

EL FINANCIAMIENTO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL en países pobres y desiguales

Ana Sojo
EDITORA



EL FINANCIAMIENTO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN PAÍSES POBRES Y DESIGUALES



NACIONES UNIDAS



seminarios y conferencias

Hacia la universalidad, con solidaridad y eficiencia: el financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales

Ana Sojo
Editora



NACIONES UNIDAS



División de Desarrollo Social

Santiago de Chile, mayo de 2009



Versiones preliminares de los artículos reunidos en este volumen fueron presentadas en los tres talleres sobre “Equidad y sustentabilidad financiera de la protección social” que analizaron respectivamente los casos de Guatemala, Honduras y Nicaragua, realizados por la CEPAL y el Instituto centroamericano de estudios fiscales (ICEFI), con el auspicio de la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI), en las ciudades capitales de esos países y de manera consecutiva los días 2, 4 y 6 de marzo de 2009.

Los tres estudios de caso fueron elaborados por Daniel Badillo, Fernando Carrera, María Castro, Vivian Guzmán y Jonathan Menkos, consultores de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y contaron con el financiamiento del programa conjunto CEPAL-ASDI 2007-2008 “Mejorando las condiciones socioeconómicas y las oportunidades de los grupos vulnerables en América Latina” (SWE/07/001), componente 1 sobre responsabilidad fiscal y protección social en países pobres.

Las consultorías fueron dirigidas y compiladas por Ana Sojo, Oficial de asuntos sociales de la mencionada División.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN versión impresa 1680-9033 ISSN versión electrónica 1680-9041

ISBN: 978-92-1-323293-4

LC/L.3034-P

N° de venta: S.09.II.G.39

Copyright © Naciones Unidas, mayo de 2009. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	11
Presentación	
<i>Martín Hopenhayn</i>	13
I. Progresar hacia la equidad: sinopsis de algunos retos del financiamiento de la salud y las pensiones en Guatemala, Honduras y Nicaragua	
<i>Fernando Carrera, María Castro, Ana Sojo</i>	15
A. El sistema de protección en salud y pensiones: la baja cobertura y sus vínculos socioeconómicos y sociodemográficos	16
B. Determinantes institucionales de la baja protección social en salud y pensiones	18
1. Hitos institucionales en el caso guatemalteco	20
2. Hitos institucionales en Honduras	21
3. Algunos hitos institucionales en Nicaragua	22
C. El financiamiento de la salud y de las pensiones.....	24
D. Hacia esquemas contributivos y no contributivos de financiamiento de la protección social más solidarios e inclusivos.....	26
Bibliografía.....	31
II. Financiamiento de la protección social en salud y pensiones en Guatemala	
<i>Daniel Badillo, Fernando Carrera, María Castro, Vivian Guzmán y Jonathan Menkos</i>	33
A. El sistema de protección en salud y pensiones: la baja cobertura y sus determinantes socioeconómicos y sociodemográficos	35

1.	Una cobertura muy baja de la protección social en salud y pensiones	35
2.	Los factores socioeconómicos y sociodemográficos y su incidencia en la baja cobertura de la protección social	39
B.	Los determinantes institucionales de la baja protección social en salud y pensiones.....	51
1.	El sistema previsional guatemalteco: régimen de pensiones, beneficios, requisitos y financiamiento	51
2.	El sistema de protección social de la salud: modelos de gestión y esquemas de financiamiento	61
C.	Propuesta de reforma del sistema de protección social: hacia esquemas contributivos y no contributivos de financiamiento	68
1.	Salud: hacia la universalidad, con solidaridad y eficiencia	68
2.	Pensiones: hacia un esquema inclusivo y sostenible	76
3.	Consideraciones fiscales.....	81
4.	Conclusiones.....	83
	Bibliografía.....	84
	Anexos.....	87
III.	Financiamiento de la protección social en salud y pensiones en Honduras	
	<i>Daniel Badillo, Fernando Carrera, María Castro, Vivian Guzmán y Jonathan Menkos.....</i>	91
A.	El sistema de protección en salud y pensiones: la baja cobertura y sus determinantes socioeconómicos y sociodemográficos	93
1.	Una cobertura muy baja de la protección social en salud y pensiones	93
2.	Los factores socioeconómicos y sociodemográficos y su incidencia en la baja cobertura de la protección social	96
B.	Los determinantes institucionales de la baja protección social en salud y pensiones.....	108
1.	El sistema previsional hondureño: régimen de pensiones, beneficios, requisitos y financiamiento	108
2.	El sistema de protección social de la salud: modelos de gestión y esquemas de financiamiento	117
C.	Propuesta de reforma del sistema de protección social: hacia esquemas contributivos y no contributivos de financiamiento	125
1.	Salud: hacia la universalidad, con solidaridad y eficiencia	125
2.	Pensiones: hacia un esquema inclusivo y sostenible	132
3.	Consideraciones fiscales.....	141
D.	Conclusiones	143
	Bibliografía	144
	Anexos	145
IV.	Financiamiento de la protección social en salud y pensiones en Nicaragua	
	<i>Daniel Badillo, Fernando Carrera, María Castro, Vivian Guzmán y Jonathan Menkos.....</i>	149
A.	El sistema de protección en salud y pensiones: la baja cobertura y sus determinantes socioeconómicos y sociodemográficos	150
1.	Una cobertura muy baja de la protección social en salud y pensiones	150
2.	Los factores socioeconómicos y sociodemográficos y su incidencia en la baja cobertura de la protección social	157
3.	Tendencias demográficas recientes: riesgos y oportunidades para ampliar la cobertura de la protección social en la salud y en pensiones.....	161
B.	Los determinantes institucionales de la baja protección social en salud y pensiones.....	169
1.	El sistema previsional nicaragüense: régimen de pensiones, beneficios, requisitos y financiamiento	169

2. El sistema de protección social de la salud: modelos de gestión y esquemas de financiamiento	176
C. Propuesta de reforma del sistema de protección social: hacia esquemas contributivos y no contributivos de financiamiento	185
1. Salud: hacia la universalidad, con solidaridad y eficiencia	185
2. Pensiones: hacia un esquema inclusivo y sostenible	190
3. Consideraciones fiscales.....	196
4. Conclusiones.....	198
Bibliografía.....	198
Anexos.....	201
Anexos consolidados	215
Serie Seminarios y conferencias: números publicados.....	217

Índice de cuadros

I.1	GUATEMALA, HONDURAS Y NICARAGUA: ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO EN SALUD, 2004-2006	16
I.2	PAISES SELECCIONADOS DE LA REGIÓN: APORTANTES A SISTEMAS DE PENSIONES, 1998-2008	17
I.3	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA: CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD POR TIPO DE SISTEMA Y NIVEL DE INGRESO, 2004	25
I.4	CENTROAMÉRICA: RESULTADOS DEL ÍNDICE DE PRESUPUESTO ABIERTO, 2008	26
I.5	HOGARES PERCEPTORES DE REMESAS: POBREZA Y DISTRIBUCIÓN POR NIVELES DE INGRESO.....	29
I.6	GUATEMALA, HONDURAS Y NICARAGUA: ESFUERZO FISCAL TOTAL PARA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y PENSIONES.....	30
II.1	GUATEMALA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA AFILIADA Y BENEFICIARIA DEL IGSS SEGÚN ÁREA, PERTENENCIA ÉTNICA, QUINTIL DE CONSUMO Y SITUACIÓN DE POBREZA, 2006	36
II.2	GUATEMALA: POBLACIÓN DE 65 AÑOS O MÁS CON INGRESOS POR JUBILACIÓN O PENSIÓN.....	37
II.3	GUATEMALA: INDICADORES DEL SISTEMA DE SALUD, COBERTURA SEGÚN REPORTE INSTITUCIONAL, 2004.....	37
II.4	GUATEMALA: ACCESO A SERVICIOS DE SALUD POR QUINTIL DE CONSUMO, 2006.....	38
II.5	GUATEMALA: CARACTERIZACIÓN DE LA POBREZA, 2000-2006.....	39
II.6	GUATEMALA: DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO Y COEFICIENTE DE GINI, 1998 Y 2002.....	40
II.7	GUATEMALA: CRECIMIENTO ECONÓMICO Y PIB PER CÁPITA, 1995-2007	41
II.8	GUATEMALA: SITUACIÓN DEL EMPLEO, 2006	41
II.9	GUATEMALA: OCUPADOS DE 18 AÑOS Y MÁS SEGÚN RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA, FORMAS DE INSERCIÓN LABORAL, SECTOR ECONÓMICO Y COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL, 2006.....	42
II.10	GUATEMALA: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, 2007.....	47
II.11	GUATEMALA: INDICADORES DE SALUBRIDAD, 2006	48
II.12	GUATEMALA: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE POBLACIÓN, 1998 Y 2007.....	48
II.13	GUATEMALA: TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD. PERÍODO 1990-2005.....	49
II.14	GUATEMALA: MORTALIDAD INFANTIL, EN LA NIÑEZ Y MATERNA, 1995-2002 Y 1989-2000	49
II.15	GUATEMALA: DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y GLOBAL POR ÁREA, REGIÓN Y CATEGORÍA ÉTNICA, 1987 Y 2002.....	50
II.16	GUATEMALA: COTIZACIONES AL IGSS	55
II.17	GUATEMALA: REQUISITOS OBLIGATORIOS Y BENEFICIOS ESPERADOS EN LOS DISTINTOS RÉGIMENES DE PENSIONES	57
II.18	GUATEMALA: COTIZANTES Y PENSIONADOS IVS/IGSS, 2002-2007.....	58

II.19	GUATEMALA: INGRESOS Y EGRESOS DEL PROGRAMA IVS/IGSS, 2005-2006	59
II.20	GUATEMALA: CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD, 2005.....	65
II.21	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA: CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD POR TIPO DE SISTEMA Y NIVEL DE INGRESO, 2004	65
II.22	CENTROAMÉRICA: ESTRUCTURA DEL GASTO NACIONAL EN SALUD, 2005	66
II.23	PROPUESTA DE CAMBIO DE ENFOQUE EN EL SISTEMA DE SALUD.....	70
II.24	GUATEMALA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA POR SECTOR ECONÓMICO, POR AFILIACIÓN A LOS REGÍMENES DE SEGURIDAD SOCIAL Y POR QUINTILES	72
II.25	GUATEMALA: COTIZACIÓN POTENCIAL DEL SEGURO POR EMA DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS, 2006.....	73
II.26	GUATEMALA: CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES PERCEPTORES DE REMESAS, 2006	74
II.27	GUATEMALA: CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS DE 18 AÑOS Y MÁS QUE RECIBEN REMESAS DEL EXTERIOR	74
II.28	GUATEMALA: COSTOS ESTIMADOS DE UNIVERSALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	76
II.29	GUATEMALA: COSTO FISCAL DE UNIVERSALIZAR LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA, 2006.....	79
II.30	GUATEMALA: COTIZACIÓN POTENCIAL DEL SEGURO POR IVS DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS, 2006	80
II.31	GUATEMALA: ESFUERZO FISCAL TOTAL PARA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y PENSIONES, 2006	81
II.32	GUATEMALA: CARGA TRIBUTARIA, PESO Y COMPOSICIÓN	83
II-A-1	GUATEMALA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA POR SECTOR ECONÓMICO, POR AFILIACIÓN A LOS REGÍMENES DE SEGURIDAD SOCIAL Y POR QUINTILES	88
II-A-2	GUATEMALA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS POR POTENCIAL DE COTIZAR.....	88
II-A-3	GUATEMALA: COTIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA CON POTENCIAL CONTRIBUTIVO, 2006.....	89
III.1	HONDURAS: INDICADORES DEL SISTEMA DE SALUD: COBERTURA SEGÚN REPORTE INSTITUCIONAL, 2003-2004	93
III.2	HONDURAS: INDICADORES DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD POR ÁREA Y QUINTIL DE INGRESO, 2005-2006	94
III.3	HONDURAS: POBLACIÓN COTIZANTE Y NO COTIZANTE A SISTEMAS DE PENSIONES, 18 AÑOS Y MÁS, 2007	95
III.4	HONDURAS: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 18 AÑOS Y MÁS QUE COTIZA A ALGÚN SISTEMA DE PENSIÓN, POR QUINTIL DE INGRESO Y SITUACIÓN DE POBREZA	95
III.5	HONDURAS: POBREZA, DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO Y COEFICIENTE DE GINI, 1996 Y 2006.....	97
III.6	HONDURAS: CRECIMIENTO ECONÓMICO Y PIB PER CÁPITA	98
III.7	HONDURAS: SITUACIÓN DEL EMPLEO, 2004.....	99
III.8	HONDURAS: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS, 2004	99
III.9	HONDURAS: PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDADES AMBULATORIAS, 2006 Y 2007.....	104
III.10	HONDURAS: MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ, 2005-2006.....	105
III.11	HONDURAS: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ, 1996 Y 2005-2006	106
III.12	HONDURAS: TASA DE MORTALIDAD MATERNA, VARIOS AÑOS	106
III.13	HONDURAS: DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y GLOBAL, 2006 Y 2007	107
III.14	CENTROAMÉRICA: ENVEJECIMIENTO PROYECTADO DE LA POBLACIÓN	110
III.15	HONDURAS: BENEFICIOS Y REQUISITOS VIGENTES DEL SISTEMA DE PENSIONES, 2006	112
III.16	HONDURAS: CUENTA FINANCIERA RESUMIDA DE LOS INSTITUTOS DE PENSIONES, 2007	114
III.17	HONDURAS: ESTIMADO DE EVOLUCIÓN DE INGRESOS Y CAPITAL DE LOS INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL HONDUREÑOS	115

III.18	HONDURAS: INDICADORES DEL SISTEMA DE SALUD: INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y RECURSOS HUMANOS SEGÚN REPORTES INSTITUCIONALES, 2003-2004	123
III.19	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA: CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD POR TIPO DE SISTEMA Y NIVEL DE INGRESO, 2004	123
III.20	HONDURAS: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA POR SECTOR ECONÓMICO, POR AFILIACIÓN A LOS REGÍMENES DE SEGURIDAD SOCIAL Y POR QUINTILES	128
III.21	HONDURAS: COTIZACIÓN POTENCIAL DEL SEGURO POR EM-RP DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS, 2004.....	129
III.22	HONDURAS: CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS DE 18 AÑOS Y MÁS QUE RECIBEN REMESAS DEL EXTERIOR.....	130
III.23	HONDURAS: COSTOS ESTIMADOS DE UNIVERSALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	133
III.24	HONDURAS: COSTO FISCAL DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA, 2004.....	138
III.25	HONDURAS: POBLACIÓN OCUPADA DE 18 Y MÁS AÑOS, POR SECTOR DE OCUPACIÓN, 2004	139
III.26	HONDURAS: COTIZACIÓN POTENCIAL DEL SEGURO POR IVM DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS, 2004.....	139
III.27	HONDURAS: ESFUERZO FISCAL TOTAL PARA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y PENSIONES	141
III.28	HONDURAS: CARGA TRIBUTARIA, PESO Y COMPOSICIÓN	142
III-A-1	HONDURAS: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA POR SECTOR ECONÓMICO, POR AFILIACIÓN A LOS REGÍMENES DE SEGURIDAD SOCIAL Y POR QUINTILES, 2004	146
III-A-2	HONDURAS: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS POR POTENCIAL DE COTIZAR, 2004	147
III-A-3	HONDURAS: COTIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA CON POTENCIAL CONTRIBUTIVO, 2004	147
IV.1	NICARAGUA: ASEGURADOS COTIZANTES ACTIVOS, 2000-2007	152
IV.2	NICARAGUA: COBERTURA DE LOS ASEGURADOS COTIZANTES ACTIVOS, 2000-2007	152
IV.3	NICARAGUA: COBERTURA DE LOS ASEGURADOS COTIZANTES ACTIVOS POR RAMA DE ACTIVIDAD, 2000-2007.....	153
IV.4	NICARAGUA: PENSIONADOS O PASIVOS, 2000-2007.....	153
IV.5	NICARAGUA: POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS, COTIZANTE Y NO COTIZANTE AL INSS, 2005	154
IV.6	NICARAGUA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN COTIZANTE POR QUINTIL DE CONSUMO Y SITUACIÓN DE POBREZA, 2005	155
IV.7	NICARAGUA: INDICADORES DE COBERTURA POBLACIONAL DEL SISTEMA DE SALUD, 2003-2004.....	155
IV.8	NICARAGUA: INDICADORES DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD POR ÁREA Y QUINTIL DE CONSUMO, 2005	156
IV.9	NICARAGUA: POBREZA, DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO Y COEFICIENTE DE GINI, 1993 Y 2001	158
IV.10	NICARAGUA: CRECIMIENTO ECONÓMICO Y PIB PER CÁPITA, 1995-2007	159
IV.11	NICARAGUA: SITUACIÓN DEL EMPLEO, 2005	159
IV.12	NICARAGUA: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS, 2005	160
IV.13	NICARAGUA: PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD CON ATENCION AMBULATORIA, 2001.....	164
IV.14	NICARAGUA: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL, 2003.....	165
IV.15	NICARAGUA: MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ; 1998, 2001 Y 2006-2007	166
IV.16	NICARAGUA: DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y GLOBAL POR ÁREA, DEPARTAMENTO Y QUINTILES DE BIENESTAR; 1998, 2001 Y 2006-2007.....	167
IV.17	NICARAGUA: MORTALIDAD MATERNA, EVOLUCIÓN Y POR DEPARTAMENTO, 2003	168
IV.18	NICARAGUA: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL, 1990 Y 2004.....	168
IV.19	NICARAGUA: ENVEJECIMIENTO PROYECTADO DE LA POBLACIÓN CENTROAMERICANA RELACIÓN ENTRE LA POBLACIÓN DE 20-59 AÑOS DE EDAD Y LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS DE EDAD O MAYOR, 2003-2050.....	171
IV.20	NICARAGUA: BENEFICIOS Y REQUISITOS VIGENTES DEL SISTEMA DE PENSIONES.....	172
IV.21	NICARAGUA: PROPORCION DE PENSIONES RESPECTO DEL SALARIO BASE.....	174

IV.22	NICARAGUA: INSS, INGRESOS, GASTOS Y SALDO OPERATIVO, 2005-2007	175
IV.23	NICARAGUA: INFRAESTRUCTURA FÍSICA RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA DE SALUD, SEGÚN REPORTES INSTITUCIONALES, 2003-2004	182
IV.24	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA: CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD POR TIPO DE SISTEMA Y NIVEL DE INGRESO, 2004	182
IV.25	NICARAGUA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA POR SECTOR ECONÓMICO, POR AFILIACIÓN A LOS REGÍMENES DE SEGURIDAD SOCIAL Y POR QUINTILES	186
IV.26	NICARAGUA: COTIZACIÓN POTENCIAL DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS, 2005	186
IV.27	NICARAGUA: CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES QUE RECIBEN REMESAS DEL EXTERIOR, 2005	187
IV.28	NICARAGUA: PRINCIPAL DESTINO DE LAS REMESAS QUE RECIBEN LOS HOGARES, 2005	188
IV.29	NICARAGUA: COSTOS ESTIMADOS DE UNIVERSALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	189
IV.30	NICARAGUA: COSTO FISCAL DE UNIVERSALIZAR LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA, 2005	194
IV.31	NICARAGUA: POBLACIÓN OCUPADA DE 18 Y MÁS AÑOS, POR SECTOR DE OCUPACIÓN, 2005	194
IV.32	NICARAGUA: COTIZACIÓN POTENCIAL DEL SEGURO POR IVM DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS, 2005	195
IV.33	NICARAGUA: CARGA TRIBUTARIA, PESO Y COMPOSICIÓN	196
IV.34	NICARAGUA: ESFUERZO FISCAL TOTAL PARA LA PROPUESTA REALIZADA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y PENSIONES	198
IV-A-1	NICARAGUA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA POR SECTOR ECONÓMICO, POR AFILIACIÓN A LOS REGÍMENES DE SEGURIDAD SOCIAL Y POR QUINTILES, 2005	202
IV-A-2	NICARAGUA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS POR POTENCIAL DE COTIZAR, 2005	202
IV-A-3	NICARAGUA: COTIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA CON POTENCIAL CONTRIBUTIVO, 2005	203
A-1	CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD SEGMENTADOS	206
A-2	AMÉRICA LATINA: CARACTERIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y TIPOLOGÍA DE LAS REFORMAS	207
A-3	REFORMAS DE SALUD EN CENTROAMÉRICA	208
A-4	CONJUNTO DE INTERVENCIONES SELECCIONADAS PARA UNIVERSALIZAR LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, COMISIÓN DE MACROECONOMÍA OMS	210
A-5	AMÉRICA LATINA: CARACTERÍSTICAS DE LAS REFORMAS DE PENSIONES IMPLEMENTADAS	216

Índice de recuadros

I.1	¿ES SUI GÉNERIS EL ASEGURAMIENTO EN COSTA RICA?	30
II.1	GUATEMALA: DESARROLLO HISTÓRICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	52
II.2	GUATEMALA: IPM AL BORDE DE LA CRISIS	54
II.3	GUATEMALA: LA DEUDA DEL ESTADO Y EMPLEADORES PRIVADOS AL SEGURO SOCIAL	59
II.4	SISTEMAS INTEGRADOS DE SERVICIOS DE SALUD	69
III.1	SUPUESTOS EMPLEADOS EN LA SIMULACIÓN FINANCIERA DEL BANCO MUNDIAL SOBRE EQUILIBRIO ACTUARIAL DE LOS INSTITUTOS DE SEGURIDAD HONDUREÑOS	116
III.2	HONDURAS: PROGRAMAS DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA IMPLEMENTADOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS	118
III.3	SISTEMAS INTEGRADOS DE SERVICIOS DE SALUD	127
IV.1	NICARAGUA: PROGRAMAS DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA IMPLEMENTADOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS	178
A-1	ESTUDIO ESTIMACIÓN DEL COSTO DE ALCANZAR LOS ODM EN SALUD EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE”	211
A-2	PROPUESTA DE REFORMA AL MODELO DE PENSIONES MIXTO EN ECUADOR	215

Índice de gráficos

I.1	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): ASALARIADOS AFILIADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL, 2004-2006	17
I.2	GUATEMALA, HONDURAS Y NICARAGUA: INCIDENCIA DE POBREZA TOTAL Y EXTREMA, 2004-2006	18
I.3	PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL MERCADO LABORAL, 2004-2006.....	19
I.4	GUATEMALA, HONDURAS Y NICARAGUA: RELACIÓN DE DEPENDENCIA, 1950-2050	19
I.5	COTIZACIONES A LOS SEGUROS SOCIALES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LOS REGÍMENES PREVISIONALES Y DE SALUD, 2008	20
I.6	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA: GASTO PÚBLICO SOCIAL EN SALUD, 1990-2007	21
I.7	CENTROAMÉRICA: GASTO NACIONAL EN SALUD, 2005.....	25
I.8	AMERICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): GASTO PÚBLICO SOCIAL EN SEGURIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL, 1990-2007.....	27
I.9	GUATEMALA, HONDURAS Y NICARAGUA: ESTRUCTURA DE LA CAPACIDAD POTENCIAL PARA COTIZAR DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS	28
II.1	GUATEMALA: POBLACIÓN AFILIADA AL IGSS CON RESPECTO A LA PEA, 2000-2007	35
II.2	GUATEMALA: ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR EDAD, 1950-2050	43
II.3	GUATEMALA: NATALIDAD Y MORTALIDAD, 1950-2050	44
II.4	GUATEMALA: RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y ESPERANZA DE VIDA, 1950-2050	45
II.5	DISTRIBUCIÓN DEL PORTAFOLIO DE INVERSIONES DEL IGSS POR SECTOR FINANCIERO, 2006.....	58
II.6	GUATEMALA: GASTO TOTAL EN SALUD POR SECTOR, 2005.....	64
II.7	GUATEMALA: EVOLUCIÓN DEL GASTO NACIONAL EN SALUD, 1990-2005	66
II.8	GUATEMALA: ORIENTACIÓN DEL GASTO EN SALUD SEGÚN QUINTILES DE INGRESO PRIMARIO, 2000	67
II.9	RELACIÓN ENTRE LA FRAGMENTACIÓN Y EL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	70
II.10	GASTO EN SALUD DE 190 PAÍSES, SEGÚN PIB PER CÁPITA, 2005.....	82
III.1	HONDURAS: ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR EDAD, 1950-2050	101
III.2	HONDURAS: NATALIDAD Y MORTALIDAD, 1950-2050	101
III.3	HONDURAS: RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y ESPERANZA DE VIDA, 1950-2050.....	102
III.4	HONDURAS: GASTO EN SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO, 2000-2005.....	124
III.5	HONDURAS: ORIENTACIÓN DEL GASTO EN SALUD SEGÚN QUINTILES DE INGRESO PRIMARIO, 1998 Y 2004.....	125
III.6	HONDURAS: GASTO PÚBLICO PER CÁPITA, SEGÚN SUBSISTEMA DE SALUD, 2000 Y 2005.....	131
IV.1	NICARAGUA: ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR EDAD, 1950-2050	162
IV.2	NICARAGUA: NATALIDAD Y MORTALIDAD, 1950-2050	162
IV.3	NICARAGUA: RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y ESPERANZA DE VIDA, 1950-2050	163
IV.4	NICARAGUA: GASTO EN SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO, 1995-2006	183
IV.5	NICARAGUA: ORIENTACIÓN DEL GASTO EN SALUD SEGÚN QUINTILES DE INGRESO PRIMARIO, 1998 Y 2005	184

Resumen

Versiones preliminares de los estudios reunidos en este volumen fueron presentados en los tres talleres sobre “Equidad y sustentabilidad financiera de la protección social”, que analizaron respectivamente los casos de Guatemala, Honduras y Nicaragua y fueron realizados por la CEPAL y el Instituto centroamericano de estudios fiscales (ICEFI), con el auspicio de la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI), en las ciudades capitales de esos países y de manera consecutiva, los días 2, 4 y 6 de marzo del 2009.

En esta compilación, en primer lugar la presentación hace referencia a la perspectiva de derechos que subyace a los trabajos. La sinopsis subsecuente destaca los aspectos principales expuestos por los tres estudios y pone las experiencias en relación con indicadores de otros países de la región. Los análisis sobre Guatemala, Honduras y Nicaragua se presentan por separado, con un breve anexo común. El financiamiento de la protección social de salud y pensiones en países muy pobres y muy desiguales enfrenta el reto de contribuir a estrechar las desigualdades, y opera en realidades que experimentan importantes cambios demográficos. Se muestra la urgente necesidad de incrementar los recursos destinados a los sistemas de salud y de pensiones y de que ellos contribuyan a una mayor equidad, se esboza una somera cuantificación del esfuerzo de financiamiento adicional, y se bosquejan algunas posibles fuentes de carácter fiscal y contributivo. Se enfatiza también que en ciertos ámbitos es necesario usar mejor los recursos con que se cuenta, y el imperativo de fortalecer la endeble institucionalidad de los sistemas.

Presentación

El desarrollo latinoamericano sigue adoleciendo del “casillero vacío” que Fernando Fajnzylber denunciara hace ya dos décadas, pues no logra conjugar el crecimiento económico con la equidad social. La distribución del ingreso de América Latina y el Caribe es la más desigual entre todas las regiones del mundo y hasta la fecha los patrones de inserción en el concierto global no han permitido revertir este estigma de la desigualdad que pesa sobre la región. Pese a un último lustro auspicioso, el desempeño económico promedio de las últimas dos décadas no ha permitido ampliar las oportunidades de bienestar de toda la población al ritmo deseado, y la exclusión socioeconómica pareciera redoblar con formas endémicas de discriminación. Así, por ejemplo, es extrema la exclusión de las mujeres indígenas en el mercado laboral, y su desventaja se da tanto respecto de los hombres indígenas y no-indígenas, como de las mujeres no indígenas.

En contraste con una realidad hecha de exclusiones y marginaciones, la titularidad de los derechos sociales encarna la efectiva pertenencia a la sociedad, pues prescribe que todos los ciudadanos estén incluidos en la dinámica del desarrollo y gocen del bienestar que aquél puede promover. La acción deliberada del Estado tiene como objetivo frenar las desigualdades económicas que privan a muchas personas de la real pertenencia a su sociedad. Supone el reconocimiento de todos los miembros de la sociedad, sin distinciones de género, raza, etnia, edad, grupo socioeconómico ni localización geográfica.

Encarnados en un cuerpo jurídico consistente y operativo, los derechos fijan estándares imperativos para toda la sociedad y, correlativamente, situaciones inadmisibles para todos sus integrantes. En materia de derechos sociales se ha desarrollado, además, como complemento de la necesaria progresividad de los avances en el área social,

la prohibición de regresividad o retroceso, que limita la posibilidad de que el Estado reduzca niveles de protección social que ya fueron asegurados normativamente. En este marco también debiera hacerse efectivo el espíritu universal que encarnan principios como los de Limburgo y Maastrich. Estos, al evaluar el cumplimiento de las garantías de contenidos mínimos, admiten considerar la limitación de recursos, pues las medidas deben tomarse hasta el máximo de los recursos de que se disponga. Pero por otra parte consideran que un Estado sólo puede aducir el no cumplimiento de las obligaciones mínimas debido a falta de recursos, siempre y cuando demuestre que ha realizado todo los esfuerzos a su alcance para utilizar la totalidad de los recursos que están a su disposición en pos de satisfacer, con carácter prioritario, estas obligaciones mínimas¹.

Para crear las condiciones políticas adecuadas para la cohesión social, la CEPAL considera prioritario establecer reglas fiscales claras, donde se contemplen niveles y fuentes de financiamiento contributivo y no contributivo de carácter solidario, y que se reconozcan umbrales de satisfacción de derechos sociales que sean explícitos, garantizados y exigibles. El disfrute de derechos universalmente reconocidos no se restringe a las voluntades individuales en su aplicación ni a las meras dinámicas de mercado.

Considerando la volatilidad del PIB, los choques económicos en América Latina han afectado históricamente de forma desproporcionada a los hogares –es decir, en una proporción aún mayor a la volatilidad del crecimiento- precisamente por la ausencia o la debilidad de los sistemas de protección social, que son los llamados a proteger a las personas de diversos riesgos relacionados con la enfermedad, el envejecimiento, la pérdida de empleo, entre otros. Es la solidaridad del financiamiento de la protección social la que permite encarar riesgos de manera mancomunada.

La actual crisis económica de carácter global hace indispensable reflexionar sobre los efectos de los choques económicos en países muy desiguales y cuyas poblaciones no cuentan con una adecuada protección ante los riesgos. Es crucial además considerar cómo ella afecta el financiamiento de la protección social y pensar sobre la forma en que el financiamiento contributivo y no contributivo debe encararse en una perspectiva de derechos, universalista y solidaria.

Es crucial fortalecer los sistemas de protección social en la región. La alta mortalidad infantil y materna, la desprotección frente a enfermedades y la gran pobreza entre la población adulta mayor que depende únicamente del auxilio que puedan darles sus familiares, alertan sobre el alto grado de vulnerabilidad social en Guatemala, Honduras y Nicaragua, y muestran la necesidad de incrementar los recursos destinados a los sistemas de salud y de pensiones, de usar mejor los recursos con que se cuenta, y de fortalecer la endeble institucionalidad de los sistemas. De allí la importancia de reflexionar sobre los hitos del desarrollo institucional y sobre las posibilidades de ampliar gradualmente la cobertura de salud y de pensiones, considerando tanto las contribuciones de los potenciales cotizantes como un mayor esfuerzo fiscal, tal como se realiza en los estudios que se compilan en esta publicación para estos tres países.

Martín Hopenhayn
Director División Desarrollo Social
Comisión Económica para América Latina
y el Caribe (CEPAL)

¹ Al respecto ver capítulo VI de CEPAL (2007), Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe, LC/G.2335, Santiago de Chile, y de Abramovich, Víctor y Christian Courtis (2006), El umbral de la ciudadanía. El significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional, Editores del Puerto, Buenos Aires y (2002), Los derechos sociales como derechos exigibles, Editorial Trotta, Madrid.

I. Progresar hacia la equidad: sinopsis de algunos retos del financiamiento de la salud y las pensiones en Guatemala, Honduras y Nicaragua

Fernando Carrera, María Castro, Ana Sojo

A lo largo de las últimas dos décadas, el proceso de consolidación de las instituciones democráticas en la mayor parte de los países de América Latina ha permitido un mayor disfrute de los derechos políticos, y avanzar hacia un mayor cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales, enriqueciendo el ejercicio de la ciudadanía.

En esa trayectoria, un elemento clave es el fortalecimiento de los sistemas de protección social. Pero en este ámbito algunos países lamentablemente aún poseen sistemas muy limitados en salud y pensiones, tanto por su baja cobertura como por la baja calidad de las prestaciones. Guatemala, Honduras y Nicaragua destacan por los pocos recursos destinados a estos fines, y por la endeble institucionalidad de los sistemas. La alta mortalidad infantil y materna, la desprotección frente a enfermedades catastróficas y la gran pobreza entre la población adulta mayor que depende únicamente del auxilio que puedan darles sus familiares, alertan sobre el alto grado de vulnerabilidad social de sus poblaciones.

Esta breve comparación de los tres países considera en primer lugar los factores socioeconómicos que afectan la escasa cobertura de los sistemas de protección existentes. En segundo lugar, el marco institucional que determina en gran medida las debilidades de los sistemas de protección social para, finalmente, identificar algunos elementos tendientes a fortalecer el financiamiento de dichos sistemas de manera sostenible y equitativa.

A. El sistema de protección en salud y pensiones: la baja cobertura y sus vínculos socioeconómicos y sociodemográficos

Aún dentro del concierto regional de América Latina y el Caribe, Guatemala, Honduras y Nicaragua poseen coberturas bajas de salud. En el cuadro I.1 se muestra las coberturas reportadas institucionalmente y las mostradas por las encuestas de hogares². Las fuentes institucionales reportan que la población no cubierta varía entre un 10% para el caso de Guatemala, hasta un 27,9% en el caso de Nicaragua. Pero las encuestas de hogares, por su parte, evidencian una situación aún más crítica, siendo de los tres Guatemala el país con mayor población sin acceso a servicios de salud (37,6%) y Nicaragua el que tiene menor población excluida (24,4%).

CUADRO I.1
GUATEMALA, HONDURAS Y NICARAGUA: ACCESO A SERVICIOS DE SALUD
Y ASEGURAMIENTO EN SALUD, 2004-2006
(En porcentajes)

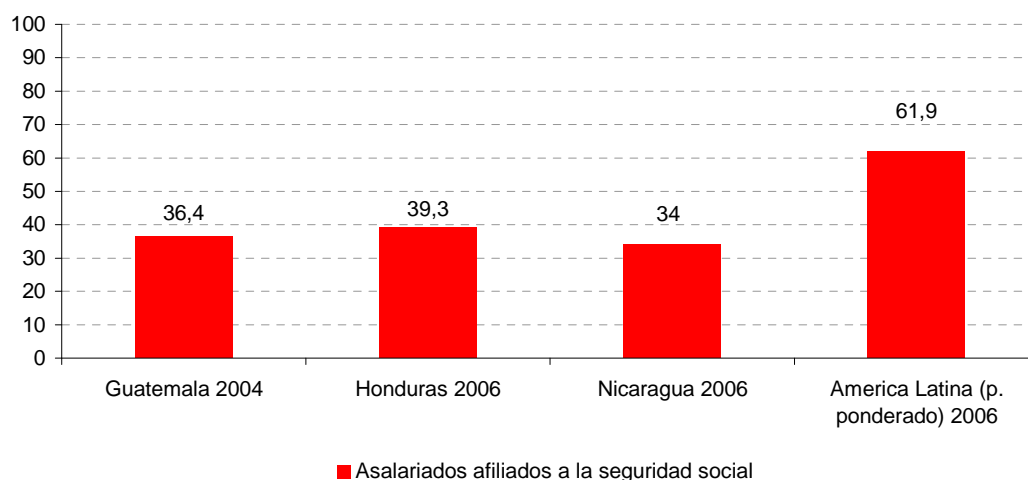
	Guatemala	Honduras	Nicaragua
Acceso a los servicios de salud			
Secretaría o Ministerio de Salud	60,0	60,0	60,0
Instituto de Seguridad Social	18,0	18,0	7,7
Sector privado	11,7	5,0	4,0
Población sin acceso a servicios de salud derivado de cobertura teórica	10,0	17,0	27,9
Población sin acceso a servicios de salud derivado de encuestas nacionales	37,6	29,6	24,4
Población sin cobertura del seguro social o seguro privado de salud	84,9	88,3	87,7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Mesa-Lago (2005), citado en OPS (2007) Salud en las Américas (Guatemala 2005, Honduras 2004-2006 y Nicaragua 2004) y de encuestas de hogares (Guatemala 2006, Honduras 2004, Nicaragua 2005).

En cuanto a las pensiones, los tres también contrastan con otros países latinoamericanos en los cuales contingentes importantes de la población económicamente activa cotizan a los sistemas de pensiones y, en su mayoría, de manera creciente a lo largo de la presente década (gráfico 1). Como puede observarse en el cuadro I.2, incluso países que ostentan bajas coberturas como México, lograron importantes avances, aprovechando en gran medida la bonanza económica vivida durante la mayor parte de la presente década.

² Los reportes de cobertura existentes poseen algunas características que deben ser tomadas en cuenta para un análisis riguroso. Por un lado, las coberturas teóricas reportadas por los ministerios (en los casos de Guatemala y Nicaragua) y de la secretaría (en el caso de Honduras) incluyen a un segmento importante de población que solo tiene acceso al primer nivel de atención, por lo que distan mucho de reflejar una atención integral de salud. En segundo lugar es adecuado contrastar la información reportada por los ministerios o secretarías con las encuestas de hogares, que reflejan coberturas mucho más bajas que las reportadas por esas entidades.

GRÁFICO I.1
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): ASALARIADOS AFILIADOS A LA
SEGURIDAD SOCIAL, 2004-2006
(En porcentajes)



Fuente: Elaborado por CEPAL con base en las respectivas encuestas de hogares de los países.

CUADRO I.2
PAISES SELECCIONADOS DE LA REGIÓN: APORTANTES A SISTEMAS DE PENSIONES, 1998-2008
(Como porcentaje de la PEA)

	Dec-1998	Dec-1999	Dec-2000	Dec-2001	Dec-2002	Dec-2003	Dec-2004	Dec-2005	Dec-2006	Dec-2007	Jun-2008
Argentina	24,7	24,9	20,7	15,7	18,2	19,7	20,6	24,5	25,8	24,5	19,8
Bolivia	...	...	...	9,9	10,8	9,7	11,1	12,3	13,3	13,3	12,8
Chile	53,8	55	54,5	58	57,0	59,1	56,2	59,6	58,0	61,2	62,2
Colombia					11,2	12,3	11,1	11,7	14,8	17,1	17,3
Costa Rica					47,5	47,4	49,1	49,1	52,0	55,8	59,1
El Salvador	16	19,5	18,3	19	17,4	17,9	17,2	17,3	18,4	18,8	19,3
México	22,5	22,5	24,6	28,5	29,9	29,8	29,8	30,2	31,0	32,2	31,7
Perú	9,2	10,1	9,9	10,5	10,7	11,8	11,6	11,0	11,0	13,4	13,6
República Dominicana	...	...	...	...	...	14,6	14,8	15,3	18,9	20,8	20,5
Uruguay	16,8	15,6	20,9	20,7	18,7	21,7	22,4	25,2	26,0	27,7	32,0

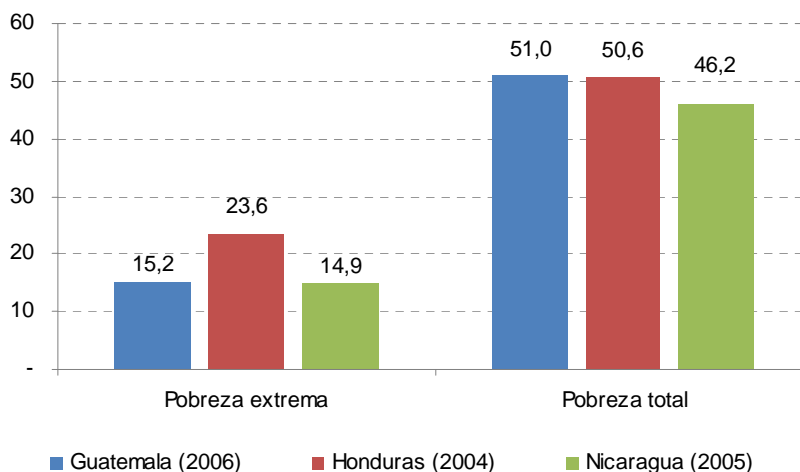
Fuente: Elaboración de CEPAL con base en AIOS-BOLETIN diciembre 2007, y actualizado con Boletín junio 2008.

Las escasas coberturas de la protección social en salud y pensiones de los tres países tienen su correlato en las condiciones de pobreza general y extrema. Con más del 40% de la población en condiciones de pobreza y más de un 15% en pobreza extrema (ver gráfico I.2), este gran contingente está excluido del acceso a servicios de salud y fondos de pensiones privados y carece en gran medida de protección social.

Un factor que limita la extensión de la cobertura de la seguridad social es la dinámica de los mercados laborales. Según la OIT, un rasgo distintivo de los mercados laborales en la región, ha sido la insuficiencia del sector privado empresarial en la generación de empleo formal: en efecto, aproximadamente siete de cada diez empleos se generaron dentro del sector informal de la economía y

33% de ocupados de 18 años y más se insertaron en el mercado laboral como trabajadores por cuenta propia (siendo dicho fenómeno más importante en Honduras que en el resto de los países). La dinámica del mercado laboral determina la existencia de un creciente sector de trabajadores independientes o familiares no remunerados, con muy bajos niveles de ingreso y productividad. A su vez, la precarización del mercado laboral se traduce en un severo cuello de botella para aumentar la cobertura a la seguridad social (gráfico I.3).

GRÁFICO I.2
GUATEMALA, HONDURAS Y NICARAGUA: INCIDENCIA DE POBREZA TOTAL Y EXTREMA, 2004-2006
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en las respectivas encuestas nacionales de condiciones de vida.

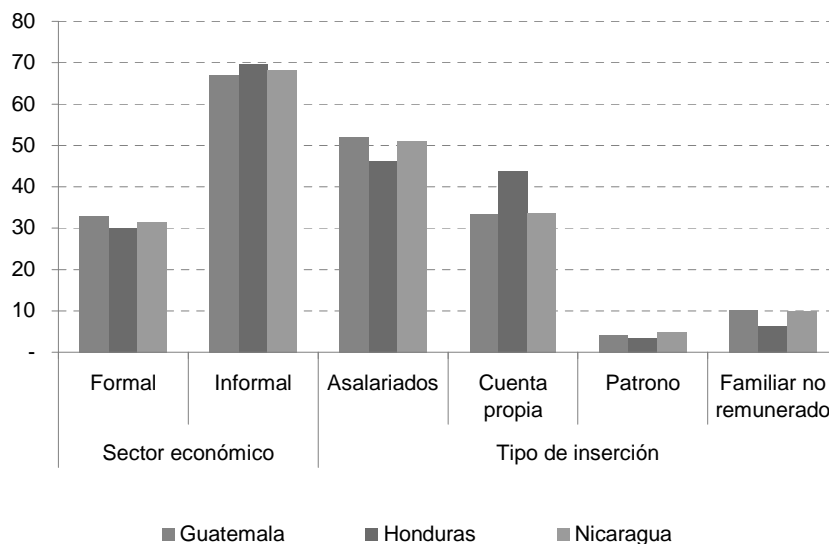
Por último, un factor demográfico que debe ser tomado en cuenta es la tendencia a la caída de las tasas de dependencia en los tres países. A partir del año 2000, la población en edad productiva (entre 20 y 59 años) representa un porcentaje crecientemente menor con respecto a la población mayor de 60 años (ver gráfico I.4). De no emprenderse reformas que amplíen la cobertura de la protección social en salud y pensiones, esto puede comprometer seriamente el sustento financiero de los seguros sociales. Es decir, que la ampliación de cobertura no solo es un requerimiento desde un punto de derechos ciudadanos, sino también indispensable, considerando el sustento financiero.

B. Determinantes institucionales de la baja protección social en salud y pensiones

Desde un punto de vista institucional, los sistemas de protección social de salud y pensiones de Guatemala, Honduras y Nicaragua comparten varias características. En primer lugar, los institutos nacionales de seguridad social surgieron tardíamente: 1946 en Guatemala, 1959 en Honduras y 1957 en Nicaragua³. En segundo lugar, fueron creados bajo el supuesto de que gracias al dinamismo económico se generarían empleos formales asalariados de manera creciente. Que este no haya sido el derrotero dominante en el mercado laboral, determina en gran medida las bajas coberturas analizadas, en circunstancias en que los sistemas de seguro social además no han desarrollado mecanismos de inclusión flexibles que permitan incorporar a los trabajadores informales, entre otros, independientes y cuentapropia.

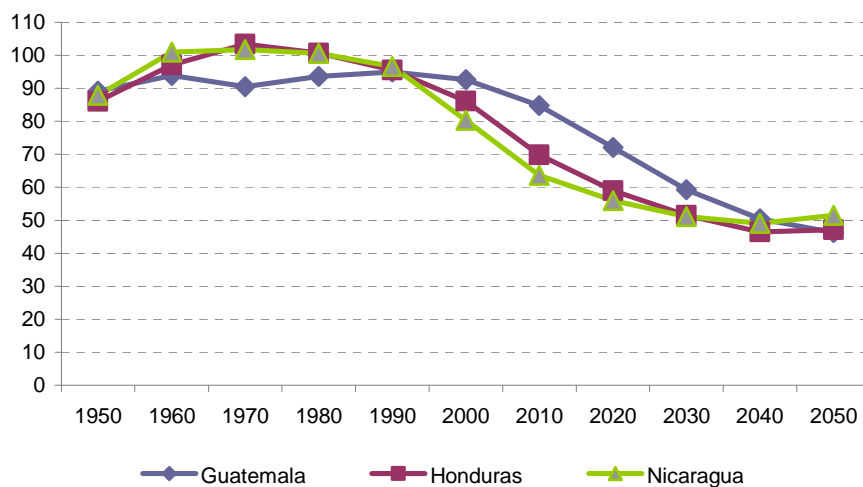
³ En Guatemala, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), en Honduras, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y en Nicaragua, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS).

GRÁFICO I.3
PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL MERCADO LABORAL, 2004-2006
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en las respectivas encuestas nacionales de condiciones de vida (Guatemala - 2006, Honduras - 2004 y Nicaragua - 2005).

GRÁFICO I.4
GUATEMALA, HONDURAS Y NICARAGUA: RELACIÓN DE DEPENDENCIA, 1950-2050
(En porcentajes)

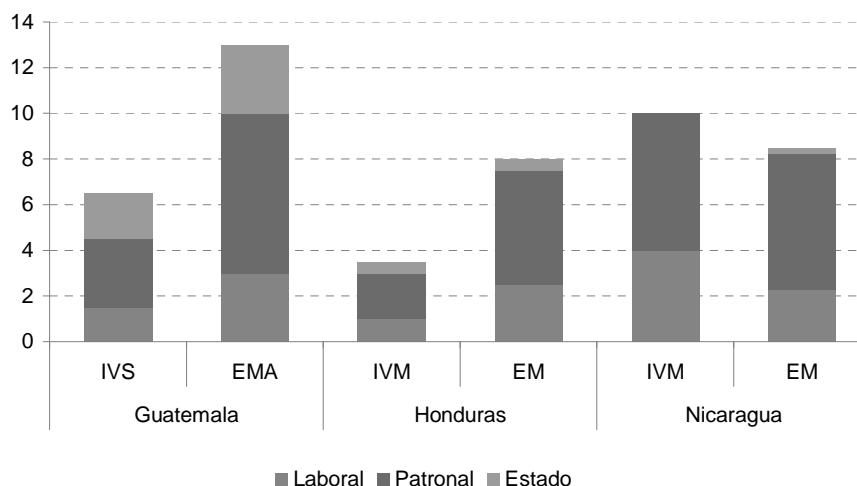


Fuente: CEPAL, Anuario estadístico 2007, Series Sociales.

En tercer lugar, la protección social de la salud es otorgada principalmente por dos entes públicos: los ministerios (Secretaría de Salud, en el caso de Honduras) y los seguros sociales. Estos últimos tienen programas específicos de provisión de servicios de salud o lo hacen de manera indirecta (por ejemplo, en Nicaragua el INSS presta servicios por medio de prestadores privados).

En el caso de las pensiones, existe una gama diversa de regímenes obligatorios y complementarios, siendo el principal el administrado por los seguros sociales. Con excepción de Nicaragua, donde el Estado no aporta como tercera parte al régimen previsional, el financiamiento primordial son las cotizaciones realizadas por los trabajadores, los patronos y el Estado⁴ (ver gráfico I.5).

GRÁFICO I.5
COTIZACIONES A LOS SEGUROS SOCIALES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LOS
REGÍMENES PREVISIONALES Y DE SALUD, 2008
(Como porcentaje respecto de salarios)



Fuente: Leyes de seguridad social de Guatemala, Honduras y Nicaragua.

El sistema de financiamiento de los tres regímenes previsionales es de prima media escalonada de capitalización parcial colectiva, lo cual le permite acumular reservas para financiar el sistema. En Guatemala y Honduras además del seguro social obligatorio existe una gama amplia de regímenes públicos cuya regulación está a cargo de los respectivos institutos, que además financian, administran, afilian y conceden las prestaciones de vejez, invalidez y muerte de manera independiente.

1. Hitos institucionales en el caso guatemalteco

a) El sistema de pensiones

El sistema de pensiones guatemalteco está conformado por el seguro obligatorio constituido en 1977 (IGSS), dos regímenes públicos obligatorios más (clases pasivas civiles del estado -CPCE- y previsión militar -IPM) y nueve regímenes complementarios. El sistema de financiamiento tanto del régimen de CPCE como del IPM, es de reparto sin capitalizaciones por lo que no cuenta con patrimonio propio en materia de inversiones y representa una gran carga fiscal. El subsistema de CPCE tiene el mayor desequilibrio: el déficit representaba en el 2005, más de 4% del presupuesto público, el 35% del déficit y el 0,54% del PIB.

A lo largo de los años se ha evidenciado la necesidad de realizar reformas al sistema de pensiones, sobre todo al administrado por el IGSS. Dichas reformas dieron inicio en 1994 con una propuesta innovadora, que fue truncada por veto presidencial y que previa entre otros: la ampliación de la cobertura del seguro social a trabajadores informales, así como un plan para pagar la deuda del Estado con el IGSS.

⁴ Los aportes han permanecido sin cambios desde su creación en Guatemala y en Honduras, en Nicaragua se han modificado los aportes en varias ocasiones.

Las siguientes dos reformas importantes fueron presentadas alrededor de 1996, una que proponía el cambio del régimen de prima media escalonada y de capitalización parcial colectiva a uno de capitalización individual inspirada en las reformas realizadas en su momento por Argentina y Chile. Alternativamente tanto el IGSS como la Fundación Friedrich Ebert, realizaron propuestas basadas en estudios actuariales y plantearon sistemas mixtos con características similares, sin que ninguna de las propuestas presentadas se concretaran en su momento.

En el 2006, FUNDESA, una fundación privada, realizó una revisión independiente de la evaluación actuarial, y un análisis del proyecto de reforma, a la luz de la experiencia latinoamericana e internacional en esa materia y se propuso la adopción de un sistema multipilar (modelo mixto). Además se elaboraron proyecciones actuariales régimen de CPCE, y formuló recomendaciones para una reforma estructural del sistema.

El IGSS también ha planteado reformas paramétricas entre ellas el cambio de edad de retiro de 60 a 65 años, propuesta que no pudo ser implementada por una decisión de la Corte de Constitucionalidad.

En cuanto a la situación financiera del régimen previsional el manejo de las inversiones, a pesar de que en años anteriores el IGSS fue objeto de presiones políticas, gracias a un mejor manejo financiero, y una relación de dependencia aún alta, colocan al seguro social en una posición favorable para realizar reformas al régimen, sin embargo la relación entre la población de 20-59 años de edad y la población de 60 años de edad o mayor, fue de 8,1 en el 2003, se mantendrá en el 2010 y luego pasa cada diez años desde el 2020 al 2050 de 7,6 a 3,6.

Según el último estudio actuarial al que se tuvo acceso, el seguro social empezaría a utilizar sus reservas técnicas en el 2019. En el caso del régimen de CPCE, se requiere en el momento un aumento de las contribuciones individuales del orden de seis puntos, es decir pasar del rango efectivo actual de 11% a 15%, a un rango de 17% a 21% como contribuciones individuales.

b) El sistema de salud

En el caso de la protección social de la salud, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) es la institución que según el Código de Salud tiene a su cargo la rectoría, conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional.

El proceso de reforma en el sector salud en Guatemala ha abarcado únicamente las reformas del MSPAS, ya que no se han incluido la seguridad social⁵ ni el subsistema privado. La reforma planteada a mediados de 1990 estableció tres metas, cuyos resultados se sintetizan a continuación⁶:

- incrementar el gasto público en salud: sin cumplimiento, ya que el presupuesto asignado al MSPAS ha estado por debajo de los compromisos asumidos en los Acuerdos de paz,
- mejorar la eficiencia del sistema: se ha logrado incrementar el gasto en los servicios básicos de salud,
- mejorar la equidad: la distribución geográfica y temática del gasto del MSPAS sigue reflejando un patrón altamente inequitativo.

Hasta la fecha varios intentos han promovido un diálogo nacional en torno a la necesidad de reformar el sistema de salud, pero ninguno ha logrado avances en el replanteamiento del sistema.

2. Hitos institucionales en Honduras

a) El sistema de pensiones

Está conformado por: el IHSS, creado en 1957 como una institución de derecho público; el Instituto Nacional de Previsión del Magisterio (INPREMA) creado en 1980 para dotar de pensiones a los

⁵ Las propuestas de reforma a la seguridad social se han planteado como se señaló anteriormente de forma aislada al sistema de salud.

⁶ Síntesis anotada en Flores (2008).

docentes del sector público y privado; el Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y funcionarios del Poder Ejecutivo (INJUPEMP) cuya constitución fue aprobada en 1971, el Instituto de Previsión Militar -IPM- fundado en 1972 y el INPREUNAH de los trabajadores universitarios creado en 1989. El IHSS está regido por una Junta Directiva integrada por nueve miembros con representantes del Ejecutivo (dos miembros); de los empleadores (tres miembros); de los trabajadores (tres miembros) y del Colegio de Médicos (un miembro). El control y vigilancia lo realizan los mismos institutos, con la supervisión de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS).

Las reformas que han primado en el sistema previsional hondureño son de orden paramétrico, y se han realizado de forma indistinta en los cinco sistemas de pensiones, modificando esencialmente la tasa de reemplazo, la edad de jubilación, la tasa de contribución y los techos de cotización.

En cuanto al equilibrio financiero de los distintos regímenes que lo conforman, procesos futuros de reforma deben considerar varios aspectos:

- los cinco institutos de pensiones presentan un déficit actuarial a largo plazo, la mayoría cuenta con suficientes reservas de capital para evitar la bancarrota en por lo menos los próximos 10 a 15 años; se proyecta para el IHSS que comience a generar déficit en sus cuentas de pensiones dentro de cinco años,
- un estudio del Banco Mundial estima que la tasa actual de contribución al régimen 3,5% está alejada de la tasa de contribución de equilibrio, que se calculó en 15%,
- el margen de acumulación de reservas por parte de los diversos institutos es distinto; el menor sería el del INJUPEMP, debido a que las prestaciones concedidas agotan el 63% de las contribuciones recaudadas.

Son importantes las obligaciones sin financiamiento previsto de varios de los regímenes especiales e incluso del sistema corriente, lo que hace que el riesgo interpuesto al gobierno central en términos de obligaciones fiscales contingentes sea importante y varíe considerablemente entre los sistemas.

b) El sistema de salud

El sector salud hondureño está constituido por un subsector público y otro privado. El público está compuesto por la Secretaría de Salud (SS), el Instituto hondureño de seguridad social (IHSS) y otras instituciones de escaso impacto social.

Al igual que los países de la región, Honduras ha implementado procesos de reforma de la Secretaría de Salud a lo largo de los últimos años. En 1992 se creó –como parte de la Comisión Presidencial de Modernización del Estado– una subcomisión de salud, cuya prioridad era lograr un mejoramiento sustancial de los servicios de salud. La estrategia quedó interrumpida al finalizar el gobierno en 1994.

En 1999, a raíz de los daños causados por el huracán Mitch, se puso en marcha, junto con la cooperación internacional, el Plan maestro de reconstrucción y transformación nacional (PMRTN), cuyas acciones y actividades de orientación social fueron adoptadas en el marco de la estrategia de reducción de la pobreza (ERP). En términos de la salud, la ERP estableció lineamientos puntuales.

El plan de gobierno 2002-2006, planteó como uno de sus objetivos mejorar las condiciones sanitarias básicas y la prestación de servicios de salud. Estos objetivos y la ERP sirvieron de fundamento a la formulación del Plan nacional de salud 2021 y la Política nacional de salud para el período 2006-2010. En ambos documentos, la reforma del sector salud se define como una transformación gradual y progresiva.

3. Algunos hitos institucionales en Nicaragua

a) En materia de pensiones

El INSS fue creado en 1957 y cuenta con un Consejo directivo que define las políticas generales de seguridad social. En Nicaragua se han realizado varias reformas, algunas implementadas y otras

derogadas tras breves períodos de ejecución. En 1979 se creó el Sistema único de salud (SNUS), con lo cual toda la infraestructura del INSS pasó a formar parte del Ministerio de Salud y este se convirtió en el único proveedor de servicios de salud.

La ley vigente data de 1982. En 1993 se implementó el modelo previsional de salud, por medio del cual el INSS cancela a prestadores privados de salud el servicio otorgado a sus afiliados. Entre 1991 y 1999 se realizaron varios estudios actuariales que dieron origen a una serie de propuestas que concluyeron con la presentación de una reforma hacia un sistema de capitalización individual en el año 2000, pero que fue derogada en el año 2006 por considerar fuera de los alcances fiscales el financiamiento de la transición del sistema. Como resultado, las reformas implementadas hasta el momento han sido paramétricas, y han permitido incrementar las tasas de contribución y elevar los techos de cotización.

Respecto a la salud financiera del régimen previsional, a pesar de que en los últimos tres años el INSS registró un superávit operativo -que en 2007 representó el 34% de las contribuciones recaudadas, estudios realizados por el Fondo Monetario Internacional consideran que Nicaragua es el país centroamericano con mayores desafíos financieros a encarar en el futuro⁷.

b) En materia de salud

Además de ser la entidad responsable de la rectoría del sector, el Ministerio de Salud es el principal proveedor de servicios. Tiene bajo su responsabilidad la salud de toda la población en lo que respecta a acciones esenciales de salud pública. Otro actor importante es el Instituto nicaragüense de seguridad social (INSS), constituido como una institución autónoma con personería jurídica y patrimonio propio, que es la principal entidad aseguradora del país. Sin embargo, a raíz de la implementación del Sistema único de salud en 1979, no posee una red propia de infraestructura, por lo que contrata los servicios de empresas médicas previsionales (EMP), tanto públicas como privadas, bajo la modalidad de pago per cápita y pago por evento.

En contraste con lo acontecido en Guatemala y Honduras, en Nicaragua se han planteado procesos de reformas al sistema de salud pública incluyendo a la seguridad social, y la implementación de reformas data de mucho tiempo atrás. En 1979, se implementó el Sistema nacional único de salud -SNUS-, por medio del cual la atención y la infraestructura médica y hospitalaria del Instituto nicaragüense de seguridad social pasaron a manos del Ministerio de Salud. En 1990 se implementó el modelo de salud previsional, que sustituyó la atención médica brindada por el SNUS. Con su implementación, se planteó un nuevo rumbo para los asegurados del INSS y sus beneficiarios, quienes recibirían los servicios de salud médica y hospitalaria, por medio de mecanismos de compra de servicios al sector privado (EMP).

En 1997-2002 se planteó la política nacional de salud, cuyos ejes temáticos fueron la modernización del sector, el fortalecimiento del Ministerio de Salud, el fortalecimiento de la atención hospitalaria, la puesta en marcha de nuevas estrategias en salud pública y la reforma de la seguridad social. Sin embargo, el propio Ministerio de Salud reconocía en 2003, los limitados alcances, en el ámbito sistémico y organizativo, del proceso de reforma llevado a cabo.

En 2004-2015 el gobierno delimitó los principales retos del sector salud en la Política de salud. Para su ejecución se elaboró el Plan quinquenal de salud 2005-2009, con tres objetivos: aumentar la cobertura de los servicios de salud; fortalecer la red de servicios y fortalecer la rectoría, desarrollo, fortalecimiento institucional y descentralización. El gobierno actual, que tomó posesión en enero 2007, ha planteado en el Plan Nacional de Desarrollo Humano 2008-2012 un cuestionamiento a la manera en que se han llevado los procesos de reforma del sistema de salud y pretende impulsar un proceso de reforma propio sobre nuevas bases.

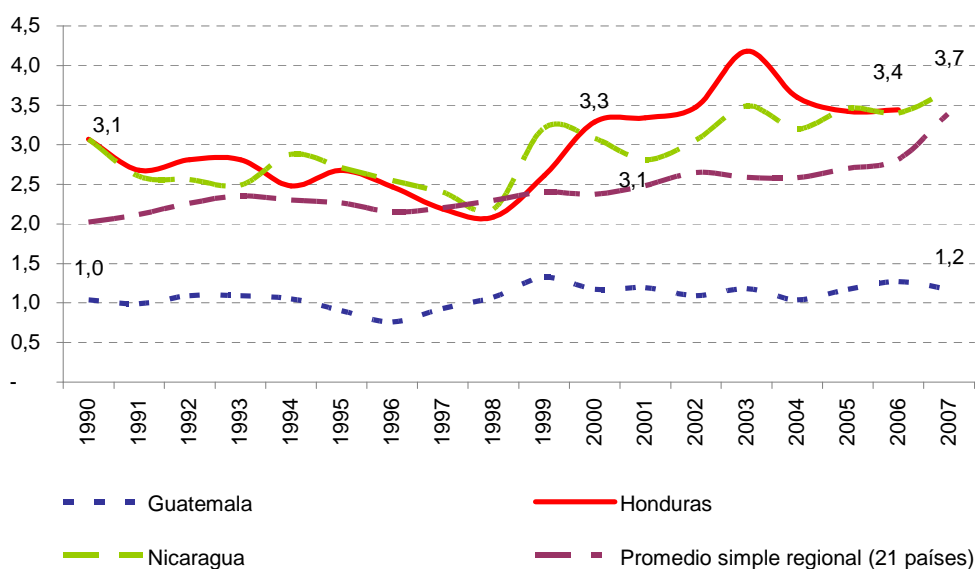
⁷ Esto debido a que entre 2003 y 2050 la razón aportantes/pensionados tenderá a empeorar rápidamente, haciendo necesario variar las tasas de aportaciones o las pensiones para mantener el equilibrio financiero actual. Un estudio anterior, realizado por la Fundación Friedrich Ebert en el año 1997 y dirigido por Carmelo Mesa Lago, establecía que la tasa de contribución de equilibrio del IVM debía ajustarse inmediatamente y que debería ser al menos del 7,7% en 1995, del 10,6% en el 2010 y del 12,5% en el 2020.

C. El financiamiento de la salud y de las pensiones

Los bajos niveles de financiamiento han sido también una constante para los tres países. En el caso de la salud, el caso más dramático lo representa Guatemala, que destina poco más de 1% del PIB a la salud. Nicaragua y Honduras presentan una situación ligeramente mejor, pero no sobresalen sobre el promedio regional (gráfico 6).

Conforme a la clasificación establecida por la OPS/OMS⁸ (ver cuadro I.3), Honduras y Nicaragua se clasifican como sistemas mixtos de financiamiento de la salud, ya que aproximadamente la mitad del gasto nacional en salud se origina en el sector público. El caso de Guatemala se considera orientado al mercado, porque la mayor parte del financiamiento de la salud proviene de fuentes privadas.

GRÁFICO I.6
PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA: GASTO PÚBLICO SOCIAL EN SALUD, 1990-2007
(Como porcentaje del PIB)



Fuente: CEPAL, base de datos sobre gasto social.

En cuanto al financiamiento de la salud, de acuerdo con cálculos de la OMS (ver gráfico I.7) todos los tres países destacan por la elevada proporción de gasto de bolsillo en salud de los hogares, gasto que puede causar empobrecimiento y de los tres países considerados, Guatemala presenta el menor gasto público.

⁸ La OPS establece que los sistemas nacionales de salud pueden ser clasificados en función de los recursos públicos orientados al sector, entre: predominantemente públicos, mixtos y predominantemente orientados al mercado.

CUADRO I.3
PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA: CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS NACIONALES
DE SALUD POR TIPO DE SISTEMA Y NIVEL DE INGRESO, 2004

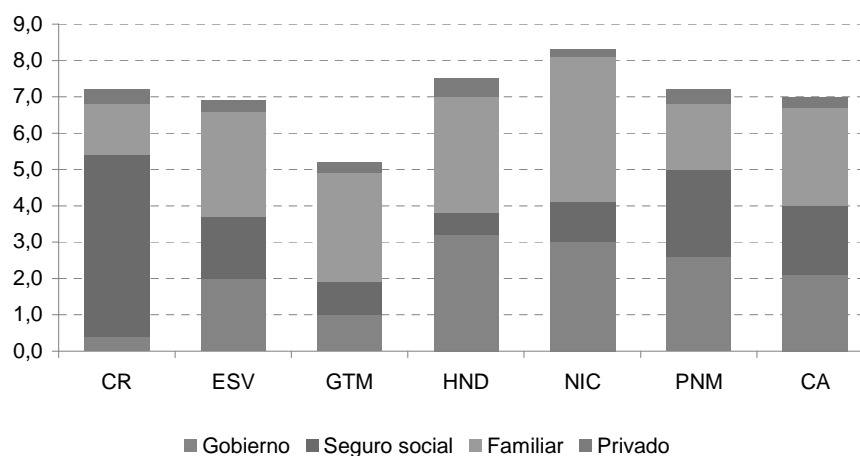
Tipo de Sistema de Salud	Nivel de ingreso per cápita bajo (menos de US\$ 4 mil)	Nivel de ingreso per cápita medio (más de US\$ 4 mil, pero menos de US\$ 11 mil)	Nivel de ingreso per cápita alto (más de US\$ 11 mil)
Sistema predominantemente público (La proporción del gasto público supera el 66% del gasto nacional en salud)	Cuba ^a	Belice, Panamá ^b y Uruguay ^b	Canadá ^b
Sistema mixto (La proporción del gasto público supera el 50%, pero inferior al 66% del gasto nacional en salud)	Bolivia, Honduras y Nicaragua	Chile ^b , Costa Rica ^b , Perú y Venezuela	Argentina ^b
Sistema predominantemente orientado al mercado (La proporción del gasto público es menor al 50% del gasto nacional en salud)	Ecuador, Guatemala, Haití y Jamaica	Brasil, El Salvador, México, Paraguay y República Dominicana	Estados Unidos de América

Fuente: Elaboración propia sobre la base de OPS/OMS (2007a). Op. Cit. Capítulo 4, p. 21.

^a Puede clasificarse como sistema nacional de servicios de salud.

^b Los países con amplios sistemas de seguridad o seguro médico (obligatorio), que cubren el 50% de la población o más, pueden clasificarse como países con sistemas nacionales de seguros de salud.

GRÁFICO I.7
CENTROAMÉRICA: GASTO NACIONAL EN SALUD, 2005
(Como porcentajes del PIB)



Fuente: Estadísticas OMS (http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm#).

Por otra parte, cabe destacar que el nivel del gasto público de Honduras y Nicaragua guarda poca correlación con la cobertura, que resulta muy baja para el volumen de gasto. En este sentido, en ambos países es necesario realizar esfuerzos por elevar la eficiencia del gasto.

La eficiencia puede vincularse estrechamente con la transparencia. De esta manera, la última publicación del índice de presupuestos abiertos (cuadro 4) concluye que tanto Honduras como Nicaragua poseen presupuestos altamente opacos, lo cual dificulta analizar la gestión de los recursos.

CUADRO I.4
CENTROAMÉRICA: RESULTADOS DEL ÍNDICE DE PRESUPUESTO ABIERTO, 2008

País	Disponibilidad ciudadana a documentos presupuestarios clave						Índice del Presupuesto Abierto (IPA) 2008	
	Documento preliminar	Proyecto de presupuesto	Presupuesto ciudadano	Revisión a mitad del año	Informes de fin de año	Informe de auditoría	Resultado	Deficiencias encontradas
Costa Rica	X	√	X	X	√	√	45%	Falta de información y baja participación ciudadana
El Salvador	√	√	√	X	√	X	37%	Poco énfasis a la auditoría presupuestaria y baja participación ciudadana
Guatemala	X	√	X	X	√	√	45%	Falta generar información sustantiva y crear accesos a la participación ciudadana
Honduras	X	X	X	X	√	√	11%	Falta de generación de datos y de acceso al presupuesto, muy opaco el proceso presupuestario
Nicaragua	X	√	X	X	√	X	18%	Escasa participación ciudadana y poca generación de información
Panamá	X	√	X	√	√	√	...	Difícil acceso a los datos

Fuente: ICEFI (2008). Observatorio Fiscal N° 91.

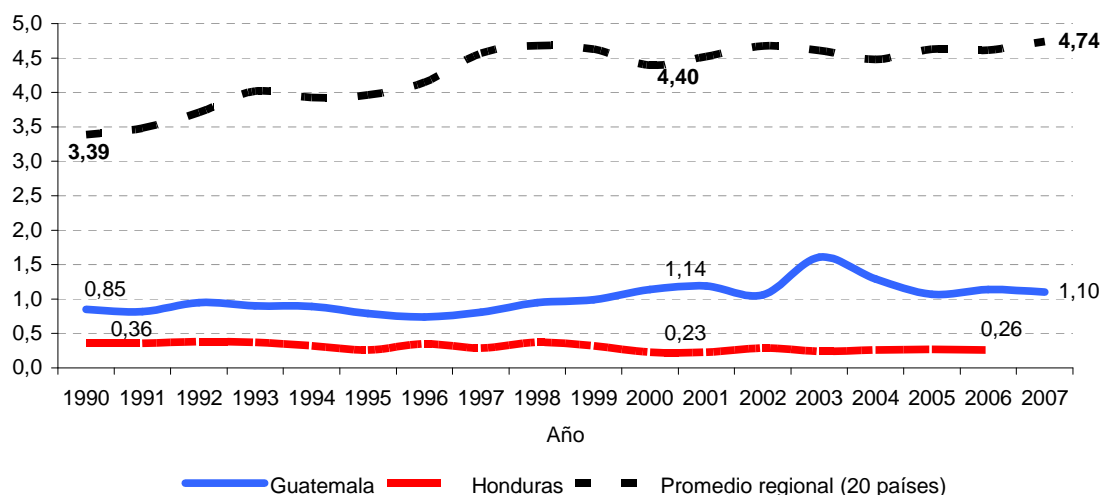
En cuanto al gasto público social en seguridad social, es claro que el gasto en países como Honduras y Guatemala se encuentra muy por debajo de los promedios de la región. Como puede verse en el gráfico I.8, ambos países presentan presupuestos públicos casi cuatro puntos del PIB por debajo del promedio simple de 20 países latinoamericanos.

En resumen, tanto desde un punto de vista institucional como financiero, los sistemas de protección social de la salud y las pensiones en los tres países centroamericanos son débiles. Resaltan particularmente los pocos recursos a ellos destinados, así como la necesidad de mejorar la eficiencia y la transparencia en el uso de los escasos recursos disponibles. En la siguiente sección se exploran algunas medidas que permitan superar estas debilidades en el financiamiento de la protección social, procurando definir esquemas que faciliten ampliar la cobertura y mejorar la calidad de las prestaciones.

D. Hacia esquemas contributivos y no contributivos de financiamiento de la protección social mas solidarios e inclusivos

Las propuestas sobre protección en salud y pensiones que los estudios compilados en este volumen esbozan para los tres países, parten de la premisa de que es responsabilidad pública garantizar el derecho a la protección social, visión que -a juzgar por las bajas coberturas y la desigualdad de los sistemas- no se ha afincado adecuadamente en esas latitudes.

GRÁFICO I.8
AMERICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): GASTO PÚBLICO SOCIAL EN
SEGURIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL, 1990-2007
(Como porcentaje del PIB)



Fuente: CEPAL, base de datos sobre gasto social.

Conforme a la perspectiva de derechos, debe aspirarse a un sistema público con cobertura universal, que permita encarar de manera solidaria, equitativa y eficiente, entre otros, los riesgos de enfermedad, maternidad, discapacidad, desempleo, envejecimiento y muerte. Transformar progresivamente la protección social en salud y pensiones vigente, caracterizada por una baja y desigual cobertura, hacia un sistema de carácter universal, financiado de manera solidaria y con responsabilidad pública, puede tomar varios años y, en algunos casos, incluso décadas.

No podría ser de otra manera, considerando que no sólo implica destinar más recursos a tal efecto, sino el fortalecimiento institucional de los sistemas de protección social y vencer resistencias e inercias enquistadas dentro de los propios aparatos. La experiencia histórica muestra la complejidad de las reformas de diverso cuño que se han intentado o bien, la imposibilidad de otras, expresada justamente en su ausencia. De hecho, en Guatemala y en Honduras no se han realizado reformas globales de los sistemas de salud⁹, mientras que en Nicaragua fue vetada una reforma del sistema previsional que preveía un modelo de capitalización individual debido a la imposibilidad de financiarlo.

Se hace patente que la viabilidad de los cambios remite a la dimensión estrictamente política de las reformas, en la medida que la definición de los problemas a resolver, los medios elegidos, y la velocidad y profundidad de los cambios institucionales y de política afectan los intereses de actores y de grupos. En ese sentido cabe considerar dos aspectos esenciales. Por una parte, el contexto político e institucional en que están inmersos los sectores objeto de transformación, y el papel que ellos juegan en las relaciones Estado-sociedad. En segundo lugar, que el aspecto estrictamente político de la agenda de la reforma y de su implementación trasciende aquellos técnicos y programáticos (González, 2006, p. 358).

Teniendo como horizonte la perspectiva de derechos, la preocupación por la viabilidad de los cambios se hace presente en la gradualidad implícita en las propuestas, que contemplan esfuerzos de carácter contributivo y no contributivo. En los tres países es baja la cobertura de salud y de pensiones, pero los niveles y estructuran del gasto presentan características específicas, y divergen también en otros tantos aspectos. Por esta razón –como se verá en el texto– las propuestas para incrementar la cobertura presentan entre sí similitudes y diferencias.

⁹ Sobre las restricciones políticas de la reforma de la salud en Guatemala, por ejemplo, ver González (2006), pp. 373-381.

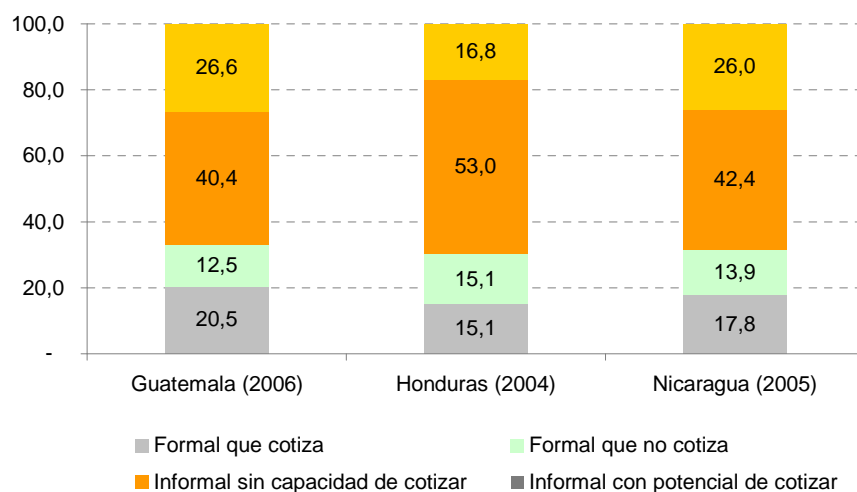
En cuanto a similitudes, destaca la propuesta de universalizar la atención primaria de salud mediante la dotación de un paquete básico, que considera el costo que ha sido estimado por la OMS¹⁰ para alcanzar las metas del milenio relacionadas mediante 49 intervenciones prioritarias de salud y 65 líneas de tratamiento, que no representan el costo de todos los servicios necesarios para la expansión del sistema de salud.

La fuente de recursos contemplada para cubrir dicha cobertura es de carácter fiscal, y el cálculo parte de costos diferenciados según el nivel de ingreso per cápita de cada país. Las estimaciones realizadas para calcular los costos de universalizar la atención primaria tomaron en cuenta dos escenarios de población carente de servicios de salud, a saber, el reportado por las autoridades del sector que son citadas en los perfiles de salud de país por OPS y las estimaciones de población descubierta reportada en las encuestas nacionales de condiciones de vida, usando como *proxy* la proporción de población que tiene acceso a servicios a más de una hora. También se establecieron escenarios graduales de cobertura en este nivel de atención, que van de una cobertura mínima a la universalización de este paquete de atención en un período de aproximadamente siete años, del 2009 al 2015.

