profesional.

? Viudez y Orfandad.

? En caso de muerte del asegurado el Instituto otorgará pensiones de viudez, orfandad y ascendencia, siempre que el deceso no se deba a un riesgo profesional.

5. Incapacidad Parcial y Total.

? En casos de accidentes de trabajo o enfermedad profesional el Instituto concederá incapacidades permanente, total o parcial de acuerdo al reglamento respectivo. Como puede observarse nuestro IHSS cumple con la mayor parte de las normas mínimas aunque algunas de ellas no son del conocimiento público.

Seguros sociales en América

La creación de sistemas de seguros sociales en América (excluyendo a Estados Unidos y Canadá) e incluso en países como España e Italia, originó consecuencias no previstas. Sucedió pues, con excepción de Chile, que en 1924 aprobó una legislación de seguro obligatorio de enfermedad, invalidez, vejez y muerte para los trabajadores, que la seguridad social en otros países actuó como una fuerza que dividía la sociedad en asegurados y no asegurados en vez de unificar la sociedad. Por ejemplo en España y en ciertas partes de Brasil, México, Venezuela, Argentina, Perú, etc, se construyeron hospitales únicamente para los asegurados, porque se consideraba que los niveles de los hospitales públicos y los de caridad presentaban muy baja calidad o sea en lugar de asumirlos y mejorarlos. Como sucedió en Inglaterra, se crearon diferencias entre los servicios para los pobres y los asegurados. Los servicios de la seguridad social en esos países sólo amparaban a un sector, incluso minoritario de la población y sus ingresos eran dedicados a la atención de los enfermos asegurados, sin participar en acciones preventivas, ni siquiera con estos grupos de población, con lo cual mantenían una acción inminentemente pasiva. Canadá inició el desarrollo de su sistema nacional de salud a partir de 1947, combinación de programas provinciales y nacionales con seguros obligatorios de enfermedad para todos y que incluía el internamiento en hospitales. De esa fecha a 1961, se incorporaron todas las provincias a dicho plan, especialmente condicionados con la promesa hecha por el Gobierno Federal de aportar el 50% de los gastos, suma que a través del tiempo ha venido disminuyendo y aumentando en las provincias.

En Ibero América, Chile fue el primer país (1924) en implantar un sistema de seguro social conocido como “seguro obrero, obligatorio” y que luego se convirtió en un “Sistema de Seguro Social” que por años creció y se desarrolló en ese país, fracasando por diversas razones propias del medio y por defectos del sistema; finalmente, por la revolución que derrocó el Régimen Socialista del ex presidente Salvador Allende. Cuando Chile creó su servicio nacional de salud, en 1952, el Gobierno asumió los hospitales de caridad (beneficencia) y los integró en un servicio hospitalario nacional único. Para los servicios ambulatorios utilizó todas las clínicas existentes, tanto del Gobierno, como de los seguros sociales. Al principio de 1970, el Sistema de Seguridad Social chileno se encontraba entre los primeros de América, comprendía todos los riesgos sociales y cubría a más del 70% de la población con niveles de salud excelentes. Sin embargo, se

desarrolló muy irregularmente pues existían varios tipos de pensiones y atención dentro del Sistema. Existían diversas instituciones y programas como, por ejemplo, 31 pensiones de vejez, 30 pensiones de antigüedad, otras tantas de invalidez, 55 de asistencia social, 35 de enfermedad-maternidad, etc; a esto se sumaba, lo generoso que solían ser esas pensiones, el envejecimiento de su población, las bajas edades para pensionarse, etc.; todo eso provocó un aumento de costos que en 1971 llegó a ser el 17% del PIB. Varios proyectos de reforma del sistema no pudieron ser implantados. Un estudio muy interesante realizado por la comisión Prat, que trabajó durante tres años a principios de los sesentas y que describía las desigualdades del sistema, recomendaba su unificación legal, administrativa y financiera, pero no pudo ser llevado a la práctica por los presidentes Frei y Allende, ya que no tuvieron el suficiente poder sobre los grupos de pensión para imponer las reformas. Con la llegada al poder los militares, se inició una reforma que incluyó uniformar varios aspectos del sistema, eliminar privilegios de grupos de trabajadores, incrementar la eficacia administrativa, etc. Al inicio de los ochentas, se estableció un nuevo programa de pensiones basado en el ahorro privado obligatorio y la capitalización, administrado por sociedades anónimas, lucrativas que compiten entre si para obtener asegurados y pagar una comisión por sus servicios, también parte del sistema de salud se ha privatizado al presente. Sin embargo, aún no existía un régimen unificado de pensiones y siempre hay desigualdad entre estas. El éxito o el fracaso del régimen de pensiones nuevo que existe en Chile pueden tener recuperaciones en toda América Latina. Si las aseguradoras privadas reducen sus costos, mantienen buena rentabilidad de la inversión, pagan pensiones adecuadas y el seguro tiene un costo por persona o familia adecuado y el sistema puede sobrevivir una vez eliminado los restos del antiguo que aún persisten, podría convertirse en un modelo alternativo para los países de América que tienen ya problemas con sus sistemas de pensiones dentro de la seguridad social. Lamentablemente, en Iberoamérica, el objeto de crear una seguridad social para la población era principalmente político. Se trataba de conseguir y conservar el apoyo de los trabajadores y de sus dirigentes, suministrando a los obreros las prestaciones médicas que carecían y que en esa época sólo los ricos y la clase media alta poseían. El costo, en cierto modo, fue ceder a los dirigentes sindicales en algunos países el control de los sistemas de seguridad social en ciertos aspectos, sin prestar adecuadamente atención al costo que la creación y mantenimiento de esos servicios representaba para los patronos y la producción de bienes y servicios. En esa razón de lo anterior no hubo mucha preocupación en organizar adecuadamente los servicios y distribuirlos equitativamente, en limitar los gastos y en buscar formas más adecuadas de administrar dichos seguros. Como dice Abel Smith, los organismos de la seguridad social se han convertido prácticamente en un Estado dentro del Estado y los gobiernos no se atreven a reglamentarlos, dada la asociación íntima de la seguridad social, con los movimientos sindicales en muchos países.

Desde ese entonces, en el mundo y en el campo de la atención médica y de la Seguridad Social se han venido manteniendo, tres sistemas de servicios médicos generales como son:

- a) El de "Asistencia Pública" de los países pobres de economía sobre todo agrícola y liberal. Los hospitales y clínicas son del Gobierno financiados con loterías y fondos públicos, que atienden a los indigentes y usualmente no cuentan con suficientes recursos para dar una buena atención médica y los salarios de los profesionales son bajos y estos los complementan ejerciendo otros puestos o la medicina privada. En esos países, puede haber otros programas a cargo de seguros sociales públicos o privados, pero predomina en cuanto a cobertura poblacional el programa de la Asistencia Pública. Existen en Perú, Bolivia, Honduras, México, Guatemala, El Salvador, etc. y en la mayoría de los países en desarrollo.
- b) Los Sistemas de "Seguro Sociales Nacionales" o Sistemas Nacionales de Salud, como los existentes en países de Europa Central, Dinamarca, Suecia, Noruega y Finlandia. Todas

las naciones industrializadas de economía capitalista. Los programas tienen cobertura general de la población en enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Los médicos en muchas partes cobran sus honorarios y pasan la cuenta al Estado o a los seguros, en otros son asalariados del sistema. Hay cuota tripartita o el Gobierno cubre los gastos con los impuestos. Los Servicios Nacionales de Salud predominan en los países socialistas de tipo marxista, industrializados o no, cubren a toda la población, no hay cuotas y los profesionales del sector salud están todos a sueldo del sistema, no hay medicina privada, las medidas preventivas son fundamentales como acciones y hay gran participación comunitaria como sucede actualmente China, Cuba, Vietnam, Libia, Corea, etc.

En los diferentes países que pertenecen a los grupos uno y dos que tienen un tipo de atención médica básica, se pueden observar variaciones o coexisten uno o más sistemas de servicios. De hecho, se pusieron así porque ese es el sistema de servicios médicos que atiende a la mayor parte de la población; pero estos sistemas no son fijos o inamovibles.

- c) Existen “Formas Intermedias”, donde incluso se pretendió incluir al principio a Inglaterra y Suecia, ya que en la primera los médicos dan consultas en sus oficinas privadas y tienen una relación contractual con el Gobierno para el pago de sus salarios. Yo considero que esto no tiene significación e Inglaterra está totalmente enmarcada dentro del segundo grupo por méritos propios y con una medicina y un Servicio Nacional de Salud, muy superior en muchos sentidos a los de los países marxistas, incluyendo a la extinta URSS; ahora sabemos, después de la perestroika y la caída del comunismo en Europa Oriental y en la Unión Soviética, que una cosa era lo que decían y otra era la realidad en cuanto a servicios de salud y atención de la enfermedad que era muy deficiente. Tal vez cabe ubicar aquí a los Estados Unidos, debido al sistema incompleto de seguridad social que tiene, donde coexisten seguros nacionales como el Medicare, con estatales, apoyado por el Gobierno, como el Medicaid, país en el cual incluso parte de la población 15% (40 millones de habitantes) carece de seguros y de servicios médicos y otro 15% tiene seguros insuficientes que no cubren al asegurado contra muchos riesgos. Es necesario enfatizar que en las discusiones entre el candidato demócrata Obama y el Republicano uno de los puntos más importantes era el de la crisis de la Seguridad Social en esa poderosa nación. El día 2 de septiembre de este año 2009, Obama ya como Presidente ha presentado su plan de Seguridad Social que incluiría a todos los ciudadanos sin distinción de clase ni de ingresos económicos. Aunque existe una fuerte oposición al mismo tanto en el Congreso como en el Senado es posible que no se apruebe del todo dada la influencia de la empresa privada en la Atención Médica del país y califican el proyecto como muy “revolucionario”. Es posible que Chile pueda también estar ubicado aquí debido a los cambios que ha sufrido su Sistema Nacional de Salud. Costa Rica puede ahora ser incluida dentro del segundo grupo en cuanto al Sistema Nacional de Servicios de Salud que ha venido creando, pero al no ser país industrializado ni tener una economía capitalista pura sino de tipo mixta, debe quedar situado dentro de este grupo intermedio, pese a tener un Seguro Social de cobertura casi universal, hecho único en Iberoamérica, que consideramos producto de la educación y de la sensibilidad social de este país Centro Americano que actualmente está en crisis como el resto de la región por la globalización y el elevado costo de los insumos.

Sistema de Seguridad Social en Centro América

Características		Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Vejez, Invalidez y Muerte								
1. Legislación vigente	1979		1995	1996 (seg. Priv. Obligatorio, en vigor en 1997)	1969 (aplicada a nivel nac. 1977)	1959 (reglamento de aplicación, 1971)	1982	1954 y 1991
2. Régimen	Seguro Social	Mixto: básico y complementario	Continúa en funcionamiento: Caja Costarricense de Seg. Soc. (1941).	Sistema dual: seguro social y seguro privado obligatorio.	Seguro social	Seguro social	Seguro Social	Seguro Social
a) Antiguo sistema	Seguro Social			ISSS: sistema de reparto.	-----	Misma que la actual (1959)	Ley de 1955	Ley de 1941
b) Nuevo sistema	Seguro Social	Priv. De Pens. Complementarias: operadoras de Planes de Pens.	Priv. De Pens. Complementarias: operadoras de Planes de Pens.	AFP: capitalización individual.	Seguro social.	Seguro social	Seguro Social	Seguro Social
3. Cobertura	Asalariados de 14 a 64 años de edad, incluyendo empleados públicos.	Asalariados en el sector público y privado. Pueden afiliarse voluntariamente los trabaj. Independientes.	Asalariados en el sector público y privado. Pueden afiliarse voluntariamente los trabaj. Independientes.	Públ.: voluntario para emp. del sect. públ. y priv. de 36 y más, y oblig. para hom. mayores de 55 y muj. mayores de 50. Priv.: oblig. para emp. de sect. públ. y priv. menores de 36 y voluntario para los 36 y hasta 55	Asalariados, incluyendo trabajadores agrícolas y algunos empleados públicos.	Asalariados de empresas públicas y privadas, voluntariamente asegurados mayores de 18 años y menores de la edad de jubilación.	Todas las personas que perciban remuneración por trabajo o servicios prestados. Afiliación voluntaria para trabajadores independientes.	Asalariados y personal doméstico. Afiliación voluntaria para trabajadores independientes. Los empleados públicos están cubiertos por el régimen general y por regímenes especiales.

a) Grupos excluidos	Trabajadores ocasionales, personas que trabajan menos de ocho horas sem., miembros de la familia ocupados en empresa familiar, personal doméstico que trabaje menos de 24 horas semanales y personal militar.	Los no comprendidos.	hom. Y 50 muj. Fuerzas Armadas, trabajadores agrícolas y domésticos.	Régimen especial para algunos empleados públicos.	Trabajadores ocasionales y agrícolas (con excepción de los trab. contratados por empleadores que cuentan con diez o más trabajadores permanentes.	Personal doméstico, miembro de Fuerzas Armadas, trab. Agrícolas temporales. Especiales: mineros no cotiz., personas que prestaron servicio a la patria y desmovilizados de guerra.	Trabajadores agrícolas, empleados menos de tres meses al año y miembros de la familia ocupados en empresas familiares.
4. Cotizaciones							
a) Trabajador	Cantidad fija para cuatro determinadas categorías de ingresos.	2.5% de los ingresos. Independientes cotizan 4.507-25% de los ingresos.	Público: 5.5% de los ingresos. Privado: 2% de los ingresos.	1.5% de los ingresos.	1% de los ingresos.	1.75% de los ingresos.	6.75% de los ingresos.
b) Empleador	Cantidades fijas para c/u de esas cuatro categorías de salarios.	4.75% de la nómina.	Público: 5.5% de la nómina. Privado: 5.5% (con aumento anual de medio punto hasta 6.75% en 2002).	3% de la nómina.	2% de la nómina	3.50% de la nómina.	2.5% de la nómina.
c) Estado	Cotiza en calidad de empleador y cubre cualquier déficit.	0.25% del total de ingresos cubiertos.	Público: personas que pasan al priv. se paga el valor actualizado de	25% del costo de las prestaciones pagadas; también cotiza en calidad de	1% de la nómina	0.25% de los ingresos (más la cotización en calidad de empleador para	% de los sal. cotiz. y del imp. sobre bebidas alcohólicas 1.04% de la nómina para la admón. de

			las cotiz. del aseg.; privado: subvención esp. Para la pensión mín. garantizada.	empleador.		los empleados públicos)	los reg. de vejez, invalidez y acc. de trab. + cantidad anual.
5. Beneficios							
a) Pensión mínima	Cantidad fija semanal	Cant. fija mensual (si la cant. Calculada es inf., se paga una suma a tanto alzada).	Cantidad fija mensual.	Cantidad fija incluyendo los suplementos por personas a cargo.	50% del salario básico mensual.	66% o 2/3 del salario mínimo de empleo del trabajador, más las asignaciones familiares.	Cantidad fija mensual.
b) Pensión de vejez	60 años y jubilado de un empleo sujeto a seguro	65 años: esta edad se puede reducir hasta 61 años y 11 meses (hombres) y 59 años y 11 meses (mujeres), conforme sume más cotizaciones.	60 años (hombres) y 55 años (mujeres) para ambos sistemas.	60 años (también incapacitado de 60 años).	65 años (hombres) y 60 años (mujeres).	60 años y 55 años para mineros, maestros y personas con deficiencias físicas y mentales.	62 años (hombres); 57 años (mujeres).
Años de trabajo	500 semanas de cotización (150 realmente pagadas)	20 años.	25 años y s/requisito de edad con 30 años de cotiz., para amb. Sist.	180 meses de cotización (incapacitados con al menos 36 meses de cotización).	180 meses de cotización. Reintegro de una suma de cuantía fija si el asegurado cotizó menos tiempo.	750 semanas cotizadas. Si la edad de afiliación es después de los 45 años, cotizaciones por la mitad de las semanas desde la cobertura inicial hasta la edad de jubilación.	180 meses de cotización.

salario	De ingresos semanales, con base en los 3 años de ingresos más altos durante los últimos 15 años + 2% de ingresos por c/50 sem. de cotiz. que superen las 500 sem + 1% de los ingresos por c/50 sem. de cotiz. que superen las 750 sem.	% del promedio de los ingresos de los 48 salarios mensuales más elevados durante los últimos 5 años de seguro. La pensión aumenta en el 0.0835% del promedio de los ingresos por c/ mes que excede 240 meses.	Púb...: 30% del sal. bás. Regulador por los primeros 3 años de cotiz. + 1.5% por c/año adicional. Priv.: las cotiz. del asegurado + interés acumulado.	50% del prom. Mens. de los ingr. durante los últ. 5 años de cotiz., aumento de 0.5% de los ingr. por c/6 meses de cotiz. que pasen de 120 meses.	40% del sal. bás. Mensual + 1% de los ingr. Por c/periodo de 12 meses de cotiz. que supere los 60 meses.	40% del pro. de los ingresos durante los últimos 5, 4 ó 3 años + 1.365% por c/50 sem. de cotiz. adicionales. se añade 1% de los ingr. por c/año de trabajo después de los 60 años, hasta un máximo de 5%.	60% del promedio de los ingresos de los 7 mejores años + 1.25% de los ingresos por cada 12 meses de cotización que superen los 180 meses. Más 2% de los ingresos por c/12 meses de cotización después de la edad de jubilación.
c) Pensión de invalidez	Mínimo 150 sem. de cotiz. acreditadas desde el principio del programa, con al menos 110 cotiz. pagadas en los 5 años antes del año de la invalidez y 5 cotiz. pagadas en las 13 sem. Inmediatamente anteriores a la sem. de la	Pérdida de 66.66% de la cap. habitual de ganancia. Número de cotiz. obligatorias varía según la edad.	Púb...: haber sido declarado inválido y haber cotiz. por un periodo no menor de 36 meses. Priv.: haber sido declarado inválido y estar cotiz. al momento de declarada la inval.	Pérdida de al menos 2/3 de la capacidad de ingresos. 36 meses de cotización durante los últimos 6 años. Ser menor de 60 años.	Pérdida de 2/3 de ganancia en la profesión habitual. tener 36 meses de cotiz. durante los últ. 6 años; 8 meses en los últ. 24 meses en caso de accidente no prof.	Edad menor de 60 años. con 150 sem. cotizadas dentro de los últimos 6 años que anteceden a la fecha de la incapacidad o que tengan acumulado el período prescrito para la pensión de vejez.	Pérdida de 2/3 de la capacidad de ganancia. 36 meses de cotización incluidos 18 meses durante los últimos 3 años.