Por su parte, además de incorporar a los ocupados formales que aún no cotizan, se propone en materia de pensiones para los tres países dispositivos de inclusión, considerando la capacidad potencial de cotización de los ocupados informales del cuarto y quinto quintil de consumo, así como dotar de una pensión mínima a los mayores de 65 años en condición de pobreza.

Como muestra el gráfico I.9, la protección social en estos países tiene aún una deuda importante que saldar respecto de los ocupados formales –entre 12,5% y 15,1%– que carecen de cobertura. Además, es notable la proporción de población que podría asegurarse mediante mecanismos contributivos dada su capacidad potencial para cotizar. Ella ronda el 26,0% en Guatemala y Nicaragua, y es menor en Honduras dados los mayores niveles de pobreza.

GRÁFICO I.9
GUATEMALA, HONDURAS Y NICARAGUA: ESTRUCTURA DE LA CAPACIDAD POTENCIAL PARA COTIZAR DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en encuestas nacionales de condiciones de vida.

¹⁰ OMS (Organización Mundial de la Salud) (2001). "Macroeconomics and health: Investing in health for economic development, Report of the Commission on Macroeconomics and Health" Canada. p. 172.

Como fuentes de financiamiento para ampliar la cobertura de salud y de pensiones se consideran las contribuciones de los potenciales cotizantes y un mayor esfuerzo fiscal, tanto para subsidiar la cuota patronal de dichos cotizantes, como para financiar la pensión mínima. Considerando los ingresos de los hogares receptores de remesas, se propone explorar que dichos hogares puedan cotizar a los seguros sociales. (ver cuadro I.5).

CUADRO I.5
HOGARES PERCEPTORES DE REMESAS: POBREZA Y DISTRIBUCIÓN POR NIVELES DE INGRESO
(En porcentajes)

	Guatemala (2006)	Honduras (2004)	Nicaragua (2005)
Quintiles			
1	8,4	7,2	5,5
2	14,5	18,9	10,2
3	19,5	22,0	16,6
4	24,1	25,0	22,8
5	33,4	26,9	44,9
Situación de pobreza			
Pobre	32,5	18,9	22,9
No pobre	67,5	81,1	77,1
Área			
Urbano	45,8	64,0	76,8
Rural	54,2	36,0	23,2

Fuente: Elaboración propia con base en encuestas nacionales de condiciones de vida.

Considerando las singularidades de los países, se propone que en Guatemala los ocupados informales coticen al programa de salud y pensiones, mientras que para Honduras y Nicaragua se recomienda que solamente lo hagan para un plan previsional. Como ello implica recibir como subsidio lo que correspondería a la cuota patronal, en Guatemala el subsidio de cuota patronal para la cotización del plan de salud, elevaría el gasto público desde los niveles tan bajos que hoy ostenta, que son menores a los niveles de Honduras y Nicaragua, cuyo esfuerzo respecto al PIB se sitúa en el nivel promedio de la región. Dado que el esfuerzo que Honduras y Nicaragua deben realizar para universalizar la atención primaria de salud es mayor que el que Guatemala, se recomienda que estos dos países se concentren en lograr dicha cobertura del nivel primario de salud.

El componente no contributivo o aporte del Estado debe incrementarse con el objetivo de ampliar el derecho de la protección social en salud y pensiones para dos propósitos: cubrir el costo de universalizar la atención primaria en salud a la población que actualmente no tiene acceso a ningún tipo de servicio y para subsidiar lo que serían los aportes patronales de los “potenciales cotizantes” y financiar sus aportes como tercero a la seguridad social.

Por su parte, bajos techos de cotización limitan notablemente los recursos disponibles para los sistemas de protección social y socavan la solidaridad de su financiamiento y su impacto redistributivo. Es el caso de Nicaragua y, más grave aún, en Honduras, donde estos techos están por debajo del bajo salario mínimo. Esto pone sobre el tapete la necesidad imperiosa de actuar en esta materia en ambos países. En Nicaragua, además, no existe la cuota como tercero del estado al régimen previsional.

El esfuerzo fiscal total requerido para ampliar la protección social en salud y pensiones a los niveles mencionados se resumen en el cuadro I.6. Para Guatemala el esfuerzo sería mayor, porque se incluye en

ambos ámbitos a los cotizantes potenciales, y porque es muy bajo el nivel de gasto público del cual se parte. Para Honduras el esfuerzo fiscal a tal fin es bajo, principalmente porque el techo de cotización al seguro social que está situado por debajo del salario mínimo debe elevarse, y también porque el actual esfuerzo respecto al PIB per cápita es elevado requiriendo –como en el caso de Nicaragua– esfuerzos importantes por elevar la eficiencia y transparencia en la gestión de los recursos fiscales.

CUADRO I.6
GUATEMALA, HONDURAS Y NICARAGUA: ESFUERZO FISCAL TOTAL PARA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y PENSIONES

	Guatemala		Honduras		Nicaragua	
	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones
Aporte del estado como tercero	0,6	0,4	0,06	0,06	0,01	n.a
Aporte del estado para subsidio	0,7	0,3	n.a	0,12	n.a	1,0
Universalización de atención primaria en salud	0,02-0,5	n.a	0,03-0,38	n.a	0,08-0,68	n.a
Pensión mínima para pobres mayores de 65 años	n.a	0,5	n.a	0,6	n.a	0,6
Total	1,32-1,8	1,2	0,09-0,44	0,78	0,09-0,69	1,6

Fuente: Elaboración propia con base en encuestas nacionales de condiciones de vida de Guatemala, Honduras y Nicaragua.

Análogamente, en Nicaragua el esfuerzo fiscal también es reducido, debido a que el tope para cotizar al seguro social es muy bajo y debe elevarse. Este bajo tope y el impacto potencial de su elevación en cuanto al mejorar la calidad en las prestaciones, constituye un tema interesante para futuras investigaciones. Otras experiencias de la región, como la de Costa Rica, muestran la importancia de la ruptura de los techos de las cotizaciones para avanzar hacia la universalización de la salud y la solidaridad de su financiamiento (ver recuadro I.1).

RECUADRO I.1
¿ES SUI GÉNERIS EL ASEGURAMIENTO EN COSTA RICA?

El sobresaliente grado de cobertura del sistema de salud costarricense se ha alcanzado de una manera gradual y polémica. Pero a lo largo de sesenta años, pese a sus diversas orientaciones, los sucesivos gobiernos han coincidido ampliamente en consolidar la seguridad social. En una reseña histórica destacan (Doryan, 2008) los siguientes hechos:

- 1941: Ley 17, 13 de octubre: riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte para trabajadores asalariados.
- 70's: 1973: ley No. 5349 de universalización del seguro de enfermedad y maternidad lo extendió al núcleo familiar del asegurado directo.
- 1975: Se amplió seguro de enfermedad y maternidad a trabajadores no asalariados
- 1976: Se estableció la contribución al seguro de salud para todos los pensionados de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y los regímenes especiales.
- 1984: El Estado asume el aseguramiento para la población en situación de pobreza
- 80's: La CCSS impulsa el aseguramiento colectivo para trabajadores independientes y no remunerados, agrupados en organizaciones gremiales o comunitarias, mediante suscripción de convenios especiales
- 1993: La Ley No 7441 de "Reforma del Sector Salud" dispuso la "atención integral": prevención, promoción, curación y rehabilitación del individuo, la familia y la comunidad.
- 2000: Contribución obligatoria para el trabajador independiente.

Cuando se estableció el seguro, se fijó un tope a los salarios sujetos a cotización y un máximo de pago a las contribuciones de los sectores de altos ingresos. Así, eran cubiertos solo los trabajadores de medianos y bajos ingresos,

lo cual acotaba sustancialmente el potencial impacto redistributivo del aseguramiento. Para soslayar un debate generalizado sobre el aseguramiento que dificultara su implantación, asuntos cruciales tales como el tipo de prestaciones a otorgar y la forma en que se iba a implantar la cobertura, fueron dejados por ley en manos de la Junta Directiva de la CCSS. Ello se veía favorecido porque la ley no había surgido al calor de movilizaciones sociales, sino como una iniciativa gubernamental (Rosenberg, 1980).

La ampliación de la cobertura y la sustentabilidad financiera del aseguramiento estaban estrechamente relacionadas con la modificación o eliminación de los topes de los ingresos sujetos a cotización, asunto que pronto se transformó en polémico. Tras una radical impugnación de la propuesta de elevar el tope contributivo por parte del gremio médico en 1946 –que veía en ello una competencia a su práctica liberal-, la cobertura se vio relativamente estancada hasta 1958, por razones financieras y políticas. El salto en la cobertura que se emprende a fines de los cincuenta e inicios de los sesenta se dio precisamente cuando el país estaba sumido en una gran depresión económica y crisis fiscal (Ib.), mediante una enmienda de la Constitución política que, aprobada de manera unánime y sin oposición de grupo alguno, dio el mandato a la CCSS de universalizar sus servicios en el curso de los diez siguientes años. Este compromiso no se vinculaba con ninguna disposición financiera y consolidó un afortunado estado de ánimo y consenso respecto de la necesidad de ampliar la cobertura, aún en medio de la crisis que aquejaba al país, y fomentó la demanda. Se dictó cuando en Latinoamérica los seguros sociales tenían una cobertura muy baja y en ningún país se había introducido el seguro familiar (Miranda, 1997, p.134). A diferencia de la tendencia predominante en la región, la ampliación tuvo un fuerte énfasis inicial en la población rural, y desde inicios de los setenta se planificó vigorosamente, con lo cual aquella enmienda constitucional se ejecutó plenamente. En 2000, culmina con la introducción de la contribución obligatoria de los trabajadores independientes. El aumento de la cobertura contributiva se expresa en 2008 en una cobertura de 66.8% en salud y de 58.2 en pensiones (Doryan, 2008).

Entre las mayores dificultades financieras deben destacarse las sendas deudas que el Estado contrajo con la CCSS, en su doble condición de patrono y de Estado, y que no encontraron una fórmula de solución definitiva sino hasta avanzada la década del noventa (Sojo, 1998). La discusión en torno a la cobertura se vio permeada por la polémica en torno a la participación relativa de los patronos, trabajadores y el Estado en el financiamiento, ya que la viabilidad y equidad del sistema se asociaban tempranamente a un incremento de la cuota patronal y a una disminución de la del Estado, que se hace viable en la década de los ochenta. La trayectoria de las cotizaciones sobre los salarios muestra una tendencia creciente hasta inicios de la década del noventa, y una recomposición de la participación relativa de patronos, trabajadores y Estado. La cotización del Estado disminuye sensiblemente, la de los trabajadores se incrementa, pero aún más la de los patronos.

La reforma de gestión en la CCSS que se emprende a mediados de los noventa se plantea como apremiante para la sostenibilidad del sistema, considerando la disminuida productividad del creciente gasto en salud (Sojo, 1998). Actualmente, por ejemplo, se muestra un incremento de los egresos y consultas y menor incremento de los costos en la producción hospitalaria y se están destinando más recursos al primer nivel de atención (Doryan, 2008).

Frente a los análisis que aducen la singularidad de Costa Rica para desechar posibilidades de políticas universales y solidarias en otros países de la región, resulta interesante conocer la trayectoria gradual aquí esbozada. Más allá de su carga retórica, resulta interesante un argumento usado a inicios de los setenta en la polémica frente a quienes deseaban posponer la universalización: “Los grandes cambios en Costa Rica en los campos de la educación, la salud y la seguridad social no se lograron esperando a que hubiera situaciones óptimas. Las transformaciones no se han realizado, jamás, con base en estudios que garantizaran la existencia de todos los elementos necesarios para tales cambios” (Danielo Jiménez Veiga, citado por Rosenberg, 1980, pp. 163 y 164, destacado nuestro).

Fuente: Elaborado por Sojo (2004), p. 30 y actualizado con Doryan (2008).

Bibliografía

- Doryan, Eduardo, “Los desafíos del financiamiento contributivo del derecho a la salud”, exposición en seminario internacional “La desigualdad socioeconómica y el derecho a la salud en América Latina y el Caribe en una perspectiva internacional”, organizado por la CEPAL, Santiago de Chile, 3 y 4 de Noviembre 2008.
- González, Alejandra (2006), “La factibilidad política de las reformas del sector social en América Latina”, en Ana Sojo y Andras Uthoff (compiladores), *Desempeño económico y política social en América Latina y el Caribe. Los retos de la equidad, el desarrollo y la ciudadanía*, Editorial Fontamara, México.
- Miranda, Guido (1997), “Crisis y perspectivas del sector salud hacia el siglo XXI. La reforma del sector salud en Costa Rica”, Las políticas de salud en el umbral de la reforma, UNICEF, *Serie de políticas sociales*.
- Rosenberg Mark (1980), *Las luchas por el Seguro Social en Costa Rica*, Editorial Costa Rica, San José.
- Sojo, Ana (2004), “Vulnerabilidad social y políticas públicas”, CEPAL, *Serie Estudios y perspectivas* N° 14, Sede subregional de la CEPAL en México, abril.
- Sojo, Ana (1998) “Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica con una perspectiva comparativa” *Revista de la CEPAL* N° 66, Santiago de Chile, diciembre.

II. Financiamiento de la protección social en salud y pensiones en Guatemala

Daniel Badillo, Fernando Carrera, María Castro, Vivian Guzmán y Jonathan Menkos

Guatemala es un país de contrastes: siendo la mayor economía de la región ya que aporta aproximadamente el 29% del PIB de Centroamérica, posee el menor índice de desarrollo humano. Para el 2005 Guatemala se situó en el lugar 118 de 177 países por debajo de Nicaragua (110) y Honduras (115); el nivel de desarrollo económico, medido por el ingreso per cápita (4.568 en dólares de Estados Unidos paridad de poder adquisitivo, PPA, para 2005), no corresponde con los elevados niveles de pobreza (50,1 en 2006), similares a los de Nicaragua y Honduras; es el país con la mayor diversidad étnica y cultural de la región, pero a la vez sus poblaciones indígenas son muy excluidas y discriminadas.

La tasa de crecimiento, que en los últimos ocho años se ha situado por arriba del promedio de América Latina y el Caribe, no ha tenido el impacto esperado en el bienestar. La disminución de la pobreza ha sido lenta y la pobreza extrema se ha estancado (de 56,1% a 50,1% y de 15,6% y 15,1% de 2000 a 2006). Los niveles más elevados de pobreza y desigualdad en grupos de población indígena y rural reflejan la exclusión de derechos y oportunidades de una gran proporción de población.

Entre otros elementos, esta exclusión evidencia el escaso rol del Estado respecto del nivel de bienestar de la sociedad. Es así como hoy solamente 18% de la población es cubierta por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), con cobertura integral en servicios de salud y de pensiones por invalidez, vejez y sobrevivencia, y 84,9% no tiene acceso a ningún tipo de aseguramiento, resultado de lo cual es el país en donde –conforme a cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS)– el gasto de las familias ocupa la mayor proporción del gasto nacional en salud (3,0% del PIB).

Por el lado del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), las estadísticas sobre cobertura teórica de salud reportan que el 60% de la población está atendida por servicios de salud. Amén de la grave exclusión de un 40%, tal cifra se calcula considerando el acceso al menos al primer nivel de atención, y, por tanto, no refleja una atención integral de la salud.

El estado de la salud, como se detallará a lo largo del estudio, se ve afectado por las condicionantes antes mencionadas: la pobreza, la exclusión social y el crecimiento económico. El perfil epidemiológico del país refleja dichos rezagos: los altos niveles de mortalidad materno-infantil y sobre todo la deuda histórica que el país tiene con sus niños y con el futuro del país, al mantener a un gran porcentaje de ellos en condiciones de desnutrición crónica deben enfrentarse con determinación. Asimismo, debe preverse una atención en salud derivada de los cambios demográficos y del perfil epidemiológico emergente: el incremento de enfermedades vinculadas a sociedades más sedentarias y la prevención de enfermedades provocadas por la violencia y por la calidad del ambiente.

En cuanto a las pensiones, la situación de cobertura es aún más grave. Solamente el 15,4% de personas mayores de 65 años tienen un ingreso por jubilación o pensión, y 40,7% de personas de 65 años y más son pobres.

Existe una ventana de oportunidad al contar aún con una relación de dependencia de 8,1 (por cada persona de 60 años y más hay ocho entre 20-59 años). Pero si no se realizan a tiempo reformas que reduzcan los niveles de pobreza y exclusión que permitan avanzar hacia un sistema de protección social basado en los principios de la universalidad y la solidaridad, el país podría no aprovechar el bono demográfico.

Respecto de la creación del seguro social, que en otros países de América Latina nace a inicios de la década del veinte del pasado siglo, el IGSS se crea de forma tardía, en 1946. A pesar de lo tardío de su fundación, es creado con un sentido visionario respecto a la universalización, la solidaridad y la sostenibilidad en su financiamiento, planteándose en su propia ley que si bien debía iniciar con los trabajadores asalariados, su cobertura debía evolucionar hacia la universalización basada en la solidaridad y la suficiencia financiera. Pero la institución no se desarrolló en esa dirección, generándose con el tiempo una visión restringida de la cobertura del seguro social. Surgió por otro lado una autoridad sanitaria con un bajo financiamiento y muy débil regulación, creándose un subsistema público en donde se yuxtaponen responsabilidades y se entre cruzan funciones, desperdiciándose recursos. Por tanto, las políticas y acciones públicas de protección social destinadas a dar respuesta a distintos niveles de vulnerabilidad, riesgos y privaciones, vinculados al desempleo, la enfermedad, la maternidad, la crianza de los hijos, la viudez, las discapacidades, el envejecimiento, han sido muy débiles, impidiendo el cumplimiento efectivo de los derechos sociales de la mayoría de guatemaltecos y por esa vía, debilitando sus libertades y posibilidades de acceso a condiciones de vida más dignas.

La presente investigación se expone en tres grandes apartados: en el primero se examinan los factores socioeconómicos y sociodemográficos que determinan la baja cobertura de la protección social en salud y pensiones; en el segundo se describen las características institucionales de los principales subsistemas públicos (el MSPAS y el IGSS) con énfasis en su marco organizativo y financiero, y las implicaciones en la cobertura de la protección social. Finalmente, partiendo del hecho de que es necesario asegurar la protección social de toda la población, se plantean alternativas para ampliar las coberturas en la protección de la salud y pensiones, a partir de los principios de universalidad y solidaridad, pero tomando en cuenta criterios de sostenibilidad financiera y fiscal.

La tercera sección, sin duda es el principal aporte del estudio en el campo de la investigación de protección social, ya que se establecen escenarios de lo que representaría para el fisco enfrentar en el mediano plazo los desafíos planteados, y una propuesta alternativa de financiamiento, proponiéndose incorporar tanto al sector informal con capacidad para cotizar como a los hogares receptores de remesas.

A. El sistema de protección en salud y pensiones: la baja cobertura y sus determinantes socioeconómicos y sociodemográficos

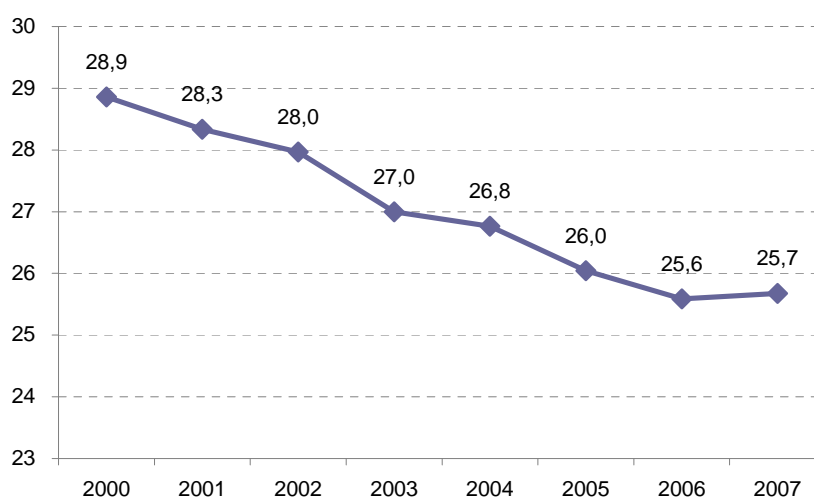
1. Una cobertura muy baja de la protección social en salud y pensiones

Guatemala posee una de las coberturas más bajas de seguridad social en América Latina. Economías centroamericanas mucho más pobres, como Nicaragua y Honduras, tienen valores similares de cobertura, lo cual plantea preguntas en cuanto a por qué la seguridad social guatemalteca no ha incluido a un mayor número de trabajadores en la protección social de salud y pensiones.

Los obstáculos –en principio– no parecerían estar vinculados con el marco legal, ya que la Ley Orgánica del IGSS establece como ámbito de cobertura a toda la población y como beneficiarios a todos los empleados remunerados. Sin embargo, como se verá más adelante, la dinámica del crecimiento económico se ha caracterizado por una generación de empleos precarios, ubicados principalmente en el ámbito de los negocios por cuenta propia (en su mayoría informales), para lo cual la ley no fue concebida. De esta manera, en la práctica están excluidos los trabajadores informales, los independientes, los asalariados en empresas con menos de dos trabajadores en el Departamento de Guatemala (y menos de cinco en el resto), los familiares no remunerados, los productores agrícolas de subsistencia, y sus familiares dependientes.

Aún más preocupante es constatar que la cobertura del IGSS con respecto a la población económicamente activa (PEA) ha venido disminuyendo en la presente década, pasando de representar el 28,9% de la PEA en el año 2000, a 25,7% en el año 2007.

GRÁFICO II.1
GUATEMALA: POBLACIÓN AFILIADA AL IGSS CON RESPECTO A LA PEA, 2000-2007
(En porcentajes)



Fuente: Memorias de labores del Instituto guatemalteco de seguridad social (IGSS), 2000-2007.

La baja cobertura esconde, además, graves indicadores de inequidad y exclusión social. Partiendo de los datos revelados por la Encuesta nacional de condiciones de vida (ENCOVI) (2006), es posible constatar que del total de personas afiliadas al IGSS, casi el 75% se concentra en las zonas urbanas, siendo que la población guatemalteca se divide casi equitativamente entre población urbana y rural.

Igualmente, en un país en dónde un porcentaje amplio de la población es de ascendencia maya, solamente el 18% de los asegurados es indígena.

Desde el punto de vista de la pobreza, se verifica que el 81% de los asegurados es no pobre, mientras que solo un 2,5% pertenece a los grupos de población en extrema pobreza, que constituyen un 15% del total de la población nacional. Y si se analiza la distribución del ingreso, los datos revelan que la cobertura en el quintil más rico de la población es de 45%, mientras que en el quintil más pobre es de solo 3,6%.

CUADRO II.1
GUATEMALA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA^a AFILIADA Y BENEFICIARIA DEL IGSS
SEGÚN ÁREA, PERTENENCIA ÉTNICA, QUINTIL DE CONSUMO Y SITUACIÓN DE POBREZA, 2006
(En porcentajes)

	Porcentaje
Por área	
Urbana	75,2
Rural	24,8
Por pertenencia étnica	
Indígena	18,4
No indígena	81,6
Por quintil de consumo	
Quintil 1	3,6
Quintil 2	7,6
Quintil 3	15,7
Quintil 4	28,4
Quintil 5	44,7
Por situación de pobreza	
Pobre extremo	2,5
Pobre no extremo	16,7
No pobre	80,8

Fuente: ENCOVI, 2006.

^a En la ocupación principal y de 18 años y más.

En cuanto a la cobertura del régimen de pensiones, la misma ENCOVI (2006) revela que quienes obtienen una pensión teniendo 65 años o más, son principalmente hombres, residentes en zonas urbanas, y pertenecientes a grupos de población no indígena. La gran cantidad de personas adultas mayores que no están incorporados a un régimen de pensiones deben ser apoyadas por redes familiares o sociales como principal forma de sobrevivencia.

En el año 2005, la Ley del programa de aporte económico del adulto mayor (decreto 85-2005) estableció dicho programa cuyo objetivo es “crear un programa de aporte económico a las personas de sesenta y cinco años de edad y más, con la finalidad de que el Estado garantice a este sector de la población, la atención de sus necesidades básicas mínimas”. La ley establece que podrán acceder a un aporte mensual de Q.400 todas las personas de 65 años y más cuyo estado de extrema pobreza sea comprobado mediante estudio socioeconómico y que no perciban ingresos de ningún régimen de previsión social público o privado.

CUADRO II.2
GUATEMALA: POBLACIÓN DE 65 AÑOS O MÁS CON INGRESOS POR JUBILACIÓN O PENSIÓN
(En porcentajes)

	Porcentaje
Total	15,4
Por sexo	
Hombre	20,0
Mujer	11,1
Por pertenencia étnica	
Indígena	5,6
No indígena	20,7
Por situación de pobreza	
Pobre extremo	5,4
Pobre no extremo	6,0
No pobre	22,0

Fuente: ENCOVI, 2006.

El programa se inició en el 2007¹¹ y al 2008 apoya aproximadamente a 32.000 personas, con una ejecución de Q.10,0 millones. Sin embargo, ha sido objeto de críticas ya que no se dio en el contexto de una discusión más amplia sobre la reforma al régimen previsional del país. Su gestión está a cargo del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, que hasta la fecha no ha sido capaz de ejecutar todo el presupuesto asignado anualmente (la ley establece un monto de Q.250 millones anuales para dicho programa).

En cuanto a la protección social en salud, el seguro social solo complementa marginalmente la oferta de servicios dados por el MSPAS. Cómo se podrá analizar con mayor detenimiento en la sección II del presente estudio, desde 1996 el MSPAS ha utilizado el Programa de extensión de cobertura como principal instrumento para expandir la atención primaria de salud, incluyendo emergencias (OPS, 2007c). La canasta ampliada en el primer nivel incluye: atención a la mujer en edad fértil, detección de cáncer, planificación familiar y suplementación con ácido fólico.

CUADRO II.3
GUATEMALA: INDICADORES DEL SISTEMA DE SALUD,
COBERTURA SEGÚN REPORTE INSTITUCIONAL, 2004
(En porcentajes del total de la población)

Ministerio de Salud	IGSS	Sector privado
Cobertura poblacional ^a		
60% (cobertura teórica según OPS)	18	11,7
Población sin acceso a servicios de salud: 10,0		
Población sin cobertura del seguro social o seguro privado: 84,9		

Fuente: Elaboración propia con base en: ^a OPS (2007) e IGSS (2004), citados en OPS (2007b).

Por el lado de la cobertura, según la OPS (2007c) para el 2004 aproximadamente 10% de la población no tenía ninguna cobertura de servicios de salud (ya que el 60% era cubierto por el MSPAS,

¹¹ La aprobación de la normativa recorrió un largo camino por diferencias entre legislativo y ejecutivo acerca de la misma: el Congreso aprobó el decreto 85-2005, luego fue vetada por el Presidente, razón por la cual fue aprobada de nuevo por el Congreso por mayoría calificada. En marzo de 2006 fue publicada en el diario oficial, sin embargo, fue impugnada ante la Corte de Constitucionalidad que dejó en suspenso la norma, por no tener claridad sobre la fuente de financiamiento. En noviembre de 2006 mediante decreto 35-2006 son realizadas las reformas necesarias por el Congreso, para que el programa cobre vigencia en 2007.

el 18% por el IGSS y el 11% por el subsistema privado) y el 84,9% no tenía cobertura de seguro social. La baja cobertura de salud y pensiones en Guatemala es una dramática expresión del alto incumplimiento del derecho a la salud y a la seguridad social de sus ciudadanos y, por esa vía, de una inaceptable exclusión social de la mayoría de sus habitantes.

Utilizando nuevamente los datos contenidos de las ENCOVI, se pueden establecer algunas comparaciones entre los años 2000 y 2006. Es notorio, por ejemplo, que se redujo el acceso de la población a atención por personal calificado (médico o enfermera o promotor) ante un episodio de enfermedad, pasando dicho nivel de cobertura de un 45% a un 42%. Aunque esta contracción se verifica en todos los quintiles de la población, se dio principalmente en el segundo y tercer quintiles de ingreso: de 36,5% a 33,4% y de 44,4% a 38,7%; respectivamente.

CUADRO II.4
GUATEMALA: ACCESO A SERVICIOS DE SALUD POR QUINTIL DE CONSUMO, 2006
(En porcentajes)

	Total	Área		Quintil				
		Urbano	Rural	1	2	3	4	5
	100	100	100	100	100	100	100	100
Afiliación a seguros de salud								
Seguro privado de salud	2,2	4,1	0,5	0,1	0,2	0,8	1,8	8,3
IGSS	12,4	18,3	6,8	2,8	0,2	10,6	18,2	24,5
IGSS y privado	0,6	1,0	0,1	-	5,7	0,1	0,4	2,2
Otro	-	-	-	-	-	-	-	-
Ninguno	84,9	76,6	92,5	97,0	94,1	88,6	79,6	65,0
Acción tomada ante episodio de enfermedad								
Médico	35,1	43,4	27,2	16,3	23,8	31,1	41,7	55,4
Enfermera o promotor	6,8	2,7	10,7	13,1	9,6	7,6	4,4	1,4
Personal sin entrenamiento médico	5,0	5,7	4,2	3,9	5,0	5,9	6,5	3,3
Familiar o miembro del hogar	18,1	15,5	20,5	22,2	22,9	19,5	16,9	10,8
Auto medicación	25,1	24,0	26,1	29,3	26,4	25,3	23,2	22,6
No hizo nada	10,0	8,7	11,2	15,2	12,3	10,5	7,3	6,5
Lugar de atención en episodio de enfermedad								
Hospital público	11,8	11,8	11,6	10,6	12,0	16,1	13,2	8,4
Hospital del IGSS	7,0	9,2	4,0	2,7	2,6	3,5	10,5	9,6
Hospital/clínica privada	43,7	51,3	33,3	14,0	27,6	33,9	43,3	66,6
Centro/puesto de salud	20,4	13,3	30,0	41,1	36,0	26,7	17,6	5,1
Centro comunitario	2,6	0,6	5,4	10,4	3,4	3,1	1,4	0,4
Farmacia	7,6	8,3	6,8	7,1	9,2	10,2	9,6	4,2
Hogar	5,5	4,4	6,8	10,2	7,4	5,1	3,3	5,0
Otro	1,4	1,0	6,8	3,8	1,8	1,4	1,1	0,8
Tiempo de acceso a servicios públicos								
A menos de una hora	62,5	71,6	55,2	57,7	64,2	65,5	60,9	63,6
A más de una hora	37,5	28,4	44,8	42,3	35,8	34,5	39,1	36,4

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENCOVI, 2006.

2. Los factores socioeconómicos y sociodemográficos y su incidencia en la baja cobertura de la protección social

En la baja cobertura de la protección social en salud y pensiones, inciden cuatro factores de orden socioeconómico y sociodemográfico: la dinámica del mercado laboral y del crecimiento económico; la situación de pobreza, la inequidad y la exclusión social; la transición demográfica; y el perfil y la transición epidemiológica. A continuación se analizan cada una de estos cuatro factores, precisando cómo afectan y repercuten sobre la cobertura de la protección social en salud y pensiones de Guatemala, y las nuevas oportunidades y desafíos que se identifican.

a) Pobreza, distribución del ingreso y exclusión social¹²

La expansión de la cobertura de la protección social en salud y pensiones depende críticamente de la reducción de los actuales niveles de pobreza, inequidad y exclusión social. Dichos niveles de privación condicionan la capacidad de pago de los ciudadanos y por lo tanto la posibilidad de expandir los sistemas de protección social, ya sea por vía contributiva o por vía fiscal (tributaria).

Guatemala es uno de los países con mayores niveles de pobreza de América Latina, superando ampliamente los promedios regionales. En el año 2006, a nivel nacional, el 50,9% de la población vivía en condición de pobreza; a nivel urbano, el 27,1% y a nivel rural el 74,5%. Aunque entre el año 2000 y 2006 la incidencia de pobreza se redujo en 5,2 puntos porcentuales a nivel nacional, el comportamiento varió significativamente según ámbito geográfico: mientras que en el área rural se redujo en alrededor de cuatro puntos porcentuales, en el área urbana se incrementó en cerca de tres.

Con respecto a la pobreza extrema, 15 de cada 100 personas vivía en esta condición en el año 2006. La incidencia de este fenómeno es 4,6 veces mayor en el área rural (24,4%) que en el área urbana (5,3%); y 3,6 veces más frecuente entre la población indígena (26,4%) que entre la no indígena (7,3%). A diferencia de la pobreza general, la extrema pobreza no tuvo variaciones significativas entre el año 2000 (15,7%) y el año 2006 (15,2%), manteniéndose en el rango del 15%.

CUADRO II.5
GUATEMALA: CARACTERIZACIÓN DE LA POBREZA, 2000-2006
(En porcentajes)

	2000	2006
Porcentaje de población pobre (nacional)	56,2	51
Porcentaje de población pobre (urbano)	27,1	30
Porcentaje de población pobre (rural)	74,5	70,5
Hogares en condiciones de extrema pobreza (nacional)	15,7	15,2
Hogares en condiciones de extrema pobreza (urbano)	2,8	5,3
Hogares en condiciones de extrema pobreza (rural)	23,8	24,2

Fuente: ENCOVI, 2000 y 2006.

En el mismo sentido, los datos de distribución del ingreso de las personas revelan una de las sociedades más desiguales de la región. Al 2002, a nivel nacional, el 10% de la población más pobre recibió apenas el 1,3% del ingreso mientras el 10% de la población más rica recibió el 43% del ingreso, con una relación de 33 a 1. Esta situación no varió casi en nada frente a lo que ocurría en 1998, cuando el 10% más pobre recibió el 1,4% del ingreso, pero el 10% más rico recibió en cambio el 46,2% del

¹² La información de esta sección proviene de: CEPAL (Comisión Económica para América Latina) (2007) *Anuario Estadístico 2007*.

ingreso (casi la misma relación de 33 a 1). Correspondientemente, el coeficiente de Gini de Guatemala es uno de los más altos de América Latina: a nivel nacional es de 0,543 en 2002 (0,56 en el año 1998).

CUADRO II.6
GUATEMALA: DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO Y COEFICIENTE DE GINI, 1998 Y 2002

	1998	2002
% del ingreso en manos del 10% más pobre de la población	1,4	1,3
% del ingreso en manos del 10% más rico de la población	46,2	43
Coeficiente de Gini	0,56	0,543

Fuente: CEPAL, Anuario Estadístico 2007. Estadísticas sociales, pobreza.

La situación de pobreza y desigualdad anotadas afectan la cobertura de la protección social en salud y pensiones, y anuncian los siguientes escenarios a futuro:

- Se limitará la ampliación de la cobertura de los sistemas de protección social contributivos, muy probablemente descargando el peso de la protección ante riesgos en las familias.
- Habrà un número creciente de adultos mayores que estarán en condiciones de pobreza e indigencia por ingresos, debido a la limitada cobertura de los regímenes previsionales contributivos y no contributivos
- Consecuentemente, se acentuará la desigualdad en el acceso a la protección social en salud y pensiones, ya que dicho acceso dependerá de la capacidad de pago individual, en vez del uso de mecanismos universales y solidarios que distribuyan el riesgo y eliminen los factores discriminatorios como nivel de ingreso, estado de salud, o régimen de contratación laboral.

Esta situación estructural de pobreza determina una creciente necesidad de incorporar amplios sectores de la población a la seguridad social por medio de mecanismos distintos a los contributivos y no necesariamente vinculados al trabajo formal asalariado, es decir, mediante regímenes no contributivos, complementados igualmente por mecanismos contributivos más flexibles que incluyan a los trabajadores independientes pobres y no pobres.

b) Dinámica del mercado laboral y crecimiento económico¹³

La composición y dinámica del mercado de trabajo, asentadas en un régimen de crecimiento económico particular, constituye un elemento central del sistema de pensiones, pues es únicamente mediante la incorporación a este mercado, en calidad de asalariados, que las personas se benefician de la efectiva protección social en salud y pensiones, dada la preeminencia de la lógica contributiva de protección en Guatemala (con la ya indicada excepción de las clases pasivas del Estado y del Programa del adulto mayor, los cuales son indirecta o directamente subsidiados por el Estado). La expansión de los empleados asalariados depende a su vez de la dinámica del crecimiento económico, factor que se analiza a continuación.

Durante los últimos ocho años (2000-2007) la economía guatemalteca creció anualmente a una tasa promedio equivalente al 3,7%, ligeramente superior a la tasa de crecimiento promedio experimentada por América Latina y el Caribe (3,5%), pasando a representar el 0,86% del PIB de América Latina y el Caribe. No obstante, el PIB per cápita en los últimos ocho años tuvo una tasa de crecimiento promedio de tan solo 1,1% anual, derivado del alto crecimiento poblacional, lo que significó que se ubicara por debajo de la tasa de crecimiento promedio del PIB per cápita anual de América Latina (2,1%).

¹³ Buena parte de la información de esta sección proviene de: OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2007) *Panorama laboral 2007*; y, CEPAL (Comisión Económica para América Latina) (2007) *Anuario Estadístico*, 2007.

CUADRO II.7
GUATEMALA: CRECIMIENTO ECONÓMICO Y PIB PER CÁPITA, 1995-2007

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PIB a precios corrientes (US\$)	13 065,5	17 195,6	18 702,8	20 776,6	21 917,6	23 965,3	27 285,2	30 636,9	...
PIB per cápita a precios corrientes (US\$)	1306,0	1531,9	1626,2	1762,5	1813,8	1934,4	2148,4	2353,4	...
PIB a precios constantes 2000	14 166,3	17 195,6	17 596,6	18 277,0	18 739,6	19 330,2	19 998,8	20 968,8	...
PIB per cápita a precios constantes 2000	1 416,1	1 531,9	1 530,0	1 550,5	1 550,8	1 560,3	1 574,7	1 610,8	...
PIB tasas de crecimiento anual	...	3,6	2,3	3,9	2,5	3,2	3,5	4,9	5,5
PIB per cápita, tasas de crecimiento anual	...	1,2	-0,1	1,3	...	0,6	0,9	2,3	2,9

Fuente: CEPAL, Anuario estadístico 2007, Estadísticas económicas.

El crecimiento experimentado por la economía guatemalteca permitió un descenso de la tasa de desempleo al 1,8% en 2006 (en relación con tasas cercanas al 5% en el año 2001 y 2002), lo cual equivale aproximadamente a 100.000 desempleados. La tasa de participación, que indica la oferta laboral, de la población de 18 años y más fue de 68,8% para el año 2006, mientras que la tasa de ocupación, que refleja la demanda de trabajo, fue de 67,6%.

CUADRO II.8
GUATEMALA: SITUACIÓN DEL EMPLEO, 2006
(En porcentajes y miles de personas de 18 años y más)

	Personas	Tasas
Población activa y tasa de participación	4 579	68,8
Población ocupada y tasa de ocupación	4 498	67,6
Población desocupada y tasa de desempleo	81	1,8

Fuente: Cálculos propios sobre la base de la ENCOVI, 2006.

La extensión del empleo asalariado normalmente es indicativa de la formalización de las relaciones laborales y del posible peso de actividades productivas de mayor escala y complejidad. En el 2006, solo cerca del 52% de los ocupados de 18 años y más en Guatemala estaba incorporado al mercado de trabajo como asalariados, teniendo un alto peso el trabajo independiente (37,7%) y el trabajo familiar no remunerado (10,4%), ambos asociados fuertemente con el sector informal (bajos niveles de ingresos y productividad y alta probabilidad de ser precarios).

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), un rasgo distintivo de los mercados laborales guatemaltecos ha sido la insuficiencia del sector privado empresarial en la generación de empleo formal: en efecto, siete de cada diez empleos se generaron, en el año 2006, dentro del sector informal de la economía y 33% de ocupados de 18 años y más se insertaron en el mercado laboral como trabajadores por

cuenta propia. La cobertura de la seguridad social no puede aislarse de los límites impuestos por estas características del mercado laboral guatemalteco.

CUADRO II.9
GUATEMALA: OCUPADOS DE 18 AÑOS Y MÁS SEGÚN RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA, FORMAS DE INSERCIÓN LABORAL, SECTOR ECONÓMICO Y COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL, 2006
(En porcentajes)

	Porcentaje
Por rama de actividad económica	
Agricultura	29,1
Comercio	23,2
Industria	16,6
Servicios sociales y de salud	8,9
Construcción	6,9
Enseñanza	4,8
Servicios financieros	3,9
Transporte y comunicaciones	3,3
Otros	3,3
Por tipo de inserción	
Asalariados	51,9
Cuenta propia	33,5
Patrono	4,2
Familiar no remunerado	10,4
Por sector económico	
Formal	33,0
Informal	67,0
Acceso a la seguridad social	
Ocupados totales	21,49
Ocupados formales	62,1
Ocupados informales	1,5

Fuente: Cálculos propios con base en la ENCOVI, 2006.

En resumen la dinámica del mercado laboral y del crecimiento económico guatemalteco plantean un entorno laboral caracterizado por:

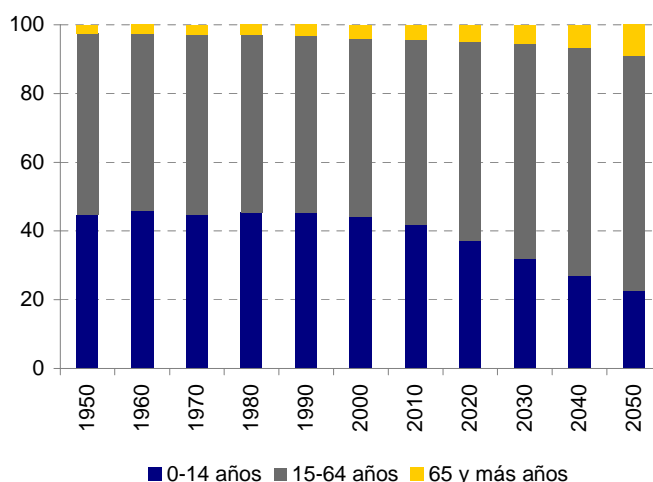
1. Un número significativo de desempleados o subempleados, que están excluidos de los beneficios de la protección social en salud y pensiones.
2. Un creciente sector de trabajadores independientes o familiares no remunerados, con muy bajos niveles de ingreso y productividad, igualmente excluidos de la protección social.
3. La precarización del mercado laboral se traduce en un severo cuello de botella e incapacidad estructural para aumentar la cobertura a la seguridad social. Del total de ocupados de 18 años y más, en 2006 tan solo el 21,5% tiene esa cobertura. Esto se debe tanto a la elevada exclusión de los trabajadores informales (1,5% de cobertura) de los beneficios de la seguridad social, como a la aún insuficiente cobertura de los trabajadores en el sector formal (62,1%).

c) Tendencias demográficas recientes¹⁴:

En 1980 la población de Guatemala era de 7.013.435 habitantes, representando el 1,9% de la población total de América Latina y el Caribe, con una tasa de masculinidad de 50,5%. De la población total, 45,3% eran menores de 15 años, 40,1% tenían entre 15 y 44 años, 10,8% entre 45 y 64 años, y 2,9% 65 años y más.

Para el año 2010, las proyecciones señalan que la población será de 14,4 millones de habitantes (2,4% de la población total de la región) y la pirámide poblacional mostrará todavía una alta proporción (41,6%) de jóvenes menores de 15 años, 46,9% de 15 a 49 años, 7,2% de 50 a 64 años y casi el doble de mayores de 65 años de edad (4,3%), siendo la estructura poblacional de América Latina más joven. Sin embargo, para el año 2050, cuando su población alcance los 27,9 millones de habitantes, el peso de la población de 65 años y más, aumentará significativamente hasta alcanzar el 9,1% del total de la población.

GRÁFICO II.2
GUATEMALA: ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR EDAD, 1950-2050
(En porcentajes)



Fuente: CEPAL, Anuario estadístico 2007, Series sociales, Población.

Estos cambios en la composición de la población por edades están relacionados con las tasas de fecundidad, natalidad y de mortalidad. Guatemala parte de tasas de natalidad y mortalidad elevadas (50,3 y 22,3 entre 1950-1955), y su descenso es lento en el tiempo, sobre todo su tasa de natalidad, que como se observa en el gráfico II.3, para el período 2005-2010 es todavía de 33,3 por 1.000 habitantes. La caída de la tasa de mortalidad es más pronunciada y se estabiliza en el orden del cinco por mil habitantes a partir del año 2005.

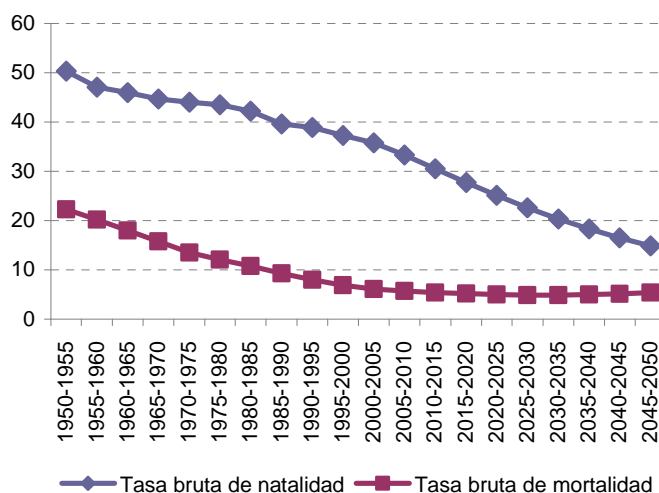
El descenso más pronunciado de la tasa de mortalidad conduce a un aumento de la esperanza de vida al nacer para la población total, que en el 2010, será de 71,4 años y en el 2050 de cerca de 78 años (ver gráfico II.4). Dentro de la categorización de los países que realiza la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para clasificarlos conforme al avance de su transición demográfica¹⁵ (moderada, plena, avanzada y muy avanzada) a partir de las tasas globales de fecundidad y de mortalidad (esperanza de vida) (CEPAL, 2008b), Guatemala aparece, junto con Bolivia y Haití,

¹⁴ Esta sección utiliza información proveniente de: OPS (2007a); CEPAL (2007) y CEPAL (2008b).

¹⁵ Se define la transición demográfica como un proceso durante el cual se pasa de una dinámica de bajo crecimiento de la población, con altos niveles de mortalidad y fecundidad, a otra también de bajo crecimiento, pero con mortalidad y fecundidad reducidas; en el estadio intermedio se observan elevadas tasas de aumento de la población como resultado del desfase entre los inicios del descenso de la mortalidad y de la fecundidad.

entre los países de transición demográfica moderada, es decir, con una fecundidad y mortalidad moderadamente alta, la más alta de la región.

GRÁFICO II.3
GUATEMALA: NATALIDAD Y MORTALIDAD, 1950-2050
(Por cada mil habitantes)



Fuente: CEPAL, Anuario estadístico 2007, Series sociales, Población.

Precisamente esta situación determina que la estructura de población sea todavía mayoritariamente joven, situación que se refleja en una tasa de dependencia¹⁶ cuyo valor mínimo (46,3) se alcanzará recién en el 2050. En este sentido, cabe anotar que el bono demográfico se inicia recién en el año 2031 y va hasta el año 2067, con una duración de 36 años.

Si bien el “bono demográfico” podría representar una ventana de oportunidad para la reducción de la pobreza en la medida en que se va reduciendo el número de personas dependientes (inactivas) por personas ocupadas, esto se estaría contrarrestando dada la precariedad de la incorporación a los mercados laborales. Según el Panorama Social de la CEPAL 2007, Guatemala de hecho se encuentra en el grupo de países cuya reducción de la pobreza ha sido leve a pesar de haber incrementado el número de ocupados. (CEPAL, 2007).

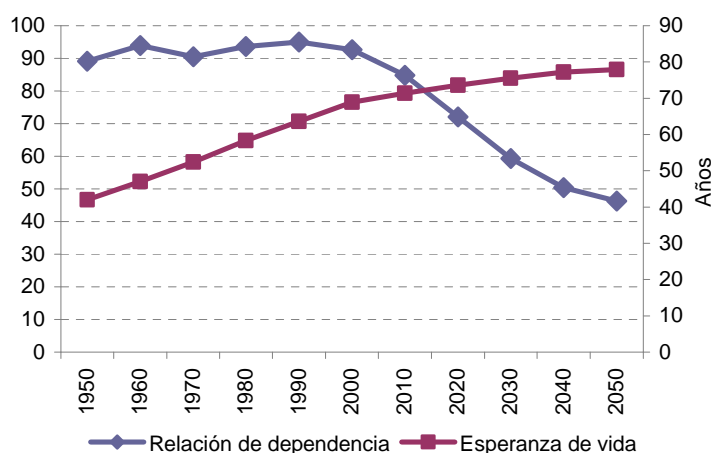
Las tendencias demográficas señaladas anteriormente repercutirán sobre el sistema de protección social en salud y pensiones, perfilando un contexto futuro caracterizado por:

- Un aumento significativo del número de personas de 65 años y más, que requerirán de un ingreso digno para vivir su vejez luego de haber aportado al país en su etapa productiva: de 449.000 personas en el año 2000 a 617.566 en el año 2010 y a 2.541.539 en el año 2050, multiplicándose por cuatro.
- En segundo lugar, el mayor envejecimiento de la población provocará una caída en la tasa de sostenimiento, por lo que las contribuciones de cada cotizante deberán ser superiores a las actuales para financiar las pensiones de un número cada vez mayor de pasivos o jubilados.
- En tercer lugar, dado el aumento de la esperanza de vida, por caídas en la mortalidad, las personas pasivas y jubiladas gozarán de larga longevidad, que se traduce en un mayor volumen de recursos para atender un mayor número de años de pago de pensiones.

¹⁶ La relación de dependencia vincula a la población en edades potencialmente inactivas (menores de 15 años y personas de 60 años y más, en el numerador) con la población en edades potencialmente activas (entre 15 y 59 años, en el denominador) y es un importante indicador para medir los posibles efectos de los cambios demográficos en el desarrollo socioeconómico.

- d) En cuarto lugar, dado que aumenta la razón de dependencia de la población de 60 años y más sobre la población en edad productiva (20 a 59 años), el gasto de pensiones deberá aumentar significativamente.
- e) Guatemala deberá aprovechar al máximo el bono demográfico para hacer frente a los desafíos señalados, expandiendo la cobertura de la protección social en los esquemas contributivos y no contributivos. Esto permitirá disminuir los costos individuales de la protección social, al mismo tiempo que empezar a generar una base financiera más sólida para enfrentar los escenarios de protección social de mitad de siglo, cuando ya no exista el bono demográfico. Esta es una decisión estratégica que el país deberá tomar cuanto antes.

GRÁFICO II.4
GUATEMALA: RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y ESPERANZA DE VIDA, 1950-2050
 (En porcentajes y años)



Fuente: CEPAL, Anuario estadístico 2007, Series sociales, Población.

d) Perfil y tendencias epidemiológicas¹⁷:

Los desafíos sanitarios que debe enfrentar el sistema de protección social se resumen en el perfil y las tendencias epidemiológicas de un país, los cuales a su vez constituyen un referente de los costos que deberá enfrentar un sistema de protección social de salud con cobertura universal basado en un esquema de financiamiento solidario.

Según la OMS, los determinantes de la salud son las circunstancias sociales y económicas que afectan la salud a lo largo de la vida. Las personas y familias más pobres usualmente poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades prevenibles con consecuencias mortales, así como sus riesgos de vida al inicio y a lo largo de la vida son mayores. En la mayor parte de países estos riesgos de morbilidad y mortalidad mayores se reflejan en una esperanza de vida menor al promedio nacional para aquellas personas que se ubican en los quintiles de ingreso por debajo de la línea de pobreza. Si las políticas no logran enfrentar estos riesgos no sólo ignoran los más potentes determinantes de la salud, sino que dejan de cumplir uno de los retos más importantes de las sociedades modernas, la justicia social (WHO, 2005).

Los factores estructurales y subyacentes que determinan el perfil de la salud en Guatemala tales como el grado de pobreza prevaleciente, la exclusión social de la población indígena y de las mujeres indígenas en particular, el perfil demográfico de la población y la falta de inversión pública y cobertura

¹⁷ Buena parte de la información de esta sección proviene de: OPS (2007a); OPS (2007c); Delgado, Karen y Bitrán, Ricardo (2002) y Ministerio de Salud Pública de Guatemala con apoyo técnico de la OPS (2002).

de los servicios de salud, han sido analizados a lo largo de la sección I, por lo que no serán considerados en este apartado.

Como ya se anotó el estado de salud de una población es consecuencia de los factores estructurales y subyacentes mencionados, por lo que es necesario que los países implementen medidas que solucionen la pobreza y la exclusión y que no solo se enfoquen en medidas sanitarias aisladas, cuya estrategia de financiamiento puede ser insostenible, al concentrarse en los efectos y no en las causas del estado de salud de la población.

Los perfiles de morbilidad general de la población guatemalteca dan cuenta que los principales riesgos de salud continúan siendo producidos por enfermedades prevenibles, tales como las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas, parasitismo, anemias y problemas vinculados con salud sexual reproductiva (estas últimas dos sobre todo vinculadas con la morbilidad de las madres gestantes y lactantes).

Es claro que ello se vincula fuertemente con las condiciones de vivienda, con el acceso a servicios adecuados de agua segura y eliminación de excretas, así como las condiciones nutricionales de la población. La ENCOVI (2006) revela que el 87% de la población extremadamente pobre y el 61% de la población pobre no extrema viven en condiciones de hacinamiento altas (más de tres personas por cuarto). Igualmente existe todavía un 23% de la población extremadamente pobre que no posee ningún sistema de eliminación de excretas (15% en el caso de los pobres no extremos), y un 26% no tiene acceso a ningún tipo de sistema de provisión de agua (ni siquiera un pozo perforado) recurriendo directamente a fuentes naturales como ríos, lagos, manantiales, o agua de lluvia.

En cuanto a la mortalidad, las tendencias generales son similares a las de la morbilidad con una alta prevalencia de mortalidad por enfermedades prevenibles vinculadas a las infecciones respiratorias y diarreas. Sin embargo, comparando la situación registrada por estadísticas vitales entre 1998 y 2007, resalta que las causas de mortalidad por enfermedades prevenibles tienden a caer, mientras que aparecen dos causas con mayor visibilidad: la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, y la mortalidad por armas de fuego. Ambos son indicadores claros de la transición epidemiológica que empieza a experimentar el país, con mayor prevalencia de riesgos de salud vinculados con enfermedades crónicas no transmisibles, con el sedentarismo y el envejecimiento de la población, así como la tendencia nacional hacia un incremento de la inseguridad y la violencia social a nivel prácticamente de pandemia (altamente transmisible y con una cobertura geográfica muy amplia).

En una perspectiva más general y de mayor largo plazo, se puede observar que en los últimos años 15 años se ha registrado una tendencia importante a la disminución de la mortalidad materna, infantil y en la niñez (menores de cinco años). Dicha tendencia sin embargo no puede ocultar que continúan siendo extremadamente altas para un país con el nivel de desarrollo económico de Guatemala. La mejor explicación para este comportamiento atípico se vincula con el alto grado de exclusión social de la población indígena, la cual registra tasas de mortalidad infantil y materna mucho mayores que los promedios nacionales (casi tres veces más en el caso de la mortalidad materna registrada en el año 2000; y entre 20% y 30% más en el caso de la mortalidad infantil y en la niñez registrada por la última Encuesta nacional de salud materno infantil, ENSMI, del año 2002).

CUADRO II.10
GUATEMALA: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, 2007
(En porcentajes)

	2007
Principales causas de morbilidad general	
Infecciones respiratorias agudas	15,8
Enfermedad diarreica aguda	5,7
Parasitismo intestinal	5,7
Enfermedad péptica	4,6
Infección del tracto urinario	4,2
Amigdalitis aguda	3,7
Anemia de tipo no especificado	3,4
Neumonía y bronconeumonía	2,4
Artritis no especificada	2,2
Conjuntivitis viral	2,1
Principales causas de morbilidad en la niñez	
Infecciones respiratorias agudas	34
Enfermedad diarreica aguda	10
Neumonías y bronconeumonías	6
Parasitismo intestinal	7
Enfermedades de la piel	3
Principales causas de morbilidad materna	
Anemia de tipo no especificado	6,0
Síndrome de flujo vaginal	5,1
Aborto incompleto	3,9
Amenaza de aborto	3,3
Preeclampsia	1,3

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, estadísticas vitales 2007.

CUADRO II.11
GUATEMALA: INDICADORES DE SALUBRIDAD, 2006
(En porcentajes)

	Total	Por área		Por situación de pobreza		
		Urbana	Rural	Pobre extremo	Pobre no extremo	No pobre
Hacinamiento						
Más de tres personas por cuarto	38,27	25,79	52,76	87,20	60,69	18,90
Tres personas o menos por cuarto	61,73	74,21	47,24	12,80	39,31	81,10
Eliminación de excretas						
Inodoro conectado a red de drenajes	40,28	68,44	7,62	5,94	17,41	57,44
Inodoro conectado a fosa séptica	7,03	6,41	7,74	1,97	3,74	9,51
Excusado lavable	7,19	7,66	6,64	1,97	5,67	8,82
Letrina o pozo ciego	36,50	15,73	60,60	67,25	58,35	20,46
No tiene	9,00	1,76	17,40	22,87	14,84	3,77
Acceso a agua entubada						
Tubería (red), dentro de la vivienda	62,02	78,00	43,49	35,74	48,49	73,17
Tubería (red), fuera de la vivienda pero en el terreno	14,34	11,98	17,09	21,09	18,89	10,95
Chorro público	2,29	1,18	3,57	4,33	3,76	1,21
Pozo perforado público o privado	10,54	4,31	17,76	12,55	13,31	8,82
Río, lago, manantial	5,95	0,65	12,11	17,93	9,74	2,06
Otro (camión cisterna, agua de lluvia, otro)	4,85	3,88	5,99	8,35	5,82	3,79

Fuente: Elaboración propia, con base en datos de ENCOVI, 2006.

CUADRO II.12
GUATEMALA: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE POBLACIÓN, 1998 Y 2007
(En porcentajes)

1998		2007	
Generales		Generales	
Neumonías	21,0	Neumonías y bronconeumonías	15,3
Enfermedades diarreicas agudas	10,4	Infarto agudo del miocardio	5,9
Desnutrición	2,9	Herida por arma de fuego	4,5
Cáncer	2,8	Enfermedad diarreica aguda	3,0
Paro cardíaco	2,3	Insuficiencia renal crónica	2,8
Infantiles		Infantiles	
Neumonías	39,2	Neumonías y bronconeumonías	31,6
Enfermedad diarreica aguda	17,3	Enfermedad diarreica aguda	18,4
Septicemia	6,2	Septicemia	4,6
Prematurez	4,8	Desequilibrio hidro electrolítico	4,1
Desnutrición	1,4	Desnutrición proteico calórica	3,0
Maternas		Maternas	
Hemorragia vaginal post parto	35,6	Hemorragia vaginal post parto	35,9
Retención placentaria	18,8	Eclampsia	17,0
Sepsis puerperal	12,5	Retención placentaria	14,8
Eclampsia	8,4	Ruptura uterina	4,4

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Estadística Vitales 1998 y 2007.

CUADRO II.13
GUATEMALA: TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD. PERÍODO 1990-2005

Indicador/Período	1990-1994	1995-1999	2000-2005
Tasa bruta de fallecimientos por 1000 habitantes	8,01	6,89	6,09
Tasa de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos	219	190	153
Mortalidad de recién nacidos por 1 000 nacidos vivos	26	23	22
Mortalidad infantil por 1 000 nacidos vivos	51	45	39
Tasa de mortalidad post infantil por 1 000 nacidos vivos	18	14	15
Mortalidad en la niñez por 1 000 nacidos vivos	68	59	53
Esperanza de vida al nacer			
Hombres	59,78	59,78	63,01
Mujeres	65,54	67,22	68,7

Fuentes: Elaboración propia sobre la base de Guatemala, Estimaciones y Proyecciones de población 1950-2050, Instituto Nacional de Estadística INE/CELADE; Mortalidad materna del Informe de Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000, Guatemala, MSPAS, Estudio de mortalidad materna, Medina 1989 y ENSMI 1995-1998-2002.

CUADRO II.14
GUATEMALA: MORTALIDAD INFANTIL, EN LA NIÑEZ^a Y MATERNA^b, 1995-2002 Y 1989-2000

Características	Mortalidad infantil		Mortalidad en la niñez	
	1995	2002	1995	2002
Total	57	44	79	59
Área				
Urbana	45	35	60	45
Rural	63	48	88	66
Categoría étnica				
Indígena	64	49	94	69
Ladino	53	40	69	52
	Mortalidad materna			
	1989		2000	
Total	248		153	
Categoría étnica				
Indígena	...		211	
No-indígena	...		70	

Fuente: ENSMI, 1995-2002, para datos de mortalidad infantil y en la niñez; MSPAS (Línea basal del año 2000).

^a Por mil nacidos vivos.

^b Por cien mil nacidos vivos.

Por otra parte, los perfiles de morbilidad y las tasas de mortalidad infantil se correlacionan fuertemente con el estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años. En este sentido, la última medición realizada a escala nacional (ENSMI, 2002) indica que casi un 50% de los niños y niñas menores de cinco años sufren desnutrición crónica. La desnutrición crónica es más alta en las zonas rurales, en el caso en la niñez indígena su tasa de desnutrición crónica duplica la de la población ladina (casi un 70% en el caso de los indígenas, versus 36% entre la niñez ladina).

Si bien las tendencias entre 1987 y el 2002 muestran una mejoría en la situación nutricional, dicha mejoría es muy modesta (de una tasa de desnutrición crónica de 58%, a una tasa de 49%). Peor aún,

luego de 15 años no se registra ningún cambio significativo en el caso en la niñez indígena (la tasa de desnutrición crónica pasó de 72% a 69%), y la niñez rural registra un progreso mucho menor que el promedio nacional (pasando de una tasa de desnutrición crónica de 62%, a una de 55,5%).

CUADRO II.15
GUATEMALA: DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y GLOBAL POR ÁREA, REGIÓN Y
CATEGORÍA ÉTNICA, 1987 Y 2002
(En porcentajes)

Características	Desnutrición crónica		Desnutrición global	
	1987	2002	1987	2002
Total	57,9	49,3	33,5	22,7
Área				
Urbana	47,2	36,5	25,8	16,2
Rural	62,1	55,5	36,8	25,9
Región				
Metropolitana	44,2	36,1	22,4	15,1
Norte	49,8	61,0	25,2	23,7
Nororiente	13,3	39,7	27,0	17,7
Suroriente	54,0	46,6	29,4	26,0
Central	67,4	42,1	39,3	21,7
Suroccidente	63,0	58,5	39,5	28,5
Noroccidente	67,7	68,3	46,0	31,5
Petén	...	46,1	...	18,0
Categoría étnica				
Indígena	71,7	69,5	40,6	30,4
Ladino	48,2	35,7	28,5	17,5

Fuente: ENSMI, 1987-2002.

Respecto al perfil epidemiológico planteado, en el futuro el país deberá orientar prioritariamente esfuerzos en las siguientes áreas:

- a) En salud sexual y reproductiva, a fin de continuar reduciendo las mortalidades infantil y materna, particularmente de las poblaciones indígenas. De no crecer el país a un ritmo acelerado y si no se toman medidas decididas y enfocadas para reducir la mortalidad materna, es poco probable que se alcance la meta de reducción de la mortalidad materna. La organización e integración de los servicios de salud sexual y reproductiva en servicios de atención primaria universales es un paso fundamental en este sentido.
- b) Mejorar la nutrición, sobre todo de la población infantil más vulnerable, y de las mujeres en edad fértil, es imperativo para el país. Sobre este particular el país tiene un pasivo enorme y uno de los temas en los cuales se requiere una intervención multidisciplinaria que abarque estrategias desde salud, educación, subsidios monetarios directos a las familias, y mejoramiento de la vivienda y la infraestructura en agua y saneamiento (para disminuir enfermedades diarreicas agudas que incrementan los riesgos de desnutrición).
- c) Finalmente es importante establecer una oferta de servicios pertinente respecto a la situación en el campo y en las ciudades. En el área rural es preciso establecer una oferta de servicios que atienda las altas tasas de mortalidad materna e infantil y en las ciudades que responda a la transición epidemiológica de las mismas.

B. Los determinantes institucionales de la baja protección social en salud y pensiones

La mayoría de países de América Latina crearon la institucionalidad de la seguridad social desde la década de los veinte. En Guatemala no es sino hasta 1944 que se inicia la discusión sobre la necesidad de crear un sistema de protección social en salud y pensiones mediante la creación del IGSS, estableciéndose en la Constitución de esa época (1945) la obligatoriedad y el ámbito del mismo. En el recuadro II.1 se observa el desarrollo de la institucionalidad en seguridad social ligada a la salud y a las pensiones.

La creación de los programas así como la cobertura geográfica del IGSS, fue paulatina, hasta formarse en la actualidad dos programas diferenciados y con administración de recursos distintas: Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA) y de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS).

El pobre desempeño de la salud pública para atender los principales problemas pueden explicarse a la luz de referentes institucionales históricos, observados en el cuadro anterior: los rasgos discriminatorios de la atención a la salud heredados de la colonia se mantuvieron durante los inicios de la vida independiente. Se basaban en la tradición conservadora de carácter caritativo-asistencial para atender a la población pobre, rural e indígena, mientras la población con capacidad de pago era atendida por médicos particulares (Asturias, 1989). El régimen de pensiones tuvo hasta 1944 un carácter preferencial para empleados públicos, y es el último programa formado bajo la institucionalidad del IGSS en 1977.

La visión sobre el papel que el Estado debía de jugar en la protección social de la salud y las pensiones a partir de 1944 fue truncada con la caída del gobierno de Jacobo Arbenz en 1954, y no es sino hasta la firma de los Acuerdos de Paz en 1996 cuando se plantea la necesidad de implementar una reforma¹⁸.

1. El sistema previsional guatemalteco: régimen de pensiones, beneficios, requisitos y financiamiento

Analizadas las principales limitaciones que imponen las transformaciones socioeconómicas y demográficas a la cobertura del sistema de pensiones guatemalteco, en este capítulo se analizan los factores institucionales del sistema de pensiones y evalúa el grado de preparación y condiciones que presenta para enfrentar una mayor cobertura y responder adecuadamente a los nuevos desafíos y retos. Son evaluados cuatro elementos centrales del sistema: i) las propuestas de reforma desde 1990 a la fecha; ii) el tipo de régimen previsional; iii) el carácter de la cobertura y la fortaleza del vínculo entre contribuciones y beneficios; y iv) la sanidad financiera que presenta y la magnitud de las presiones financieras. Estos cuatro elementos centrales del sistema de pensiones, juntos inciden sobre la cobertura y ejercen muy fuertes presiones financieras, imponiendo un reordenamiento del esquema de financiamiento de la protección social en pensiones en Guatemala.

¹⁸ En las Américas, una reunión internacional convocada al efecto en 1995 definió la Reforma del Sector Salud, como “un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”.

RECUADRO II.1

GUATEMALA: DESARROLLO HISTÓRICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

1906: Se crea el Consejo Supremo de Salubridad Pública. Código de Sanidad.

1925: Se crea la Dirección General de Salubridad Pública a cargo del Ministerio de Gobernación y Justicia.

1932: La Dirección General de Sanidad Pública sustituye a la de Salubridad Pública, siempre a cargo del Ministerio de Gobernación y Justicia.

1932: Se estableció el sistema de jubilaciones, pensiones y montepíos para funcionarios y empleados públicos.

(1970) Se modificó el sistema previsional de los funcionarios y empleados del Estado.

(1986) Se incorporan al sistema a los funcionarios de instituciones descentralizadas.

(1988) Se dictó el decreto 63-88 que regula actualmente las clases pasivas del Estado.

1944: Se crea la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social primer referente del MSPAS de creación posterior.

1945: La Constitución Política de la República estableció un régimen nacional, unitario y obligatorio de seguridad social.

1946: Se crea el IGSS, mediante Decreto 295.

(1948) Programa de accidentes

(1953) Programa de atención materno-infantil

(1968) Programa de protección a la enfermedad y la maternidad

(1977) Programa de invalidez vejez y sobrevivencia

1969: Se crea el Consejo Nacional de Salud.

1979: Se aprueba el Código de Salud mediante Decreto 45-79.

1986: La Constitución de 1986 (artículo 115), le dicta al IGSS la obligación de atender a todos los pensionados del Estado para lo cual se instituyen los Centros de Atención Médica Integral a Pensionados (CAMIP).

1994: El Congreso de la República aprobó mediante Decreto 39-94, modificaciones a la Ley Orgánica del IGSS, la cual fue vetada por el Presidente.

1996: Se firman los Acuerdos de Paz y con ello da inicio el compromiso por reformar el Sistema de Salud.

La Junta Directiva del IGSS establece una comisión técnica para la formulación de la reforma al Instituto, dentro de la cual proponía un modelo mixto para las pensiones.

El Gobierno firma un acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para la ejecución del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (PMSS) 1-.

1997: Se aprueba un nuevo Código de Salud (Decreto 90-97), que deroga el 45-79.

Se crea una Comisión Gubernamental para la Reforma de la Seguridad Social, tomando como base la propuesta elaborada por el Centro de Investigación y Estudios Nacionales CIEN.

1997: La Fundación Friedrich Ebert presenta una propuesta de reforma basada en la reforma al IGSS por programas en cuanto a la administración y finanzas y a cobertura, el planteamiento de un sistema mixto de pensiones, basado en un estudio actuarial.

2005 – a la fecha

(2005) El MSPAS elabora la Agenda Nacional de Salud.

(2008) El proyecto "Visión de país" elabora la propuesta de Ley Marco de Salud, iniciativa 3609 presentada al Congreso y desestimada por el mismo.

Fuente: Elaboración propia con base en: Mesa Lago 1997 y INDH (2003). INDH (2002) Desarrollo humano, mujeres y salud, capítulo XIII Hitos de la salud pública en Guatemala.

a) Principales planteamientos de reforma

Una de las principales propuestas de reforma, truncada mediante veto presidencial fue la modificación a la Ley Orgánica del IGSS planteada en 1994. Dicha propuesta establecía:

- a) Extensión de cobertura a campesinos, arrendatarios, pequeños parcelarios, sector informal, empleadas domésticas y trabajadores por cuenta propia (el Estado aportaría la cuota patronal en el caso de todos los trabajadores no asalariados).
- b) Introducía cambios en la composición de la Junta Directiva.
- c) Prohibía la concesión de préstamos directos del IGSS al Estado y otros organismos públicos.
- d) Establecía un plan para pagar la deuda del Estado al IGSS, comenzando en 1995, con una partida anual de Q.200 millones (Mesa-Lago, 1997).

Luego en el marco del proceso de modernización del Estado en 1996 el gobierno comisionó la reforma de la seguridad social, presentando en los Encuentros de Actualización una propuesta basada en un trabajo realizado por el CIEN con algunas modificaciones. Las principales características de la propuesta fueron:

- a) Se inspiraba en la revisión de los modelos de reforma de Chile, Argentina, Colombia y Perú.
- b) Se crearía un nuevo sistema de IVS de capitalización individual, cuya administración estaría a cargo de administradoras de ahorro de pensiones (ADAP).
- c) Los asegurados actuales tendrían la opción de quedarse en el sistema administrado por el IGSS o trasladarse al nuevo sistema, los nuevos asegurados estarían obligados a situarse en el sistema de capitalización individual.
- d) La contribución de 4,5% se incrementaría a un rango entre 12,5% - 14%.
- e) Se establecerían restricciones sobre la colocación de los fondos de las ADAP.
- f) Se definían las condiciones de financiamiento en el caso que un asegurado del IGSS se trasladara a una ADAP.
- g) La edad de retiro se establecía en 65 años y se establecía una contribución mínima de entre 20 y 25 años.
- h) Se crearía una Superintendencia de ahorro de pensiones, la cual debía responder ante la junta directiva del IGSS (Mesa-Lago, 1997).

Simultáneamente a la propuesta realizada por la Comisión Gubernamental, tanto el IGSS como la Fundación Friedrich Ebert¹⁹ realizaron propuestas basadas en estudios actuariales y plantearon sistemas mixtos con características similares.

La propuesta de reforma fue presentada en los Encuentros de actualización convocados por el gobierno, no fructificó, según un diario de esa fecha “el gobierno informó que no se logró consenso en la parte laboral, la Fundación Friedrich Ebert, USAC y sector sindical exponen que fue el costo de transición, que se estimaba en 1998 en US\$11.826 millones. Para algunos especialistas fue el momento electoral, el gobierno trata de evitar otra confrontación con sectores sociales, debido en gran parte a que fue una idea mal vendida” (Portafolio, 1998).

Más recientemente, durante los años 2004 y 2005, la Fundación para el desarrollo de Guatemala (FUNDESA) desarrolló un conjunto de estudios relacionados con el análisis de los sistemas de previsión vigentes en Guatemala, elaboró proyecciones actuariales de los dos principales sistemas (IVS y CPCE), y formuló recomendaciones para una reforma estructural del sistema, que culminaron en la elaboración de un proyecto de ley.

¹⁹ La propuesta de la Fundación Friedrich Ebert, se basó en el estudio de Carmelo Mesa-Lago, citado en esta investigación. La propuesta incluía un estudio actuarial y la comparación de alternativas de reforma, de acuerdo a la situación del país y a la estructura del estado y su situación fiscal. Los sistemas mixtos plantean menores costos de transición de sistemas previsionales que los sistemas de capitalización individual.

A mediados del año 2006 se realizó una revisión independiente de la evaluación actuarial, y un análisis del proyecto de reforma, a la luz de la experiencia latinoamericana e internacional en esa materia. Se realizaron reuniones con audiencias clave y se propuso la adopción de un sistema multipilar (modelo mixto). El sistema fue concebido con un primer pilar con garantía de una prestación mínima, financiada en parte con aportes al nuevo sistema, y por fondos públicos por la diferencia entre la prestación que resulta y la prestación básica, llamada en el anteproyecto prestación básica (PB). A ello se le suma un segundo pilar voluntario de capitalización. Se planteó que durante la transición, el sistema requiere de fondos públicos para financiar el desequilibrio del viejo sistema, y la pérdida de ingresos por el traspaso de aportes del sistema de reparto al de capitalización (FUNDESA, 2007).

A nivel internacional, Guatemala ratificó en la Conferencia Internacional del Trabajo del año 2001 en su 89° reunión, el carácter de la seguridad social como derecho humano fundamental, al insistir que es muy importante para el bienestar de los trabajadores, de sus familias y de toda la sociedad; que es un derecho humano fundamental y un instrumento esencial para crear cohesión social, y de ese modo contribuye a garantizar la paz y la integración social.

b) Tipo de régimen previsional y perfil demográfico

Si bien la Constitución en su artículo 100 establece que es el IGSS la institución encargada del régimen de seguridad social del país, coexisten con dicho régimen otros 11 sistemas públicos, con características diferenciadas en la edad de retiro, años de contribución y financiamiento. Los tres obligatorios son el IGSS, protege a los ocupados formales, el de Clases Pasivas y Civiles del Estado (CPCE), protege a los trabajadores públicos civiles que están en nómina, y el Instituto de Previsión Militar (IPM), protege a los militares. El resto lo constituyen fondos complementarios y no son obligatorios.

El más importante de los regímenes (exceptuando al IGSS), es el de clases pasivas civiles del Estado (CPCE), el cual se financia con una cuota laboral de entre nueve y 15% sobre el salario y una cuota patronal asumida por el Estado de 10%, y que en 2006 contaba aproximadamente con 107.000 cotizantes y 74.000 pensionados. Sin embargo, siendo su régimen de financiamiento de reparto sin capitalizaciones, no cuenta con patrimonio propio en materia de inversiones. El porcentaje que el Estado aporta anualmente para cubrir el resultado operativo negativo es de aproximadamente el 23% de la masa salarial (Q.1.200 millones en 2005) (Melinsky, 2006).

Le sigue en importancia por los montos administrados y por los apoyos que el Estado le ha otorgado, el régimen del Instituto de Previsión Militar (IPM), que al igual que el CPCE han enfrentando problemas que han requerido aportes anuales del Estado para su financiamiento.

RECUADRO II.2 GUATEMALA: IPM AL BORDE DE LA CRISIS

“Se agotan los fondos de la institución para pagar pensiones de militares jubilados; Congreso de la República estudia las posibles soluciones que, además de buscar recursos en la misma milicia demandaría más aportes del Estado.”

El IPM cuenta actualmente con 5.900 militares retirados y posee un número igual de cotizantes quienes aportan 8% de su salario para financiar el programa de retiro. Los problemas financieros del régimen no solo se deben a la relación 1 - 1 entre jubilados y cotizantes (y a un régimen financiero de reparto sin acumulación de reservas), sino a una serie de problemas históricos: el crecimiento desmedido del aparato militar, los beneficios que no iban acordes con el plan actuarial y las inversiones riesgosas fuera del país. El Estado, por tanto debe aportar anualmente Q.130 millones, para asegurar la sostenibilidad financiera del IPM.

Otra fuente de pérdida para el Instituto de Previsión Militar (IPM) fue haber sido el mayor accionista del desaparecido Banco del Ejército. (Banejer). Cuando éste fue absorbido por el Crédito Hipotecario Nacional (CHN) desaparecieron Q282.6 millones del IPM. A lo anterior se suma que el IPM es dueño de nueve empresas cuyas ganancias reales están en duda.

Fuente: Elaboración propia con base en artículo de Prensa Libre del 26 de noviembre de 2006.

En el caso del IGSS (que es el régimen más grande), la Junta Directiva está conformada por seis miembros (propietarios y suplentes) nombrados por el Presidente de la República, la Junta Monetaria del Banco de Guatemala, el Consejo Superior Universitario de la Universidad de San Carlos de Guatemala,

el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, las asociaciones y sindicatos patronales registrados y el sindicato de trabajadores.

El régimen de pensiones del IGSS (programa IVS) se creó en 1977 y cubre a todos los trabajadores asalariados de empresas con no menos de tres trabajadores en el departamento de Guatemala y de cinco en el resto del país. Se financia con aportes laborales (1,5%), patronales (3,0%) y del Estado (25% del gasto total por prestaciones), los cuales han permanecido sin cambio desde su creación. En el momento de constitución del IGSS, se previó que el Estado aportaría varias cuotas al mismo para su sostenimiento: como empleador (cuota patronal) y como Estado, ya que el sistema esta basado en un régimen tripartito de aportes: empleadores, trabajadores y estado.

CUADRO II.16
GUATEMALA: COTIZACIONES AL IGSS
(En porcentaje de salarios)

Fuentes	Enfermedad y maternidad	Accidentes	IVS	Total
Empleador ^a	4,0	3,0	3,0	10,0
Trabajador	2,0	1,0	1,5	4,5
Estado ^a	3,0	0,0	25,0 ^b	3,0
	9,0	4,0	4,5	17,5

Fuente: Ley orgánica del IGSS, Decreto 295 y sus modificaciones.

^a Solo en algunos años desde la constitución del IGSS el Estado ha cumplido con el aporte patronal, en el caso del aporte como Estado nunca se ha realizado.

^b En el caso del aporte del Estado como tal al programa IVS la ley establece que el mismo debe financiar el 25% del gasto total por prestaciones, en este caso el dato no corresponde al porcentaje sobre salarios, que de acuerdo con la Ley debería aproximadamente ser el equivalente del 2% sobre los salarios.

El sistema financiero utilizado por el programa IVS es de prima media escalonada, que se caracteriza por la capitalización parcial colectiva que permite acumular una reserva para financiar el sistema, la prima permanece fija durante un tiempo la cual puede ser revisada para ser aumentada con el fin de prever sostenibilidad al sistema, y solo los ingresos por contribuciones y los rendimientos de la inversión pueden utilizarse para financiar los costos directos y de administración de las pensiones (Mesa-Lago, 1997).

Como se señaló, una de las ventajas que el IGSS tiene es que organizativa y financieramente maneja de manera separada sus dos programas: de salud EMA e IVS. El resultado operativo anual del programa EMA se orienta a la ampliación de la cobertura mediante obras de infraestructura y mejoramiento de servicios, y el resultado operativo del programa del IVS se destina a incrementar las reservas técnicas²⁰.

Una de las principales dificultades que el IGSS afronta en la prestación de servicios a sus pensionados es no contar con el historial laboral de sus afiliados de forma electrónica, de tal cuenta que el trámite para una pensión aún es lento. Ha pasado de tardarse un año (en 1997) a nueve meses (en 2008).

En síntesis, el régimen de pensiones guatemalteco es fragmentado: la regulación de cada sistema está a cargo de cada institución, siendo cada una de estas quienes además, administran, afilian y conceden las prestaciones de vejez, invalidez y sobrevivencia de manera independiente, representando en algunos casos (CPCE e IPM), grandes cargas fiscales al Estado.

²⁰ La incorporación del IGSS como entidad autónoma y descentralizada desde el año 2002 al Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), ha facilitado y transparentado el manejo de recursos con estas separaciones, en el futuro según las autoridades del IGSS se prevé la descentralización en la ejecución del gasto, mediante la creación de Unidades de Administración Financiera por ámbito de programa y a nivel geográfico, lo que permitirá un mayor nivel de eficiencia en la dotación de los servicios.

c) Vínculo entre contribuciones y beneficios

El IGSS y la ley que lo regula han demostrado poca capacidad de adaptabilidad frente a las transformaciones y rigideces del mercado laboral guatemalteco. Como se observó el mercado laboral presenta cuatro rasgos particulares:

1. La contracción del sector formal urbano de la economía (trabajadores asalariados con empleo estable y salarios adecuados que generalmente están cubiertos por la Seguridad Social);
2. La expansión del sector informal (trabajadores por cuenta propia, familiares no remunerados, servidores domésticos, empleados de microempresas, que tienen empleos inestables y salarios erráticos y bajos);
3. Un sector rural importante (campesinos, aparceros, precaristas, trabajadores de estación, etc.), ninguno de los cuales está usualmente cubierto; y,
4. La «flexibilización» del mercado laboral: trabajadores subcontratados, a tiempo parcial o sin contrato, los cuales también normalmente están excluidos.

Ante esa realidad, el sistema de pensiones guatemalteco carece de procedimientos que permitan incorporar a estos trabajadores a la seguridad social. Por ejemplo, los trabajadores por cuenta propia sólo tienen afiliación voluntaria, la cual es muy poco efectiva, en gran medida porque tienen que pagar una contribución equivalente a la suma de los porcentajes sobre el salario que aportan los trabajadores asalariados formales y sus patronos (del que carecen los cuentapropistas), lo cual constituye una barrera a su afiliación. Los empleados de microempresas también están exceptuados de cobertura obligatoria, porque generalmente la ley determina que únicamente están obligadas las empresas que tienen más de tres trabajadores en Guatemala y más de cinco en el resto del país. Los trabajadores rurales tienen cobertura legal obligatoria en pensiones cuando son asalariados y los no asalariados son voluntarios.

En el cuadro II.17 se compara con detalle las contribuciones, beneficios y requisitos de las pensiones de vejez en los tres regímenes obligatorios mencionados y los complementarios, donde se aprecia con claridad la fragmentación y disparidad, evidenciando la coexistencia de sistemas de pensión especiales para los empleados públicos y los miembros de las fuerzas armadas, junto al sistema obligatorio y “único” (IGSS), que atiende a los trabajadores privados.

En el cuadro II.17 se puede apreciar que la estructura básica de los sistemas especiales es parecida a la del sistema normal de prestaciones definidas, pero en algunos casos las prestaciones son aún más generosas en comparación con los aportes (debido a edades de jubilación más bajas, tasas de reemplazo más altas, etc.), donde ya es posible advertir que las obligaciones sin financiamiento previsto de esos regímenes especiales, son mayores que las del sistema del IGSS. En segundo lugar, los periodos de contribución mínima para la jubilación y las edades de retiro también presentan fuertes disparidades entre los tres principales regímenes.

En resumen, el sistema de pensiones guatemalteco carece de procedimientos flexibles que permitan incorporar a los trabajadores independientes y cuentapropistas a la seguridad social (grueso del empleo). Además el vínculo entre contribuciones y beneficios, es bastante débil, principalmente en los dos regímenes obligatorios y en el resto de regímenes complementarios. Por tanto, las normas de incorporación, los procedimientos operativos de inclusión y la estructura de contribuciones y beneficios amerita ser unificada y revisada para ampliar cobertura y estrechar sus vínculos, preparándola financieramente para enfrentar además el nuevo perfil demográfico que se viene en los próximos decenios en Guatemala.

CUADRO II.17
GUATEMALA: REQUISITOS OBLIGATORIOS Y BENEFICIOS ESPERADOS EN LOS
DISTINTOS RÉGIMENES DE PENSIONES

Sistemas de pensiones/jubilaciones	Años obligatorios de contribución para pensarse	Edad mínima de retiro	Porcentaje mínimo sobre el salario para calcular la pensión	Años obligatorios de contribución para la pensión máx.	Edad máxima de retiro	Porcentaje máximo sobre el salario para calcular la pensión
Instituto guatemalteco de seguridad social	15	60	55	40	60	80
Ley de clases pasivas del Estado	10	50	36,9	30	65	100
Instituto de previsión militar	20	No establecida en la ley	50	30	No establecida en la ley	100
Universidad de San Carlos de Guatemala	15	50	30	15	65	100
Banco de Guatemala, Superintendencia de bancos y fondo de regulación de valores	15	55	80	30	55	80
Crédito hipotecario nacional	15	45	45	30	60	90
Municipalidad de Guatemala y Empresa municipal de agua	10	60	60	10	60	60
Del empleado municipal	15	55	60	28	65	90
Empresa portuaria Sto. Tomás de Castilla	15	40	40	15	60	85
Empresa portuaria Quetzal	15	50	50	5	60	100
Instituto nacional de electrificación	10	60	50	15	65	75
De empleados del IGSS	15	55	60	20	70	100

Fuente: Elaboración propia con base en Erazo (2003).

d) Sanidad financiera y magnitud de las presiones financieras

En esta sección se analiza la evolución de los ingresos (cobertura, cotizaciones y rentabilidad por reservas) y los gastos (el comportamiento del monto de pensiones y los gastos administrativos), para luego contrastarlo con el último estudio actuarial al que se tuvo acceso, elaborado por Fabio Durán en el año 2001 y proyecciones financieras realizadas por FUNDESA del año 2007 para el IGSS y para el de CPCE.

En un régimen de reparto con capitalización colectiva, la sostenibilidad del sistema depende de la relación de dependencia (relación entre la PEA y los mayores de 60 años). Para Guatemala, la relación entre la población de 20-59 años de edad y la población de 60 años de edad o mayor (FMI, 2007), fue de 8,1 en el 2003, se mantendrá en el 2010 y luego pasa cada diez años desde el 2020 al 2050 de 7,6 a 3,6. Al contar el país con una proporción mayor de jóvenes que puedan mantener el sistema, el mismo tiene una oportunidad, para realizar las reformas necesarias para dotar de un nivel de pensiones digno para la mayoría de la población. Sin embargo dicha oportunidad (bono demográfico), puede ser contrarrestada por la dinámica de crecimiento económico, que principalmente crea empleos de muy mala calidad y no permite que se genere un nivel de vida digno en la vejez.

En los últimos años si bien el nivel de cobertura del seguro social respecto a la PEA ha observado disminuciones (ver gráfico II.1), de 28,9 en el año 2000 a 25,7 en 2007, el crecimiento en el número de cotizantes ha sido positivo, gracias a una gestión del IGSS de mayor control en las empresas formales para que afilien a sus empleados²¹.

²¹ Según entrevista realizada a funcionarios del IGSS.

CUADRO II.18
GUATEMALA: COTIZANTES Y PENSIONADOS IVS/IGSS, 2002-2007
(Miles de personas)

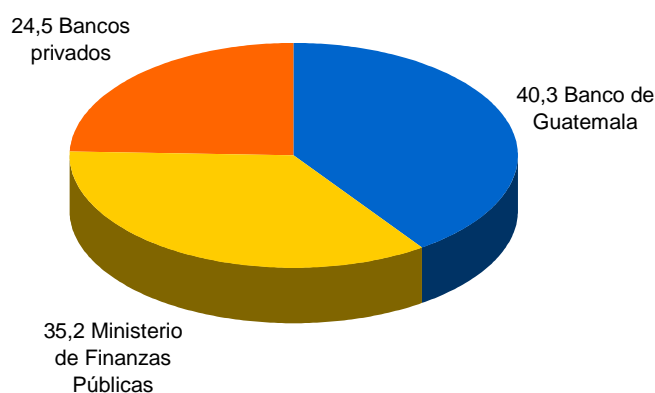
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cotizantes	953 052	957 921	988 892	1 002 356	1 026 405	1 073 458
Pensionados IVM	134 883	137 503	142 748	141 401	145 151	133 921
Crecimiento cotizantes	-	0,51	3,23	1,36	2,40	4,58
Crecimiento pensionados IVM	-	1,94	3,23	1,36	2,65	(7,74)

Fuente: Elaboración propia con base en información del IGSS.

Por el lado del manejo de las inversiones del IGSS (que es la proporción de ingresos con la cual se acumulan reservas técnicas para darle un mayor nivel de sostenibilidad financiera al sistema) a pesar de que en años anteriores el IGSS fue objeto de presiones políticas²², gracias al manejo diferenciado de fondos (EMA e IVS), el IGSS ha logrado la diversificación de inversiones que el mercado financiero guatemalteco le permite.

Un mayor número de cotizantes y un mejor manejo financiero, y una relación de dependencia aún alta, colocan al seguro social en una posición favorable para realizar reformas al régimen. La pregunta es cuándo deberían realizar las reformas para poder aprovechar esta oportunidad, y la respuesta depende de los resultados de los estudios actuariales existentes y de los supuestos en los cuales se basen para determinar, hasta qué año el régimen contará con los recursos necesarios (la relación entre ingresos y gastos permite generar un superávit para invertir), en qué año se iniciará con la utilización de las reservas técnicas y hasta cuándo podría mantenerse el sistema con la actual prima, edad de jubilación y bajas coberturas.

GRÁFICO II.5
DISTRIBUCIÓN DEL PORTAFOLIO DE INVERSIONES DEL IGSS POR SECTOR FINANCIERO, 2006
(En porcentajes)



Fuente: Memoria de labores del IGSS (2006).

²² Debido a las altas tasas de inflación en el decenio de los 80, así como a la composición de la cartera e imposiciones estatales, las tasas reales de rendimiento fueron negativas en 11 de 16 años (1980-1995).

RECUADRO II.3

GUATEMALA: LA DEUDA DEL ESTADO Y EMPLEADORES PRIVADOS AL SEGURO SOCIAL

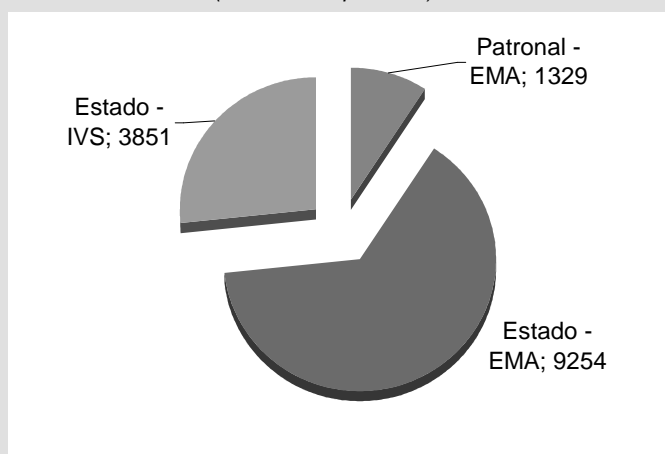
De acuerdo con la Ley Orgánica del IGSS, la aportación para financiar el sistema es tripartita: 50% del empleador, 25% del trabajador asegurado y 25% del Estado. Esta última se ha fijado en 3% sobre el salario para EM y 25% del gasto de prestaciones de IVS (que de acuerdo con la Ley debería aproximadamente ser el equivalente del 2% sobre los salarios), además el Estado debe cumplir con su obligación como empleador (10% sobre la nómina de sus trabajadores).

Ya se sabe, sin embargo, que los jubilados y pensionados de las CPCE deben ser atendidos por el programa EMA, sin que ni el Estado ni los funcionarios públicos paguen contribución alguna. De acuerdo con las autoridades del IGSS, el Estado nunca ha cumplido con sus obligaciones financieras como tercera parte, y la mayor parte del tiempo no ha contribuido como empleador o ha pagado menos de su obligación.

A diciembre de 2008 el Estado le adeudaba al IGSS Q.14.435 millones, por concepto de contribuciones como patrono y como Estado a los programas EMA e IVS.

GUATEMALA: DEUDA DEL ESTADO CON EL IGSS, A DICIEMBRE DE 2008

(Millones de quetzales)



Fuente: Instituto guatemalteco de seguridad social, 2008.

Fuente: Mesa-Lago, Carmelo, et al. (1997). La seguridad social en Guatemala: diagnóstico y propuesta de reforma y entrevistas realizadas a autoridades del IGSS.

CUADRO II.19

GUATEMALA: INGRESOS Y EGRESOS DEL PROGRAMA IVS/IGSS, 2005-2006

(Montos nominales y porcentajes)

	2005		2006	
	Montos	Porcentaje	Montos	Porcentaje
Resultado del ejercicio	693 550		52 521 202	
Ingresos programa IVS	1 465 929 048	100	1 698 364 180	100
Ingresos no tributarios	297 064	0,02	460 665	0,03
Contribuciones a la seguridad social	1 059 542 365	72	1 216 625 639	72
Intereses	406 089 618	28	481 277 877	28
Egresos programa IVS	1 465 235 498	100	1 645 842 977	100
Actividades centrales	11 477 734	0,8	75 456 239	4,6
Prestaciones de seguridad social	803 502 939	55	935 654 830	57
Partidas no asignables a programas	-	-	4 123 718	0,3
Integración a reservas técnicas	650 274 802	44	630 741 172	38
Operaciones patrimoniales	(19 978)		(132 981)	

Fuente: Memoria de labores IGSS, 2006.

El último estudio actuarial al que se pudo acceder, realizado en el 2001 por Fabio Durán, se basa en los siguientes supuestos:

1. La cobertura pasa de 22,6% en 1998 a 35,8% en 2050 respecto a la PEA, el sistema pasaría de 778.664 en 1998 a 5.916.307 en 2050, lo cual implica mantener el sistema en las condiciones actuales sin cobertura universal.
2. La relación entre cotizantes y pensionados (derivado del cambio en la estructura demográfica) pasaría de 6,6 (siete afiliados cotizando por cada pensionado) en 1999 a 4,9 en 2050 (cinco cotizantes por cada pensionado). Esto siempre y cuando se mantenga el supuesto de un incremento en la cobertura respecto a la PEA.
3. Se mantiene el esquema actual de parámetros: 60 años como edad de jubilación, prima de 4,5% sobre el nivel de salarios (considerando que el Estado no aporta su parte al programa), y 15 años de contribución obligatoria.

Si se cumplen las hipótesis adoptadas, las reservas del régimen hasta el año 2018 serían crecientes como producto de la presencia de superávit de operación en el mediano plazo. Hacia el año 2019 los gastos totales superarían los ingresos totales, dando origen a un déficit de operación, el cual sería financiado con la reserva técnica. Es decir, en las condiciones vigentes hasta el año 2000, el régimen IVS estaría equilibrado financieramente hasta el año 2019.

Teniendo en cuenta que el modelo de financiamiento del régimen IVS del IGSS sigue un esquema de capitalización parcial, con primas escalonadas, se espera que la actual prima fuera suficiente para cubrir los gastos totales hasta el año 2012. A partir de ese año habría que tomar las medidas pertinentes para ajustar el financiamiento a otro escalón de primas de equilibrio (Informe Nacional de Desarrollo Humano, 2001).

Por otro lado al año 2007, según FUNDESA, el subsistema de clases pasivas del Estado es el subsistema de pensiones de Guatemala con mayor desequilibrio. Su situación afecta crecientemente las finanzas estatales y refuerza la inequidad de ingresos que prevalece en Guatemala. La tasa de dependencia de éste ha caído a cerca de dos (activos/pasivos). El sistema permite jubilarse con 23 años de aportes, sin límite de edad, con una tasa de sustitución del 100%. El déficit del régimen representaba en el 2005 más de 4% del presupuesto público, el 35% del déficit y el 0,54% del PIB.

Las proyecciones realizadas (tanto en CIEN-FUNDESA, como en el informe para la ONSEC) muestran que sin la introducción de cambios paramétricos, el sistema se deteriorará en forma profunda y rápida. O bien el sistema converge a un déficit muy elevado (hasta 2,4% del PIB en sólo 13 años, informe para la ONSEC), o bien las tasas contributivas se elevan drásticamente (CIEN-FUNDESA). Se requiere en el momento un aumento de las contribuciones individuales del orden de seis puntos, es decir pasar del rango efectivo actual de 11% a 15%, a un rango de 17% a 21% como contribuciones individuales.

En resumen, se podría concluir que el sistema de pensiones guatemalteco presenta al momento actual debilidades y cuellos de botella para enfrentar adecuadamente los desafíos presentes (cobertura y solidaridad) y futuros (envejecimiento de la población), entre los cuales cabe destacar:

- a) Alta vulnerabilidad del actual régimen de prima media escalonada ante el nuevo perfil demográfico de los próximos años.
- b) Vínculo poco consistente entre contribuciones y beneficios respecto a parámetros internacionales (beneficios generosos).
- c) Baja potencialidad del sistema para avanzar hacia una significativa ampliación de cobertura.
- d) Tendencia financiera del CPCE e IGSS a generar, en el mediano y largo plazo, déficit, presionando severamente sobre las finanzas públicas del Estado y el equilibrio macroeconómico, al convertirse en una seria carga fiscal, dado el incremento progresivo del pasivo actuarial.

2. El sistema de protección social de la salud: modelos de gestión y esquemas de financiamiento

a) Principales planteamientos de reforma

El proceso de reforma en el sector salud en Guatemala ha abarcado únicamente las reformas del MSPAS, ya que no se han incluido la seguridad social ni el subsistema privado (Flores, 2008).. La reforma planteada a mediados de 1990 estableció tres metas: aumentar el nivel de gasto público en salud, tal y como lo establecieron los Acuerdos de Paz; mejorar la eficiencia del sistema de salud; y mejorar los niveles de equidad.

Un instrumento importante fue la descentralización financiera iniciada en 1996 que, junto con la implementación del sistema integrado de administración financiera, le dio mayor autonomía a las áreas de salud para proponer y ejecutar sus presupuestos en función de las necesidades de sus áreas. El otro fue la participación de proveedores no gubernamentales para ampliar el servicio de salud primaria (Programa de extensión de cobertura) a las áreas rurales más pobres del país, con un servicio de tipo ambulatorio. Las principales características del proceso fueron las siguientes:

- a) Más que un plan, se elaboraron lineamientos políticos, estratégicos y programáticos
- b) La participación de la población no fue considerada en el momento en el que se planteó.
- c) Se conformó una unidad ejecutora del proyecto acordado con el BID, formada por personal no perteneciente al MSPAS y un consultor internacional diseñó el proceso de extensión de cobertura. Este proyecto fue modificado con la participación de técnicos de distintos niveles del MSPAS, lo cual condujo a la creación del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS). La autoridad de salud fue quien lideró la reforma concreta al MSPAS y no a todo el sector salud²³.
- d) No se establecieron criterios generales de evaluación de la reforma.

Respecto a las tres grandes metas que se propuso la reforma a continuación una breve síntesis anotada en Flores (2008).

- a) Incrementar el gasto público en salud: esta no se ha cumplido, ya que el presupuesto asignado al MSPAS ha estado por debajo de los compromisos asumidos en los Acuerdos de Paz.
- b) Mejoras en la eficiencia del sistema: se ha logrado incrementar el gasto en los servicios básicos de salud pero ha dejado fuera la atención de otras necesidades de salud de la población.
- c) Mejorar la equidad: la distribución geográfica y temática del gasto del MSPAS sigue reflejando un patrón altamente inequitativo, designándose la mayor proporción del gasto del MSPAS en las áreas con mayores niveles de desarrollo o menores tasas de mortalidad materno-infantil.

El principal instrumento para mejorar la equidad en la prestación de servicios ha sido la implementación del Programa de extensión de cobertura, mediante la contratación de organizaciones no gubernamentales que brindan un paquete básico de servicios ambulatorios de salud, costeados en alrededor de US\$ 9 por persona. El programa en algunas ocasiones ha sido objeto de críticas por la diferencia en la calidad de los servicios que se prestan al interior de dichas organizaciones. Sin embargo, el MSPAS reporta que se ha logrado incrementar las coberturas de algunos servicios como control de crecimiento en niños y atención prenatal.

La reforma de salud en Guatemala no ha logrado alcanzar la mayoría de las metas que se ha propuesto (Flores, 2008). A la fecha ha habido varios intentos por promover un diálogo nacional en torno a la necesidad de reformar el sistema de salud, el primero de ellos fue liderado por el MSPAS en el año 2006, resultado del cual se elaboró la Agenda de salud. Luego, como resultado de la puesta en

²³ Los únicos actores de la reforma fueron el MSPAS, el Ministerio de Finanzas Públicas y el BID.

común en el proyecto “Visión de País” y de cara a la transición de gobierno en el año 2007 el gobierno generó una iniciativa de Ley marco de salud que ha sido discutida y desestimada por el Congreso.

b) El sistema de la salud en la actualidad

La constitución política de la República de Guatemala en su sección séptima reconoce, entre otros, que el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano y que es obligación del Estado desarrollar acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, a la vez que reconoce que la salud es un bien público.

El Código de Salud (Decreto 90-97) establece las funciones y conformación del sector salud: el MSPAS, el IGSS, las municipalidades, las universidades y otras instituciones formadoras de recursos humanos, así como las entidades privadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias y agencias de cooperación. En términos generales en la documentación sobre salud se hace referencia a un sistema conformado por dos grandes actores: el público, conformado por el MSPAS y el IGSS²⁴ y el privado, conformado por el lucrativo y el no lucrativo.

El MSPAS es la institución que según el Código de Salud tiene a su cargo la rectoría del Sector Salud, entendida como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional. Asimismo, tiene la función de formular, organizar y dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a toda la población.

El segundo actor dentro del sector público es el IGSS, institución autónoma cuya finalidad es la aplicación de un régimen nacional, unitario y obligatorio de seguridad social de conformidad con el sistema de protección mínima. Está conformado por una Junta Directiva, Gerencia y un Consejo Técnico, y cubre en los tres niveles de atención a 18% de la población total según lo anotado en el capítulo I.

La dotación de los servicios de salud para la población atendida mantiene brechas importantes entre los dos actores públicos (MSPAS e IGSS), mientras el MSPAS reporta una cobertura aproximada de 60% de la población total, la misma se refiere principalmente a coberturas en niveles básicos de atención en el nivel primario, en contraste la cobertura del IGSS es en los tres niveles de atención.

c) El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: organización, administración y funciones de rectoría

Organizativamente el MSPAS se estructura de la siguiente forma: El despacho ministerial se apoya directamente en los viceministros técnico administrativo y de hospitales²⁵. Funcionalmente están conformadas cuatro direcciones generales: Dirección general del sistema integral de atención de salud; Dirección general de regulación, vigilancia y control de la salud; Dirección de epidemiología; Dirección de recursos humanos y la Gerencia administrativa financiera. Las asesorías técnicas de apoyo y unidades como planificación estratégica, cooperación internacional y comunicación social, dependen directamente del despacho ministerial.

El MSPAS ha desconcentrado la función de ejecución presupuestaria hacia las direcciones de área de Salud, quienes elaboran el plan operativo anual que incluye la elaboración de los presupuestos de las actividades de salud de su jurisdicción que son consolidados a nivel central por las unidades de planificación y presupuesto (OPS, 2007c). A su vez las áreas de salud se dividen en distritos de salud (cuya lógica de distribución es número de población atendida, siendo que no necesariamente una población de un ámbito administrativo-geográfico-municipio, coincida con un distrito), los distritos pueden contar para la atención de los niveles primario y secundario de atención con: Centros de salud,

²⁴ Dentro del sector público también están consideradas algunas instituciones que dentro del Ejecutivo realizan acciones orientadas a la salud específica de sus empleados, tales como el Ministerio de Gobernación y el Ministerio de la Defensa.

²⁵ La creación del viceministerio de hospitales, segmentó aún más el concepto del Sistema Integral de Atención en Salud a cargo del viceministerio técnico. Organizacionalmente los hospitales deberían ser el último lugar a donde debería referirse a los pacientes, al estar fuera de un sistema integral de atención en salud, tiende a no existir sistemas de referencia y contrarreferencia aumentándose los costos de transacción.

puestos de salud y centros de convergencia (estos últimos están agrupados por jurisdicciones y la atención se otorga mediante ONG's contratadas por el MSPAS para otorgar un paquete básico de atención de salud.

Para reducir la mortalidad materna, a partir de 2006 se implementaron los centros de atención materno infantil (CAIMI), ubicados en el segundo nivel de atención y los centros de atención permanente (CAP) que consisten en la apertura de los centros de salud las 24 horas del día, los siete días de la semana²⁶.

En cuanto a la rectoría, la misma está definida en lo jurídico en toda la gama de aspectos relacionados con la salud (247 artículos componen el Código de Salud), pero es débil en la dotación de instrumentos para la efectiva implementación de la misma en todos los niveles: hacia el interior del MSPAS y con otras instituciones (con el IGSS, con otros ministerios, con el sector privado lucrativo y no lucrativo y con otros niveles de gobierno –alcaldías–). En el ámbito de la rectoría existen varias consideraciones que es necesario realizar:

1. En el 2005 el gobierno central manejó 21% del gasto total en salud y el 38% si se considera al gobierno general (incluyendo el IGSS). El MSPAS solo ejerce rectoría sobre los recursos que administra. Además las fuentes de financiamiento del sector evidencian que Guatemala tiene un sistema financiado principalmente por los hogares.
2. La debilidad en la dotación de instrumentos para una efectiva rectoría del sector se evidencia en la fragmentación en la dotación de servicios, en tres subsistemas (Gobierno / IGSS / Privado)²⁷, que dan como resultado:
 - a) Superposición de redes
 - b) Ausencia de complementariedad de servicios y cuidados
 - c) Imposibilidad de proveer atención integral
 - d) Ausencia de mecanismos de referencia y contrarreferencia (OPS, 2007b).

No existen requisitos para acceder a los servicios del MSPAS, por cuanto su financiamiento es no contributivo (aportes del Estado). Por su parte el principal requisito para acceder a los servicios del IGSS es ser empleado formal cotizante al seguro social, en este esquema los beneficios se extiende al núcleo familiar²⁸.

d) Infraestructura y recursos humanos

La producción de los programas del MSPAS en el año 2007 alcanzó 5.924.746 primeras consultas, la red hospitalaria²⁹ produjo un total de 334.311 egresos hospitalarios, con un total de 818.275 consultas y 464.817 emergencias. El seguro social para el año 2006 otorgó 4.495.509 consultas externas y emergencias y reportó 117.264 egresos hospitalarios para todos los servicios (IGSS, 2006).

El MSPAS cuenta con 16 programas de atención a las personas, dentro de los cuales destacan los orientados a prevenir y atender personas con VIH-SIDA, de salud reproductiva, de inmunizaciones y de infecciones respiratorias agudas y enfermedades producidas por vectores. Como se señaló anteriormente, la cobertura por niveles de atención del MSPAS no es plena. En el área rural, principalmente mediante el programa de extensión de cobertura, las personas tienen acceso solamente al primer nivel de atención, y en los centros urbanos las coberturas consideran los tres niveles de atención.

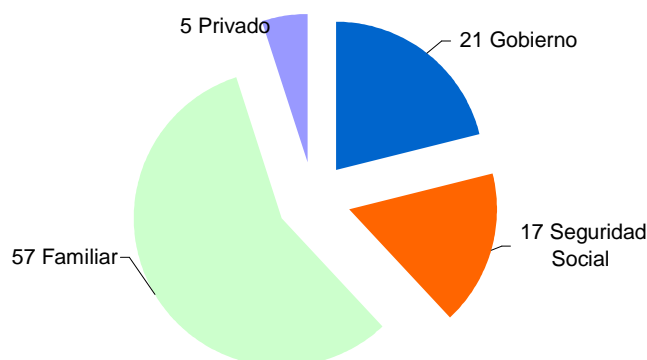
²⁶ Generalmente los Centros de Salud, atienden ocho horas diarias cinco días a la semana.

²⁷ La rectoría sobre el subsector privado lucrativo cobra especial relevancia, si se considera que, sólo en el periodo 1995-2006 se registraron 292 nuevos hospitales, 2,614 nuevas clínicas médicas y 714 laboratorios clínicos (Flores 2008). Sin embargo, el potencial impacto del MSPAS se limita al sistema que financia, lo cual implica tan sólo una quinta parte del gasto total en salud.

²⁸ Cónyuge, hijos menores de cinco años e hijos con discapacidad.

²⁹ Hospitales y otros servicios de encamamiento.

GRÁFICO II.6
GUATEMALA: GASTO TOTAL EN SALUD POR SECTOR, 2005
(En porcentajes)



Fuente: Estadísticas OMS (http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm#).

El IGSS, por su parte, atiende a sus afiliados y su núcleo familiar mediante cinco programas (cuatro de salud y uno de pensiones): programa de enfermedad y maternidad; atención materno infantil; programa de accidentes; rehabilitación por accidente o enfermedad (en conjunto a los cuatro anteriores se les denomina E.M.A), y programa de invalidez, vejez y sobrevivencia (I.V.S).

Los insumos con los que cuenta el sistema son los siguientes:

e) Financiamiento: ingresos, gastos y solidaridad

El sistema de salud guatemalteco puede considerarse, de acuerdo con OPS, como un sistema de salud predominantemente orientado al mercado (OPS/OMS, 2007), debido a que el gasto público representa cerca del 35% del gasto nacional en salud, y el gasto de los hogares realizado por medio de “gastos de bolsillo” junto con el gasto privado, equivale al restante 65%.

La sociedad guatemalteca invirtió en salud aproximadamente 5,2% del PIB en el 2005, del cual 1,0% correspondió al gasto público y 3,0% a gasto realizado directamente por los hogares. El nivel total es menor a lo que la región está orientando a la salud, además la proporción del gasto público en Guatemala es significativamente menor (2,0% en comparación con 2,1% de la región). El bajo gasto público en salud está relacionado con la baja carga tributaria del país y con la escasa prioridad que el sector a lo largo de los años ha tenido.

Más preocupante es observar la tendencia del gasto nacional por fuentes de financiamiento. De acuerdo con Flores (2008), el gasto público reduce su proporción de 30% a 18% y el gasto de los hogares, aumentó su participación de 43% en el período 1995-1997 a 69% en los años 2004-2005. Por un lado el sector público cada vez se muestra más incapaz de atender las demandas de salud de la población (MSPAS e IGSS), y cada vez más la población orienta una proporción mayor de sus ingresos a la atención de la salud. Dicha estructura tiende a replicar ineficiencias del sistema, ya que los individuos realizan una mala asignación de los recursos de acuerdo a los riesgos.

CUADRO II.20
GUATEMALA: CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD, 2005

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Número de puestos de salud	926
	Número de centros de salud	281
	Número de maternidades	16
	Número de clínicas periféricas	3
	Número de hospitales	43
	Departamento de Guatemala (<i>porcentaje</i>)	16
	Resto del país (<i>porcentaje</i>)	84
	Número de camas	6 119
	Departamento de Guatemala (<i>porcentaje</i>)	39
	Resto del país (<i>porcentaje</i>)	61
	Cantidad de recurso humano (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería)	11 450
	Departamento de Guatemala (<i>porcentaje</i>)	38
	Resto del país (<i>porcentaje</i>)	62
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	Número de establecimientos	35
	Número de camas	2 220
	Departamento de Guatemala (<i>porcentaje</i>)	66
	Resto del país (<i>porcentaje</i>)	34
	Cantidad de recurso humano (médicos y paramédicos)	5 767
	Departamento de Guatemala (<i>porcentaje</i>)	68
Sector privado	Resto del país (<i>porcentaje</i>)	32
	Número de clínicas	2 614
	Departamento de Guatemala (<i>porcentaje</i>)	58,5
	Resto del país (<i>porcentaje</i>)	41,5
	Número de hospitales	292

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Cuentas Nacionales de Salud 2005 y Memoria de Labores IGSS 2005.

CUADRO II.21
PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA: CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD POR TIPO DE SISTEMA Y NIVEL DE INGRESO, 2004

Tipo de sistema de salud	Nivel de ingreso per cápita bajo (menos de US\$ 4 mil)	Nivel de ingreso per cápita medio (más de US\$ 4 mil, pero menos de US\$ 11 mil)	Nivel de ingreso per cápita alto (más de US\$ 11 mil)
Sistema predominantemente público (la proporción del gasto público supera el 66% del gasto nacional en salud)	Cuba ^a	Belice, Panamá ^b y Uruguay ^b	Canadá ^b
Sistema mixto (la proporción del gasto público supera el 50%, pero inferior al 66% del gasto nacional en salud)	Bolivia, Honduras y Nicaragua	Chile ^b , Costa Rica ^b , Perú y Venezuela	Argentina ^b
Sistema predominantemente orientado al mercado (la proporción del gasto público es menor al 50% del gasto nacional en salud)	Ecuador, Guatemala, Haití y Jamaica	Brasil, El Salvador, México, Paraguay y República Dominicana	Estados Unidos de América

Fuente: Elaboración propia con base en OPS/OMS (2007a) Op. Cit. Capítulo 4, p. 21.

^a Puede clasificarse como sistema nacional de servicios de salud.

^b Los países con amplios sistemas de seguridad o seguro médico (obligatorio), que cubren el 50% de la población o más, pueden clasificarse como países con sistemas nacionales de seguros de salud.

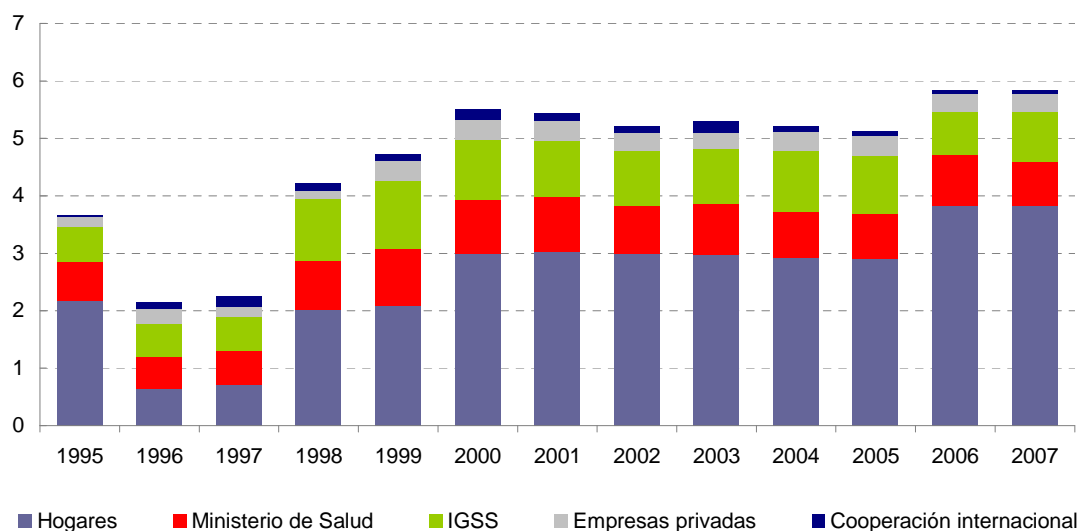
CUADRO II.22
CENTROAMÉRICA: ESTRUCTURA DEL GASTO NACIONAL EN SALUD, 2005
(Como porcentajes del PIB)

País	Gasto nacional en salud	Gasto del gobierno	Gasto del seguro social	Gasto familiar	Gasto privado ^a
Costa Rica	7,2	0,4	5,0	1,4	0,4
El Salvador	6,9	2,0	1,7	2,9	0,3
Guatemala	5,2	1,0	0,9	3,0	0,3
Honduras	7,5	3,2	0,6	3,2	0,5
Nicaragua	8,3	3,0	1,1	4,0	0,2
Panamá	7,2	2,6	2,4	1,8	0,4
Centroamérica	7,0	2,1	1,9	2,7	0,3

Fuente: Sistema de información estadística de la OMS³⁰, <http://www.who.int/whois/es/index.html>.

^a El gasto privado se refiere a los gastos relacionados con salud en los que incurren las empresas (pueden ser seguros de salud para los empleados, contratación de un médico para la empresa, etc.).

GRÁFICO II.7
GUATEMALA: EVOLUCIÓN DEL GASTO NACIONAL EN SALUD, 1990-2005
(Como porcentajes del PIB)



Fuente: WHO, National health accounts: <http://www.who.int/nha/country/gtm/en/>.

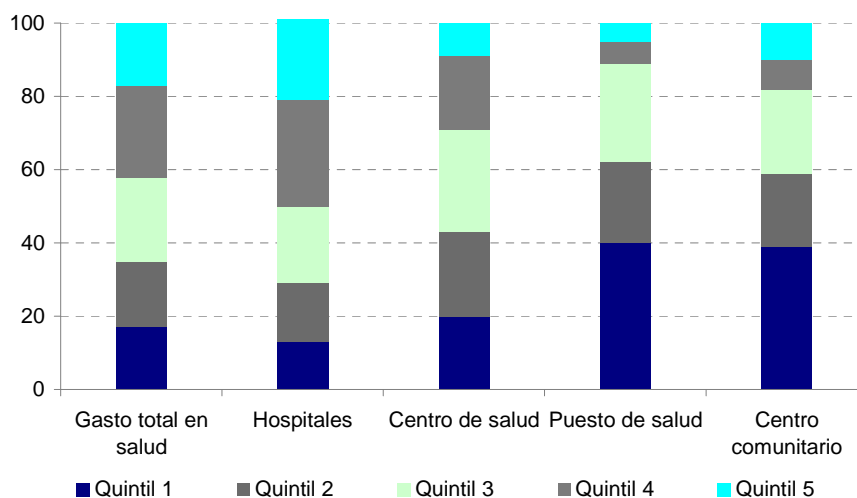
Durante el período 1999-2005, los hogares orientaron aproximadamente el 90% de su gasto en salud a la compra de medicamentos, exámenes y consultas. En el área urbana, el gasto se distribuye en forma proporcional entre consultas, exámenes, medicamentos e internamiento hospitalario; mientras que

³⁰ La fuente de datos utilizada para realizar las comparaciones de gasto nacional de salud desagregada por subsistemas fueron obtenidas del Sistema de información estadística de la OMS: "el sistema de información estadística de la OMS, es una base interactiva que reúne las estadísticas sanitarias básicas de los 193 Estados Miembros de la OMS. Comprende más de 70 indicadores, que se pueden consultar de diversas maneras (búsqueda rápida, por categorías, o por criterios definidos por el usuario). Seguidamente, los datos se pueden filtrar, visualizar como cuadro o gráfico, o descargar. Asimismo, los datos se publican cada año, en el mes de mayo, en el informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales (<http://www.who.int/whosis/es/index.html>).

en el área rural se utiliza más del 73% de todos los recursos para medicamentos, y solo 11% en consultas, 8% en exámenes y 3% en internamiento hospitalario³¹.

En términos globales, el gasto público en salud al año 2000 manifestó un comportamiento ligeramente regresivo³². Este carácter está altamente influenciado por el gasto en hospitales, que beneficia en una mayor proporción a los quintiles más ricos. No obstante, el gasto público en salud se vuelve claramente más progresivo en la atención primaria, principalmente en lo que respecta a los servicios prestados por los puestos de salud y centros comunitarios. Este resultado refleja claramente el patrón observado en el acceso a servicios de salud, analizado anteriormente.

GRÁFICO II.8
GUATEMALA: ORIENTACIÓN DEL GASTO EN SALUD SEGÚN
QUINTILES DE INGRESO PRIMARIO, 2000
(En porcentajes)



Fuente: CEPAL (2008a). *Panorama social de América Latina 2007*. Santiago de Chile. Mayo. Cuadro II.17 p.149.

En conclusión respecto a los determinantes institucionales pueden observarse las siguientes características del sector salud:

- El sector está organizado de forma segmentada lo cual aunado a la débil capacidad rectora del MSPAS, inciden en la situación actual: bajas coberturas integrales a la población, baja solidaridad del sistema de financiamiento y una ineficiente distribución de riesgos y recursos en la sociedad respecto a la salud.
- En cuanto al financiamiento, por un lado el bajo nivel de gasto público, relacionado con la baja carga tributaria del país y la falta de interés político en el sector, se contraponen con la necesidad de universalizar los servicios de salud para atender no sólo el perfil epidemiológico actual, sino conforme al cambio en las tendencias demográficas, (mayor envejecimiento de la población) y de perfil epidemiológico futuro (enfermedades no transmisibles, violencia y mala calidad del ambiente). Y por el otro, la proporción de gasto realizado directamente por los hogares en salud, refleja no solo la falta de solidaridad del sistema, sino la ineficiencia en la asignación de los recursos.

³¹ Según datos reportados en Estrada Galindo, Gustavo (2008). la cantidad de medicamentos que los hogares compran no muestra una tendencia al alza, por lo que la principal explicación del incremento del gasto de los hogares es el incremento en los precios de los medicamentos.

³² Con un Gini de 0,028 (CEPAL 2007, Panorama social).

C. Propuesta de reforma del sistema de protección social: hacia esquemas contributivos y no contributivos de financiamiento

En las dos secciones anteriores se ha podido observar como tanto el sistema de salud como el de pensiones han sido incapaces de generar una cobertura universal que garantice la protección social a todos los ciudadanos y ciudadanas frente a los riesgos de enfermedad y envejecimiento. Los más excluidos en dicha protección han sido los grupos de población de menor ingreso, particularmente las familias pobres en el campo y en la ciudad, y dentro de este grupo de población los excluidos no solo por factores socioeconómicos sino también socioculturales (grupos indígenas y poblaciones en regiones rurales remotas o fronterizas).

La protección social se ha convertido de esta manera en un privilegio para unos pocos que, reciben dicha protección como parte del tipo de contratación laboral que gozan, o bien tienen los medios económicos suficientes para protegerse frente a los riesgos de enfermedad, maternidad, discapacidad, envejecimiento o muerte. El mercado se ha convertido por lo tanto en la forma dominante de respuesta para enfrentar dichos riesgos, con una débil responsabilidad pública para garantizar una cobertura más equitativa y solidaria.

Las propuestas de protección en salud y pensiones que se esbozan en esta sección parten de la premisa de que existe una responsabilidad pública en garantizar el derecho a la protección social. Esta perspectiva de derechos plantea la necesidad de un sistema público con cobertura universal para el manejo solidario, equitativo y eficiente de los riesgos de enfermedad, maternidad, discapacidad, envejecimiento y muerte.

Transformar el actual sistema de manejo de riesgos de baja cobertura y basado esencialmente en el mercado, hacia uno de carácter universal, con base en un esquema solidario y de responsabilidad pública puede tomar varios años (incluso una o dos décadas). En este sentido, las propuestas de salud y pensiones sugeridas en esta sección plantean algunos pasos iniciales para avanzar hacia ese sistema público de protección social universal.

1. Salud: hacia la universalidad, con solidaridad y eficiencia

A largo plazo, debe avanzarse hacia la creación de un sistema integrado de servicio de salud, de atención universal, con un esquema de financiamiento solidario y sostenible, que asegure a la población independientemente de su nivel de riesgo, tipo de empleo y nivel de ingresos (ver recuadro II.4).

A continuación se presenta una propuesta de reforma de mediano plazo, la cual es consecuente con la visión de largo plazo. Los componentes de la propuesta son: por uno lado el incremento de la atención primaria de la salud, mediante el incremento de los aportes del Estado al sistema y, por el otro, la ampliación de la cobertura del seguro social a dos segmentos importantes de la población: los ocupados formales que no cotizan y los ocupados informales con potencial de cotización. Se estiman en esta sección los escenarios de costos, de enfrentar los desafíos planteados en el mediano plazo, y el esfuerzo fiscal necesario para tal fin.

El objetivo de largo plazo es avanzar hacia un sistema de protección social de la salud, universal en su cobertura (población atendida en los tres niveles de atención), solidario en su financiamiento y eficiente en su capacidad de medir continuamente sus resultados (CEPAL, 2006). La propuesta se diferencia de las reformas planteadas con anterioridad, en que en el pasado han estado orientadas a objetivos institucionales particulares del MSPAS o del IGSS, más que en torno a un objetivo común del sector salud.

RECUADRO II.4

SISTEMAS INTEGRADOS DE SERVICIOS DE SALUD

El concepto de servicios de salud integrados no es nuevo, sin embargo su significado puede tener múltiples interpretaciones y usos. Esta diversidad de interpretaciones explica en parte las dificultades para comprender su significado, intercambiar experiencias, elaborar propuestas para la acción, y evaluar los avances en la materia. En respuesta a esta situación, la OMS ha propuesto la siguiente definición preliminar sobre servicios de salud integrados:

“La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y por medio de los diferentes niveles del sistema de salud”.

La integración deben entenderse como un medio para mejorar el desempeño del sistema, más que como un fin en sí mismo, de tal forma que los esfuerzos de integración solamente tendrán justificación en la medida que conduzcan a servicios más accesibles de mayor calidad, con mejor relación costo-beneficio, y que satisfagan a los usuarios.

En contraposición a sistemas integrados de salud, los que operan de forma fragmentada se caracterizan por duplicar servicios entre subsectores, prestar de forma inequitativa los servicios y operar sin una complementariedad de servicios y continuidad de cuidados. Los sistemas integrados facilitan la ampliación de cobertura y la equidad y propician una “transformación del cuidado de la salud”, basado en la solidaridad y en la clara distribución de funciones entre subsectores, tal y como se muestra en el cuadro siguiente:

LA TRANSFORMACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD

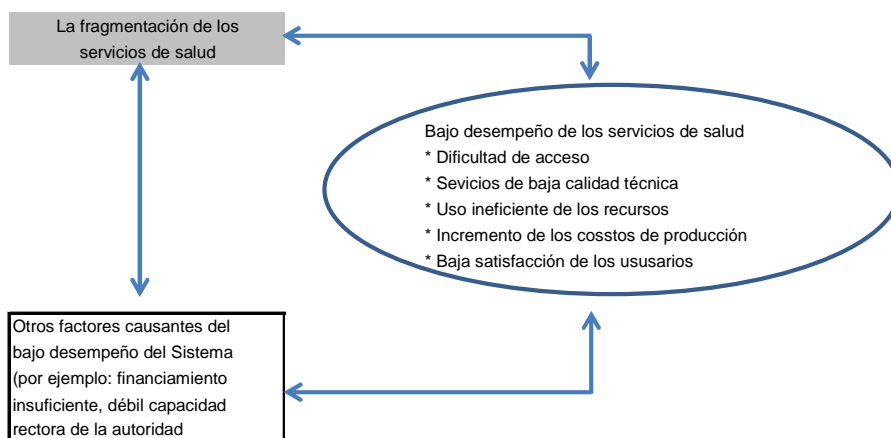
El “pasado” de los servicios de salud	El “futuro” de los servicios de salud
Énfasis en el tratamiento de la enfermedad	Énfasis en la promoción y la preservación de la salud
Responsable por pacientes individuales	Responsable por la salud de poblaciones definidas
Énfasis en el cuidado agudo	Énfasis en el continuo del cuidado de la salud
Atención a problemas específicos	Cuidado integral
La meta es el llenados de camas	La meta es proveer el cuidado en el lugar más apropiado
El personal de salud, los hospitales y las aseguradoras de salud trabajan por separado	Los servicios de salud trabajan de “forma integrada”
Predominio hospitalario	Predominio ambulatorio
Predominio de especialistas	Predominio de generalistas
Predominantemente de médicos	Incorporación de otro tipo de personal de salud
Práctica individual	Trabajo en equipos multidisciplinarios
Gestores coordinan servicios	Gestores buscan activamente la garantía y el mejoramiento continuo de la calidad
Dominio profesional	Participación comunitaria
Las personas son receptores pasivos de los servicios	Auto-cuidado y auto-gestión de la salud/enfermedad
Responsabilidad exclusiva del sector salud	Responsabilidad compartida con otros sectores de la economía

Fuente: OPS (2008). Sistemas integrados de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC, 8 de mayo de 2008.

Actualmente el sistema opera de forma segmentada: el MSPAS atiende a la población pobre, el IGSS a los asalariados contribuyentes al seguro y sus familias (con restricciones en función de la edad y del parentesco) y el sector privado a los sectores con mayores posibilidades económicas dentro país³³.

³³ La actual segmentación del sector es contraria a la concepción original del sistema de seguridad social del país. Al revisar uno de los “Considerandos” de la Ley Orgánica del IGSS, que es lo que constituye el espíritu de la misma literalmente dice: “*Que un verdadero régimen de Seguridad Social obligatoria debe aspirar a unificar bajo su administración los servicios asistenciales y sanitarios del Estado con los de los beneficios que otorgue, y a impedir el establecimiento de sistemas de previsión, públicos o particulares, que sustraigan a determinados sectores de la población del deber de contribuir y del derecho de percibir beneficios de dicho régimen, por cuanto así se mantiene el sano principio que recomienda la unidad de los riesgos y de su administración. Que la aplicación de ese principio constituye el único medio de evitar una inadmisibles duplicación de cargas, de esfuerzos y de servicios para el pueblo de Guatemala o el desarrollo de sistemas que pueden dar trato privilegiado a unos pocos porque lo hacen a costa de las contribuciones, directas o indirectas de la mayoría.*”

GRÁFICO II.9
RELACIÓN ENTRE LA FRAGMENTACIÓN Y EL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD



Fuente: OPS, 2008. Sistemas integrados de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC, 8 de mayo de 2008.

Estimaciones realizadas para ordenar a los países según los resultados de ocho indicadores permitió establecer un ranking de uno (mejor) a 20 (peor), y Guatemala se situó en el rango de 11 a 20 (Mesa-Lago 2005); prueba de esto son entre otros, los lentos avances en reducir la desnutrición crónica, que entre 1987 y 2002 se redujo de 57,9% a 49,3%.

El enfoque que prevalece en los países con sistemas segmentados de salud es vertical, en el sentido de que cada sector tiene su propio esquema de financiamiento y provisión con un marco de regulación casi inexistente.

CUADRO II.23
PROPUESTA DE CAMBIO DE ENFOQUE EN EL SISTEMA DE SALUD

Actuales tendencias			Objetivo		
Funciones	Sector		Funciones	Sector	
	Asegurados	No asegurados		Asegurados	No asegurados
		Pobres Clase media y alta		Pobres Clase media y alta	
Regulación	↓	↓	Regulación	→	
Financiamiento	↓	↓	Financiamiento	→	
Provisión	↓	↓	Provisión	→	
	Seguro social	Sector público		Seguro social	Sector público
		Sector privado			Sector privado

Fuente: Titelman, D. (2006) Universalización en la cobertura de la protección social en salud.

Con un enfoque de largo plazo, se propone un único esquema de regulación, financiamiento y provisión para toda la población, en el cual los sectores están integrados bajo una clara división de funciones. Sin embargo, en el mediano plazo y dado el contexto actual, de baja cobertura, escasos

recursos públicos, elevado e ineficiente gasto de las familias, e inequitativa orientación del seguro social, la propuesta considera los siguientes elementos:

- **Elevar el componente contributivo o cotizaciones.** Dados los escasos recursos públicos disponibles, así como el elevado gasto que actualmente las familias realizan en salud, la incorporación de los ocupados formales que aún no cotizan y de los ocupados informales situados en los últimos quintiles de consumo, permitirá no solo elevar la cobertura, sino también la eficiencia del gasto en salud mediante el aseguramiento, logrando de esta manera cambiar la estructura del gasto nacional en salud.
- **Elevar el componente no contributivo o de aportes del Estado.** Dicho gasto tendría un doble propósito. Por un lado, universalizar la atención primaria en salud, principalmente en el área rural en donde existen las mayores brechas de acceso y cobertura. Y, por otro, subsidiar las cuotas patronales de los potenciales cotizantes ubicados en el sector informal. Ambos propósitos deberían visualizarse como pasos intermedios hacia la universalización de la atención en los tres niveles de atención, por medio de mecanismos contributivos y no contributivos complementarios.

Elevar el componente contributivo

El gasto nacional en salud en 2005 fue de 5,2% del PIB, del cual 1,1% del PIB fue ejecutado por el MSPAS (con aportes del Estado), 0,9% por el IGSS (mediante contribuciones de trabajadores y empleadores), y el restante 3,0% aportado por las familias cuyo destino principal lo constituyó la compra de medicamentos.

Por un lado, el promedio de gasto del gobierno en salud es menor al gasto promedio de la región (2,1% en Centroamérica y 1,1% en Guatemala), y al mismo tiempo los elevados gastos que las familias realizan en salud, está orientado a tratar la enfermedad y no la salud. Esta es una de las razones por las cuales los gastos de las familias son tan elevados, al no estar asegurados ante riesgos de salud: enfermedad, accidentes, discapacidad, entre otros, enfrentan grandes gastos en el momento en el que ocurre algún evento: “uno de los aspectos que permite evaluar la envergadura del desafío son las estimaciones de que, cada año, cien millones de personas en el mundo se sumen en la pobreza por no tener un acceso adecuado a un tratamiento médico asequible” (Ministerio de Asuntos Exteriores, 2007).

En síntesis, dado que el financiamiento actual de la salud es ineficiente y regresivo, la propuesta apunta a reemplazar gradualmente el pago directo de las familias por cotizaciones a un esquema de aseguramiento³⁴ y a incrementar los aportes del Gobierno al sistema. El aseguramiento permitiría una mejor distribución de riesgos, bajo un sistema solidario y eficiente en el uso de los recursos.

Para concretar la propuesta del componente contributivo, con el fin de elevar la cobertura del seguro social se proponen tres vías:

- a) Incorporar a los ocupados formales que aún no cotizan
- b) Incorporar a los ocupados informales que se sitúan en los quintiles cuatro y cinco de mayor consumo que, según el ingreso que perciben, son calificados en el presente estudio como “potenciales cotizantes”.
- c) Tomar en cuenta el potencial de cotizaciones que existe en los hogares que reciben remesas.

El seguro social cubre a la población trabajadora formal, sin embargo, según las cifras del cuadro II.24, en el 2005, el 37,9% de la población ocupada situada en el sector formal no cotizaba al seguro social. El IGSS con los mecanismos actuales puede realizar un esfuerzo por captar a esta población, que representa 10% más de la población ocupada actualmente cubierta, y que representaría aproximadamente

³⁴ Las diferentes modalidades de financiamiento de sistemas de protección social en función de su impacto en la redistribución, son: i) Los impuestos generales directos sobre el ingreso son progresivos, los indirectos son regresivos, ii) Las cotizaciones salariales si no tienen tope son progresivas pero si lo tienen son regresivas, iii) Las cuotas de uso cargadas en el subsector público y los copagos en el privado son regresivos (salvo si se exime de su pago a los pobres en las primeras); y iv) El gasto de bolsillo es el más regresivo de todos.

un aumento de 1,29% del PIB en los ingresos del seguro social por concepto de cotizaciones laborales, patronales y aportes del Estado, al programa de enfermedad, maternidad y accidentes³⁵ (ver cuadro II.24).

Del mismo cuadro se desprende la segunda oportunidad de ampliar el componente contributivo de protección social: de la población ocupada en el sector informal el 98,5% no cotiza al seguro social. Sin embargo, dentro de este segmento hay una proporción de población cuyas razones para no cotizar son distintas. En algunos casos, la ley impide su afiliación, o los ingresos obtenidos no son los suficientes para cotizar. Por esta razón la población ocupada en el sector informal fue clasificada por quintiles de consumo, quienes se sitúan en el cuarto y quinto quintil: 39,8% de la población ocupada informal, podrían aportar sus cuotas laborales, y el Estado la cuota patronal³⁶. Se propone que parte de los aportes al seguro sea subsidiado por el Estado por un principio de equidad, ya que si dicha población tuviera que aportar la cuota patronal, el aporte proporcional a su ingreso sería mayor respecto de quienes se sitúan en el sector formal³⁷.

CUADRO II.24
GUATEMALA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA^a POR SECTOR ECONÓMICO^b,
POR AFILIACIÓN A LOS RÉGIMENES DE SEGURIDAD SOCIAL Y POR QUINTILES^c
(En porcentajes)

Población trabajadora formal		Población trabajadora informal				
33,0		67,0				
Cotiza al IGSS	Con potencial de cotizar	Sin potencial de cotizar			Con potencial de cotizar	
	No cotiza al IGSS	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
62,1	37,9	18,8	20,4	21,1	21,2	18,6

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las ENCOVI, 2006.

^a La población ocupada se determina por la población de 18 años y más.

^b Se consideró la siguiente definición de informalidad: son trabajadores informales los empleados domésticos, los peones o jornaleros, los trabajadores no remunerados, los trabajadores por cuenta propia (se excluyen a aquellos con educación superior), los patronos en establecimientos con menos de seis empleados (se excluyen aquellos con educación superior) y los empleados privados asalariados que laboran en establecimiento con menos de seis trabajadores.

^c Sobre la base del consumo como medida de bienestar.

Mediante este mecanismo, el seguro social podría incorporar a un 26% de la población ocupada, y los ingresos por concepto de cotizaciones serían aproximadamente de 1,3% del PIB. En este caso el Estado tendría que aportar no solo lo que le corresponde como tercera parte, sino como patrono (aproximadamente 1,0% del PIB), para cubrir los riesgos de salud, cuya provisión es cubierta por el programa EMA del seguro social.

Por medio de estas dos alternativas (incorporación de ocupados formales que no cotizan y ocupados informales ubicados en el cuarto y quinto quintil de consumo), se podría llegar a triplicar la cobertura actual de la población ocupada (de 20% a 56% aproximadamente), a un costo relativamente razonable para el Estado (1,3% del PIB, según cuadro II.25), que representaría un avance significativo en atención en los tres niveles de una alta proporción de la población, lo que está en sintonía con la propuesta de universalizar la atención de la salud a toda la población planteada por el actual gobierno.

Una oportunidad adicional para ampliar el componente contributivo de la protección social es la inclusión de hogares perceptores de remesas. En Guatemala tal y como se puede observar en los cuadros

³⁵ La metodología de cálculo de cotizaciones potenciales por grupos de población, se detallan en el anexo metodológico, y se basan en la ENCOVI/2006.

³⁶ En la sección de aportes no contributivos, se aborda la porción que el estado debería aportar para esta parte de la población, como subsidio.

³⁷ Ver nota técnica en el anexo 1 para mayor detalle sobre los criterios de cálculo de la población con capacidad de cotizar.

II.26 y II.27, el 16,4% de hogares percibieron remesas en 2006, de las cuales el 92,2% no cotizaban al seguro social y la principal proporción de la población receptora se ubica en el cuarto y quinto quintil de consumo (67,5% son no pobres).

Según la OIM (2008), los hogares guatemaltecos recibieron US\$4.314,0 millones en el 2008, de los cuales orientaron 11,9% para inversión social (salud y educación). Al igual que la mayoría de los hogares, los receptores de remesas están dedicando una proporción importante de sus ingresos a gastos directos o de bolsillo para la salud, de tal cuenta que si la mayoría no cotizan, el gasto en salud realizado es ante un evento de enfermedad que, como se observó con anterioridad, tiende a ser sumamente regresivo e ineficiente.

Por las razones anteriores, la incorporación de los hogares en mención como cotizantes al seguro social no solo representaría menores costos respecto de lo que actualmente están orientando a salud, sino que también les permitiría obtener una mejor atención de la salud. Lo anterior es una posibilidad que ya ha sido planteada por otros países como Honduras, en donde el Banco Central recomendó explorar esta oportunidad³⁸.

CUADRO II.25
GUATEMALA: COTIZACIÓN POTENCIAL DEL SEGURO POR EMA DE LA
POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS, 2006
(En millones de Q mensuales)

	Ingreso base ^a total mensual	Enfermedad, maternidad y accidentes (EMA)		
		Laboral Tasa: 3%	Patronal Tasa: 7%	Estatal Tasa: 3%
Formal que no cotiza	1 884,3	56,5	131,9	56,5
Informal con potencial de cotizar	1 907,8	57,2	133,5	57,2
Total		113,8	265,4	113,8
<i>En millones de US\$^b mensuales</i>				
Formal que no cotiza	248,3	7,4	17,4	7,4
Informal con potencial de cotizar	251,4	7,5	17,6	7,5
Total		15,0	35,0	15,0
<i>Como porcentaje del PIB^c</i>				
Formal que no cotiza	...	0,30	0,69	0,30
Informal con potencial de cotizar	...	0,30	0,70	0,30
Total	...	0,6	1,4	0,60

Fuente: Elaboración propia con datos de ENCOVI, 2006.

^a Trabajadores asalariados: sueldo+comisiones+horas extras; trabajadores independientes: ganancia (agrícola y no agrícola).

^b Tipo de cambio: Q. 7,59 por US\$ 1.

^d PIB corriente (año 2006): Q 229,400 millones.

³⁸ El cálculo de los ingresos potenciales por cotizaciones de este segmento de la población es una línea de investigación abierta, los alcances de esta investigación se limitan a proponer explorarla, dados los montos percibidos y sus destinos.

CUADRO II.26
GUATEMALA: CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES PERCEPTORES DE REMESAS, 2006
(En porcentajes)

Quintiles	
1	8,4
2	14,5
3	19,5
4	24,1
5	33,4
Situación de pobreza	
Pobre	32,5
No pobre	67,5
Área	
Urbano	45,8
Rural	54,2

Fuente: ENCOVI, 2006.

CUADRO II.27
GUATEMALA: CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS DE 18 AÑOS Y MÁS
QUE RECIBEN REMESAS DEL EXTERIOR
(En porcentajes)

Condición de actividad	
Población económicamente activa	55,5
Población inactiva	44,5
Relación con el jefe del hogar	
Jefe de hogar ^a	59,1
Esposo(a) o compañero(a)	16,9
Hijo	11,5
Yerno o nuera	4,6
Padre o madre	2,8
Otro	5,1
Vinculación con el IGSS	
Afiliado	5,6
Beneficiario/pensionado	2,2
Ninguna/no aplica	92,2

Fuente: ENCOVI, 2006.

^a El 58% de los jefes de hogar receptores de remesas son mujeres.

Elevar el componente no contributivo

Si bien Guatemala avanzó en la reducción de la pobreza general (56,1% en 2000 y 50,1 en 2006) y el ritmo de crecimiento económico en los últimos ocho años sobrepasó levemente el promedio de América Latina y el Caribe (3,7% versus 3,5% respectivamente), los esfuerzos para superar las condicionantes socioeconómicas del estado de la salud de la población deben redoblar, ante todo por los efectos que la crisis a nivel mundial causará en la población pobre y vulnerable.

Colocar en primer plano el rol que debe asumir el Estado es la premisa fundamental implícita en la propuesta. Lo anterior no es una premisa nueva, sino abandonada, ya que tanto la Constitución Política de la República como el Código de salud establecen como obligación del Estado velar por la

salud de toda la población, por lo que si bien en esta investigación se estiman costos para la implementación de la propuesta, se parte de que “los derechos son el horizonte normativo y las restricciones económicas limitaciones a enfrentar” (CEPAL, 2006).

Se estima que el componente no contributivo o aporte del Estado debe incrementarse con el objetivo de ampliar el derecho de la salud de la población guatemalteca, para dos propósitos:

- Cubrir el costo de universalizar la atención primaria en salud a la población que actualmente no tiene acceso a ningún tipo de servicio.
- Por el subsidio estimado que el Estado debe realizar en calidad de aportes patronales de los “potenciales cotizantes” y los aportes como tercero a la seguridad social.

La actual administración de gobierno ha implementado la gratuidad de los servicios otorgados por el MSPAS, decisión que se orienta a la consolidación de un sistema de salud solidario y universal en la atención. Sin embargo, el efecto de la gratuidad es percibido principalmente por quienes tienen acceso a la atención en el nivel terciario (mediante la red hospitalaria, ubicada principalmente en los centros urbanos). En las áreas rurales la mayoría de la población aún no tiene acceso a atención primaria, por lo que la presente propuesta apuesta principalmente a que dicha población ejerza plenamente el derecho a la salud (las principales brechas de cobertura se encuentran en el área rural).

Para dicha población el paso inicial es la universalización de la atención primaria por medio del paquete materno-infantil, que es la condición que las familias deben cumplir actualmente para acceder al programa gubernamental de transferencias monetarias condicionadas “Mi Familia Progresá”. En diciembre de 2008 dicho programa cubría aproximadamente a 270.000 familias (aproximadamente 1.4 millones de personas) en 89 municipios del país.

Las estimaciones que se presentan en este apartado pueden ser utilizadas por el MSPAS como un referente del gasto adicional que deberán cubrir por universalizar la atención primaria, de acuerdo a dos escenarios: el primero estima costos con base en la brecha de cobertura reportada por OPS (2007c), que estima una brecha de aproximadamente 11,5%. El segundo escenario toma en cuenta que la población sin acceso a servicios es de 37,6%, reportada por la ENCOVI, 2006 como la proporción de población con acceso a “más de una hora” de atención.

Las estimaciones para universalizar la atención primaria en salud se basan en el costo del paquete básico de salud estimado por la OMS (2001) para el logro de las metas del milenio, que estima costos diferenciados dependiendo del nivel de ingreso de cada país. Las intervenciones costeadas por la comisión de Macroeconomía de la OMS, incluyen 49 intervenciones prioritarias de salud y 65 líneas de tratamiento. Estas intervenciones han sido identificadas como claves para mejorar los aspectos más importantes de las condiciones de salud de la población pobre, por lo que no representan el costo de todos los servicios necesarios para la expansión del sistema de salud.

Según el cuadro II.28, alternativamente, el aporte adicional al MSPAS para universalizar la atención primaria de salud aproximadamente está entre 0,02% - 0,15% para el primer escenario, y 0,1% - 0,5% del PIB, para el segundo escenario.

En conclusión, el esfuerzo total por aportes a salud serían de aproximadamente entre 1,3% - 1,8%, para cubrir el subsidio de cuotas patronales y aportes del Estado³⁹ al seguro social, y para universalizar la atención primaria en salud. Las coberturas señaladas deben ser la aspiración del país, hacia lo cual debe transitar de forma gradual.

³⁹ Si bien el Estado no ha cumplido con lo que le manda la Ley Orgánica del IGSS de contribuir como Estado y como patrono (solo en algunos períodos de gobierno desde se han concretado los aportes patronales) a la seguridad social, al proponer que el Estado subsidie las cuotas patronales de los potenciales cotizantes, se retoma el deber ser del Estado respecto a dicha obligación.

CUADRO II.28
GUATEMALA: COSTOS ESTIMADOS DE UNIVERSALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Escenario suponiendo una brecha de población descubierta de 11,5% en 2005 ^a							
Año	Población total	Porcentaje de población por incorporarse ^a	Población por incorporarse ^b	Costo de paquete mínimo ^c	Costos por brecha de cobertura	Producto interno bruto	Costos totales como porcentaje del PIB
Millones de USD corrientes							
2009	14 288 631	1,4	204 123	43,03	8,8	39 001 0	0,02
2010	14 631 110	2,9	418 032	44,85	18,7	42 132 0	0,04
2011	14 977 373	4,3	641 887	47,12	30,2	45 566 0	0,07
2012	15 328 047	5,7	875 888	49,85	43,7	48 579 0	0,09
2013	15 680 970	7,1	1 120 069	52,74	59,1	51 680 0	0,11
2014	16 033 985	8,6	1 374 342	55,91	76,8	56 702 2	0,13
2015	16 384 932	10,0	1 638 493	59,70	97,8	59 000 5	0,16

Escenario suponiendo una brecha de población descubierta de 37,6% en 2006 ^d							
Año	Población total	Porcentaje de población por incorporarse ^a	Población por incorporarse ^b	Costo de paquete mínimo ^c	Costos por brecha de cobertura	Producto interno bruto	Costos totales como porcentaje del PIB
Millones de USD corrientes							
2009	14 288 631	5,4	767 504	43 03	33 0	39 001 0	0,08
2010	14 631 110	10,7	1 571 799	44 85	70 5	42 132 0	0,17
2011	14 977 373	16,1	2 413 497	47 12	113 7	45 566 0	0,25
2012	15 328 047	21,5	3 293 340	49 85	164 2	48 579 0	0,34
2013	15 680 970	26,9	4 211 461	52 74	222 1	51 680 0	0,43
2014	16 033 985	32,2	5 167 524	55 91	288 9	56 702 2	0,50
2015	16 384 932	37,6	6 160,734	59 70	367 8	59 000 5	0,59

Fuente: Elaboración propia con base en las proyecciones de población estandarizadas y publicadas en Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). 2000. Boletín demográfico No. 66 julio; FMI (2008) World Economic Outlook y estadísticas nacionales del MSPAS y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

^a El dato reportado para este escenario es el consignado en: OPS (2007c) Perfil de los sistemas de salud Guatemala. Tercera edición, febrero 2007.

^b Se supone que la población descubierta es incorporada gradualmente en un período de tiempo, en ambos escenarios.

^c El costo de referencia utilizado es el consignado en: Organización Mundial de la Salud (2001). "Macroeconomics and Health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health", que estima para el año 2002 un costo de referencia para países con renta media de US\$28.0. Los costos de los siguientes años fueron calculados tomando en cuenta una proyección de inflación.

^d El dato reportado para este escenario es el consignado en la ENCOVI, 2006, que reporta 37,6% de la población a "más de una hora" de acceso a un servicio de salud.

2. Pensiones: hacia un esquema inclusivo y sostenible

Considerando los diversos hallazgos encontrados a lo largo de los capítulos anteriores, respecto a las limitaciones en cobertura que ejercen las transformaciones socioeconómicas y demográficas, así como los factores de orden institucional del sistema de pensiones, en este apartado se formulan algunas propuestas orientadas a consolidar un sistema de pensiones guatemalteco público, integral y único, que pueda cumplir adecuadamente con la meta de expandir la cobertura previsional a toda su población de

adultos mayores, aumentar sus niveles de solidaridad y mejorar su situación financiera, asentado en un esquema de financiamiento de la protección social en pensiones sostenible y equitativo, permitiendo el cumplimiento efectivo del derecho a la seguridad social de todos sus ciudadanos.

a) Los objetivos de largo plazo

La alternativa de reforma para la protección social de la vejez pasa por considerar dos dimensiones en el tiempo de la misma: una es incorporar a las personas que, dada las fallas del sistema, no contribuyeron a un seguro para obtener un ingreso digno en la vejez, razón por la cual existe una proporción significativa de personas mayores de 65 años (pobres o no), que viven de la solidaridad familiar o de la caridad. La otra dimensión tiene que ver con resolver la integración de la población joven de hoy, para que cuando entren en su etapa laboral inactiva, obtengan un ingreso con el cual puedan tener una vida digna.

Teniendo en cuenta dichas dimensiones, los objetivos de la reforma en pensiones que se proponen son: generar una pensión mínima para los pobres mayores de 65 años y ampliar el componente contributivo del sistema, para incluir a los excluidos. Se parte de que un renovado modelo de pensiones debe enfrentar en el tiempo los problemas de baja cobertura, reducida solidaridad, sostenibilidad financiera y las varias presiones y las diversas rigideces estructurales que presenta el sistema actual, recogiendo las lecciones aprendidas de las reformas adoptadas en la región.

Para cumplir los objetivos planteados se propone un sistema general mixto con un “componente solidario de reparto” (ya vigente) y un “componente de capitalización individual o cuentas individuales” (nuevo), donde tanto el trabajador como el patrono contribuyen obligatoriamente a los dos componentes, a partir de fijar un monto determinado del salario cotizante mensual de los afiliados. Hasta ese monto del salario cotizante mensual, trabajadores y patronos aportan al componente solidario de reparto y, por sobre ese monto, aportan también al componente de capitalización individual, adquiriendo por tanto los afiliados, derecho a dos pensiones. A fin de darle mayor cobertura, solidaridad y sostenibilidad futura, el nuevo modelo de pensiones debe ser integral, es decir, que el mecanismo no contributivo no sea aislado sino, por el contrario, complementario del sistema contributivo mixto reformado (solidario y de capitalización individual).

El nuevo modelo debe incorporar en primer lugar, mecanismos novedosos y creativos para enfrentar tanto la particular dinámica del mercado laboral, como la situación de pobreza/indigencia de la población y la concentración del ingreso. En segundo lugar, debe apuntar a resolver el riesgo más severo de mediano plazo que presenta el actual régimen contributivo de prima media escalonada: el vínculo poco consistente entre contribuciones y beneficios. Lo anterior exige la unificación en el tiempo de un sistema actualmente fragmentado, y reglas claras de modificación de los parámetros básicos que permitan darle sostenibilidad financiera y reglas más solidarias para los cotizantes.

En tercer lugar, debe contemplar mecanismos para enfrentar y anticipar la transición demográfica que conduce al empeoramiento de la razón aportantes/pensionados, por cambios irreversibles en el perfil demográfico (envejecimiento de la población y mayor esperanza de vida). En resumen, el nuevo sistema de pensiones unificado propuesto para Guatemala podría estar integrado y combinar tres pilares o componentes esenciales:

- Un componente de prima media escalonada o de solidaridad intergeneracional, con reglas, mecanismos y procedimientos adicionales para incorporar a los trabajadores informales, con reglas claras de modificación de los parámetros para darle sostenibilidad financiera (consistencia entre aportes y beneficios) y con mayor solidaridad hacia los cotizantes con pensiones inadecuadas (mayor solidaridad dirigida a los afiliados de bajos ingresos vía mecanismos orientados a aumentar el nivel de las pensiones contributivas mediante aportes subsidiados por el Estado o vía aportes solidarios de los afiliados de mayores ingresos, que subsidian en parte las cotizaciones de los trabajadores de escasos recursos).
- Un esquema de capitalización individual o de ahorro individual obligatorio por sobre cierto nivel de ingreso y con parte de la contribución del trabajador (al estilo de los modelos mixtos,

que incorporan un componente de capitalización individual en forma complementaria al régimen capitalización parcial colectiva, competitivo y de bajo costo, ver recuadro II.A-2).