Porcentaje del salario	Igual que la pens. de vejez, si son menos, 25% de los ingr. sem. sujetos a seg. C/150 a 299 sem. De cotiz., más 1% de ingr. Por c/50 sem. de cotiz. desde 300 hasta 499 sem.	Igual para la pensión de vejez. Se pagan 13 pensiones mensuales al año.	Púb.: 30% del salario bás. Regulador por los prim. 3 años cotiz. + 1.5% por c/año en exceso; Priv.: 70% del salario bás. Regulador por inval. total y 50% por inval. parcial.	50% del promedio mensual de los ingr. durante los 3 últ. años de cotiz. + aumento del 0.5% de los ingr. por c/6 meses de cotiz. que pasen de los 120 meses.	Igual que el de la pensión por vejez.	Igual que para la pensión de vejez	Igual que para la pensión de vejez.
d) Pensión de muerte	El asegurado era pensionista o al fallecer reunía las condiciones para una pensión; 50 cotizaciones pagadas.	El difunto haya sido pens. Por vejez o inval. y 12 cotiz. en los últ. 24 meses o 180 cotiz. en cualquier período.	Púb.: si al fallecer el cotiz. era pensionado de inval. o vejez; trab. Activo c/5 años de cotiz. Priv.: las que se originen por el fallecimiento de un cotiz. activo o pensionista de inval. o vejez.	El difunto reunía las condiciones de cotización para adquirir la pensión de invalidez o vejez, o era pensionista al fallecer. de 250 semanas pagadas o	El difunto debía tener 36 meses de cotiz. dur. Últimos 6 años cuando el fallecimiento se produce por enfer. común; 8 cotizaciones en últimos 24 meses y a partir de la 1ª cotización en caso de fallecimiento por acc. de trab.	150 semanas de cotización por parte del difunto en los últimos 6 años.	Al fallecer el difunto reunía las condiciones de cotización para obtener la pensión de invalidez o era pensionista.
Porcentaje del salario	66.66% ó 2/3 de la pensión pagada o pagadera al	Viuda/o, compañera/o, 50% de la pensión pagadera al asegurado si el	Público: la viuda percibe 50% de la pensión pagadera al asegurado con	50% de la pensión de invalidez pagada	40% de la pensión vitalicia que percibía el asegurado o de	50% de la pens. del asegurado pagadera a la	50% de la pensión pagada o acumulada del asegurado pagadera a la viuda

	La viuda de 50 años de edad o inválida y por el viudo a cargo. 40% y pagadero a los padres con derecho.	sobreviviente es menor de 50 años. 60% si el sobreviviente es menor de 50 y menor de 60. 70% si es mayor de 60 o inválido.	duración de 6 meses antes del fallecimiento. Privado: 60% para el cónyuge o la cónyuge, cuando no existan hijos con derecho a pensión y 50% c/hijo.	o pagadera al asegurado.	la que éste hubiera tenido derecho; también pagadera al viudo mayor de 65 años o inválido de cualquier edad.	viuda de 45 años o inválida y al viudo inválido a cargo. Viuda menor de 45 años durante dos años o el tiempo que tenga hijos huérfanos a cargo.	de 57 años de edad, inválida, o que tenga un hijo a su cargo; también al viudo inválido a cargo.
6. Administración	Consejo de Seguridad Social (admón. del régimen)	Caja Costarricense de Seguro Social (admón. del programa)	Púb.: Instituto Salvadoreño de Segur. Soc. (admón. del régimen). Privado: AFP (admón. de fondos)	Inst. Guatemalteco de Segur. Soc. (admón. del programa).	Instituto Hondureño de Seguridad Social (admón. del régimen)	Inst. Nicaragüense de Seguridad Social (administración del régimen)	Caja de Seguro Social (admón. autónoma del régimen).
Enfermedad y Maternidad							
1. Legislación vigente	1979	1961, 1973 y 1993	1953	1968	1959 (Reglamento de Aplicación, 1962)	1982 (Servicio Nacional de Salud)	1954
2. Régimen	Seguro Social (prestaciones en dinero y médicas)	Seguro Social (prestaciones en dinero y médicas)	Seguro social.	Seguro social (en dinero y médicas)	Seguro Social (prestaciones en dinero y médicas)	Doble de seguro social (prest. en dinero) y Sistema Nacional Único de Salud (prest. médicas)	Seguro Social (en dinero y médicas)
3. Cobertura	Asalariados de 14 a 64 años, incluyendo empleados públicos.	Asalariados, trabajadores independientes, población indigente, internos en centros penales,	Asalariados y trabajadores independientes de la industria, el comercio y pensionistas.	Empresas con cinco o más trabajadores en diez departamentos, incluyendo el	Asalariados de empresas con uno o más trabajadores de la ind. y comercio y Empl.	Dinero: todas las pers. que perciben remuneración por trabajo o servicios prest.	Asalariados en empleos públicos y privados, y trabajadores domésticos. Los pensionados se

					inversionistas.			Depto. de Guatemala.	públicos.	Médicas: asegurados y pers. a cargo (incluye sólo a esposa en embarazo, parto y caso puerperio y a los hijos hasta los seis años).	hallan cubierto respecto de las prestaciones médicas. Afiliación voluntaria para trabajadores independientes.
4. Cotización a) Trabajador	Ver cotización para pensiones.	5.5% de los ingresos. Independientes cotizan el 7.67% (promedio) de los ingresos. pensionados, 5% de la pensión.	3% de los ingr. Independientes: 10.50% de los ingr. pensionistas: 7.8% de las pens. de vejez e inval. y 6% de las pens. de incap. Permanente.	2% de los ingresos.	2.5% de los ingresos.	2.25% de los ingresos.	0.50% de los ingresos; 6.75% de la pensión a pensionistas.				
b) Empleador	Idem.	9.25% de la nómina, 8.75% de la pensión.	7.50% de la nómina	4% de la nómina.	5% de la nómina	6% de la nómina.	Véase Vejez, Invalidez y Muerte.				
c) Estado	Cotiza si es empleador. También cubre cualquier déficit.	0.25% de los ingresos cubiertos, 6.08% de los ingresos de los trabajadores independientes.	Subvención anual fija (ajustado c/cinco años).	4% de la nómina.	2.5% del total de los sal. sujetos a cotiz. (nunca han sido pagadas).	0.25% de la nómina (+ las cotiz. en calidad de empleador para los empleados públicos).	Porc. de salarios cotiz. y del imp. sobre bebidas alcohólicas (1.04% de la nómina para la administración de los reg. de vejez, invalidez, muerte, enfermedad y				

								maternidad y acc. De trabajo).
5. Beneficios								
a) Prestación mínima	No se especifica	No se especifica	No se especifica	No se especifica	No se especifica	No se especifica		
b) Condiciones de adquisición	Enfermedad: actualmente empleado; 50 sem. de cotiz. incluyendo cinco de las últ. 13 sem. Anteriores al acareamiento de la enfer. maternidad: 50 sem. de cotiz. incluyendo 25 sem. de las últ. 39 sem. continuas que terminan 6 sem. antes del parto.	Enfermedad: las cotiz. al seg. de salud deben haberse efectuado, por lo menos, durante el mes precedente al comienzo de la enfer. y estar inscripto. Maternidad: haber cotiz. dur. 26 sem. Durante las últ. 52 sem.	Enfermedad: no se exige período mín. de calificación para personas que actualmente trabajan; los desempleados deben haber cotiz. durante 8 sem. en los últimos tres meses anteriores. Maternidad: 12 sem. de cotiz. durante los últimos 12 meses antes del parto.					
c) Porcentaje del salario	Enfermedad: 80% del promedio de los ingresos. Pagadera durante 156 días	Enfermedad: 60% de ingresos durante los últimos tres meses. Maternidad: 50% de los ingresos, pagadera durante 30 días antes y 90 después del parto.	Enfermedad: 75% del prom. de los salarios sujetos a cotiz., se pagan incapacidades de más de 3 días y hasta 52 sem. maternidad: 75% del prom. de los					

	comenzando seis semanas antes del parto o el día en que solicitó la prestación.	Caja Costarricense de Seguro Social (admón. del régimen)	Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (control general).	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (control general).	Instituto Hondureño de Seguridad Social (admón. del régimen).	Inst. Nicaragüense de Seguridad Social (admón. del régimen)	Caja de Seguro Social (admón. del régimen).
6. Administración	Consejo de Seguridad Social (admón. del régimen)						
Accidentes de Trabajo							
1. Legislación vigente	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
2. Régimen	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
3. Cobertura	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
4. Cotizaciones	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
a) Trabajador	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
b) Empleador	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
c) Estado	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
5. Beneficios	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
a) Prestación mínima	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
b) Condiciones de adquisición	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
c) Porcentaje del salario	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
6. Administración	Consejo de Seguridad Social (admón. del programa)	Instituto Nacional de Seguros (admón. del programa)	Instituto Salvadoreño de Segur. Soc. (control general)	Inst. Guatemalteco de Segur. Soc. (admón. de cotiz. y prest.).	Instituto Hondureño de Seguridad Social (admón. de cotiz. y prest.)	Inst. Nicaragüense de Seguridad Social (admón. del régimen)	Caja de Seguro Social (admón. del régimen).
Desempleo							
1. Legislación vigente	No cuenta con esta prestación.	No cuenta con esta prestación.	No cuenta con esta prestación.	En enero de 1991, se	No cuenta con esta prestación.	No cuenta con esta prestación.	No cuenta con esta prestación.

Comentario General

1. Todos estos seguros tienen como política común en que no existen techos en ninguno de ellos, y por lo tanto, es notorio el progreso en todos, excepto el nuestro Honduras, que tiene grandes limitaciones debido a los mismos. El último país que rompió sus techos fue Belice, y lo hizo hace diez años.
2. Todos estos países tienen seguros del tipo Bismarkeano, por lo tanto, son obligatorios, de reparto (es decir, cubierto por el Estado, el trabajador y el patrono) y la cobertura varía entre el 60% de la población económicamente activa como lo tienen Guatemala y El Salvador y el de Honduras que sólo cubre el 35%.
3. Los más antiguos son la Caja Costarricense del Seguro Social fundada en 1941 y el de Panamá, también en 1941. Cabe señalar que en ambos casos sólo cubrían al principio el seguro por accidentes de trabajo, y varios años después cubren las demás prestaciones.
4. El Seguro Social de Nicaragua a pesar de que se inició hasta en 1982 ha fusionado el Ministerio y el Seguro formando desde esa fecha el Sistema Nacional Único de Salud, lo que lo pone en la vanguardia. En El Salvador, Guatemala y Honduras funcionan separados por la Secretaría de Salud y el Seguro Social, lográndose hasta ahora en Honduras algunos puntos de coordinación del año 2007 a la fecha. Todos cubren las prestaciones mínimas de salud.
5. Cabe destacar que únicamente Costa Rica ha llegado a la escala superior de desarrollo al tener desde hace dos décadas un servicio de seguridad social universal, que cubre desde la población más pudiente hasta los indigentes. Esto debe de llenarnos de orgullo a todos los centroamericanos y debemos apostar por los tres valores que han hecho posible esto: primero: solidaridad, segundo; educación y tercero, conciencia social; a este respecto debemos de recordar por tercera vez las palabras del **Papa Juan Pablo II** cuando llegó a Centro América en 1984 **“ya los pobres se cansaron de esperar”**.

La Atención Primaria de Salud e Integración

La atención primaria de salud (APS) es fundamentalmente asistencia sanitaria basada en métodos y técnicas prácticos, científicamente adecuados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar y mantener en las distintas fases de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. Forma parte integrante tanto el sistema nacional de salud, del que constituye la función básica y el foco de atención, como del desarrollo social y económico general de la comunidad. Es el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la asistencia lo más cerca posible de los lugares donde la población vive y trabaja y constituye el principal elemento de un proceso continuo de atención.

En esa perspectiva, las estrategias nacionales de la Atención Primaria para la Salud (APS), cumplen los criterios de universalidad, equidad y continuidad en la satisfacción de las necesidades. El logro de la meta del año 2010 exige mejorar el bienestar y reducir las desigualdades sociales, ya que es preciso dar a todos los sectores de la población igualdad de acceso a los servicios de salud, concediendo prioridad a los grupos urbanos y rurales más expuestos.

La estrategia de la APS tiene un aspecto intersectorial, ya que la satisfacción de las necesidades y el logro de un mejor grado de salud para la comunidad se basan en factores interdependientes que, en general, escapan al control del sector salud. Estos factores (ingreso económico, vivienda, educación cultural, etc.) se suelen definir como elementos condicionantes del estado de salud del individuo de la sociedad en general.

La mayoría de ellos son de la incumbencia de otros sectores del desarrollo, con los cuales el sector de salud ha de estar vinculado y coordinando para su propio progreso, como medio y como fin, que es conseguir el bienestar general de la población. El sector de salud debe desarrollar su capacidad de identificación de los requisitos y condiciones de la acción en otros sectores. De ese modo pueden establecerse vínculos intersectoriales con vistas a la acción continua. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. La atención integrada es complementaria del principio de la integralidad porque exige la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar una buena atención dentro de la cual el énfasis es la promoción y prevención de la salud.

La estrategia de APS no puede ajustarse a un “modelo universal”, sino que depende de las características del desarrollo de cada comunidad nacional o local, así como de las condiciones socioculturales, económicas e históricas de las comunidades.

La meta de salud para todos en el año 2010 es un objetivo social y está directamente relacionada con el concepto de APS. Implica no sólo la prestación de servicios, sino también el establecimiento y principios y políticas con vistas al logro de un grado de salud aceptable y sufragarle por las comunidades atendidas. Se relaciona, por un parte, con el acceso a servicios de salud y su utilización y por otra, con la acción preventiva y las medidas de promoción y corrección en tiempo oportuno y con la educación y participación consciente de una comunidad informada.

La Atención Primaria de Salud y las necesidades básicas

Las necesidades básicas de los seres humanos se refieren, pero no en forma total a: alimentación, educación, trabajo, vivienda y salud; dichas necesidades se cohesionan en un concepto dinámico que se identifica en cierto grado con el desarrollo económico y las aspiraciones crecientes de los hombres.

La satisfacción de las necesidades básicas tienen una vinculación directa y clara con los objetivos del sector de salud; por otro lado significa que el desarrollo social se considera, por los menos, igual que el desarrollo económico. Presupone una amalgama en la planificación para que, desde el ángulo de la salud, se haga énfasis en las relaciones básicas entre la economía y lo social. Implica una mayor eficacia de la actividad del sector de salud, si tal actividad, ha de tener trascendencia en los otros sectores. En cada caso las prioridades apropiadas para satisfacer las necesidades básicas y el camino crítico para llegar a ellas varían de acuerdo a los recursos disponibles, los deseos de la comunidad, la voluntad política y la capacidad institucional y organizacional.

La APS permite satisfacer las necesidades básicas, como principal objetivo del desarrollo, facilitando combatir las condicionantes del subdesarrollo, por otra parte la APS manifiesta claramente el otorgamiento directo de bienes y servicios a la población en vía de desarrollo; así la aceptación de cambios estructurales para que puedan redistribuirse los beneficios del desarrollo y considera también como condición básica en la estrategia de APS.

La Atención Primaria de Salud y la Prestación de Servicios de Salud

La atención primaria de salud significa un compromiso; la prestación global de los servicios de salud a toda la población en condiciones de igualdad de acceso y de acuerdo a sus necesidades. La APS es respuesta motora, declarativa y resolutive de los servicios de salud. Los sistemas de prestación que cuentan con medios de referencia y contrarreferencia de usuarios y con niveles de atención en que hay una concentración adecuada de los recursos, se desarrollan mejor facilitando la ampliación (cobertura) y permitiendo la satisfacción y solución de todas las necesidades de la comunidad.

Para alcanzar sus objetivos, el sector salud debe reestructurar y mejorar el otorgamiento de servicios. Sin embargo, más importante que una racionalización de la estructura orgánica, para lograr los servicios, es comprometerse con la redefinición de la misión de tal manera que se identifiquen las metas. Esta actividad no sólo se refiere a racionalización administrativa, implica voluntad para negociar y decidir políticamente.

Dificultades en cuanto consenso en los objetivos institucionales de los Ministerios y Secretarías de Salud, organismos de seguridad social, servicios ambientales, servicios educativos y universitarios y otros servicios de tipo público y privado piden los esfuerzos intersectoriales. La solución sólo puede basarse en la buena voluntad. Es básico determinar objetivos fundamentales y coherentes, valorando los objetivos parciales para lograr propósitos comunes. Hay que reconocer las motivaciones que enfocan recursos de salud a problemas de salud de menor importancia y al empleo de tecnología elevada de costo de poco impacto. Su aplicación implica un costo de liderazgo considerable en estas situaciones, ¿Qué tipo de reorganización se desea y puede efectuarse? Depende de las capacidades de los dirigentes y del interés político.