- Un pilar no contributivo, reformado y fortalecido sobre todo para los adultos mayores en situación de pobreza, vale decir para la población que llegue a la vejez sin el ingreso o los activos necesarios para su subsistencia, entregando un beneficio vitalicio mensual a toda la población pobre mayor de 65 años de edad, equivalente al valor de la línea de pobreza de Guatemala, sin requisitos de aportes ni comprobación de medios⁴⁰.

Los esquemas no contributivos resultan fundamentales para lograr aumentos significativos y sostenidos en la cobertura de pensiones en Guatemala. Pero para que logren ese resultado deben, en primer lugar, concebirse como instrumentos esenciales para garantizar el acceso generalizado a pensiones dignas por parte de la población guatemalteca sin capacidad contributiva, y no como herramienta de corte asistencial y financiamiento incierto.

Además, deben complementarse estrechamente con acciones de fortalecimiento de los actuales mecanismos de solidaridad del sistema previsional, apuntando a favorecer a los cotizantes de menores ingresos; a potenciar la participación contributiva de los trabajadores independientes, cuenta propia, trabajadores con cierta capacidad de ahorro que actualmente no participan, garantizando así una integración adecuada entre los regímenes contributivos y los no contributivos, al lograr simultáneamente más cobertura y más solidaridad.

La integración de estos tres pilares o componentes parece ser un mecanismo satisfactorio pues permitirá, por un lado, abarcar a la población históricamente excluida de los mecanismos formales de ahorro para la vejez y, por otro, introducir mecanismos de solidaridad contributivos y no contributivos, manteniendo la interrelación entre aportes y beneficios (sanidad financiera).

Independientemente de la forma institucional en que se integren estos componentes, las debilidades y fortalezas actuales del sistema de pensiones constituyen el punto de partida a tomar en cuenta en la agenda de aplicación e implementación del nuevo modelo. El pilar reformado de prima media o solidaridad intergeneracional deberá autofinanciarse para la población con capacidad de ingreso y, al igual que en el esquema de salud, el Estado deberá subsidiar las cuotas patronales de los quintiles 4 y 5 de los ocupados informales. El pilar de ahorro individual obligatorio deberá autofinanciarse, y el pilar no contributivo demandará recursos fiscales adicionales.

b) Propuesta de reforma

Teniendo en cuenta la perspectiva de largo plazo, la propuesta contiene dos componentes:

- **Ampliar el componente contributivo del sistema**, para incluir a los excluidos. En los dos quintiles de mayor consumo existe actualmente una proporción de la población ocupada formal e informal que no cotiza, ya sea por las rigideces de afiliación, o porque el nivel de ingreso no les permite realizar la totalidad de los aportes requeridos (cuota patronal y laboral en el caso de los ocupados informales).
- **Ampliar el componente no contributivo**, con el fin de brindar una pensión mínima a los pobres mayores de 65 años y de cubrir el subsidio por cuotas patronales para la incorporación de los ocupados informales de los quintiles 4 y 5 de consumo).

Para la ampliación del pilar contributivo, al igual que en salud, se propone la incorporación de la población ocupada formal que no cotiza (37,9%), así como de los ocupados informales ubicados en los quintiles cuatro y cinco de consumo (39,8%). Dicha incorporación representaría 1% del PIB en ingresos por cuotas al seguro social, y este lograría cubrir al 56% de la población ocupada (20% es actualmente la cobertura actual).

⁴⁰ Ver la experiencia boliviana del Programa bono social, BM (Banco Mundial) (2005).

El componente no contributivo (aporte fiscal), como ya se indicó estaría orientado a subsidiar la pensión mínima de la población mayor de 65 años en condición de pobreza y a subsidiar la cuota patronal de los cotizantes potenciales.

Para realizar las estimaciones del aporte estatal para la pensión mínima, se utilizaron los datos de la ENCOVI (2006), según la cual existían en el año 2006, 251.067 personas pobres de 65 años y más (de las cuales 165.121 vivían en el área rural) y 343.545 personas pobres de 60 años y más (de las cuales 237.052 en el área rural). El total de personas de 65 años y más fueron 616.633 (pobres y no pobres) y 866.139 personas de 60 años y más.

Por otro lado, la línea de pobreza general de Guatemala para el año 2006 fue de 322 quetzales mensuales por persona (547,8 quetzales por mes por hogar), lo que da un monto de 4.189,3 quetzales al año, suponiendo 13 pagos de pensiones al año.

Un ejercicio retrospectivo de haber entregado en el año 2006 una pensión equivalente a la línea de pobreza de Guatemala a todas las personas mayores de 65 años que se encontraban en situación de pobreza, hubiera permitido, en promedio, reducir a la mitad la incidencia de pobreza en la vejez, a un costo equivalente al 0,5% del PIB (ver cuadro II.29). Una pensión universal hubiera tenido el mismo efecto en materia de pobreza, pero a un costo medio equivalente del 1,1% del PIB. Aquello hubiera permitido incluir a buena parte de la población históricamente excluida de los mecanismos formales de ahorro para la vejez a costos relativamente razonables para el país. Si se hubiera entregado pensiones a las personas de 60 años y más, el costo fiscal habría aumentado al 0,6% del PIB, para los pobres, y a 1,6%, su universalización.

CUADRO II.29
GUATEMALA: COSTO FISCAL DE UNIVERSALIZAR LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA, 2006
(Miles de personas, millones de Q. y porcentajes)

	Población			Incidencia pobreza	Costo en millones de quetzales		Costo como porcentaje del PIB	
	Pobres	No pobres	Total		Pobres	Universal	Pobres	Universal
Personas de 60 años y más	343 545	522 594	866 139	39,7	1 439,2	3 628,5	0,6	1,6
Urbano	106 493	346 068	452 561	23,5	446,1	1 895,9	0,2	0,8
Rural	237 052	176 525	413 577	57,3	993,1	1 732,6	0,4	0,8
Personas de 65 años y más	251 067	365 566	616 633	40,7	1 051,8	2 583,2	0,5	1,1
Urbano	81 546	238 712	320 259	25,5	341,6	1 341,7	0,1	0,6
Rural	169 521	126 854	296 375	57,2	710,2	1 241,6	0,3	0,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las ENCOVI, 2006.

Además de la pensión mínima que el Estado tendría que aportar se estimaron los costos por concepto de subsidio que el Estado debe aportar por concepto de cuota patronal de los ocupados informales, que representan como lo indicado en el cuadro II.30, 0,3% del PIB. Además, la sostenibilidad del sistema depende en gran medida de que el estado aporte su cuota como tercero, lo que para el seguro de pensiones representa aproximadamente el 0,4% del PIB.

CUADRO II.30
GUATEMALA: COTIZACIÓN POTENCIAL DEL SEGURO POR IVS DE LA POBLACIÓN
OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS, 2006

	Ingreso base total ^a mensual	Invalidez, vejez y muerte (IVS)		
		Laboral Tasa: 1,5%	Patronal Tasa: 3%	Estatal Tasa: 2%
<i>En millones de Q mensuales</i>				
Formal que no cotiza	1 884,3	28,3	56,5	37,7
Informal con potencial de cotizar	1 907,8	28,6	57,2	38,2
Total		56,9	113,8	75,8
<i>En millones de US\$^b mensuales</i>				
Formal que no cotiza	248,3	3,7	7,4	5,0
Informal con potencial de cotizar	251,4	3,8	7,5	5,0
Total		7,5	15,0	10,0
<i>Como porcentaje del PIB^c</i>				
Formal que no cotiza		0,15	0,30	0,20
Informal con potencial de cotizar		0,15	0,30	0,20
Total		0,30	0,60	0,40

Fuente: Elaboración propia con datos de ENCOVI, 2006.

^a Trabajadores asalariados: sueldo+comisiones+horas extras; trabajadores independientes: ganancia (agrícola y no agrícola).

^b Tipo de cambio: Q. 7,59 por US\$ 1.

^c PIB corriente (año 2006): Q 229,400 millones.

c) Premisas institucionales y de organización

Para el efecto y bajo el enfoque de recuperación de la responsabilidad pública, se deberá asumir la tarea de regular y manejar los tres pilares propuestos bajo un sistema integral, papel que puede cumplir el IGSS, fortalecido y modernizado⁴¹, para luego ampliar la cobertura del componente no contributivo y mejorar la solidaridad y sanidad financiera del componente contributivo, mediante este modelo único e integral.

Avanzar en esta dirección implica una participación activa del Estado para restablecer y fortalecer la responsabilidad pública y, por tanto, las responsabilidades fiscales activas y redistributivas.

En aras de esa mayor responsabilidad pública y fiscal, se plantea alcanzar esas metas sustantivas de cobertura y solidaridad en torno a algunas premisas fundamentales. Una primera premisa hace referencia a la universalidad con progresividad, que busca la protección universal de las personas, con escenarios temporales ajustados a la disponibilidad de recursos. Una segunda premisa plantea la necesidad de sistemas unificados, que eliminen los privilegios e inequidades, bajo regímenes especiales. Una tercera premisa, exige una mayor regulación del Estado, no solo sobre el sector privado sino también sobre el propio sector público, por tanto una institucionalidad eficaz acorde a este rol es esencial. Una cuarta premisa plantea fortalecer el Estado para hacerlo institucionalmente más sólido y con mayor solidez fiscal, es decir, con recursos suficientes, permanentes y equitativos. Se trata por tanto de dejar atrás las viejas y tradicionales reformas de primera o segunda generación basadas en la lógica del mercado, cuyos efectos en materia de solidaridad en la región dejan mucho que desear, además de incumplir las promesas relacionadas con la ampliación de cobertura.

Bajo este enfoque, se propone la pronta aplicación del nuevo sistema de pensiones guatemalteco, con los tres pilares, donde el pilar no contributivo reformado constituye la punta de lanza para la ampliación de la cobertura organizada desde el Estado, desde el propio IGSS, a partir de entregar un

⁴¹ Es importante señalar que se supone que los procesos planteados se realizan de forma gradual.

beneficio para los adultos mayores en situación de pobreza, vale decir, a la población que llegue a la vejez sin el ingreso o los activos necesarios para su subsistencia, mediante una pensión vitalicia mensual a toda la población pobre mayor de 65 años de edad, equivalente al valor de la línea de pobreza de Guatemala, sin requisitos de aportes ni comprobación de medios.

3. Consideraciones fiscales

El esquema de financiamiento de la protección social debe reestructurarse ante las nuevas necesidades y desafíos. Las contribuciones personales de los trabajadores, junto con las contribuciones patronales y las contribuciones del Estado, en una justa y adecuada proporción, deben financiar el componente contributivo. Esas contribuciones deben complementarse con recursos fiscales adicionales para fortalecer el pilar no contributivo reformado, instrumento central de la ampliación de cobertura.

Como se mencionó en la sección II el Estado no ha cumplido en ningún momento con sus obligaciones como tercera parte al sistema de seguridad social, y solo ocasionalmente ha contribuido como patrono. La propuesta tiene como premisa fundamental que el Estado asuma estas funciones que se le atribuyen por ley respecto del aseguramiento del derecho a la salud de la ciudadanía. Por otra parte, va más allá de lo que la norma actualmente indica, en cuanto recomienda que se subsidien las cuotas patronales de los potenciales cotizantes de bajos ingresos.

La recuperación de la responsabilidad pública en el manejo y regulación del sistema de protección social en salud y pensiones, necesariamente implica una mayor responsabilidad fiscal, activa y equitativa; es decir, cambios en la composición de las cuentas fiscales del Gobierno guatemalteco que se reflejen tanto a nivel de los ingresos como de los gastos. Efectivamente, la puesta en vigencia de:

- i. La ampliación de la cobertura del seguro social para salud y pensiones,
- ii. La universalización de la atención primaria en salud; y
- iii. La dotación de una pensión mínima a todas las personas pobres mayores de 65 años, significaría un aumento entre 2,5% y 3% del PIB del gasto público social guatemalteco. En contrapartida, ese mismo porcentaje debería reflejarse o en un aumento en la carga tributaria o en una redefinición de prioridades al interior del presupuesto público.

CUADRO II.31
GUATEMALA: ESFUERZO FISCAL TOTAL PARA PROTECCIÓN SOCIAL
EN SALUD Y PENSIONES, 2006
(Como porcentajes del PIB)

	Guatemala	
	Salud	Pensiones
Aporte del estado como tercero	0,6	0,4
Aporte del estado para subsidio ^a	0,7	0,3
Universalización de atención primaria en salud	0,02-0,59	n.a
Pensión mínima para pobres mayores de 65 años	n.a	0,5
Total	1,32-1,89	1,2

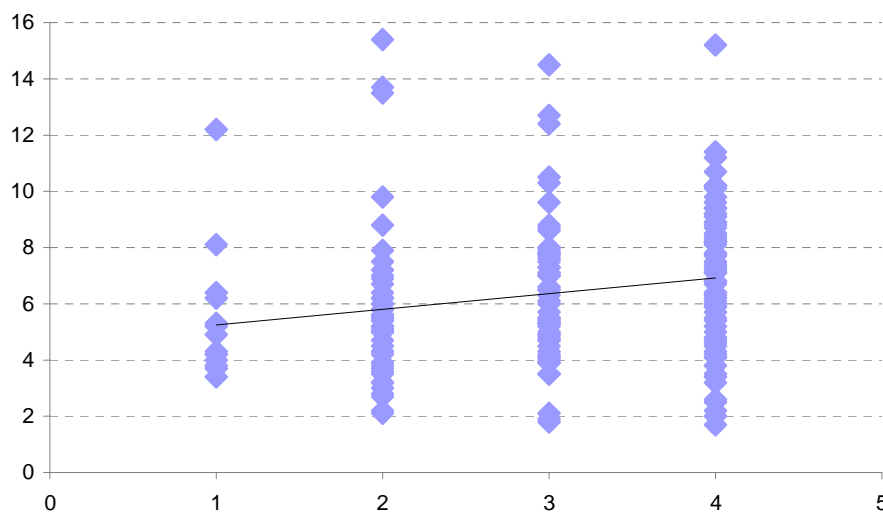
Fuente: Elaboración propia con base en la ENCOVI, 2006.

^a Corresponde a la cuota patronal de los ocupados informales en los quintiles 4 y 5 de consumo.

Incrementar el gasto en los niveles señalados, permitiría que el gasto público total en salud se eleve de 2% del PIB (1,1% del MSPAS y 0,9% del IGSS) a 4,2% del PIB (1,6% del MSPAS 2,6% del IGSS), permitiendo reducir el gasto que las familias dedican directamente a la salud. Por otro lado, como se observa en el gráfico II.10, incrementar el gasto en mayor consonancia con el nivel de ingreso per

cápita; actualmente Guatemala, actualmente se encuentra por debajo del gasto que corresponde a su nivel de ingreso per cápita conforme la clasificación de los países que efectúa la OPS según su nivel de ingreso per cápita y el nivel correspondiente de gasto en salud.

GRÁFICO II.10
GASTO EN SALUD DE 190 PAÍSES, SEGÚN PIB PER CÁPITA, 2005
(Como porcentaje del PIB)



Fuente: Estadísticas de la OMS (http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm#).

El nivel de la carga tributaria ampliada (ingresos tributarios más contribuciones a la seguridad social) alcanzó en Guatemala al 12,5% del PIB en el año 2007, ubicándose muy por debajo del promedio de América Latina que asciende a cerca del 18%. Como se aprecia en la tabla siguiente, de los 12,5 puntos porcentuales, 97,6% corresponden a los ingresos tributarios y 0,3% puntos a las contribuciones a la seguridad social.

Respecto a la composición de la estructura tributaria guatemalteca, es claro el predominio de los impuestos indirectos sobre los directos, donde el IVA es el impuesto más relevante. Los impuestos directos son bajos (3,4% del PIB, equivalente solo al 27% de la carga tributaria), pese a que son más progresivos o más redistributivos; en cambio, los impuestos indirectos son altos (cerca del 9% del PIB, equivalente al 73% de la carga tributaria), pese a que cumplen una baja función redistributiva, e inclusive pueden ser regresivos.

Es importante señalar que el gasto tributario en Guatemala es significativo⁴². Para el 2007 el proyecto de presupuesto del Ministerio de Finanzas estimó un gasto tributario de Q 41,445 millones, equivalente a 14% del PIB y a 133,4% de la recaudación esperada, recursos que, por ejemplo, holgadamente podrían financiar los costos fiscales del pilar no contributivo y una parte del nuevo sistema de pensiones (tres pilares) y su fortalecimiento. Y es que en Guatemala en pro de otros propósitos la política tributaria ha relegado el objetivo de mejorar la equidad distributiva, con lo cual los grupos de presión han conseguido trasladar el peso de los tributos a otros sectores. Es decir, que existen disponibilidades financieras y espacios presupuestarios para financiar los mecanismos no contributivos

⁴² El gasto tributario en Guatemala se origina a partir de tratamientos tributarios preferenciales, exoneraciones, exenciones, franquicias, programas de desgravación arancelaria, y otras medidas previstas en la legislación tributaria guatemalteca.

CUADRO II.32
GUATEMALA: CARGA TRIBUTARIA, PESO Y COMPOSICIÓN
(Como porcentajes del PIB)

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ingresos tributarios	8,8	10,6	10,8	11,9	11,7	11,5	11,2	11,9	12,2
Impuestos directos	1,8	2,5	2,6	3,1	3,0	2,8	2,9	3,3	2,6
Impuestos indirectos	6,9	8,1	8,2	8,7	8,6	8,7	8,3	8,5	8,9
Impuesto generales sobre bienes y servicios (IVA) ^a	3,1	4,7	4,8	5,3	5,3	5,5	5,2	5,4	6,0
Contribuciones a la seguridad social	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

Fuente: Instituto centroamericano de estudios fiscales (ICEFI), La política fiscal en la encrucijada, El caso de América Central, 2007.

^a Impuesto al valor agregado neto (de 1995 a 2000 se utiliza un cálculo auxiliar que excluye las devoluciones de Crédito Fiscal del IVA), e impuestos indirectos netos.

Lo anterior obliga a poner en el debate público la discusión, tanto sobre el nivel de la carga tributaria como sobre la composición de la misma, así como las posibilidades de reorientar el gasto social, ya que todos constituyen fuentes de financiamiento relevantes de los mecanismos no contributivos y conllevan efectos distributivos importantes, en el marco de la nueva responsabilidad asumida por el Estado.

En última instancia, la adopción de las fuentes de financiamiento finales deberá ser un proceso de discusión, debate y acuerdo entre los actores de la sociedad guatemalteca. La viabilidad política de la reforma y fortalecimiento del pilar no contributivo requiere acuerdos buenos y perdurables entre los actores relevantes del proceso. El sector empresarial es un actor fundamental en las conversaciones, así como los sindicatos y organizaciones laborales. El gobierno es otro actor esencial del proceso de diálogo, y es quien deberá promoverlos, conducirlos, y hacerlos cumplir. Los centros e institutos de investigación y centros académicos deben participar con sus argumentos técnicos. Los medios de comunicación juegan un papel importante difundiendo los debates, los acuerdos alcanzados y el monitoreo de los mismos. La economía política de la reforma de los sistemas de pensiones resulta elemento central para darle viabilidad política y perdurabilidad.

Pero además de los acuerdos para el tema de fuentes de financiamiento, no hay que olvidar la “naturaleza política” de las reformas de la seguridad social, que significa que la definición de los problemas, la elección de los medios para resolverlos, así como de la velocidad y profundidad de los cambios institucionales y de política necesarios, son todos aspectos que afectan los intereses de grupos y actores involucrados. Ello implica por tanto un manejo estratégico de las relaciones Estado-sociedad, ya que en el sector social, el Estado y la sociedad interactúan de manera más constante y cotidiana. Particularmente los servicios públicos de seguridad social (salud y pensiones) tejen una amplia y fuerte red Estado-sociedad que vincula grupos sociales y de interés, partidos políticos, y funcionarios del Estado en el gobierno. En la mayoría de los países de la región, los institutos de seguridad social y los ministerios de salud se cuentan entre los empleadores públicos más grandes, siendo también importantes consumidoras de insumos, medicinas y otros insumos médicos, equipos, mueblería, uniformes, y servicios, por mencionar algunos. Se trata entonces de un adecuada “governabilidad de la reforma”.

4. Conclusiones

1. Dado el contexto de baja cobertura, escasos recursos públicos, elevado e ineficiente gasto de las familias, e inequitativa orientación del seguro social, se necesita elevar la cobertura en una primera etapa de la universalización del nivel primario de atención. Dicha universalización

debe ser vista como un primer paso hacia la universalización del servicio en los tres niveles de atención.

2. Se deben incrementar los aportes directos del Estado para la atención de los más pobres, y para cubrir el subsidio por la incorporación de los potenciales cotizantes al seguro social, lo cual induciría un cambio en la estructura de gasto nacional de salud: de un bajo gasto público (MSPAS / IGSS) y elevado gasto de las familias a un incremento de gasto público y una reducción de los gastos de las familias.
3. Guatemala enfrenta un problema de nivel y de eficiencia del gasto, que podría resolver con el esquema propuesto de reforma.
4. Finalmente, como se ha visto, esta investigación no aborda una propuesta de marco institucional ni los aspectos de economía política de la reforma, sino solamente se hace referencia acerca de la necesidad de ver hacia el futuro y de enfrentar un proceso gradual respecto a una visión, así como algunas consideraciones en el ámbito fiscal principalmente por las implicaciones de financiamiento. Con lo cual estos dos ámbitos –marco institucional y economía política– pueden plantearse como líneas de investigación futura.

Bibliografía

- Acuña, María Cecilia (2005) Exclusión, protección social y derecho a la salud, OPS/OMS, 2005.
- Asturias B., E. J. (1989) Desarrollo histórico de la práctica y el saber médico en Guatemala (1871-1986). Tesis de Médico y Cirujano. Guatemala, agosto 1989.
- BM (Banco Mundial) (2005) “Keeping the Promise of Social Security in Latin America”, 2005.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía). 2000. Boletín demográfico No. 66 julio.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina) (2005), Panorama Social de América Latina 2005. Santiago de Chile.
- ____ (2006), “La protección social de cara al futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad”. Trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL. Uruguay, 2006
- ____ (2007), Anuario Estadístico, 2007. Santiago de Chile.
- ____ (2008a), Panorama Social de América Latina 2007. Santiago de Chile
- ____ (2008b), Transformaciones demográficos y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe, Trigésimo segundo período de sesiones de la CEPAL, 2008.
- Delgado, Karen y Bitrán, Ricardo (2002). Los determinantes de la salud en Guatemala. Proyecto Diálogo Social. AED/AID. s.f.
- ____ (2008b) Serie Análisis de política No. 3 ¿Cómo se dirige el destino del sistema de salud en Guatemala? AID, Septiembre 2008
- Erazo S. Luis A. (2003). Análisis de la creación de un marco legal que regule la obligatoriedad de un fondo de pensión para el sector productivo guatemalteco (bajo el sistema de capitalización individual) Tesis. Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Marzo 2003
- Estrada Galindo, Gustavo (2008) *El sistema de Salud en Guatemala, 9: Síntesis*. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.
- Flores, Walter (2008) *El Sistema de Salud en Guatemala, 4: ¿Así... funcionamos?*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.
- Fondo Monetario Internacional (2007). *América Central: Crecimiento económico e integración*; Ocasional paper 257, Washington 2007.
- ____ (2008) *World Economic Outlook*. 2005.
- FUNDESA (2007) Consultoría: Puesta en vigencia de una reforma previsional y seguimiento con audiencias clave, Reporte con análisis y recomendaciones. Guatemala, agosto 2007.
- González Arrecis, Francisco y Pérez, Leslie (2006) Prensa Libre, “*IPM al borde de la crisis*” Noviembre, 2006.
- Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI) (2007). *La política fiscal en la encrucijada, El caso de América Central*. Guatemala, 2007.
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) (2000-2007) *Memorias de Labores*.

- Informe Nacional de Desarrollo Humano (2003). *Guatemala: Una agenda para el desarrollo humano*. Sistema de Naciones Unidas para el Desarrollo Humano. Guatemala, 2003.
- Informe Nacional de Desarrollo Humano (2002). *Desarrollo Humano, mujeres y salud*. Sistema de Naciones Unidas para el Desarrollo Humano. Guatemala, 2002.
- Informe Nacional de Desarrollo Humano (2001). *Guatemala: El financiamiento del desarrollo humano*. Sistema de Naciones Unidas para el Desarrollo Humano. Guatemala, 2001.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). *Encuesta nacional de condiciones de vida (ENCONVI) 2000-2006*.
- Kumaranyake L., C. Kurowski, and L. Conteh. 2001 Costs of Scaling-up Priority Health Interventions in Low and Selected Middle Income Countries (<http://www.cid.harvard.edu>).
- Ley orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social*, Decreto 295 y sus modificaciones. Diario Oficial, tomo XLVII, número 83, 84 y 85 de fechas 31 de octubre, 1 y 4 de noviembre de 1946.
- Ley de clases pasivas civiles del Estado*, Decreto 63-88 y sus modificaciones. Diario Oficial, 6 de enero de 1989.
- Ley del programa de aporte económico del adulto mayor*, Decreto 85-2005 y sus modificaciones. Centro nacional de análisis y documentación oficial (CENADOJ).
- Melinsky, Eduardo. (2006). *Valuación Actuarial Ley de Clases Pasivas Civiles del Estado Decreto Nro. 63-88*. Informe final elaborado para la Dirección de Contabilidad del Estado. Septiembre 2006.
- Mesa-Lago, Carmelo, et al. (1997). *La seguridad social en Guatemala: diagnóstico y propuesta de reforma*. Fundación Friedrich Ebert. Abril 1997.
- _____. (2004) *Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social*, serie Financiamiento del desarrollo, No. 144 (LC/L.2090-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2004.
- _____. (2005) *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Comisión Económica para América Latina, 2005.
- _____. (2008). *Un reto de Iberoamérica en el siglo XXI: la extensión de la cobertura de la Seguridad Social*. En: América Latina Hoy, número 48, pp. 67-81. Universidad de Salamanca. España.
- Ministerio de Asuntos exteriores (2007) *Acta de la Conferencia Internacional sobre la protección social de la salud en los países en desarrollo*. 15-16 de marzo de 2007, París. Disponible en: http://www.diplomatie.gouv.fr/en/france-priorities_1/health-and-food_1102/internationalconference-on-health-insurance-coverage-in-developingcountries_549/index.html
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) (2000) Informe de Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000, Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional Estadística (INE), Universidad del Valle de Guatemala. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 1995, 1998 y 2002
- Ministerio de Salud Pública de Guatemala (MSPAS), con apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). *La protección social de la salud en Guatemala*. Enero 2002.
- OIM (Organización Internacional para las Migraciones) (2008). Encuesta sobre remesas 2008 y medio ambiente. Cuadernos de trabajo sobre migración, 26. 2008.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2006). *Análisis y recomendaciones técnicas de OIT al Proyecto de Ley de Reforma de la Seguridad Social del Ecuador*, elaborada por la Comisión IESS-PNUD-CN, Agosto 2006.
- _____. (2007) *Panorama laboral 2007*.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2001). "Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health" Canadá. p. 172.
- _____. Sistema de Información Estadística de la OMS. <http://www.who.int/whosis/es/index.html>
- _____. Organización Mundial de la Salud (2008) *Cuentas del Gasto nacional en Salud 2008: Guatemala*. Estimados preparados por el equipo de Economía y Financiamiento de la Salud, Área de Sistemas y Servicios de Salud. Abril 2008
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2002). *Análisis de las reformas del sector salud en la subregión de Centroamérica y República Dominicana*. Área de desarrollo estratégico de la salud, Unidad de políticas y sistemas de la salud. Segunda edición, julio 2002.
- _____. (2007a) "Salud en las Américas 2007", Publicación Científica y Técnica No. 622, 2007.
- _____. (2007b) *Función rectora de la autoridad sanitaria nacional, desempeño y fortalecimiento*. Edición especial No. 17 Washington 2007
- _____. (2007c) *Perfil de los sistemas de salud Guatemala*. Tercera edición, febrero 2007.

- ____ (2008) *Sistemas integrados de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington DC, 8 de mayo de 2008.
- Portafolio (1998). El momento electoral “costo político” o las bases técnicas del estudio. ¿Qué detuvo la reforma previsional? Semana del 18 al 24 de mayo de 1998.
- Titelman, D (2006) *Universalización de la cobertura de la protección social en salud*. CEPAL. México.
- WHO, (2005) *Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health*, 2005.

Anexo 1

Nota técnica

Guatemala: estimación de la cotización potencial

El ejercicio de cotización potencial pretende estimar (mediante la información proveniente de las encuestas de hogares) las contribuciones al seguro social de la población ocupada formal e informal que al momento de la encuesta no cotizaba. Dada la naturaleza tripartita de financiamiento de la seguridad social de Guatemala, se estiman de forma desagregada los aportes laborales, patronales y del Estado, por régimen de protección (IVS y EMA).

Para el cálculo se empleó la ENCOVI del año 2006, ya que cuenta con la información necesaria, es la última encuesta de hogares disponible y es similar a los instrumentos utilizados en los otros países de estudio (Honduras y Nicaragua).

Metodología del ejercicio:

1. Identificación de los potenciales cotizantes

En primera instancia se establecieron los parámetros para considerar a un trabajador como potencial cotizante a los sistemas de seguridad social, siendo estos los trabajadores ocupados dentro del sector formal de la economía que aún no cotizan al IGSS y los trabajadores ocupados en el sector informal pertenecientes a los hogares de los dos quintiles más ricos.

- Se considera informal a los trabajadores empleados domésticos, los peones o jornaleros, los trabajadores no remunerados, los trabajadores por cuenta propia (se excluyen aquellos con educación superior), los patronos en establecimientos con menos de seis (se excluyen aquellos con educación superior) y los empleados privados asalariados que laboran en establecimientos con menos de seis trabajadores.
- Dentro del grupo de trabajadores ocupados informales, se consideraron como potenciales contribuyentes a quienes no cotizan y que pertenecen a los dos quintiles de hogares más ricos, ya que se supone que poseen los ingresos suficientes para poder cotizar al seguro social, en vista de que se sitúan por encima de la línea de pobreza.

2. Cálculo del ingreso cotizable

El cálculo del ingreso base de cotización se realiza aplicando los parámetros establecidos por la ley y reglamentos del IGSS y la información disponible en la encuesta. Para el presente ejercicio, se consideró como Ingreso cotizable la sumatoria de las siguientes variables mensuales:

- Trabajadores asalariados: sueldo o salario mensual, ingreso por horas extras, comisiones.
- Trabajadores independientes: ganancia agrícola o no agrícola.
- No se consideró ningún techo máximo de cotización. Cabe indicar que se realizaron imputaciones para corregir la no respuesta⁴³, mas no así para corregir la posible subdeclaración de ingresos.

3. Aplicación de las tasas de cotización

Luego de contar con el total de ingreso base para el cálculo de cotización, se aplican las tasas (laborales, patronales y estatales), de cada uno de los regímenes existentes en el IGSS.

⁴³ El promedio simple de su subgrupo, según categoría ocupacional.

4. Resultados

CUADRO II-A-1
GUATEMALA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA^a POR SECTOR ECONÓMICO, POR
AFILIACIÓN A LOS REGÍMENES DE SEGURIDAD SOCIAL Y POR QUINTILES^b
(En porcentajes)

Población trabajadora formal		Población trabajadora informal				
33,0		67,0				
Cotiza al IGSS	No cotiza al IGSS	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
(Con potencial de cotizar)		(Con potencial de cotizar)				
62,1	37,9	18,8	20,4	21,1	21,2	18,6

Fuente: Elaboración propia en base de la ENCOVI, 2006.

^a De 18 años y más.

^b Sobre la base del consumo como medida de bienestar.

CUADRO II.A-2
GUATEMALA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS
Y MÁS POR POTENCIAL DE COTIZAR
(En porcentajes)

	Población	Porcentajes
Población ocupada de 18 años y más	4 498 430	100
Formales	1 482 373	33
Formal que cotiza	920 079	20,5
Formal que no cotiza	562 295	12,5
Informales	3 016 057	67
Informal sin capacidad de cotizar	1 817 368	40,4
Informal con potencial de cotizar	1 198 688	26,6

Fuente: Elaboración propia en base de la ENCOVI, 2006.

CUADRO II.A-3
GUATEMALA: COTIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA^a CON POTENCIAL CONTRIBUTIVO, 2006
(En quetzales y porcentajes)

	Ingreso base total mensual	Invalidez, vejez y sobrevivencia (IVS)			Enfermedad, maternidad y accidentes (EMA)			TOTAL		
		Laboral	Patronal	Estatad	Laboral	Patronal	Estatad	Laboral	Patronal	Estatad
		Tasa: 1,5%	Tasa: 3%	Tasa: 2% ^d	Tasa: 3%	Tasa: 7%	Tasa: 3%	Tasa: 4,5%	Tasa: 10%	Tasa: 5%
<i>En millones de Q mensuales</i>										
Formal que no cotiza	1 884,3	28,3	56,5	37,7	56,5	131,9	56,5	84,8	188,4	94,2
Informal con potencial de cotizar	1,907,8	28,6	57,2	38,2	57,2	133,5	57,2	85,8	190,8	95,4
<i>En millones de US\$^b mensuales</i>										
Formal que no cotiza	248,3	3,7	7,4	5,0	7,4	17,4	7,4	11,2	24,8	12,4
Informal con potencial de cotizar	251,4	3,8	7,5	5,0	7,5	17,6	7,5	11,3	25,1	12,6
<i>Como porcentaje del PIB^c</i>										
Formal que no cotiza		0,15	0,30	0,20	0,30	0,69	0,30	0,44	0,99	0,49
Informal con potencial de cotizar		0,15	0,30	0,20	0,30	0,70	0,30	0,45	1,00	0,50

Fuente: Elaboración propia en base de la ENCOVI, 2006.

^a De 18 años y más de edad.

^b Tipo de cambio: Q 7.59 por US\$ 1.00.

^c PIB corriente (año 2006): Q 229,400 millones.

^d 25% del gasto de prestaciones de IVS, que debería aproximadamente ser el equivalente del 2% sobre los salarios (Mesa Lago et al., 1997).

III. Financiamiento de la protección social en salud y pensiones en Honduras

Daniel Badillo, Fernando Carrera, María Castro, Vivian Guzmán y Jonathan Menkos

Con más de un 70% de la población bajo la línea de pobreza, Honduras es uno de los países latinoamericanos con mayores índices de incumplimiento de los derechos sociales. Fue uno de los países que introdujo más tardíamente la seguridad social, ya que la creación del Instituto hondureño de seguridad social (IHSS) solo se da hasta 1959 (Mesa-Lago, 2008). La introducción tardía de la seguridad social incide en el grado de desprotección de la población frente a los riesgos de pobreza y enfermedad.

Al igual que sus países vecinos, Nicaragua y Guatemala, posee una de las tasas más bajas de cobertura de la seguridad social en el continente (debajo de un 20%). Como se verá en el presente estudio, la baja cobertura se ve particularmente afectada por factores socioeconómicos tales como los amplios índices de pobreza ya señalados, importantes niveles de inequidad y una alta incidencia del empleo informal. Además, la exclusión social sufrida históricamente por la población indígena y garífuna también se traduce en bajas coberturas de seguridad social en dichos grupos sociales.

La pobreza, la inequidad y la exclusión social inciden en perfiles epidemiológicos que implican altos niveles de desnutrición infantil y altas tasas de mortalidad en la niñez y de mortalidad materna. Además, los grupos urbanos y de mayor nivel socioeconómico empiezan a tener un perfil

epidemiológico dónde prevalecen enfermedades asociadas con la mala nutrición (obesidad), el sedentarismo y el envejecimiento poblacional (enfermedades cardio-vasculares, diabetes). Hay una tendencia a una mayor morbilidad y mortalidad derivada del clima de violencia prevaleciente (homicidios y femicidios, violencia intrafamiliar, violencia social y de género), y a problemas de contaminación del aire y de las fuentes de agua (particularmente diarreas y enfermedades respiratorias de nuevo tipo). Estas tendencias incrementan la presión sobre los servicios de salud y ponen presión fiscal en cuanto al financiamiento.

El aprovechamiento del bono demográfico y el envejecimiento de la población plantean también retos para la protección social en salud y pensiones. En particular, el paulatino envejecimiento de la población implica desarrollar un sistema de pensiones que evite un incremento de la pobreza en los adultos mayores. El bono demográfico permitiría disminuir los costos de un sistema de protección en pensión universal y solidaria.

Los factores institucionales tampoco han contribuido a mejorar la cobertura de la seguridad social. En el caso de la protección social en pensiones, el disperso sistema público da origen a una pluralidad y segmentación de beneficios y costos. En total, se trata de cinco institutos públicos de seguridad social que proveen pensiones bajo varios esquemas de contribuciones que sirven a los empleados del sector privado (IHSS), docentes o maestros públicos y privados (Instituto nacional de jubilaciones y pensiones del magisterio, INPREMA), personal de la universidad nacional (Instituto de previsión de la Universidad nacional autónoma de Honduras, INPREUNAH), miembros de las fuerzas armadas, policía y bomberos (Instituto de previsión militar, IPM, y el resto de los servidores públicos civiles (Instituto nacional de jubilaciones y pensiones de los empleados y funcionarios del poder ejecutivo, INJUPEMP). Es por tanto un sistema altamente fragmentado.

En el caso de la salud, el sistema institucional basado en tres pilares (Ministerio de Salud, IHSS, sector privado) (Mesa-Lago, 2005) no permite dar una cobertura universal a la población e introduce altos grados de inequidad en cuanto al acceso y calidad de los servicios, al discriminar en razón del nivel socioeconómico, grupo étnico y lugar de residencia de la población. Tanto el sistema de pensiones como el de salud reciben recursos públicos insuficientes, provocando que la mayor parte del financiamiento se de por vía privada y familiar, lo cual refuerza la inequidad.

En cuanto a reformas al marco institucional de la protección social, Honduras pertenece al grupo de países de latinoamericanos que no ha impulsado ninguna reforma estructural a su sistema de pensiones en las últimas dos décadas (Mesa-Lago, 2008). La mayor parte de los cambios introducidos han afectado solamente los parámetros de los sistemas existentes, sin procurar una extensión de la cobertura. En cuanto al sistema de salud, las reformas introducidas y la creciente inversión pública en el sector han permitido ampliar la cobertura en el nivel de atención primaria. Sin embargo, ninguna propuesta ha procurado ampliarla en otros niveles, ni se ha buscado un sistema integrado único de salud que permita ir cerrando las brechas en cuanto a cobertura y calidad de los servicios entre los distintos niveles socioeconómicos y grupos étnicos del país.

Por tanto, las políticas y acciones públicas de protección social destinadas a dar respuesta a distintos niveles de vulnerabilidad, riesgos y privaciones, vinculados al desempleo, la enfermedad, la maternidad, la crianza de los hijos, la viudez, las discapacidades, el envejecimiento, han sido muy débiles, impidiendo el cumplimiento efectivo de los derechos sociales de la mayoría de hondureños, y debilitando sus libertades y posibilidades de acceso a condiciones de vida más dignas.

En el presente estudio se analizan en una primera sección los factores socioeconómicos y sociodemográficos que afectan la baja cobertura de la protección en salud y pensiones de Honduras. Posteriormente se consideran las características de la oferta institucional en ambos sistemas, con énfasis en su marco organizativo y financiero y cómo ellas limitan la cobertura de la protección social. Finalmente, en la tercera sección se plantean alternativas para ampliar coberturas en la protección de la salud y pensiones, a partir de los principios de universalidad y solidaridad, pero tomando en cuenta criterios de sostenibilidad financiera y fiscal.

A. El sistema de protección en salud y pensiones: la baja cobertura y sus determinantes socioeconómicos y sociodemográficos

1. Una cobertura muy baja de la protección social en salud y pensiones

Como se mencionó en la introducción, Honduras posee una muy baja cobertura de protección social en salud y pensiones. En ambos casos, los grupos de población más excluidos son los pobres, los que viven en zonas rurales, la población indígena y los desempleados, subempleados y trabajadores informales (OPS/OMS; ASDI, 2003).

En el caso de la salud, los servicios públicos abarcan al 78% de la población según reportes institucionales (un 5% se considera atendido por el sector privado). Dicho 78% incluye a un 60% de la población que recibe servicios de la Secretaría de Salud (SS), que no ofrece un paquete de servicios similar al establecido por el IHSS. Se trata de un sistema de salud segmentado en tres pilares (ministerio/secretaría, seguridad social, sector privado), que no abarca a todos los grupos de población y que no ofrece un nivel equitativo de servicios (ni en cantidad ni en calidad). El sistema comparte estas características institucionales y de baja cobertura con otros países de América Latina (ver cuadro II.A-2).

CUADRO III.1
HONDURAS: INDICADORES DEL SISTEMA DE SALUD: COBERTURA SEGÚN
REPORTE INSTITUCIONAL, 2003-2004
(En porcentajes del total de la población)

Secretaría de Salud	IHSS	Sector privado
Cobertura poblacional ^a		
60% (cobertura teórica según OPS)	18%	5%
Población sin acceso a servicios de salud: 30,1%		
Población sin cobertura del seguro social o seguro privado: 77%		

Fuente: Elaboración propia con base en: ^a OPS (2004) y SS (2001), citados en OPS (2007b).

Más allá de los datos institucionales, la última Encuesta nacional de demografía y salud (ENDS, 2006) nos permite profundizar en la cobertura del sistema sanitario. En primer lugar, la encuesta revela una menor cobertura del IHSS que el reportado institucionalmente (9%, lo que significa la mitad de lo reportado por el IHSS). En segundo lugar, dicha cobertura limitada del seguro social se concentra claramente en el ámbito urbano (16,7%, versus 2,6% en las áreas rurales), y en el quintil de ingresos superior (22,4%, contra 0,3% en el quintil más pobre).

Estos datos son congruentes con los reportes de la institución a la cual acude la población en caso de requerir atención en salud. La ENDS revela que poco más de un 45% de la población acudió a las clínicas de la SS (sobre todo a las de salud materno-infantil), y un alto uso por parte de la población rural y la del quintil de ingresos más pobre.

En cuanto a la protección social en pensiones, el sistema previsional hondureño reportó al año 2007 una cobertura institucional aproximada de 665 mil contribuyentes (aproximadamente un 20% de la PEA total), una de las más bajas de América Latina. El instituto previsional más grande (IHSS) cuenta con más de 520,000 miembros afiliados al sistema de pensiones, en tanto que el más pequeño (INPREUNAH) cuenta con menos de 6,000 afiliados.

CUADRO III.2
HONDURAS: INDICADORES DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD POR ÁREA
Y QUINTIL DE INGRESO, 2005-2006
(En porcentajes)

	Total	Área		Quintil más pobre	Quintil más rico
		Urbano	Rural		
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Afiliación a seguros de salud					
IHSS	9,2	16,7	2,6	0,3	22,4
Seguro privado	2,7	4,9	0,8	0,1	10,6
Ninguno	88,3	79	96,4	99,5	68,7
Búsqueda de atención ante episodio de enfermedad^a					
Consultó a médico u otra persona	39,9	45,1	36,1	34,4	49,5
Estuvo interno	2,1	2,7	1,6	1,2	3
Lugar de atención ante episodio de enfermedad^a					
Hospital de la Secretaría de Salud	10,7	12,9	8,7	6,4	10,1
Hospital del IHSS	7,0	12,9	1,6	0,3	14,3
CESAMO Clínica materno infantil de la SS	31,4	28,1	34,4	39,7	10,3
CESAR de la SS	14,8	0,6	27,9	38,3	0,7
Otro público	1,8	1,8	1,8	1,2	1,9
Clínica/médico privado	27,7	36,2	19,9	9,4	52,7
Otro privado	6,4	7,2	5,6	4,5	9,6
Tiempo de acceso a lugar de control durante embarazo^b					
A menos de una hora	70,4	85,8	56,6	50,2	82,2
A más de una hora	29,6	14,2	43,4	49,8	17,8

Fuente: ENDESA, 2005-2006.

^a En los últimos 30 días.

^b Durante último embarazo de las mujeres de 12 a 49 años. Elaboración propia sobre la base de la ENCOVI, 2004.

El concepto de cobertura de pensiones no puede aislarse de los límites impuestos por las rigideces que presenta el mercado laboral que, como se verá más adelante en esta misma sección, se caracteriza por su alto grado de informalidad y por los altos índices de movilidad, desempleo estructural y precariedad. Corolario de ello, se acusa una tendencia a la reducción de la población que se incorpora al mercado laboral formal o asalariado, y a una no afiliación del trabajador ya asalariado. Esto implica que el costo para la población activa de sostener a la población adulta mayor aumente, pero en esta ocasión no solo debido a cambios del perfil demográfico, sino también porque el mercado formal asalariado se ha estrechado y el trabajo se ha informalizado. Es decir, que en la razón aportantes/pensionados, los aportantes se ven disminuidos y aumenta la población adulta sin cobertura de pensiones.

Esta delicada condición estructural del mercado laboral se confirma al mirar el porcentaje de la PEA de 18 años y más que cotizan a sistemas de pensiones. De acuerdo a la Encuesta permanente de hogares de propósitos múltiples realizada en mayo del 2007, tan solo un 20% de ese universo cotizaba a algún sistema. Esa misma encuesta confirma el papel preponderante del IHSS en la cobertura poblacional (sector privado) y el mayor porcentaje de cobertura que tienen las mujeres (25,2%), en relación a los hombres (17%).

CUADRO III.3
HONDURAS: POBLACIÓN COTIZANTE Y NO COTIZANTE A SISTEMAS DE PENSIONES,
18 AÑOS Y MÁS, 2007
(Como porcentajes de la PEA)

	Total	Hombres	Mujeres
Cotiza a algún sistema de pensiones	20,0	17,0	25,2
IHSS	18,6	16,1	22,9
INJUPEM	2,2	1,6	3,2
IMPREMA	2,4	1,1	4,7
IPM	0,2	0,3	0,1
Fondo de pensiones privado	0,4	0,3	0,5
No cotiza a ninguno	80,0	83,0	74,7

Fuente: Elaboración propia con información de la Encuesta permanente de hogares de propósitos múltiples, mayo 2007.

Mirada la información por quintiles de ingreso y situación de pobreza, se constata que tan solo el 1,1% del quintil más pobre cotiza a algún sistema de pensiones, en tanto que en el quintil más rico cerca del 50% cotizan, ratificando la afirmación que la cobertura de pensiones guarda estrecha correlación con la estructura de la distribución del ingreso. Tan solo el 7,1% de la población de más de 18 años en situación de extrema pobreza cotiza a un sistema de pensiones; esta cifra se eleva a 24% en el caso de la población por debajo de la línea de pobreza pero que no es extremadamente pobre, y llega a representar cerca el 68% de la población no pobre. La limitada capacidad de ahorro de segmentos masivos de la población debido a la condición de pobreza e indigencia en que viven, sin duda inciden negativamente sobre el sistema de pensiones contributivo, determinando una muy baja cobertura.

CUADRO III.4
HONDURAS: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 18 AÑOS Y MÁS QUE COTIZA A ALGÚN
SISTEMA DE PENSIÓN, POR QUINTIL DE INGRESO Y SITUACIÓN DE POBREZA
(En porcentajes)

	Porcentaje
Por quintiles de ingreso	
Quintil 1	1,1
Quintil 2	5,6
Quintil 3	16,7
Quintil 4	28,6
Quintil 5	47,4
Por situación de pobreza	
Extrema	7,1
Relativa	24,0
No pobres	67,8

Fuente: Elaboración propia con información de la Encuesta permanente de hogares de propósitos múltiples, mayo 2007.

Una simulación gruesa de las reales potencialidades en materia de ampliación de cobertura que tiene el IHSS, permite concluir que, al ritmo de crecimiento de afiliación que ha experimentado en los últimos ocho años (tasa promedio de crecimiento del 7% anual en el periodo 2000-2007), al Instituto le tomaría entre 44 y 45 años alcanzar la afiliación universal de la población hondureña de entre 15 años y

64 años, es decir, que tal universalización se lograría alrededor del año 2050. Este es un indicador muy elocuente de las restricciones que tiene el sistema vigente para avanzar hacia una significativa ampliación de cobertura. La baja cobertura de salud y pensiones en Honduras es una dramática expresión del alto incumplimiento del derecho a la salud y a la seguridad social de sus ciudadanos, y por esa vía, de una inaceptable exclusión social de la mayoría de sus habitantes.

2. Los factores socioeconómicos y sociodemográficos y su incidencia en la baja cobertura de la protección social

Existen cuatro factores que tienen una fuerte incidencia sobre la cobertura de la protección social de pensiones y salud: la situación de pobreza, la exclusión social de la población y la concentración del ingreso; la dinámica del mercado laboral y del crecimiento económico; la transición demográfica; y el perfil y la transición epidemiológica. La pobreza, la exclusión social, la inequidad en los ingresos y la dinámica del mercado laboral tienen incidencias y repercusiones en lo inmediato, reflejándose directamente en los niveles de cobertura de los sistemas de protección social en salud y de pensiones. La transición demográfica, por otra parte, incide más en el mediano y largo plazo y afecta sensiblemente el equilibrio financiero del sistema de pensiones y su sostenibilidad, creando una presión financiera. El perfil epidemiológico y sus cambios inciden en la demanda de servicios de salud y afectan los requerimientos de inversión y las modalidades de servicio. Los cuatro plantean desde ya serios cuestionamientos al actual esquema de financiamiento de la protección social en salud y pensiones. A continuación se analiza cada una de estos factores, precisando cómo inciden y repercuten sobre el sistema de salud y de pensiones, y los nuevos desafíos y oportunidades que imponen.

a) Pobreza, distribución del ingreso y exclusión social⁴⁴

La limitada capacidad de ahorro de segmentos masivos de la población debido a la condición de pobreza y exclusión social en que viven, así como los altos niveles de concentración del ingreso inciden negativamente sobre las coberturas de protección social de salud y pensiones.

Honduras presenta una de las tasas más altas de pobreza con respecto a los países de América Latina. En 2004, a nivel nacional, afectaba al 50,6% de la población; a nivel urbano, el 27,5%, y a nivel rural el 72,1% (ver cuadro III.5). Respecto a la indigencia o extrema pobreza, en 2004, a nivel nacional, el 23,6% de la población vivía en condición de extrema pobreza o indigencia; a nivel urbano, el 6,8%, y a nivel rural el 39,4%.

A pesar del alto crecimiento económico experimentado entre 2000 y 2006 se agudizó la desigualdad. Esto debido a que por un lado el crecimiento económico aumentó el empleo precario e informal (bajos ingresos, baja productividad, alta flexibilización laboral), y por otro, las dos ramas más dinámicas absorbieron muy poco empleo.

Cifras sobre la distribución del ingreso de las personas, por deciles de ingreso muestran esta grave situación estructural que vive una de las sociedades más desiguales de la región. Al 2006, a nivel nacional, el 10% de la población más pobre recibió apenas el 0,4% del ingreso, mientras el 10% de la población más rica recibió el 45,8% del ingreso, con una relación de 115 a 1. Esta grave situación, se agravó frente a lo observado en 1999. Honduras exhibe un elevado coeficiente de Gini a nivel nacional de 0,59 en 2006 (0,56 en el año 1999), que es uno de los más altos de la región latinoamericana.

⁴⁴ La información de esta sección proviene de CEPAL (2007b).

CUADRO III.5
HONDURAS: POBREZA, DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO Y COEFICIENTE DE GINI, 1996 Y 2006

Pobreza	1999	2004
Porcentaje de población pobre (nacional)	79,7	50,6
Porcentaje de población pobre (urbano)	71,7	27,5
Porcentaje de población pobre (rural)	86,3	72,1
Hogares en condiciones de extrema pobreza (nacional)	56,8	23,6
Hogares en condiciones de extrema pobreza (urbano)	42,9	6,8
Hogares en condiciones de extrema pobreza (rural)	68,0	39,4
Desigualdad	1999	2006
% del ingreso en manos del 10% más pobre de la población	0,9	0,4
% del ingreso en manos del 10% más rico de la población	42,9	45,8
Coefficiente de Gini	0,56	0,59

Fuentes: Elaboración propia sobre la base de ENCOVI 2004 y de CEPAL, Anuario estadístico 2007, Estadísticas sociales, pobreza.

La exclusión social que sufren los indígenas y los pueblos garífunas no se captura con claridad en las estadísticas, ya que representan menos del 8% de la población total del país. Como se observará más adelante en el análisis del mercado de trabajo y en el estudio de los perfiles epidemiológicos, la mayor parte de indígenas se emplea en la economía informal, posee un bajo nivel de instrucción, y sufre tasas de mortalidad infantil por encima de los promedios nacionales. Estos indicadores se asocian particularmente con los grupos de población contenidos en el primer quintil de ingresos, por lo cual es posible inferir que los grupos indígenas son pobres extremos.

La situación de pobreza, desigualdad y exclusión social anotada con anterioridad incidirá y repercutirá severamente sobre los sistemas de protección en salud y pensiones, imponiendo un contexto futuro caracterizado por:

- a) Acceso muy limitado a los sistemas de protección social de salud y pensiones contributivos, haciendo más relevante el rol de la familia como red de contención social de familiares no cubiertos (mayor gasto familiar en salud –gastos de bolsillo, y manutención económica y cuidados diarios de adultos mayores).
- b) Importante y creciente número de adultos mayores en condiciones de pobreza (por ingresos) e indigencia debido a mercados de trabajo poco dinámicos y precarios y a exclusión de protección social. Por ejemplo, en el supuesto de que el porcentaje de pobreza se mantiene al año 2010 (71,5%), y que ese porcentaje se aplica a las personas de 65 años y más (319.788), significa que cerca de 228.600 personas pasivas estarán en condiciones de pobreza, por tanto excluidos de seguridad social y que deberán ser cubiertos por medio de mecanismos distintos a los contributivos, no necesariamente vinculados al trabajo (regímenes no contributivos).
- c) Perpetuación de la exclusión social de la población indígena, ya que no existen mecanismos de movilidad social que les permitan incorporarse a los sistemas de protección social tal y como están definidos en la actualidad.

Encarar esta situación estructural de pobreza, exclusión social y concentración del ingreso (que no se prevé que cambie significativamente en el mediano plazo) hace necesario incorporar amplios sectores de la población a la seguridad social por medio de mecanismos distintos a los contributivos, no necesariamente vinculados al trabajo formal (regímenes no contributivos).

b) Dinámica del mercado laboral y crecimiento económico

La composición y dinámica del mercado de trabajo, estrechamente relacionado con el régimen de crecimiento económico y la estructura productiva que lo sustenta, constituye un determinante central del sistema de protección social en salud y pensiones. Esto es así debido a que en la actualidad es únicamente por medio de la incorporación a este mercado, que los asalariados contribuyen al fondo de seguridad social y se benefician de un aseguramiento que cubre una gama de riesgos de empobrecimiento por enfermedad, discapacidad, envejecimiento o muerte.

Por tanto, la cobertura de la protección social en salud y pensiones se expande solo si el mercado laboral asalariado también se expande. Y este último a su vez depende del nivel y calidad del crecimiento económico.

Entre el 2000 y 2007 el PIB de Honduras creció anualmente a una tasa promedio del 5,1 %, casi dos puntos porcentuales por encima de la tasa de crecimiento promedio de América Latina y el Caribe (3,5 %). Por su parte, el PIB per cápita tuvo una tasa de crecimiento promedio de 3,1% anual, superior a la tasa de crecimiento promedio del PIB per cápita anual de América Latina (2,1%).

CUADRO III.6
HONDURAS: CRECIMIENTO ECONÓMICO Y PIB PER CÁPITA

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PIB a precios corrientes (US\$)	4 724,5	7 187,3	7 652,7	7 860,0	8 233,8	8 871,0	9 757,1	10 850,9	...
PIB per cápita a precios corrientes (US\$)	845,5	1 153,5	1 203,1	1 210,7	1 243,2	1 313,1	1 415,5	1 542,9	...
PIB a precios constantes 2000	6 190,5	7 187,3	7 383,1	7 660,2	8 008,6	8 507,7	9 022,5	9 604,2	...
PIB per cápita a precios constantes 2000	1 107,8	1 153,5	1 160,7	1 180,0	1 209,2	1 259,3	1 308,9	1 365,6	...
PIB tasas de crecimiento anual (porcentajes)		5,7	2,7	3,8	4,5	6,2	6,1	6,4	6,0
PIB per cápita, tasas de crecimiento anual (porcentajes)		3,6	0,6	1,7	2,5	4,1	3,9	4,3	3,9

Fuente: CEPAL, Anuario estadístico 2007, Estadísticas económicas.

Según el Panorama Laboral (OIT, 2007), el elevado crecimiento económico de los últimos años permitió en Honduras una importante reducción de la tasa de desempleo urbano, como resultado combinado de los siguientes factores: i) el aumento de la demanda laboral del aparato productivo; y ii) el estancamiento de la tasa de participación laboral (probablemente asociado con la migración hacia Estados Unidos). Según los datos de la ENCOVI de 2004, el desempleo total nacional para la PEA de 18 años y más se situó en 5,7%, y la tasa de participación en 62,9%.

Desafortunadamente el incremento del empleo urbano provino esencialmente del aumento del empleo no asalariado, especialmente de trabajadores independientes, denotando un proceso de mayor precarización del empleo. Mientras que el empleo asalariado absorbió al 46,2% de la población total, una proporción cercana (43,9%) de las y los hondureños ocupados tuvo que insertarse al mercado laboral como cuenta propia. Estas características tienen estrecha relación con la baja cobertura de la seguridad social: solamente 33,3% de la población ocupada de 18 años y más estaba cubierta. La desagregación por sector de

la economía señala además, que si bien un 50,1% de los trabajadores en el sector formal cotizan al seguro social, un alto porcentaje aún no lo hacen. Este fenómeno se agudiza dentro del sector informal, donde solamente 2,7% de los trabajadores mayores de edad contaban con ello.

CUADRO III.7
HONDURAS: SITUACIÓN DEL EMPLEO, 2004
(En porcentajes)

	Personas	Tasas
Población económicamente activa y tasa de participación	2 269	62,9
Población ocupada y tasa de ocupación	2 141	59,3
Población desocupada y tasa de desempleo	128	5,7

Fuente: ENCOVI, 2004.

CUADRO III.8
HONDURAS: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS, 2004
(En porcentajes)

	Porcentaje
Por tipo de inserción	
Trabajadores públicos	6,6
Trabajadores del sector privado	36,9
Empleados domésticos	2,6
Cuenta propias	43,9
Empleador o patrón	3,6
Trabajadores no remunerado	6,4
Por sector económico	
Formal	30,2
Informal	69,8
Acceso a la seguridad social	
Población ocupada	33,3
Ocupados formales	50,1
Ocupados informales	2,7
Por rama de actividad económica	
Agricultura, silvicultura, caza y pesca	76,3
Comercio	9,9
Industria manufacturera	6,1
Servicios comunales, sociales y personales	4,2
Construcción	1,6
Otros	1,3

Fuente: ENCOVI, 2004.

Un factor adicional que se analiza pocas veces en cuanto a las dinámicas de empleo es el impacto de las migraciones laborales. Es importante acotar que la migración laboral hacia Estados Unidos ha crecido significativamente durante los últimos ocho años, generando una válvula de escape en la fuerza laboral que no puede emplearse en la economía o que no logra hacerlo en condiciones que permiten explotar al máximo su productividad. Al respecto, la encuesta de condiciones de vida señalaría que cerca del 20% de los hogares recibe remesas del exterior, con mayor frecuencia a mayor decil de consumo:

mientras que solamente 5,5% de los hogares más pobres reporta este fenómeno, 44% de los del último quintil son receptores de remesas del exterior.

Manuel Orozco (Diálogo interamericano, 2008) ha indicado que casi el 44% de los hogares que reciben remesas destinan parte de las mismas al ahorro, con niveles promedio de ahorro por hogar cercanos a US\$1,700. Igualmente, casi un 24% de los hogares que reciben remesas ha reportado poseer al menos una tarjeta de crédito. Esta y otra información sobre migración y remesas señaladas parece sugerir que existen grupos de población con ingresos informales pero con capacidad para participar en esquemas de seguridad social contributivos, y que no son capturados por el sistema de protección social en salud y pensiones existente. Esta fuente de financiamiento se analizará en la sección 3 del presente estudio como uno de los posibles esquemas de ampliación de la cobertura de la seguridad social.

En resumen, la dinámica del mercado laboral y del crecimiento económico inciden sobre el aseguramiento social, planteando un entorno laboral caracterizado por:

- a) Un crecimiento económico insuficiente para atender el crecimiento natural de la oferta de trabajo de la fuerza laboral, provocando que un número significativo de personas no encuentre puestos de trabajo y por ende vayan, sea al desempleo, o sea al subempleo, en ambos casos quedando excluidos de la seguridad social.
- b) Un crecimiento económico incapaz de generar puestos de trabajo decente, incrementando más bien el sector de trabajadores independientes o familiares no remunerados, con muy bajos niveles de ingreso y productividad, lo cual tampoco contribuye a la expansión de la protección social en salud y pensiones.
- c) La precarización del mercado laboral se traduce en un severo cuello de botella e incapacidad estructural para aumentar la cobertura a la seguridad social del total de ocupados, que en 2004 ascendió a tan solo el 33,3% de los mayores de 18 años.

Los primeros puntos señalan hacia un escenario futuro de expansión de la cobertura de la seguridad social por medio de esquemas no contributivos, que sumados a los contributivos, permita disminuir los riesgos de empobrecimiento por enfermedad, discapacidad, vejez o muerte.

c) Tendencias demográficas recientes: riesgos y oportunidades para ampliar la cobertura de la protección social en la salud y en pensiones⁴⁵

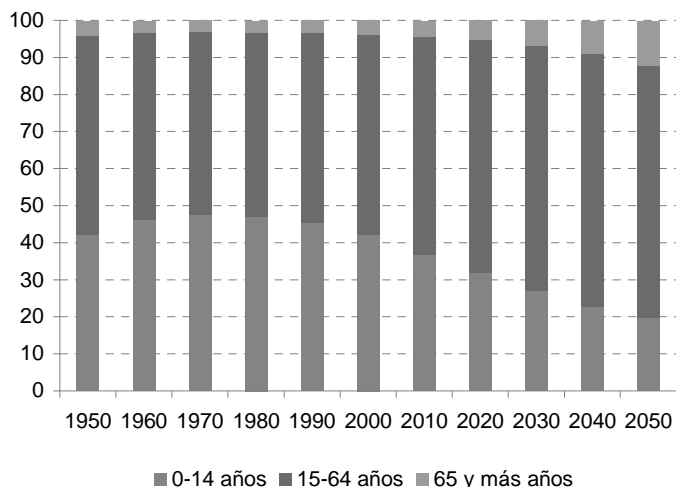
Las tendencias demográficas sin duda tienen efectos importantes sobre los sistemas de salud y pensiones⁴⁶ y plantean al mismo tiempo un conjunto de desafíos. En primer lugar, a pesar de que el contexto demográfico es más favorable que el de otros países cuyas tasas de nacimiento son bajas o hasta decrecientes, su población envejecerá rápida y considerablemente en los próximos decenios. Pero la existencia de un bono demográfico ofrece sin embargo en las próximas décadas una enorme oportunidad para fortalecer los sistemas de protección social.

Las proyecciones de Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) indican que entre el 2000 y el 2007 la población aumentó en más de 945 mil habitantes, llegando a alcanzar cerca de 7,2 millones. Para el año 2010, la misma fuente establece que la pirámide poblacional mostrará cambios importantes; una menor proporción (36,9%) de jóvenes menores de 15 años, y una mayor proporción de las otras categorías de edad: 51,1% de 15 a 49 años, 7,7% de 50 a 64 años y 4,2% de mayores de 65 años de edad. Sin embargo, para el año 2050, cuando su población alcance los 12,4 millones de habitantes, el peso de la población de 65 años y más, aumentará significativamente hasta alcanzar el 12,1% del total de la población.

⁴⁵ Esta sección utiliza información proveniente de: OPS (2007), CEPAL (2008) CEPAL (2007b).

⁴⁶ En el caso de las pensiones, es importante acotar que los sistemas previsionales públicos en varios países de ingresos medios y altos están bajo una creciente presión financiera, ya que a medida que envejece la población, aumenta el número de pensionados con relación al número de trabajadores. Como consecuencia, el déficit de los sistemas de pensiones se está ampliando a medida que las prestaciones superan las aportaciones.

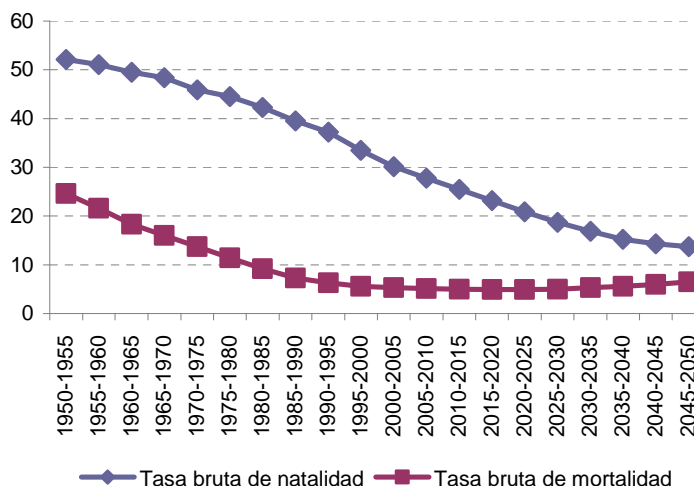
GRÁFICO III.1
HONDURAS: ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR EDAD, 1950-2050
 (En porcentajes)



Fuente: CEPAL, Anuario estadístico 2007, Series sociales, Población.

Estos cambios en la composición de la población por edades están relacionados con los cambios que van teniendo en el tiempo las tasas de fecundidad, natalidad y de mortalidad. Honduras parte de tasas de natalidad y de mortalidad bastante elevadas (52,1 y 24,6 entre 1950-1955), y su descenso no es muy pronunciado en el tiempo. Por ejemplo, la tasa de natalidad para el período 2005-2010 se estima en 30,1 por 1.000 habitantes. Por otra parte, la caída de la tasa de mortalidad es más pronunciada y se estabiliza en el orden del cinco por mil habitantes a partir del año 2005.

GRÁFICO III.2
HONDURAS: NATALIDAD Y MORTALIDAD, 1950-2050
 (En personas por cada mil habitantes)



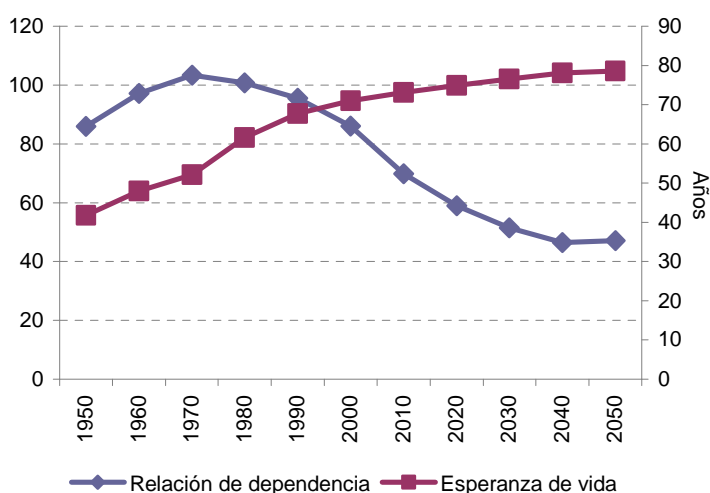
Fuente: CEPAL, Anuario estadístico 2007, Series sociales, Población.

El descenso más pronunciado de la tasa de mortalidad conduce a un aumento de la esperanza de vida al nacer para la población total, que en el 2010 será de 73,1 años y en el 2050 de cerca de 79 años. Estas evoluciones poblacionales determinan que dentro de la clasificación de la transición

demográfica⁴⁷ que realiza CEPAL en moderada, plena, avanzada y muy avanzada, a partir de estratificar las tasas globales de fecundidad y de mortalidad (esperanza de vida) que presentan, Honduras aparece entre los países de transición demográfica plena, es decir con una fecundidad y mortalidad intermedia.

Como la estructura poblacional es joven, la tasa de dependencia⁴⁸ alcanzará su valor mínimo en el año 2040 (46,5%). Fue el año 1990 cuando la proporción de la población no productiva sobre la productiva alcanzó su mayor nivel (95,5%), con un descenso pronunciado en el 2000 (86,1%) y más aún en el 2010 (69,8%). El período en que la proporción de personas en edades potencialmente productivas crece de manera sostenida en relación con la de personas en edades potencialmente inactivas se conoce como “Bono demográfico”. En Honduras se inicia en el año 2021 y se prolonga hasta el año 2057, con una duración de 36 años.

GRÁFICO III.3
HONDURAS: RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y ESPERANZA DE VIDA, 1950-2050
(En porcentajes y años)



Fuente: CEPAL, Anuario estadístico 2007, Series sociales, Población.

El bono demográfico permitiría incrementar el ahorro social destinado a los sistemas de salud y pensiones. Con una mayor proporción de población en edad productiva el riesgo se puede distribuir entre un mayor número de contribuyentes y por lo tanto bajar las primas de aseguramiento social requeridas para mantener el financiamiento del sistema previsional en pensiones y salud. Si por el contrario, se desaprovecha la oportunidad y no se incrementa el ahorro para enfrentar riesgos sociales y asegurar coberturas universales y solidarias, los pasivos acumulados para la siguiente generación serán mucho mayores y más difíciles de enfrentar, tanto desde un punto de vista financiero como político.

Las tendencias demográficas anotadas en este apartado incidirán críticamente sobre el sistema de protección social en salud y pensiones, imponiendo un contexto futuro caracterizado por:

- a) Un incremento importante en el número de personas de 65 años y más (hombres y mujeres) que requerirán de un ingreso digno luego de haber aportado al país en su etapa productiva: de

⁴⁷ Se define la transición demográfica como un proceso durante el cual se pasa de una dinámica de bajo crecimiento de la población, con altos niveles de mortalidad y fecundidad, a otra también de bajo crecimiento, pero con mortalidad y fecundidad reducidas; en el estadio intermedio se observan elevadas tasas de aumento de la población como resultado del desfase entre los inicios del descenso de la mortalidad y de la fecundidad.

⁴⁸ La relación de dependencia vincula a la población en edades potencialmente inactivas (menores de 15 años y personas de 60 años y más, en el numerador) con la población en edades potencialmente activas (entre 15 y 59 años, en el denominador) y es un importante indicador para medir los posibles efectos de los cambios demográficos en el desarrollo socioeconómico.

243.009 personas en el año 2000 pasarán a ser 319.788 en el año 2010, y serán 1 millón 500 en el año 2050, multiplicándose por cinco. El mayor envejecimiento de la población dará como resultado una caída en la relación activos/pasivos, conocida como tasa de sostenimiento o sea, entre el número de asegurados cotizantes (declinante) y el de los pensionados (creciente), por lo que las contribuciones de cada cotizante deberán ser superiores a las actuales para financiar las pensiones de un número cada vez mayor de pasivos o jubilados. Adicionalmente, dado el aumento de la esperanza de vida (por caídas en la mortalidad) se necesitará de un mayor volumen de recursos para garantizar los pagos de una población que vive más prolongadamente. Finalmente, dado que aumenta la razón de dependencia de la población de 60 años y más sobre la población en edad productiva (20 a 59 años), el gasto de pensiones deberá aumentar significativamente. Con los actuales parámetros del sistema de pensiones, el envejecimiento de la población más temprano que tarde provocarán un rápido deterioro financiero del mismo.

- b) En segundo lugar, la gran oportunidad de incrementar el ahorro social debido al bono demográfico puede no solo disminuir los costos para las generaciones futuras en cuanto al sostenimiento de los grupos de población inactivos económicamente, sino además brindar la oportunidad de universalizar la seguridad social frente a los riesgos de enfermedad, discapacidad o muerte.

d) Perfil y tendencias epidemiológicas⁴⁹

El perfil y las tendencias epidemiológicas plantean desafíos importantes a la protección social en salud. Muchas personas no acceden a servicios de salud adecuados. Los altos niveles de pobreza solo agravan esta situación, ya que determinan riesgos de enfermedad desde los primeros años de vida y a lo largo de toda la vida fértil de las mujeres. Al final se genera un círculo vicioso, en donde la pobreza y la carencia de acceso a servicios básicos deterioran la salud de las personas desde la niñez, y luego en la vida adulta esto se refleja en una mayor necesidad de atención en salud, lo cual a su vez ejerce presión sobre el sistema sanitario.

La pobreza y la carencia de acceso a servicios básicos⁵⁰ definen un perfil de morbilidad y mortalidad en donde prevalecen las enfermedades prevenibles y las vinculadas con la mala nutrición. Dentro de estas se cuentan las infecciones respiratorias agudas, las diarreas, las enfermedades transmitidas por vectores (malaria, dengue), así como las asociadas con baja ingesta calórica proteica. La mortalidad en la niñez se vincula fuertemente con estas condiciones de vulnerabilidad.

La población rural pobre es la de mayor riesgo. Las limitaciones de ingreso se combinan con la inseguridad alimentaria y con la mala calidad de la vivienda, generando mayor exposición a factores ambientales tales como fuentes de agua contaminadas o poca protección frente al clima.

Honduras también es un país en donde existe un alto riesgo frente a desastres naturales. Los huracanes y tormentas tropicales han destruido infraestructura y viviendas en las zonas rurales y urbanas, generando aún mayor exposición frente a las condiciones climáticas adversas, provocando mayores riesgos de morbilidad y mortalidad, particularmente entre la población infantil y las mujeres.

Los riesgos de enfermedades de transmisión sexual son los mayores en Centro América. La prevalencia de VIH/SIDA entre la población adulta es de las más altas de América Latina, y a ello se suma la creciente exposición frente a esta y otras enfermedades de transmisión sexual por parte de las mujeres y los adolescentes.

⁴⁹ La información de esta sección proviene de: OPS (2007), OPS (2001) y OPS (2007).

⁵⁰ Según la OMS, los determinantes de la salud son las circunstancias sociales y económicas que afectan la salud a lo largo de la vida, (OMS, 2005). En este apartado se abordan fundamentalmente la pobreza como principal determinante del estado de la salud y el estado actual de los principales indicadores de salud.

CUADRO III.9
HONDURAS: PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDADES AMBULATORIAS, 2006 Y 2007
(En porcentajes)

	Infecciones respiratorias	Otras enfermedades infecciosas	Enfermedades crónicas	Parto y complicaciones	Fracturas/accidentes	Problemas dentales	Problemas dermatológicos	Otras enfermedades
Total	53,5	17,5	5,7	0,6	2,3	1,2	6,5	13
Por área								
Urbano	54,8	15,2	6,5	0,8	2,8	1,3	6,6	12
Rural	52,3	19,5	5,1	0,5	1,8	1,1	6,4	13
Por quintil de riqueza								
Inferior	54,5	21,3	3,2	0,7	1,5	0,5	6,3	12
Segundo	49,6	21,2	4,8	0,4	2,1	1,5	6,6	14
Intermedio	50,8	18,1	7	0,8	2,1	1,4	6,8	13
Cuarto	54,4	14,6	6,8	0,7	2,3	1	7,3	12
Superior	58,1	12,5	6,5	0,5	3,3	1,5	5,4	12
En la niñez Menores de cinco años	66,5	21,7	0,2	0	0,5	0,3	6,8	3,9

Fuente: ENDESA, 2005-2006.

Junto con El Salvador y Guatemala, es uno de los tres países con mayores muertes violentas en la región centroamericana. La violencia intrafamiliar (particularmente contra las mujeres) genera problemas epidemiológicos severos tanto en el campo como en las ciudades, mientras que los homicidios con armas de fuego son un fenómeno urbano creciente.

En cuanto a las tendencias de largo plazo, es importante señalar que en los últimos 15 años ha experimentado mejoras leves en indicadores claves como esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil y mortalidad materna. El progreso es limitado, y eso se refleja en el hecho de que es difícil que se alcancen las metas del milenio en temas vinculados a supervivencia infantil.

CUADRO III.10
HONDURAS: MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ, 2005-2006
(Por mil nacidos vivos)

	Mortalidad infantil	Mortalidad en la niñez
Total	25	32
Área		
Urbano	24	29
Rural	33	43
Departamento		
Atlántida	26	35
Colón	27	37
Comayagua	33	38
Copán	39	61
Cortés	22	28
San Pedro Sula	17	23
Resto de Cortés	25	34
Choluteca	34	38
El Paraíso	37	49
Francisco Morazán	26	31
Distrito Central	26	30
Resto Francisco Morazán	27	33
Intibucá	29	38
La Paz	43	56
Lempira	32	49
Ocotepeque	33	36
Olancho	30	42
Santa Bárbara	32	42
Valle	22	29
Yoro	26	33
Quintil de riqueza		
Inferior	37	50
Segundo	36	47
Intermedio	28	39
Cuarto	20	22
Superior	19	20

Fuente: ENDESA 2005-2006.

El progreso en nutrición es aún menos notorio. Las altas tasas prevalecientes no han mejorado significativamente en los últimos años (aunque tampoco se han agravado de manera abrupta). El bajo peso al nacer continua siendo un elemento que refleja la mala nutrición de las mujeres en edad fértil y la niñez, y uno de las causas de mortalidad infantil, que presentan a su vez diferentes tasas de mortalidad por condición étnica (para el 2001 se reportaban tasas de mortalidad infantil –por cada mil nacidos vivos– 43,5 entre indígenas, 31,9 entre afrodescendientes y 34,5 para el resto de población) (CEPAL, 2008).

CUADRO III.11
HONDURAS: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ, 1996 Y 2005-2006
(En porcentajes)

	1996	2005-2006
Prematuro/bajo peso	11,9	12,6
Trauma de nacimiento/asfixia	12,5	23,3
Infección respiratoria aguda	23,8	17
Diarrea/deshidratación	20,6	12,6
Otras causas	31,2	34,5

Fuente: Encuesta nacional de fecundidad y salud, ENESF 1996 y ENDESA 2005-2006.

CUADRO III.12
HONDURAS: TASA DE MORTALIDAD MATERNA, VARIOS AÑOS
(Por cien mil nacidos vivos)

Año	Tasa
1990	182
1997	108
2000	119 ^a - 110 ^b

Fuente: PNUD.

^a Estimada por INE.

^b Estimada por WHO/UNFPA/UNICEF.

Las enfermedades de transmisión sexual, y particularmente el VIH/SIDA parecen estar disminuyendo, ya que el número de nuevos casos reportados ha tendido a decrecer en los últimos cuatro años. Sin embargo, las enfermedades de transmisión sexual presentan un perfil creciente entre las mujeres en edad fértil, y todavía se infectan mucho los adolescentes.

El huracán Mitch y otros desastres naturales de los últimos 10 años han dejado sus secuelas en la infraestructura básica como viviendas, redes de agua, y sistemas de eliminación de excretas. La labor permanente de reconstrucción de estas infraestructuras consume buena parte de los escasos recursos públicos y de los fondos complementarios de cooperación internacional.

Por último, la tendencia en cuanto a la violencia es claramente hacia el alza. La mortalidad por causas violentas, y particularmente los homicidios, no parece tener límite, generándose un creciente número de homicidios (con una mayor incidencia de femicidios durante los últimos cinco años).

CUADRO III.13
HONDURAS: DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y GLOBAL, 2006 Y 2007
(En porcentajes)

	Porcentaje de desnutrición crónica	Porcentaje de desnutrición global
Total	24,7	11,4
Área		
Urbano	13,7	6,2
Rural	32	14,8
Departamento		
Atlántida	18,8	9,4
Colón	21,4	8,8
Comayagua	27,1	9,8
Copán	41,7	17,3
Cortés	14,7	6
San Pedro Sula	13,5	4,4
Resto de Cortés	15,4	6,9
Choluteca	24,1	13,8
El Paraíso	26,4	13,5
Francisco Morazán	15,3	6,2
Distrito Central	12,7	4,3
Resto Francisco Morazán	19,8	9,7
Intibucá	47	22,6
La Paz	42,3	17
Lempira	49,5	25,8
Ocotepeque	40	22,8
Olancho	24,1	11,5
Santa Bárbara	29	12,5
Valle	17,5	10,9
Yoro	20,8	10,9
Quintil de riqueza		
Inferior	43,2	21,5
Segundo	32,1	14,1
Intermedio	20,4	8,9
Cuarto	11	4,4
Superior	5	2

Fuente: ENDESA 2005-2006.

En razón de lo indicado en esta sección indican algunos desafíos para la protección social en salud que pueden ser puntualizados de la siguiente manera:

- a) Acelerar la caída en la mortalidad infantil y materna. Los esfuerzos que el país realiza deben ser redoblados tomando en cuenta las diferencias por condición de residencia (urbano y rural) y por pertenencia étnica (indígenas y afrodescendientes), a fin de procurar alcanzar plenamente los objetivos del Milenio y asegurar la mortalidad por causas prevenibles.
- b) Reducir la incidencia de la desnutrición. El escaso avance pareciera vincularse a la vulnerabilidad alimentaria prevaleciente en el campo, pero agudizada por los desastres

naturales. Un enfoque más integral de respuesta a estos problemas, involucrando esfuerzos productivos, ayuda alimentaria focalizada, y educación nutricional podría dar resultados más acelerados y sostenibles a fin de reducir la incidencia de la mala nutrición.

- c) Aumentar la protección de las mujeres frente a hechos de violencia. La creciente feminización de los homicidios debe ser contrarrestada con una política decidida de prevención de la violencia en los hogares, y de protección efectiva para las víctimas de hechos violentos.
- d) Mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud a los problemas sanitarios derivados de desastres naturales y situaciones de emergencia que se presentan con cierta frecuencia.

Los puntos anteriores indican que las coberturas y la calidad del sistema de salud deben incrementarse. Sin una expansión del sistema, será imposible enfrentar con éxito los desafíos sanitarios planteados, además de aumentar los costos de tratamiento individual de las personas que requieran protección social en salud. Dicha expansión debe en primera instancia garantizar la universalidad en el nivel preventivo, a fin de que los recursos en los niveles secundario y terciario sean aprovechados de una manera más eficiente.

B. Los determinantes institucionales de la baja protección social en salud y pensiones

1. El sistema previsional hondureño: régimen de pensiones, beneficios, requisitos y financiamiento

Una vez revisadas las principales incidencias que tienen las transformaciones socioeconómicas y sociodemográficas sobre la cobertura del sistema de pensiones hondureño, en esta sección se evaluarán los determinantes institucionales de dicha cobertura. Cuatro elementos centrales del sistema son evaluados: i) el tipo de régimen previsional en el cual se sustenta y el modelo de gestión; ii) la fortaleza del vínculo entre contribuciones y beneficios; y iii) la sanidad financiera que presenta y la magnitud de las presiones financieras.

a) Contexto histórico y reforma

El Sistema de Seguridad Social hondureño vigente está regulado y reglamentado por la Ley del Seguro Social expedida mediante Decreto No 80-2001 del 1 de junio del año 2001, por el Acuerdo de la Junta Directiva del INSS No 003-JD-2005 del 15 de febrero del año 2005, así como por cada una de las Leyes y reglamentos que regulan el funcionamiento y operación de los otros cuatro Institutos que proveen pensiones en Honduras.

Según decreto número 140 del 22 de mayo de 1959, el IHSS, “se establece como una institución de derecho público”, mientras el Seguro Social “constituye un servicio [que] cubrirá los siguientes riesgos: enfermedad, maternidad, accidente de trabajo y enfermedad profesional, invalidez, vejez, muerte, cesantía involuntaria. Están sujetos al seguro social obligatorio: los trabajadores particulares que prestan sus servicios a una persona natural o jurídica; los trabajadores públicos, los de las entidades autónomas y semiautónomas y los de las entidades descentralizadas del estado”. En 1967, según el decreto 115, artículo 36, los hijos de los asegurados, hasta la edad de cinco años inclusive tendrán igualmente derecho a las prestaciones principales de la institución (las señaladas en el apartado a) del artículo 34). Las esposas o compañeras de hogar de los trabajadores asegurados tendrán derecho a asistencia médica en caso de maternidad y enfermedades post-partum. Según decreto 155 del 11 de septiembre de 1972 la cobertura del IHSS, se extiende a nivel nacional, para cubrir a los trabajadores de la jurisdicción del Distrito Central y a los de otras ciudades importantes (Martínez, 2003).

De su parte, el INPREMA, surge como una institución de previsión social, que cubre los docentes del sector público y privado a partir de 1980 según decreto 1065 del 15 de julio. La institución se crea

como una entidad de derecho público, autónoma, con personería jurídica, patrimonio propio y duración indefinida. La ley del INJUPEMP, fue aprobada el 5 de febrero de 1971 y entró en vigencia a partir de abril del mismo año. Desde esa fecha fueron protegidos los empleados y funcionarios del Poder Ejecutivo, pero el sistema no se inició sino hasta el 1 de enero de 1976, cuando se comenzaron a hacer efectivas las cotizaciones al mismo. En el caso del INJUPEMP sus afiliados son los empleados y funcionarios del Poder Ejecutivo que gozan de acuerdo de contratación indefinido. Cubre beneficios de jubilación, pensión por invalidez, transferencia de beneficios, muerte en servicio activo, retiro del sistema, traslado de valores actuariales, al igual que servicios de préstamos hipotecarios y personales. La Junta Militar de Gobierno, mediante decreto número 1, del 6 de diciembre de 1972, promulga la ley de Previsión Militar, que establece un régimen especial de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, el cual cubre las siguientes prestaciones: invalidez; separación, auxilio funerario, seguro y montepío. De su lado, el INPREUNAH es la institución de previsión de los trabajadores universitarios (profesores y personal administrativo). Fue creado mediante acuerdo número 1 del acta 528 de la sesión extraordinaria celebrada el 14 de junio de 1989. Esta institución ofrece a sus afiliados: jubilación, pensión por invalidez, indemnización por muerte, separación del sistema y auxilio funerario.

En los últimos años, han primado las reformas de tipo paramétricas y se han realizado indistintamente en los cinco sistemas de pensiones modificando esencialmente diversos parámetros tales como la tasa de reemplazo, la edad de jubilación, la tasa de contribución y techos de cotización, los requisitos para acceder a prestaciones o sus reglas de indización o la extensión hacia nuevos beneficiarios. Por ejemplo, en el caso del IHSS, en 1993 se da la primera reforma a la Ley de seguridad social, y se establece que las cotizaciones se fijarán mediante el voto unánime de la totalidad de los miembros de la Junta Directiva. En el 2001, se produce la segunda reforma a la Ley de seguridad social, donde se aprueba una variación en los techos de cotización, una ampliación de las edades límite de los hijos de padres beneficiarios para poder ser cubiertos en forma indirecta por el régimen de seguridad social, y se establece la posibilidad de que tanto los hombres como las mujeres puedan incorporar como beneficiarios a sus respectivos conyugues dependientes (Hernández, 2007). En general, dada la estructura joven de la población hondureña y las consecuentes bajas presiones financieras ejercidas sobre los sistemas de pensiones, en el pasado las reformas han tenido un alcance limitado. Por otra parte a nivel internacional Honduras ratificó en la Conferencia Internacional del Trabajo del año 2001 en su 89° reunión, el carácter de la seguridad social como derecho humano fundamental, al insistir quién que es muy importante para el bienestar de los trabajadores, de sus familias y de toda la sociedad; que es un derecho humano fundamental y un instrumento esencial para crear cohesión social, y de ese modo contribuye a garantizar la paz social y la integración social.

b) Tipo de régimen previsional y perfil demográfico

Las leyes y sus respectivos reglamentos de los cinco institutos existentes establecen en materia de tipo de régimen previsional que todos estos sistemas de pensiones se asientan en un régimen financiero basado en el reparto o la prima media escalonada, el cálculo de beneficios se basa en una lógica de beneficio definido, y la administración es pública a cargo del Estado, por medio de cada instituto respectivo.

La regulación de cada sistema está a cargo de los respectivos institutos, que además financian, administran, afilian y conceden las prestaciones de vejez, invalidez y muerte de manera independiente. Para el efecto, cada instituto tiene una Junta o Consejo Directivo que define las políticas generales de pensiones y cuya integración varía en función de cada Instituto. En el caso del IHSS (el más grande) existe la Junta Directiva integrada por nueve miembros con representantes del Ejecutivo (dos miembros); de los empleadores (tres miembros); de los trabajadores (tres miembros) y del Colegio de Médicos (un miembro). El control y vigilancia lo vienen haciendo los mismo Institutos, con la supervisión de la Comisión nacional de bancos y seguros (CNBS).

Por tanto, los cinco sistemas de pensiones existentes de prestaciones definidas funcionan sobre la base de un régimen de reparto o prima media escalonada, donde las cotizaciones actuales se utilizan principalmente para costear las pensiones actuales, en vez de invertirse para financiar las pensiones futuras de los trabajadores actuales, es decir se sustenta financieramente en las transferencias

intergeneracionales. Significa que el consumo presente de las generaciones de jubilados se financia con las contribuciones realizadas por los actuales trabajadores activos. Queda implícito que las próximas generaciones financiarán el retiro de los activos actuales. No obstante, se podría decir que todos los sistemas son de capitalización parcial, dado que han acumulado por lo menos un mínimo de reservas.

Efectivamente, en los últimos años, casi todos los sistemas de pensiones han acumulado reservas y sus flujos de caja han disfrutado de módicos superávits, unos más holgados que otros, como se verá más adelante. Hay que advertir, sin embargo, que estos superávits se deben a que la población de Honduras es relativamente joven y, en consecuencia, la relación aportantes/pensionados todavía es alta; es decir, son superávits temporales. Lo preocupante es que, como ya se analizó en el capítulo anterior, rápidamente el perfil demográfico de los sistemas de pensiones se deteriorará significativamente. En los próximos decenios, como resultado del envejecimiento de la población, la relación aportantes/pensionados disminuirá enormemente haciendo insostenible el régimen de reparto o prima media escalonada actualmente establecido.

El efecto de un empeoramiento de la razón aportantes/ pensionados ya ha sido cuantificada de una manera gruesa por el Fondo monetario internacional (FMI) en un documento de análisis de los sistemas de pensiones centroamericanos (FMI, 2007), mediante un análisis de la aritmética básica de los sistemas de reparto. Como señala ese estudio, en un sistema de reparto puro, los parámetros de pensión sostenibles deben cumplir con las siguientes condiciones: $r = cX$, siendo r = promedio de la tasa de reemplazo (la pensión promedio dividida por el salario promedio), c = la tasa de cotización, y X = la relación aportantes/pensionados. A partir de esta expresión, puede observarse que para el caso de Honduras, si X se reduce en promedio de 8,6 en el 2003 a 3,4 en el 2050 (ver tabla siguiente), para mantener el equilibrio actual será preciso en Honduras aumentar las tasas de aportación al triple o reducir las pensiones promedio a un tercio, lo cual, el momento llegado, resultará inviable técnica y políticamente.

CUADRO III.14
CENTROAMÉRICA: ENVEJECIMIENTO PROYECTADO DE LA POBLACIÓN
*(Relación entre la población de 20-59 años de edad
y la población de 60 años de edad o mayor, 2003-2050)*

Países	2003	2010	2020	2030	2040	2050
Costa Rica	6,6	5,9	4,3	3,1	2,5	2,0
Guatemala	8,1	8,1	7,6	6,3	4,8	3,6
Honduras	8,6	8,4	7,3	5,8	4,5	3,4
Nicaragua	9,9	9,7	7,7	5,6	3,9	2,7
Panamá	5,8	5,2	4,3	3,3	2,7	2,4
Promedio	7,8	7,5	6,2	4,8	3,7	2,8

Fuente: FMI, América Central: Crecimiento económico e integración; Ocasional paper 257.

Esta situación evidencia lo frágil que resulta el sistema de pensiones hondureño frente al efecto de un empeoramiento de la razón aportantes/ pensionados, por cambios irreversibles en el perfil demográfico. Por tanto, el actual régimen de reparto o prima media escalonada establecido en los cinco sistemas de pensiones, aún con los niveles de reservas acumulados, recibirán presiones financieras muy fuertes que necesaria y prontamente deberán llevar a adoptar un proceso progresivo y sostenido de modificaciones paramétricas fundamentales tendientes a lograr el equilibrio financiero bajo ese nuevo perfil demográfico, y así garantizar su supervivencia. Al momento el sistema de pensiones hondureño no está preparado para absorber ese efecto, y es necesario que se empiece a caminar en esa dirección.

c) Vínculo entre contribuciones y beneficios

Uno de los elementos centrales en la búsqueda del equilibrio financiero de los sistemas de pensiones es el vínculo que se establezca entre contribuciones y beneficios. En materia de beneficios, el sistema hondureño considera, con ciertas variantes, tres tipos de beneficios: pensiones por invalidez, pensiones por vejez y pensiones por muerte para los afiliados y beneficiarios de los cinco Institutos, siendo las pensiones de vejez las más significativas y las que se abordan aquí con detenimiento.

La tabla siguiente compara con detalle las contribuciones, beneficios y requisitos de las pensiones de vejez en los cinco institutos mencionados, donde se aprecia con claridad la fragmentación y disparidad, evidenciando la coexistencia de sistemas de pensión especiales para los empleados públicos y los miembros de las fuerzas armadas, junto al sistema normal o corriente (IHSS), que atiende a los trabajadores privados. Una primera constatación que se desprende de la tabla, es que la estructura básica de los sistemas especiales es parecida a la del sistema normal de prestaciones definidas, pero en algunos casos las prestaciones son aún más generosas en comparación con los aportes (debido a edades de jubilación más bajas, tasas de reemplazo más altas, etc.), donde ya es posible advertir que las obligaciones sin financiamiento previsto de esos regímenes especiales, son mayores que las del sistema corriente.

Por ejemplo, las pensiones de vejez en los cinco sistemas tienen variaciones muy importantes en cuanto al porcentaje del ingreso del trabajador que cubre previo a la jubilación. En efecto, en la fecha de jubilación, el salario promedio de dicho trabajador se calcula sobre la base de un período de años que varía entre tan solo tres años (IMPREMA) y 15 años (IHSS), generando severas inequidades de tratamiento entre trabajadores privados y docentes. Luego, la pensión se fija en función de un porcentaje bastante distinto de su salario; dicho porcentaje o tasa de reemplazo (de sustitución de ingresos) generalmente aumenta según el número de años durante los cuales aportó el trabajador, y oscila entre 50% y 100%. Asimismo, las pensiones mínimas y máximas se fijan también con distinto y diferentes parámetros; se fija en la fecha de jubilación; y, después se realizan ajustes discrecionales ad hoc periódicos que cada Instituto define. Igualmente, las tasas de contribución de empleadores y trabajadores tienen valores muy diferentes que van desde el 3% (IHSS) hasta el 24% (IPM).

Una segunda constatación, es que los periodos de contribución mínima para la jubilación y las edades de retiro también presentan fuertes disparidades entre los cinco Institutos siendo, una vez más, los más beneficiados los afiliados al IMPREMA. En efecto, el período de contribución mínima para ser elegible para una pensión varía de 10 años (INPREMA e INJUPEMP) a 24 años (INPREUNAH); la edad de retiro en el IMPREMA es de solo 50 años, mientras en el IHSS es de 65 años, para los hombres. En el caso del IMPREMA, claramente se aprecia que el vínculo entre contribuciones y beneficios es demasiado frágil, pues, por ejemplo, con una contribución mínima de tan solo 10 años se puede percibir pensiones por un periodo de cerca de 25 años, dado que la esperanza de vida de un jubilado es la de llegar a los 75 años; si se paga una pensión por 25 años en promedio y se recaudan contribuciones por 10 años o 15 años, es fácil deducir el grado de desfinanciamiento del sistema.

CUADRO III.15
HONDURAS: BENEFICIOS Y REQUISITOS VIGENTES DEL SISTEMA DE PENSIONES, 2006

	IHSS	INPREMA		INPREUNAH	INJUPEMP		IPM
Número de contribuyentes	527 336	63 062		5 503	51 654 (+)	28 654 Post. Ref.	3 909 Pre reforma 26 909 Post reforma
Edad promedio (años)	32	38		45	N/D		35
Sueldo mensual promedios (en 2006 Lps)	3 871 Lps	9 613 Lps		12 709 Lps	N/D		9 990 Lps
Edad de retiro - mínima (voluntaria)	65 m/60 f	50 años		58 años	58 años	-	50-58
máxima (obligatoria)	N/D	60		70	65	-	años
Período de contribución mínimo	180 meses	120 meses		300 meses	10 años	18 años	22-25 años
Tasa de Contribución (% de salario base)	3,5%	19%	18,0%	19%	19%	20%	24%
Del cual:		Pública	Privada				(al 2009)
Contribución del empleado	1%	7%	7%	7%	7%	9%	9%
Contribución del empleador	2%	12%	11%	12%	11%	11%	15%
Otra contribución	0,5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Tasa de contribución de equilibrio	15%	30%		20%	20%		20%
Salario mínimo como base para pensión	4 800 Lps	Ningún límite		Ningún límite	Ningún límite		Ningún límite
Tasa de sustitución (como función de años de servicio)	40% + 1% Últimos 180 salarios	3%		2,75%	2,75%	54% + 3%	Varía Últimos 60 salarios
Base de cálculo: promedio de		Últimos 36 salarios		Últimos 36 salarios	Últimos 36 salarios	Últimos 60 salarios	Últimos 60 salarios
Pensión mínima	50% último salario	1 000 Lps		65% de base	250 Lps	-	-
Pensión máxima	80% último salario	90% de base		95% de base	90% de base	90% de base	95% - 100% de base
Pensión indexada con inflación	Sí	Sí; sujeta a informes actuariales y aprobación de SEFIN		Sí; sujeta a informes actuariales y aprobación de CNBS	Sí; sujeta a informes actuariales y aprobación de CNBS	Sí; sujeta a informes actuariales y aprobación de CNBS	
Número de contribuciones por año	12	12		13	12	12	13
Número de beneficiarios por año	14	14		14	14	14	14

Fuente: Banco Mundial; Honduras: Informe sobre el Gasto Público, Volumen I, Resumen ejecutivo, noviembre 2007.

Por otro lado, es importante tener presente que el sistema de financiamiento basado en las transferencias intergeneracionales como es el de reparto o prima media escalonada introduce de todas maneras una serie de potenciales distorsiones en los objetivos redistributivos y en los ejercicios solidarios de los sistemas de pensiones que se debe cuidar y corregir. Es evidente, por ejemplo, que estos sistemas generan transferencias de los segmentos de más bajos ingresos hacia los de ingreso superior,

por la diferente esperanza de vida de ambos estratos de afiliados. Por ejemplo en el caso del IHSS, los afiliados de ingreso bajo realizan el 30% de los aportes que ingresan en el programa de pensiones y reciben el 19% de los beneficios que otorga. Paralelamente, los afiliados de ingreso alto realizan el 21% de los aportes, pero reciben el 29% de los beneficios. Igualmente, al basar el cálculo de la pensión sobre las 36 últimas remuneraciones (INPREMA, INJUPEMP e INPREUNAH), frente a 180 remuneraciones (IHSS), se producen efectos redistributivos. En el caso de un docente, por más que presente en su vida activa inicial fuertes fluctuaciones en sus niveles de ingreso, recibirá una pensión calculada, independientemente de ese período que aportó sobre un ingreso bajo y del fondo finalmente acumulado. Por el contrario, un trabajador privado que aportó al IHSS sobre un ingreso estable y durante un largo período de tiempo, puede alcanzar una pensión inferior a la del docente, si el docente recibió aumentos salariales importantes en los últimos tres años. De otro lado, la pobreza a edad adulta acorta la esperanza de vida, pero como se verá enseguida, precisamente no son estos estratos de la población los que están protegidos por la Seguridad Social hondureña. La esperanza de vida de los afiliados (no pobres) es definitivamente mayor que la de los no afiliados (pobres).

Pero además, al no transparentar la relación contribuciones-beneficios estos sistemas estimulan el riesgo moral (*moral hazard*) de parte de los afiliados, los que al saber de antemano el beneficio previsional, optan por la subdeclarar sus ingresos por un lado y por otro, ejercen presiones para incrementar los beneficios, sin el correspondiente financiamiento, profundizando el desequilibrio financiero de todo el sistema.

En resumen, el vínculo entre contribuciones y beneficios en los sistemas de pensiones hondureños no solo es muy débil, sino además genera severas inequidades en el tratamiento a los afiliados entre los diversos sistemas existentes. Por tanto, la estructura de contribuciones y beneficios podría ser revisada a fin de unificarla en un solo sistema para estrechar sus vínculos, corregir las inequidades y prepararla financieramente para enfrentar además el nuevo perfil demográfico que se viene en los próximos decenios en Honduras.

d) Sanidad financiera y magnitud de las presiones de financiamiento

El financiamiento actual del sistema de pensiones descansa esencialmente en las contribuciones que realizan los trabajadores y empleadores y en la rentabilidad de las inversiones financieras percibidas en cada uno de los cinco sistemas de pensiones por las reservas acumuladas. En efecto, como se mira en la tabla siguiente, los ingresos de los cinco sistemas de pensiones están determinados en su mayor parte por las contribuciones patronales, laborales y del estado que se cobran sobre un salario imponible, pero existen otros ingresos relevantes, provenientes esencialmente de la rentabilidad de las inversiones financieras que se realizan con las reservas técnicas acumuladas.

En cuanto a los gastos, predominan los gastos en prestaciones o pensiones para los jubilados y pensionistas. Adicionalmente, los gastos en inversiones financieras, los gastos en créditos de consumo para afiliados y los gastos en créditos de vivienda para afiliados. El número de personal operativo y administrativo por asegurado activo varía entre 5,4 hasta 7,3 bastante por encima de los estándares internacionales.

Como se desprende de la tabla anterior, el margen de acumulación de reservas por parte de los diversos institutos es distinto, siendo el menor el del INJUPEMP, debido a que las prestaciones concedidas agotan el 63% de las contribuciones recaudadas.

CUADRO III.16
HONDURAS: CUENTA FINANCIERA RESUMIDA DE LOS INSTITUTOS DE PENSIONES, 2007
(En miles de millones de lempiras)

	IHSS ^a	INPREMA	INJUPEMP	IPM	INPREUNAH
Ingresos					
Cotizaciones	2 818,9	3 644,8	1 387,1	397,0	272,9
Ingresos financieros	219,8	Nd	958,7	292,1	75,1
Otros ingresos	107,1	87,5	2,1	10,8	3,2
Total ingresos	3 145,8	3 732,3	2 347,9	699,9	351,2
Egresos					
Gastos de consumo (salarios y otros)	1 976,0	Nd	127,5	89,2	15,1
Transferencias corrientes (prestaciones)	1 202,4	1 553,5	871,1	216,9	72,8
Otros gastos corrientes	0	Nd	26,9	46,7	
Gastos de capital	53,4	964,8	53,7	613,5	114,9
Total egresos	3 231,8	2 518,3	1 079,2	966,3	202,8
Saldo operativo	-86,0	1 214,0	1 268,7	-266,4	148,4
Empleados	2803	384	350		
Asegurados activos	520 033	65 558	48 244	25 000	6 000
Empleados por mil asegurados activos	5,4	5,9	7,3		

Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaría de Finanzas, Dirección General de Presupuesto-Instituciones Descentralizadas, 2007.

^a En el caso del IHSS, la cuenta financiera incluye el seguro de enfermedad y maternidad, así como los riesgos profesionales.

La situación o sanidad financiera del sistema previsional hondureño si bien no presenta un déficit operacional, como ya se anticipó, enfrenta presiones financieras. Y es que las obligaciones sin financiamiento previsto de varios de los regímenes especiales e incluso del sistema corriente son importantes, lo que hace que el riesgo interpuesto al Gobierno Central en términos de obligaciones fiscales contingentes sea importante y varíe considerablemente entre los sistemas. Un ejercicio efectuado por el Banco Mundial de cuantificación y dimensionamiento de este riesgo, medido por la distancia entre las actuales tasas de contribución y las tasas de contribución que permitirían que los diferentes sistemas de pensiones estuvieran balanceados financieramente bajo las actuales tasas de sustitución y otros parámetros de retiro, arriba a conclusiones preocupantes (BM, 2007).

Dicho análisis concluye que en los casos de INPREUNAH e INJUPEMP para igualar las tasas de contribución actuales con las tasas de contribución de equilibrio solamente se necesitarían pequeños ajustes, en tanto que el IPM tiene tasas de contribución reales muy por encima de su tasa de equilibrio. Sin embargo en los otros dos institutos, que son precisamente los dos más grandes y relevantes, se necesitarán más ajustes importantes de parámetros. Aunque se estima que la tasa de contribución de equilibrio del IHSS es solamente 15%, su tasa de contribución actual de 3,5% resulta muy baja; habría que cuadruplicarla. Es decir, se necesitará aumentar la tasa de contribución en forma significativa, o se necesitará una reducción adicional de los ya muy bajos beneficios ofrecidos por el IHSS para mantener al sistema solvente a largo plazo. El INPREMA a su vez, ya cuenta con una tasa de contribución del 18 al 19%, pero sus beneficios de pensiones son tan generosos que requerirían una tasa de contribución del 30% para mantener el equilibrio financiero.

Por tanto, insuficiencias en la actual tasa de contribución comparada con la tasa de equilibrio, señalan un desequilibrio actuarial que eventualmente resultará en apuros financieros y fiscales importantes. Esto, no obstante, no se traduce necesariamente en problemas inmediatos de flujo de caja, ya que como se señaló, la mayoría de los institutos previsionales también tiene reservas acumuladas que

ganan un retorno a las que se puede tener acceso en el evento de un déficit operativo. Cuando se toman en cuenta estas reservas, otro análisis de simulación efectuado por el mismo BM descubrió que aunque los cinco institutos de pensiones presentan un déficit actuarial a largo plazo, la mayoría cuenta con suficientes reservas de capital para evitar la bancarrota en por lo menos los próximos 10 a 15 años (ver cuadro III.17). Una excepción posiblemente es el instituto de pensiones del magisterio, INPREMA, que enfrentará problemas mucho antes (dentro de ocho años) en el evento que los maestros se vean motivados a pensionarse a una edad más temprana que en el pasado, como parte de una estrategia para reducir la factura salarial de los maestros.

Con respecto a los tres pequeños institutos de pensiones (INPREUNAH, INJUPEMP e IPM), el mismo estudio del BM señala que no se espera que generen importante déficit operativo en los próximos 15 años. Sin embargo, para los dos institutos más grandes (IHSS e INPREMA) si se proyecta que empiecen a generar un déficit dentro de este horizonte de tiempo. Esto inquieta desde el punto de vista fiscal en general. Una vez que estos institutos comiencen a generar déficit, se verán obligados a vender activos, en lugar de contribuir a financiar el déficit gubernamental generado en otros sectores. INPREMA aparentemente ya opera con déficit, en tanto que para el IHSS se proyecta que comience a generar déficit en sus cuentas de pensiones dentro de cinco años. Aunque este déficit inicialmente permanece pequeño, necesita ser abordado de manera oportuna antes que se convierta en una seria carga fiscal.

CUADRO III.17
HONDURAS: ESTIMADO DE EVOLUCIÓN DE INGRESOS Y CAPITAL DE LOS
INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL HONDUREÑOS

Institución	Año estimado cuando ocurrió el primer déficit operativo	Año estimado cuando la posición capital neta se volverá negativa
IHSS		
Caso base	2012	2024
Alternativa I	2008	2017
Alternativa II	2010	2020
INPREMA		
Alternativa IA	2007	2023
Alternativa IB	2007	2025
Alternativa IIA	2007	2015
Alternativa IIB	2007	2016
INPREUNAH		
Alternativa I	2007	después del 2022
Alternativa II	después del 2022	después del 2022
Alternativa III	después del 2022	después del 2022
IPM		
Prereforma	2207	2014
Simulación I	después del 2026	después del 2022
Simulación II	2021	después del 2026
INJUPEMP	n/d	n/d

Fuente: Banco Mundial; Honduras: Informe sobre el gasto público, Volumen I, Resumen ejecutivo, noviembre 2007.

RECUADRO III.1
SUPUESTOS EMPLEADOS EN LA SIMULACIÓN FINANCIERA DEL BANCO MUNDIAL SOBRE
EQUILIBRIO ACTUARIAL DE LOS INSTITUTOS DE SEGURIDAD HONDUREÑOS

Todas las simulaciones presumen una población estacionaria y una masa de salario constante, y que la tasa de retorno sobre reservas de capital es del 4% en términos reales. Los presuntos específicos por instituto son:

IHSS

Caso Base supone que los afiliados actuales han contribuido al IHSS durante 50% de su vida de trabajo desde los 18 años de edad hasta la fecha, y asimismo contribuirán el 50% durante el resto de su vida de trabajo hasta su retiro.

Alternativa I supone que los beneficios al llegar el retiro serán del 100% más en el caso base.

Alternativa II supone que los beneficios al llegar el retiro serán el 50% más que en el caso base.

INPREMA

Alternativas I (A y B) suponen que los afiliados esperan hasta que cumplen 60 años de edad para retirarse, en tanto que las Alternativas II (A y B) suponen que los afiliados se retiran cuando cumplen los 53 años de edad.

Alternativas A (I y II) suponen que la base de salario para cómputo de pensiones no se ve afectada por el acuerdo PASCE, en tanto que las Alternativas B (I y II) suponen que aumenta por el monto completo.

INPREUNAH

Alternativa I supone que la UNAH no aporta ninguna contribución como empleador.

Alternativa II supone que UNAH aporta hasta el 100% de las contribuciones requeridas.

Alternativa III supone que UNAH solamente aporta 36% de las contribuciones requeridas.

IPM

La simulación pre reforma supone que los afiliados necesitan 18 años de servicio para retirarse.

Simulación I supone que los afiliados necesitan tener 54 años de edad y 25 años de servicio para retirarse, en tanto que la Simulación II presume que solamente necesitan 25 años de servicio para retirarse.

La simulación pre reforma supone 12 contribuciones por año y solamente 11% de la contribución gubernamental, en tanto que las Simulaciones I y II suponen 13 contribuciones por año y una contribución gubernamental del 13% en 2007, 14% en 2008 y 15% en 2009.

Fuente: Banco Mundial; Honduras: Informe sobre el gasto público, Volumen I, Resumen ejecutivo, noviembre 2007.

En resumen, se podría concluir que el sistema de pensiones hondureño presenta al momento actual serias debilidades e importantes cuellos de botella para enfrentar adecuadamente los desafíos presentes (cobertura y solidaridad) y futuros (envejecimiento de la población), entre los cuales cabe destacar:

- a) Una alta vulnerabilidad ante el nuevo perfil demográfico que rápidamente se avizora en los próximos decenios en Honduras.
- b) Un vínculo poco consistente entre contribuciones y beneficios en los sistemas de pensiones (beneficios generosos), siendo además inequitativo en el tratamiento a los afiliados entre los diversos sistemas existentes.
- c) Una alta tendencia financiera de los institutos de pensiones más grandes (IHSS e INMPEMA), a generar, en el mediano y largo plazo, déficit, presionando severamente sobre las finanzas públicas del Estado y el equilibrio macroeconómico, al convertirse en una seria carga fiscal, dado que el incremento progresivo del pasivo actuarial de estos sistemas tarde o temprano deberá ser asumido por las cuentas fiscales.
- d) El resultado final es una potencialidad del sistema para avanzar hacia una significativa ampliación de cobertura muy baja, bajo las condiciones actuales institucionales.

2. El sistema de protección social de la salud: modelos de gestión y esquemas de financiamiento

En este apartado se analizará como las actuales condiciones institucionales del sistema de salud impiden un incremento de coberturas basadas en los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia.

a) Contexto histórico y reformas

En los años noventa la mayoría de los países latinoamericanos, incluyendo Honduras, iniciaron procesos orientados a reformar el sistema de salud, en el marco de una tendencia general por modernizar el estado. En Honduras fue en 1992 cuando se creó, como parte de la Comisión Presidencial de Modernización del Estado, una Subcomisión de Salud, cuya prioridad era el mejoramiento sustancial de los servicios de salud, priorizando su accionar en la población económicamente más deprimida del país.

La estrategia planteada para el cambio en el sector salud proponía principalmente: 1) Promover y mejorar el acceso a los servicios de salud; 2) Reorganizar y fortalecer la SS y el Instituto Hondureño del Seguro Social (IHSS), para encabezar la implementación de nuevos modelos de servicios de salud globales; 3) Mejorar la capacidad reguladora, presupuestaria y de elaboración de políticas, para llevar a cabo las funciones básicas relacionadas con el aseguramiento y garantía de la calidad de los servicios de salud y la asignación apropiada de los recursos; 4) Reestructurar la red de proveedores públicos y privados para reducir la duplicidad de acciones, aumentar el uso de activos existentes y desarrollar sistemas innovadores para la provisión y gestión de los servicios de salud; y, 5) Fortalecer los sistemas de información claves en el sector. La estrategia quedó interrumpida al finalizar el gobierno de turno, en 1994.

En 1999, los daños causados por el Huracán Mitch, obligaron al gobierno a poner en marcha, junto con la cooperación internacional, el Plan maestro de reconstrucción y transformación nacional (PMRTN), cuyas acciones y actividades de orientación social fueron adoptadas en el marco de la Estrategia de reducción de pobreza (ERP). En términos de la salud, la ERP estableció lineamientos puntuales, entre ellos: 1) mejorar la salud de la población hondureña, respondiendo a las expectativas legítimas de la población; 2) proveer protección financiera contra los costos en salud; 3) asegurar la equidad en la distribución de las aportaciones financieras y en la atención; y 4) facilitar la participación activa de todos los involucrados en la gestión de la salud como un producto social.

Siguiendo estos lineamientos, el plan de gobierno 2002-2006, planteó como uno de sus objetivos el mejorar las condiciones sanitarias básicas y la prestación de servicios de salud, contemplando como dos de sus pilares la reforma del sector y la extensión de la cobertura en la prestación de servicios. Sin embargo, la implementación careció de una “estrategia de reforma”. Por el contrario, se implementaron un conjunto de iniciativas descoordinadas y no necesariamente consistentes, muchas veces impulsadas por un organismo internacional en el marco de una cooperación técnica o de un préstamo. A pesar de ello, podría agruparse las principales iniciativas en cuatro grupos: 1) desarrollo institucional de la SS (que incluye el desarrollo de su función de rectoría y la modernización de su red de servicios); 2) desarrollo Institucional del IHSS (que incluye la separación de sus funciones básicas); 3) mejora en la gestión hospitalaria; y 4) extensión de la cobertura (Rodríguez, 2005).

En los últimos años el debate de la reforma al sistema de salud continua vigente, y los alegatos del porqué es imprescindible una transformación son variados, que comienzan por mandatos constitucionales que no se están cumpliendo, estadísticas que revelan que un tercio de la población no cuenta con acceso a servicios de salud equitativos y de calidad, lo que a su vez evidencia la ineficiencia e ineficacia del modelo de atención actual, y un modelo de gestión que no responde a las expectativas de la sociedad y solo permite una limitada participación social. A estos argumentos, debe agregarse que el costo del sistema de servicios actual excede la capacidad económica del Estado y de la sociedad; asimismo, hay compromisos del país, establecidos en acuerdos internacionales, que no se están asumiendo; y, además, porque los planes de Gobierno no se están cumpliendo, dado que el sector salud presenta serias limitaciones para alcanzar sus objetivos.

RECUADRO III.2
HONDURAS: PROGRAMAS DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA IMPLEMENTADOS
EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

Programa - Descripción	Forma de financiamiento	Ciudadanos beneficiados
Programa "Nuevos modelos de gestión"		76 mil
1. Clínica Comunidad El Guante		
Constituida y administrada por la propia comunidad. Ofrece servicios asistenciales y preventivos.	La SS aporta US\$16.0 anuales per cápita más un prepago de US\$1.5 por persona, lo que se puede pagar en efectivo o con trabajo voluntario	5,5 mil
Clínica Mancomunidad Mancorsaric -Mancomunidad de los Municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, Cabañas y San Jerónimo		
Constituida y administrada por la mancomunidad de los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, Cabañas y San Jerónimo. Ofrece servicios preventivos y asistencias, con capacidad de atender partos.	Financiamiento tripartito, en el que los gobiernos locales transfieren a la Clínica un porcentaje de su presupuesto, la Secretaría transfiere un presupuesto anual que depende de la producción estimada para el año y que se liquida a posteriori, y los pacientes asumen un copago por los servicios, que oscila entre US\$2.5 y US\$10.0.	70,5 mil
Equipos Itinerantes del PRIESS		289 mil
Este programa consiste en el suministro de un paquete básico de salud, brindado por un equipo conformado por un médico o una enfermera profesional, dos auxiliares de enfermería y dos promotores de salud, que atienden un promedio de 8 000 personas. El equipo se instala por un día o dos, cada 45 días, en la comunidad visitada. Se apoya por un equipo de salud permanente constituido por personal voluntario de la comunidad, que recibe un programa básico de capacitación.	La SS provee un pago per cápita de US\$18.0 al año	
Programa Acceso		21 mil ^a
Este programa tiene como objetivo la promoción del acceso a los servicios de salud por medio de la descentralización de los servicios. Se han implementado Clínicas comunitarias con personal voluntario, que es capacitado y supervisado por un centro de salud.	Este proyecto ha sido financiado por Asdi, y cada clínica recibe un capital semilla para compra de medicamentos, mientras se cobra a los usuarios una cuota "baja" para el mantenimiento de la clínica y la compra de medicamento. La SS aporta un inventario básico de medicinas.	
Programa SILOSS (Sistemas locales de seguridad social)		62,4 mil ^b
Este programa ha extendido la cobertura del seguro social a ciudades secundarias, por medio de la contratación de entidades públicas y privadas que proveen servicios de salud, firmando un contrato por los servicios de primer nivel de atención, que se basa en pagos per cápita, y otro para el segundo y el tercer nivel de atención, que se basa en el pago por evento.	Los beneficiarios de este programa son afiliados del IHSS. Para el primer nivel de atención el IHSS estima un pago que oscila entre los US\$30 y US\$35 anuales, por el paquete básico que incluye acciones de promoción, prevención y asistencia, tanto al asegurado directo como a sus beneficiarios.	

Fuente: Elaboración propia con base en: Rodríguez Herrera, Adolfo (2005). "La reforma de salud en Honduras" y Rodríguez Herrera, Adolfo (2006). "Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central".

^a No hay un dato exacto. Los estudios indican que en la actualidad existen 21 clínicas que dan atención primaria a comunidades de menos de 1,000 personas.

^b No se puede precisar el número de cotizantes bajo este programa. Sin embargo, desde su implementación en 2003, el número de cotizantes al Programa de enfermedad y maternidad se incrementó en un 68,1%, aproximadamente 62.4 mil personas en el resto de ciudades, sin incluir el Distrito Central y San Pedro Sula.

Todas estas premisas han servido para la formulación del Plan nacional de salud 2021 y la política nacional de salud para el período 2006-2010. En ambos documentos, la reforma del sector salud se define como una transformación gradual y progresiva del sistema nacional de salud, y se entiende como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en las prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, logrando así la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

El diseño e implantación de los nuevos modelos de prestación y gestión de los servicios de salud se enfocan en seis puntos clave: 1) la atención familiar comunitaria, centrada en la promoción, prevención y el cuidado del entorno de las familias; 2) el financiamiento de una cartera de servicios adecuada a las necesidades locales de la población, mediante una asignación fijada por una tasación per cápita; 3) la realización de un registro con la característica de un aseguramiento, persona a persona o de conglomerados comunitarios; 4) la organización de redes de servicios a nivel municipal e intermunicipal; 5) la gestión descentralizada de los recursos; y, 6) el liderazgo de la regiones departamentales en el seguimiento del cumplimiento de los objetivos pactados.

b) El sistema de salud en la actualidad

El artículo 145 de la Constitución de Honduras reconoce el derecho de las personas a la protección de la salud y establece las responsabilidades del Estado. Entre otras normas vigentes y de carácter nacional, pueden mencionarse la Ley general de la administración pública, el Código de Salud y su reglamento, la Ley general del ambiente y su reglamento, el Código de la Niñez y la Adolescencia, la Ley contra la violencia doméstica, la Ley de igualdad de oportunidades para la mujer, y la Ley especial sobre el VIH/SIDA (OPS/OMS, 2007).

Según el Código de Salud, forman parte del sector las instituciones y organizaciones públicas y privadas, nacionales e internacionales que realizan acciones en salud. En ese sentido, el sector salud hondureño está constituido por un subsector público y otro privado. El público está compuesto por la SS, el IHSS, y otras instituciones de escaso impacto social, tales como El Instituto hondureño de alcoholismo, drogadicción y fármacodependencia (IHDAFA), el IPM, el Departamento de medicina, higiene y seguridad ocupacional de la Secretaría de Trabajo y la Universidad nacional autónoma, entre otros. Por su parte, el subsector privado lo conforman instituciones con y sin fines de lucro.

La SS, además de ser la entidad responsable de la conducción y regulación sectorial, y de la coordinación de las actividades de salud, el establecimiento de prioridades y la orientación del desarrollo de los subsectores público y privado, tiene la responsabilidad de atender a la población nacional. Teóricamente, debe cobrar por sus servicios a la población no pobre, y darlos gratuitamente a la población pobre, aunque no cuenta con ningún mecanismo para distinguir entre una y otra (Rodríguez, 2005).

El otro actor importante dentro del sector público de la salud es el Instituto hondureño de la seguridad social (IHSS), constituido como una institución descentralizada con personería jurídica y patrimonio propio. La dirección máxima es ejercida por la Junta Directiva, constituida por dos representantes del Gobierno, dos representantes de los patronos y dos representantes del sector laboral, y un representante del Colegio de Médicos de Honduras. El director ejecutivo es nombrado por el Presidente de la República y es el responsable de la administración del instituto (Rodríguez, 2005). El IHSS recauda y administra los recursos provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleadores del sector productivo formal y aquellos recursos provenientes del aporte estatal, destinados a financiar un seguro de salud y las prestaciones por incapacidad temporal, invalidez, vejez y muerte.

El sector privado juega un papel importante en la prestación de servicios de salud. Las últimas estadísticas, de 2004, revelan que la iniciativa privada estaba constituida por 1.131 establecimientos con fines de lucro, además de los consultorios de los médicos y otros profesionales de la salud, brindando atención a población de ingresos medios y altos —en las principales ciudades del país, y teniendo entre sus principales activos la mayor parte de los servicios de diagnóstico por imágenes y de laboratorio con tecnología avanzada que hay en el país (OIT, 2004).

Además existían 43 establecimientos que pertenecen a ONG's, 10 aseguradoras privadas que venden seguros de gastos médicos, de libre selección, con un reembolso del 80%, un esquema de muy baja cobertura poblacional en el país. Existían además instituciones prestadoras sin fines de lucro, tal como la Cruz Roja, Iglesias de distintos credos y ONG's, cuyo financiamiento provenía principalmente de donaciones, internas y externas y de subsidios gubernamentales.

c) La Secretaría de Salud. Organización, administración y funciones de rectoría

Organizativamente la SS se estructura de la siguiente forma: El Despacho Ministerial se apoya directamente en tres subsecretarías: de Riesgos poblacionales, de Redes de servicios y de política sectorial. Funcionalmente están conformadas cinco direcciones generales: Dirección General de Promoción de la Salud; Dirección General de Vigilancia de la Salud; Dirección General de Regulación Sanitaria; Dirección General de Desarrollo de Sistemas y la Dirección de Hospitales de Tercer y Cuarto Nivel. Adicional a estas direcciones y bajo el control jerárquico del Despacho de Salud, están las 20 Direcciones Sanitarias, departamentales y metropolitanas. Las asesorías técnicas de apoyo y unidades como Planeamiento y Evaluación, Extensión de Cobertura, así como la Auditoría Interna y la Gerencia Administrativa, dependen directamente del Despacho Ministerial.

La SS está organizada en tres niveles de administración: el nivel político, el nivel operativo intermedio y el nivel local. El nivel operativo intermedio actualmente experimenta un proceso de reorganización para cumplir con sus funciones de rectoría. El Acuerdo 895 del 18 de mayo de 2004 reorganizó funcionalmente la SS en 18 Regiones Sanitarias Departamentales que coinciden con el régimen territorial administrativo del país, y dos Regiones Sanitarias Metropolitanas, para administrar la red de Tegucigalpa y de la ciudad de San Pedro de Sula.

En el régimen administrativo vigente los distintos participantes en el sistema se relacionan entre sí a través de líneas jerárquicas; los presupuestos se asignan en función de los recursos asignados previamente (es decir, en base de criterios históricos); el control de los servicios se hace sobre procesos y no sobre productos y la toma de todas las decisiones fundamentales está centralizada en los cuadros de conducción nacional del sistema. Aún cuando se ha puesto en marcha un proceso de transformación, este es el modelo de gestión dominante en la organización, como reflejo del régimen organizativo tradicional de todo el Estado.

La gran paradoja de este régimen administrativo es que, por un lado, las decisiones se toman centralmente, pero, por el otro, el nivel central carece de las capacidades e instrumentos para determinar la adecuación de los servicios de salud brindados y sus efectos en la población. Adicionalmente, como se trata de un régimen organizado con base en presupuestos históricos, el nivel central tiene capacidad de decidir sobre una parte relativamente pequeña de los recursos. Tampoco se dispone de mecanismos para lidiar con la asimetría de información que se produce entre quienes conducen los sistemas y quienes actúan como proveedores de los servicios.

De acuerdo con Rodríguez, Adolfo (2005), el acuerdo 1418 del 24 de junio de 2004 aprobó el reglamento que estableció la organización, funciones y competencias de las Regiones sanitarias. Este proceso fue auspiciado y coordinado por el Programa Acceso, financiado por la cooperación sueca. Su propósito explícito era promover la capacidad de administración del sistema de servicios en el nivel local, con el objetivo de diseñar la organización regional de la secretaría, y en particular la administración de la red primaria, bajo una estructura semejante a la división administrativa del país, lo que ofrecería a los gobiernos locales y a la comunidad un mayor espacio para participar a mediano plazo de la gestión de los centros de salud.

En lo que se refiere a la administración de los recursos humanos, existen diferentes rigideces que dificultan agilizar la gestión para incrementar su productividad. Por un lado, no se tienen definidos los diferentes tipos y cantidades de recursos que son necesarios para impulsar el modelo de atención. Por otro lado, no se pueden modificar las modalidades de reclutamiento, contratación y remuneración vigentes, lo que dificulta innovar en la gestión y flexibilizar y descentralizar significativamente la conformación de las planillas; sumar a la antigüedad de la carrera funcionaria el reconocimiento del

desempeño, del mérito y de la eficacia; fomentar la asignación de responsabilidades individuales y entrelazar el reconocimiento del desempeño individual con el institucional, y condicionar a concursos la permanencia en el sistema (Secretaría de Salud, 2007).

Finalmente, aunque en teoría la SS es la entidad rectora del sector, en la práctica no hay ningún tipo de enlaces funcionales entre todas las entidades, salvo por lo que se refiere al proceso de acreditación de entidades por la Secretaría (Rodríguez, 2005). En cuanto al ámbito de la rectoría existen, en la actualidad, varias consideraciones en torno a la SS que es necesario revisar segmentación (Secretaría de Salud, 2007):

- a) Dificultades para regular aspectos sanitarios, administrativos y financieros de la gestión de salud en los diversos subsistemas, lo cual a su vez resulta en el bajo cumplimiento de las normas de atención y la falta de transparencia en los procedimientos administrativos y financieros.
- b) Falta de una definición precisa de los aspectos estratégicos y operativos para lograr los objetivos nacionales de salud, lo que se expresa en la ausencia de la planificación estratégica del sector.
- c) Falta de definición del rol rector y el desarrollo de procesos de separación de cada una de las funciones sustantivas del sistema de salud (financiamiento, regulación, aseguramiento y provisión).
- d) Ausencia de mecanismos efectivos de coordinación que permitan un trabajo fluido y en equipo entre los distintos niveles institucionales.
- e) Desequilibrio normativo, caracterizado por exceso de normas con poca aplicación, o ausencia de ellas en diversas áreas de gestión del sistema.
- f) Insuficiente regulación y la correspondiente fiscalización, de la calidad en la provisión pública y privada.
- g) Estamento legal insuficiente para permitir un sistema más descentralizado y para lograr la integración armónica de los subsistemas público y privado.

Por otro lado, se reconoce que el sector salud está altamente segmentado⁵¹. La SS considera que hay cuatro puntos importantes que reflejan esta segmentación (Secretaría de Salud, 2007):

- La provisión pública de servicios de salud del sistema, es brindada por el IHSS que atiende a la población trabajadora y a sus beneficiarios, mientras la SS presta servicios a la población no afiliada al seguro social, en su mayoría del sector informal de la economía, y consecuentemente la de más escasos recursos económicos.
- Frecuentemente, ambas instituciones se concentran en los mismos espacios geográficos del país, manteniendo un relacionamiento poco articulado, sin control sobre la extensión real de la cobertura y sin dimensionar cuánto de los esfuerzos fundamentales se están haciendo para incorporar a los más pobres a los servicios de salud.
- Al interior de las propias instituciones, no hay mecanismos que aseguren la complementariedad de las acciones, por lo que no existen elementos que garanticen que la provisión de servicios de salud sea adecuada, sistemática y continua.
- El modelo de atención sigue enfocado, casi exclusivamente, a la atención del daño y la enfermedad, con acciones muy poco costo-efectivas, causando con ello un gasto creciente en actividades curativas a expensas de la promoción y producción social de la salud.

⁵¹ De acuerdo con OPS/OMS (2007), se entiende por segmentación, la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, cada uno de ellos “especializado” en diferentes segmentos de la población, de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social. Este tipo de organización consolida y profundiza la inequidad en el acceso a la atención de la salud entre los diferentes grupos de la población.

d) Infraestructura y recursos humanos

Entre los programas que ejecuta la SS, se destacan los siguientes: el Programa de prevención del VIH/Sida, centrado en prevención y, recientemente, en la administración de antirretrovirales; el Programa de control de infecciones de transmisión sexual, con un importante componente educativo, que aplica protocolos estandarizados de tratamiento; el Programa de control de la tuberculosis, con un fuerte componente de detección precoz mediante pruebas de tamizaje y protocolos estandarizados de tratamiento y seguimiento de casos; el Programa de control del cáncer cervicouterino, que realiza pruebas para la detección precoz; el Programa nacional de salud oral, que hace hincapié en el componente educativo, destinando un gran porcentaje del recurso odontológico a esta labor, y desarrolla campañas nacionales, entre otras de aplicación de flúor y selladores, y de control odontológico en escolares y mujeres embarazadas. El Departamento de atención integral a la familia ejecuta programas de atención a la mujer (control prenatal, parto y puerperio, planificación familiar) y de atención a niños y niñas menores de cinco años y a adolescentes (OPS/OMS, 2007).

En cuanto al IHSS, la sección quinta de su reglamento general, describe los beneficios que debe brindar en los tres niveles de atención que ofrece a los trabajadores afiliados y sus familias. En lo que respecta a la cobertura, el IHSS ofrece, bajo la forma de seguro público, un régimen de prestaciones de salud, que incluye cobertura de todos los riesgos de salud para los asegurados directos, servicios de maternidad y de atención del cáncer de cérvix y de mama para los cónyuges de los asegurados directos y atención general para los hijos hasta los 11 años. Los servicios de salud ofrecidos por el IHSS son homogéneos para todos sus afiliados y rigen desde el momento de la afiliación hasta el del retiro. Las acciones de la institución son especialmente curativas, adquiriendo en instituciones privadas servicios tales como radioterapia, tomografías, utilizando el sistema de pago por servicios prestados.

e) Financiamiento: ingresos, gastos y solidaridad

El sistema de salud hondureño, puede considerarse de acuerdo con OPS/OMS(2007), un sistema de salud mixto (OPS/OMS, 2007), en donde el gasto público representaba en 2006 cerca del 48% del gasto nacional en salud (incluyendo préstamos y donaciones), y el gasto privado, equivale al restante 52%. La carencia de un sistema de salud predominantemente público, dadas las condiciones de pobreza del país, evidencia la escasa capacidad pública de llegar a las poblaciones más vulnerables.

El gasto en salud, como proporción del PIB aumentó en los últimos años, pasando de representar cerca del 5,5% en 1995 a 7,4% en 2006 (ver gráfico III.4). En términos per cápita, el gasto público destinado a salud fue de US\$37.0 en 2005 –en dólares constantes de 2000, en similar periodo de tiempo. A pesar del aumento en términos del PIB, el gasto per cápita aún está muy lejos del promedio, en 2005, del istmo centroamericano (US\$72.0, en 2005) y de países en donde la cobertura de salud se acerca o es del cien por ciento, como Costa Rica (US\$220.0), Chile (US\$156.0), Cuba (US\$182.0) o México (US\$153.0).

El financiamiento del gasto en salud se divide entre el sector público y el sector privado. En los últimos años, los recursos financieros públicos se han reducido, en términos del esfuerzo social total, mientras el financiamiento proveído directamente por los hogares a través de los gastos de bolsillo aumentó (de 40% en 1995 a 45% en 2006), el gasto del sector público (Secretría, IHSS y Cooperación) disminuyó en el mismo período (52% a 47%) (OPS/OMS, 2007).

CUADRO III.18
HONDURAS: INDICADORES DEL SISTEMA DE SALUD: INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y RECURSOS HUMANOS SEGÚN REPORTES INSTITUCIONALES, 2003-2004

Secretaría de Salud	IHSS	Sector privado
	Infraestructura física	
28 hospitales	3 hospitales	17 centros de nivel terciario
252 centros médico odontológicos	26 clínicas	277 centros de nivel secundario
1 058 centros de salud rural		845 centros de nivel primario
32 clínicas materno infantiles		
62 otros centros de salud		
	Recursos humanos	
10 735	1 159 ^a	...
2 043 Médicos	99 médicos especialistas	
305 Anestesiastas	37 médicos generales	
120 Microbiólogos	3 odontólogos	
153 Odontólogos	2 químicos farmacéuticos	
46 Psicólogos	5 psicólogos	
106 Trabajadores sociales	5 trabajadores sociales	
918 Enfermeras profesionales	101 enfermeras graduadas	
5 530 Auxiliares de enfermería	216 enfermeras auxiliares	
408 Técnicos de laboratorio	81 paramédicos	
163 Técnicos en Rx	610 Otros puestos	
943 Otros puestos	...	...

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Secretaría de Salud; INE, Anuario estadístico 2006; Rodríguez Herrera (2005); y base de datos del IHSS.

^a Incluye solo personal por contrato.

CUADRO III.19
PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA: CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD POR TIPO DE SISTEMA Y NIVEL DE INGRESO, 2004

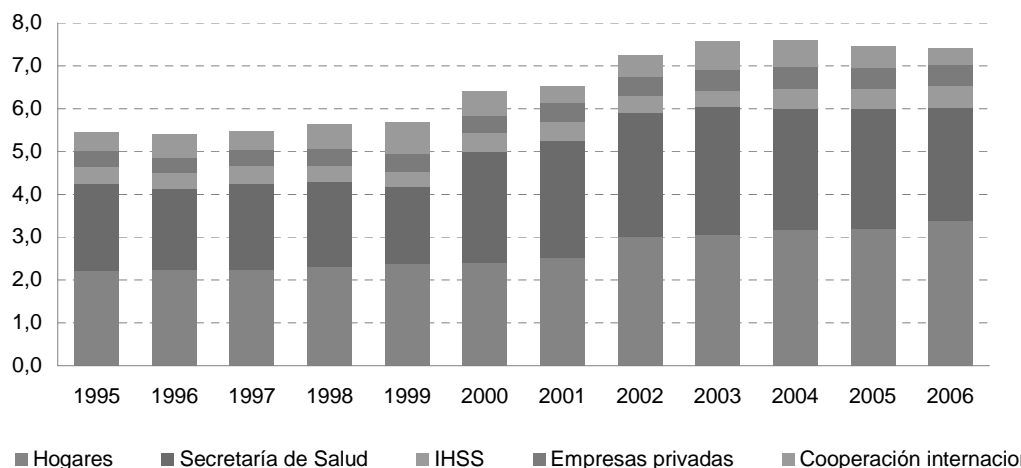
Tipo de sistema de salud	Nivel de ingreso per cápita bajo (menos de US\$ 4 mil)	Nivel de ingreso per cápita medio (más de US\$ 4 mil, pero menos de US\$ 11 mil)	Nivel de ingreso per cápita alto (más de US\$ 11 mil)
Sistema predominantemente público (la proporción del gasto público supera el 66% del gasto nacional en salud)	Cuba ^a	Belice, Panamá y Uruguay ^b	Canadá
Sistema mixto (la proporción del gasto público supera el 50%, pero inferior al 66% del gasto nacional en salud)	Bolivia, Honduras y Nicaragua	Chile ^b , Costa Rica ^b , Perú y Venezuela	Argentina ^b
Sistema predominantemente orientado al mercado (la proporción del gasto público es menor al 50% del gasto nacional en salud)	Ecuador, Guatemala, Haití y Jamaica	Brasil, El Salvador, México, Paraguay y República Dominicana	Estados Unidos de América

Fuente: Elaboración propia con base en OPS-OMS (2007). Op. Cit. Capítulo 4.

^a Puede clasificarse como sistema nacional de servicios de salud.

^b Los países con amplio sistemas de seguridad o seguro médico (obligatorio), que cubren el 50% de la población o más, pueden clasificarse como países con sistemas nacionales de seguros de salud.

GRÁFICO III.4
HONDURAS: GASTO EN SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO, 2000-2005
(Como porcentaje del PIB)



Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas de la OMS, disponibles en http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm#.

En cuanto al destino del gasto, el sector público eroga cerca del 54% de sus gastos en pago de personal. El mantenimiento de niveles de relativa compensación que no son estratégicos en naturaleza, y que han sido regidos principalmente por el estatuto médico han dado por resultado altos costos de personal, con médicos recibiendo pagos desproporcionadamente altos en relación a otro personal de salud. En el caso del gasto de bolsillo, alrededor del 50,5% del mismo, se destinó a la adquisición de medicamentos (INE, 2006).

Los resultados del análisis de la orientación del gasto indican que, si bien para el año 2004 el sistema era ligeramente progresivo, el segundo y el tercer quintil son los que perciben una mayor proporción de los recursos públicos (22 y 23%, respectivamente), mientras que el 20% de la población más pobre recibe una proporción casi igual del gasto en salud. Cabe señalar que entre 1998 y 2004, la orientación del gasto hacia los quintiles superiores aumentó.

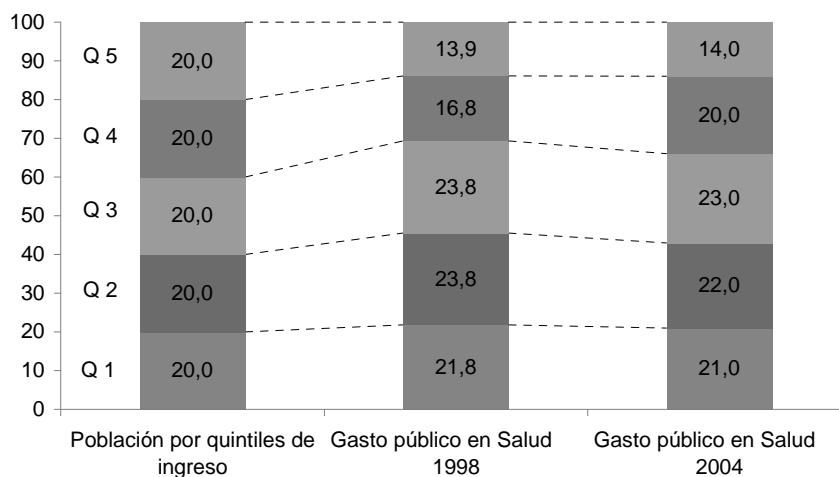
f) Desafíos a futuro

El primer desafío se refiere a la organización del sector, que pasa por dotar de mayor instrumental a la SS para ejercer su rol rector/regulador, por medio de mecanismos que aseguren la complementariedad de los subsistemas, para que la provisión de servicios de salud sea adecuada, sistemática y continua. Dicho desafío no es menor si se consideran los intereses de algunos actores para que el sector siga funcionando igual, privilegiando un gasto ineficiente del país en salud.

El segundo desafío, está relacionado con la necesidad de redefinir las fuentes de recursos públicos destinadas al financiamiento de la salud, pues el gasto público tiende a disminuir, con relación al gasto total en salud, como consecuencia de menos recursos provenientes de la cooperación externa, y de un aumento en la importancia del gasto de bolsillo.

El tercer desafío, es la necesidad de universalizar los servicios de salud y de dotar de un paquete de beneficios de salud básicos, que atienda no sólo las grandes carencias relacionadas con el patrón de morbilidad y perfil epidemiológico actual, sino que empiece a prever el cambio en las tendencias demográficas, en donde se prevén incrementos de episodios de enfermedad provocados por enfermedades no transmisibles, violencia y la mala calidad del ambiente.

GRÁFICO III.5
HONDURAS: ORIENTACIÓN DEL GASTO EN SALUD SEGÚN QUINTILES DE
INGRESO PRIMARIO, 1998 Y 2004
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en: para 1998, CEPAL (2005) Panorama social de América Latina 2005 y para 2004, CEPAL (2007a) Panorama social de América Latina 2007.

El cuarto desafío, es lograr una mejor distribución de los recursos humanos con los que cuenta el Sistema de Salud, por lo que la SS debe implementar algunas estrategias para capacitar, retener e incentivar al personal que trabaje en áreas rurales y remotas.

El quinto desafío, está relacionado con la necesidad de institucionalizar al interior del MINSA todo el conocimiento y la labor técnica llevada a cabo por los cooperantes, quienes han actuado al margen de la institucionalidad del sector salud.

El sexto desafío, se vincula con la necesidad de incrementar la transparencia en el uso de los recursos públicos. La corrupción disminuye significativamente el esfuerzo fiscal importante que el país realiza en el campo de la salud (y que ha incrementado en los últimos años), así como impide el uso efectivo de los recursos de la cooperación internacional canalizados a la Estrategia de Reducción de la Pobreza. Sin esta mejora en el manejo de fondos públicos nacionales e internacionales será muy difícil dar respuesta a los problemas señalados anteriormente.

C. Propuesta de reforma del sistema de protección social: hacia esquemas contributivos y no contributivos de financiamiento

1. Salud: hacia la universalidad, con solidaridad y eficiencia

a) Contexto

Como ya se indicó, la cobertura en la atención de servicios de salud a la población es baja en Honduras, tanto la prestada por la SS (60%), como la prestada por el IHSS (18%), sin embargo el gasto público en salud (3,2% del PIB del 2005) si bien no alcanza los niveles de Costa Rica (el mayor de la región 5% del PIB) es superior al promedio de Centroamérica (2,1%). El contraste entre bajas coberturas, resultados en términos de indicadores y niveles de gasto por encima del promedio regional, son elementos importantes en el planteamiento de la reforma.

Respecto a las reformas implementadas, entre 2000-2001 fue ejecutada una que abarcó solamente a la SS, orientándose a extender la atención primaria de salud a grupos vulnerables (ver cuadro A-3). De esta cuenta, la mortalidad materno-infantil disminuyó como resultado de las medidas implementadas, sin embargo, la falta de institucionalidad de las reformas (que siguen excluyendo a un tercio de la población de protección social en salud), pueden hacer insostenibles los resultados.

Actualmente el proceso de reforma vigente es el planteado en el Plan nacional de salud 2021 y la Política nacional de salud para el período 2006-2010, basado en los siguientes objetivos:

1. Garantizar el acceso a toda la población a servicios integrales de promoción, prevención y recuperación y rehabilitación de la salud con énfasis a los grupos más vulnerables.
2. Aumentar la eficiencia, eficacia y calidad en la entrega integral de servicios de salud, mediante la redefinición de los modelos de atención, racionalización de los gastos, y nuevas modalidades de financiamiento y aseguramiento de la atención en salud.
3. Asegurar la calidad y la cobertura de los servicios con el establecimiento y la consolidación del sistema nacional de licenciamiento y certificación de proveedores de servicios de salud y productos de interés sanitario.
4. Consolidar el proceso de reforma mediante el fortalecimiento de su rol rector, la separación de funciones de provisión de servicios y con la profundización del proceso de descentralización.
5. Garantizar a la población la disponibilidad de medicamentos seguros, eficaces y de calidad (Secretaría de Salud, 2006).

Las reformas implementadas hasta el momento han sido parciales, ya que si bien han incluido a la SS no han abarcado a todo el sistema (IHSS), por lo que han carecido de una visión en la que ambos actores públicos (Secretaría e IHSS) deberían complementarse, tomando en consideración las potencialidades que los seguros sociales poseen para atender integralmente a la población.

Las evaluaciones realizadas sobre los sistemas de salud y su efectividad para lograr la cobertura universal, evidencian que a más antigüedad del seguro social y más desarrollo económico social de un país, mayor es el nivel de cobertura. Entre el grupo de países de incorporación tardía, las coberturas oscilan entre 57% y 68%, mientras que para los países pioneros (Argentina, Cuba, Chile, Uruguay, Brasil y Costa Rica), las coberturas son universales. Honduras, junto con otros países de la región como El Salvador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana, es clasificada dentro del grupo de incorporación tardía-baja de su seguro social (finales de la década de 1959 y 1960) (Mesa-Lago, 2008). El seguro social no solo surgió tardíamente sino que también nació con una cobertura legal restringida (población económicamente activa asalariada), sin que a la fecha se haya adaptado a un mercado laboral caracterizado por una gran proporción de empleados informales o por cuenta propia.

Por las razones anteriores, el planteamiento de una reforma en protección social de salud, debe articular los esfuerzos de las principales instituciones encargadas de la salud de la población (SS e IHSS).

b) Propuesta de reforma

Una propuesta orientada a mejorar el estado de la salud de la población de un país pasa por recomendar la solución de las causas subyacentes o determinantes de la salud, entre ellas: acelerar el ritmo de crecimiento y que el mismo favorezca a los sectores excluidos, enfrentar con adecuadas políticas de protección social la actual crisis mundial, para que quienes saldrán más afectados (los pobres) vean amortiguados sus efectos.

RECUADRO III.3 SISTEMAS INTEGRADOS DE SERVICIOS DE SALUD

El concepto de servicios de salud integrados no es nuevo, sin embargo su significado puede tener múltiples interpretaciones y usos. Esta diversidad de interpretaciones explica en parte las dificultades para comprender su significado, intercambiar experiencias, elaborar propuestas para la acción, y evaluar los avances en la materia. En respuesta a esta situación, la OMS ha propuesto la siguiente definición preliminar sobre servicios de salud integrados:

“La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”.

La integración deben entenderse como un medio para mejorar el desempeño del sistema, más que como un fin en sí mismo, de tal forma que los esfuerzos de integración solamente tendrán justificación en la medida que conduzcan a servicios más accesibles de mayor calidad, con mejor relación costo-beneficio, y que satisfagan a los usuarios.

En contraposición a sistemas integrados de salud, los que operan de forma fragmentada se caracterizan por duplicar servicios entre subsectores, prestar inequitativamente los servicios y operar sin una complementariedad de servicios y continuidad de cuidados. Los sistemas integrados facilitan la ampliación de cobertura y la equidad y propician una “transformación del cuidado de la salud”, basado en la solidaridad y en la clara distribución de funciones entre subsectores, tal y como se muestra en el cuadro siguiente:

LA TRANSFORMACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD

El “pasado” de los servicios de salud	El “futuro” de los servicios de salud
Énfasis en el tratamiento de la enfermedad	Énfasis en la promoción y la preservación de la salud
Responsable por pacientes individuales	Responsable por la salud de poblaciones definidas
Énfasis en el cuidado agudo	Énfasis en el continuo del cuidado de la salud
Atención a problemas específicos	Cuidado integral
La meta es el llenados de camas	La meta es proveer el cuidado en el lugar más apropiado
El personal de salud, los hospitales y las aseguradoras de salud trabajan por separado	Los servicios de salud trabajan de “forma integrada”
Predominio hospitalario	Predominio ambulatorio
Predominio de especialistas	Predominio de generalistas
Predominantemente de médicos	Incorporación de otro tipo de personal de salud
Práctica individual	Trabajo en equipos multidisciplinarios
Gestores coordinan servicios	Gestores buscan activamente la garantía y el mejoramiento continuo de la calidad
	Participación comunitaria
Dominio profesional	Auto-cuidado y auto-gestión de la salud/enfermedad
Las personas son receptores pasivos de los servicios	Responsabilidad compartida con otros sectores de la economía
Responsabilidad exclusiva del sector salud	

Fuente: OPS, 2008. Sistemas integrados de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC, 8 de mayo de 2008.

Particularmente en el sector salud, la reforma según la OPS debe entenderse como una transformación gradual y progresiva del Sistema Nacional de Salud, como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en las prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, logrando así la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Para Honduras, dado el contexto actual: bajas coberturas del seguro social y un esfuerzo público en salud que no se refleja en resultados en materia de indicadores, la reforma planteada se propone como objetivos principales:

- a) Avanzar hacia la universalización de la protección social en salud mediante el aseguramiento como esquema de financiamiento; y

- b) Reducir las brechas de cobertura de atención de la SS mediante la universalización de un paquete mínimo de atención materno-infantil, para lo cual es necesario elevar la eficiencia del gasto público.

Por un lado se propone “elevar el componente contributivo o cotizaciones al IHSS”, ya que existe un elevado porcentaje de población ocupada formal que no cotiza (49,9%), y por otro, “elevar el componente no contributivo o aportes del Estado, así como la eficiencia del gasto actual”. Los aportes del estado deberían elevarse para universalizar la atención primaria en salud, principalmente en el área rural en donde existen las mayores brechas de acceso y cobertura.

Ampliación del componente contributivo: el rol del IHSS

En el 2005 el gasto nacional en salud hondureño representó 7,5% del PIB, del cual 3,2% fue realizado directamente por las familias en contraposición de un 0,6% de gasto del IHSS. Los elevados gastos familiares reflejan una estructura de financiamiento ineficiente y regresivo, dando como resultado una mala distribución de riesgos: las familias enfrentan costos excesivos ante un evento de enfermedad al no estar asegurados: “uno de los aspectos que permite evaluar la envergadura del desafío son las estimaciones de que, cada año, 100 millones de personas en el mundo se sumen en la pobreza por no tener un acceso adecuado a un tratamiento médico asequible” (Ministerio de Asuntos Exteriores, 2007).

La propuesta apunta a reemplazar gradualmente el pago directo de las familias por cotizaciones a un esquema de aseguramiento⁵². Como se observa en el cuadro III.20, Honduras mantiene el más elevado porcentaje de población ocupada formal sin cotizar (en Guatemala dicha población representa 37,9% y en Nicaragua 43,8%), por lo que representa un reto importante para el IHSS incrementar la cobertura de sus servicios con lo que la legislación actual vigente le permite.

CUADRO III.20
HONDURAS: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA^a POR SECTOR ECONÓMICO^b, POR
AFILIACIÓN A LOS RÉGIMENES DE SEGURIDAD SOCIAL Y POR QUINTILES^c
(En porcentajes)

Población trabajadora formal		Población trabajadora informal				
30,2		69,8				
Cotiza al IHSS ^d	Con potencial del cotizar	Sin potencial de cotizar			Con potencial del cotizar	
	No cotiza al IHSS	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
50,1	49,9	34,1	24,3	17,4	13,4	10,7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de ENCOVI, 2006.

^a La población ocupada se determina por la población de 18 años y más.

^b Se consideró la siguiente definición de informalidad: son trabajadores informales los empleados domésticos, los peones o jornaleros, los trabajadores no remunerados, los trabajadores por cuenta propia (se excluyen a aquellos con educación superior), los patronos en establecimientos con menos de seis empleados (se excluyen aquellos con educación superior) y los empleados privados asalariados que laboran en establecimiento con menos de seis trabajadores.

^c Sobre la base del consumo como medida de bienestar.

^d Pregunta realizada solo a los trabajadores asalariados para el caso hondureño.

El aseguramiento permitiría una mejor distribución de riesgos, bajo un sistema solidario y eficiente en el uso de los recursos y representaría según los cálculos realizados sobre los cotizantes aún

⁵² Las diferentes modalidades de financiamiento de sistemas de protección social en función de su impacto en la redistribución, son: i) Los impuestos generales directos sobre el ingreso son progresivos, los indirectos son regresivos, ii) Las cotizaciones salariales si no tienen tope son progresivas pero si lo tienen son regresivas, iii) Las cuotas de uso cargadas en el subsector público y los copagos en el privado son regresivos (salvo si se exime de su pago a los pobres en las primeras); y iv) El gasto de bolsillo es el más regresivo de todos.

no cubiertos, ingresos por concepto de cotizaciones US\$3,3 millones mensuales (aproximadamente 0,46% del PIB), representando un incremento de cobertura de 15% de la población ocupada total (ver cuadro III.21).

En el caso de Honduras a diferencia de Guatemala (en donde se propone incluir a la población ocupada informal de los quintiles 4 y 5), no se propone la inclusión de los ocupados informales por varias razones: i) el esfuerzo que el IHSS debe realizar por incluir a la población ocupada formal (según lo que establece la ley) aún es elevado y requerirá del IHSS un esfuerzo enorme para poder captar al 49,9% que aún no cotiza y que según la ley están obligados a cotizar; y ii) el esfuerzo que actualmente realiza la SS comparado con el bajo nivel de PIB per cápita del país, denota que debe existir un primer esfuerzo por parte de la Secretaría para elevar la eficiencia del gasto, antes de elevar el monto del mismo con el objeto de subsidiar las cuotas patronales de los ocupados informales.

El componente contributivo podría además encontrar una ventana de oportunidad para ampliarse en la recepción de remesas al país: 14,7% de hogares son perceptores de remesas del exterior, quienes recibían mensualmente US\$38,7 según la ENCOVI de 2004. Aproximadamente la mitad de los hogares receptores se ubican en los quintiles 4 y 5 de consumo, evidenciando un nivel de ingreso que podrían utilizar en el seguro social.

Según el cuadro III.22, el 92,7% de los hogares receptores de remesas, no cotizan al seguro social y se ubican principalmente dentro de la población económicamente activa.