Un estudio especial debe hacerse en cuanto al origen y fuentes de financiamiento y los recursos referentes a quienes pagan, que y cuanto, ya que determinan el desarrollo o no del sistema de captación de medios y recursos. En el otro lado, la decisión de quien recibe, que y cuanto, complementa el aspecto redistribuidor del sistema productor de servicios de salud tanto de consumo individual como colectivo; sin embargo, la transferencia de recursos por medio de flujos regresivos en la organización puede modificar positivamente la atención.

Tales posibilidades y situaciones no están alejadas de la realidad como podría aparecer a quienes están ajenos a la complejidad ideológica, administrativa y política del sector salud. Los problemas son el resultado de una evolución social hacia retos estratégicos diferentes a los habituales.

La reorganización no significativa sólo y simplemente diseñar estructuras orgánicas, es redistribuir en forma significativa el poder hacia quienes se espera sean los beneficiarios de las estrategias, de tal manera que posean mayor influencia en decisiones en cuanto a objetivos, políticas y estrategias.

Es importante enfatizar la necesidad de que los administradores revisen y valoren el papel y la importancia que tiene el poder como medio de negociación, cuando existen conflictos, preparándose adecuadamente para reconocerlos y enfrentarlos.

Otro renglón determinante para aplicar la estrategia de APS es la creación de relaciones intersectoriales, para ello hay que fortalecer los vínculos sectoriales entre las políticas y los planes de salud y socioeconómicos (haciendo énfasis en la participación del sector salud en los planes de desarrollo) y el establecimiento de diversos mecanismos que favorezcan dicha coordinación y relación. Debe destacarse que dicho fortalecimiento de relaciones intersectoriales está íntimamente ligado a los análisis y comprensión de los vínculos recíprocos entre sectores y sus interacciones, además de destacar la aplicación de mecanismos para la participación de la comunidad y de sus recursos en los planes de salud y desarrollo. Para ello es necesaria la implantación de métodos y normas, la preparación de planificadores sociales y personal de desarrollo y de la comunidad y el establecimiento de un sistema y de información para intercambio y evaluación de experiencias, conocimientos y resultados.

La estrategia de la APS necesita del estudio, análisis, valoración y control del financiamiento del sector institucional; con lo que se pretende que el sector alcance los objetivos predeterminados y la asignación de fondos presente la relación debida con los objetivos prioritarios; acciones que significan establecer sistemas de información en cuanto al origen, fuentes, significado, destino y utilización del financiamiento.

Por otra parte, se debe reconocer la cantidad y comprensión del gasto, costos, producción y productividad de las prestaciones, así como la utilización y distribución de los servicios por grupos socioeconómicos que resulten beneficiados.

Analizados y valorados los puntos clave de los sistemas existentes se deben desarrollar nuevos enfoques y estrategias de financiamiento, que permitan su reorientación y control adecuado.

En la busca de caminos para el financiamiento de los servicios hay que identificar la participación de la seguridad social, la aplicación de nuevas tasas o subsidios específicos y la adopción de esquemas impositivos con principios más igualitarios y extensos.

A medida que se mejora la situación económica, se reorganizan las fuentes de ingreso, se hacen más eficaces los sistemas de recaudación de impuestos y es más fácil constar y conseguir recursos para atender las necesidades básicas; pero en cualquier caso se hace necesario disponer de nuevas fuentes de financiamiento para el sector salud.

Se ha dicho que un mecanismo ampliado de contribución a la seguridad social es fuente importante de fondos "extra" para los servicios de salud.

La Atención Primaria de Salud y la participación de la comunidad

Se supone que un sistema de salud como el familiar está basado no sólo en una visión individual sino que todo lo contrario debe hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. Se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación e intervención del sistema.

Para que la atención primaria de la salud pueda realizarse es fundamental que cuente con la participación de la comunidad, siendo necesario concientizar a la misma. Las costumbres, las tradiciones, los patrones culturales y la experiencia de cada comunidad son factores esenciales para asegurar esa participación. Dicha participación, que implica organización de la misma, no sólo sirve para que la comunidad colabore, sino también para que valore la importancia de los servicios que se le otorgan y para que se genere y mantenga el estímulo necesario para que se

produzca en la proyectividad un sentimiento de confianza en la capacidad de sus miembros para contribuir a mejorar las condiciones de su situación, favoreciendo su desarrollo. Lo anterior significa que ciertos elementos de la comunidad pueden ser de gran utilidad si se capacitan y se desarrollan como auxiliares, pues de esta manera, muchas veces están en condiciones de dar mejor servicio que el personal profesional. Dichos recursos humanos pueden ser reclutados en mayor número de lo que pueden ser los trabajadores de la salud profesionales, por ejemplo las parteras empíricas. El personal auxiliar tiene a su cargo actividades sencillas, puede: orientar e informar acerca de algunas medidas higiénicas, prestar primeros auxilios y ocuparse de simples, pero efectivas medidas de medicina preventiva. Es muy importante destacar que son elementos que la comunidad acepta con mayor facilidad, eliminando o distribuyendo el problema de rechazo a los programas de salud con participación estrictamente profesional.

La total participación de la comunidad es componente indispensable de la estrategia de la atención primaria de salud; dicha participación no puede ser de carácter temporal, ya que se trata de un proceso continuo de educación a través del cual el conocimiento, el trabajo las aportaciones culturales y los recursos de las poblaciones son orientados debidamente hacia el logro del bienestar. La participación presenta modalidades que están acordes con las situaciones particulares y que puede variar desde la autoatención, hasta participaciones políticas locales o nacionales.

Una norma ha sido la necesidad de apoyar y promover la participación de la comunidad como componente básico de la estrategia de la Atención primaria de la Salud. En la práctica dicha norma, por lo general, se ha caracterizado por la intervención de los miembros de la comunidad en aspectos básicos de la ejecución de algunas acciones, en especial colaboradores y voluntarios de salud o a través de recursos diversos para construir obras públicas de infraestructura.

En algunos casos se han creado mecanismos para la participación de organismos representativos de comunidades importantes en la formulación, ejecución y evaluación de normas y programas. En otras situaciones los ministerios de salud han establecido planes, oficinas e instalaciones responsables para la promoción, coordinación y normatización de la participación en los programas de salud y por otra parte dentro del currículum de estudio de la facultad de medicina deben incluirse principios de la atención familiar. El IHSS a través de su Director Ejecutivo ha establecido los contactos necesarios tanto con el Ministerio de Salud como con el Colegio Médico de Honduras en ese sentido. Además ha considerado que el médico que necesita Honduras es el que conoce a fondo la medicina familiar que es la parte fundamental de su Programa Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (PAISFC) que se viene implementando desde el año 2006 con la asesoría de la Organización Panamericana de la Salud /OMS en el documento llamado "Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas" del cual el Seguro Social es el pionero en este momento.

En general, hay algún tipo de recurso humano voluntario de la comunidad, en especial en el medio rural, ya sea para colaborar en programas específicos como en el de combate a insectos o el de control de enfermedades diarreicas, así como en el de capacitación de parteras tradicionales o empíricas. En otros organismos hay agentes comunitarios preparados, capacitados y supervisados en forma regular por los servicios de salud, que llevan a cabo actividades más amplias de fomento y atención básica de la salud. Asimismo en algunas partes hay movilizaciones masivas de parte de la población en especial en actividades de inmunización, en que han participado los grupos a nivel comunitario (patronos, clubes, feligreses, grupos comunales, etc.) En la programación y práctica a nivel local. En todas partes se acepta y busca la participación de los organismos no gubernamentales (ONG) al desarrollo de la APS. En ocasiones el papel de los Organismos Nacionales

Gubernamentales (ONG) es básicamente de apoyo a las actividades de educación para la salud y promoción de la salud, mientras que en otras ocasiones son proveedores de servicios primarios a la población no cubierta por los servicios gubernamentales. A veces hay convenios entre las autoridades de los gobiernos y los ONG.

Los principales obstáculos para la participación de la comunidad en la estrategia de la APS son: La flexibilidad administrativa en la persistencia de administraciones centralizadas de los servicios de salud que dificultan la operación de los mismos, para responder oportunamente a las demandas del proceso participativo.

La movilidad marcada de los representantes y voluntarios de la comunidad que impide alcanzar un desarrollo estable y una utilización adecuada de los recursos comunitarios.

Las actividades, comportamientos, preparación y conocimientos inadecuados del personal “oficial” de salud para promover, supervisar y aceptar participaciones de la comunidad en los programas.

Los fracasos motivados por la poca capacidad de los servicios de salud, para responder en forma oportuna y pertinente a las necesidades de la comunidad.

El poco conocimiento sanitario, el bajo nivel educativo y la apatía que dificultan intereses y capacidad para participar en la programación y evaluación de las actividades.

Las deficiencias en el establecimiento de vínculos entre las comunidades y el servicio de salud, sea por inaccesibilidad geográfica, insuficientes medios de comunicación, barreras lingüísticas y problemas culturales, etc.

La práctica de un enfoque paternalista tanto a nivel operativo como entre las autoridades de alto nivel, no distinguiéndose de la participación, motivación, manipulación y politización.

La insuficiencia de recursos materiales para promover en forma efectiva la participación de la comunidad.

Los conflictos armados internos en algunos países.

Parte de los problemas señalados tienen como denominador común la mala motivación y capacitación continua del personal auxiliar y de la comunidad. La motivación y la capacitación permanentes son requisitos indispensables para el éxito de los servicios de atención primaria de la salud, que como ya se mencionó, requieren de recursos humanos de la comunidad adiestrados más para acción práctica inmediata, que para la comprensión en profundidad de los procesos que los originan y justifican. Para evitar estos problemas debe de haber visitas frecuentes a los servicios, dedicándose la mayor parte del tiempo a la motivación y el resto a otros aspectos de revisión de procedimientos y de técnicas de medición de resultados. La experiencia demuestra que con frecuencia la motivación se orienta erróneamente, fomentando actividades para las que el auxiliar o la comunidad no han recibido capacitación y descuidando en cambio, la realización de las acciones que se les han enseñado y que probablemente no se practican. De este modo las pérdidas, tanto en dinero como en tiempo e interés personal, son considerables. Como contraste con este problema surge otro: una vez que el personal ha sido capacitado quiere dejar su comunidad en busca de otras aspiraciones.

Los problemas aquí presentados hacen ver que si se adopta una actitud ingenua y superficial resultan las desilusiones. En la atención primaria de salud es indispensable que prestatarios y usuarios asuman estrategias y tácticas de acuerdo a las necesidades y demandas particulares.

A corto y mediano plazo se han planteado medidas concretas para superar los problemas. En algunos casos se ha reforzado el uso de los medios de comunicación masiva para difundir y dar a conocer aspectos básicos de salud y promover en los individuos la toma de conciencia en cuanto a la responsabilidad para proteger su salud y la de sus familiares. También se han reforzado los programas de educación para la salud y de capacitación de líderes, a nivel de la comunidad. En otros casos se ha propuesto mejorar los conocimientos y aptitudes del personal de salud en cuanto a la promoción de la participación de la comunidad.

Los Sistemas locales de Salud y la Atención Primaria de Salud

Dentro de la estrategia de atención primaria tiene importancia especial el desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) destacando que para que exista un SILOS es necesario, por lo menos, contar con una decisión política formal para definir y poner en marcha estos sistemas y establecer los criterios que permiten reconocer los espacios políticos administrativos, geográficos y demográficos que constituyan la base operativa de los SILOS.

El desarrollo de los SILOS es la respuesta estratégica del sector salud para poder satisfacer las necesidades de apresurar la APS y alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 con equidad, calidad y eficiencia, mediante la participación social.

Los sistemas locales de salud son un componente básico de la estrategia de cambio del sector salud, son unidades político-administrativas básicas, donde se coordinan un conjunto de recursos de diferentes sectores, con la responsabilidad de continuar el desarrollo de la salud de la población en una región determinada.

El desarrollo de los SILOS es una táctica operativa para aplicar la estrategia de atención primaria de salud, optimizar la distribución de los recursos, contribuir a la descentralización, participación social e integridad de las actividades, potenciar las actividades intersectoriales e interinstitucionales y favorecer la participación activa de las comunidades en las acciones de salud. El sistema de salud se hace más efectivo, eficiente y equitativo y disminuye el desperdicio y la duplicación de actividades a todos los niveles.

La reestructuración debe basarse teniendo presente que las políticas de salud no pueden establecerse al margen del contexto político-social y que serán tanto más viables, cuanto más contribuyan a responder a problemas más generales de los hombres. De ahí la importancia de generar actividades compatibles con la mejora de las condiciones de saneamientos, protección del ambiente y de los recursos naturales y la planificación de acciones con responsabilidad compartida entre la población y los organismos de salud.

Los SILOS además significan una modificación de los enfoques habituales, enfatizan la promoción de la salud, la estructuración de comunidades saludables, el control del ambiente y la integración de los programas teniendo como objetivos principales a los núcleos familiares y a las comunidades. Los SILOS tienen un fundamento político-administrativo territorial y poblacional, así como responsabilidades organizativas, financieras y de prestación de servicios bien delimitados. En condiciones apropiadas de funcionamiento, los SILOS deben tener capacidad de resolución sobre el uso de sus recursos humanos, materiales y financieros.

Abarcan también al personal y a las instalaciones de todos los organismos (inclusive los no gubernamentales) cuyas actividades inciden en las condiciones de salud de la población en su área de influencia y comprenden los servicios a las personas y al ambiente. La solidez de un SILOS no significa necesariamente que se debe contar con un nuevo sistema, sino que se puede organizar a partir de las entidades político-administrativas estatales existentes, sean estos municipios, distritos o jurisdicciones, las que pueden existir en forma separada o reagruparse funcionalmente.

La dimensión geográfica poblacional de los SILOS se debe definir según las características históricas, sociales, políticas y culturales propias de cada caso. En ciertos casos, áreas más pequeñas. En otros casos áreas de pequeño tamaño y/o población, se han agrupado funcionalmente en SILOS para lograr una mayor eficiencia en su administración.

El desarrollo integral de los servicios de salud con énfasis en la formación de sistemas locales de salud los sensibiliza frente a las necesidades reales de salud y desarrollo de la comunidad.

La formación de los SILOS se identifica también con la estrategia de transformación del sector salud basada en la descentralización. Es una respuesta del sector salud a la crisis económica de

la década de los ochenta, fue una proposición para enfrentar el impacto negativo en el estado de salud de la población de las políticas de tipo económico.

Los objetivos se orientan a coordinar todos los servicios de salud (públicos y privados) para mejorar la distribución de los mismos y a la necesidad de transformar el Estado ante los procesos de democratización.

Cada país ha conceptualizado los SILOS de acuerdo con su realidad y complejidad política, administrativa o cultural, pero en general se conserva el enfoque de descentralización, participación social e integridad de las actividades. En Honduras SILOS corresponde a la Dirección Médica Nacional y actualmente se está haciendo una revisión del mismo para actualizarlo.

Problemas para la aceptación de la Atención Primaria de Salud

La aceptación de la práctica de la Atención Primaria de Salud (APS) entre los diferentes niveles estructurales y organismos que conforman el sector salud, no se ha logrado del todo. Entre los problemas más frecuentes se encuentran los siguientes:

- ? La orientación predominantemente curativa de los servicios de salud.
- ? La insuficiencia de los recursos físicos y financieros dedicados a acciones de fomento y protección de la salud.
- ? La oposición del personal y de organismos de salud.
- ? La inclinación a una interpretación limitada de la APS como un plan único o un conjunto de programas verticales que se realizan en forma desigual y desarticulada.
- ? La diversidad de organismos que intervienen en el sector salud, lo que dificulta la coordinación intersectorial y la definición conceptual y operativa uniforme de la estrategia de APS.

La insuficiencia de la participación comunitaria como componente de la estrategia de APS.

En otros términos, los problemas que se confrontan para la aceptación de la APS se refieren al escaso valor que las comunidades le dan; la preferencia de dichas comunidades por los servicios curativos en lugar de los de promoción, preventivos y de rehabilitación; la poca aceptación que dan los profesionales de la salud a los servicios en cuestión, así como la burocratización de los mismos y la mala motivación y capacitación continua de la comunidad. Esto significa, una vez más, que la APS se presenta en forma paralela al grado de desarrollo económico.

En relación a la poca aceptación que tienen los profesionales de salud por la atención primaria, es importante indicar que aducen que es de poca calidad y se inclinan más a aspectos curativos que de otro tipo.

En otros términos, las estrategias para los servicios de salud basadas en la comunidad, tienen problemas en su implementación, en parte porque los trabajadores de la salud no los han comprendido por razones culturales. Fácilmente puede advertirse dicha oposición profesional en la falta de seguimiento de pacientes que deberían ser controlados en estos servicios, por ejemplo en casos de diabetes, hipertensión arterial, familia numerosa, etc., lo que ocasiona el traslado innecesario o el envío de pacientes a otros organismos de salud de mayor complejidad.

Evaluación de la Atención Primaria de Salud

La cuantificación de la cobertura con APS, es conceptual y metodológicamente difícil y por lo general las instituciones se refieren a la misma en términos cualitativos, señalando que mejoró la disponibilidad y accesibilidad de los servicios, pero sin manifestarlo cuantitativa y periódicamente.

Así, en los informes de evaluación de la estrategia APS se hace referencia a datos sobre cobertura de la población con servicios de salud. En forma más específica se expresan: datos de población con servicios de agua potable con conexiones en la vivienda o de fácil acceso, cobertura de inmunizaciones, atención de la comunidad por personal adiestrado, atención a lactantes, etc. Por otra parte, los indicadores de cobertura de servicios no suelen ser comparables entre instituciones, ya que provienen de diferentes métodos de estimación.

Una de las formas prácticas de conocer el valor que se le da a la APS es, por ejemplo, evaluar el grado de asistencia de los integrantes de la comunidad a los servicios de salud, su colaboración en el control de los roedores y su participación en programas de planificación familiar.