CUADRO III.21
HONDURAS: COTIZACIÓN POTENCIAL DEL SEGURO POR EM-RP DE LA
POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS, 2004

	Ingreso base total ^a mensual	Enfermedad, maternidad y accidentes (EMA)		
		Laboral Tasa: 2,5%	Patronal Tasa: 5%	Estatad Tasa: 0,5%
<i>En millones de lempiras (mensuales)</i>				
Formal que no cotiza	747,0	18,7	37,4	3,7
Informal con potencial de cotizar (Q4 y Q5)	798,1	20,0	39,9	4,0
Total	1 545,2	38,6	77,3	7,7
<i>En millones de US\$^b (mensuales)</i>				
Formal que no cotiza	40,6	1,0	2,0	0,2
Informal con potencial de cotizar (Q4 y Q5)	43,4	1,1	2,2	0,2
Total	84,0	2,1	4,2	0,4
<i>Como porcentaje del PIB^c (porcentajes, con valores anualizados)</i>				
Formal que no cotiza		0,14	0,28	0,03
Informal con potencial de cotizar (Q4 y Q5)		0,15	0,30	0,03
Total		0,29	0,57	0,06

Fuente: Elaboración propia con base en ENCOVI 2004.

^a Trabajadores asalariados: sueldo+propinas, comisiones, horas extras +vacaciones y/o bonificaciones+ aguinaldo+ alimentos+habitación+ropa, calzado (el ingreso en especie no puede exceder del 30% del total de la remuneración según art. 135 del Reglamento general de la Ley del Seguro Social); trabajadores independientes: ganancia (agrícola y no agrícola). Techo de cotización: L.4.800 mensuales.

^b Tipo de cambio: L. 18,4 poro US\$ 1.

^c PIB corriente (año 2004): L. 161.508 millones.

CUADRO III.22
HONDURAS: CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS DE 18 AÑOS Y MÁS QUE
RECIBEN REMESAS DEL EXTERIOR
(Personas y porcentajes)

	Porcentajes
Condición de actividad	
Población económicamente activa	52,3
Población inactiva	47,6
Relación con el jefe del hogar	
Jefe de hogar ^a	55,7
Esposo(a) o compañero(a)	23,0
Hijo	10,9
Yerno o nuera	2,3
Otro	8,2
Vinculación con el IHSS	
Cotiza	7,3
No cotiza/no aplica	92,7

Fuente: ENCOVI, 2004.

^a El 59% de los jefes de hogar receptores de remesas son mujeres.

La incorporación de los receptores de remesas, no es una iniciativa nueva para Honduras. El Banco Central de Honduras, en el documento “Consideraciones sobre las remesas familiares enviadas a Honduras” de marzo 2007⁵³ planteaba que el IHSS tenía dentro de sus metas institucionales para 2008 crear la opción de que los hondureños en el extranjero pudieran afiliarse al IHSS.

Rol de la Secretaría de Salud: ampliar eficiencia y montos

Elevar la eficiencia como se planteó con anterioridad es un elemento de particular importancia en el caso hondureño, al menos por tres razones que se derivan del diagnóstico institucional realizado: i. tanto el sistema de salud como la Secretaría funcionan como un sistema segmentado, con un número elevado de programas de atención con poca articulación entre ellos; y ii. las remuneraciones del personal de la Secretaría pueden servir de punto de partida para elevar la eficiencia en la atención.

El sistema de salud hondureño opera de forma segmentada (OPS, 2007) en tres subsectores, con escasa o nula coordinación e integración y altamente fragmentado en lo operativo (superposición de redes, ausencia de complementariedad de servicios y continuidad de cuidados, imposibilidad de proveer atención integral y ausencia de mecanismos de referencia y contrareferencia). La SS, en la práctica, segmenta sus servicios brindando atención primaria a los pobres y atención hospitalaria a la población que vive en centros urbanos y el IHSS, solamente cubre al 18% de la población, concentrada principalmente en los mismos centros urbanos.

Adicionalmente a la fragmentación del sistema de salud, la Secretaría cuenta con programas diferencias de atención primaria (Programa “Nuevos Modelos de Gestión”, Equipos itinerantes del Programa de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios de Salud, PRIESS, financiado por el BID y el Programa Acceso financiado por la Cooperación Sueca a través de ASDI), en donde puede existir una brecha por cubrir para elevar la eficiencia en la atención primaria a través de su articulación, bajo un único modelo de gestión.

⁵³ http://74.125.95.132/search?q=cache:yDZMDGPr550J:www.bch.hn/download/trabajos_investigacion/remesas.pdf+remesas+y+seguridad+social+&hl=es&ct=clnk&cd=1.

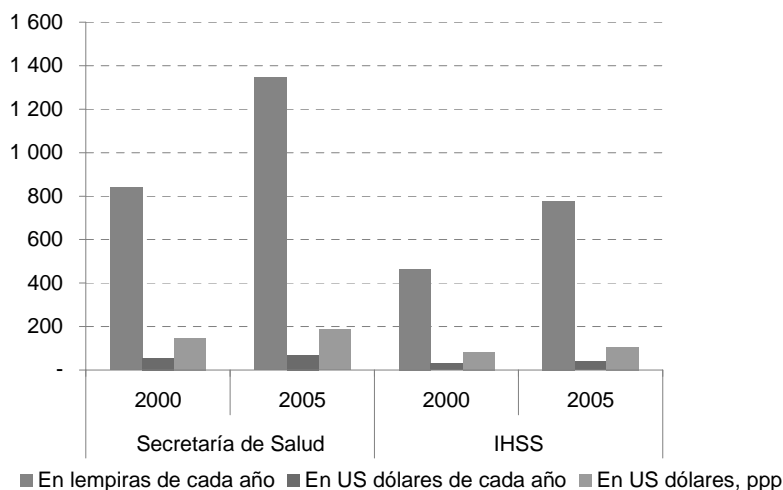
Otro elemento importante, visto como una ventana de oportunidad para elevar la eficiencia de la Secretaría, es el gasto actual de la SS, que como se observa en el gráfico III.6, es mayor que el gasto per cápita del IHSS. La brecha está explicada principalmente por las remuneraciones del personal médico en la Secretaría, siendo estas más elevadas que en el IHSS. Este es un punto de partida para poder implementar mejores sistemas de monitoreo y evaluación de resultados con el fin de elevar los mismos en términos de indicadores de impacto.

Por otro lado la Secretaría deberá elevar los montos actualmente destinados a la atención primaria de la salud para poder universalizar la cobertura, principalmente en las áreas rurales, que no tienen acceso a ningún tipo de servicio.

Las estimaciones para universalizar la atención primaria en salud se basan en el costo del paquete básico de salud estimado por la OMS (2001) (ver anexoIV) para el logro de las metas del milenio, que estima costos diferenciados por países dependiendo del nivel de ingreso de cada país. Las intervenciones costeadas por la Comisión de macroeconomía de la OMS, incluyen 49 intervenciones prioritarias de salud y 65 líneas de tratamiento. Estas intervenciones han sido identificadas como claves para mejorar los aspectos más importantes de las condiciones de salud de la población pobre, por lo que no representan el costo de todos los servicios necesarios para la expansión del sistema de salud⁵⁴.

Las estimaciones presentan dos escenarios. En primer lugar, uno basado en las estimaciones oficiales que reportan 17% de población no cubierta. En segundo lugar, se establece otro escenario basado los datos de la ENDS2005-2006, la cual reporta que el porcentaje de población “A más de una hora” de un servicio público de salud fue de 29,6%⁵⁵.

GRÁFICO III.6
HONDURAS: GASTO PÚBLICO PER CÁPITA, SEGÚN SUBSISTEMA DE SALUD, 2000 Y 2005
(En lempiras, USD de cada año y USD PPP)



Fuente: Elaboración propia con base: a) proyecciones de población estandarizadas y publicadas en CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía). 2000. Boletín demográfico No. 66. Julio; b) Estadísticas del Banco Central de Honduras; c) Estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), (http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm#). d) Estadísticas sobre Paridad del Poder de Compra (PPP) publicadas por el FMI (Fondo Monetario Internacional) 2008. World Economic Outlook, October 2008. Estimación suponiendo una cobertura del Ministerio de Salud, equivalente al 60% de la población, y del Instituto hondureño de seguridad social, equivalente al 18%, según OPS/OMS (2007). “Salud en las Américas, 2007”. Publicación científica y técnica No. 622. Washington.

⁵⁴ Para un costeo reciente de 19 intervenciones para alcanzar los objetivos del Milenio en salud ver Bitrán et.al. (2008), sintetizado en el recuadro A-1.

⁵⁵ Según la OPS, las personas que se encuentran a más de una hora de un servicio de salud deben ser reportadas como no cubiertas. Dado este criterio, y considerando la debilidad con la que se recolectan los datos institucionales de cobertura de servicios públicos de salud, se considera que las estimaciones de cobertura derivadas del criterio de la OPS representan un escenario probable.

Según el cuadro III.23, el aporte adicional que debería invertirse en salud para universalizar la atención primaria 0,03% - 0,38% del PIB, considerando un incremento gradual de la cobertura en ambos escenarios. El esfuerzo aparentemente es bajo en términos del PIB, sin embargo, como se señaló con anterioridad, Honduras deberá realizar un esfuerzo importante a lo largo de este período por elevar la eficiencia del gasto actual, y elevar con los mecanismos existentes la cobertura del seguro social, que actualmente cubre a la mitad de la población ocupada formal, así mismo la SS debe elevar la calidad y eficiencia de los servicios, tomando en cuenta como punto de partida, niveles de remuneración altos de su personal y por tanto un gasto per capita mayor.

2. Pensiones: hacia un esquema inclusivo y sostenible

Considerando los diversos hallazgos encontrados a lo largo de los capítulos anteriores, respecto a las limitaciones en cobertura que ejercen las transformaciones socioeconómicas y demográficas, así como los factores de orden institucional del sistema de pensiones, en este apartado se formulan una serie de propuestas concretas orientadas a generar estrategias e instrumentos para lidiar de manera contundente con el principal problema que enfrenta el sistema hondureño, a saber, la baja cobertura.

Con ello, se busca sentar las primeras bases para consolidar en el tiempo un sistema de pensiones público integral y único, que pueda cumplir adecuadamente con la meta de expandir la cobertura previsional a toda su población, aumentar sus niveles de solidaridad y mejorar su situación financiera, basado en un esquema de financiamiento de la protección social en pensiones sostenible y equitativo, permitiendo el cumplimiento efectivo del derecho a la seguridad social de todos sus ciudadanos.

a) Los objetivos inmediatos de la propuesta: estrategias e instrumentos para el aumento inmediato de la cobertura

El principal reto que afronta el sistema hondureño de seguridad social, es extender rápidamente la cobertura. La reforma que se plantea constituye una valiosa oportunidad para introducir innovaciones que permitan sobrepasar las barreras que históricamente han impedido el avance de la cobertura hacia la universalización y que en buena medida tienen que ver con la dificultad del propio sistema de pensiones hondureño para adaptarse y manejar las complejas transformaciones producidas al interior del mercado laboral; lo que profundiza cada vez más la exclusión estructural que caracteriza el actual sistema.

Avanzar en esas innovaciones exige la puesta en marcha de algunas estrategias que permitan aumentar sostenida y efectivamente la cobertura, entre las cuales cabe señalar las siguientes:

- Una primera estrategia se refiere a la necesidad de que el sistema de seguridad social hondureño refuerce y amplíe su objetivo de garantizar el acceso a la protección social de todos los trabajadores, sin importar el modo de inserción en el mercado laboral (cobertura integral del mercado laboral, tanto para asalariados-formal, como independientes-informal).
- Una segunda estrategia está relacionada con la revisión urgente de la obligatoriedad que establece el sistema a un mismo esquema de seguro social para todos los distintos tipos de trabajadores, cuando en la práctica existe una severa fragmentación laboral, recreando, por esa vía, grandes barreras para la extensión de la cobertura (incorporar la severa fragmentación laboral).
- Una tercera estrategia tiene que ver con la necesaria diversificación del esquema de seguros para adaptarlo a la gran diversidad de categorías de trabajadores, con distintas capacidades para el pago de las cotizaciones, y no obligar a todos los trabajadores a afiliarse a un solo esquema de seguros, que normalmente no está al alcance de todas las categorías de trabajadores, frenando la cobertura⁵⁶ (adaptarse a la diversidad laboral). Si bien idealmente un

⁵⁶ La Conferencia Internacional del Trabajo 89, del 2001, estableció algunas conclusiones y líneas estratégicas que los estados pueden adoptar con el fin de abordar el histórico problema de la cobertura de la seguridad social. Específicamente, en su Conclusión 15 estableció: "No siempre es necesario, ni tampoco en muchos casos factible, disponer de la misma gama de prestaciones de la seguridad social para todas las categorías de personas. No obstante, los sistemas de seguridad social evolucionan con el tiempo y pueden ser cada vez más amplios en lo que respecta a categorías de personas y tipos de prestaciones en la medida en que lo permitan

sistema con aseguramiento universal habría de garantizar beneficios similares para toda la población, no siempre es factible desde el punto de vista de los ingresos del trabajador, del empleador y del fisco, por lo que es necesario desarrollar varios programas de aseguramiento que permitan a la población no asalariada escoger, obligatoriamente o en forma voluntaria, entre distintos niveles o planes de cobertura, en función de su capacidad contributiva, en vez de establecer la obligación de acogerse a un plan de seguro "único" (ajustar planes y programas a capacidades de pago y necesidades), lo que desincentiva a la afiliación.

- Una cuarta estrategia considera que dado los bajos niveles de ingreso de buena parte de los trabajadores y los generalizados niveles de pobreza de la población, para su afiliación resulta esencial que el Estado se comprometa a subsidiar las contribuciones de la población con baja o ninguna capacidad contributiva, o bien a asumir el financiamiento de las prestaciones de las personas que en virtud de su condición económica no logran consolidar derechos o a una combinación de ambas cosas.
- Una quinta estrategia apunta a alterar los claros incentivos existentes actualmente para la no afiliación y para la subdeclaración de los salarios de los trabajadores de ingresos medios y altos, especialmente asalariados pero también independientes. Debido a una relación muy baja entre costo y beneficio, la experiencia usualmente muestra elevadas tasas de evasión de contribuciones. Una alta tasa de evasión para los salarios medios y altos, tiene la gran desventaja de que perjudica la solidaridad del sistema de pensiones. Adicionalmente, se propone no aplicar techos de cotización al financiamiento de los demás componentes del sistema, a saber, el seguro de salud y el de riesgos profesionales, en aras de una mayor solidaridad colectiva.

CUADRO III.23
HONDURAS: COSTOS ESTIMADOS DE UNIVERSALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
(En porcentajes y millones de dólares)

Escenario suponiendo una brecha de población descubierta de 17% en 2005 ^a							
Año	Población total	Porcentaje de población por incorporarse ^a	Población por incorporarse ^b	Costo de paquete mínimo ^c	Costos por brecha de cobertura	Producto interno bruto	Costos totales como porcentaje del PIB US\$
		% población cubierta		USD	Millones de USD corrientes		
2009	8 032,457	2,4	195 074	28,85	5,6	15 094,0	0,04
2010	8 202,681	4,9	398 416	29,60	11,8	15 909,0	0,07
2011	8 372,283	7,3	609 981	30,11	18,4	16 579,0	0,11
2012	8 541,417	9,7	829 738	30,73	25,5	17 286,0	0,15
2013	8 709,915	12,1	1 057 633	31,41	33,2	17 990,0	0,18
2014	8 877,614	14,6	1 293 595	33,41	43,2	19 787,2	0,22
2015	9 044,347	17,0	1 537 539	34,52	53,1	21 238,8	0,25

(continúa)

las circunstancias nacionales. Donde haya una capacidad limitada para financiar la seguridad social, ya sea mediante los impuestos generales o las cotizaciones –y en especial cuando no haya un empleador que pague una parte de la cotización, debería darse prioridad en primer lugar a las necesidades que los grupos interesados consideren más apremiantes."

CUADRO III.23 (conclusión)Escenario suponiendo una brecha de población descubierta de 29,6% en 2005-2006^d

Año	Población total	Porcentaje de población por incorporarse ^a	Población por incorporarse ^b	Costo de paquete mínimo ^c	Costos por brecha de cobertura	Producto Interno Bruto	Costos totales como porcentaje del PIB US\$
		% población cubierta		USD	Millones de USD corrientes		
2009	8 032 457	4,2	339 658	28,85	9,8	15 094,0	0,06
2010	8 202 681	8,5	693 712	29,60	20,5	15 909,0	0,13
2011	8 372 283	12,7	1 062 084	30,11	32,0	16 579,0	0,19
2012	8 541 417	16,9	1 444 720	30,73	44,4	17 286,0	0,26
2013	8 709 915	21,1	1 841 525	31,41	57,9	17 990,0	0,32
2014	8 877 614	25,4	2 252 378	33,41	75,3	19 787,2	0,38
2015	9 044 347	29,6	2 677 127	34,52	92,4	21 238,8	0,44

Fuente: Elaboración propia con base en las proyecciones de población estandarizadas y publicadas en CELADE 2000. Boletín demográfico No. 66 julio; FMI (2008) World Economic Outlook y estadísticas nacionales del MSPAS y del IGSSI.

^a El dato reportado para este escenario es el consignado en: OPS (2001).

^b Se supone que la población descubierta es incorporada gradualmente en un período de tiempo de aproximadamente 10 años, en ambos escenarios.

^c El costo de referencia utilizado es el consignado en OMS (2001). Los costos de los siguientes años fueron calculados tomando en cuenta una proyección de inflación.

^d El dato reportado para este escenario es el consignado en la ENDESA 2005-2006, que reporta 29,6% de la población a "Más de una hora" de atención.

Los instrumentos innovadores que se proponen con el propósito de materializar esas estrategias y superar las barreras que históricamente han impedido el avance de la cobertura hacia la universalización son los siguientes:

- A fin de poner en marcha la primera, segunda y tercera estrategia se propone conceder inmediatamente al IHSS la flexibilidad y facultad normativa, operativa y financiera necesaria para el diseño de planes de aseguramiento alternativos para distintos grupos de población no asalariada, de modo que la obligatoriedad pueda ser aplicada de distinta manera para cada sector. Dentro de esta flexibilidad, los trabajadores no asalariados, incluyendo los socios y patronos, podrían optar por una cobertura parcial de los actuales programas del IHSS, o bien seleccionando de entre uno o más planes diseñados especialmente para estos grupos. Así, el IHSS desarrollará programas e incentivos de protección que permitan a la población no asalariada escoger, obligatoriamente entre distintos niveles o planes de cobertura, en función de su capacidad de ingresos, estableciendo planes de prestaciones básicas y específicas para los grupos con ingresos precarios. De otro lado, se debe dotar al IHSS de facultades para establecer planes de seguros voluntarios específicos para los grupos con ingresos precarios. Tales planes de seguros no tendrían que tener la misma cobertura de prestaciones, ni los mismos requisitos que el seguro obligatorio; tampoco sería un requisito que el afiliado adquiriera cobertura para todos los riesgos, sino solo para los riesgos que pueda considerar convenientes de acuerdo con su capacidad contributiva y con sus expectativas individuales.
- Para que el Estado otorgue subsidios en materia de contribuciones, se propone dos acciones centrales: i) que el Estado se comprometa a subsidiar las contribuciones patronales de la población ocupada informal de mayores quintiles de consumo que en la actualidad no cotiza (Q4 y Q5), y ii) que el Estado asuma el pago y financiamiento de una pensión mínima a la población que llegue a la vejez sin el ingreso o los activos necesarios para su subsistencia,

entregando un beneficio vitalicio mensual a toda la población pobre mayor de 65 años de edad, equivalente al valor de la línea de pobreza, sin requisitos de aportes, vía aportes fiscales (componente no contributivo), para incluirlos inmediatamente al sistema de protección social e incrementar la solidaridad de todo el sistema.

- Con el propósito de poner en marcha la quinta estrategia se propone diseñar un régimen mixto de pensiones en Honduras, que tome en cuenta sus particularidades. Además de mantener y fortalecer el componente solidario de reparto (solidaridad colectiva), aplicable a todos los trabajadores, sin exclusión alguna, se propone complementarlo de manera obligatoria con cuentas individuales también para todos los afiliados. Los tramos de cotización tendrían dos rangos, inferior y superior a un monto equivalente a dos veces el salario básico o mínimo, y se establecerían niveles de cotizaciones diferenciadas, tanto para financiar el componente solidario de gestión pública y reparto como para alimentar las cuentas individuales, acumulando así los trabajadores derechos simultáneamente para dos pensiones: una solidaria de beneficio definido y otra basada en la cuenta individual acumulada. Esto permite conservar la preeminencia del componente solidario, aumentar su solidaridad global, incrementar los ingresos de los jubilados y a la vez controlar la evasión pues hace que los trabajadores de mayor ingreso puedan destinar una fracción mayor de su ingreso a las cuentas individuales, pero solo a partir de cierto tramo de ingresos. La propuesta en la práctica significa romper con los techos de cotización actualmente vigentes⁵⁷.

En resumen, los ejes de acción de la propuesta para ampliar rápida y significativamente la cobertura de la protección social de la vejez, invalidez y muerte de los hondureños pasa por considerar dos dimensiones esenciales: i) la inclusión inmediata de las personas de la tercera edad que, dada las fallas del sistema, no contribuyeron a un seguro para obtener un ingreso digno en la vejez, por lo que hoy existe una proporción significativa de personas mayores de 65 años (pobres o no), que viven de la solidaridad familiar o de la caridad; ii) la inclusión e integración progresiva y flexible de la población laboral joven de hoy (formal e informal), para que cuando pasen a su etapa laboral inactiva, obtengan un ingreso con el cual puedan tener una vida digna, al acumular derechos simultáneamente para dos pensiones: una solidaria de beneficio definido y otra basada en la cuenta individual acumulada.

Teniendo en cuenta dichas dimensiones, los objetivos de esta propuesta en pensiones se centran en:

- a) Entregar una pensión mínima para los pobres mayores de 65 años a través del componente no contributivo (aportes fiscales), para incluirlos inmediatamente al sistema de protección social e incrementar la solidaridad de todo el sistema.
- b) Ampliar el componente contributivo del sistema, para incluir a los sectores laborales excluidos. Actualmente existe una proporción de la población ocupada formal e informal en los dos mayores quintiles de consumo que no cotiza, ya sea por las rigideces de afiliación o porque el nivel de ingreso no les permite realizar la totalidad de los aportes requeridos (cuota patronal y laboral en el caso de los ocupados informales).

Existe la convicción de que un renovado modelo de pensiones para Honduras debe iniciar con estos dos objetivos básicos de inclusión y ampliación de cobertura para enfrentar e ir resolviendo, en el tiempo, el problema central de la universalidad, reducida solidaridad, esquema de financiamiento en riesgo y las diversas rigideces estructurales que presenta el sistema actual. Para ello se deben recoger las diversas lecciones aprendidas de las reformas adoptadas en la región.

Por el lado de la cobertura para los pobres mayores de 65 años hoy, la reforma y consolidación de esquemas no vinculados al trabajo o esquemas no contributivos de pensiones, se debe realizar mediante la modificación y fortalecimiento del pilar no contributivo existente (aporte fiscal), lo cual permitirá

⁵⁷ El ingreso máximo de cotización para el IHSS en Honduras es de L 4,800 (establecido así en el artículo 55-B de la Ley del Seguro Social Decreto N° 140). Este monto es tan bajo que a partir del año 2009, el salario mínimo urbano (L 5,500) estará por encima del techo de cotización.

atender la creciente necesidad de incorporar amplios sectores de la población a la seguridad social, como instrumentos esenciales para garantizar el acceso generalizado a pensiones dignas por parte de la población sin capacidad contributiva.

Para incluir a los excluidos de la PEA actual, el actual régimen contributivo, bajo nuevos esquemas e instrumentos deberá expandir la cobertura a los trabajadores informales y rurales, así como a los campesinos, y eliminar o reducir la discriminación en la cobertura a las mujeres. Para ello, la afiliación del sector informal debe ser más flexible, por ejemplo, facilitándoles pagos en períodos más cortos o largos que el convencional de un mes (semanales, trimestrales, etc.), y a través de diversos canales (bancos, puestos de correo); usando sindicatos, cooperativas y asociaciones de estos trabajadores como agencias intermediarias para su afiliación y posiblemente para el cobro de contribuciones.

b) El objetivo de largo plazo: avanzar hacia un modelo de tres pilares

Las estrategias e instrumentos señalados para ampliar de manera significativa la cobertura del sistema de pensiones hondureño, deberán sentar bases sólidas para, en el mediano y largo plazo, avanzar hacia un sistema general mixto con un “componente solidario de reparto” (ya vigente) y un “componente de capitalización individual o cuentas individuales” (nuevo), donde tanto el trabajador como el patrono contribuyen obligatoriamente a los dos componentes, a partir de fijar un monto determinado del salario cotizante mensual de los afiliados. Hasta ese monto del salario cotizante mensual, trabajadores y patronos aportan al componente solidario de reparto y, por sobre ese monto, aportan también al componente de capitalización individual, adquiriendo por tanto los afiliados, derecho a dos pensiones. A fin de darle mayor cobertura, solidaridad y sostenibilidad futura, el nuevo modelo de pensiones debe ser integral, es decir, que el mecanismo no contributivo no sea aislado sino, por el contrario, complementario del sistema contributivo mixto reformado (solidario y de capitalización individual).

En primer lugar, deberá incorporar mecanismos novedosos y creativos para enfrentar tanto la particular dinámica del mercado laboral, caracterizada por la reducción de la población que se incorpora al mercado laboral asalariado, y por una creciente no afiliación del trabajador asalariado, como la situación de pobreza/indigencia de la población y la concentración del ingreso (muy baja capacidad de ahorro), que llevan a muy bajos niveles de cobertura del sistema de pensiones guatemalteco.

En segundo lugar, deberá apuntar a resolver el riesgo más severo de mediano plazo que presenta el actual régimen contributivo de prima media escalonada: el vínculo poco consistente entre contribuciones y beneficios (beneficios generosos), determinando una tendencia financiera a generar, en el mediano y largo plazo, déficit. Aquello exige la unificación en el tiempo del sistema fragmentado y la adopción de reglas claras de modificación de los parámetros básicos para darle sostenibilidad financiera (consistencia entre aportes y beneficios) y reglas más solidarias para los aportantes con pensiones adecuadas y de mayores ingresos, mejorando la participación contributiva de los trabajadores con cierta capacidad de ahorro que actualmente no participan.

En tercer lugar, deberá contemplar mecanismos para enfrentar y anticipar la transición demográfica que conduce al empeoramiento vertiginoso de la razón aportantes/pensionados, por cambios irreversibles en el perfil demográfico (envejecimiento de la población y mayor esperanza de vida). La futura introducción de un pilar de capitalización individual obligatorio (contribución definida), al estilo de los modelos mixtos aplicados en Uruguay y Ecuador (ver anexo VIII), donde además de mantener y fortalecer un componente solidario de reparto (solidaridad colectiva), aplicable a todos los trabajadores, sin exclusión alguna, se propone complementarlo de manera obligatoria con cuentas individuales también para todos los afiliados. Los tramos de cotización tienen solo dos rangos, inferior y superior a un monto equivalente a dos veces el salario básico unificado mínimo, y se establecen niveles de cotizaciones diferenciadas, tanto para financiar el componente solidario de gestión pública y reparto, como para alimentar las cuentas individuales, acumulando así los trabajadores derechos simultáneamente para dos pensiones: una solidaria de beneficio definido y otra basada en la cuenta individual acumulada.

En resumen, sobre la base de las estrategias e instrumentos propuestos para aumentar la cobertura, el futuro sistema de pensiones unificado propuesto para Honduras podría estar integrado y combinar tres pilares o componentes esenciales:

- Un componente de prima media escalonada o de solidaridad intergeneracional, con nuevas reglas, mecanismos y procedimientos para incorporar a los trabajadores informales, con reglas claras de modificación de los parámetros para darle sostenibilidad financiera (consistencia entre aportes y beneficios) y reglas más solidarias para los aportantes con pensiones inadecuadas (mayor solidaridad dirigida a los afiliados de bajos ingresos vía mecanismos orientados a aumentar el nivel de las pensiones contributivas mediante aportes subsidiados por el Estado o vía aportes solidarios de los afiliados de mayores ingresos, que subsidian en parte las cotizaciones de los trabajadores de escasos recursos).
- Un esquema de capitalización individual o de ahorro individual obligatorio, acumulando los trabajadores derechos simultáneamente para dos pensiones: una solidaria de beneficio definido y otra basada en la cuenta individual acumulada. (al estilo de los modelos mixtos, que incorporan un componente de capitalización individual en forma complementaria al régimen capitalización parcial colectiva, competitivo y de bajo costo).
- Un pilar no contributivo reformado y fortalecido sobre todo para los adultos mayores en situación de pobreza, vale decir a la población que llegue a la vejez sin el ingreso o los activos necesarios para su subsistencia, entregando un beneficio vitalicio mensual a toda la población pobre mayor de 65 años de edad, equivalente al valor de la línea de pobreza de Honduras, sin requisitos de aportes ni comprobación de medios⁵⁸, así como para incorporar, vía subsidio fiscal, a los informales con capacidad de pago y que actualmente no cotiza, gracias a que el Estado asume el pago de su contribución patronal.

La integración de estos tres pilares o componentes, parece ser un mecanismo satisfactorio para el futuro sistema de Honduras pues permitirá, por un lado, abarcar a la población históricamente excluida de los mecanismos formales de ahorro para la vejez y, por otro, introducir mecanismos de solidaridad contributivos y no contributivos, manteniendo la interrelación entre aportes y beneficios (sanidad financiera).

Independientemente de la forma institucional en que se integren estos componentes, el punto de partida (las debilidades y fortalezas actuales del sistema de pensiones) es un elemento imprescindible que deberá tomarse en cuenta en la agenda de aplicación e implementación del nuevo modelo. El pilar reformado de prima media o solidaridad intergeneracional deberá autofinanciarse, para la población con capacidad de ingreso, y al igual que en el esquema de salud, el Estado deberá subsidiar las cuotas patronales de los quintiles 4 y 5 de los ocupados informales. El pilar de ahorro individual obligatorio, deberá autofinanciarse y el pilar no contributivo demanda recursos fiscales adicionales.

c) Operacionalización de la propuesta y su costo fiscal inmediato

Los cuatro instrumentos propuestos para la ampliación inmediata de cobertura, tienen una particular operacionalización que debe ser cuidadosamente programada, siendo dos de ellos los que implican costos fiscales inmediatos e importantes, por lo que aquí son meticulosamente dimensionados:

- i. el establecimiento de la pensión básica para los pobres mayores de 65 años, y
- ii. el subsidio fiscal de las contribuciones patronales de la población ocupada informal de mayores quintiles de consumo que en la actualidad no cotiza (Q4 y Q5).

Las bajas coberturas del sistema de pensiones tienen hoy varias implicaciones: i) una alta proporción de población mayor de 65 años (85,0% según el cuadro III.2), no obtenía en el 2006 ningún ingreso por jubilación o pensión, y ii) la sostenibilidad financiera del sistema se ve afectado en la medida

⁵⁸ Ver la experiencia boliviana del Programa bono social, BM (2005).

en que el número de cotizantes es cada vez menor. Por estas razones la reforma plantea también soluciones de mediano plazo que resuelvan gradualmente el dilema intertemporal del sistema y de las decisiones de aseguramiento de las personas.

Para realizar las estimaciones del aporte estatal para la pensión mínima, se utilizaron los datos de la ENCOVI del año 2004 para Honduras. Según es encuesta, existían, a ese año, 131.640 personas pobres de 65 años y más (de las cuales 103.962 en el sector rural) y 189.997 personas pobres de 60 años y más (de las cuales 148.627 en el sector rural). El total de personas de 65 años y más fueron 298.857 (pobres y no pobres) y 429.429 personas de 60 años y más. En el año 2004, los jubilados por vejez de los cinco Institutos de pensiones alcanzaban a un total de no más de 32.000 personas, lo que representó apenas el 11% del total de la población de más de 65 años.

De su lado, la línea de pobreza general de Honduras para el año 2004 fue de 586 lempiras mensuales por persona (996 lempiras por mes por hogar), lo que da un monto de 7.616,3 lempiras al año, suponiendo 13 pagos de pensiones al año.

Un ejercicio retrospectivo de haber entregado en el año 2004 una pensión equivalente a la línea de pobreza de Honduras a todas las personas hondureñas mayores de 65 años pobres, hubiera permitido, en promedio, reducir a la mitad la incidencia de pobreza en la vejez, a un costo equivalente al 0,6% del PIB hondureño. Una pensión universal hubiera tenido el mismo efecto en materia de pobreza, pero a un costo medio equivalente del 1,4% del PIB hondureño. Aquello hubiera permitido incluir a la población históricamente excluida de los mecanismos formales de ahorro para la vejez a costos relativamente razonables para el país. Si se hubiera entregado pensiones a las personas de 60 años y más, el costo fiscal habría aumentado al 0,9% del PIB, para los pobres, y a 2%, su universalización (ver cuadro III.24).

CUADRO III.24
HONDURAS: COSTO FISCAL DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA, 2004

	Población			Incidencia pobreza	Costo en millones lempiras		Costo en % del PIB	
	Pobres	No pobres	Total		Pobres	Universal	Pobres	Universal
Personas de 60 años y más	189 997	239 432	429 429	44,2	1 447,1	3 270,7	0,9	2,0
Urbano	41 370	159 539	200 909	20,6	315,1	1 530,2	0,2	0,9
Rural	148 627	79 893	228 521	65,0	1 132 0	1 740,5	0,7	1,1
Personas de 65 años y más	131 640	167 217	298 857	44,0	1 002,6	2 276,2	0,6	1,4
Urbano	27 678	110 562	138 240	20,0	210,8	1 052,9	0,1	0,6
Rural	103 962	56 655	160 617	64,7	791,8	1 223,3	0,5	0,8

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las ENCOVI, 2004.

En el cuadro III.25 se muestra la estructura de la población ocupada hondureña de 18 años y más por sector de ocupación según la ENCOVI del año 2004. El 30,2% de la población ocupada se encontraba laborando en el sector formal (cerca de 690 mil personas) y el 69,8% restante en el sector informal (cerca de un millón 600 mil personas). En el sector formal, el 50% cotizaba al sistema de pensiones y el otro 50% no cotizaba. En el sector informal, cerca del 76% (un millón 210 mil personas) no tenían ingresos suficientes para cotizar y el 24% restante (384 mil personas) tenían ingresos potenciales para cotizar (quintiles 4 y 5 de pobreza por consumo).

En el cuadro III.26 se cuantifica, en base a la normativa legal vigente del IHSS, el costo que significa para el Estado hondureño asumir las contribuciones patronales de los informales con potencial de cotizar. Esa acción tiene un costo mensual para el Estado de 900 mil dólares mensuales que junto con su obligación como Estado asciende al 1,1 millones de dólares mensuales, lo que representa un costo anualizado equivalente al 0,3% del PIB.

CUADRO III.25
HONDURAS: POBLACIÓN OCUPADA DE 18 Y MÁS AÑOS, POR SECTOR DE OCUPACIÓN, 2004

	Población	Porcentajes
Población ocupada de 18 y más	2 283 927	100,0
Formales	690 089	30,2
Formal que cotiza	346 000	15,1
Formal que no cotiza	344 088	15,1
Informales	1 593 838	69,8
Informal sin capacidad de cotizar	1 209 580	53,0
Informal con potencial de cotizar	384 258	16,8

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la ENCOVI, 2004.

CUADRO III.26
HONDURAS: COTIZACIÓN POTENCIAL DEL SEGURO POR IVM DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS, 2004

	Ingreso base total ^a mensual	Invalidez, vejez y muerte (IVM)		
		Laboral Tasa: 1%	Patronal Tasa: 2%	Estatal Tasa: 0,5%
En millones de lempiras (mensuales)				
Formal que no cotiza	747,0	7,5	14,9	3,7
Informal con potencial de cotizar (Q4 y Q5)	798,1	8,0	16,0	4,0
Total	1,545,2	15,5	30,9	7,7
En millones de US\$ ^b (mensuales)				
Formal que no cotiza	40,6	0,4	0,8	0,2
Informal con potencial de cotizar (Q4 y Q5)	43,4	0,4	0,9	0,2
Total	84,0	0,8	1,7	0,4
Como porcentaje del PIB ^c (porcentajes, con valores anualizados)				
Formal que no cotiza		0,06	0,11	0,03
Informal con potencial de cotizar (Q4 y Q5)		0,06	0,12	0,03
Total		0,11	0,23	0,06

Fuente: Cálculos propios sobre la base de la ENCOVI, 2004.

^a Trabajadores asalariados: sueldo + propinas, comisiones, horas extras + vacaciones y/o bonificaciones + aguinaldo + alimentos + habitación + ropa, calzado (el ingreso en especie no puede exceder del 30% del total de la remuneración según art. 135 del Reglamento general de la Ley del Seguro Social); trabajadores independientes: ganancia (agrícola y no agrícola). Techo de cotización: L 4,800 mensuales.

^b Tipo de cambio: L 18.4 por US\$ 1.

^c PIB corriente (año 2004): L 161,508 millones.

Por tanto, la decisión de entregar una pensión básica a los pobres mayores de 65 años sumada a la decisión de asumir el pago de las contribuciones patronales y del propio Estado de los informales con potencial de cotizar, significarían un costo fiscal adicional anual cercano al 1% del PIB, donde la primera exige recursos fiscales anuales por un monto cercano al 0,6% del PIB, y la segunda, por un monto cercano del 0,3% del PIB.

Es importante señalar que en materia de ampliación de cobertura (objetivo central de la propuesta), la aplicación de los cuatro instrumentos propuestos permitiría haber incorporado en el año 2004 a 131.640 personas pobres mayores de 65 años (por pensión básica), a 384.258 trabajadores informales con potencial de cotizar (por que Estado asume su contribución patronal e IHSS ofrece planes flexibles de seguro) y a 344.088 trabajadores formales que no cotizan (por régimen mixto, con cuentas individuales), con una ampliación de cobertura adicional de 860.000 personas adicionales, lo que representa alrededor del 38% adicional de la población ocupada del año 2004, que junto al 17% actualmente cubierto, alcanzaría al 55% de la población ocupada total, dando un paso muy significativo en la extensión de la cobertura de pensiones hondureña. En el cuadro III.26 se puede apreciar también el costo que, bajo la normatividad vigente del IHSS, tiene para los trabajadores, empleadores y Estado del sector formal que no cotizan, su inclusión inmediata al sistema (0,2% del PIB).

En resumen, para la ampliación del pilar contributivo, al igual que en salud se propone la incorporación de 50% de la población ocupada formal que no cotiza, así como de los ocupados informales ubicados en los quintiles cuatro y cinco de consumo (24%) .

El componente no contributivo (aporte fiscal), estaría dedicado a dos acciones:

- a) A subsidiar la pensión mínima de la población mayor de 65 años con el “pilar no contributivo”.
- b) Subsidio de la cuota patronal de los cotizantes potenciales.

d) Premisas institucionales y de organización

Para el efecto, y bajo el enfoque de recuperación de la responsabilidad pública, el IHSS fortalecido y modernizado, deberá asumir la doble tarea de aplicar lo antes posible los cuatro instrumentos propuestos y de regular y manejar en el futuro los tres pilares propuestos bajo un sistema integral (período de transición de tres años), para rápidamente ampliar la cobertura del componente no contributivo y mejorar la solidaridad y sanidad financiera del componente contributivo, mediante este modelo único e integral.

Avanzar en esta dirección pasa por adoptar un nuevo enfoque de las reformas de pensiones, bajo premisas distintas, que implican traer de vuelta al Estado, volver a confiar en él para que juegue un papel mayor al que ha tenido últimamente en materia de sistemas de protección social, restableciendo y fortaleciendo la responsabilidad pública y por tanto las responsabilidades fiscales activas y redistributivas.

En aras de esa mayor responsabilidad pública y fiscal se plantea alcanzar esas metas sustantivas de cobertura y solidaridad en torno a algunas premisas fundamentales. Una primera premisa hace referencia a la universalidad con progresividad, que busca la protección universal de las personas, con escenarios temporales ajustados a la disponibilidad de recursos. Una segunda premisa plantea la necesidad de sistemas unificados, que eliminen los privilegios e inequidades, bajo regímenes especiales. Una tercera premisa, exige una mayor regulación del Estado, no solo sobre el sector privado sino también sobre el propio sector público, por tanto una institucionalidad eficaz acorde a este rol esencial. Una cuarta premisa plantea el fortalecimiento del Estado para hacerlo más sólido institucionalmente hablando y a la vez con mayor solidez fiscal, es decir con recursos suficientes, permanentes y equitativos. Se trata por tanto de dejar atrás las viejas y tradicionales reformas de primera o segunda generación basadas en la lógica del mercado o en los quasi mercados, cuyos efectos en materia de solidaridad en la región dejan mucho que desear e incumplieron las promesas de ampliación de cobertura.

Bajo este enfoque, se propone la pronta aplicación del nuevo sistema de pensiones hondureño, con los tres pilares, donde el pilar no contributivo reformado constituye la punta de lanza para la meta de ampliación de la cobertura organizada desde el Estado desde el propio Instituto Hondureño de Seguridad Social, a partir de entregar un beneficio para los adultos mayores en situación de pobreza, y el pago de la contribución patronal para la afiliación de los trabajadores informales con potencial de cotizar.

3. Consideraciones fiscales⁵⁹

El esquema de financiamiento de la protección social hondureña debe redibujarse y reestructurarse para ajustarse a las nuevas necesidades y desafíos. Las contribuciones personales de los trabajadores, junto con las contribuciones patronales y las contribuciones del Estado, en una justa y adecuada proporción, deben financiar el sistema. Esas contribuciones deben complementarse con recursos fiscales adicionales como el complemento no contributivo reformado, instrumento central de la ampliación de cobertura.

Se debe resaltar que la recuperación de la responsabilidad pública en el manejo y regulación del sistema de protección social necesariamente debe reflejarse en una mayor responsabilidad fiscal activa y equitativa; es decir, en cambios en la composición de las cuentas fiscales del Gobierno hondureño, reflejándose tanto a nivel de los ingresos como de los gastos. Efectivamente, la puesta en vigencia tanto del componente contributivo como de los no contributivos significarían un aumento entre 0,79% - 0,83% del PIB. De su lado, en contrapartida, ese mismo porcentaje debería reflejarse en la carga tributaria hondureña, y situaría al país de un gasto público total en 2005 de 3,6% del PIB a 4,4% aproximadamente.

CUADRO III.27
HONDURAS: ESFUERZO FISCAL TOTAL PARA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y PENSIONES
(Como porcentajes del PIB)

	Salud	Pensiones
Aporte del Estado como tercero	0,06	0,06
Aporte del Estado para subsidio ^a	n/a	0,12
Universalización de atención primaria en salud	0,04-0,44	n/a
Pensión mínima para pobres mayores de 65 años	n/a	0,6
Total	0,1-0,5	0,78

Fuente: Elaboración propia con base en la ENCOVI, 2004.

^a Corresponde a la cuota patronal de los ocupados informales en los quintiles 4 y 5 de consumo para la cuota patronal de pensiones.

El nivel de la carga tributaria ampliada (ingresos tributarios más contribuciones a la seguridad social) alcanzó al 21,2% del PIB en el año 2007⁶⁰, pero muy por debajo de la carga tributaria de países de desarrollo avanzados (40%). De los 21,2 puntos porcentuales, 19,4 corresponden a los ingresos tributarios (91,5%) y 1,8 puntos a las contribuciones a la seguridad social (8,5%).

Respecto a la composición de la estructura tributaria hondureña, es claro el predominio de los impuestos indirectos sobre los directos, donde el IVA es preponderante. Los impuestos conocidos como directos son minoritarios (6,3% del PIB y representa el 32% de la carga tributaria), pese a que son más progresivos o más redistributivos; en cambios, los impuestos conocidos como indirectos son altos (cerca del 13,1% del PIB y representa el 68% de la carga tributaria), pese a que cumplen una baja función redistributiva e inclusive pueden ser regresivos. Esto deberá abrir la discusión en Honduras sobre el

⁵⁹ Esta sección no incluye una evaluación de los costos fiscales que implica el pago por parte del Estado de la deuda acumulada con la Seguridad Social. Lamentablemente no se pudo acceder a los datos correspondientes en este sentido, pero las autoridades fueron claras en que no se podría avanzar en ninguna propuesta de ampliación de la responsabilidad fiscal del estado en cuanto a protección social sin que se de una solución sostenible al problema de la deuda acumulada del Estado (como patrono y como estado en sí).

⁶⁰ Este dato es previo a la revisión del cálculo del PIB. Con el nuevo cálculo reportado con base en el 2000, la carga tributaria en sí, así como la ampliada se reduce significativamente (cálculos preliminares aún no publicados reportan una carga tributaria inferior al 15%).

papel que debe cumplir la imposición a la renta de las personas y el lugar apropiado que debería darse a la tributación de los patrimonios para financiar los costos fiscales del sistema de pensiones (contributivo y no contributivo) y su fortalecimiento.

Lo anterior obliga en Honduras a poner sobre el tapete público la discusión, tanto sobre el nivel de la carga tributaria como sobre la composición de la misma, así como las posibilidades de reorientar el gasto social, ya que todos constituyen fuentes de financiamiento relevantes de los mecanismos no contributivos y conllevan efectos distributivos importantes, en el marco de la nueva responsabilidad asumida por el Estado.

CUADRO III.28
HONDURAS: CARGA TRIBUTARIA, PESO Y COMPOSICIÓN
(Como porcentajes del PIB)

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ingresos tributarios	16,3	16,5	16,2	15,9	16,3	17,1	17,0	17,8	19,4
Impuestos directos	5,2	3,6	3,8	3,7	3,9	4,6	4,7	5,3	6,3
Impuesto sobre la renta	4,9	3,3	3,6	3,5	3,5	4,3	4,5	5,3	6,1
Impuesto a la propiedad	0,2	0,3	0,2	0,2	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2
Otros impuestos directos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Impuestos indirectos	11,1	12,9	12,4	12,2	12,4	12,5	12,3	12,5	13,1
Impuesto generales sobre bienes y servicios (IVA)	3,5	5,8	5,4	5,5	6,0	6,1	6,1	6,6	7,3
Impuestos selectivos a la producción y al consumo	3,3	4,8	4,6	5,3	5,1	5,0	4,8	4,5	4,4
Derivados del petróleo	-	2,58	3,82	3,78	3,24	3,41	3,12	2,92	2,67
Impuesto sobre el uso de bienes y sobre el permiso para usar bienes o realizar actividades	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Impuesto sobre comercio internacional	4,3	2,3	2,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,5
Otros impuestos indirectos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribuciones a la seguridad social	0,7	0,6	0,7	1,2	1,3	1,1	1,8	...	...

Fuente: Instituto centroamericano de estudios fiscales (ICEFI), La política fiscal en la encrucijada, El caso de América Central, 2007.

Entre la canasta de opciones para el financiamiento del nuevo sistema de pensiones se pueden considerar las siguientes fuentes: i) instaurar o crear nuevos impuestos específicos; ii) elevar las tasas impositivas actuales de ciertos impuestos; iii) eliminar y revisar las exenciones tributarias existentes; iv) limitar las deducciones tributarias actuales; v) mejorar la administración tributaria (eficiencia recaudativa); vi) fortalecer las bases imponibles en general; vii) ampliar la base del IVA, manteniendo exenciones solamente en los casos justificados por razones de equidad o administración tributaria; viii) en relación con los impuestos sobre las rentas, modificar la estructura de rentas para darle una mayor ponderación a los tributos sobre las personas físicas en lugar de las sociedades; y, ix) gravar las rentas de personas físicas actualmente exentas (rentas financieras, ganancias de capital y otras).

En última instancia, la adopción de las fuentes de financiamiento finales deberá ser un proceso de discusión, debate y acuerdo entre los actores de la sociedad hondureña. La viabilidad política del establecimiento del pilar no contributivo pasa necesariamente por la calidad y perdurabilidad de los

acuerdos alcanzados entre los actores relevantes del proceso. El sector empresarial resulta actor fundamental en las conversaciones, así como los sindicatos y organizaciones laborales. El Gobierno resulta otro actor esencial del proceso de diálogo, quien deberá promoverlos y además conducirlos y hacerlos cumplir. Los centros e institutos de investigación y centros académicos deben participar en el proceso con sus argumentos técnicos. Los medios de comunicación juegan un papel importante en el proceso difundiendo los debates, los acuerdos alcanzados y el monitoreo. La economía política de la reforma de los sistemas de pensiones resulta elemento central para darle viabilidad política y perdurabilidad.

Además de los acuerdos para el tema de fuentes de financiamiento, no hay que olvidar la naturaleza política de las reformas de la seguridad social que significa la definición de los problemas, de los medios elegidos para resolverlos, así como de la velocidad y profundidad de los cambios institucionales y de política necesarios. Todo lo anterior afecta los intereses de grupos y actores involucrados. Ello implica por tanto un manejo estratégico de las relaciones Estado-sociedad, ya que en el sector social, el Estado y la sociedad interactúan de manera más constante y cotidiana. Particularmente los servicios públicos de seguridad social (salud y pensiones) tejen una amplia y fuerte red Estado-sociedad que vincula grupos sociales y de interés, partidos políticos, y funcionarios del Estado en el gobierno. En la mayoría de los países de la región, los Institutos de Seguridad Social y los Ministerios de Salud se cuentan entre los empleadores públicos más grandes, siendo también importantes consumidoras de insumos, medicinas y otros insumos médicos, equipos, mueblería, uniformes, y servicios, por mencionar algunos. Se trata entonces de una adecuada “governabilidad de la reforma”.

D. Conclusiones

Este estudio ha revelado diversos obstáculos institucionales y financieros para avanzar hacia un sistema de protección social universal y solidario en salud y pensiones para todas y todos los hondureños. Algunos de esos obstáculos solo podrán ser superados si la economía nicaragüense crece de manera más rápida y sostenible, y si dicho crecimiento es capaz de generar un mayor número de empleos en el sector formal de la economía. Sin embargo, otros obstáculos no requieren de una economía más próspera, aunque sí de algunos cambios institucionales.

El documento avanza ideas en el marco de este último escenario. Plantea que es posible mejorar la cobertura de la seguridad social con base en un pequeño esfuerzo fiscal sostenido en el tiempo, lo cual puede garantizar entre otras cosas una reducción mayor en la mortalidad materna e infantil, una mayor protección social frente a enfermedades catastróficas, y una mayor cobertura en pensiones. El impacto de todos estos factores en la reducción de la pobreza no es estimado en el estudio, pero es posible inferir intuitivamente que algún tipo de resultado positivo en esa dirección se podrá eventualmente alcanzar.

Quizás el aporte más importante de la presente investigación es haber demostrado que se pueden tomar pasos concretos para avanzar hacia la universalidad del derecho humano a la seguridad y a la protección social. Los pasos concretos mencionados en el estudio constituyen un material a partir del cual la sociedad hondureña puede reflexionar sobre cómo avanzar desde ese enfoque de derechos humanos, abandonando el paradigma de proteger socialmente solo a un pequeño segmento de la sociedad.

Como todo esfuerzo investigativo, el documento presentado tiene varias limitaciones que deberán ser analizadas en futuros estudios. En primer lugar, y quizá el más notorio, es la debilidad en el análisis de la viabilidad política de las medidas sugeridas. Dicho análisis es esencial y complementario de lo sugerido en cuanto a viabilidad fiscal de ampliar la protección social en salud y pensiones. Sin un análisis de la economía política de las medidas sugeridas es imposible evaluar la sostenibilidad de las propuestas, así el grado de concreción de las mismas.

Adicionalmente, será necesario esclarecer como asegurar un gasto público en protección social que sea lo más transparente, eficiente y sostenible. La transparencia en particular debe ser subrayada ya que de ella depende la credibilidad política de las respuestas institucionales alcanzadas, y por lo tanto la legitimidad social en el largo plazo de un sistema de protección social más incluyente y solidario.

Por último, es también importante resaltar el papel de la cooperación internacional en la construcción de políticas públicas para la protección social. En Honduras, la cooperación internacional puede jugar un papel crítico en fortalecer la inclusión social via una mayor protección social, al mismo tiempo que colabora en mejorar la transparencia y la efectividad del gasto público. La construcción de capacidades en este sentido, así como el fortalecimiento financiero de las iniciativas sugeridas puede traducirse en un impacto de largo aliento en la reducción de la inequidad y la pobreza en Honduras.

Por último, el estudio aspira como fin principal el mejoramiento de las condiciones de vida de las y los hondureños. Es esencial fortalecer políticas públicas que le permitan a las familias ver a sus hijos crecer saludablemente, que les permitan protegerse en momentos de calamidad por motivos de salud (accidentes, enfermedades crónicas y catastróficas), y que les permitan envejecer sin temor a la pobreza, la enfermedad y el abandono. Si el presente estudio contribuye en alguna medida a alcanzar estas metas para las familias hondureñas, habremos logrado nuestro principal cometido.

Bibliografía

- Acuña, María Cecilia (2005) Exclusión, protección social y derecho a la salud, OPS/OMS, 2005.
- Banco Mundial, (2007) Honduras: Informe sobre el gasto público, Vol. I, Resumen ejecutivo, noviembre 2007.
- CELADE (2000) Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Boletín Demográfico No. 66. 2000
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina) (2005), Panorama Social de América Latina 2005. Santiago de Chile.
- ____ (2006). La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad. Trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL. Santiago de Chile.
- ____ (2007a), Panorama Social de América Latina 2007. Santiago de Chile.
- ____ (2007b), Anuario Estadístico, 2007. Santiago de Chile.
- ____ (2008), Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe, Trigésimo segundo período de sesiones de la CEPAL, 2008.
- Fondo Monetario Internacional (2007). América Central: Crecimiento económico e integración; Ocasional paper 257, Washington 2007.
- Hernández Fuentes, H. (2007), Crisis de la Seguridad Social en Honduras, Ideas para una propuesta, noviembre 2007.
- INE (Instituto Nacional de Estadística) (2004) Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI. Honduras, 2004.
- ____ (2006) Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDESA 2005-2006. Programa MEASURE DHS/ORC Macro. Honduras, 2006.
- ____ (2007), Anuario Estadístico 2006. Tegucigalpa.
- Konkolewsky, Hans-Horst (2007) Perspectivas de política social 6. Asociación Internacional de la Seguridad Social 2007.
- Martínez, Yesenia (2003), Pobreza, seguridad social y desarrollo humano en Honduras, Colección cuadernos de Desarrollo Humano Sostenible 15, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), marzo 2003.
- Mesa-Lago, Carmelo (2008). Un reto de Iberoamérica en el siglo XXI: la extensión de la cobertura de la Seguridad Social. En: América Latina Hoy, número 48, pp 67-81. Universidad de Salamanca. España.
- ____ (2005) Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Comisión Económica para América Latina, 2005.
- Ministerio de Asuntos exteriores de la República de Francia (2007) Acta de la Conferencia Internacional sobre la protección social de la salud en los países en desarrollo, 15-16 de marzo de 2007, París. Disponible en: http://www.diplomatie.gouv.fr/en/france-priorities_1/health-and-food_1102/international-conference-on-health-insurance-coverage-in-developing-countries_5492/index.html.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2004), Red de servicios. Proyecto de extensión de cobertura de la seguridad social a los excluidos, Honduras.
- ____ (2007), Panorama laboral 2007, América Latina y el Caribe, 2007. Lima, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2001), Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Canada. p. 172.

- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2001), Perfil de los sistemas de salud Honduras, Tercera edición 2001.
- ___ (2007a), Country Cooperation Strategy.
- ___ (2007b), Salud en las Américas, 2007, Publicación Científica y Técnica No. 622. Washington.
- ___ (2007c), Función rectora de la autoridad sanitaria nacional, desempeño y fortalecimiento. Edición especial No. 17. Washington.
- ___ (2008). Sistemas integrados de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC, 8 de mayo de 2008.
- Rodríguez Herrera, Adolfo (2005), La Reforma de Salud en Honduras, Documento de Proyecto, Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Santiago de Chile, octubre.
- ___ (2006), Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central.
- Secretaría de Salud (2007), Marco conceptual, político y estratégico de la reforma del Sector Salud. Borrador.
- ___ (2006) Política Nacional de Salud de Honduras 2006-2010.
- Secretaría de Salud de Honduras, Instituto Nacional de Estadística y Macro International (2006), Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2005-2006. Tegucigalpa, Honduras: SS, INE y Macro International.
- Titelman, D (2006) Universalización de la cobertura de la protección social en salud. CEPAL. México.

Anexo 1

Nota técnica

Honduras: Estimación de la cotización potencial

El ejercicio de cotización potencial pretende estimar (mediante la información proveniente de las encuestas de hogares) las contribuciones al seguro social de la población ocupada formal e informal que al momento de la encuesta no cotizaba. Dada la naturaleza tripartita de financiamiento de la seguridad social de Honduras, se estiman de forma desagregada los aportes laborales, patronales y del Estado, por régimen de protección (IVM, EM y Riesgo profesional).

Para el cálculo se empleó la ENCOVI del año 2004, por contar con la información necesaria además de la mayor similitud con los instrumentos utilizados en los otros países de estudio (Guatemala y Nicaragua).

Metodología del ejercicio:

1. Identificación de los potenciales cotizantes

- En primera instancia se establecieron los parámetros para considerar a un trabajador como potencial cotizante al sistema de seguridad social: todos aquellos trabajadores ocupados dentro del sector formal de la economía que aún no cotizan al IHSS y los trabajadores en el sector informal pertenecientes a hogares de los quintiles más ricos.
- Se considera informal a los empleados domésticos, los peones o jornaleros, los trabajadores no remunerados, los trabajadores por cuenta propia (se excluyen aquellos con educación superior), los patronos en establecimientos con menos de seis (se excluyen aquellos con educación superior) y los empleados privados asalariados que laboran en establecimientos con menos de seis trabajadores.
- Dentro del grupo de trabajadores ocupados informales, se consideraron como potenciales contribuyentes a quienes no cotizan y que pertenecen a los dos quintiles de hogares más ricos, ya que se supone que poseen los ingresos suficientes para poder cotizar al seguro social, en vista de que se sitúan por encima de la línea de pobreza.

2. Cálculo del ingreso cotizable

El cálculo del ingreso base de cotización se realiza aplicando los parámetros establecidos por la ley y reglamentos del IHSS a la información disponible en la encuesta. Para el presente ejercicio, se consideró como Ingreso cotizable la sumatoria de las siguientes variables mensuales:

- Trabajadores asalariados: sueldo, propinas y/o comisiones y/o horas extras y/o bonificaciones, aguinaldo, alimentos, habitación, ropa y/o calzado⁶¹.
- Trabajadores independientes: ganancia agrícola o no agrícola.

Se estableció un techo máximo de cotización de L 4,800 mensuales. Cabe indicar que se realizaron imputaciones para corregir la no respuesta⁶², mas no así para corregir la posible subdeclaración de ingresos.

3. Aplicación de las tasas de cotización

Luego de contar con el total de ingreso base para el cálculo de cotización, se aplican las tasas (laborales, patronales y estatales) de cada uno de los regímenes existentes en el IHSS.

4. Resultados

CUADRO III-A-1
HONDURAS: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA^a POR SECTOR ECONÓMICO, POR AFILIACIÓN A LOS REGÍMENES DE SEGURIDAD SOCIAL Y POR QUINTILES^b, 2004
(En porcentajes)

Población trabajadora formal		Población trabajadora informal				
30,2		69,8				
Cotiza al IHSS ^c	No cotiza al IHSS	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
50,1	49,9	34,1	24,3	17,4	13,4	10,7

Fuente: Cálculos propios sobre la base de la ENCOVI, 2004.

^a De 18 años y más.

^b Sobre la base del consumo como medida de bienestar.

^c Pregunta realizada solo a los trabajadores asalariados.

⁶¹ Con la consideración que el ingreso en especie no puede exceder del 30% del total de la remuneración (según art. 135 del Reglamento general de la Ley del Seguro Social).

⁶² El promedio simple de su subgrupo, según categoría ocupacional.

CUADRO III-A-2
HONDURAS: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS
Y MÁS POR POTENCIAL DE COTIZAR, 2004
(En porcentajes)

	Población	Porcentajes
Población ocupada de 18 años y más	2 283 927	100,0
Formales	690 089	30,2
Formal que cotiza	346 000	15,1
Formal que no cotiza	344 088	15,1
Informales	1 593 838	69,8
Informal sin capacidad de cotizar	1 209 580	53,0
Informal con potencial de cotizar	384 258	16,8

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la ENCOVI, 2004.

CUADRO III-A-3
HONDURAS: COTIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA^a CON POTENCIAL CONTRIBUTIVO, 2004
(En porcentajes y lempiras)

	Ingreso base total mensual	Invalidez, vejez y muerte (IVM)			Enfermedad y maternidad (EM)			Riesgo profesional	TOTAL		
		Laboral	Patronal	Estatal	Laboral	Patronal	Estatal	Patronal	Laboral	Patronal	Estatal
		Tasa: 1%	Tasa: 2%	Tasa: 0,5%	Tasa: 2,5%	Tasa: 5%	Tasa: 0,5%	0,20	Tasa: 3,5%	Tasa: 7,2%	Tasa: 1%
En millones de L mensuales											
Formal que no cotiza	747,05	7,47	14,94	3,74	18,68	37,35	3,74	1,49	26,15	53,79	7,47
Informal con potencial de cotizar	798,10	7,98	15,96	3,99	19,95	39,91	3,99	1,60	27,93	57,46	7,98
En millones de USD ^b mensuales											
Formal que no cotiza	40,60	0,41	0,81	0,20	1,02	2,03	0,20	0,08	1,42	2,84	0,41
Informal con potencial de cotizar	43,38	0,43	0,87	0,22	1,08	2,17	0,22	0,09	1,52	3,04	0,43
Como porcentaje del PIB ^c											
Formal que no cotiza		0,06	0,11	0,03	0,14	0,28	0,03	0,01	0,19	0,40	0,06
Informal con potencial de cotizar		0,06	0,12	0,03	0,15	0,30	0,03	0,01	0,21	0,43	0,06

Fuente: Cálculos propios sobre la base de la ENCOVI, 2004.

^a De 18 años y más.

^b Tipo de cambio (año 2004): L 18.4 por US\$ 1.00.

^c PIB corriente (año 2004): L 161,508 millones.

IV. Financiamiento de la protección social en salud y pensiones en Nicaragua

***Daniel Badillo, Fernando Carrera, María Castro,
Vivian Guzmán y Jonathan Menkos***

Con un ingreso per cápita ligeramente por debajo de mil dólares de Estados Unidos, Nicaragua es uno de los países de Centro América que registra más pobreza. El porcentaje de hogares por debajo de la línea de pobreza en el año 2005 es cercano al 46,2%, lo que afecta particularmente a las familias rurales (67,9%).

La protección social en salud y pensiones tiene una de las tasas de cobertura más bajas del continente. La seguridad social abarca a solo un 18,5% de la población ocupada mayor de 18 años, y aunque las coberturas de salud se expanden mediante otros programas, la cobertura efectiva para todos los niveles de atención de salud es igualmente deficitaria. Un alto porcentaje de población adulta carece de pensiones y enfermedades prevenibles prevalecen en el perfil epidemiológico.

Pero sobre todo, la carencia de un sistema de seguridad social que abarque a un amplio espectro de la población plantea preguntas sobre cuán diferente sería esta situación si dicho sistema se encontrara basado en los pilares de universalidad, solidaridad y eficiencia. Un sistema más incluyente debería de enfrentar en principio los desafíos y oportunidades derivados de las tendencias demográficas. Sobre ellas, se debe tomar en cuenta que se enfrentarán dos fenómenos demográficos importantes en los próximos años: un paulatino envejecimiento de la población y un importante bono demográfico que pudiera aprovecharse. Estas características podrían generar

presiones para expandir el sistema, al mismo tiempo que plantean oportunidades potenciales para fortalecerlo.

Otro factor a tomar en cuenta es la dinámica del mercado laboral. En este caso, la particularidad es que la mayor parte de los empleados públicos están cubiertos por esquemas de previsión (89% tienen seguro social), lo cual es importante si se compara con otros países centroamericanos de baja cobertura. Igualmente relevante es que lo está un 42% de la población ocupada asalariada (un 22% de la población ocupada total), una tasa baja sin duda alguna pero mayor que la que de otros países en la región y muy alta en relación al nivel socioeconómico del país. Estos datos un poco esperanzadores, sin embargo no pueden ocultar que ha decrecido el porcentaje de personas ocupadas asalariadas y la tendencia a una mayor precariedad en los regímenes de contratación, lo cual amenaza directamente la expansión de los sistemas de protección social en salud y pensiones.

El sistema institucional de atención a la protección social en salud y pensiones es otra variable que afecta las coberturas de la seguridad social. Por un lado, el sistema previsional está muy concentrado en el Instituto nicaragüense de seguridad social (INSS), lo cual le da un nivel de coordinación y gestión más efectivo que el de los sistemas de previsión fragmentados que existen en países vecinos, pero que no ha sabido adaptarse a las rápidas y complejas transformaciones socioeconómicas y del mercado laboral para incorporar a los trabajadores. En la salud, sin embargo, sí se reproduce el esquema tripartito (seguro social, ministerio, sector privado) común en los países con baja cobertura de protección social. Por tanto, las políticas y acciones públicas de protección social destinadas a dar respuesta a distintos niveles de vulnerabilidad, riesgos y privaciones, vinculados al desempleo, la enfermedad, la maternidad, la crianza de los hijos, la viudez, las discapacidades, el envejecimiento, han sido muy débiles en Nicaragua, impidiendo el cumplimiento efectivo de los derechos sociales de la mayoría de nicaragüenses.

En cuanto al financiamiento, el régimen previsional continúa siendo manejado bajo el criterio de cuenta de reparto, sin procurar la universalidad del sistema o el fortalecimiento de la solidaridad más allá de los contribuyentes al seguro social. En salud, comparado con el promedio latinoamericano existe un bajo financiamiento público; el gasto de bolsillo familiar representa casi un 50% del gasto total en salud, de acuerdo con cifras de la OMS. Un esquema financiero de este tipo refuerza la inequidad estructural de la sociedad, y castiga particularmente a los hogares de menor ingreso.

El presente estudio analiza los factores mencionados a lo largo de esta introducción. La primera sección busca esclarecer como los factores socioeconómicos y sociodemográficos afectan las bajas coberturas de la protección social en salud y pensiones. La segunda sección realiza un balance similar, analizando la contribución de los factores de carácter institucional. La última sugiere alternativas de financiamiento y de organización institucional que permitan expandir las coberturas de salud y pensiones, basándose en los principios de universalidad, solidaridad y sostenibilidad financiera, de tal manera que los sistemas de seguridad social incluyan a toda la población, independientemente de su nivel de ingreso, riesgo de salud, régimen de empleo, lugar de residencia, o grupo de pertenencia cultural.

A. El sistema de protección en salud y pensiones: la baja cobertura y sus determinantes socioeconómicos y sociodemográficos

1. Una cobertura muy baja de la protección social en salud y pensiones

Nicaragua pertenece a un grupo de países latinoamericanos que se caracteriza por un tardío y limitado desarrollo de la seguridad social (Mesa-Lago, 2008). Los primeros pasos de la seguridad social se remontan al bienio 1955-1957, cuando tuvo lugar la creación del INSS, encargado tanto del régimen de

pensiones como de la administración del seguro de salud, que maneja parte de los servicios públicos de salud, junto con el Ministerio de Salud (MINSAs).

Del lado previsional, a lo largo de las dos décadas siguientes se desarrolló un sistema de pensiones contributivas que llegó a cubrir, a fines de los años setenta, a alrededor del 20% de la PEA. En 1979, con la llegada al poder del gobierno sandinista se relajaron fuertemente las condiciones de acceso, lo que generó una expansión del número de pensionados, que introdujo severos problemas financieros en el INSS. Asimismo, la cobertura de la PEA creció hasta cerca del 30% en 1988, año a partir del cual ha experimentado una importante caída. Tras los turbulentos años ochenta, la última década del siglo XX tampoco fue una época de bonanza económica en Nicaragua, lo cual en materia de seguridad social se tradujo en una caída del porcentaje de cotizantes al INSS en la primera mitad de los noventa, y su estancamiento a finales de la misma década (Pérez, 2006).

En la actualidad, la Ley Orgánica de Seguridad Social establece que todas las personas que se encuentren vinculadas por un contrato de trabajo tácito o expreso o por nombramiento, estarán obligatoriamente cubiertas por el INSS. Sin embargo, la ley faculta a su Consejo Directivo para fijar la forma, condiciones y plazos de la incorporación de los trabajadores a los regímenes del seguro social, estableciendo para este efecto órdenes de prioridad en la incorporación. Están obligatoriamente cubiertos por la ley todos los trabajadores dependientes, así como los miembros de las cooperativas de producción y de asociaciones gremiales o de trabajadores independientes e integrantes de los programas de reforma agraria. También es obligatoria la cobertura de los trabajadores asalariados del campo, ya sean permanentes o temporales. La ley autoriza la incorporación facultativa o voluntaria al seguro social a los asegurados cesantes, los trabajadores independientes y los empleadores incluyendo a los dueños de fincas. Un decreto dictado en 1978 estableció la cobertura obligatoria de los trabajadores del servicio doméstico, pero no se ha aplicado y este grupo no tiene cobertura, aunque algunos pueden estar en el régimen facultativo.

Respecto a las coberturas efectivas del INSS, la cobertura institucional actual del sistema previsional nicaragüense es relativamente baja. Hasta finales del año 2007, el INSS tenía 476.099 asegurados cotizantes activos en sus registros institucionales. De ese total, el 98,9% (470.795) pertenecían al régimen obligatorio y tan solo el 1,1% al régimen facultativo (5.304). Al interior del régimen obligatorio, a su vez, el 87,8% tenían una cobertura integral –incluye salud, invalidez, vejez y muerte (IVM) y riesgos profesionales (RP)– y el 12,2% solo una cobertura de IVM y RP. Durante los últimos ocho años, el INSS ha incrementado sus afiliados a una tasa promedio anual del 6,6% (INSS, 2008a).

La cobertura del INSS de 476.099 asegurados cotizantes activos representó solo el 8,2% de la población total, el 22,4% de la PEA y el 25,1% de los ocupados, en el año 2007. El aumento mensual promedio para el año 2007 del número de nuevos asegurados cotizantes activos fue de 6.917. Estos datos revelan que en términos de cobertura, Nicaragua ostenta una de las más bajas coberturas de América Latina (Mesa-Lago, 2008).

Además es desigual la cobertura de las ramas de actividades económicas, pues al mirar la composición de los asegurados cotizantes activos por actividad económica, se aprecia que cerca del 50% de ellos se concentran en la industria manufacturera (representó el 26% en el 2007) y en la administración pública (23,4%).

CUADRO IV.1
NICARAGUA: ASEGURADOS COTIZANTES ACTIVOS, 2000-2007
(Número de personas)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total	316 385	306 890	315 487	326 636	363 127	395 885	439 002	476 099
Régimen obligatorio	315 324	305 619	314 222	325 170	361 456	392 862	435 274	470 795
Integral	241 057	247 672	267 759	278 713	310 202	337 150	381 781	413 581
IVM-RP.	74 267	57 947	46 463	46 457	51 254	55 712	53 493	57 214
Régimen facultativo	1 061	1 271	1 265	1 466	1 671	3 023	3 728	5 304
Integral	789	870	806	892	980	1 660	1 998	3 306
IVM	272	401	459	574	691	1 363	1 730	1 998

Fuente: Instituto nicaragüense de seguridad social (INSS), Anuario estadístico 2007.

CUADRO IV.2
NICARAGUA: COBERTURA DE LOS ASEGURADOS COTIZANTES ACTIVOS, 2000-2007
(En porcentajes)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Asegurados cotizantes activos/ población total del país	6,08	6,04	5,83	6,01	6,46	6,97	7,6	8,19
Asegurados cotizantes activos/ PEA	17	16,53	15,97	16,47	17,71	19,08	20,82	22,44
Asegurados cotizantes activos/ población ocupada	18,85	18,51	17,88	18,44	19,82	21,36	23,31	25,11
Asegurados cotizantes activos/ pensionados ordinarios	4,76	4,52	4,32	4,36	4,59	4,84	5,15	5,52

Fuente: Instituto nicaragüense de seguridad social (INSS), Anuario estadístico 2007.

De su parte, los pasivos o pensionados por vejez ordinaria ascendieron a 45.440; de los cuales 635 estuvieron entre los 55 y 59 años de edad; 11.212 entre los 60 y 64 años, 11.020 entre los 65 y 69 años; y, 22.573 de 70 años y más (significa que solo 1,4 de cada 10 personas mayores de 70 años recibe directamente algún tipo de jubilación o pensión por vejez del INSS). Los pasivos o pensionados por vejez especial ascendieron a 1.664. El aumento mensual promedio para el año 2007 del número de pensionados o jubilados por vejez fue de 273 personas. Los pensionados totales del INSS por pensiones ordinarias, especiales y víctimas de guerra (incluidas pensiones de vejez, invalidez y muerte) ascendieron a un total de 108.082 personas. Los dependientes o beneficiarios (hijos y cónyuges) ascendieron a las 612.498 personas, representando el 10,9% de la población total nicaragüense (INSS 2008a).

CUADRO IV.3
NICARAGUA: COBERTURA DE LOS ASEGURADOS COTIZANTES ACTIVOS
POR RAMA DE ACTIVIDAD, 2000-2007
(Número de personas y porcentajes)

	2000	%	2007	%	Variación
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	17 007	5,4	33 211	7,0	16 204
Pesca	2 327	0,7	3 750	0,8	1 423
Explotación de minas y canteras	2 065	0,7	2 270	0,5	205
Industria manufacturera	71 069	22,5	123 357	25,9	52 288
Suministros eléctricos, gas y agua	6 755	2,1	4 622	1,0	-2 133
Construcción	14 159	4,5	12 844	2,7	-1 315
Comercio al por mayor y al por menor	31 643	10,0	51 839	10,9	20 196
Restaurantes y hoteles	6 463	2,0	12 564	2,6	6 101
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	10 274	3,2	14 376	3,0	4 102
Intermediación financiera	9 017	2,9	16 259	3,4	7 242
Actividades inmobiliarias, empresariales y alquiler	11 892	3,8	26 174	5,5	14 282
Administración pública	72 698	23,0	111 323	23,4	38 625
Servicios comunales, sociales y personales enseñanza	39 537	12,5	26 192	5,5	-13 345
Servicios sociales y de salud	8 996	2,8	16 457	3,4	7 461
Otros servicios comunales, sociales y personales	8 922	2,8	14 547	3,1	5 625
Otros servicios comunales, sociales y domésticos	149	0,0	2 888	0,6	2 739
Organizaciones y órganos extraterritoriales	2 470	0,8	3 426	0,7	956
Otros	942	0,3			-942
TOTAL	316 385	100,0	476 099	100,0	159 714

Fuente: Instituto nicaragüense de seguridad social (INSS), Anuario estadístico 2007.

CUADRO IV.4
NICARAGUA: PENSIONADOS O PASIVOS, 2000-2007
(Número de personas)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Pensionados ordinarios (contributivos)	64 818	69 575	72 136	73 464	75 905	78 526	81 641	83 176
Pensionados ordinarios por IVM	59 960	64 338	66 693	68 047	70 516	72 165	74 717	76 235
- Invalidez total	8 031	9 379	9 793	8 841	8 340	8 104	8 097	8 068
- Invalidez parcial	2 375	2 512	2 597	3 102	3 397	3 319	3 086	2 663
- Viudez	9 931	10 559	11 001	11 422	12 008	12 377	12 894	13 290
- Orfandad	7 817	7 774	7 500	7 178	6 993	6 664	6 437	6 144
- Vejez	31 328	33 594	35 250	36 932	39 191	41 105	43 575	45 440
- Ascendencia	478	520	552	572	587	596	628	630
Otros pensionados ordinarios	4 848	5 237	5 443	5 417	5 389	6 361	6 924	6 941
Pensionados víctimas de guerra (no contributivos)	26 663	25 150	23 800	22 211	21 274	20 484	19 663	19 073
Pensionados especiales (no contributivos)	8 101	7 812	7 474	7 154	6.820	6 446	6 127	5 833
TOTAL	9 582	102 537	103 410	102 829	103 999	105 456	107 431	108 082

Fuente: Instituto nicaragüense de seguridad social (INSS), Anuario estadístico 2007.

Bajo las actuales condiciones, una simulación con base en parámetros estáticos permite concluir que, al ritmo de crecimiento de afiliación o cobertura que ha experimentado en los últimos ocho años, cuya tasa promedio de crecimiento fue del 6,6% anual en el periodo 2000-2007, al Instituto le tomaría entre 37 y 38 años alcanzar la afiliación universal de la población nicaragüense de entre 15 años y 64 años; es decir, dicha cobertura universal se lograría aproximadamente en el año 2045. Esto permite deducir con claridad que, bajo las actuales condiciones, el sistema no permite una ampliación de cobertura que garantice en el mediano plazo la inclusión de todas y todos los nicaragüenses en un sistema de protección social en salud y pensiones. Como se verá más adelante, en esta situación inciden de manera significativa la dinámica que ha tenido el mercado laboral, la calidad del crecimiento económico, así como la amplitud de la situación de pobreza y exclusión social, así como los acentuados niveles de desigualdad del ingreso.