El control de la atención primaria de salud debe realizarse teniendo en cuenta que la misma persigue la felicidad y el bienestar humano, o sea, que pretende mejorar la calidad de la vida, lo que es difícil de realizar por los diversos valores morales y materiales involucrados y la realidad. Sin embargo, es necesario llevarla a la práctica.

Se recuerda que el control de la APS requiere de normas que permitan medir los cambios conseguidos, basándose en conocimientos básicos y en las prácticas fundamentales de salud existentes en cada comunidad; ello implica un diagnóstico de salud, lo que no siempre es fácil en la atención primaria de salud, pues la formulación de normas deben basarse en una información adecuada y fidedigna y con frecuencia sólo puede recurrirse a datos demográficos y estadísticas vitales. Las normas deben establecerse de acuerdo a los deseos y expectativas de la comunidad.

En forma explícita se puede decir que el control de la atención primaria de salud debe tener en cuenta: 1) que los servicios se otorguen donde sean necesarios, teniendo presentes aspectos geográficos, financieros, culturales y funcionales normas de accesibilidad, es decir, que se den a zonas o grupos marginados: 2) que se presten en forma total, no fragmentando sus componentes, sin separar la medicina preventiva de la medicina curativa norma de integración, lo que significa servicios de salud integrales y 3) que deben darse con una participación de la colectividad norma de participación; todo lo anterior dentro de un marco de igualdad social.

Es indispensable subrayar que uno de los componentes básicos de control de los servicios en el aspecto de capacitación del personal es el proceso de enseñanza aprendizaje, de ahí que debe existir una norma al respecto.

Desde otro ángulo, en el control se pueden contemplar normas relativas a estructura, desempeño y resultados. La estructura se ocupa de estudiar los recursos en relación a los problemas de salud en cuanto a número, características y propósitos; o sea, que tiene presente lo pertinente de los recursos, la capacitación de la comunidad y los recursos materiales existentes. El desempeño se ocupa de la determinación de acciones significativas a favor de la salud de los hombres, teniendo en cuenta su naturaleza y sucesión y relacionándose así con el abastecimiento de agua, el contenido de los programas de salud Materno Infantil y las acciones contra algunas enfermedades infecciosas como inmunizaciones. El resultado se ocupa de los productos finales, como mejoría o no en la alimentación, disminución o aumento de la mortalidad, incremento o disminución de la fauna nociva, etc.

Consideraciones Finales

La estrategia de APS ha sido adoptada por todos los países para fortalecer el sistema de salud, orientándose este proceso hacia el reforzamiento del nivel local del sistema de servicios con la introducción de esquemas de programación y de mecanismos de coordinación intra e intersectorial. Una expresión frecuente es la aplicación de esquemas administrativos basados en la descentralización y desconcentración de los servicios de salud. Hay experiencias en cuanto a la formulación de modelos de atención basados en la coordinación y utilización más racional de recursos institucionales a nivel local y regional. Por otra parte los países de América Latina y

el Caribe tienen experiencias importantes en la formación y capacitación de recursos humanos para realizar funciones en la APS, así como para introducir el concepto de APS en la preparación y formación de personal profesional de la salud.

En algunas partes hay criterios operativos, sociales y geográficos para determinar los grupos poblacionales menos atendidos y con mayor riesgo, a fin de que dispongan de los recursos necesarios en forma selectiva para mejorar la equidad en el otorgamiento de servicios.

Los programas más estrechamente vinculados a los componentes de APS, como la sobrevivencia infantil, el aprovisionamiento de agua, el saneamiento básico, la educación para la salud, el control de enfermedades inmunoprevenibles, el control de enfermedades transmitidas por vectores y la provisión de medicamentos básicos, han sido prioritarios en la asignación de recursos.

En algunos países se ha modificado o revisado la legislación sanitaria para formalizar o institucionalizar nuevos medios de coordinación, intra e intersectorial, se han reformulado los perfiles ocupacionales del personal de salud y se han determinado normas técnico-administrativas referentes a la descentralización de la gestión y reforzamiento de los SILOS.

La mejoría en la coordinación entre instituciones del sector es una meta común. Sin embargo, con pocas excepciones, es en general un proceso incipiente, particularmente la coordinación entre los servicios de los organismos de seguridad social y los ministerios de salud. En algunos países hay avances importantes como la formulación de un marco legal para la coordinación/integración de servicios hasta la elaboración de normas técnicas y administrativas comunes entre los organismos y la iniciación de modelos integrados de servicios multi-institucionales de tipo piloto. Los factores que obstaculizan la coordinación intersectorial son la resistencia de las burocracias institucionales, las diferencias normativas y conductuales entre los organismos, las discrepancias administrativas financieras, la carencia de normas jurídicas adecuadas y la multiplicidad de instituciones participantes.

La organización de referencia y contrarreferencia de pacientes, en la mayoría de los casos, no funcionan en forma apropiada y efectiva, en parte debido a que no hay una capacidad de respuesta adecuada en los distintos niveles de referencia. Hay algunas experiencias para establecer mecanismos para la referencia de pacientes con problemas específicos (alto riesgo de personas de tercera edad, sida, servicios auxiliares de diagnósticos, emergencias). En la casi totalidad de los países de América Latina y el Caribe los esquemas de descentralización y desarrollo de Sistemas Locales de Salud (SILOS) tienen en cuenta este aspecto como un renglón básico en sus planes y programas.

Como dijimos en Honduras desde hace tres años la Junta Directiva aprobó un nuevo programa que ha dado éxito y que es ampliamente conocido en otros países como México etc, denominado Atención Primaria en Salud Familiar y Comunitaria (PAISFC) el que a través de acciones coordinadas entre la Secretaría de Salud Pública y el IHSS se pueden ir resolviendo problemas como la compra mancomunada de medicamentos, transplante de órganos y sobre todo la atención de primer nivel de toda la familia, lo cual además de abaratar los costos nos ofrece un panorama de salud familiar rápido.

Algunos logros históricos de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 1900-2005

	Eventos mundiales	Eventos en las Américas
1900- década de 1950	<p>La conferencia de las Naciones Unidas celebrada en San Francisco acordó por unanimidad establecer una nueva Organización Internacional de la Salud con funciones autónomas (1945).</p> <p>Desarrollo del enfoque de Atención Primaria orientada a la Comunidad en Sudáfrica y Estados Unidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de la Oficina Sanitarias Internacional (1902). - Esperanza de vida: 55, 2 años (1950-1955).
Década de 1960	<ul style="list-style-type: none"> - Los médicos misioneros que trabajan en país en desarrollo crearon la Comisión Medica Cristiana. Enfatizaron en la capacitación de los trabajadores de salud de las comunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento acelerado de la capacitación de profesionales de salud y la inversión en infraestructura en las Américas. - Esperanza de vida: 65,06 años (1968, estimación).
Década de 1970	<ul style="list-style-type: none"> - Expansión del programa de los “médicos descalzos en china”. - Se establecen prioridades en cuanto a las necesidades básicas: alimentación, vivienda, agua, suministros, servicios médicos, educación y empleo. - Halfdan Mahler es elegido director general de la OMS. Durante su mandato respaldó eficazmente el trabajo comunitario (1973) - Primera conferencia de Población (1974) - La 28° Asamblea Mundial de la Salud establece como prioridad la creación de programas Nacionales en Atención Primaria de Salud (1975) - Conferencia Internacional de Alma Ata(1978) - Erradicación de la viruela (1979) - Atención Primaria de Salud Selectiva (1979) 	<ul style="list-style-type: none"> - El informe Lalonde, Canadiense formula el concepto de determinantes “no médicos” de la salud (1974) - Desarrollo de metas regionales de salud - Se desarrollan proyectos a pequeña escala de Atención Primaria dirigidos a la comunidad en Venezuela y en Centro América, además de otros países - Esperanza de vida: 66 años (1978).

<p>Década de 1980</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Salud para todos - La OMS pone en marcha un programa de lucha contra la infección por el VIH/SIDA. - Expansión de la Atención Primaria de Salud selectiva y de los programas verticales. - Conferencia de población (México, 1983) - Carta de Ottawa (1986) 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del Plan de Acción Regional. - Depresión económica - Deterioro de los servicios públicos - En algunos países se eligen gobiernos democráticos. - Dependencia de los donantes - Enfoque de sistemas de salud locales (SILOS) - Renovación de la participación comunitaria - Cobertura vacunal para el sarampión: 48% - Incidencia de sarampión: 408/1.000.000 - Esperanza de vida: 69, 2 años (1980-1985)
<p>Década de 1990</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo sostenible - Concepto de desarrollo humano - El Banco Mundial señala la necesidad de combatir la pobreza e invertir en salud - La reforma del sector de la salud promueve un paquete básico de servicios de salud - Cambio en el papel del Estado - Cumbre a favor de la infancia (Nueva York, 1990) - Cumbre de la Tierra (Rio de Janeiro, 1992) - Conferencia sobre Población y Salud Reproductiva (El Cairo, 1994) 	<ul style="list-style-type: none"> - Epidemia de cólera - Deterioro progresivo de las condiciones de vida y del entorno social y físico - Algunas reformas de salud fortalecen la Atención Primaria de Salud (Cuba, Costa Rica) - PIAS (Plan de Inversión en Ambiente y Salud) - Fin de las guerras civiles en Centro América - Erradicación de la polio en las Américas (1994) - Esperanza de vida: 72.0 años (1996)
<p>Década de 2000</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Expansión de la pandemia de infección por el VIH/SIDA - Creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis - Establecimiento de GAVI - Enfoque en la equidad en materia de salud - La salud se considera un bien social público y global - Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura vacunal contra el sarampión: 93% - Incidencia de sarampión: 2/1.000.000 - Esperanza de vida: 72.9 años (1995-2000) - Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

	- Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud - Carta de Bangkok (2005)	
--	--	--

Factores facilitadores y obstáculos para la implementación efectiva de La Atención Primaria de Salud en las Américas

Área	Factores facilitadores	Obstáculos
Visión o enfoque hacia la salud	<ul style="list-style-type: none"> - Enfoque integral hacia la salud y sus determinantes - Promoción de la salud comunitaria - Promoción de la responsabilidad individual, familiar y comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Visión fragmentada de los conceptos de salud y desarrollo - Indiferencia hacia los determinantes de la salud - Carencia de un enfoque preventivo y de autocuidado de la salud - Énfasis excesivo en la atención curativa y especializada - Operatividad insuficiente de los conceptos de Atención Primaria de Salud - Diversidad de interpretaciones de la Atención Primaria de Salud
Características de los sistemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura universal como parte de la inclusión social - Servicios basados en las necesidades de la población - Funciones de coordinación en todos los niveles - Atención basada en la evidencia y la calidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Reformas de salud que han dividido a la población basándose en su capacidad de pago de los servicios de salud - Segmentación entre los sectores públicos, de seguridad social y privado - Falta de coordinación y de sistemas de referencia - Capacidad normativa deficiente
Liderazgo y gestión	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación periódica del desempeño - Procesos de reforma participativos - Identificación correcta de las prioridades sectoriales - Practicas de construcción de consenso - Integración de la cooperación local y mundial 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de compromiso político - Centralización excesiva de la planificación y la gestión - Liderazgo débil y falta de credibilidad ante los ciudadanos - Movilización de intereses opuestos a la Atención Primaria de Salud

	<p>Sistemas de información de salud y de gestión fortalecidos e integrados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participación comunitaria limitada y exclusión de otras partes interesadas
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> - Énfasis en la calidad y el mejoramiento continuo - Educación profesional continua - Desarrollo de equipos multidisciplinarios - Promoción de la investigación 	<ul style="list-style-type: none"> - Condiciones inadecuadas de empleo - Desarrollo deficiente de competencias - Interés limitado en la investigación operativa y el desarrollo - Pobre utilización de técnicas de gestión y comunicación - Predominio de los enfoques curativo y biomédico
Condiciones financieras y macroeconómicas	<ul style="list-style-type: none"> - Políticas para garantizar el financiamiento adecuado a lo largo del tiempo - Sistemas para la asignación y utilización eficientes y equitativas de los recursos - Políticas macroeconómicas más sólidas a favor de la población pobre y vulnerable 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de sostenibilidad de la Atención Primaria de Salud - Gasto público concentrado en especialistas, hospitales y alta tecnología - Inadecuación de los presupuestos asignados a la Atención Primaria de Salud - Globalización e inestabilidad económica
Cooperación internacional enfocada al sector de la salud	<ul style="list-style-type: none"> - Atención Primaria de Salud refleja los valores sociales y las necesidades de salud de la población - Atención Primaria de Salud es un elemento fundamental de las políticas nacionales de salud - Las reformas fortalecen el papel rector del Estado - Marcos políticos y legales para las reformas en materia de salud - Políticas de descentralización progresiva - Las reformas de salud fortalecen los sistemas de salud, más que debilitarlos 	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategias y prioridades dirigidas a enfermedades específicas - Valores sociales no considerados en las iniciativas de la reforma - Objetivos no realistas y limitados en el tiempo, que no reflejan las prioridades de la población - Escasa continuidad de las políticas de salud - Enfoques excesivamente verticales y centralizados - Transferencia de costos a los ciudadanos sin suficiente consulta.

1. Situación Demográfica y Normativa del Seguro de Pensiones

1.1 Marco Normativo

El Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte que administra el IHSS constituye uno de los tres seguros que dicho Instituto administra. Su creación se dio mediante el Decreto N°140 del 3 de julio de 1959, en la que se estableció en particular que la cobertura era progresiva. El sistema de financiamiento era el de capitalización parcial con prima escalonada, lo que quiere decir que la prima a cotizar está sujeta a modificarse si las condiciones actuales o futuras así lo requieran, todo esto con base en los estudios actuariales. La administración recae en la Gerencia de Pensiones, situada en las oficinas centrales del Instituto, ubicada en Tegucigalpa y auxiliada por las sucursales en donde el IHSS tenga cobertura. Al igual que en los otros seguros, las decisiones sobre modificación de techos de cotización, prima a cotizar, perfil en los beneficios, etc. son tomadas por la Junta Directiva del IHSS, máximo órgano del Instituto.

Las principales características del seguro son las siguientes:

- (a) Población cubierta: El Seguro de IVM distingue dos grandes grupos de asegurados: los del Régimen Obligatorio, compuesto básicamente por los trabajadores asalariados, como los funcionarios públicos; y los asegurados del Régimen Especial y de Afiliación Progresiva, en donde se pueden observar once categorías, entre las que destaca los trabajadores que laboran en forma independiente o por cuenta propia, los trabajadores domésticos, entre otros.
- (b) Financiamiento: Constituyen fuentes de financiamiento del Seguro Social, las cotizaciones, las contribuciones del Estado, el producto de las inversiones, las multas y recargos, las donaciones y cualesquiera otros recursos que por ley le sean asignados al Instituto.
- (c) Tasa de cotización: Para los asegurados obligatorios, la prima vigente es del 3.5% sobre el salario del trabajador, porcentaje aportado en forma tripartita de la siguiente forma: 2% del patrono, 1% del trabajador y 0.5% del Estado como tal. En el caso de los asegurados voluntarios, la distribución de la prima es como sigue: 3% a cargo del trabajador y 0.5% del Estado como tal, calculados estos sobre el salario declarado por el trabajador, considerando el salario mínimo establecido por el IHSS.
- (d) Política de inversiones: Los fondos de los seguros sociales en general, se deberán invertir en las mejores condiciones de rentabilidad, seguridad y liquidez, con preferencia a aquellas con mayor utilidad social y económica. La cartera de inversiones contempla obras que contribuyan directamente al cumplimiento de los fines del Instituto, títulos de deuda pública del Estado y bonos y cédulas del Estado y de entidades autónomas.
- (e) Beneficios del seguro: Los cotizantes directos al seguro IVM podrán optar, previo cumplimiento de los respectivos requisitos, del disfrute de prestaciones económicas en la forma de una anualidad mensual en los casos de invalidez y vejez. Además, en caso del fallecimiento de un trabajador activo en el sistema o pensionado, las sobrevivientes viudas, huérfanos y/o ascendientes, tendrán derecho a una pensión.

Es importante destacar que la prima del 3% sobre los salarios establecida en el reglamento para financiar al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte del IHSS es baja si se compara con los estándares internacionales en materia de planes de pensiones públicos. En el caso del Régimen del Sistema de Pensiones Público de El Salvador (SPP) la prima cotizada es del 13% y del 14% dependiendo del tipo de asegurado; en Costa Rica la prima cotizada sobre los salarios es del 7.5% (que ya se considera baja) no obstante se tiene programado vía reglamento aumentarla gradualmente hasta alcanzar el 10.5% para el año 2035; el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de Nicaragua tiene una prima del 10% sobre los salarios; República Dominicana del 7.50%, el

caso de México con una prima del 11%; Colombia con un 13% como prima y por último el plan de pensiones de Uruguay con un 15% como prima de cotización, entre otros ejemplos. El hecho de mantener una prima de cotización baja incide negativamente en las posibilidades financieras del régimen, en las posibilidades de mejorar el perfil de beneficios y particularmente en la suficiencia del monto de la pensión medida por medio de la tasa de reemplazo.

1.2 Perfil de Beneficios

El Seguro de IVM cubre los riesgos de invalidez y vejez mediante el pago mensual de una renta determinada, además del riesgo de muerte del asegurado mediante el pago de una renta temporal o permanente a los sobrevivientes (viudas, huérfanos y ascendientes) en las proporciones que se encuentran establecidas reglamentariamente. Cada población de beneficiarios posee su propio esquema de requisitos, tanto para iniciar del disfrute del beneficio, como para mantener su continuidad.

Una vez presentada la solicitud de pensión por parte del potencial beneficiario, se procede a calcular el Salario Promedio de Referencia o Salario Base (SB), que es definido como el promedio de los últimos 180 salarios cotizados actualizados con el Índice de Pensión y Cotización (IPC) (15 años aportados al régimen)

El perfil de beneficios y requisitos de cada uno de los riesgos se detallan a continuación:

1.2.1 Riesgo de vejez

Para tener derecho a la pensión por vejez, la edad mínima requerida es de 65 años para los hombres y de 60 para las mujeres. Se requiere además 180 cuotas mensuales (15 años de aportes). El asegurado puede postergar su retiro, o bien, solicitar la devolución del aporte obrero en la forma de un pago único, en el caso de que cumpla la edad requerida pero no cuente con las cuotas suficientes.

La fórmula para calcular la pensión por vejez considera los siguientes elementos:

1. Una cuantía básica del 40% del Salario Base.
2. Una cuantía adicional del 1% del Salario Base por cada año cotizado en exceso de los primeros cinco años cotizados y hasta que cumpla los requisitos de edad y cuotas.
3. Una cuantía por postergación del 3% por cada año postergado.

Además, la pensión está sujeta a un tope mínimo del 50% y un tope máximo del 80% del Salario Base. Nótese la diferencia de cinco años a favor de las mujeres con respecto a los hombres en cuanto al requisito mínimo de edad para acceder a una pensión por vejez.

1.2.2 Riesgo de invalidez

De acuerdo con el artículo 105 del reglamento, el estado de invalidez se presenta cuando el asegurado no sea capaz de procurarse una remuneración de, al menos, el 35% de la que le correspondería en caso de estar sano y tomando en cuenta el salario de otros trabajadores con labores similares en la misma región. Por su parte, el asegurado debe contar con al menos 36 cotizaciones mensuales dentro de los seis años anteriores a la declaratoria del estado de invalidez, o bien, ocho cotizaciones mensuales en los últimos dos años si la invalidez fuera provocada por causa de un accidente.

La fórmula para calcular la pensión de invalidez es la misma que en el caso de vejez, excepto que el beneficio de postergación no opera en este caso. A la pensión resultante, se multiplica por el porcentaje de invalidez determinado por la Comisión de Invalidez del Instituto. Si el individuo presenta “gran invalidez”, es decir, si requiere la ayuda de alguien para realizar los actos esenciales de la vida entonces el asegurado tendrá derecho a recibir un beneficio extraordinario no superior al 50% de la pensión originalmente calculada. Sin embargo, en si luego el pensionado

origina pensión de sobrevivencia, dicha cuantía extra no será tomada en cuenta para el cálculo de las pensiones de sobrevivencia.

1.2.3 Riesgo de viudez

El fallecimiento de un asegurado directo (activo o pensionado) se genera el derecho de una pensión de viudez. El artículo 126 establece los casos en donde la sobreviviente no tiene derecho a solicitar una pensión de viudez. La pensión por viudez se define como el 40% de la que recibía el pensionado o de la que hubiese recibido si se hubiera pensionado por invalidez o por vejez, de acuerdo con las condiciones particulares. La pensión por viudez termina en caso de segundas nupcias, en cuyo caso, tendrá derecho a recibir un pago único de doce mensualidades de la pensión que esté recibiendo. Tiene derecho a recibir pensión vitalicia de viudez la viuda(o) o compañera(o) debidamente acreditada(o) ante el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

Aquí pareciera que no se da la condicionante de que la viuda(o) o compañera(o) deba depender económicamente del asegurado fallecido. Además, aunque en principio el término “débidamente acreditada(o)” pareciera restringir el derecho al disfrute a una pensión de viudez solamente a quien realmente lo necesite, en la práctica es muy permisible, dado que sólo depende de quién declare el asegurado como “compañera(o)”. Eso puede degenerar en dos situaciones que no son deseables desde el punto de vista financiero y de objetivos. El primero, es que como se deja al asegurado decidir a la libre quién es la compañera(o) puede darse el caso de que éste nombre alguien que no necesariamente sea su esposa(o) o compañera(o), lo que puede degenerar en desprotección tanto de la viuda con derecho como de los hijos de los que depende económicamente, no obstante sería otra persona la que esté disfrutando la pensión. La otra situación es que, con el fin de aprovechar más tiempo la pensión de viudez, el asegurado declare a alguien que no sea su esposa(o) o compañera(o) y que sea más joven, por ejemplo, la hermana de la esposa. Dado que es una pensión vitalicia, no sólo es costoso para ambos sistemas de pensiones y salud, sino que incentiva a la joven a no afiliarse al seguro.

1.2.4 Riesgo de orfandad

La pensión por orfandad se otorga a los menores de catorce años de edad sobrevivientes a un afiliado o de un pensionado. Sin embargo, puede ser prorrogada hasta los 18 años bajo la condición de que se encuentre estudiando. La cuantía del beneficio equivale al 20% de la pensión que recibía el pensionado o bien de la que hubiera recibido el asegurado en caso de haberse pensionado por invalidez o vejez. Sin embargo, si el menor es huérfano de padre y madre, dicho porcentaje aumenta a un 40%. Es causal del término de la pensión de orfandad, las nupcias así como el cese de los estudios en el caso de los huérfanos a los que les fue prorrogado el beneficio por ese motivo.

1.2.5 Riesgo de ascendencia

En caso de que no existan sobrevivientes de viudez u orfandad, el régimen de IVM otorga pensión para el padre o la madre. El monto de la pensión de cada uno de ellos será del 20% de la que recibía el pensionado o de la que hubiese recibido si se hubiera pensionado por invalidez o por vejez, de acuerdo con las condiciones particulares.

Un común denominador de las pensiones de sobrevivencia es que el reglamento no considera que el potencial beneficiario no dependa económicamente del asegurado fallecido. Debe tenerse presente que uno de los principios que rigen un seguro de pensiones es el de la solidaridad con las poblaciones que son menos favorecidas, además de que se debe partir del hecho de que los recursos financieros de todo sistema de pensiones público son limitados.

1.3 Poblaciones Actuales de Cotizantes y Pensionados

De acuerdo con la información suministrada por la Gerencia de Pensiones del IHSS, al mes de agosto del 2007 el seguro de IVM contaba con un total de 485.575 cotizantes, de los cuales se les pudo identificar la edad por medio de una muestra de alrededor de 182,000 registros, lo que en términos estadísticos, es una buena muestra. Al considerar una Población Económicamente Activa (PEA) de 3.1 millones de trabajadores para el año 2008, se tiene una cobertura contributiva del 15.7%, lo que se considera relativamente bajo.

Por otro lado, la población de pensionados en curso de pago, para el mes de agosto del 2008, alcanza los 18,500, de los cuales, 10,500 son de vejez; 1,900 del riesgo de invalidez, y los restantes 6,100 del riesgo de muerte. Por lo tanto, el ratio de soporte demográfico es de 25.5 activos por cada pensionado, lo que se espera que con el tiempo vaya disminuyendo.

El salario medio de los cotizantes resultó de L. 3.946, con un techo de cotización de L. 4,800 que es alrededor de dos salarios mínimos. La pensión media por riesgo resultó de L.1.128, 19 para el riesgo de vejez; L.980, 02 para el riesgo de vejez; L.428, 17 para el riesgo de viudez; L. 232,52 para el riesgo de orfandad y finalmente de L.208, 35 para las pensiones de ascendentes.

2. Situación Financiera del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte

El análisis financiero se basa en los datos oficiales de la Gerencia de Registros Contables del IHSS. Dicho análisis se hace en forma retrospectiva y observa la evolución reciente de figuras contables como activos, pasivos y reservas, así como los ingresos y gastos por rubro. Los estados financieros son la materia prima, de los que sólo se presenta el resumen de las principales variables. El período observado fue el periodo 2004 - 2006.

El equilibrio actuarial y financiero de un seguro de pensiones es determinado por un conjunto de variables o factores que interrelacionan entre sí. Esos factores pueden dividirse en dos grandes grupos: los factores endógenos y los factores exógenos. Los primeros son aquellos inherentes con la evolución propia del régimen, por ejemplo, el perfil de requisitos y beneficios. Las variables exógenas por su parte, tratan de aspectos como las decisiones que se tomen a nivel del Gobierno Central y que influyen en forma indirecta en el programa, como por ejemplo: políticas salariales, el tema del empleo y las metas del gobierno de turno.

La información de los estados financieros de los últimos años muestra el comportamiento del flujo de ingresos y gastos, el cual se toma como punto de partida para las proyecciones actuariales de mediano y largo plazo.

Los datos oficiales de la Subgerencia de Registros Contables del IHSS, indican que el activo del Seguro de IVM pasó de L. 5,148.8 millones a L. 7,490.0 millones, unos US\$395 millones al tipo de cambio actual, en término de dos años y medio, es decir, un incremento del 16.2% anual en ese período.

Es importante destacar que se observa que la metodología para presentar el balance general cambió para el año 2006, específicamente en lo que concierne con el rubro de “mensualidades pagadas”. Asimismo, se nota un cambio durante el primer semestre del año 2008, en los rubros “Pasivo” y “Patrimonio”, pues el primero aumentó de L. 510.7 millones a diciembre del 2006 a L. 3,035.2 millones a junio del 2007 (L. 2,524 millones más), mientras que el segundo cayó de L. 6,532.7 millones a L. 4,453.7 millones (L. 2,079 millones menos) en ese mismo período.

Debe tenerse presente que los estados financieros reflejan solamente la situación del régimen en el corto plazo, no obstante el objetivo del presente estudio es analizar posibles tendencias de largo plazo tanto de las poblaciones que componen el Seguro de IVM, así como los probables ingresos y gastos que se tendría en caso de adoptar un determinado juego de hipótesis actuariales. Para tal fin, se tiene a mano una serie de indicadores que resumen la situación anual

del régimen como lo son:

1. **Radio de soporte demográfico o carga pensional**, que nos dice cuántos activos cuenta el régimen por cada pensionado en curso de pago. Este indicador tiene más un significado demográfico, no obstante está íntimamente relacionado con el costo del programa. Una situación ideal es que el radio de soporte mantenga un nivel alto. Actualmente el Seguro de IVM presenta un radio de soporte de 28.8 activos que cotizan por cada pensionado en curso de pago.
2. **Costo actuarial**, definido como el cociente de los gastos totales del año entre la masa salarial sobre la que se calculan las cotizaciones. Indica qué tan costoso se va haciendo el programa conforme este evoluciona con el tiempo. Se puede interpretar como la prima que se debería cobrar en caso de que no existiera la reserva, por lo que también se llama prima pura o prima de reparto. Naturalmente, una situación ideal es que el costo sea bajo. Actualmente, el costo actuarial del Seguro de IVM es de 1.62% respecto a la masa salarial, es decir, alrededor de la mitad de la prima que actualmente está vigente.
3. **Cociente de reserva**, definido como el cociente de la reserva al inicio del año y los gastos estimados para ese año. Su interpretación es como sigue: suponga que el plan se termina, entonces ¿cuántos años puede seguir el régimen pagando las pensiones en curso de pago? Por lo anterior, el cociente de reserva mide de alguna forma la suficiencia de recursos acumulados a cierto año por el régimen. Actualmente, el Seguro de IVM presenta un cociente de reserva de 18.5. Una situación ideal es que el cociente de reserva se mantenga alto.
4. **Tasa de reemplazo de las pensiones nuevas de vejez**, el cual es un indicador muy importante que nos dice cuánto se espera que los nuevos pensionados de vejez lleguen a recibir con respecto al último salario con que venían cotizando, en promedio. Está íntimamente relacionado con el principio de integridad mencionado en secciones anteriores. Una tasa de reemplazo del salario debe ser alto. Son muchas las variables que interactúan para llegar a construir este indicador, entre las que destaca el perfil de beneficios y requisitos.

Estos conceptos serán medulares en el desarrollo del estudio, así como en los resultados de las proyecciones actuariales.

3. Proyecciones Actuariales del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte

3.1 El Método de Proyecciones Demográficas y Financieras

El método utilizado en la presente evaluación actuarial es el denominado Método de Proyecciones Demográficas y Financieras (o método PDF) que consiste en proyectar en forma anual, dos grupos de variables. El primer grupo consiste en las poblaciones que componen el plan de pensiones, a saber, las poblaciones de cotizantes y las poblaciones de pensionados por riesgo, de las que puede determinar un importante indicador como lo es, el radio de soporte demográfico. En la parte financiera, se proyecta el flujo de ingresos (cotizaciones e intereses) y el flujo de gastos (pago de pensiones y gastos administrativos), los que generan por su parte, la probable evolución del nivel de la reserva. En este último grupo de proyecciones se deduce el cociente de reserva, que es un indicador de la suficiencia de las reservas existentes para atender las obligaciones del plan.

Es importante mencionar que el método de proyecciones es recomendado en el ámbito internacional para este tipo de valuaciones actuariales, dado que permite anticipar con suficiente tiempo, el impacto de variar niveles de beneficio, primas a cotizar, techos de cotización, etc. El fundamento teórico de este método actuarial se puede encontrar en “*Métodos y Técnicas Actuariales de la Seguridad Social*”, del Dr. Peter Thullen. Dado que el

método de financiamiento del seguro de IVM es de Capitalización Parcial con primas escalonadas, el conocimiento de la probable evolución anual del flujo de ingresos y gastos que se obtiene en el método de proyecciones, ayuda a modificar, con antelación, el perfil de requisitos y beneficios con el fin de darle sostenibilidad actuarial y financiera de largo plazo al plan de pensiones.

El método de proyecciones se alimenta de una serie de variables e hipótesis. Es posible clasificar el conjunto de variables iniciales en cinco grupos:

- a) **Variables demográficas iniciales:** se refiere a las poblaciones iniciales como lo son los cotizantes distribuidos por edad simple y antigüedad; los pensionados en curso de pago distribuidos por riesgo y edad simple; Población Económicamente Activa distribuida por edad simple;
- b) **Variables financieras iniciales:** salario promedio inicial de los cotizantes distribuido por edad simple y pensión promedio de los pensionados iniciales distribuido por riesgo y edad simple;
- c) **Hipótesis demográficas:** entendido como los parámetros biométricos que describen la probable evolución de las distintas poblaciones involucradas en el régimen de pensiones como lo son probabilidades de muerte, supuestos de cobertura, tasas de entrada de jubilados e inválidos, probabilidad de que una viuda o un huérfano deje de recibir la pensión por una causa particular, etc.
- d) **Hipótesis financieras:** se refiere a las perspectivas sobre inflación anual de largo plazo, crecimiento de las pensiones y los salarios, supuestos en cuanto al tema de los techos de cotización y tasa de rendimiento de las inversiones.
- e) **Parámetros reglamentarios:** perfil de beneficios y requisitos propios del plan a evaluar.

Se sigue como regla general el hecho de que el juego de hipótesis sea consistente con el contexto en el que se desarrolla el plan a evaluar, así como las condiciones macroeconómicas del país. Por último, el período de proyección toma como año inicial el 2006 y como año final el 2050.

El programa informático utilizado para elaborar las proyecciones actuariales de los distintos escenarios fue el programa construido por el consultor en el mes de diciembre del 2005 como parte del proyecto de extensión de cobertura y su impacto actuarial en el largo plazo.

3.2 Bases Técnicas

Como se mencionó anteriormente, el método de proyecciones considera como punto de partida las bases de información obtenidas de distintas dependencias, particularmente las suministradas por el Departamento de Pensiones del IHSS, estadísticas realizadas por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), estadísticas poblacionales del Instituto Hondureño de Estadísticas y Censos (INE) y estudios de la seguridad social de Honduras.

En este punto, es importante que el Departamento de Pensiones del IHSS continúe con el proceso recopilación y construcción de bases de datos que luego serán la materia prima para construir los insumos necesarios en subsiguientes evaluaciones actuariales.

3.2.1 Variables demográficas iniciales:

Población total de Honduras período 2007-2050

Población Económica Activa (PEA)

Población cotizante al Seguro IVM

Pensionados en curso de pago por riesgo

La población nacional para el período 2006-2050 se tomó del Boletín demográfico del CEPAL, titulado “*América Latina y Caribe: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050*”.

La Población Económicamente Activa, por su parte, se tomó de la proyección del CELADE, en su boletín demográfico “*América Latina: Población Económicamente Activa total y tasas de crecimiento anual, por países 1980-2025*”. La tasa de participación de la población nacional para el 2007 es de 40.3%, y de 49.0% para el año 2025. Se supone que dicho ritmo de crecimiento se mantiene por el resto del período de proyección, por lo que se espera que la tasa de participación de la población nacional para el año 2050 alcance el 60%.

En cuanto a la población inicial de activos, dicha información fue facilitada por el Departamento de Pensiones del IHSS. De acuerdo con la información del mes de agosto del 2007, existen 485,575 cotizantes al Seguro IVM. La distribución por edad simple se hizo por medio de una muestra de 182 mil registros a los que se le pudo identificar dicha variable (muestra de 37.5% del total de cotizantes).

En cuanto a la proyección de las nuevas generaciones, es importante mencionar que dichas poblaciones se calculan como la diferencia entre el total de activos proyectados a partir de las hipótesis de cobertura y la población de activos sobrevivientes. Por su parte, para la distribución de las nuevas generaciones por edad simple, se supone que 6 de cada 10 trabajadores cubiertos por el seguro IVM entra al sistema antes de cumplir los 30 años de edad. La edad donde se concentra la mayoría de entrantes es 19 años.

La información sobre los pensionados en curso de pago y distribuidos por riesgo del Seguro de IVM fue suministrada por la Gerencia de Pensiones. Se tiene un total de 1.962 pensionados por invalidez, 10.810 pensionados de vejez, 5.473 pensionados por viudez y 714 pensionados por orfandad.

3.2.2 Hipótesis demográficas:

Tasa de participación de la Población Nacional

Tasa de cobertura de la PEA

Tabla de mortalidad por sub-población asegurada

Tasas de nuevos pensionados de vejez e invalidez

Parámetros biométricos asociados al riesgo de viudez

Parámetros biométricos asociados al riesgo de orfandad

La tasa de participación de la PEA respecto de la población nacional en el campo laboral es de aproximadamente el 37% para el año 2007, según datos disponibles. En todos los escenarios, se supone que en el largo plazo dicho porcentaje crece paulatinamente hasta alcanzar el 60% en el 2050.