La delicada condición estructural del mercado laboral se confirma al mirar el porcentaje de la población ocupada de 18 años y más que cotizan a un sistema de pensiones, a partir esta vez, de la encuesta nacional de hogares sobre medición de nivel de vida, 2005. Según la encuesta, tan solo un 18,5% de esa población cotizaba, mientras el 81,5% no cotizaba a ningún sistema, confirmando los elevados niveles de exclusión de la protección social en pensiones en Nicaragua. Esa misma encuesta muestra el mayor porcentaje de cobertura que tienen las mujeres (22,6%), en relación a los hombres (16,0%).

CUADRO IV.5
NICARAGUA: POBLACIÓN OCUPADA^a DE 18 AÑOS Y MÁS, COTIZANTE
Y NO COTIZANTE AL INSS, 2005
(En porcentajes)

	Total	Hombres	Mujeres
Cotiza al INSS	18,5	16,0	22,6
Sólo pensiones	7,2	8,5	5,5
Pensiones y salud	92,8	91,4	94,5
No cotiza	81,5	83,9	77,4

Fuente: Elaboración propia en base a la información de la Encuesta nacional de hogares sobre medición de nivel de vida, 2005.

^a Información para la ocupación principal.

Mirada esa misma información por quintiles de consumo y pobreza, se constata que tan solo el 3,8% del quintil más pobre cotiza a algún sistema de pensiones, en tanto que en el quintil más rico cotiza cerca del 44,2%. Tan solo el 2,8% de la población de más de 18 años en situación de extrema pobreza cotiza a un sistema de pensiones; el 14,5% de los pobres no extremos y cerca el 82,7% de los no pobres. La limitada capacidad de ahorro de segmentos masivos de la población debido a la pobreza e indigencia en que viven, sin duda inciden negativamente sobre el sistema de pensiones contributivo, determinando una cobertura muy baja.

Del lado de la salud, a pesar de los procesos de reforma impulsados desde los años noventa con el fin de extender tanto la cobertura como la calidad del sistema de salud (ver sección II del presente capítulo), en la actualidad sigue existiendo una alta proporción de población excluida, a saber, pobres, residentes de áreas rurales –especialmente en las regiones autónomas de la Costa Atlántica y los departamentos en el centro del país– e indígenas. El aislamiento geográfico, la falta de medicinas, los altos costos de transporte y de atención y otros factores indirectos (como la auto medicación), constituyen las principales razones para que las personas de los sectores pobres utilicen sistemas informales de salud, o no busquen atención del todo cuando padecen una enfermedad (Angel-Urdinola y Tanabe, 2008).

CUADRO IV.6
NICARAGUA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN COTIZANTE^a POR QUINTIL DE CONSUMO
Y SITUACIÓN DE POBREZA, 2005
(En porcentajes)

	Porcentaje
Por quintiles de consumo	
Quintil 1	3,8
Quintil 2	9,2
Quintil 3	15,5
Quintil 4	27,3
Quintil 5	44,2
Por situación de pobreza	
Pobre extremo	2,8
Pobre no extremo	14,5
No pobre	82,7

Fuente: Elaboración propia en base a la información de la Encuesta nacional de hogares sobre medición de nivel de vida, 2005.

^a Población mayor de 18 años, cotizante en la ocupación principal.

Según la OPS, basándose en reportes institucionales, cerca de un 28% de la población no accede a ningún sistema de atención en salud. De los cubiertos con algún nivel de servicio, la mayor parte están bajo la responsabilidad del MINSA, el cual sobre todo garantiza una protección en atención primaria, con más dificultad para responder de manera efectiva a todos los grupos de población en los niveles secundario y terciario, particularmente en la población alejada de los centros urbanos.

CUADRO IV.7
NICARAGUA: INDICADORES DE COBERTURA POBLACIONAL DEL SISTEMA DE SALUD, 2003-2004
(En porcentajes)

Cobertura institucional	Porcentajes
- Ministerio de Salud	60 (cobertura teórica)
- INSS	7,7
- Sector privado	4,9
Población sin acceso a servicios de salud	27,9

Fuente: Elaboración propia con base en: Mesa-Lago (2005), citado en OPS (2007) Salud en las Américas.

Una mirada al mismo problema, utilizando como referencia la Encuesta nacional de hogares sobre medición de niveles de vida (ENHMNV) del año 2005, revela que la cobertura del seguro social en salud es ligeramente mayor a la reportada por OPS (11,5%), pero igualmente muy baja, particularmente en los quintiles de ingreso más bajos (coberturas de seguro social en salud cercanas al 2% de la población). Que el último quintil de ingresos tenga un acceso a la seguridad social en salud 10 veces mayor que el quintil más pobre revela en sí mismo la enorme inequidad prevaleciente.

Otro dato revelador de la encuesta es que el 82% de la población en el quintil más pobre acude a centros de atención primaria para hacer frente a su demanda de salud, frente al 26% del quintil más rico. O incluso, aún más dramático, que casi un 66% de la población más pobre no acude a ningún servicio de

salud en caso de enfermedad –probablemente un indicador particularmente vinculado al comportamiento de población adulta, y no a la atención en salud de niños o madres embarazadas.

CUADRO IV.8
NICARAGUA: INDICADORES DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD POR
ÁREA Y QUINTIL DE CONSUMO, 2005
(En porcentajes)

Indicadores	Total	Área		Quintil de consumo	
		Urbano	Rural	Quintil más pobre	Quintil más rico
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Afiliación a seguros de salud					
Seguro social INSS	11,52	17,65	3,77	2,13	23,68
Seguro privado	0,22	0,35	0,06	-	0,99
Otros	0,4	0,60	0,23	0,14	0,79
Ninguno	87,8	81,40	95,95	97,72	74,54
Acción tomada ante episodio de enfermedad o accidente^a					
Consulta ordinaria	43,33	47,45	38,53	31,79	52,47
Consulta de emergencia	3,71	4,91	2,31	2,09	5,89
Consulta por terceros o por teléfono	0,25	0,27	0,23	0,16	0,57
Nada	52,71	47,37	58,93	65,95	41,07
Lugar de atención ante consulta por enfermedad o accidente					
Puesto/centro de salud/casa del brigadista	51,4	40,80	67,52	82,28	25,83
Hospital público	12,8	14,52	10,31	8,41	12,88
Empresas médicas previsionales (INSS)	11,2	16,45	3,31	1,23	17,37
Hospital/clínica privada	18,9	22,24	13,82	3,93	36,51
Otro	3,9	3,91	3,89	3,33	3,65
Casa del paciente	1,7	2,08	1,14	0,82	3,77
Tiempo para el acceso a lugar de atención					
Acceso a menos de una hora	75,57	88,98	55,38	56,71	82,89
Acceso a más de una hora	24,43	11,02	44,62	43,29	17,11

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la ENHMNV, 2005.

^a En los últimos 30 días.

Finalmente otro indicador de la ENHMNV 2005 que revela igualmente la inequidad prevaleciente en cuanto al acceso a la protección social en salud, es la accesibilidad de los servicios para la población. La encuesta indica que casi un 45% de la población rural se encuentra a más de una hora del servicio de salud más cercano, en contraste con que un 89% de la población urbana está a menos de una hora del mismo servicio. El dato se vuelve aún más revelador de la inequidad si se piensa que la mayor parte de la población rural accede a puestos de salud (centros de atención primaria), mientras la población urbana puede asistir a clínicas y hospitales. La baja cobertura de salud y pensiones en Nicaragua es una dramática expresión del alto incumplimiento del derecho a la salud y a la seguridad social de sus ciudadanos, y por esa vía, de una inaceptable exclusión social de la mayoría de sus habitantes.

2. Los factores socioeconómicos y sociodemográficos y su incidencia en la baja cobertura de la protección social

Cuatro factores tienen una fuerte incidencia sobre la cobertura de la protección social de pensiones y salud: i) la situación de pobreza, la exclusión social de la población y la concentración del ingreso; ii) la dinámica del mercado laboral y del crecimiento económico; iii) la transición demográfica; y iv) el perfil y la transición epidemiológica.

La pobreza, la exclusión social, la inequidad en los ingresos y la dinámica del mercado laboral tienen incidencias y repercusiones en lo inmediato, reflejándose directamente en los niveles de cobertura de los sistemas de protección social en salud y de pensiones, ya sea incorporando o excluyendo a personas y grupos poblacionales. La transición demográfica, por otra parte, tiene incidencias y repercusiones más de mediano y largo plazo, afectando sobre todo el equilibrio financiero del sistema de pensiones y su sostenibilidad mediante una presión financiera. El perfil epidemiológico y los cambios en el mismo inciden en la demanda por servicios de salud incidiendo en los requerimientos de inversión y las modalidades de servicio que deben procurarse.

Los cuatro factores mencionados plantean desde ya serios cuestionamientos al actual esquema de financiamiento de la protección social en salud y pensiones. A continuación se analiza cada uno de ellos, precisando cómo inciden sobre el sistema de salud y de pensiones de Nicaragua, así como los desafíos y oportunidades derivados de esta situación.

a) Pobreza, distribución del ingreso y exclusión social⁶³

La muy limitada capacidad de ahorro de segmentos masivos de la población debido a la condición de pobreza en que viven, así como los severos niveles de concentración del ingreso inciden negativamente sobre los sistemas contributivos de protección social en salud y pensiones. Una expansión de la cobertura de la protección social debería reducir los actuales niveles de pobreza, exclusión social e inequidad, ya que los mismos condicionan críticamente la capacidad de pago de los ciudadanos (tanto en esquemas contributivos como fiscales).

Nicaragua tiene elevados niveles de pobreza. En 2005, a nivel nacional, el 46,2% de la población vivía en condición de pobreza; a nivel urbano, el 29,1%, y a nivel rural el 67,9%. Respecto a la extrema pobreza, a nivel nacional, el 14,9% de la población vivía en condición de extrema pobreza; a nivel urbano, el 5,4%, y a nivel rural el 26,9%.

Por otra parte, la distribución del ingreso reporta también indicadores preocupantes. Al 2001, a nivel nacional, el 10% de la población más pobre recibió apenas el 0,6% del ingreso mientras el 10% de la población más rica recibió el 46,5% del ingreso, con una relación de 77 a 1. Esta situación representa una mejoría relativa frente a lo que ocurría en el 1993 cuando el 10% más pobre recibió tan solo el 0,4% del ingreso, pero el 10% más rico recibió en cambio el 45,2% del ingreso, con una relación de 113 a 1. Por esta fuerte condición de desigualdad en la distribución del ingreso Nicaragua exhibe un elevado coeficiente de Gini, siendo a nivel nacional de 0,58 en 2001 (0,58 en 1993).

El comportamiento de la distribución del ingreso parece sugerir que el crecimiento económico generó un aumento en el empleo precario e informal (bajos ingresos, baja productividad, alta flexibilización laboral), mientras las ramas más dinámicas generaron poca demanda laboral.

⁶³ La información de esta sección proviene de: CEPAL (Comisión Económica para América Latina) (2007), *Anuario Estadístico 2007*.

CUADRO IV.9
NICARAGUA: POBREZA, DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO Y COEFICIENTE DE GINI, 1993 Y 2001

	1993	2001	2005
Porcentaje de población pobre (nacional)			46,2
Porcentaje de población pobre (urbano)			29,1
Porcentaje de población pobre (rural)			67,9
Hogares en condiciones de extrema pobreza (nacional)			14,9
Hogares en condiciones de extrema pobreza (urbano)			5,4
Hogares en condiciones de extrema pobreza (rural)			26,9
% del ingreso del 10% más pobre de la población	0,4	0,6	
% del ingreso del 10% más rico de la población	45,2	46,5	
Coeficiente de Gini	0,58	0,58	

Fuente: ENHMNV, 2005. y CEPAL, Anuario estadístico 2007, Estadísticas sociales, pobreza.

La grave situación de pobreza y desigualdad estructural inciden en la reducida cobertura de los sistemas de protección social en salud y pensiones, imponiendo un contexto futuro caracterizado por:

- a) Niveles extendidos de pobreza impondrán restricciones para la ampliación de los sistemas de protección social contributivos, incentivando una mayor responsabilidad de la familia como red de contención social de familiares no cubiertos (gasto en salud dependiente del gasto familiar; manutención económica para la población adulta mayor dependiente de los ingresos de los miembros de la familia que sean económicamente activos).
- b) Mayores riesgos de empobrecimiento de la población adulta mayor. Por ejemplo, en si el porcentaje de pobreza se mantuviera al año 2010 en el mismo nivel del 2005 (46,2%) y se aplica a las personas de 65 años y más (250.475), cerca de 115.719 personas pasivas serían pobres y excluidos de la seguridad social y deberían ser cubiertos por medio de mecanismos no contributivos. Un escenario similar proyectado hacia el año 2050 plantearía enormes desafíos sociales y un potencial riesgo de incumplimiento masivo de los derechos sociales de la población mayor de 60 años.
- c) Elevada desigualdad en la distribución del ingreso que acentuará la desigualdad en el acceso a servicios de salud y sistemas previsionales, dado que el acceso a los mismos estaría condicionado por la capacidad de pago de los ciudadanos.

De allí la creciente necesidad de incorporar amplios sectores de la población a la seguridad social por medio de mecanismos no contributivos y mecanismos contributivos más flexibles e imaginativos que incluyan a los trabajadores independientes.

b) Dinámica del mercado laboral y crecimiento económico⁶⁴

La composición y dinámica del mercado de trabajo constituye un elemento central de un sistema de protección social en salud y pensiones, pues mediante la incorporación a este mercado (en calidad de asalariados) es que las personas se benefician de seguros de salud de amplia cobertura y sistemas de pensiones de vejez. Esto significa que la cobertura de la seguridad social en salud y pensiones se expande solo si el mercado laboral asalariado también se expande.

⁶⁴ La información en esta sección proviene de: OIT (2007) y CEPAL (2007).

Dicho mercado laboral, a su vez, depende de la magnitud y la calidad del crecimiento económico. Nicaragua tiene una de las economías más pequeñas y frágiles de la región. Durante el período 2000-2007 creció anualmente a una tasa promedio de 3,3%, inferior a la tasa de crecimiento promedio experimentada por América Latina y el Caribe (3,5%). Su PIB per cápita tuvo una tasa de crecimiento promedio de 1,9% anual, que se ubica ligeramente por debajo de la tasa de crecimiento promedio del PIB per cápita anual de la región (2,1%).

CUADRO IV.10
NICARAGUA: CRECIMIENTO ECONÓMICO Y PIB PER CÁPITA, 1995-2007

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PIB a precios corrientes (USD)	3 184,6	3 938,1	4 124,7	4 026,0	4 102,0	4 464,8	4 854,6	5 300,8	
PIB per cápita a precios corrientes (USD)	682,8	771,3	796,1	766,6	771,1	828,8	889,6	958,6	
PIB a precios constantes 2000	3 082,2	3 938,1	4 054,7	4 085,2	4 188,2	4 410,7	4 602,4	4 772,2	
PIB per cápita a precios constantes 2000	660,9	771,3	782,6	777,8	787,3	818,8	843,4	863,0	
PIB tasas de crecimiento anual (porcentajes)		4,1	3,0	0,8	2,5	5,3	4,3	3,7	3,0
PIB per cápita, tasas de crecimiento anual (porcentajes)		2,4	1,5	-0,6	1,2	4,0	3,0	2,3	1,7

Fuente: CEPAL, Anuario estadístico 2007, Estadísticas económicas.

Según la OIT, el crecimiento económico de los últimos años permitió reducir la tasa de desempleo urbano, como resultado del aumento de la demanda laboral del aparato productivo nicaragüense y de la reducción de la oferta laboral. Según los datos de la última encuesta de hogares sobre medición de nivel de vida, en el año 2005 la tasa de participación de la población de 18 años y más se situaba en 66% y la tasa de ocupación era de 63,6%, y solo cuatro de cada cien nicaragüenses se encontraba en desempleo.

CUADRO IV.11
NICARAGUA: SITUACIÓN DEL EMPLEO, 2005
(En porcentajes y miles de personas de 18 años y más)

	Personas	Tasas
Población económicamente activa y tasa de participación	1 940 7	66,4
Población ocupada y tasa de ocupación	1 859 3	63,6
Población desocupada y tasa de desempleo	81 4	4,2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta nacional de hogares sobre medición de nivel de vida, 2005.

El incremento del empleo desafortunadamente no indica una mejoría en su calidad. De hecho, la generación de empleo provino esencialmente del trabajo no asalariado. Para el año 2005, alrededor del 51% de la población ocupada de 18 años y más era asalariada y 34% se auto empleaba. Cerca de siete de cada diez empleos se genera dentro del sector informal de la economía.

La importante proporción de trabajo no asalariado observada en Nicaragua, se traduce en una escasa cobertura de la protección social en salud y pensiones. Para el año 2005, como se señaló, solamente el 18.5 de la población ocupada de 18 años y más cotizaba al INSS. Además, cabe destacar que 44% de la población ocupada dentro del sector formal de la economía no cuenta con acceso a la seguridad social.

CUADRO IV.12
NICARAGUA: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS, 2005
(En porcentajes)

	Porcentaje
Por tipo de inserción	
Trabajadores públicos	7,7
Trabajadores del sector privado, lucrativo y no lucrativo	34,8
Jornaleros o peones	8,5
Trabajador familiar no remunerado	10,1
Empresario o patrón	5,0
Trabajador por cuenta propia	33,8
Por sector económico	
Formal	31,7
Informal	68,3
Acceso a la seguridad social	
Población ocupada	18,5
Ocupados formales	56,1
Ocupados informales	1,0
Por rama de actividad económica	
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	35,6
Comercio	19,0
Industrias manufactureras	14,1
Servicios comunales, sociales y personales	9,6
Hogares privados con servicio doméstico	4,7
Construcción	4,2
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	3,4
Administración pública y defensa	2,9
Hoteles y restaurantes	2,8
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	2,1
Otros	1,6

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta nacional de hogares sobre medición de nivel de vida, 2005.

En resumen, la dinámica del mercado laboral y del crecimiento económico nicaragüense incidirán en la cobertura futura de la seguridad social en salud y pensiones, planteando un entorno laboral caracterizado por:

- a) Un crecimiento económico insuficiente para atender el crecimiento natural de la oferta de trabajo de la fuerza laboral, provocando que un número significativo de personas no encuentre puestos de trabajo y por ende sean desempleados o subempleados, quedando excluidos de la protección social en salud y pensiones.
- b) Un crecimiento económico incapaz de generar puestos de trabajo decente en el sector asalariado, que genera empleo en el sector de trabajadores independientes o familiares no

remunerados, con muy bajos niveles de ingreso y productividad, y excluye a amplios sectores de la protección social.

- c) La precarización del mercado laboral se traduce en un severo cuello de botella e incapacidad estructural para aumentar la cobertura a la seguridad social de la población ocupada. La baja cobertura (18,5% de la población ocupada mayor de edad) se origina tanto en la elevada exclusión de los trabajadores informales (99% de cobertura) de los beneficios de la seguridad social, como en la aún baja cobertura de los propios trabajadores formales (56,1%).

3. Tendencias demográficas recientes: riesgos y oportunidades para ampliar la cobertura de la protección social en la salud y en pensiones⁶⁵

Los sistemas de pensiones públicos de todo el mundo están bajo una creciente presión financiera, ya que en muchos países, a medida que envejece la población, aumenta el número de pensionados con relación al número de trabajadores; como consecuencia, el déficit de los sistemas de pensiones se amplía a medida que las prestaciones superan las aportaciones. El país no escapa a esta presión ya que, a pesar de poseer un contexto demográfico favorable que perdurará todavía por algunas décadas con tasas de natalidad bajas o decrecientes, su población envejecerá rápida y considerablemente en los próximos decenios.

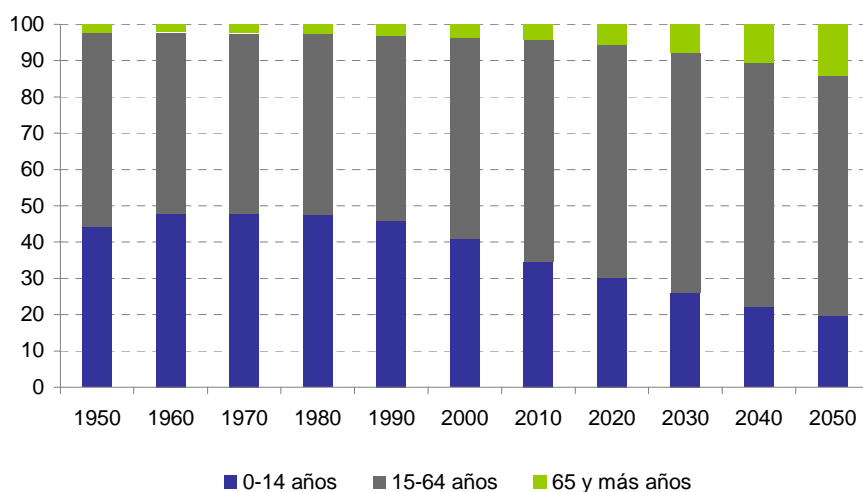
Por otra parte, el bono demográfico puede ayudar en los próximos años a disminuir los costos individuales de la seguridad social en salud y pensiones y a lograr una mayor cobertura. Esto, además, permitiría generar oportunidades para mejorar la sostenibilidad financiera de los sistemas previsionales, aún en un contexto de gradual envejecimiento de la población.

En cuanto a las tendencias pasadas y futuras, cabe anotar que en 1980 la población de Nicaragua era de tres millones 257 mil habitantes (0,89% de la población total de la región); 47,5% eran menores de 15 años, 43,6% tenían entre 15 y 49 años, 6,3% entre 50 y 64 años y 2,7% de 65 años y más. Para el año 2010, las proyecciones señalan que la población alcanzará los 5,8 millones de habitantes (0,98% de la población total de la región) y la pirámide poblacional mostrará cambios importantes; 34,6% de jóvenes menores de 15 años, 53% de 15 a 49 años, 8,1% de 50 a 64 años y 4,3% de mayores de 65 años de edad. Sin embargo, para el año 2050, cuando su población alcance los ocho millones de habitantes, el peso de la población de 65 años y más, aumentará significativamente, hasta alcanzar el 14,2% del total de la población.

Estos cambios están relacionados con las variaciones que van teniendo en el tiempo las tasas de fecundidad, natalidad y de mortalidad. De hecho, se parte de tasas de natalidad y de mortalidad bastante elevadas (53,7 y 22,7 entre 1950-1955) y su descenso es moderadamente pronunciado en el tiempo, sobre todo de la tasa de natalidad que, como se mira en el gráfico IV.2, para el período 2005-2010 baja a 24,9 por 1.000 habitantes. La caída de la tasa de mortalidad es algo menos pronunciada, y se estabiliza en el orden del 4,7 por mil habitantes a partir del año 2005.

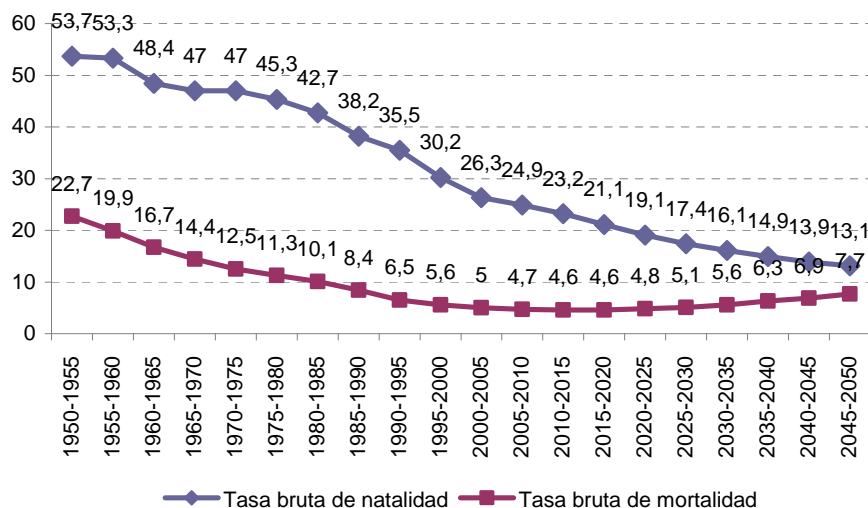
⁶⁵ La información de esta sección proviene de: OPS (2007b); CEPAL (2008) y CEPAL (2007).

GRÁFICO IV.1
NICARAGUA: ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR EDAD, 1950-2050
(En porcentajes)



Fuente: CEPAL, Anuario estadístico 2007, Series sociales, población.

GRÁFICO IV.2
NICARAGUA: NATALIDAD Y MORTALIDAD, 1950-2050
(Por cada mil habitantes)



Fuente: CEPAL, Anuario estadístico 2007, Series sociales, población.

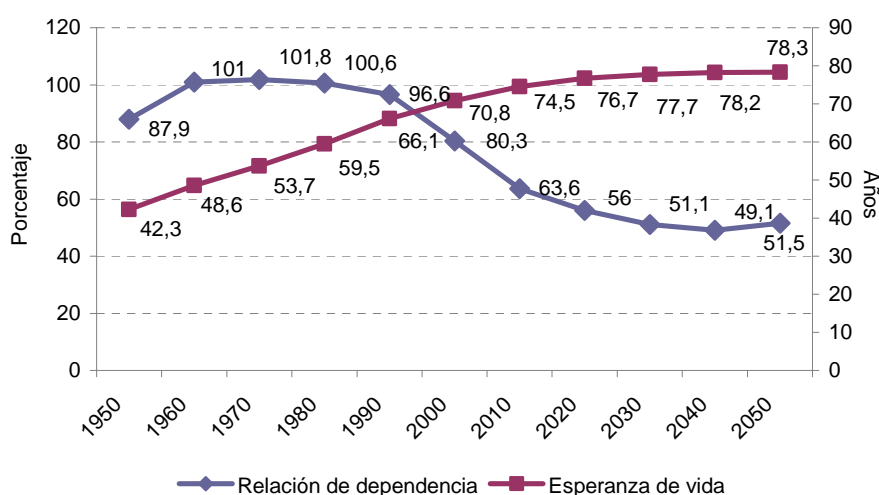
El descenso de la tasa de mortalidad conducirá a un aumento de la esperanza de vida al nacer para la población total, que en el 2010, será de 74,5 años y en el 2050 de cerca de 78,3 años. Estas evoluciones determinan que dentro de la clasificación de la transición demográfica⁶⁶ que realiza

⁶⁶ Se define la transición demográfica como un proceso durante el cual se pasa de una dinámica de bajo crecimiento de la población, con altos niveles de mortalidad y fecundidad, a otra también de bajo crecimiento, pero con mortalidad y fecundidad reducidas; en el estadio intermedio se observan elevadas tasas de aumento de la población como resultado del desfase entre los inicios del descenso de la mortalidad y de la fecundidad.

CELADE-CEPAL, Nicaragua aparezca entre los países de transición demográfica plena, es decir, con una fecundidad intermedia y una mortalidad también intermedia.

Dado que posee una estructura de población joven, la tasa de dependencia⁶⁷ desciende progresivamente y su valor mínimo alcanza en el año 2035 (49,1%), partiendo en 1990 de un valor elevado del 96,6%, con un descenso pronunciado en el 2000 (80,3%) y más fuerte en el 2010 (63,6%). Este período en que la proporción de personas en edades potencialmente productivas crece de manera sostenida en relación con la de personas en edades potencialmente inactivas se conoce como “bono demográfico”. En Nicaragua, el bono demográfico se inicia en el 2015 y llega hasta el 2050, con una duración de 35 años.

GRÁFICO IV.3
NICARAGUA: RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y ESPERANZA DE VIDA, 1950-2050
(En porcentajes y años)



Fuente: CEPAL, Anuario estadístico 2007, Series sociales, población.

Las tendencias demográficas señaladas anteriormente repercutirán sobre los sistemas de protección social en salud y pensiones, definiendo los siguientes escenarios futuros:

- Un aumento significativo del número de personas de 65 años y más (hombres y mujeres), que requerirán de un ingreso digno para vivir su vejez luego de haber aportado al país en su etapa productiva: de 183.816 personas en el año 2000 a 250.475 en el año 2010 y a un millón 137 mil en el año 2050, multiplicándose por cuatro.
- Una caída en la tasa de sostenimiento (es decir, entre el número de asegurados cotizantes (declinante) y el creciente número de pensionados), por lo que las contribuciones de cada cotizante deberán ser superiores a las actuales para financiar las pensiones de un número cada vez mayor de pasivos o jubilados.
- Dado el aumento de la esperanza de vida, un mayor volumen de recursos para atender un mayor número de años de pago de pensiones.
- Dado que aumenta la razón de dependencia de la población de 60 años y más sobre la población en edad productiva (20 a 59 años), el gasto de pensiones deberá aumentar significativamente.

⁶⁷ La relación de dependencia vincula a la población en edades potencialmente inactivas (menores de 15 años y personas de 60 años y más, en el numerador) con la población en edades potencialmente activas (entre 15 y 59 años, en el denominador) y es un importante indicador para medir los posibles efectos de los cambios demográficos en el desarrollo socioeconómico.

- e) Un bono demográfico que debe ser aprovechado para confrontar estos desafíos financieros del sistema de pensiones, pero que además debe apoyar la expansión de cobertura de la seguridad social en salud, disminuyendo las primas individuales al mismo tiempo que se procura universalidad en la cobertura.

d) Perfil y tendencias epidemiológicas⁶⁸

Como se ha podido constatar en el apartado anterior, Nicaragua, a diferencia de su vecino Honduras y de Guatemala, está ya en una etapa más avanzada de la transición demográfica. La tasa de natalidad y fecundidad han tendido a caer, sobre todo en las ciudades, durante los últimos 15 años. Sin embargo, la pobreza y la dispersión territorial en el campo contribuyen a mantener altas tasas de mortalidad infantil y de mortalidad materna. Esto se ve reforzado por factores ambientales, particularmente asociados con la mala calidad de la vivienda y el limitado acceso a agua potable y sistemas adecuados de eliminación de excretas en muchas zonas rurales y algunas urbanas.

CUADRO IV.13
NICARAGUA: PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD CON ATENCION AMBULATORIA, 2001
(En porcentajes)

	Ciertas enfermedades infecciosas	Sistema circulatorio	Sistema respiratorio	Sistema digestivo	Piel y del tejido subcutáneo	Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	Sistema genitourinario	Otros sistemas	Traumas y causas externas	Otras enfermedades	Enfermedades no clasificadas
Total	13,2	4,2	38,2	3,9	2,2	4,5	8	13,9	2,8	5,6	3,5
Por sexo											
Hombres	15,5	2	41,4	3,4	2,8	3,2	5,3	14,1	4	4,7	3,5
Mujeres	11,5	5,8	35,9	4,3	1,7	5,5	10	13,7	2	6,2	3,4
Por área											
Urbano	11,9	5,1	39,9	4,4	2	4,3	8,5	11	3	5,9	4,1
Rural	15,2	2,9	35,5	3,1	2,3	4,9	7,3	18,5	2,6	5,1	2,4
En la niñez	21,5	0,1	47,5	0,9	2,7	0,1	1,5	17,1	1,8	2,7	4,1

Fuente: Encuesta nicaragüense de demografía y salud 2001.

La morbilidad se caracteriza por el predominio de enfermedades respiratorias que afecta a más del 35% de la población, seguidas por enfermedades diarreicas agudas y la creciente prevalencia de enfermedades coronarias. Este perfil epidemiológico revela en parte la extendida pobreza, pero también la transición demográfica que experimenta el país.

La desnutrición afecta a casi un 20% de los niños menores de cinco años, con mucho mayor prevalencia en zonas rurales, y casi exclusivamente concentrado en los primeros dos quintiles de la población.

Las mujeres se enfrentan a situaciones de violencia graves. Casi un 35% de las mujeres entre 15 y 49 años han sufrido agresiones o abusos por parte de su pareja. En los últimos cinco años se ha registrado un incremento en actos de violencia sexual y de homicidios en contra de mujeres. La tasa de homicidios general, aunque creciente, dista mucho de los niveles altos reportados en países vecinos como Honduras y El Salvador.

⁶⁸ La información de esta sección proviene de: OPS (2007b); CEPAL (2008); y CEPAL (2007).

CUADRO IV.14
NICARAGUA: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL, 2003

Grupo de edad	Causa
Niños y niñas menores de un año	Trastornos respiratorios del recién nacido
	Sepsis del recién nacido
	Asfixia
	Neumonía
	Malformaciones congénitas
	Enfermedades infecciosas intestinales
Niños y niñas de uno a cuatro años	Neumonías
	Enfermedades infecciosas intestinales

Fuente: OPS (2007b). Salud en las Américas, Capítulo Nicaragua.

La prevalencia del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual es relativamente baja (menos del 1% de la población adulta). Sin embargo, las enfermedades transmitidas por vectores (sobretudo dengue y malaria) tienden a tener una mayor prevalencia durante los últimos años, afectadas sobre todo por las condiciones climáticas y la debilidad de la respuesta en el nivel de atención primaria.

En cuanto a las tendencias en salud, se ha experimentado leves mejoras en los últimos años. La tasa de mortalidad infantil disminuyó de manera modesta, observándose un comportamiento similar en las zonas urbanas y rurales, y en la mayor parte de departamentos (con excepción de León y la Región Autónoma Atlántico Norte).

Un comportamiento más estimulante tienen los indicadores de desnutrición, en franca mejoría, particularmente en las zonas rurales. La desnutrición crónica particularmente ha experimentado tendencias positivas en los últimos 10 años, cayendo casi un 30% durante el período. Debido a esto, CEPAL (2008) ha clasificado a Nicaragua como uno de los países con incidencia media de desnutrición crónica, haciendo notar que tanto Nicaragua como Haití lograron las mayores tasas de reducción de la desnutrición entre períodos de encuestas nacionales.

La mortalidad materna, por el contrario, parece enfrentar un estancamiento y hasta un ligero deterioro durante los últimos 15 años. La situación es particularmente alarmante en departamentos como Jinotega, las regiones autónomas del Atlántico y el departamento fronterizo de Río San Juan, donde la mortalidad materna duplica o triplica el promedio nacional.

En cuanto a las causas de mortalidad general, estas reflejan una clara tendencia a una transición epidemiológica, con altas tasas de mortalidad producto de enfermedades cardiovasculares, así como el crecimiento significativo en las muertes vinculadas con la diabetes. Este comportamiento es congruente también con la transición demográfica señalada en el apartado anterior.

Respecto al perfil epidemiológico planteado, en el futuro el país deberá orientar prioritariamente esfuerzos en las siguientes áreas:

- a) Reducir de manera significativa la mortalidad materna, procurando al mismo tiempo sostener la tendencia a la disminución en la mortalidad infantil y en la desnutrición. Esto implica una acción decidida por mejorar el seguimiento de los embarazos y partos en las zonas rurales dispersas, particularmente en las regiones atlánticas y fronterizas, así como cerrar las brechas prevalecientes entre las tasas de mortalidad y morbilidad de las ciudades, y las que se experimentan en el campo.
- b) Encarar la transición epidemiológica y demográfica que experimenta el país, procurando fortalecer los niveles de atención secundaria y terciaria para poder dar respuesta a los perfiles

epidemiológicos de una población cada vez menos joven y con una transición epidemiológica en marcha.

- c) Por último, es importante reducir la violencia contra las mujeres, y fortalecer la atención integral a sus problemas de salud en el nivel primario, incorporando protocolos de prevención y atención a víctimas de violencia intrafamiliar y violencia basada en género.

CUADRO IV.15
NICARAGUA: MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ; 1998, 2001 Y 2006-2007
(Por mil nacidos vivos)

	Mortalidad infantil (${}_1q_0$)			Mortalidad en la niñez (${}_5q_0$)		
	1998	2001	2006-2007	1998	2001	2006-2007
Total	45	35	33	56	45	41
Área						
Urbano		28	29		34	35
Rural		43	37		55	47
Departamento						
Nuevo Segovia		47	28		53	38
Jinoteca		40	36		66	50
Madriz		39	33		57	43
Estelí		24	23		29	26
Chinandega		49	28		53	34
León		19	24		27	27
Matagalpa		42	31		52	45
Boaco		20	14		21	34
Managua		22	36		28	40
Masaya		31	25		40	32
Chontales		44	39		53	45
Granada		29	25		35	25
Garazo		47	44		52	45
Rivas		24	14		31	16
Río San Juan		45	28		49	33
RAAN		47	54		61	70
RAAS		50	38		60	51
Quintiles de Bienestar						
Bajo			38			51
Medio-Bajo			38			47
Intermedio			29			33
Medio-Alto			28			34
Alto			25			26

Fuente: Encuesta nicaragüense de demografía y salud 2001 y 2006-2007.

CUADRO IV.16
NICARAGUA: DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y GLOBAL POR ÁREA, DEPARTAMENTO Y
QUINTILES DE BIENESTAR; 1998, 2001 Y 2006-2007
(En porcentajes)

	Desnutrición crónica			Desnutrición global		
	1998	2001	2006-2007	1998	2001	2006-2007
Total	24,9	20,2	16,9	12,2	9,6	6,9
Área						
Urbano		12	10,6		6,1	4,8
Rural		28,8	22,7		13,2	8,9
Departamento						
Nuevo Segovia		21,3	20,8		9,2	9,2
Jinoteca		36,7	32,6		19,4	15,4
Madriz		35,2	29,7		16,5	7,3
Estelí		13,1	11		5,8	4
Chinandega		20,1	16,7		10,3	6,9
León		13,1	10,4		6,3	4,7
Matagalpa		28,9	26,2		13,4	8,9
Boaco		23	10,9		11,4	6,8
Managua		8,2	10,6		5,3	5,5
Masaya		18,2	14,4		8,5	4,1
Chontales		14,9	13,5		6,2	4,2
Granada		13,5	8,6		7,6	3,4
Garazo		15,3	10		7,3	4,1
Rivas		14,4	5,9		8,8	6,5
Río San Juan		17,1	17		5,7	5,4
RAAN		34,8	24,2		13,8	9,4
RAAS		22,7	13,1		7,8	3,7
Quintiles de Bienestar						
Bajo		n.d.	28		n.d.	11,3
Medio-Bajo		n.d.	18,5		n.d.	7
Intermedio		n.d.	13,6		n.d.	6,9
Medio-Alto		n.d.	7,5		n.d.	2,3
Alto		n.d.	4,5		n.d.	2,2

Fuente: Encuesta nicaragüense de demografía y salud 2001 y 2006-2007.

CUADRO IV.17
NICARAGUA: MORTALIDAD MATERNA, EVOLUCIÓN Y POR DEPARTAMENTO, 2003
(Por cien mil nacidos vivos)

	Tasa
Evolución	
1992	91
2001	107
2004	89
2005	121
Por departamento (2003)	
Nuevo Segovia	45
Jinotega	285
Madriz	38
Estelí	24
Chinandega	35
León	30
Matagalpa	104
Boaco	90
Managua	37
Masaya	17
Chontales	107
Granada	86
Garazo	65
Rivas	33
Río San Juan	322
RAAN	321
RAAS	172

Fuente: PNUD Nicaragua, sobre la base de información del Ministerio de Salud.

CUADRO IV.18
NICARAGUA: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL, 1990 Y 2004
(En porcentajes)

	1990	2004
Enfermedades isquémicas del corazón	4,1	11,1
Enfermedades cerebrovasculares	5,7	6,9
Diabetes mellitus	1,5	6,1
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1,4	4,6
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	4,9	4,3
Enfermedades del sistema urinario	3	4,1
Enfermedades hipertensivas	1,1	3,1
Influenza y neumonía	7,5	3
Agresiones (homicidios por arma de fuego y por arma blanca)	1,3	2,9
Causas mal definidas	2,1	1,7
El resto de causas	67,4	52,2
Total	100	100

Fuente: OPS (2007). Salud en las Américas, Capítulo Nicaragua.

B. Los determinantes institucionales de la baja protección social en salud y pensiones

A diferencia de la mayoría de los países de la región, Nicaragua posee un sistema de seguridad social bastante integrado en términos de organización, característica que prevalece desde la creación del INSS en 1955-57, que fue tardía comparada con la mayoría de los países de América Latina que crearon estas instituciones de seguridad social desde los años veinte. El proceso de extensión evolucionó de forma típica: los primeros grupos en poseer un sistema de jubilación independiente fueron los empleados del magisterio, los ferroviarios, la banca, la guardia nacional y los empleados públicos de la zona urbana de Managua. Una vez creado el INSS, éste cubrió a los trabajadores privados en la zona urbana de Managua, luego la zona suburbana, gradualmente a otros departamentos y, por último, a ciertos trabajadores agrícolas.

1. El sistema previsional nicaragüense: régimen de pensiones, beneficios, requisitos y financiamiento

Habiendo revisado las principales limitaciones que imponen las transformaciones socioeconómicas y demográficas a la cobertura del sistema de pensiones, en este capítulo se analizarán los elementos institucionales del sistema de pensiones, y se analizará cuán preparado está para ampliar la cobertura y responder adecuadamente a los nuevos desafíos y retos. Se analizan cuatro elementos centrales del sistema: i) el carácter de la reforma que ha sufrido; ii) el tipo de régimen previsional en el cual se sustenta y el modelo de gestión; iii) la cobertura y la fortaleza del vínculo entre contribuciones y beneficios; y iv) su fortaleza financiera y la magnitud de las presiones financieras.

a) Contexto histórico y reforma

La situación del sistema de pensiones resulta muy particular. Pese a que mediante la ley 340, creadora del Sistema Nacional de Pensiones en el año 2000, y la ley orgánica de la Superintendencia de pensiones del año 2001 (Ley 388) se cambió por completo el sistema de protección a la invalidez, vejez y muerte, pasando de un modelo de primas escalonadas, a un régimen de capitalización individual, este último nunca entró en operación. Está actualmente vigente el seguro social nicaragüense estipulado por la Ley orgánica de la seguridad social (LOSS) de 1982 (decreto 974), así como el reglamento de la ley de seguridad social, decreto 975 del 1 de marzo de 1982, que establecen la operación y funcionamiento del INSS, como la única institución creada para el manejo, administración y financiamiento de las prestaciones de invalidez, vejez y muerte.

En los años noventa, se realizaron varios estudios actuariales y propuestas de cambio y reforma de diverso calado, entre las que destacan las de la OIT en 1991, las de Julio Bustamante (Superintendente del sistema chileno) en 1995, de Rizo y León (actuarios del INSS) a mediados de la década de los noventa, y de un equipo de la Fundación Friedrich Ebert dirigido por Carmelo Mesa-Lago en 1997. Entre estas propuestas, sólo la de Rizo y León involucraba el paso a un sistema de capitalización individual administrado por el sector privado, muy similar al modelo chileno de seguridad social. En 1999, el BM y el BID recomendaron a Nicaragua adoptar un sistema de pensiones de capitalización individual. Para ello, otorgaron al gobierno un préstamo condicionado a la privatización de la seguridad social, con el objeto de facilitar la transición del reparto público a la capitalización privada.

Luego, en el 2000, la ley 340 crea el sistema nacional de pensiones y en 2001 la Ley 388 establece la ley orgánica de la Superintendencia de pensiones, debidamente ratificadas por la Asamblea Nacional. Ambas leyes sustituyeron el sistema de primas escalonadas de protección a la invalidez, vejez y la sobrevivencia, por un régimen de capitalización individual. Sin embargo, esta reforma estructural, era inviable financieramente, pues el gobierno no podía afrontar el costo fiscal de la transición del sistema público de reparto al privado de capitalización, por lo que en enero de 2006 fueron definitivamente derogadas por la Ley 568.

Ese mismo mes se aprobó la Ley 539, nueva ley de seguridad social, con varios cambios paramétricos importantes, entre los cuales destacan el reajuste de las pensiones conforme a la devaluación anual y la concesión de pensiones básicas para los asegurados que hubieran cotizado solo 500 semanas. Sin embargo, la vigencia de la Ley 539 fue también fugaz, pues fue suspendida por la ley marco para la estabilidad y gobernabilidad del país (Ley 558). En enero 2007 la Asamblea Nacional la reformó para prorrogar la ley de seguridad social hasta enero 2008, y finalmente fue declarada inconstitucional y posteriormente derogada.

En septiembre 2008 fue presentado ante la Asamblea Nacional un proyecto de ley de reformas adicionales a la ley de seguridad social y su reglamento, el cual todavía no ha sido aprobado, pero que una vez más plantea un conjunto de reformas paramétricas cuyos efectos, antes que restablecer el equilibrio financiero, presionan aún más sobre los gastos del INSS, afectando la sanidad financiera del sistema (INIET, 2008). Por otro lado, a nivel internacional Nicaragua ratificó en la Conferencia internacional del trabajo del 2001 en su 89° reunión, el carácter de la seguridad social como derecho humano fundamental, al insistir que es muy importante para el bienestar de los trabajadores, de sus familias y de toda la sociedad; que es un derecho humano fundamental y un instrumento esencial para crear cohesión social, y de ese modo contribuye a garantizar la paz social y la integración social.

b) Tipo de régimen previsional y perfil demográfico

La LOSS y su reglamento establecen en materia del modelo de gestión, que el sistema previsional contributivo de Nicaragua se asienta en un régimen financiero basado en el reparto, que en realidad es todavía de prima media escalonada. El cálculo de beneficios se basa en una lógica de beneficio definido, y la administración es pública a cargo del INSS.

La regulación del sistema está a cargo del INSS, quien además financia, administra, afilia y concede las prestaciones de vejez, invalidez y muerte. Para el efecto el INSS tiene un consejo directivo que define las políticas generales de seguridad social y está integrado con dos representantes del Ejecutivo, quienes ejercen las funciones de Presidente y Vicepresidente Ejecutivo; de los empleadores (dos miembros con sus suplentes) y, de los trabajadores (dos miembros con sus suplentes). Quizá, uno de los mayores problemas de orden institucional del INSS que ha incidido en la baja cobertura está relacionado con su inflexibilidad y baja capacidad normativa, operativa y financiera para diseñar planes de aseguramiento alternativos para los diferentes grupos de población no asalariada que han ido apareciendo, de modo que la obligatoriedad de la seguridad social pueda ser aplicada de distinta manera para adaptarse a cada tipo de trabajadores. No ha sabido por tanto adaptarse a las transformaciones y cambios socioeconómicos y del mercado laboral (incluida la migración), ofertando por ejemplo diferentes niveles o planes en función de la capacidad de pago o ingresos (grupos con ingresos precarios); o planes con diferentes coberturas de prestaciones y diferentes requisitos (grupos con diferentes necesidades). Por tanto, no debería ser un requisito que el afiliado adquiera cobertura para todos los riesgos, sino solo para los riesgos que pueda considerar convenientes de acuerdo con su capacidad contributiva y con sus expectativas individuales.

En materia de financiamiento, el sistema de pensiones nicaragüense todavía funciona sobre la base de un régimen de prima media escalonada, aunque en la práctica transita rápidamente hacia un régimen de reparto, donde las cotizaciones actuales se utilizan cada vez más para costear las pensiones actuales y cada vez menos en invertirse para financiar las pensiones futuras de los trabajadores cotizantes, es decir, se sustenta financieramente en las transferencias intergeneracionales. Efectivamente, en los últimos años, el sistema de pensiones ha acumulado reservas y sus flujos de caja han sido superavitarios. Hay que advertir, sin embargo, que estos superávits se deben a que la población es relativamente joven y, como consecuencia, la relación aportantes/pensionados todavía es alta; es decir, son superávits temporales. Lo preocupante es que, como ya se analizó en el capítulo anterior, el perfil demográfico del sistema de pensiones se deteriorará de manera muy pronunciada en los próximos decenios. Como resultado del envejecimiento de la población nicaragüense, la relación aportantes/pensionados disminuirá enormemente haciendo insostenible el régimen de prima media escalonada actualmente establecido.

El efecto de un empeoramiento de la razón aportantes/pensionados ha sido cuantificado de una manera gruesa por el FMI en un documento de análisis de los sistemas de pensiones centroamericanos (FMI, 2007a), mediante un análisis de la aritmética básica de los sistemas de reparto. Como señala ese estudio, en un sistema de reparto puro, los parámetros de pensión sostenibles deben cumplir con las siguientes condiciones: $r = cX$, siendo r = promedio de la tasa de reemplazo (la pensión promedio dividida por el salario promedio), c = la tasa de cotización, y X = la relación aportantes/ pensionados. A partir de esta expresión, puede observarse que para Nicaragua, si X se reduce en promedio de 9,9 en el 2003 a 2,7 en el 2050 (ver tabla siguiente), para mantener el equilibrio actual será preciso aumentar las tasas de aportación casi cuatro veces o reducir tres cuartas partes el monto promedio de las pensiones. De los países centroamericanos analizados por el FMI, Nicaragua sufrió el empeoramiento más pronunciado entre 2003 y 2050 de la razón aportantes/pensionados y, por tanto, mayor es la necesidad de variar las tasas de aportaciones o las pensiones, para mantener el equilibrio actual (más alta presión financiera), lo cual plantea serias inquietudes sobre la cobertura futura.

CUADRO IV.19
NICARAGUA: ENVEJECIMIENTO PROYECTADO DE LA POBLACIÓN CENTROAMERICANA
RELACIÓN ENTRE LA POBLACIÓN DE 20-59 AÑOS DE EDAD Y LA POBLACIÓN
DE 60 AÑOS DE EDAD O MAYOR, 2003-2050

Países	2003	2010	2020	2030	2040	2050
Costa Rica	6,6	5,9	4,3	3,1	2,5	2,0
Guatemala	8,1	8,1	7,6	6,3	4,8	3,6
Honduras	8,6	8,4	7,3	5,8	4,5	3,4
Nicaragua	9,9	9,7	7,7	5,6	3,9	2,7
Panamá	5,8	5,2	4,3	3,3	2,7	2,4
Promedio	7,8	7,5	6,2	4,8	3,7	2,8

Fuente: FMI, América Central: Crecimiento económico e integración; Ocasional paper 257.

Esta situación evidencia los grandes desafíos del sistema de pensiones tanto en materia de cobertura futura, como de presión financiera, frente al efecto de un empeoramiento de la razón aportantes/pensionados, por cambios en el perfil demográfico. El actual régimen de prima media escalonada establecido, relacionado con los niveles de reservas acumulados, tendrá serios inconvenientes en materia de cobertura futura y tendrá presiones financieras muy fuertes que llevarán a adoptar un proceso progresivo y sostenido de modificaciones paramétricas significativas que permitan lograr el equilibrio financiero bajo ese nuevo perfil demográfico, y así garantizar su sostenibilidad en el tiempo. En la actualidad, el sistema de pensiones no está preparado para absorber ese efecto, por lo que es indispensable que se empiece a caminar en esa dirección.

c) Vínculo entre contribuciones y beneficios

El vínculo entre contribuciones y beneficios es un elemento central en la búsqueda del equilibrio financiero de los sistemas de pensiones. Se pueden considerar tres tipos beneficios del sistema: pensiones otorgadas por invalidez, pensiones por vejez y pensiones por muerte para los afiliados y beneficiarios del INSS, conocidas por las siglas IVM, siendo las de vejez las más significativas y las que se abordan aquí con detenimiento.

El cuadro siguiente describe con detalle los beneficios y requisitos de esos tres tipos de pensiones.

CUADRO IV.20
NICARAGUA: BENEFICIOS Y REQUISITOS VIGENTES DEL SISTEMA DE PENSIONES

	Vejez	Invalidez	Muerte
Beneficiarios	Asegurado de más de 60 años de edad	Asegurado que, a consecuencia de una enfermedad de origen no profesional, se halle incapacitado como mínimo en un 50% para procurarse la remuneración habitual. Se reconocen dos grados de invalidez, total (remuneración menor del 33% de la que percibe habitualmente) y parcial (remuneración entre el 33 y 50% de la que percibe habitualmente).	Son beneficiarios de la pensión de viudez, la esposa o compañera, el esposo o compañero inválido que hubiere dependido económicamente del causante. Son beneficiarios de la pensión de orfandad por deceso de la madre o el padre, los hijos menores de los asegurados, por lo menos hasta cumplir los 15 años de edad, prorrogables en las situaciones que señale el Reglamento respectivo.
Prestaciones	a) Pensión mensual vitalicia. b) Asignaciones familiares. c) Servicio para la readaptación del anciano. d) Ayuda asistencial al anciano que necesite de la asistencia constante de otra persona.	a) Pensión de Invalidez total o parcial. b) Asignaciones Familiares. c) Servicio de readaptación profesional. d) Servicio de colocación en actividades remuneradas de los inválidos, en coordinación con las dependencias correspondientes del Ministerio del Trabajo. e) El suministro, mantenimiento y renovación de aparatos de prótesis y de ortopedia que fueren necesarios.	a) Ayuda para los gastos inmediatos relacionados con el funeral del asegurado fallecido. b) Pensión de viudez. c) Pensión de Orfandad. d) Pensión a otros sobrevivientes dependientes.
Condiciones de acceso	La edad mínima de retiro no podrá exceder de 60 años, pudiendo ser disminuida en casos de haber desempeñado el trabajador labores que signifiquen un acentuado desgaste físico o mental. Para tener derecho a la pensión de vejez se requiere, además, acreditar un periodo no menor de 15 años como asegurado activo. Sin embargo, podrán concederse pensiones reducidas no menores del 40% del salario prescrito para aquellos casos en que habiendo el asegurado cumplido la edad de retiro, no haya cumplido el periodo de calificación, siempre que acredite como mínimo absoluto cinco años de pago de cotizaciones.	Asegurado no mayor de 60 años que sea declarado inválido y que haya cotizado 150 semanas dentro de los últimos seis años que precedan a la fecha de la causa que dio origen a la invalidez, o haya acreditado el periodo de calificaciones prescrito para la vejez.	Fallecimiento del asegurado La pensión de viudez se extingue cuando contraiga matrimonio, viva en concubinato o lleve vida notoriamente deshonesto. La viuda que contrae matrimonio tiene derecho a recibir 12 mensualidades de la pensión que está recibiendo.

CUADRO IV.20 (conclusión)

Montos de pensión	<p>Para el cálculo de la pensión de vejez, la remuneración base mensual de un asegurado será el promedio que resulte de dividir entre 250 la suma de los promedios de las 250 últimas semanas cotizadas o de las 250 anteriores a aquellas, según resulte mejor al asegurado, y multiplicar el cociente por el factor 4 1/3. Para estos efectos las semanas subsidiadas se considerarán cotizadas.</p> <p>Sin embargo, los asegurados que acrediten más de 1,000 cotizaciones semanales y menos de 1,250, la remuneración base mensual será el promedio de las 200 últimas semanas cotizadas y si ha cotizado 1250 o más semanas será el promedio de las 150 últimas semanas. Lo establecido en este párrafo se aplicará siempre que beneficie al asegurado.</p>	<p>Para el cálculo de la pensión, la remuneración base mensual será igual al promedio que resulte de dividir entre 150 la suma de los promedios semanales que corresponda a las 150 últimas semanas cotizadas y multiplicar el cociente por el factor 4 1/3. Para este efecto, las semanas subsidiadas comprendidas dentro del periodo de calificación se considerarán como cotizadas. La pensión mensual de invalidez parcial será igual a la mitad de la total.</p>	<p>Viudez: pensión equivalente al 50% de la que percibía el causante o de la que éste percibiría por invalidez total si hubiere cumplido con el requisito de cotizaciones para tener derecho a ella sin incluir las asignaciones familiares.</p> <p>Orfandad: 25% de la pensión que percibía el causante o de la que éste percibiría por invalidez total si hubiere cumplido el requisito de cotizaciones para tener derecho a ella, sin incluir las asignaciones familiares.</p> <p>Ascendientes y otros dependientes: mayores de 60 años de edad o inválidos de cualquier edad que demuestren haber dependido económicamente del asegurado al momento de su fallecimiento.</p>
-------------------	--	---	--

Fuente: LOSS de 1982 (decreto 974) y Reglamento de la Ley de Seguridad Social, decreto 975 del 1 de marzo de 1982.

En materia de vejez, dos criterios norman el nivel cuantitativo de la prestación o la relevancia de la pensión por vejez concedida por el sistema nicaragüense: i) cuando el promedio de la base mensual es inferior al doble del salario mínimo vigente, se aplica el 45% más 1,591% sobre la remuneración base mensual; y, ii) cuando el promedio de la base mensual es superior al doble del salario mínimo vigente, se aplica el 40% más 1,365% sobre la remuneración base mensual. En ambos casos, al asegurado que haya cotizado más de 750 semanas y con 60 años de edad continúe trabajando, le será reconocido el 1% adicional hasta que cumpla los 65 años de edad. La remuneración base mensual será el promedio que resulte de dividir entre 250 la suma de los promedios de los últimos salarios cotizados, y aplicado el factor 4 1/3.

Los principales requisitos actuales para beneficiarse de la jubilación o acceder a la prestación por vejez están dados por: i) el número mínimo de semanas de contribución exigidas; y, ii) la edad de retiro, tanto para un retiro normal como para uno temprano. En efecto, se pueden jubilar los hombres y mujeres que hayan cumplido los 60 años de edad, y que tengan 750 semanas cotizadas. En los maestros y de los mineros, la edad es de 55 años. Sin embargo, podrán concederse pensiones reducidas no menores del 40% del salario prescrito para aquellos casos en que habiendo el asegurado cumplido la edad de retiro, no haya cumplido el periodo de calificación, siempre que acredite como mínimo absoluto cinco años de pago de cotizaciones.

El estudio antes señalado del Fondo Monetario Internacional (FMI, 2007a), realizado en el año 2007, compara también los principales parámetros de ingresos y gastos de los sistemas de pensiones centroamericanos con otras regiones del mundo vigentes en ese momento y concluye que en buena parte de los países de América Central, incluida Nicaragua, las tasas de aportación (ingresos) son bastante bajas en comparación con otros países. Por ejemplo, en América Latina, mientras a esa fecha (2007), el promedio regional estaba alrededor del 15%, en Nicaragua, para IVM en cualquier régimen, era de tan solo 5,5%,

resultando casi la tercera parte. Es importante precisar que actualmente la tasa de contribución para pensiones en Nicaragua aumentó y es del 10%, de los cuales el 4% contribuye el trabajador y 6% el patrono.

Respecto a las pensiones (gastos), el mismo estudio del FMI, señala que el nivel promedio de la región por su parte es comparable con el promedio internacional, a pesar de que las tasas de aportación y las edades de jubilación son relativamente bajas. En los sistemas centroamericanos de prestaciones definidas, el promedio de las pensiones de tercera edad oscilaba en 2007 entre 38% (Honduras) y 86% (Panamá) del ingreso promedio, pero Nicaragua alcanzaba entonces al 59%, siendo el segundo más alto luego de Panamá (ver tabla siguiente). Estos niveles, según el FMI, son similares al promedio de 57% de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). La pensión mínima de Nicaragua también era una de las más elevadas de Centroamérica.

CUADRO IV.21
NICARAGUA: PROPORCION DE PENSIONES RESPECTO DEL SALARIO BASE
(En porcentajes)

Países	Pensión Media	Pensión Mínima
Costa Rica	48	19
Guatemala	44	22
Honduras	38	Ninguna
Nicaragua	59	32
Panamá	86	41
Promedio OCDE	57	n/d

Fuente: Fondo Monetario Internacional, América Central: Crecimiento económico e integración; ocasional paper 257, Washington 2007.

Otro elemento que resulta central para el vínculo entre contribuciones y beneficios es el establecimiento de un monto máximo del salario o ingreso mensual sobre el cual se cobran las contribuciones o techo de ingreso cotizante. Cuando ese techo es muy bajo, las contribuciones que se cobran resultan muy bajas y las personas de medianos y elevados ingresos no contribuyen a la solidaridad del sistema de reparto, pues solo se cobran las contribuciones sobre ese monto máximo; por ende los beneficios y prestaciones tenderán también a ser muy bajos o concentrados. Por ello, resulta recomendable la eliminación de los techos de ingreso cotizante. Es el caso, por ejemplo, de Honduras, donde el techo es de apenas 4.800 lempiras mensuales –equivalente a 260 dólares mensuales– que incide negativamente sobre la sostenibilidad financiera del sistema.

Pero en Nicaragua actualmente ese techo –de 37.518 córdobas mensuales, equivalente a 2.250 dólares– es relativamente elevado y más bien suele conducir a procesos de evasión y subdeclaración de ingresos. No obstante, el sistema tiene un vínculo muy débil entre contribuciones y beneficios. Por tanto, la estructura de contribuciones y beneficios amerita ser revisada para estrechar sus nexos, corregir las inequidades, y prepararla financieramente para enfrentar el nuevo perfil demográfico de los próximos decenios.

d) Sanidad financiera y magnitud de las presiones financieras

El financiamiento actual del sistema de pensiones descansa esencialmente en las contribuciones que realizan los trabajadores y empleadores y en la rentabilidad de las inversiones financieras percibidas por las reservas acumuladas por el INSS. En efecto, como se mira en la tabla siguiente, los ingresos están determinados en su mayor parte por las contribuciones patronales, laborales y del estado que se cobran sobre un salario imponible, pero existen otros ingresos relevantes, provenientes esencialmente de la rentabilidad de las inversiones financieras que se realizan con las reservas técnicas acumuladas.

CUADRO IV.22
NICARAGUA: INSS, INGRESOS, GASTOS Y SALDO OPERATIVO, 2005-2007
(Millones de córdobas)

	2005	2006	2007
Ingresos			
Cotizaciones	3 362 79	4 148 71	4 924 56
Ingresos financieros	285 04	378 54	752 65
Otros ingresos	9 10	8 26	8 23
Total ingresos	3 656 93	4 535 51	5 685 44
Egresos			
Prestaciones económicas	1 616 52	1 929 69	2 228 43
Servicios de salud	841 42	1 031 64	1 250 49
Otras prestaciones	46 49	77 09	174 16
Gastos administrativos	249 00	300 71	326 07
Gastos de capital	10 86	13 15	16 05
Total egresos	2 764 29	3 352 28	3 995 68
Saldo operativo	892 64	1 183 23	1 690 24
Empleados	1 176	1 208	1 543
Asegurados activos	395 885	439 002	476 099
Empleados por mil asegurados activos	2 9	2 7	3 2

Fuente: Instituto nicaragüense de seguridad social, Memoria anual 2007, marzo 2008.

En cuanto a los gastos, la mayor parte está relacionada con el pago de prestaciones o pensiones económicas para los jubilados y pensionados. Adicionalmente están los gastos en salud, los administrativos y los relacionados con el otorgamiento de créditos de consumo y de vivienda a los afiliados. El número de personal operativo y administrativo por asegurado activo gira alrededor del tres por mil, cercano a los estándares internacionales.

Como se observa en el cuadro IV.22, en los últimos tres años el INSS registró un superávit operativo, que en 2007 representó el 34% de las contribuciones recaudadas. El monto de las reservas actuariales constituidas a octubre 2008 fue de 9,5 mil millones de córdobas, con un aumento de 2.5 mil millones en los últimos dos años y se tiene una meta de 14 mil millones para el 2011.

Si bien se han realizado recientemente proyecciones actuariales, no fue posible acceder a esa información. Tanto el estudio actuarial realizado en febrero de 2008 por la OIT a cargo de Sergio Velasco, como el estudio realizado por el actuario Fernando Troncoso (evalúa las tendencias a 50 años), en tanto estudio independiente solicitado por el FMI en razón de diferencias con el estudio de OIT, no fueron posibles de acceder.

Un estudio anterior, realizado por la Fundación Friedrich Ebert en el año 1997 y dirigido por Carmelo Mesa Lago (Fundación Friedrich Ebert, 1997), establecía que la tasa de contribución de equilibrio del IVM debía ajustarse inmediatamente y debería ser al menos del 7,7% en 1995, del 10,6% en el 2010 y del 12,5% en el 2020. Recomendaba en 1997 que “dado el esquema de prima escalonada, ésta debería incrementarse en forma inmediata para evitar una reducción de la reserva en términos reales, la cual, de lo contrario, sería consumida en el corto o mediano plazo. En el año 2020 el costo sería 1.8 veces el de 1995, requiriendo una prima de 12,5% sobre los salarios”.

Debido a que el Reglamento General del INSS define como sistema de financiamiento el de prima escalonada, el mismo estudio realizó una simulación de las primas necesarias para garantizar el equilibrio financiero durante tres periodos, con tres escenarios de rendimiento real de la reserva (3%, 4% y 5% en términos reales). Según el estudio, para el primer escalón, 1995-2004, se requeriría fijar una prima de entre 8% y 8,4%, dependiendo de la tasa de rentabilidad de la reserva que se alcance. La prima aumentaría entre 10,2% y 10,5% para el segundo escalón (2005-2014), y entre 11,3% y 11,8% para el tercer escalón (2015-2020). Recordemos que la tasa vigente para IVM es del 10%, es decir está en el rango recomendado por los estudios actuariales de esa época (1997), que habría sin embargo que confrontar con los estudios actuariales más recientes.

En resumen, se podría concluir que el sistema de pensiones nicaragüense, si bien actualmente no tiene problemas serios de financiamiento, presenta síntomas de debilidad y ciertos cuellos de botella para enfrentar adecuadamente los desafíos presentes de cobertura y solidaridad y del envejecimiento progresivo de la población, entre los cuales cabe destacar:

- a) Una alta vulnerabilidad del actual régimen de prima media escalonada ante el nuevo perfil demográfico que cambiará rápidamente en los próximos decenios.
- b) Los beneficios generosos evidencian un vínculo poco consistente entre contribuciones y beneficios respecto a los parámetros internacionales.
- c) Una tendencia financiera del INSS a generar, en el mediano y largo plazo, déficit, presionando severamente sobre las finanzas públicas del Estado y el equilibrio macroeconómico, al convertirse en una seria carga fiscal, dado el incremento progresivo del pasivo actuarial.

2. El sistema de protección social de la salud: modelos de gestión y esquemas de financiamiento

En este apartado se analizará como las actuales condiciones institucionales del sistema de salud impiden un incremento de coberturas basadas en los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. En una primera sección se analiza el contexto histórico y las reformas del sector, para luego revisar la situación actual del sistema. En esa revisión, cinco elementos institucionales aparecen como aspectos que han impedido el incremento de las coberturas en salud: i) la debilidad del MINSAL para ejercer su rol rector; ii) la insuficiencia de recursos públicos para el financiamiento de la salud; iii) la ausencia de un paquete de beneficios básicos para universalizar los servicios de salud; iv) una inadecuada distribución y utilización de los recursos humanos con que cuenta el sistema de salud; y, v) un desaprovechamiento del MINSAL sobre el conocimiento y la labor técnica acumulada y llevada a cabo por la cooperación internacional, que ha sido relevante.

a) Contexto histórico y reformas

En los años noventa la mayoría de los países latinoamericanos, incluyendo Nicaragua, iniciaron procesos orientados a reformar el sistema de salud, en el marco de una tendencia general por modernizar el estado. En Nicaragua, en 1990 con el ascenso al poder de la Unión Nacional Opositora comienza una significativa transformación del Estado y, como consecuencia, un replanteamiento de los principios y criterios del funcionamiento de las instituciones del sector salud, introduciéndose un nuevo planteamiento para la seguridad social en Nicaragua.

Una de las primeras medidas tomadas en torno a la salud en 1990 fue la implementación del modelo de salud previsual, que sustituyó la atención médica brindada por el Sistema nacional único de salud (SNUS), mecanismo creado en agosto de 1979 y por medio del cual la atención y la infraestructura médica y hospitalaria del INSS pasaron a manos del MINSAL. El SNUS se encargaba de brindar atención médica y preventiva de manera gratuita a toda la población, sin ningún condicionamiento, y era financiado por medio de aportes del Estado y de lo recaudado por la cotización de los trabajadores afiliados al INSS. Con la implementación de este modelo, se planteó un nuevo rumbo para los

asegurados del INSS y sus beneficiarios, quienes recibirían los servicios de salud médica y hospitalaria, por medio de mecanismos de compra de servicios al sector privado –empresas médicas previsionales (EMP), que dinamizó el crecimiento de este subsector.

En el MINSA, el nuevo paradigma se concretó en la implementación de los sistemas locales de atención integral en salud (SILAIS), modelo destinado a dar atención a los no asegurados, y complementando su organización con una propuesta de atención integral a la mujer, la niñez y la adolescencia, lo que dio como resultado un nuevo enfoque de la atención. La propuesta organizativa se acompañó del planteamiento de transferencias al nivel local (desconcentración), lo que ha tenido muchas dificultades en su implementación (Ministerio de Salud, 2003a).

La política nacional de salud 1997-2002 estableció como ejes temáticos la modernización del sector, el fortalecimiento del MINSA, el fortalecimiento de la atención hospitalaria, la puesta en marcha de nuevas estrategias en salud pública y la reforma de la Seguridad Social. Partiendo de esta política se formuló el programa de modernización del sector salud 1998-2002, que tuvo como objetivo central “Modernizar el Sistema Nacional de Salud para lograr un mejoramiento continuo de la cobertura, la equidad, la eficacia, y la calidad de la administración y la prestación de los servicios de salud en el ámbito de la democracia”, desarrollado con el apoyo técnico y financiero del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial.

Según analistas, estas políticas significaron, entre otras cosas, la privatización de la compra y distribución de medicamentos, la creación de servicios de atención diferenciada –cobrada– en los hospitales públicos y finalmente la reducción del tamaño del Estado, que implicó el retiro voluntario, la renuncia forzada, o el despido de miles de trabajadores estatales (Valladares y Rossman, 2003). El propio MINSA reconocía en 2003, los limitados alcances, en el ámbito sistémico y organizativo, del proceso de reforma llevado a cabo (Ministerio de Salud, 2003a).

A la luz de los desafíos observados en la implementación de la Política nacional de salud 1997-2002, el gobierno delimitó los principales retos del sector salud, en la política de salud 2004-2015: 1) dirigir las inversiones en salud en función de las necesidades y prioridades de la población; 2) incrementar la cobertura de atención, especialmente en acciones que tengan alta incidencia en los principales problemas de salud de la población; 3) transformar la visión de curación predominante en el sector, hacia un enfoque de promoción y prevención; 4) incorporar la participación activa y consciente de la ciudadanía en el quehacer del sector, con el fin de asegurar su gobernabilidad; y, 5) profundizar la reforma para poder atender las transformaciones demográficas y epidemiológicas, y siendo capaz de revertir los problemas de inequidad, ineficiencia y limitada eficacia del Sector (Ministerio de Salud, 2004a).

Siguiendo los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y la Estrategia reforzada de crecimiento y reducción de la pobreza y para cumplir los compromisos adquiridos para el cumplimiento de las metas del Milenio, la política de salud 2004-2015, la profundización de la reforma en el sector salud implicaba, entre otros aspectos, fortalecer el papel de regulación y rectoría del MINSA, implementar un plan de descentralización, buscar nuevas fuentes o mecanismos de financiamiento del sector y fortalecer el desarrollo de los recursos humanos. En tal sentido se elaboró el Plan Quinquenal de Salud 2005-2009, con tres objetivos fundamentales: 1) Aumento de la cobertura de los servicios de salud; 2) Fortalecimiento de la red de servicios; y, 3) Rectoría, desarrollo, fortalecimiento institucional y descentralización. Estos tres objetivos, se han reiterado a lo largo del proceso de reforma.

Para aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud, principalmente en poblaciones de difícil acceso geográfico, se han realizado cuatro intervenciones. En cuanto al fortalecimiento de la red de servicios, se inició un proceso de modernización hospitalaria para mejorar la gestión y la deteriorada calidad de sus servicios. Finalmente, con relación al MINSA, su fortalecimiento se ha basado en la regionalización y la subdivisión de las áreas de salud existentes hasta 1990, para adaptar la organización a la división político administrativa a nivel departamental y municipal (Rodríguez, 2005).

RECUADRO IV.1
NICARAGUA: PROGRAMAS DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA IMPLEMENTADOS
EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

Programa / Descripción	Cartera de servicios	Forma de financiamiento
Nuevo modelo de gestión		
Mejoras de gestión y provisión de servicios de salud mediante el establecimiento de convenios de gestión con las estructuras regionales del Ministerio (Sistemas locales de atención integral en salud, SILAIS) y los centros de salud del MINSA. Intervención ligada a incentivos, mejoras de infraestructura y equipamientos.	Todos los servicios del primer nivel.	Financiamiento presupuestario e incentivos por desempeño. Utilización de préstamos del BM.
Fondo de maternidad e infancia segura (FONMAT)		
Ampliación de cobertura y mejora de la calidad de los servicios de salud, mediante los proveedores propios del MINSA. La intervención ha consistido en una asignación prospectiva de servicios futuros, además de la dotación de infraestructura, equipamiento, capacitación y recursos para la movilización comunitaria.	Paquete básico de embarazo, parto, puerperio y menores de un año.	Financiamiento presupuestario, pago por capitación y por evento, e incentivos por desempeño. Utilización de préstamos del BID.
Extensión de cobertura mediante subrogados -ONGs		
Ampliación de cobertura de servicios de salud mediante la entrega de un paquete básico de servicios a poblaciones sin acceso a los servicios públicos por medio de la contratación de ONG.	Paquete básico de embarazo, parto, puerperio y menores de cinco años.	Financiamiento por capitación. Utilización de préstamos del BM.
Apoyo a las Casas maternas		
Las casas maternas, pertenecen a la comunidad organizada, y constituyen albergues cerca de los Centros de Salud para mujeres de lugares remotos que van a dar a luz o que acaban de hacerlo. Existen nueve a lo largo del país, que han atendido a 3.000 parturientas, alrededor del 10% de los partos de sus distritos. A menudo la organización de la sociedad civil aporta una persona tiempo completo para gestionar la casa, y el MINSA aporta la atención brindada por el personal del Centro de Salud.	Atención pre y post parto de mujeres provenientes de lugares lejanos al Centro de Salud	Apoyo financiero y técnico de parte del MINSA y la cooperación extranjera.
Contratación de empresas médicas previsionales (EMP) por el INSS		
El INSS contrata los servicios de las EMP, sociedades anónimas constituidas al interior de los diferentes hospitales, que asumen la responsabilidad de brindar una canasta de prestaciones a los asegurados del INSS. Las EMP pueden ser públicas o privadas. La mayor parte de los hospitales públicos han constituido EMP que venden sus servicios a los asegurados del INSS, a los que brindan entrada y servicios diferenciados. En cuanto a la entrada, los asegurados del INSS no deben someterse a las "colas" que deben hacer los usuarios ordinarios de la red del Ministerio, y en cuanto a los servicios diferenciados se trata principalmente de servicios de hostelería: habitaciones con mejores acabados y mayor intimidad, y opciones de comida, entre otros.	Atención de más o menos 800 enfermedades, así como atención en medicina general a los hijos menores de doce años y atención en obstetricia a las esposas. No está incluida la atención de enfermedades agudas cuyo tratamiento sea muy costoso, como enfermedades cardiovasculares y como cateterismos.	Las EMP reciben un per cápita mensual de C293.00, por concepto de Enfermedad y Maternidad; C21.00 por riesgo profesional y enfermedad, y C78.00 por atención de jubilados ^a .

Fuente: Elaboración propia con base en: Rodríguez Herrera (2005). "La Reforma de Salud en Nicaragua" y Rodríguez Herrera (2006). "Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central".

^a Datos proporcionados por el Sr. Ismael Reyes, Presidente ejecutivo del Hospital privado salud integral, EMP.

El gobierno actual, que tomó posesión en enero 2007, ha cuestionado en el Plan Nacional de Desarrollo Humano 2008-2012 los procesos de reforma del sistema de salud, aduciendo un resultado adverso en la cobertura de salud de los más pobres (ver cuadro A-3) para una comparación internacional de las reformas). Se define como prioridades de la política nacional de salud la atención a los menores de cinco años, la de los adolescentes y mujeres, cuidando particularmente su período de embarazo. Asimismo, los pobladores de la zona seca del país, la Costa Caribe, los pueblos indígenas, trabajadores del campo, discapacitados, víctimas de la guerra y población de tercera edad (Gobierno de Nicaragua, 2008). Bajo estos lineamientos se está implementando un nuevo enfoque en la estrategia de atención integral de la salud, que se materializa en el modelo de salud familiar y comunitario, el cual persigue tres objetivos. 1) Desarrollar una cultura nacional de promoción y prevención de la salud, fortaleciendo la acción intersectorial de salud a nivel municipal, departamental y nacional, rescatando la medicina tradicional y natural, y promocionando la reducción de los accidentes de tránsito; 2) Garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios de salud de calidad, priorizando el primer nivel de atención y las áreas rurales y pobres, promoviendo el desarrollo de servicios hacia las personas según su ciclo de vida, y resolviendo problemas sentidos por los usuarios como el buen trato, la atención de calidad y medicinas gratuitas; y, finalmente, 3) Profundizar las reformas sectoriales en salud, para encaminarlas a la reconstrucción de un Sistema Nacional de Salud. En este sentido, las reformas del MINSa se deben encaminar hacia la consolidación de su rol y funciones rectoras como autoridad sanitaria del Estado con una estructura ágil, eficiente, colegiada, capaz de responder a las necesidades de la ciudadanía, y garantizando el derecho a la salud (Gobierno de Nicaragua, 2008).

b) El sistema de salud en la actualidad

El artículo 59 de la Constitución reconoce el derecho de todos los nicaragüenses, por igual a la salud y establece las responsabilidades del Estado. Entre otras normas vigentes y de carácter nacional, pueden mencionarse las leyes general de salud, de medicamentos y farmacias, la de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el SIDA, y la de prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad.