La cobertura inicial es del 15.7% respecto de la PEA. En el largo, la cobertura depende exclusivamente de las perspectivas o metas respecto al nivel de protección del seguro. El escenario base parte del supuesto de que hacia el año 2050 la cobertura crece hasta alcanzar el 25%, lo que se considera una posición de cobertura baja. Los otros escenarios consideran tasas de cobertura del 35% y del 50%.

Las tasas de mortalidad fueron calculadas a partir de las tablas disponibles en el sitio electrónico del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). Puesto que dichas tablas estaban por quinquenios, se utilizó el método de Beers para calcular la mortalidad por edad simple. Las tasas de entrada de nuevos inválidos y jubilados, por edad simple y sexo se estimaron a partir de un proceso de calibración que garantizará la reproducción de la experiencia estadística observada en el IHSS de los nuevos pensionados por riesgo (las altas) entre los meses de marzo del 2006 y octubre del 2007 (20 meses de experiencia), información que fue proporcionada por la Gerencia de Pensiones. Las tasas de nuevos jubilados y nuevos inválidos se calculan con base en las

pensiones nuevas otorgadas en los últimos 20 meses. La proporción de casados fue calculada a partir de la Estadística Nacional de Ingresos y Gastos de Honduras (ENIGH) 1998-99, en donde se presenta la población total por estado civil y edad. El promedio de hijos por asegurado y las matrices de edades correlativas, así como las tasas de decremento de viudas y huérfanos, se basan en ajustes de calibración que se verifican contra los actuales beneficiarios por muerte.

3.2.3 Variables financieras iniciales:

- 11 *Salario promedio inicial de los cotizantes*
- 12 *Pensión promedio inicial por riesgo*

El dato sobre el salario promedio de los activos proviene de los datos suministrados por la Gerencia de Pensiones del IHSS. Para el mes de agosto del 2007 el salario medio cotizable general fue de L. 3,897.77. La distribución del salario promedio por edad simple que es requerida por el modelo de proyecciones se construyó a partir de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, de donde se identificó una muestra del 46% de la población cotizante con ayuda del paquete estadístico Sistemas de Previsión de Seguridad Social (SPSS).

La pensión promedio de los beneficiarios iniciales proviene asimismo de las estadísticas disponibles de la Gerencia de Pensiones del IHSS. En el mes de agosto del 2007 la pensión media de un pensionado de vejez fue de L. 1,128,19; la de invalidez de L. 980,02; la pensión media de los pensionados de viudez fue de L. 428,17; la pensión media de los huérfanos de L. 232,52 y finalmente, la pensión media de los ascendientes de L. 208,35 mensuales. Esas pensiones no consideran el gasto en el Seguro de Salud ni gastos administrativos, dado que en las proyecciones financieras estos rubros se calculan por aparte.

3.2.4 Hipótesis financieras:

- 13 *Incremento en el salario cotizable y techos de cotización*
- 14 *Tasa de revalorización del monto de las pensiones*
- 15 *Tasa anual de inflación de los precios*
- 16 *Tasa de rendimiento de las inversiones*
- 17 *Gastos administrativos y del Seguro de Salud de los pensionados*

El incremento de los salarios sobre los que se cotiza, una de las principales variables por su impacto en las proyecciones financieras, está determinada por el techo de cotización vigente (actualmente de L. 4,800), por lo cual queda sujeta a la hipótesis adoptada en cuanto a ese tope máximo. En principio, se adopta el supuesto de que los salarios crecen un punto porcentual por encima de la tasa anual de inflación. La tasa de inflación en el largo plazo se supone en un 6.0% anual, esto considerando las Proyecciones y Metas Macroeconómicas de corto plazo del Programa Monetario 2007-2008 del Banco Central de Honduras.

Por su parte, el techo de cotización adopta distintos escenarios. El escenario base asume que el actual techo de cotización de L.4.800 se mantiene invariable en el tiempo (decreciente en términos reales); un segundo escenario es asumir que ese techo es de L 4.800 constante en términos reales respecto a la inflación estimada, o sea se trata de un techo de cotización dinámico. Por último, se adopta la hipótesis de que el techo de cotización se incrementa hasta alcanzar cierto número de salarios mínimos y que luego se ajusta conforme a los salarios.

En cuanto a la revalorización de las pensiones, un aspecto que debe tomarse en cuenta es que una política de no incrementar el monto de las pensiones pareciera no sostenible socialmente en el mediano y largo plazo. Por lo tanto, se ha adoptado la hipótesis de que estas se revalorizan al mismo ritmo que la inflación.

La tasa de rendimiento de las inversiones se asume en dos puntos porcentuales nominales por encima de la inflación, es decir, alrededor de 1.86% de rendimiento anual real en el largo plazo.

El gasto en el Seguro de Salud se supone en un 15% respecto del pago en prestaciones económicas de los pensionados. En cuanto a los gastos administrativos, que actualmente representan el 0.43% respecto de la masa salarial sobre la que se cotiza. Debe mencionarse que los Gastos Administrativos no deben depender de los resultados particulares de las distintas proyecciones, dado que por ejemplo, los salarios de los empleados del IHSS deberían ser independientes de dichos resultados. No obstante, es natural pensar que en tanto el régimen de pensiones vaya madurando, los gastos administrativos disminuyen en términos porcentuales sobre alguna base adecuada. Se supone que los gastos administrativos decrecen en términos relativos con respecto a una masa salarial proyectada por aparte solamente para este fin suponiendo que su valor se actualice con la inflación de forma tal que para el año 2050 se tenga un gasto administrativo equivalente al 0.10% de la masa salarial cotizante.

3.2.5 Parámetros reglamentarios:

Perfil de beneficios y requisitos

Fuentes de financiamiento

Método de financiamiento

La fórmula para calcular el beneficio, así como las condiciones para acceder a una pensión determinada fue descrita en las secciones 2.2 y 2.3. La prima cotizada reglamentaria es del 3.5% sobre los salarios reportados y pagada en forma tripartita: 1% trabajador, 2% los patronos y 0.50 % el Estado como tal. No obstante, históricamente el Estado no ha cumplido con su parte, por lo cual se ha considerado en los escenarios un 3.0% como prima de cotización.

Las fuentes de financiamiento son las cotizaciones provenientes de los trabajadores, de los patronos y del Estado en su condición de patrono, los productos de las inversiones y en menor grado, del rubro de “otros ingresos” como lo son las multas.

El método de financiamiento es el de capitalización colectiva por medio de primas escalonadas. El Seguro cubre los riesgos de vejez, invalidez y sobrevivencia, según las condiciones que establece para cada régimen de protección la Ley de Seguro Social vigente.

Resumen del Estudio Actuarial y Propuesta de ajuste del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte

Objetivos

1. Medir el impacto actuarial y financiero en el largo plazo de ajustar los techos de cotización o mantenerlos fijos.
2. Analizar el perfil de requisitos y beneficios del plan a la luz de los ideales del Seguro Social.
3. Analizar el impacto adicional de aumentar la cobertura, además de establecer un aumento escalonado en la prima.

Situación del Régimen al 31/12/2008

El Seguro de IVM puede considerarse un régimen joven dado que el radio de soporte demográfico es alto y el cociente de reserva es alto.

Situación Demográfica

- PEA = 3.1 millones
- 481.575 cotizantes al Régimen
- Cobertura sobre la PEA = 16%

- 18.996 pensionados
- Carga pensional = 25.3
- Distribución relativa de los pensionados:
 - Vejez = 66%
 - Invalidez = 11%
 - Muerte = 23%

Los estados financieros reflejan una situación de estabilidad financiera de corto plazo, pero que puede verse seriamente comprometida en el largo plazo.

Situación Financiera (en millones)

- Gasto 2008 = L. 365
- Masa salarial = L. 23.543
- Prima pura = 1.55%
- Reserva = L. 6.943
- Cociente de Reserva = 18.9
- Distribución relativa del gasto:
 - Vejez = 66%
 - Invalidez = 11%
 - Muerte = 23%

Método de Valuación utilizado

- El método utilizado en la Valuación Actuarial fue el de Proyecciones Demográficas y Financieras.
- A partir de una serie de variables iniciales e hipótesis demográficas y financieras, se proyecta el flujo de ingresos y gastos en periodo largo.
- Usualmente se tienen varios escenarios

Escenarios

- Escenario Base: El techo de cotización se supone fijo en L. 4.800 (decreciente en términos reales). Legislación constante.
- Escenario Alternativo: El techo de cotización se ajusta a cinco salarios mínimos. Cobertura=50%. Prima=10% para el 2024

Ajuste del techo de cotización en el Escenario Alternativo

Año	Número de salarios mínimos	Techo de cotización en lempiras del 2007
2007	2 ⁽¹⁾	4.800,00 ⁽¹⁾
2008	3	7.462,80
2009	4	9.950,40
2010	5	12.438,00
2011 y siguientes	5	Se ajusta con respecto al incremento de los salarios

(1) dos salarios mínimos = L. 4.975,20

Otras hipótesis utilizadas

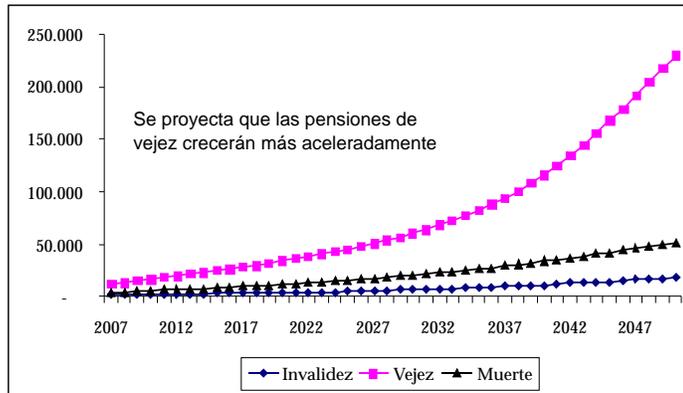
- Bases biométricas construidas con base en la experiencia de los últimos 20 meses y datos del INE.
- Poblaciones iniciales de cotizantes y de pensionados al 31/12/2008.
- Proyecciones en lempiras a la fecha de corte.
- Reservas de Pensiones = Inflación

- Crecimiento de Salarios = 1% real
- Rendimiento de Inversiones = 2% real
- Prima del 3% y escalonada hasta llegar al 10% en el año 2024.

Resultados de la Valuación Actuarial

Escenario Base:

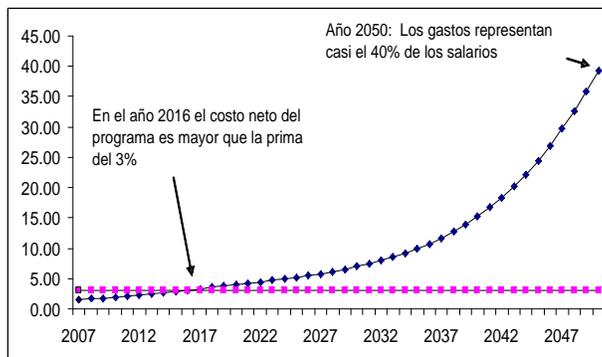
Proyecciones demográficas de pensionados por tipo de riesgo



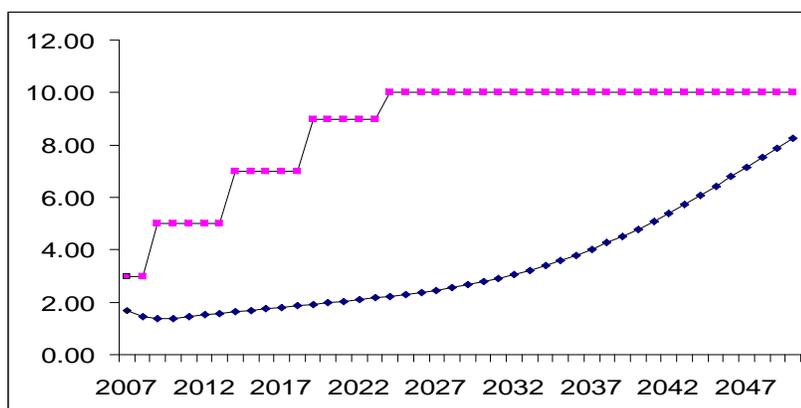
Gasto total como porcentaje de la Masa Salarial (costo actuarial)

Año	Escenario Base	Escenario Alternativo
2007	1.59	1.69
2009	1.79	1.39
2010	1.90	1.38
2015	2.89	1.69
2020	3.98	1.98
2025	5.20	2.30
2030	6.97	2.78
2035	9.94	3.58
2040	15.20	4.79
2045	24.42	6.42
2050	39.28	8.24

Costos Actuariales del Escenario Base



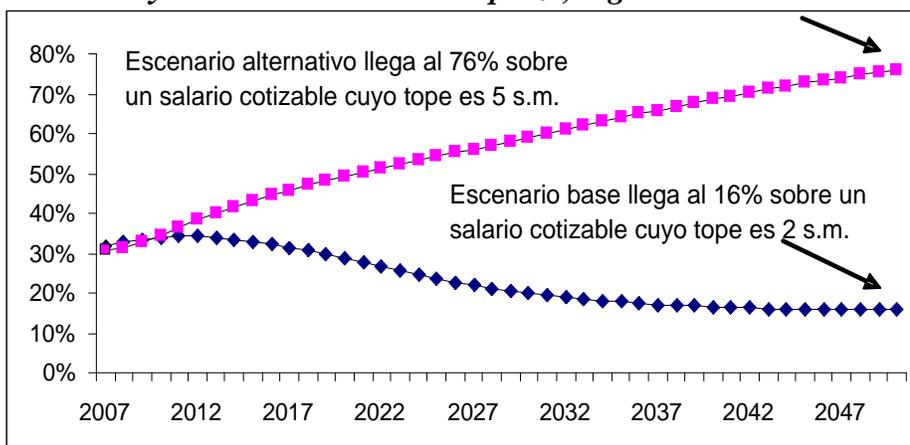
**Costos Actuariales del Escenario Alternativo
(comparación con la prima escalonada)**



**Tasas de reemplazo de las pensiones de vejez
con respecto al salario promedio de cotización**

<i>Año</i>	<i>Escenario Base</i>	<i>Escenario Alternativo</i>
2007	32%	32%
2008	33%	31%
2009	33%	33%
2010	34%	34%
2015	33%	43%
2020	29%	49%
2025	24%	54%
2030	20%	59%
2035	18%	64%
2040	17%	69%
2045	16%	73%
2050	16%	76%

Proyección de tasas de reemplazo, según escenario



Momentos críticos según escenario

<i>Evento</i>	<i>Base</i>	<i>Alternativo</i>
<i>Costo supera la prima</i>	2016	-
<i>Costo supera el 10%</i>	2036	-
<i>Costo supera el 20%</i>	2043	-
<i>Los ingresos son insuficientes</i>	2021	-
<i>La reserva se agota</i>	2038	-
<i>Prima pura proyectada al año 2050</i>	39,28	8,24
<i>Tasa de reemplazo año 2025</i>	24%	54%
<i>Tasa de reemplazo año 2050</i>	16%	76%

En mayo del 2009 se incrementó el salario mínimo a L.5, 500.00, lo cual provoca algunas modificaciones en los escenarios anteriores por lo que el jefe Administrativo Lic. Noé Álvarez, a pedido del Director Ejecutivo presenta dos propuestas alternativas basándose en dicho salario mínimo, las cuales el Dr. Efraín Bu Figueroa, ha presentado a la Junta Directiva y las cuales exponemos a continuación;

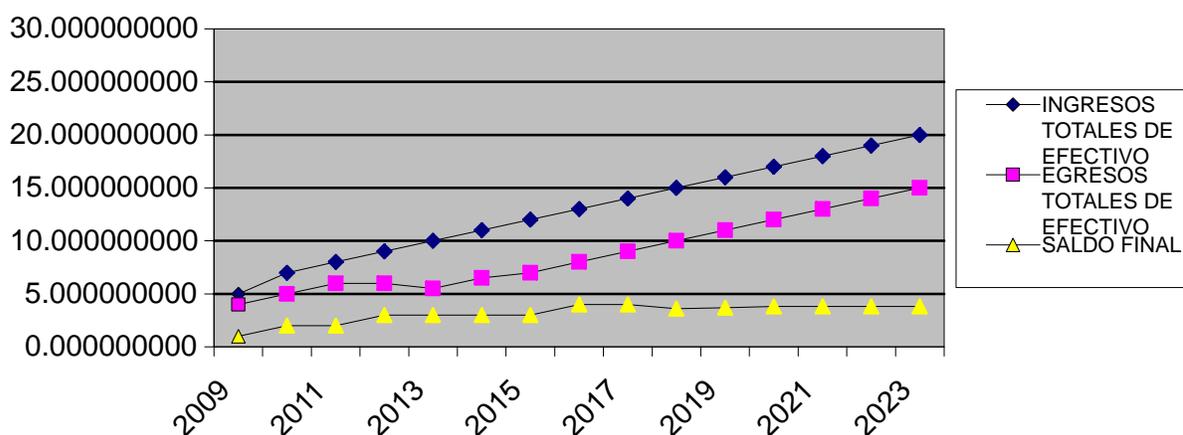
Propuesta No. 1 Rompimiento de Techos

Se incrementa el salario cotizable a 1 salario mínimo para la zona urbana y rural en el 2009, para el 2010, se incrementa a dos (2) salarios mínimos para los cotizantes que obtienen un ingreso mayor o igual a dos (2) salarios mínimos, no obstante la población cotizante que se encuentre en el rango menor de dos (2) salarios mínimos cotizará sobre un salario mínimo y 1.5 salarios mínimos respectivamente, a partir del 2011 se incrementa a dos y medio (2.5) salarios mínimos para los cotizantes que obtienen un ingreso mayor o igual a dos y medio (2.5) salarios mínimos y así sucesivamente; para evitar la evasión se utilizaran estrategias utilizando sistemas de información que permitan homologar los datos proporcionados a la institución con los proporcionados a la DEI y RAP.

De igual forma, para el resto de los años se describen en la tabla a continuación:

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1.0 SMC	1	1	1	1	1	1	1	1
1.5 SMC	1	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
2.0 SMC	1	2	2	2	2	2	2	2
2.5 SMC	1	2	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
3.0 SMC	1	2	2,5	3	3	3	3	3
3.5 SMC	1	2	2,5	3	3,5	3,5	3,5	3,5
4.0 SMC	1	2	2,5	3	3,5	4	4	4
4.5 SMC	1	2	2,5	3	3,5	4	4,5	4,5
5.0 SMC	1	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
+5 SMC	1	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5

Ingresos totales de efectivo vs. Egresos totales de Efectivo



Conclusiones

- La estabilidad financiera del Seguro de IVM se ve amenazada de mantener una política de techos fijos de cotización. Los costos actuariales se incrementan significativamente y la tasa de reemplazo baja a niveles inaceptables.
- Si los techos de cotización se ajustan en función de alguna variable dinámica, las pensiones mantendrán su nivel adquisitivo. La masa salarial sobre la que se cotiza mantiene su valor con el tiempo y por tanto, el costo actuarial se mantiene en un nivel aceptable.
- En el Escenario Alternativo con techos de cotización ajustable conforme el salario mínimo y el supuesto de una cobertura del 50% implicó un costo actuarial del 8.24% sobre los salarios para el año 2050.
- La situación financiera mejora notablemente al considerar un incremento escalonado en la prima.
- En el análisis del reglamento se encontró una serie de deficiencias programáticas que inciden en un mayor costo financiero para el programa y que no responden al fin último de un plan de pensiones público.
- Equidad de género, dependencia económica y el hecho de que sea el asegurado quien declare quien sería la potencial beneficiaria(o) para una eventual pensión de viudez, son aspectos que deben tomarse en cuenta para la salud financiera y la correcta consecución de los objetivos del programa.

Recomendaciones

- Reformar el Artículo 55-B de forma que el techo de cotización se ajuste a cinco salarios mínimos en forma gradual para el 2010.
- Reformar los Artículos 111, 124, 127, 128 y 131 del Reglamento del Seguro de IVM con el fin de mejorar el plan de pensiones a la luz de temas como equidad, solidaridad y contención del gasto.
- Elaborar un plan de acción a fin de ampliar la cobertura del Seguro de IVM considerando como meta una cobertura sobre la PEA del 50% para el año 2050.
- Iniciar negociaciones con los sectores involucrados para incrementar la prima hasta el 10% en forma gradual hasta el año 2024.

Diagnóstico de Seguro de Enfermedad y Maternidad. Mayo 2008

Guión

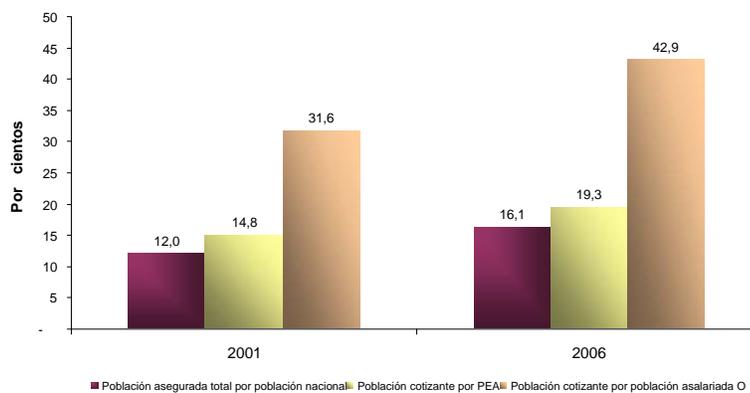
- ? Fuentes de Información
- ? Situación actual
- ? Propuesta
- ? Conclusiones
- ? Recomendaciones

Fuentes de Información

- ? La mayor información la hemos sacado de la encuesta de hogares 2005-2007. Además la encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2007 y los Registros Administrativos del Seguro de Enfermedad y Maternidad del IHSS.

Seguro de Enfermedad y Maternidad

En esta grafica (1) puede observarse el monto de la cobertura de la población asegurada Enfermedad y Maternidad; 2001, 2006

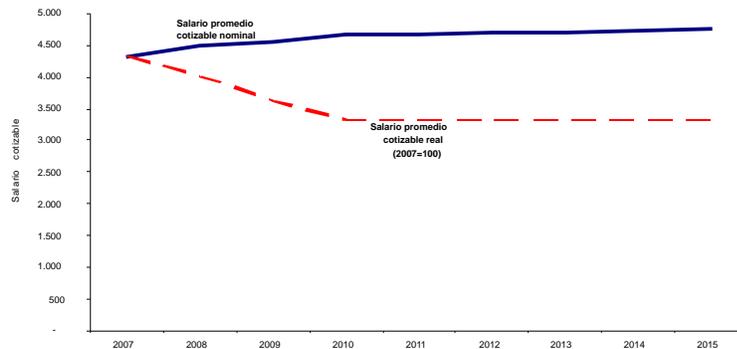


Depende de los factores señalados en la siguiente gráfica (2)



La situación actual evidencia las limitaciones que provienen del actual techo de cotización. El actual salario de cotización ha perdido su poder adquisitivo producto de la inflación gráfica (3)

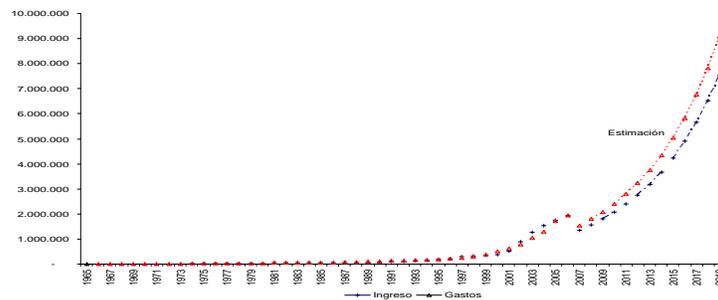
Salario cotizable nominal y real. IPC 2007=100



Balance Seguro Enfermedad y Maternidad

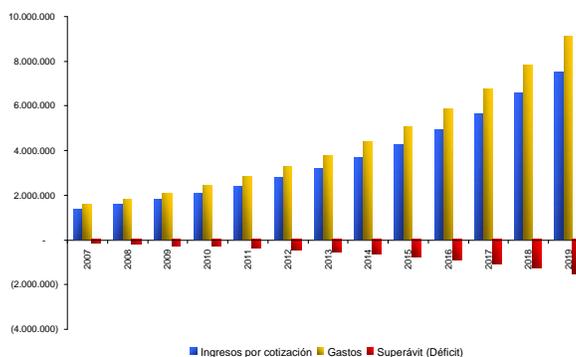
Apreciamos en esta gráfica (4) la correlación entre Ingresos y Gastos notándose el incremento de estos últimos debido al aumento del costo de los medicamentos y de la tecnología.

Balance financiero



Balance Seguro Enfermedad y Maternidad Impacto de la inercia histórica

Superávit (déficit) E-M:2007-2019 gráfica (5)



Balance Seguro Enfermedad y Maternidad

La estructura de financiamiento del Régimen de Enfermedad y Maternidad actual, evidencia tres aspectos:

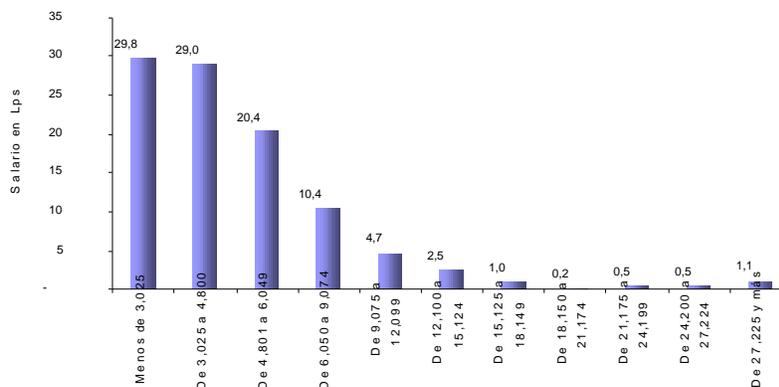
- ? El financiamiento recae principalmente en los trabajadores de menores ingresos; el 81% de los ingresos por contribuciones provienen de los cotizantes cuyos ingresos están el intervalo de “menos de un salario mínimo a menos de cuatro salarios mínimos”.
- ? El tope máximo de cotización vigente actualmente 4,800 lempiras indefectiblemente refleja un nivel muy reducido, respecto a la estructura de ingresos efectivamente percibida, ya que alrededor del 40% de los cotizantes, se ubican por encima de dicho tope.
- ? Esta situación evidencia que desde hace un período de tiempo importante dicho tope no se ajusta a la dinámica propia de los salarios

Balance Seguro Enfermedad y Maternidad en esta gráfica (6), se aprecia que la mayor cantidad de asegurados se encuentra en los que ganan menos de 3,025 lempiras. Se demuestra que los que ganan menos sostienen a los que ganan más.

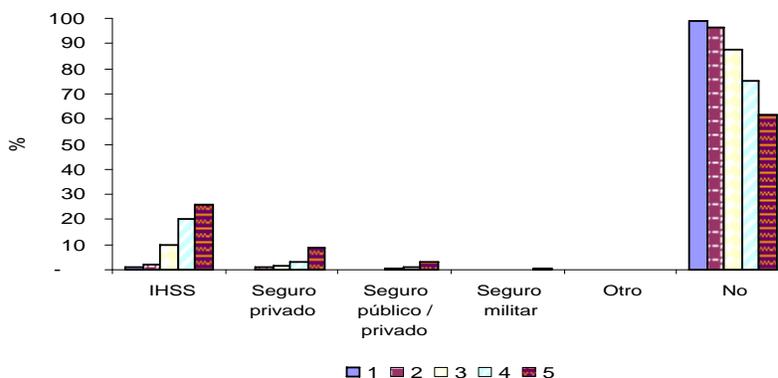
Nivel de Salario	Cotizantes	Participación %
Menos de 3,025	160,495	29.83
De 3,025 a 4800	155,926	28.98
De 4,801 a 6,049	109,720	20.40
De 6,050 a 9,074	56,034	10.42
De 9,075 a 12,099	25,102	4.67
De 12,100 a 15,124	13,430	2.50
De 15,125 a 18,149	5,152	0.96
De 18,150 a 21,174	907	0.17
De 21,175 a 24,199	2,743	0.51
De 24,200 a 27,224	2,636	0.49
De 27,225 y más	5,853	1.09
Total	537,997	100.00

Propuesta gráfica (7)

Distribución de los trabajadores afiliados del seguro de Enfermedad y Maternidad según salario. Se aprecia que más del 40% de los que ganan más pagan igual que los que ganan menos. Este fenómeno inconcebible sólo se observa en Honduras. En el resto de Centro América no existen los techos que privilegian a unos pocos en contra de la solidaridad.

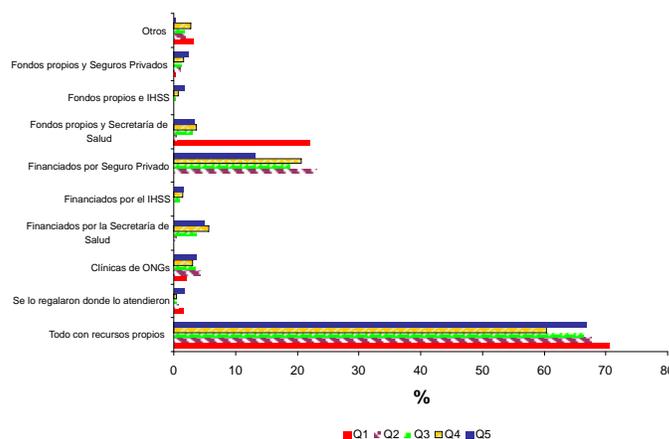


A nivel nacional, el 90% de la población del primer quintil carece de cobertura aseguradora. En general se observa una alta tasa de carencia de Seguro de Salud y además que en el primer quintil hay un fuerte gasto de bolsillo. En este quintil esta la población más pobre. Gráfica (8) Cobertura Seguro Salud por quintil de ingreso (gasto de bolsillo)



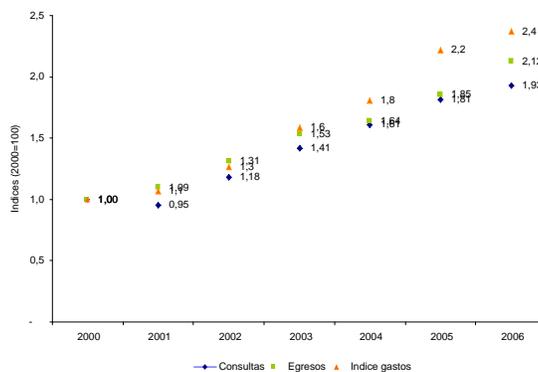
Balance Seguro Enfermedad y Maternidad

Los altos niveles de carencia de seguro de salud se complementan con un elevado gasto de bolsillo de los hogares que es más notable en los más pobres que están en el quintil 5. Pago de consultas, exámenes y medicinas, según quintil de ingreso. 2007 gráfica (9)

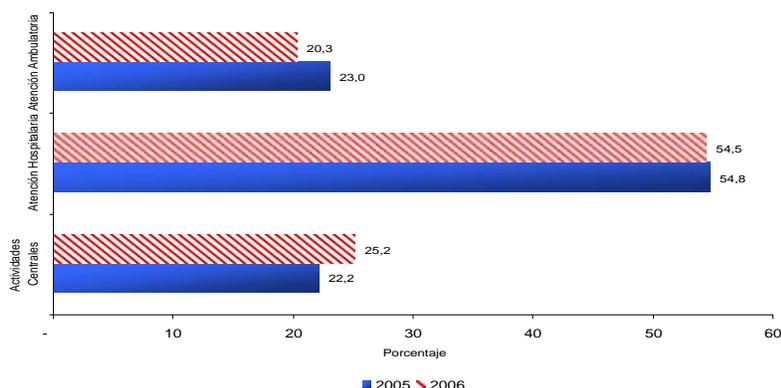


La necesidad de nuevos ingresos, no es óbice para identificar un conjunto de fallas actuales del IHSS, por ejemplo el desbalance entre la productividad y el gasto real (deseconomías de escala). Nótese como el gasto se va elevado al subir los egresos.

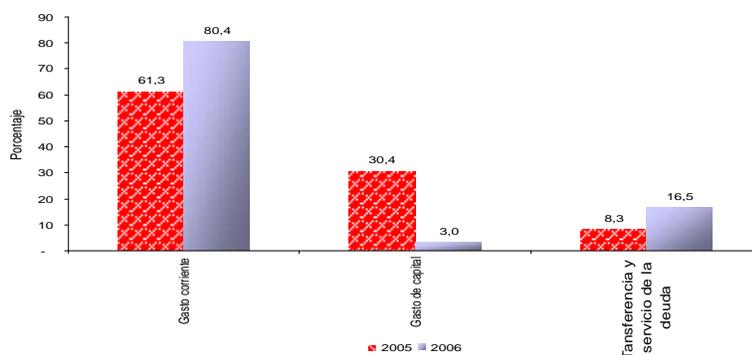
Productividad y gasto real gráfica (10)



Así es, como el énfasis en lo curativo por sobre las acciones de promoción y prevención en la atención de la salud provoca un desbalance. Gráfica (11)
 Distribución del gasto real según nivel de atención de salud y actividades centrales



Asimismo más del 80% del gasto en el 2007 es gasto corriente, mientras que el gasto de capital asciende únicamente al 3%. Demostrando que el encarecimiento de los medicamentos y de la tecnología de punta ocasionan este problema. Gráfica (12)
 Distribución del gasto corriente, de capital y transferencias y servicio de la deuda



El nivel del gasto se explica, por la presencia elevada de personal administrativo y de médicos especialistas en detrimento de médicos generales, tendencia que se observa en los hospitales y no en las clínicas de primer nivel. Gráfica (13).

Composición del recurso humano

	1990	1995	2000	2004
Médico especí/Méd. General	2,5	2,6	2,1	2,2
Personal admin/Méd.General	7,0	7,0	5,9	4,8
Personal admin/total médicos	2,0	2,0	1,9	1,5
Total enfermeras/Médico espec.	3,2	2,6	2,6	2,6
Personal admin y apoyo/total médicos	3,4	2,3	2,8	2,3
Tasas por 1000 afiliados				
Médicos especialistas		0,59	0,62	0,59
Médico general		0,21	0,29	0,27
Personal administrativo		1,49	1,72	1,31
Total enfermeras		1,39	1,58	1,51
Personal admin y apoyo		1,72	2,59	1,96

Igualmente, a pesar de los esfuerzos realizados, es evidente que aún los niveles mora acumulada (período 1999-2007) del sector privado son elevados (16% de los ingresos del Sistema de

Enfermedad –Maternidad (SEM), así como la deuda gubernamental (mora acumulada del 2006).gráfica (14)

Mora pública y privada por ciento de los ingresos del SEM

Sector	Proporción
Mora Sector Privado	
Mora activa/ingresos E-M	16,3
Mora pasiva/ingresos E-M	4,4
Mora y deuda del Estado y Secretaría de Seguridad	
Deuda del 0,5% de Estado como estado (enero-diciembre, 2006)/Ingresos E-M	10,29
Deuda del 0,5% de Estado como estado (enero-febrero, 2007)/Ingresos E-M	1,82
Deuda Secretaría de Seguridad (enero 1999-febrero 2007)/Ingresos E-M	1,70

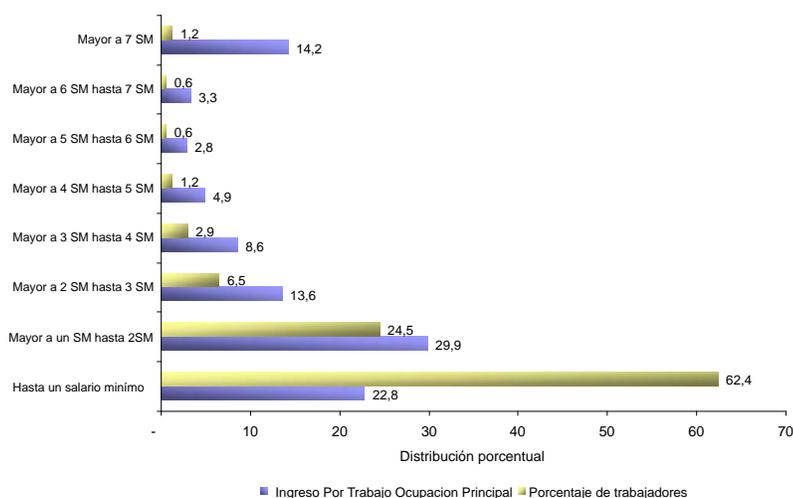
Propuesta

Existe una base sustentable para efectuar el aumento del techo de cotización. Según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) del 2007, la distribución del ingreso salarial según trabajadores entre otros arroja los siguientes resultados:

- ? El 62% de los trabajadores concentran el 23% del total de ingresos por salarios.
- ? El 1,2% de los trabajadores concentran el 14% del ingreso salarial promedio (aquellos con más de 7 Salarios Mínimos (SM)).
- ? El 2.4% de los trabajadores concentran el 20,3% del ingreso salarial promedio (aquellos trabajadores con 5 SM o más).

Propuesta gráfica (15)

Distribución del ingreso por trabajo y trabajadores, según número de salario mínimos. 2007



Estimación del incremento en los ingresos por contribuciones ante un aumento gradual en el Tope Máximo durante el período: 2007 – 2010. En millones de Lempiras constantes del 2007 gráfica (16)

Año	Tope Máximo	Ingresos por Contribuciones	Variación Absoluta	Variación Relativa
2007	4.800	2.102,9		
2008	3 Salarios Mínimos	2.624,5	521,5	24,8
2009	4 Salarios Mínimos	2.977,4	352,9	13,4
2010	5 Salarios Mínimos	3.211,0	233,6	7,8

Fuente: Elaboración propia , con base en la Encuesta de Hogares, 2006.

Balance Seguro Enfermedad y Maternidad

A pesar de que las autoridades del Seguro de Enfermedad y Maternidad inviertan su capital político en reformas como reducir el gasto corriente y mejorar la mora acumulada del sector privado y público, los recursos adicionales no son suficientes para llenar las necesidades de corto plazo. Gráfica (17)

Escenario			
Disminución de mora acumulada en un 10% y reducción del 5% del gasto corriente de E-M	Parámetro Actual	Parámetro Esperado	Monto recuperado
Reducción gastos E-M por mejoras eficiencia		5.0%	71990,988
Reducción en un 10% mora empresa privada	16.26	14.6%	29952,039
Reducción en un 10% mora Estado	10.29	9.3%	18959,718
Reducción en un 10% Secretaría de Seguridad	1.70	0.1%	3134,114
A. Total Ingresos: reducción de costos y mejora de recaudación			124036,859
B. Déficit Seguro Enfermedad y Maternidad, 2007			147693,000
Diferencia (A-B)			(23656,141)

Por ello se propone implementar un conjunto de medidas mixtas: ajustes en el nivel de gasto corriente, mejorar la efectividad de la recaudación y ajustar el techo de cotización a tres salarios mínimos inicialmente. Gráfica (18)

Concepto	2008	2009	2010	2011
Reducción mora empresa privada				
5%	■			
15%		■		
25-35%			■	
Reducción deuda estatal				
5%	■			
15%		■		
30-35%			■	
Reducción en un 5% Secretaría de Seguridad				
5%	■			
60%		■		
100%			■	
Ajuste gasto corriente				
5%	■			
10%		■		
Ajuste en el techo de cotización				
3 SM	■			
4 SM		■		
5 SM			■	

Propuesta No.2

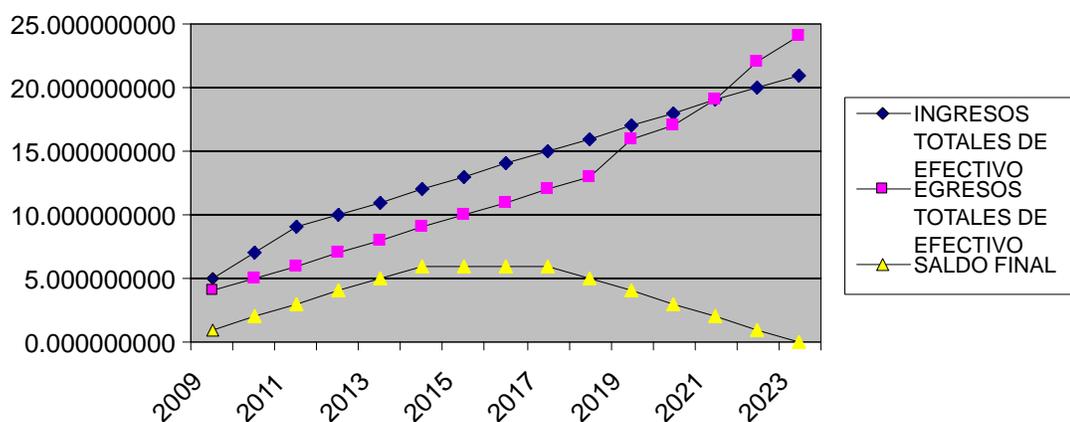
Rompimiento de Techos

Se incrementa el salario cotizable a 1 salario mínimo para la zona urbana y rural en el 2009, para el 2010 se incrementa a dos (2) salarios mínimos para los cotizantes que obtienen un ingreso mayor o igual a dos (2) salarios mínimos, no obstante la población cotizante que se encuentre en el rango menor de dos (2) salarios mínimos cotizará sobre un salario mínimo y 1.5 salarios mínimos respectivamente, para evitar la evasión se utilizarán estrategias utilizando sistemas de información que permitan homologar los datos proporcionados a la institución con los

proporcionados a la Dirección Ejecutiva de Ingresos (DEI) y Régimen de Aportaciones Privadas (RAP). De igual forma, para el resto de los años se describen en la tabla a continuación:

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1.0 SMC	1	1	1	1	1	1	1
1.5 SMC	1	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
2.0 SMC	1	2	2	2	2	2	2
2.5 SMC	1	2	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
3.0 SMC	1	2	3	3	3	3	3
3.5 SMC	1	2	3	3,5	3,5	3,5	3,5
4.0 SMC	1	2	3	4	4	4	4
4.5 SMC	1	2	3	4	4,5	4,5	4,5
5.0 SMC	1	2	3	4	5	5	5
+5 SMC	1	2	3	4	5	5	5

Ingresos totales de efectivo vs. Egresos totales de efectivo



Conclusiones

- ? El sistema hondureño de protección social en salud se encuentra en pleno proceso de desarrollo. Ha conseguido aumentar la cobertura al 19.3% de la PEA (Población Económicamente Activa) total y al 43% de la población asalariada.
 - ? Sin embargo, ciertamente presenta déficit de cobertura que se traduce en alto gasto de bolsillo y brechas de eficiencia y productividad.
 - ? La evidencia concluye en la necesidad de ajustar los topes máximos de cotización, de lo contrario el seguro de Enfermedad y Maternidad se enfrentará a un déficit de financiamiento.
 - ? El análisis pone de manifiesto la factibilidad y necesidad de ajustar el techo de cotización en función de los salarios mínimos.
 - ? Debemos recordar que este es un año de crisis que ha repercutido en la Seguridad Social con el despido de trabajadores ya que de los 600,025 trabajadores que había en diciembre de 2008, actualmente son 565,000 asegurados directos habiendo perdido más de 35 mil puestos de trabajo hasta el mes de julio del 2009.
 - ? Además la mora Gubernamental ha aumentado a 1,500 millones de Lempiras y la mora de la empresa privada supera los 500 millones de Lempiras.
- El estudio actuarial realizado por la Organización de Trabajo (OIT), el año 2008 señala que el rompimiento debe ser indexado al salario mínimo que en la actualidad es de 5,500 lempiras y que posteriormente, es decir cada año se aumentaría un salario hasta llegar a cinco salarios mínimos. En el caso de que se lograra lo anterior el Seguro Social se agenciaría 16 millones de lempiras mensuales de los cuales el 66% lo paga el patrono y el 33% los trabajadores.
- ? Actualmente Enfermedad-Maternidad tiene un déficit actuarial de alrededor de 35 millones de lempiras al mes lo cual es un fenómeno histórico en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), que en sus 50 años de funcionar siempre ha tenido problemas económicos por carecer de un plan dinámico financiero como el que presenta la actual administración dirigida con la mayor austeridad por el Dr. Efraín Bu Figueroa quien expresa que de no aplicarse este plan a largo plazo los directores ejecutivos simplemente continuarían administrando la pobreza.
 - ? En el 2001 hubo rompimiento de techos por consenso debido a la crisis de ese año, lográndose una mejoría de las finanzas y la expansión de las clínicas regionales y periféricas, también se mejoró el pago de pensiones pues antes la máxima que se pagaba era de 500 lempiras y en la actualidad alcanzan hasta 3,400 lempiras

Recomendaciones

- ? Incrementar a partir de enero del 2009, el tope máximo de cotización desde 5,500 lempiras mensuales, hasta el equivalente a cinco veces el salario mínimo legal, de modo que a medida que se modifique el salario mínimo, en forma paralela e inmediata se ajuste el valor absoluto del tope máximo.
- ? Así mismo, resulta recomendable que anualmente se esté valorando la efectividad de ese tope, evaluando la posibilidad y viabilidad de efectuar incrementos graduales.
- ? Con el objeto de garantizar que los recursos adicionales resultado del aumento del techo de cotización se focalicen en áreas que generen alta rentabilidad social: atención primaria, atención ambulatoria, inversión real en función de necesidades objetivas de salud de la población. Se sugiere la firma de un contrato de desempeño entre las autoridades del seguro de Enfermedad y Maternidad representado por el Director Ejecutivo y la Junta Directiva en pleno.
- ? El contrato de desempeño ha de ser enmarcado dentro de un sistema de Monitoreo y Evaluación con objetivos e indicadores claros con el objeto de monitorear y evaluar la correcta utilización de los nuevos recursos y al mismo tiempo propiciar cambios en la estructura del seguro de Enfermedad y Maternidad con el objeto de obtener mayor valor por el dinero disponible.
- ? Lo anterior, lo mismo que el plan estratégico que nos diría en que se va a invertir el recurso económico cronológicamente evitaría que cualquier Director Ejecutivo u otra autoridad tratarse de cambiar los planes aprobados por la Junta Directiva.
- En lo que respecta al regimen de riesgos profesionales que solo tiene dos años recomendamos actualizar el reglamento y los datos estadísticos, financieros y administrativos para poder hacer el ajuste de las cotizaciones patronales en el futuro.

Bibliografía

Bodenheimer, Thomas. Innovations in primary care in the United States. *BMJ*. 12 April 2003; 326: 796-799.

Consumer Guide. Social security. Medicare and others Government benefits. Publications International, Ltd. Illinois, 1989.

Doll, Richard. La definición de la salud. Citado por Katz, Jorge y col. *La salud en Américas Latina*. Fondo de Cultura Económica, México 1983; 21.

Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia. **Estado Mundial de la Infancia**. UNICEF, Nueva York, 1990.

Freudenheim, Milt. **Debating Canadian Health Model**. *The New York Times*, Thursday, December 7, 1989.

Hsiao, William. **What Should Macroeconomist Know About Health Care Policy?** A Primer. International Monetary Fund. Washington, D.C. July 2000; 1-69.

Hurst, John. **Financing health services in the United States, Canada and Britain**. King Edward's Hospital Found. Affairs, London 1985; 10: (3), 7-21.

Iglehart, John. **Revisiting the Canadian Health care System**. *The New England Journal of Medicine*. 29 June 2000; 342: (26) 2007-2012.

Jaramillo A. Juan. **Salud y Seguridad Social**. Editorial Universidad de Costa Rica. San José, 1993.

Mckeown, Thomas. **La enfermedad desde la perspectiva del desarrollo humano**. *Foro Mundial de la Salud*. OMS. 1985; 6: 82-88.

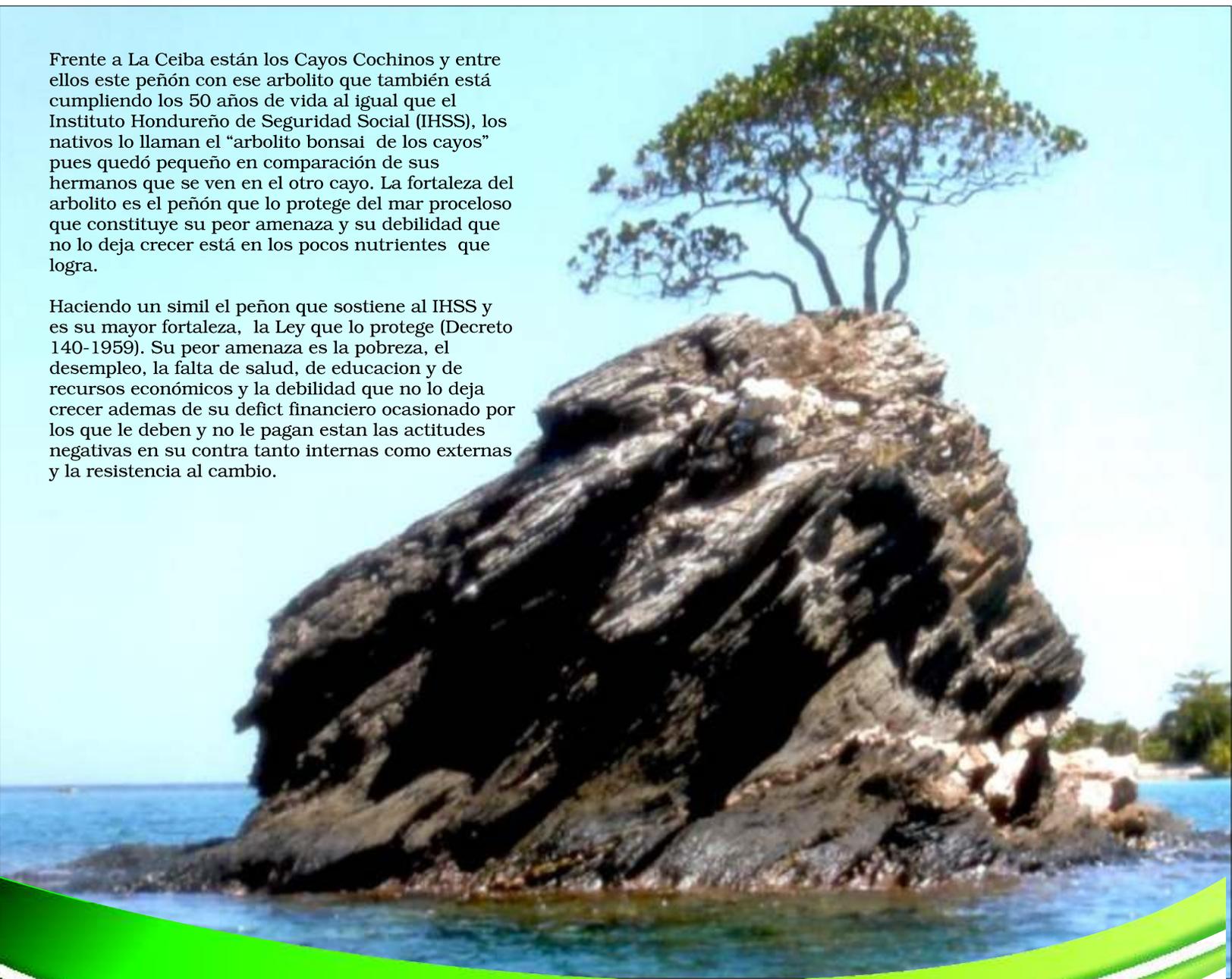
Mckeown, T. and Lowe C. **An introduction to social medicine**. Blackwell Scientific Publications: Oxford, 1974.

Terries, Milton. **Tendencias y Perspectivas de los tres sistemas mundiales de atención médica**. *Foro Mundial de la Salud*. OMS, 1980; 1: (1,2), 93-103.

Waitzkin, Howard. **Socio Political and Socio Economic Analices. The Relevance of Social Science for Medicine**. Reidel Publishing Company, 1981; 6: 333-369.

Frente a La Ceiba están los Cayos Cochinos y entre ellos este peñón con ese arbolito que también está cumpliendo los 50 años de vida al igual que el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), los nativos lo llaman el “arbolito bonsai de los cayos” pues quedó pequeño en comparación de sus hermanos que se ven en el otro cayo. La fortaleza del arbolito es el peñón que lo protege del mar proceloso que constituye su peor amenaza y su debilidad que no lo deja crecer está en los pocos nutrientes que logra.

Haciendo un simil el peñón que sostiene al IHSS y es su mayor fortaleza, la Ley que lo protege (Decreto 140-1959). Su peor amenaza es la pobreza, el desempleo, la falta de salud, de educación y de recursos económicos y la debilidad que no lo deja crecer además de su déficit financiero ocasionado por los que le deben y no le pagan están las actitudes negativas en su contra tanto internas como externas y la resistencia al cambio.



Instituto Hondureño de Seguridad Social
Un Seguro para todos con Justicia Social