Según la primera, forman parte del sector las instituciones, organizaciones, personas, establecimientos públicos y privados, actores, programas y actividades, cuyo objetivo principal frente al individuo, la familia y la comunidad, es la atención de la salud en sus diferentes acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación⁶⁹. En ese sentido, el subsector de salud público está compuesto por el MINSa, el Ministerio de Gobernación, el Ministerio de Defensa, y el Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales, además del IHSS, y otras instituciones de escaso impacto social. Asimismo, como parte de la ERP, también tienen funciones relacionadas con la salud, el Ministerio de la familia y el Fondo de inversión social de emergencia, los cuales se concentran en brindar atención a los grupos de población vulnerable. Por su parte, el subsector privado lo conforman instituciones con y sin fines de lucro (OPS/OMS, 2007b).

El MINSa, además de ser la entidad responsable de la rectoría del sector es el principal proveedor de servicios de salud. Tiene bajo su responsabilidad la salud de toda la población, en lo que respecta a acciones esenciales de salud pública, y también es responsable de la población no asegurada, en lo que respecta a la atención individual. Por su parte, el Ministerio de Gobernación, cuenta con una red de servicios por medio de la cual brinda atención curativa principalmente al personal del ministerio y sus familiares y vende servicios mediante una Empresa Médica Previsional (EMP) al INSS y a quien pueda pagar por ellos (Rodríguez, 2005).

El otro actor importante dentro del sector público de la salud es el INSS, principal entidad aseguradora del país, que contrata los servicios de las EMP, tanto públicas como privadas, bajo la modalidad de pago per cápita y pago por evento (Rodríguez, 2005) y ha dinamizado el subsector privado de la salud. El INSS recauda y administra los recursos provenientes de las cotizaciones de trabajadores y empleadores del sector productivo formal y aquellos recursos provenientes del aporte estatal, destinados

⁶⁹ Artículo 3, de la Ley N° 423, "Ley general de salud".

a financiar el régimen integral, de carácter obligatorio para los asalariados que viven en lugares donde el INSS presta sus servicios de salud.

La información sobre el sector privado es bastante escueta. Se han identificado 203 establecimientos de carácter lucrativo y no lucrativo, tanto independientes como integrados a algunas redes (entre ellas, PROFAMILIA). Casi todos los establecimientos se ofrecen sus servicios en Managua; ocho de ellos son hospitales y el resto son clínicas de atención ambulatoria (OPS/OMS, 2007b).

El MINSA tiene registradas actualmente 90 organizaciones no gubernamentales que brindan diversos servicios de salud, con diferentes grados de especialización. Las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales tienen la capacidad de ofrecer servicios en escala nacional, vinculados principalmente a la acción comunitaria, que en algunos casos (por ejemplo, Acción médica cristiana en la Costa Atlántica) cubren zonas inaccesibles a los servicios públicos. El subsistema comunitario está integrado por redes de brigadistas, parteras y otros voluntarios que trabajan en sus respectivas comunidades; para cumplir esas acciones, el subsistema comunitario cuenta con las denominadas “casas bases” y “casas maternas” (OPS/OMS, 2007b).

c) El Ministerio de Salud: organización, administración y funciones de rectoría

El primer nivel de atención del MINSA está organizado mediante los centros de salud y los puestos de salud, existiendo un centro de salud en cada municipio, con diferente capacidad resolutoria, pues algunos cuentan con servicio de hospitalización y otros no (Rodríguez, 2005). En el segundo nivel de atención están las clínicas y hospitales, que además brindan atención de primer nivel (Rodríguez, 2005). El MINSA, en el primer nivel de atención brinda servicios de promoción, prevención y recuperación básica en 97% de sus establecimientos (82% en puestos de salud y 18% en centros de salud). Los servicios ambulatorios brindan atención en programas preventivos, consulta externa y emergencias, mientras que los hospitales proporcionan atención de emergencia y hospitalización. Sin embargo, no existe un paquete básico de servicios de salud que permitan garantizar el cuidado de la salud a todos los ciudadanos, sin importar su condición socioeconómica o étnica. El segundo nivel cuenta con hospitales departamentales y de referencia nacional, y el tercer nivel, con centros nacionales de cardiología, radioterapia, oftalmología, dermatología, psiquiatría y laboratorio (el Centro nacional de diagnóstico y referencia del MINSA). (OPS/OMS, 2007b).

En cuanto al INSS, este ofrece por medio de las EMP un régimen de prestaciones de salud que incluye la cobertura de aproximadamente 800 enfermedades, así como atención en medicina general a los hijos menores de 12 años y atención obstétrica a las esposas de los afiliados. Los servicios de salud ofrecidos por el INSS son homogéneos para todos sus afiliados y rigen desde el momento de la afiliación hasta después del retiro.

Dentro de su función rectora, el MINSA la ejerce con mucha debilidad ya que no posee suficientes medios, instrumentos y herramientas para aplicarla y además debe coordinar y conducir a muchas otras instituciones de gobierno vinculadas por ejemplo con el INSS en el cuidado de la salud, o la preservación de la higiene y salud ambiental, con el Ministerio de Ambiente y los Recursos Naturales, el Ministerio Agropecuario y Forestal, el Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados y con el Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal. Asimismo, otro ejemplo, para la definición de los contenidos de salud en los currículos de primaria y secundaria y para el fortalecimiento de la estrategia de lucha antiepidémica, debe coordinar sus acciones con el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes y con las alcaldías (Ministerio de Salud, 2003a).

Dadas las debilidades institucionales para ejercer la rectoría, es muy complejo para el MINSA conducir y dirigir las siete estrategias delimitadas dentro del Plan de Desarrollo Humano 2008-2012 (Gobierno de Nicaragua, 2008), que podrían sin embargo permitir cumplir con los desafíos del Sistema de Salud nicaragüense.

El sistema de salud nicaragüense opera por tanto de forma segmentada (OPS, 2007c) en tres subsectores, con escasa o nula coordinación e integración y altamente fragmentado en lo operativo

(superposición de redes, ausencia de complementariedad de servicios y continuidad de cuidados, imposibilidad de proveer atención integral y ausencia de mecanismos de referencia y contrareferencia). El MINSA, en teoría es la entidad responsable de la salud de toda la población, pero, en la práctica, segmenta sus servicios brindando atención primaria a los pobres y atención hospitalaria a la población que vive en centros urbanos, mientras el INSS, solamente cubre al 7,7% de la población, concentrada principalmente en los mismos centros urbanos.

Adicionalmente a la fragmentación del sistema de salud, el ministerio cuenta con programas diferenciados de atención primaria (programas enmarcados como “Nuevos modelos de gestión”, extensión de cobertura mediante ONGs y el Fondo de maternidad e infancia segura (FONMAT), en su mayoría financiados por el BID y el BM), en donde puede existir una brecha por cubrir para elevar la eficiencia en la atención primaria mediante la articulación de los mismos, bajo un único modelo de gestión y un paquete básico de atención.

Elevar la eficiencia del sector salud es un elemento de particular importancia en el caso nicaragüense, al menos por dos razones que se derivan del diagnóstico institucional realizado: i. tanto el sistema de salud como el Ministerio funcionan como un sistema segmentado, con un número elevado de programas de atención con poca articulación entre ellos; ii. en la actualidad la visión de curación predomina sobre el enfoque de prevención y promoción de la salud.

d) Infraestructura y recursos humanos para la extensión de cobertura

El sistema de salud nicaragüense, en las últimas décadas, ha logrado un importante avance en su nivel de recursos humanos e infraestructura física para el cuidado de la salud de sus ciudadanos (ver cuadro IV.23). Sin embargo resulta esencial lograr una mejor distribución de los recursos humanos con los que cuenta, por lo que la sector salud, bajo la rectoría y conducción del MINSA debe implementar algunas estrategias para capacitar, retener e incentivar al personal que trabaje en áreas rurales y remotas.

e) Financiamiento: ingresos y gastos en salud

El sistema de salud nicaragüense puede considerarse, de acuerdo con OPS/OMS(2007), como un sistema de salud mixto (OPS/OMS, 2007b), en donde el gasto público representa cerca del 55% del gasto nacional en salud (incluyendo préstamos y donaciones), y el gasto de los hogares realizado a través de “gastos de bolsillo” junto con el gasto privado, equivale al restante 45%. En este sentido, la carencia de un sistema de salud predominantemente público, dadas las condiciones de pobreza del país, tiene implicaciones sobre la rectoría, la equidad y la eficiencia del sector.

El gasto en salud, como proporción del PIB aumentó en los últimos años, pasando de representar cerca del 2,8% en 1990 a 3,3% en 2005. En términos per cápita, el gasto público destinado a salud pasó de US\$19.0 a US\$28.0 –en dólares constantes de 2000, en similar periodo de tiempo. A pesar del aumento, aún está muy lejos del promedio del istmo centroamericano (US\$72.0, en 2005) y de países en donde la cobertura de salud se acerca o es del 100%, como Costa Rica (US\$220.0), Chile (US\$156.0), Cuba (US\$182.0) o México (US\$153.0).

CUADRO IV.23
NICARAGUA: INFRAESTRUCTURA FÍSICA RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA DE SALUD,
SEGÚN REPORTES INSTITUCIONALES, 2003-2004

Infraestructura física		
1 policlínica	Utiliza los servicios de las EMP	5 hospitales
28 hospitales agudos	11 EMP públicas	99 clínicas y policlínicas
4 hospitales crónicos	10 EMP del MINSa	41 empresas médicas previsionales
868 puestos de salud	1 EMP del Min. Gobernación	49 clínicas de ONGs
150 centros de salud sin camas	38 EMP privadas	9 casas maternas
25 centros de salud con camas		
Recursos humanos		
10 735	...	...
2 076 médicos	Subsistema comunitario	
247 odontólogos		
1 705 enfermeras	Consiste en una red de voluntarios, capacitados por el MINSa, que trabajan en sus comunidades, realizando labores de promoción y prevención.	
4 228 auxiliares de enfermería		
	6 324 parteras	En infraestructura se reportan:
	12 748 brigadistas	4 369 casas base
	6 926 colaboradores voluntarios	30 casas maternas
	2 841 promotores de la salud	
	339 líderes comunitarios	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Ministerio de Salud e INSS y datos sector privado de OPS; Rodríguez Herrera, (2005) y del Ministerio de Salud (2003b).

CUADRO IV.24
PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA: CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS NACIONALES
DE SALUD POR TIPO DE SISTEMA Y NIVEL DE INGRESO, 2004

Tipo de Sistema de Salud	Nivel de Ingreso per cápita bajo (menos de US\$ 4 mil)	Nivel de Ingreso per cápita medio (más de US\$ 4 mil, pero menos de US\$ 11 mil)	Nivel de Ingreso per cápita alto (más de US\$ 11 mil)
Sistema predominantemente público (la proporción del gasto público supera el 66% del gasto nacional en salud)	Cuba ^a	Belice, Panamá ^b y Uruguay ^b	Canadá ^b
Sistema mixto (la proporción del gasto público supera el 50%, pero inferior al 66% del gasto nacional en salud)	Bolivia, Honduras y Nicaragua	Chile ^b , Costa Rica ^b , Perú y Venezuela	Argentina ^b
Sistema predominantemente orientado al mercado (la proporción del gasto público es menor al 50% del gasto nacional en salud)	Ecuador, Guatemala, Haití y Jamaica	Brasil, El Salvador, México, Paraguay y República Dominicana	Estados Unidos de América

Fuente: Elaboración propia con base en OPS/OMS (2007b). Op. Cit. Capítulo 4.

^a Puede clasificarse como sistema nacional de servicios de salud.

^b Los países con amplio sistemas de seguridad o seguro médico (obligatorio), que cubren el 50% de la población o más, pueden clasificarse como países con sistemas nacionales de seguros de salud.

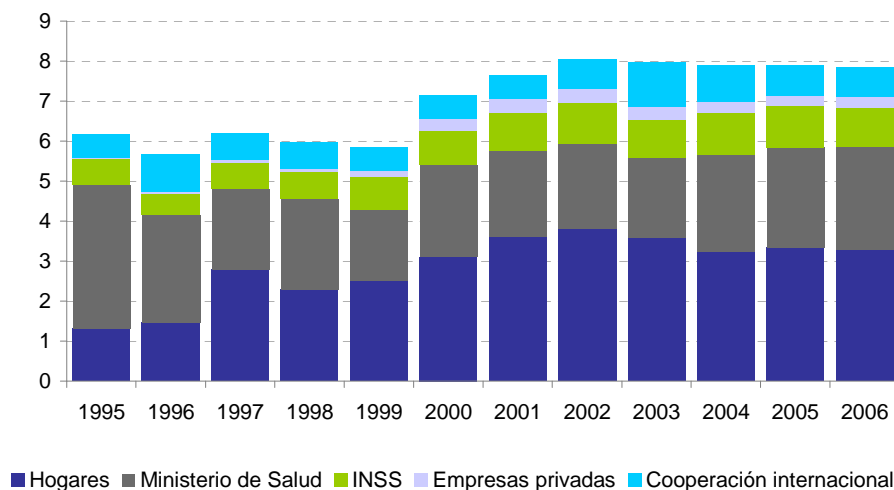
El financiamiento del gasto en salud es tripartito, entre el sector público (35,8%), la cooperación externa (11,4%) y el gasto privado (52,8%). En los últimos años, los recursos financieros públicos y de

cooperación externa se han reducido, en términos del esfuerzo social total, y el financiamiento privado aumenta a expensas del gasto de bolsillo de los hogares (OPS/OMS, 2007b). Entre el 2000 y el 2005, el gasto público (incluyendo los fondos obtenidos por cooperación externa) destinado a la salud aumentó 10%, mientras que el gasto de bolsillo de los hogares aumentó un 30%, de tal forma que para 2005, el gasto de bolsillo fue equivalente al 97,6% del gasto público observado, lo cual expresa mayores barreras para el acceso a los servicios de salud y afecta negativamente en la cobertura de estos servicios.

En cuanto al destino del gasto, las últimas cifras de cuentas nacionales (2003) revelan que el sector público efectuó el 56,6% del gasto total en salud. La mayor parte de ese gasto fue por pagos de servicios personales, es decir, remuneraciones del personal médico y paramédico a cargo de la atención de salud. En el gasto del sector privado, la mayor parte de las erogaciones son por la adquisición de materiales y suministros, en farmacias privadas (Rodríguez, 2005). El 74% del gasto reportado por los hogares en 2002, aproximadamente C1,640.0 millones –US\$115.1 millones– estaba relacionado con la compra de medicamentos, mientras que el 25% restante fue gastado en servicios curativos (Ministerio de Salud, 2004b).

La distribución del gasto público en salud para el caso nicaragüense es ligeramente progresiva⁷⁰. Aunque la proporción del quintil más pobre es ligeramente inferior a la de los siguientes dos quintiles, la proporción orientada a este segmento poblacional aumentó entre 1998 y 2005. Si bien aún no es un sistema que denote una asignación estrictamente pro pobre, pareciera que la tendencia es hacia una mayor asignación a los estratos más necesitados.

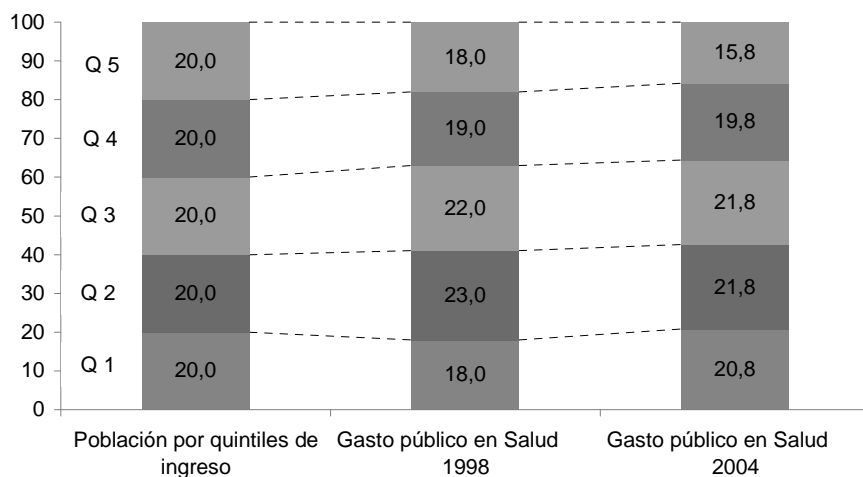
GRÁFICO IV.4
NICARAGUA: GASTO^a EN SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO, 1995-2006
(Como porcentajes del PIB)



Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas de la OMS, disponibles en http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm#.

⁷⁰ Con un Gini de -0,046, para el año 2005. (CEPAL 2007, Panorama Social) (2008a).

GRÁFICO IV.5
NICARAGUA: ORIENTACIÓN DEL GASTO EN SALUD SEGÚN QUINTILES DE
INGRESO PRIMARIO, 1998 Y 2005
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL (2005) para 1998 y CEPAL (2007) para 2004.

f) Desafíos a futuro

En conclusión respecto a los determinantes institucionales pueden observarse las siguientes características del sector salud:

- Fortalecer al MINSA para que lleve a cabo de manera efectiva sus funciones de rectoría y regulación de todos los actores del Sistema de Salud, sobre la base de lo establecido en la Ley General de Salud.
- Redefinir las fuentes de recursos públicos destinadas al financiamiento de la salud, pues el gasto público tiende a disminuir, con relación al gasto total en salud, como consecuencia de menos recursos provenientes de la cooperación externa, y de un aumento significativo en la importancia del gasto de bolsillo de los hogares. Es necesario reducir la proporción de gasto realizado directamente por los hogares en salud, que refleja no solo la falta de solidaridad del sistema, sino la ineficiencia en la asignación de los recursos.
- Universalizar los servicios de salud y necesidad de dotar de un paquete de beneficios de salud básicos, que atienda no sólo las grandes carencias relacionadas con el patrón de morbilidad y perfil epidemiológico actual, sino que empiece a prever el cambio en las tendencias demográficas, en donde se prevén incrementos de episodios de enfermedad provocados por enfermedades no transmisibles, violencia y la mala calidad del ambiente.
- Lograr una mejor distribución de los recursos humanos con los que cuenta el Sistema de Salud, por lo que la SS debe implementar algunas estrategias para capacitar, retener e incentivar al personal que trabaja en áreas rurales y remotas.
- Institucionalizar al interior del MINSA todo el conocimiento y la labor técnica llevada a cabo por los cooperantes, quienes han actuado al margen de la institucionalidad del sector salud.

C. Propuesta de reforma del sistema de protección social: hacia esquemas contributivos y no contributivos de financiamiento

Transformar el actual sistema de manejo de riesgos de baja cobertura hacia uno de carácter universal, con base en un esquema solidario y de responsabilidad pública puede tomar varios años, incluso una o dos décadas. Esta sección sugiere algunos pasos iniciales para avanzar hacia ese sistema público de protección social universal en salud y pensiones.

1. Salud: hacia la universalidad, con solidaridad y eficiencia

La reforma de salud según la OPS debe entenderse como una transformación gradual y progresiva del sistema nacional de salud, como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en las prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, logrando así la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Dado el contexto actual de bajas coberturas del seguro social y un esfuerzo público en salud que se refleja parcialmente en resultados en materia de indicadores, en Nicaragua se debe avanzar hacia dos objetivos principales:

1. Hacia la universalización de la protección social en salud mediante el aseguramiento como esquema de financiamiento (ampliación del componentes contributivo); y
2. Hacia la reducción de las brechas de cobertura de atención del MINSA mediante la universalización de un paquete mínimo de atención primaria, para lo cual es necesario elevar la eficiencia del gasto público.

En ese sentido, este estudio propone elevar el componente contributivo o cotizaciones al INSS, ya que existe un elevado porcentaje de población ocupada formal que no cotiza (43,9%), y por otro, elevar el componente no contributivo o aportes del Estado, así como la eficiencia del gasto actual. Los aportes del Estado deberían elevarse para universalizar la atención primaria en salud, principalmente en las áreas rurales y en la costa atlántica, en donde existen las mayores brechas de acceso y cobertura.

a) Ampliación del componente contributivo: el rol del INSS

Esta propuesta apunta a reemplazar gradualmente el pago directo de las familias por cotizaciones a un esquema de aseguramiento⁷¹. Como se observa en el cuadro IV.25, Nicaragua mantiene uno de los más elevados porcentajes de población ocupada formal sin cotizar (en Honduras dicha población representa 49,9% y en Guatemala 37,9%), por lo que es un reto importante para el INSS incrementar la cobertura de sus servicios dentro de legislación vigente.

El aseguramiento permitiría una mejor distribución de riesgos, bajo un sistema solidario y eficiente en el uso de los recursos. Según los cálculos realizados sobre los cotizantes aún no cubiertos, representaría ingresos por concepto de cotizaciones que ascenderían a US\$4,1 millones mensuales (aproximadamente 1% del PIB) que permitirían un incremento de cobertura de 13,9% de la población ocupada total (ver cuadro IV.26).

En Nicaragua⁷² no se plantea incluir los ocupados informales, por dos consideraciones. En primer término, por el esfuerzo que el INSS debe realizar por incluir a la población ocupada formal, según lo que establece la ley, ya que requerirá de esta institución un esfuerzo enorme para poder captar al 43,9% que aún no cotiza y que según la ley están obligados a cotizar. En segundo lugar, porque el esfuerzo que actualmente realiza el MINSA es alto comparado con el bajo nivel de PIB per cápita del país, y los

⁷¹ Las diferentes modalidades de financiamiento de sistemas de protección social en función de su impacto en la redistribución, son: i) Los impuestos generales directos sobre el ingreso son progresivos, los indirectos son regresivos, ii) Las cotizaciones salariales si no tienen tope son progresivas pero si lo tienen son regresivas, iii) Las cuotas de uso cargadas en el subsector público y los copagos en el privado son regresivos (salvo si se exime de su pago a los pobres en las primeras); y iv) El gasto de bolsillo es el más regresivo de todos.

⁷² A diferencia del planteamiento del estudio realizado sobre Guatemala, incluido en este mismo volumen, en donde se propone incluir a la población ocupada informal de los quintiles 4 y 5.

resultados logrados dan cuenta de que las primeras acciones de cambio deben estar encaminadas a elevar la eficiencia del gasto antes de aumentar el monto del mismo.

CUADRO IV.25
**NICARAGUA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA^a POR SECTOR ECONÓMICO^b,
 POR AFILIACIÓN A LOS REGÍMENES DE SEGURIDAD SOCIAL Y POR QUINTILES^c**
(En porcentajes)

Población trabajadora formal		Población trabajadora informal				
31,7		68,3				
Cotiza al INSS	No cotiza al INSS	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
(Con potencial de cotizar)		(Con potencial de cotizar)				
56,1	43,9	20,0	20,8	21,2	19,8	18,2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las ENCOVI 2005.

^a La población ocupada se determina por la población de 18 años y más.

^b Se consideró la siguiente definición de informalidad: son trabajadores informales los empleados domésticos, los peones o jornaleros, los trabajadores no remunerados, los trabajadores por cuenta propia (se excluyen a aquellos con educación superior), los patronos en establecimientos con menos de seis empleados (se excluyen aquellos con educación superior) y los empleados privados asalariados que laboran en establecimiento con menos de seis trabajadores.

^c Sobre la base del consumo como medida de bienestar.

CUADRO IV.26
NICARAGUA: COTIZACIÓN POTENCIAL DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS, 2005

	Ingreso base total ^a mensual	Salud		
		Laboral Tasa: 2,25%	Patronal Tasa: 6%	Estatad Tasa: 0,25
<i>En millones de C mensuales</i>				
Formal que no cotiza	814,8	18,3	48,9	2,0
Informal con potencial de cotizar	944,7	21,3	56,7	2,4
Total	1759,5	39,6	105,6	4,4
<i>En millones de US\$ mensuales^b</i>				
Formal que no cotiza	48,8	1,1	2,9	0,1
Informal con potencial de cotizar	56,6	1,3	3,4	0,1
Total	105,4	2,4	6,3	0,3
<i>Como porcentaje del PIB^c</i>				
Formal que no cotiza		0,3	0,7	0,0
Informal con potencial de cotizar		0,3	0,8	0,0
Total		0,6	1,6	0,1

Fuente: Elaboración propia con base en ENCOVI 2005.

^a Trabajadores asalariados: ingreso neto mensual+comisión, horas extras, propinas; trabajadores independientes: ingreso neto mensual. Con un techo máximo de cotización de C 37,518 mensuales.

^b Tipo de cambio: C 16,7 poro US\$ 1.

^c PIB corriente (año 2005): C 81,500 millones.

El componente contributivo podría además encontrar una ventana de oportunidad para ampliarse en la recepción de remesas al país, pues 18,5% de hogares son perceptores de remesas del exterior, quienes recibieron mensualmente, en 2005, US\$15,7 millones, según la ENCOVI de ese año. Aproximadamente el 67,7% de los hogares receptores se ubican en los quintiles 4 y 5 de mayor consumo, evidenciando un nivel de ingreso que podría permitir su inclusión de manera contributiva en el seguro social. Al igual que la mayoría, los hogares receptores de remesas ya están dedicando una proporción importante de sus ingresos a gastos directos o de bolsillo para la salud, que si bien no es vía cotización a un seguro, si gastan directamente de su bolsillo ante un evento de enfermedad, gasto que como se observó con anterioridad, tiende a ser sumamente regresivo e ineficiente. De esa manera, en lugar de gastar de su bolsillo ante cada evento de enfermedad, podría cotizar a un seguro, mancomunando su riesgo de enfermedad y ampliando la solidaridad del sistema, para lo cual el INSS podría desarrollar planes de cobertura en salud y pensiones ajustados a este grupo de población y lograr su protección social dentro del sistema (cuadros 28 y 29). A pesar de que las remesas familiares caerán como consecuencia de la crisis económica mundial actual, continuará siendo significativo su potencial de permitir la incorporación al seguro social de hogares no pobres.

CUADRO IV.27
NICARAGUA: CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES QUE RECIBEN REMESAS DEL EXTERIOR, 2005
(En porcentajes)

	Porcentaje
Quintiles	
1	5,5
2	10,2
3	16,6
4	22,8
5	44,9
Situación de pobreza	
Pobre	22,9
No pobre	77,1
Área	
Urbano	76,8
Rural	23,2
Sexo del Jefe del hogar	
Hombre	53,4
Mujer	46,6

Fuente: ENCOVI, 2005.

Incorporar a los hogares receptores de remesas como cotizantes al seguro social es una oportunidad, ya que uno de los principales destinos de lo percibido es el gasto en salud y medicinas y es una posibilidad que ya ha sido planteada por otros países como Honduras, cuyo Banco Central recomendó explorar esa posibilidad⁷³.

b) Rol del Ministerio de Salud: ampliar eficiencia y montos

El MINSA deberá elevar los montos actualmente destinados a la atención primaria de la salud para poder universalizar la cobertura, principalmente en las áreas rurales, que no tienen acceso a ningún tipo

⁷³ El cálculo de los ingresos potenciales por cotizaciones de este segmento de la población es una línea de investigación abierta, los alcances de esta investigación se limitan a proponer explorar dicha posibilidad, dados los montos percibidos y sus destinos.

de servicio. Las estimaciones para universalizar la atención primaria en salud aquí planteadas se basan en el costo del paquete básico de salud estimado por la OMS (2001) (ver anexo IV) para el logro de las metas del milenio, que estima costos diferenciados por países dependiendo del nivel de ingreso de cada uno. Las intervenciones costeadas por la Comisión de macroeconomía de la OMS, incluyen 49 intervenciones prioritarias de salud y 65 líneas de tratamiento. Estas intervenciones han sido identificadas como claves para mejorar los aspectos más importantes de las condiciones de salud de la población pobre, por lo que no abarcan el costo de todos los servicios necesarios para la expansión del sistema de salud.

CUADRO IV.28
NICARAGUA: PRINCIPAL DESTINO DE LAS REMESAS QUE RECIBEN LOS HOGARES, 2005
(En porcentajes)

Principal destino	Porcentaje
Alimentos y bebidas	52,6
Salud/Medicina	12,8
Educación	6,5
Artículos uso personal	6,7
Ropa/calzado	6,1
Servicios de vivienda	5,6
Otros	9,6

Fuente: ENCOVI 2005.

Las estimaciones oficiales reportan 27,9% de población no cubierta, mientras que la ENCOVI 2005 (cuyos datos se usaron en el cuadro IV.2) reflejan que 24,4% de la población vive “a más de una hora” de un servicio público de salud. Por ello se presentan a consideración dos escenarios respecto de los costos de la universalización de la atención primaria en salud.

Según la información del cuadro IV.29, el aporte adicional para cubrir el subsidio de cuotas patronales y aportes del Estado⁷⁴ al seguro social, y para universalizar la atención primaria en salud es de entre 0,08% y 0,68% del PIB, considerando un incremento gradual de la cobertura en ambos escenarios. Las coberturas señaladas deben ser la aspiración del país, hacia lo cual debe transitar de forma gradual.

En conclusión, el esfuerzo financiero aparentemente es bajo en términos del PIB, sin embargo, como se señaló con anterioridad, Nicaragua deberá realizar un esfuerzo importante a lo largo de este período por elevar la eficiencia del gasto actual, y elevar con los mecanismos existentes la cobertura del seguro social, que actualmente cubre a la mitad de la población ocupada formal, así mismo el MINSa debe elevar la calidad y eficiencia de los servicios.

⁷⁴ Si bien el Estado no ha cumplido con lo que le manda la Ley Orgánica del INSS de contribuir como Estado y como patrono (solo en algunos períodos de gobierno desde se han concretado los aportes patronales) a la seguridad social, al proponer que el Estado subsidie las cuotas patronales de los potenciales cotizantes, se retoma el deber ser del Estado respecto a dicha obligación.

CUADRO IV.29
NICARAGUA: COSTOS ESTIMADOS DE UNIVERSALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
(En porcentajes y millones de dólares)

Escenario suponiendo una brecha de población descubierta de 27,9% en 2005^a							
Año	Población total	Porcentaje de población por incorporarse ^a	Población por incorporarse ^b	Costo de paquete mínimo ^c USD	Costos por brecha de cobertura Millones de USD	Producto Interno Bruto USD corrientes	Costos totales, porcentaje del PIB US\$
2009	6 382 714	4,0	254 397	29 95	7 6	7 193 0	0,11
2010	6 529 386	8,0	520 485	30 55	15 9	7 539 0	0,21
2011	6 677 192	12,0	798 401	31 13	24 9	7 996 0	0,31
2012	6 825 970	15,9	1 088 255	31 72	34 5	8 549 0	0,40
2013	6 975 036	19,9	1 390 025	32 32	44 9	9 091 0	0,49
2014	7 123 702	23,9	1 703 582	34 93	59 5	9 637 9	0,62
2015	7 271 282	27,9	2 028 688	36 56	74 2	10 862 3	0,68

Escenario suponiendo una brecha de población descubierta de 24,4% en 2005^d							
Año	Población total	Porcentaje de población por incorporarse ^a	Población por incorporarse ^b	Costo de paquete mínimo ^c USD	Costos por brecha de cobertura Millones de USD	Producto Interno Bruto USD corrientes	Costos totales, porcentaje del PIB US\$
2009	6 382 714	3,5	222 483	29 95	6 7	7 193 0	0,09
2010	6 529 386	7,0	455 191	30 55	13 9	7 539 0	0,18
2011	6 677 192	10,5	698 243	31 13	21 7	7 996 0	0,27
2012	6 825 970	13,9	951 735	31 72	30 2	8 549 0	0,35
2013	6 975 036	17,4	1 215 649	32 32	39 3	9 091 0	0,43
2014	7 123 702	20,9	1 489 871	34 93	52 0	9 637 9	0,54
2015	7 271 282	24,4	1 774 193	36 56	64 9	10 862 3	0,60

Fuente: Elaboración propia basada en las proyecciones de población estandarizadas y publicadas en CELADE 2000. Boletín demográfico No. 66 julio; FMI (2008) World Economic Outlook y estadísticas nacionales del MSPAS y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

^a El dato reportado para este escenario es el consignado en OPS (2007b).

^b Se supone que la población descubierta es incorporada gradualmente en un período de tiempo de aproximadamente ocho años, en ambos escenarios.

^c El costo de referencia utilizado es el consignado en OMS (2001). Los costos de los siguientes años fueron calculados tomando en cuenta una proyección de inflación.

^d El dato reportado para este escenario es el consignado en la ENDESA 2005-2006, que reporta 29,6% de la población a "Más de una hora" de atención.

2. Pensiones: hacia un esquema inclusivo y sostenible

Considerando los diversos hallazgos encontrados, respecto a las limitaciones en cobertura que ejercen las transformaciones socioeconómicas y demográficas, así como los factores de orden institucional del sistema de pensiones nicaragüense, en este apartado se proponen una serie de estrategias e instrumentos orientados a enfrentar, de manera contundente e inmediata, la baja cobertura de pensiones.

Con ello, se busca sentar las primeras bases para consolidar en el tiempo un sistema de pensiones público integral, que pueda expandir la cobertura previsional a toda la población en aras del cumplimiento efectivo del derecho a la seguridad social de todos los nicaragüenses, aumentar sus niveles de solidaridad y mejorar su situación financiera, basado en un esquema de financiamiento sostenible y equitativo.

a) El objetivo inmediato de la propuesta: extender cobertura

El mayor reto es extender su cobertura para garantizar de manera sostenida y efectiva el acceso a la protección social de todos los trabajadores, sin importar el modo de inserción en el mercado laboral. Es decir avanzar hacia una cobertura integral del mercado laboral, tanto para asalariados, como para independientes y el sector informal. Ello implica la puesta en marcha de algunas estrategias para superar las barreras de extensión de la cobertura propias de una severa fragmentación laboral, a saber:

- Adaptarse a la diversidad laboral: la necesaria diversificación del esquema de seguros para adaptarlo a la gran diversidad de categorías de trabajadores, con muy distintas capacidades para el pago de las cotizaciones. De esta forma no se obliga a todos los trabajadores a afiliarse a un solo esquema de seguros, que normalmente no está al alcance de todas las categorías de trabajadores y que frena la cobertura⁷⁵.
- Dado los bajos niveles de ingreso de buena parte de los trabajadores y los generalizados niveles de pobreza de la población, el subsidio del Estado a las contribuciones de la población con baja o ninguna capacidad contributiva, o el financiamiento del Estado de las prestaciones de las personas que en virtud de su condición económica no logran consolidar derechos, o bien una combinación de ambos.
- Encarar la no afiliación y la subdeclaración de los salarios de los trabajadores de ingresos medios y altos, especialmente asalariados pero también independientes, que perjudica la solidaridad del sistema de pensiones.
- Eliminar techos de cotización en aras de mayor solidaridad del seguro de salud y de de riesgos profesionales.

A tal fin se proponen los siguientes instrumentos:

- Conceder inmediatamente al INSS la flexibilidad y facultad normativa, operativa y financiera necesaria para el diseño de planes de aseguramiento alternativos para distintos grupos de población no asalariada, de modo que la obligatoriedad pueda ser aplicada de distinta manera para cada sector, en función de su capacidad de ingresos, estableciendo planes de prestaciones básicas y específicas para los grupos con ingresos precarios. Los trabajadores no asalariados, incluyendo los socios y patronos, podrían optar por una cobertura parcial de los actuales programas del INSS, o bien seleccionar de entre uno o más planes especialmente diseñados sin que sea un requisito obligatorio que el afiliado adquiera cobertura para todos los riesgos, sino

⁷⁵ La Conferencia Internacional del Trabajo No. 89, del 2001, estableció algunas conclusiones y líneas estratégicas que los estados pueden adoptar con el fin de abordar el histórico problema de la cobertura de la seguridad social. Específicamente, en su conclusión 15 estableció: ". No siempre es necesario, ni tampoco en muchos casos factible, disponer de la misma gama de prestaciones de la seguridad social para todas las categorías de personas. No obstante, los sistemas de seguridad social evolucionan con el tiempo y pueden ser cada vez más amplios en lo que respecta a categorías de personas y tipos de prestaciones en la medida en que lo permitan las circunstancias nacionales. Donde haya una capacidad limitada para financiar la seguridad social, ya sea mediante los impuestos generales o las cotizaciones – y en especial cuando no haya un empleador que pague una parte de la cotización -, debería darse prioridad en primer lugar a las necesidades que los grupos interesados consideren más apremiantes."

solo para los riesgos que pueda considerar convenientes de acuerdo con su capacidad contributiva y con sus expectativas individuales.

- El Estado subsidie las contribuciones patronales de la población ocupada informal de mayores quintiles de consumo (Q4 y Q5) que en la actualidad no cotiza pero si tiene capacidad de pago, para incorporar amplios sectores largamente excluidos de la protección social.
- El Estado pague y financie una pensión mínima a la población que llegue a la vejez sin el ingreso o los activos necesarios para su subsistencia, entregando un beneficio vitalicio mensual a toda la población pobre mayor de 65 años de edad, equivalente al valor de la línea de pobreza de Nicaragua, sin requisitos de aportes ni comprobación de medios, vía aportes fiscales (componente no contributivo), para incluirlos inmediatamente al sistema de protección social e incrementar la solidaridad de todo el sistema.
- El Gobierno inicie el diseño y puesta en marcha de un régimen mixto de pensiones que tome en cuenta sus particularidades. Además de mantener y fortalecer el componente solidario de reparto (solidaridad colectiva), aplicable a todos los trabajadores, sin exclusión alguna, se propone entonces complementarlo de manera obligatoria con cuentas individuales también para todos los afiliados (enfrentar relación decreciente activos/pasivos).

En resumen, los ejes de acción de la propuesta para ampliar rápida y significativamente la cobertura de la protección social de la vejez, invalidez y muerte de los nicaragüenses pasa por considerar dos dimensiones esenciales: i) por un lado, la inclusión inmediata de las personas de la tercera edad que, dada las fallas del sistema, no contribuyeron a un seguro para obtener un ingreso digno en la vejez, por lo que hoy existe una proporción significativa de personas mayores de 65 años (pobres o no), que viven de la solidaridad familiar o de la caridad; ii) por otro, la inclusión e integración progresiva y flexible de la población laboral joven de hoy (formal e informal), para que cuando pasen a su etapa laboral inactiva, obtengan un ingreso con el cual puedan tener una vida digna, al acumular derechos simultáneamente para dos pensiones: una solidaria de beneficio definido y otra basada en la cuenta individual acumulada.

Teniendo en cuenta dichas dimensiones, los mecanismos de esta propuesta en pensiones para la extensión inmediata de la cobertura se centran en:

- a) Entregar una pensión mínima para los pobres mayores de 65 años mediante el componente no contributivo (aportes fiscales), para incluirlos inmediatamente al sistema de protección social e incrementar la solidaridad de todo el sistema.
- b) Ampliar el componente contributivo del sistema, para incluir a los sectores laborales excluidos, particularmente la clase media. Actualmente existe una proporción de la población ocupada formal e informal en los dos mayores quintiles de consumo que no cotiza, ya sea por las rigideces de afiliación o porque el nivel de ingreso no les permite realizar la totalidad de los aportes requeridos (cuota patronal y laboral en los ocupados informales).

Existe la convicción de que un renovado modelo de pensiones para Nicaragua debe iniciar con estos dos objetivos básicos de inclusión y ampliación de cobertura para enfrentar e ir resolviendo, en el tiempo, el problema central de la universalidad, reducida solidaridad, esquema de financiamiento en riesgo y las diversas rigideces estructurales que tiene el sistema actual. Para ello se deben recoger las diversas lecciones aprendidas de las reformas adoptadas en la región.

Por el lado de la cobertura para los pobres mayores de 65 años hoy, la reforma y consolidación de esquemas no vinculados al trabajo o esquemas no contributivos de pensiones, se debe realizar mediante la modificación y fortalecimiento del **pilar no contributivo** existente (aporte fiscal), lo cual permitirá atender la creciente necesidad de incorporar amplios sectores de la población a la seguridad social, como instrumentos esenciales para garantizar el acceso generalizado a pensiones dignas por parte de la población sin capacidad contributiva.

Para incluir a los excluidos de la PEA actual, el actual **régimen contributivo**, bajo nuevos esquemas e instrumentos deberá expandir la cobertura a los trabajadores informales y rurales, así como a los campesinos, y eliminar o reducir la discriminación en la cobertura a las mujeres. Para ello, la afiliación del sector informal debe ser más flexible, por ejemplo, facilitándoles pagos en períodos más cortos o largos que el convencional de un mes (semanales, trimestrales, etc.), y mediante diversos canales (bancos, puestos de correo); usando sindicatos, cooperativas y asociaciones de estos trabajadores como agencias intermediarias para su afiliación y posiblemente para el cobro de contribuciones.

b) Los objetivos de largo plazo: modelo de tres pilares

Las estrategias e instrumentos señalados para ampliar de manera significativa la cobertura del sistema de pensiones, deberán sentar bases sólidas y ser los detonantes para, en el mediano y largo plazo, avanzar hacia un sistema mixto con un “componente solidario de reparto” (ya vigente) y un “componente de capitalización individual o cuentas individuales” (nuevo), donde tanto el trabajador como el patrono contribuyen obligatoriamente a los dos componentes, a partir de fijar un monto determinado del salario cotizante mensual de los afiliados. Hasta ese monto del salario cotizante mensual, trabajadores y patronos aportan al componente solidario de reparto y, por sobre ese monto, aportan además al componente de capitalización individual, adquiriendo por tanto los afiliados, derecho a dos pensiones.

A fin de darle mayor cobertura, solidaridad y sostenibilidad futura, el nuevo modelo de pensiones debe ser integral, es decir, que el mecanismo no contributivo no sea aislado sino, por el contrario, complementario del sistema contributivo mixto reformado (solidario y de capitalización individual). La futura introducción de un pilar de capitalización individual obligatorio (contribución definida), al estilo de los modelos mixtos aplicados en Uruguay y Ecuador (ver anexo VIII), donde además de mantener y fortalecer un componente solidario de reparto (solidaridad colectiva), aplicable a todos los trabajadores, sin exclusión alguna, se propone complementarlo de manera obligatoria con cuentas individuales también para todos los afiliados.

En resumen, a partir de la aplicación y puesta en marcha de las estrategias e instrumentos propuestos para aumentar la cobertura, el futuro sistema de pensiones integral propuesto para Nicaragua podría estar conformado y combinar tres pilares o componentes esenciales:

- Un componente de **prima media escalonada o de solidaridad intergeneracional**, con nuevas reglas, mecanismos y procedimientos para incorporar a los trabajadores informales, con reglas claras de modificación de los parámetros para darle sostenibilidad financiera (consistencia entre aportes y beneficios) y reglas más solidarias para los aportantes con pensiones inadecuadas (mayor solidaridad dirigida a los afiliados de bajos ingresos vía mecanismos orientados a aumentar el nivel de las pensiones contributivas mediante aportes subsidiados por el Estado o vía aportes solidarios de los afiliados de mayores ingresos, que subsidian en parte las cotizaciones de los trabajadores de escasos recursos).
- Un esquema de **capitalización individual o de ahorro individual obligatorio**, acumulando los trabajadores derechos simultáneamente para dos pensiones: una solidaria de beneficio definido y otra basada en la cuenta individual acumulada. (al estilo de los modelos mixtos, que incorporan un componente de capitalización individual en forma complementaria al régimen capitalización parcial colectiva, competitivo y de bajo costo).
- Un pilar **no contributivo reformado y fortalecido** sobre todo para los adultos mayores en situación de pobreza, vale decir a la población que llegue a la vejez sin el ingreso o los activos necesarios para su subsistencia, entregando un beneficio vitalicio mensual a toda la población pobre mayor de 65 años de edad, equivalente al valor de la línea de pobreza de Nicaragua, sin requisitos de aportes ni comprobación de medios⁷⁶, así como para incorporar, vía subsidio fiscal, a los informales con capacidad de pago y que actualmente no cotiza, gracias a que el Estado asume el pago de su contribución patronal.

⁷⁶ Ver la experiencia boliviana del programa Bonosol, Keeping the Promise of Social Security in Latin America, Banco Mundial, 2005

La integración de estos tres pilares o componentes, parece ser un mecanismo satisfactorio para el futuro sistema de Nicaragua pues permitirá, por un lado, abarcar a la población históricamente excluida de los mecanismos formales de ahorro para la vejez y, por otro, introducir mecanismos de solidaridad contributivos y no contributivos, manteniendo la interrelación entre aportes y beneficios (sanidad financiera).

Independientemente de la forma institucional en que se integren estos componentes, el punto de partida (las debilidades y fortalezas actuales del sistema de pensiones) es un elemento imprescindible que deberá tomarse en cuenta en la agenda de aplicación e implementación del nuevo modelo. El pilar reformado de prima media o solidaridad intergeneracional deberá autofinanciarse, para la población con capacidad de ingreso, y al igual que en el esquema de salud, el Estado deberá subsidiar las cuotas patronales de los quintiles 4 y 5 de los ocupados informales. El pilar de ahorro individual obligatorio, deberá autofinanciarse y el pilar no contributivo demanda recursos fiscales adicionales.

c) Operacionalización de la propuesta y su costo fiscal inmediato

Los cuatro instrumentos propuestos para la ampliación inmediata de cobertura, tienen una particular operacionalización que debe ser cuidadosamente programada, siendo dos de ellos los que implican costos fiscales inmediatos e importantes, por lo que aquí son meticulosamente dimensionados: i) el establecimiento de la pensión básica para los pobres mayores de 65 años, y ii) el subsidio fiscal de las contribuciones patronales de la población ocupada informal de mayores quintiles de consumo (Q4 y Q5) que en la actualidad no cotiza.

El establecimiento de la pensión básica

Las bajas coberturas del sistema de pensiones tienen hoy varias implicaciones: i. una alta proporción de población mayor de 65 años, no obtenía ningún ingreso por jubilación o pensión, y ii. la sostenibilidad financiera del sistema se ve afectado en la medida en que el número de cotizantes es cada vez menor. Por estas razones la reforma plantea también soluciones de mediano plazo que resuelvan gradualmente el dilema intertemporal del sistema y de las decisiones de aseguramiento de las personas.

Para realizar las estimaciones del aporte estatal para la pensión mínima, se utilizaron los datos de la ENCOVI del 2005 para Nicaragua. Según esa encuesta nacional, existían, en el 2005, 102.527 personas pobres de 65 años y más (de las cuales 57.747 en el sector rural) y 145.642 personas pobres de 60 años y más (de las cuales 85.241 en el sector rural). El total de personas de 65 años y más fueron 264.611 (pobres y no pobres) y 378.996 personas de 60 años y más. En el año 2005, los jubilados por vejez del INSS alcanzaron a un total de no más de 38.000 personas (ver cuadro IV.30).

De su lado, la línea de pobreza general de Nicaragua para el 2005 fue de 339 córdobas mensuales por persona (577 córdobas por mes por hogar), lo que da un monto de 4.408 córdobas anuales, suponiendo 13 pagos de pensiones al año.

Un ejercicio retrospectivo de haber entregado en el 2005 una pensión equivalente a la línea de pobreza de Nicaragua a todas las personas nicaragüenses mayores de 65 años que se encontraban en situación de pobreza, hubiera permitido, en promedio, reducir a la mitad la incidencia de pobreza en la vejez, a un costo equivalente al 0,6% del PIB nicaragüense (ver cuadro IV.30). Una pensión universal hubiera tenido el mismo efecto en materia de pobreza, pero a un costo medio equivalente del 1,4% del PIB nicaragüense. Aquello hubiera permitido incluir a la población históricamente excluida de los mecanismos formales de ahorro para la vejez a costos relativamente razonables para el país.

CUADRO IV.30
NICARAGUA: COSTO FISCAL DE UNIVERSALIZAR LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA, 2005^a

	Población			Incidencia pobreza	Costo en millones córdobas		Costo en % del PIB	
	Pobres	No pobres	Total		Pobres	Universal	Pobres	Universal
Personas de 60 años y más	145 642	233 354	378 996	38,4	642 1	1 670 9	0,8	2,1
Urbano	60 400	171 361	231 762	26,1	266 3	1 021 8	0,3	1,3
Rural	85 241	61 993	147 235	57,9	375 8	649 1	0,5	0,8
Personas de 65 años y más	102 527	162 084	264 611	38,7	452 0	1 166 6	0,6	1,4
Urbano	44 781	119 646	164 427	27,2	197 4	724 9	0,2	0,9
Rural	57 747	42 439	100 185	57,6	254 6	441 7	0,3	0,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de ENCOVI 2005.

^a Pobreza con consumo como medida de bienestar.

Si se hubiera entregado pensiones a las personas de 60 años y más, el costo fiscal habría aumentado al 0,8% del PIB, para los pobres, y a 2,1%, su universalización. Pero su universalización, si bien posee el atributo de no tener que comprobar requisitos, su aplicación se ve en cambio dificultada por el alto costo (financiero y político) que implica entregar prestaciones, con cargo a los escasos recursos públicos, a aquellos segmentos de la población que cuentan con los medios suficientes para vivir una vejez holgada. Esto explica, en parte, el escaso grado de difusión de este tipo de programas a nivel internacional (Banco Mundial, 2005).

El subsidio fiscal de las contribuciones patronales de los informales

En el cuadro IV.31 se muestra la estructura de la población ocupada de 18 años y más por sector de ocupación según la ENCOVI del 2005. El 31,7% de la población ocupada se encontraba laborando en el sector formal (cerca de 589 mil personas) y el 68,3% restante en el sector informal (cerca de un millón 271 mil personas). En el sector formal, el 56% cotizaba al sistema de pensiones y el otro 44% no cotizaba. En el sector informal, cerca del 62% (788 mil personas) no tenían ingresos suficientes para cotizar y el 38% restante (483 mil personas) tenían ingresos potenciales para cotizar (quintiles 4 y 5 de pobreza por consumo).

CUADRO IV.31
NICARAGUA: POBLACIÓN OCUPADA DE 18 Y MÁS AÑOS, POR SECTOR DE OCUPACIÓN, 2005

	Población	Porcentajes
Población ocupada de 18 años y más	1 859 300	100,0
Formales	588 504	31,7
Formal que cotiza	330 415	17,8
Formal que no cotiza	258 090	13,9
Informales	1 270 796	68,3
Informal sin capacidad de cotizar	787 859	42,4
Informal con potencial de cotizar	482 936	26,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de ENCOVI 2005.

En el cuadro IV.32 se cuantifica, en base a la normativa legal vigente del INSS (con una tasa de contribución para IVM del 10% –4% paga el trabajador y 6% el patrono– y un techo de ingreso de 37.518

córdobas), el costo que significa para el Estado nicaragüense asumir las contribuciones patronales de los informales con potencial de cotizar. Esa acción tiene un costo mensual para el Estado de US\$ 4,2 millones, lo que representa un costo anualizado equivalente al 1% del PIB.

Por tanto, la decisión de entregar una pensión básica a los pobres mayores de 65 años sumada a la decisión de asumir el pago de las contribuciones patronales de los informales con potencial de cotizar, significarían un costo fiscal adicional anual cercano al 1,6% del PIB, donde la primera exige recursos fiscales anuales por un monto cercano al 0,6% del PIB, y la segunda, por un monto cercano del 1% del PIB.

Es importante señalar que en materia de ampliación de cobertura (objetivo central de la propuesta), la aplicación de los cuatro instrumentos propuestos permitiría haber incorporado en el año 2005 a 102.527 personas pobres mayores de 65 años (por pensión básica), a 482.936 trabajadores informales con potencial de cotizar (porque el Estado asume su contribución patronal y el INSS ofrece planes flexibles de seguro) y a 258.090 trabajadores formales que no cotizan (por régimen mixto, con cuentas individuales y dos pensiones), con una ampliación de cobertura adicional de 843.553 personas, lo que representa alrededor del 45% más de la población ocupada del año 2005, que junto al 18,5% actualmente cubierto, alcanzaría al 63,5% de la población ocupada total, dando un paso muy significativo en la extensión de la cobertura de pensiones, con un costo fiscal de tan solo el 1,6% del PIB. En el cuadro IV.32 se puede apreciar también el costo que, bajo la normatividad vigente del INSS, tiene para los trabajadores y empleadores del sector formal que no cotizan, su inclusión inmediata al sistema de pensiones (1,4% del PIB).

CUADRO IV.32
NICARAGUA: COTIZACIÓN POTENCIAL DEL SEGURO POR IVM DE LA POBLACIÓN
OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS, 2005

	Ingreso base total ^a mensual	IVM	
		Laboral Tasa: 4%	Patronal Tasa: 6%
<i>En millones de C mensuales</i>			
Formal que no cotiza	814 8	32,6	61,1
Informal con potencial de cotizar	944 7	37,8	70,9
Total	1759 5	70,4	132,0
<i>En millones de US\$ mensuales^b</i>			
Formal que no cotiza	48 8	2,0	3,7
Informal con potencial de cotizar	56 6	2,3	4,2
Total	105 4	4,2	7,9
<i>Como porcentaje del PIB^c</i>			
Formal que no cotiza		0,5	0,9
Informal con potencial de cotizar		0,6	1,0
Total		1,0	1,9

Fuente: Elaboración propia sobre la base de ENCOVI 2005.

^a Trabajadores asalariados: ingreso neto mensual+ comisión, horas extras, propinas; trabajadores independientes: ingreso neto mensual. Con un techo máximo de cotización de C 37,518 mensuales.

^b Tipo de cambio: C 16.7 por US\$ 1.

^c PIB corriente (año 2005): C 81,500 millones.

En resumen, para la ampliación del pilar contributivo, se propone la incorporación de 44% de la población ocupada formal que no cotiza, así como de los ocupados informales ubicados en los quintiles cuatro y cinco de consumo (38%) (ver cuadro IV.31).

Como se señaló, el componente no contributivo (aporte fiscal), estaría dedicado a dos acciones:

1. A subsidiar la pensión mínima de la población mayor de 65 años mediante el “pilar no contributivo”.
2. Subsidio de la cuota patronal de los cotizantes potenciales (informales Q4 y Q5).

3. Consideraciones fiscales

Nicaragua debe realizar un gran esfuerzo en materia de transparencia⁷⁷ y de eficiencia del gasto público y dejar de depender excesivamente de la cooperación internacional.

El nivel de la carga tributaria ampliada (ingresos tributarios más contribuciones a la seguridad social) alcanzó el 21% del PIB en 2007, ubicándose por encima del promedio de América Latina que ascendió a cerca del 18% (ver cuadro IV.33). De los 21 puntos porcentuales, 17,4 corresponden a los ingresos tributarios (83%) y 3,6 puntos a las contribuciones a la seguridad social (17%).

CUADRO IV.33
NICARAGUA: CARGA TRIBUTARIA, PESO Y COMPOSICIÓN
(Como porcentajes del PIB)

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006 ^b	2007 ^b
I. Ingresos tributarios	13,1	14,9	13,5	13,6	15,2	16,6	16,9	16,4	17,4
1. Impuestos directos	2,6	2,4	2,3	2,8	4,0	4,5	4,8	4,6	5,1
a. Impuesto sobre la renta	1,6	2,4	2,3	2,8	3,9	4,5	4,8	4,2	5,1
b. Impuesto a la propiedad	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
c. Otros impuestos directos	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0
2. Impuestos indirectos	10,5	12,5	11,2	10,7	11,3	12,1	12,1	11,9	12,3
a. Impuesto sobre bienes (IVA)	1,7	2,8	2,8	5,8	6,2	6,4	6,9	6,9	7,3
b. Impuestos selectivos a la producción y al consumo de bienes y servicios	4,8	4,3	3,7	3,7	4,1	3,9	4,0	3,9	4,0
Derivados del petróleo	2,4	2,7	2,3	2,4	2,5	2,3	2,2	2,1	2,0
c. Impuesto sobre el uso de bienes y sobre el permiso para usar bienes o realizar actividades	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
d. Impuesto sobre comercio internacional	3,1	4,7	4,1	1,2	1,0	1,7	1,2	1,1	0,9
e. Otros impuestos indirectos	0,9	0,8	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
II. Contribuciones a la seguridad social	2,0	3,0	3,2	3,3	3,4	3,5	3,6	0,0	0,0

Fuente: Instituto centroamericano de estudios fiscales, La política fiscal en la encrucijada, El caso de América Central, 2007.

Respecto a la composición de la estructura tributaria, es claro el predominio de los impuestos indirectos sobre los directos, donde el IVA es preponderante. Los impuestos conocidos como directos son minoritarios (5,1% del PIB y representa solo el 29% de la carga tributaria), pese a que son más progresivos o más redistributivos; en cambio, los impuestos conocidos como indirectos son altos (cerca

⁷⁷ Según el ICEFI (2008), Nicaragua presenta uno de los índices de presupuesto abierto (IPA) más bajos de la región centroamericana, junto con Honduras, evidenciando niveles muy bajos de transparencia presupuestaria. ICEFI, Observatorio Fiscal N° 91. 2008.

del 12,3% del PIB y representa el 71% de la carga tributaria), pese a que cumplen una baja función redistributiva e inclusive pueden ser regresivos.

Cabe señalar que al 2004, según estimaciones efectuadas, el gasto tributario (exoneraciones y exenciones tributarias) alcanzó en Nicaragua al 6,2% del PIB, donde el gasto tributario por impuestos de Aduana es del 1,13% del PIB, y por impuestos sobre el IVA, es del 5,1% del PIB, recursos que holgadamente por ejemplo podrían financiar los costos fiscales del pilar no contributivo y mismo una parte del nuevo sistema de pensiones (tres pilares) y su fortalecimiento, así como el del sistema de salud. Y es que la política tributaria ha relegado el objetivo de lograr mejoras en la equidad distributiva en pro de otros propósitos, y ello se debe a que básicamente los grupos de presión han conseguido trasladar el peso de los tributos a otros sectores. Es decir en Nicaragua existen disponibilidades financieras y espacios presupuestarios para financiar los mecanismos no contributivos.

Lo anterior obliga a poner sobre el tapete público la discusión, tanto sobre el nivel de la carga tributaria como sobre la composición de la misma, así como las posibilidades de reorientar el gasto social, ya que todos constituyen fuentes de financiamiento relevantes de los mecanismos no contributivos y conllevan efectos distributivos importantes, en el marco de la nueva responsabilidad asumida por el Estado.

Entre la canasta de opciones para el financiamiento del nuevo sistema de seguridad social se pueden considerar las siguientes fuentes: i) instaurar o crear nuevos impuestos específicos; ii) elevar las tasas impositivas actuales de ciertos impuestos; iii) eliminar y revisar las exenciones tributarias existentes; iv) limitar las deducciones tributarias actuales; v) mejorar la administración tributaria (eficiencia recaudativa); vi) fortalecer las bases imponibles en general; vii) ampliar la base del IVA, manteniendo exenciones solamente en los casos justificados por razones de equidad o administración tributaria; viii) en relación con los impuestos sobre las rentas, modificar la estructura de rentas para darle una mayor ponderación a los tributos sobre las personas físicas en lugar de las sociedades; y, ix) gravar las rentas de personas físicas actualmente exentas (rentas financieras, ganancias de capital y otras).

En última instancia, la adopción de las fuentes de financiamiento finales deberá ser un proceso de discusión, debate y acuerdo entre los actores de la sociedad nicaragüense. La viabilidad política de la reforma y fortalecimiento del pilar no contributivo pasa necesariamente por la calidad y perdurabilidad de los acuerdos alcanzados entre los actores relevantes del proceso. El sector empresarial resulta actor fundamental en las conversaciones, así como los sindicatos y organizaciones laborales. El Gobierno resulta otro actor esencial del proceso de diálogo, quien deberá promoverlos y además conducirlos y hacerlos cumplir. Los centros e institutos de investigación y centros académicos deben participar en el proceso con sus argumentos técnicos. Los medios de comunicación juegan un papel importante en el proceso difundiendo los debates, los acuerdos alcanzados y el monitoreo de los mismos. La economía política de la reforma de los sistemas de pensiones resulta elemento central para darle viabilidad política y perdurabilidad.

Pero luego, además de los acuerdos para el tema de fuentes de financiamiento, no hay que olvidar la “naturaleza política” de las reformas de la seguridad social que significa que la definición de los problemas, de los medios elegidos para resolverlos, así como de la velocidad y profundidad de los cambios institucionales y de política necesarios, son todos aspectos que afectan los intereses de grupos y actores involucrados. Ello implica por tanto un manejo estratégico de las relaciones Estado-sociedad, ya que en el sector social, el Estado y la sociedad interactúan de manera más constante y cotidiana. Particularmente los servicios públicos de seguridad social (salud y pensiones) tejen una amplia y fuerte red Estado-sociedad que vincula grupos sociales y de interés, partidos políticos, y funcionarios del Estado en el gobierno. En la mayoría de los países de la región, los Institutos de Seguridad Social y los MINSA se cuentan entre los empleadores públicos más grandes, siendo también importantes consumidores de insumos, medicinas y otros materiales médicos, equipos, mueblería, uniformes, y servicios, por mencionar algunos. Se trata entonces de un adecuada “governabilidad de la reforma”.

La propuesta que se ha hecho respecto de la ampliación del sistema contributivo y de la puesta en vigencia del componente no contributivo en salud y pensiones, como se aprecia en el cuadro IV.34,

significaría aumentar el gasto público social, entre un 1,7% y 2,3% del PIB del gasto público social nicaragüense. De su lado, en contrapartida, ese mismo porcentaje debería reflejarse en la carga tributaria.

CUADRO IV.34
NICARAGUA: ESFUERZO FISCAL TOTAL PARA LA PROPUESTA REALIZADA DE
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y PENSIONES
(Como porcentajes del PIB)

	Salud	Pensiones
Aporte del Estado como tercero	0,03	n/a
Universalización de atención primaria en salud	0,08-0,68	n/a
Pensión mínima para pobres mayores de 65 años	n/a	0,6
Subsidio Estatal para contribuciones patronales de informales	n/a	1,0
TOTAL	0,11-0,71	1,6

Fuente: Elaboración propia con base en ENCOVI 2005.

4. Conclusiones

- Dado el contexto de baja cobertura, escasos recursos públicos, elevado e ineficiente gasto de las familias, e inequitativa orientación del seguro social, Nicaragua necesita, elevar la cobertura, en una primera etapa, de las pensiones y de la universalización del nivel primario de atención de salud. Dicha universalización debe ser vista como un primer paso hacia la universalización del servicio en los tres niveles de atención.
- Se deben incrementar los aportes directos del Estado para la atención de los más pobres (pensiones básicas para los pobres de más de 65 años y paquete básico de salud), y para cubrir el subsidio por la incorporación de los potenciales cotizantes al seguro social (pensiones), lo cual induciría un cambio en la estructura de gasto nacional en pensiones y salud, por tanto del financiamiento, que exige acuerdos y diálogos entre los actores sociales para garantizar los recursos fiscales suficientes, oportunos y equitativos, reduciendo por esa vía su alta dependencia de la cooperación internacional.
- Nicaragua enfrenta un problema de nivel y de eficiencia del gasto, que podría resolver con el esquema propuesto de reforma, volviéndolo más eficiente y transparente.
- Finalmente, como se ha visto, esta investigación no aborda una propuesta de marco institucional ni los aspectos de economía política de la reforma, sino solamente se hace referencia acerca de la necesidad de ver hacia el futuro y de enfrentar un proceso gradual respecto a una visión, así como algunas consideraciones en el ámbito fiscal principalmente por las implicaciones de financiamiento. Con lo cual estos dos ámbitos –marco institucional y economía política– pueden plantearse como líneas de investigación futura.

Bibliografía

- Acuña, María Cecilia (2005) "Exclusión, protección social y derecho a la salud", OPS/OMS, 2005.
- Angel-Urdinola, Diego y Kimie Tanabe (s.f.). (2008), Acceso y Calidad de los Servicios de Salud en Nicaragua después de una década de Reformas, Estudio preparado como una contribución al Reporte sobre la pobreza en Nicaragua No. - 39736 – NI, del Banco Mundial.

- Antón Pérez, José Ignacio (2006), *La Reforma de la Seguridad Social en Nicaragua: Una Propuesta de Pensión no Contributiva*, Departamento de Economía Aplicada, Facultad de Derecho de la Universidad de Salamanca, España, 2006.
- Bitrán, Ricardo (2004). "Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica". Documento de proyecto. CEPAL/GTZ (LC/W.75).
- BM (Banco Mundial). (2005) "Keeping the Promise of Social Security in Latin America" 2005.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía). 2000. Boletín demográfico No. 66 julio.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina) (2005), *Panorama Social de América Latina 2005*. Santiago de Chile.
- ____ (2006), "*La protección social de cara al futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad*". Trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL. Uruguay, 2006.
- ____ (2007), *Anuario Estadístico, 2007*. Santiago de Chile.
- ____ (2008a), *Panorama Social de América Latina 2007*. Santiago de Chile
- ____ (2008b), *Transformaciones demográficos y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe*, Trigésimo segundo período de sesiones de la CEPAL, 2008.
- ____(2008c), *Objetivos de Desarrollo del Milenio, La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe*, mayo 2008
- Fondo Monetario Internacional (2007a). *América Central: Crecimiento económico e integración; Ocasional paper 257*, Washington 2007.
- ____ (2007b) *Nicaragua, Memorando de Políticas Económicas y Financieras*, Washington 2007
- ____(2008) *World Economic Outlook*. 2005.
- Fundación Friedrich Ebert, *Representación en Nicaragua (1997), La Seguridad Social en Nicaragua: diagnóstico y propuesta de reforma*, mayo 1997.
- Fundación para el desarrollo (FUNDESA) (2007). *Puesta en vigencia de una reforma previsional y seguimiento con audiencias clave, reporte con análisis y recomendaciones*.
- Gobierno de Nicaragua (2008). *Plan Nacional de Desarrollo Humano 2008-2012*. Documento borrador –para discusión. Abril.
- Gómez-Sabaini, Juan Carlos (2006) *Cohesión social, equidad y tributación. Análisis y perspectivas para América Latina*, CEPAL, División de Desarrollo Social, Serie políticas sociales 127, Santiago de Chile. 2006.
- Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI) (2007). *La política fiscal en la encrucijada, El caso de América Central*. 2007.
- ____(2008) *Centroamérica, Resultados en el índice de presupuesto abierto*, Observatorio Fiscal No m91. 2008
- INIET (Instituto Nicaragüense de Investigaciones y Estudios Tributarios) (2008), *Seguridad Social en Nicaragua*, 2008.
- INSS (Instituto Nicaragüense de Seguridad Social) (2008a), *Anuario Estadístico 2007*.
- ____(2008b), *Memoria Anual 2007*.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). *Encuesta nacional de condiciones de vida 2005*
- Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Macro International Inc., DHS. Guatemala: *Encuesta nacional de salud materno infantil, 1995 (ENSMI-95)*, Informe final, 1996.
- Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Macro International Inc., Measure/DHS+. Guatemala: *Encuesta nacional de salud materno infantil, 1998-1999 (ENSMI-98/99)*, Informe Final, 1999.
- Konkolewsky, Hans-Horst (2007) *Perspectivas de política social 6*. Asociación Internacional de la Seguridad Social 2007.
- Kumaranayake L., C. Kurowski, and L. Conteh. 2001 *Costs of Scaling-up Priority Health Interventions in Low and Selected Middle Income Countries* (<http://www.cid.harvard.edu>).
- Ley Orgánica de la Seguridad Social (LOSS)* de 1982 (decreto 974), República de Nicaragua.
- Medina, Haroldo (1989). *Estudio de mortalidad materna en Guatemala*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Mesa-Lago, Carmelo (2008). *Un reto de Iberoamérica en el siglo XXI: la extensión de la cobertura de la Seguridad Social*. En: *América Latina Hoy*, número 48, pp 67-81. Universidad de Salamanca. España.
- ____(2005). *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Comisión Económica para América Latina, 2005.
- ____(2004) *Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social*, serie Financiamiento del desarrollo, No. 144 (LC/L.2090-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2004.

- ___(1997). *La seguridad social en Nicaragua: diagnóstico y propuesta de reforma*. Fundación Friedrich Ebert. Mayo 1997.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2003a, *Plan Nacional de Salud. Análisis de situación del sector salud*, Segundo Documento borrador para consulta. Diciembre.
- ___(2003b). *Análisis de Situación del Sector Salud*. Segundo Documento Borrador para Consulta.
- ___(2004a). *Política Nacional de Salud 2004-2015*. Mayo.
- ___(2004b). *Cuentas Nacionales en Salud 2002*. Resumen Ejecutivo.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá y Institute for Resource Development, DHS. Guatemala: Encuesta nacional de salud materno infantil, 1987 (ENSMI-87), Informe Final, 1989.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Universidad del Valle y Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health. Guatemala: Encuesta nacional de salud materno infantil, 2002 (ENSMI-2002), Volumen I: Mujeres, 2003.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) (2006) Memoria anual de informática y vigilancia epidemiológica 2005, Guatemala.
- ___ (2008) Memoria anual de informática y vigilancia epidemiológica 2007, Guatemala.
- Ministerio de Asuntos exteriores de la República de Francia (2007) *Acta de la Conferencia internacional sobre la protección social de la salud en los países en desarrollo*, 15-16 de marzo de 2007, París. Disponible en: http://www.diplomatie.gouv.fr/en/france-priorities_1/health-and-food_1102/international-conference-on-health-insurance-coverage-in-developing-countries_5492/index.html.
- OIM (Organización Internacional para las Migraciones) (2008). Encuesta sobre remesas 2008 y medio ambiente. Cuadernos de trabajo sobre migración, 26. 2008.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2004), *Red de servicios. Proyecto de extensión de cobertura de la seguridad social a los excluidos, Honduras*.
- ___ (2007), *Panorama laboral 2007, América Latina y el Caribe, 2007*. Lima, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- ___(2006). *Análisis y recomendaciones técnicas de OIT al Proyecto de Ley de Reforma de la Seguridad Social del Ecuador*, elaborada por la Comisión IESS-PNUD-CN, Agosto 2006
- OMS (Organización Mundial de la Salud) “Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health” Canadá.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2001), *Perfil de los sistemas de salud Nicaragua*, Tercera edición 2001.
- ___ (2007a), *Country Cooperation Strategy*.
- ___ (2007b), *Salud en las Américas, 2007*, Publicación Científica y Técnica No. 622. Washington.
- ___ (2007c), *Función rectora de la autoridad sanitaria nacional, desempeño y fortalecimiento*. Edición especial No. 17. Washington.
- Prensa Libre (2006). “IPM al borde de la crisis”. Guatemala, 26 de noviembre.
- Portafolio (1998). “El momento electoral “costo político” o las bases técnicas del estudio. ¿Qué detuvo la reforma previsional?”. Guatemala, semana del 18 al 24 de mayo.
- Proyecto Estado de la Región (2008), *Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible 2008*, Costa Rica, septiembre 2008.
- Reglamento de la Ley de Seguridad Social*, decreto 975 del 1 de marzo de 1982, República de Nicaragua.
- Rodríguez Herrera, Adolfo (2005), *La Reforma de Salud en Nicaragua*, Documento de Proyecto, Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Santiago de Chile, Octubre.
- ___ (2006), *Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central*.
- Secretaría de Salud (2007), *Marco conceptual, político y estratégico de la reforma del sector salud*. Borrador.
- Sistema de Información Estadística de la OMS. <http://www.who.int/whosis/es/index.html>.
- Sojo, Ana (2008) Desafíos de la protección social para la cohesión social y pacto de cohesión social, Seminario CEBES, Río de Janeiro, septiembre 2008
- Titelman, D (2006). Universalización de la cobertura de la protección social en salud. CEPAL. México.
- Valladares, Larry y Abraham Rossman (2003), *Aspectos críticos del proceso de Reforma y Modernización en el Sector Salud en Nicaragua. Desde el debate, una contribución para sus avances*. Friederich Ebert Stiftung. Managua.

Anexo 1

Nota técnica

Nicaragua: Estimación de la cotización potencial

El ejercicio de cotización potencial pretende estimar (mediante la información proveniente de las encuestas de hogares) las contribuciones al seguro social de la población ocupada formal e informal que al momento de la encuesta no cotizaba. Se estiman de forma desagregada los aportes laborales, patronales y del Estado, de cada uno de los seguros del régimen obligatorio integral del INSS.

Para el cálculo se empleó la Encuesta nacional de hogares sobre medición del nivel de vida 2005, por contar con la información necesaria, además de la mayor similitud con los instrumentos utilizados en los otros países de estudio (Guatemala y Honduras).

Metodología del ejercicio:

1. Identificación de los potenciales cotizantes

- En primera instancia se establecieron los parámetros para considerar a un trabajador como potencial cotizante a los sistemas de seguridad social: todos aquellos trabajadores ocupados dentro del sector formal de la economía que aún no cotizan al INSS y los trabajadores en el sector informal pertenecientes a hogares de los últimos dos quintiles.
- Se considera informal a los trabajadores empleados domésticos, los peones o jornaleros, los trabajadores no remunerados, los trabajadores por cuenta propia (se excluyen aquellos con educación superior), los patronos en establecimientos con menos de seis (se excluyen aquellos con educación superior) y los empleados privados asalariados que laboran en establecimientos con menos de seis trabajadores.
- Dentro del grupo de trabajadores ocupados informales, se consideraron como potenciales contribuyentes a quienes no cotizan y que pertenecen a los dos quintiles de hogares más ricos, ya que se supone que poseen los ingresos suficientes para poder cotizar al seguro social, en vista de que se sitúan por encima de la línea de pobreza.

2. Cálculo del ingreso cotizable

El cálculo del ingreso base de cotización se realiza aplicando los parámetros establecidos por la ley y reglamentos del INSS a la información disponible en la encuesta. Para el presente ejercicio, se consideró como *Ingreso cotizable* la sumatoria de las siguientes variables mensuales:

- Trabajadores asalariados: ingreso neto mensual, comisión, horas extras y propinas.
- Trabajadores independientes: ingreso neto mensual.

Se aplicó un techo máximo al ingreso base de cotización de C 37,518 mensuales. Cabe indicar que se realizaron imputaciones para corregir la no respuesta⁷⁸, más no así para corregir la posible subdeclaración de ingresos.

3. Aplicación de las tasas de cotización

Luego de contar con el total de ingreso base para el cálculo de cotización, se aplican las tasas (laborales, patronales y estatales) de cada uno de los seguros (Salud e IVM-RP) del régimen obligatorio integral del INSS.

⁷⁸ El promedio simple de su subgrupo, según categoría ocupacional.

4. Resultados

CUADRO IV-A-1
NICARAGUA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA^a POR SECTOR ECONÓMICO, POR
AFILIACIÓN A LOS RÉGIMENES DE SEGURIDAD SOCIAL Y POR QUINTILES^b, 2005
(En porcentajes)

Población trabajadora formal		Población trabajadora informal				
31,7		68,3				
Cotiza al INSS	No cotiza al INSS	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
56,1	43,9	20,0	20,8	21,2	19,8	18,2

Fuente: Cálculos propios sobre la base de ENMNV 2005.

^a De 18 años y más.

^b Sobre la base del consumo como medida de bienestar.

CUADRO IV-A-2
NICARAGUA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 18 AÑOS Y MÁS
POR POTENCIAL DE COTIZAR, 2005
(En porcentajes)

	Población	Porcentaje
Población ocupada de 18 años y más	1 859 300	100,0
Formales	588 504	31,7
Formal que cotiza	330 415	17,8
Formal que no cotiza	258 090	13,9
Informales	1 270 796	68,3
Informal sin capacidad de cotizar	787 859	42,4
Informal con potencial de cotizar	482 936	26,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de ENMNV 2005.

CUADRO IV-A-3
NICARAGUA: COTIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA^a CON POTENCIAL CONTRIBUTIVO, 2005
(En córdobas y porcentajes)

	Ingreso base total mensual	Salud			IVM-RP		Total integral		
		Laboral	Patronal	Estatad	Laboral	Patro- nal	Laboral	Patro- nal	Estatad
		Tasa: 2%	Tasa: 6%	Tasa: 0,25	Tasa: 4,25%	Tasa: 9%	Tasa: 6,25%	Tasa: 15%	Tasa: 0,25
<i>En millones de C mensuales</i>									
Formal que no cotiza	814 8	16,3	48,9	2,0	34,6	73,3	50,9	122,2	2,0
Informal con potencial de cotizar	944 7	18,9	56,7	2,4	40,2	85,0	59,0	141,7	2,4
Total	1759 5	35,2	105,6	4,4	74,8	158,4	110,0	263,9	4,4
<i>En millones de US\$ mensuales^b</i>									
Formal que no cotiza	48 8	1,0	2,9	0,1	2,1	4,4	3,0	7,3	0,1
Informal con potencial de cotizar	56 6	1,1	3,4	0,1	2,4	5,1	3,5	8,5	0,1
Total	105 4	2,1	6,3	0,3	4,5	9,5	6,6	15,8	0,3
<i>Como porcentaje del PIB^c</i>									
Formal que no cotiza		0,2	0,7	0,0	0,5	1,1	0,7	1,8	0,0
Informal con potencial de cotizar		0,3	0,8	0,0	0,6	1,3	0,9	2,1	0,0
Total		0,5	1,6	0,1	1,1	2,3	1,6	3,9	0,1

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la ENMNV 2005.

^a De 18 años y más de edad.

^b Tipo de cambio: C 16.7 por US\$ 1.00.

^c PIB corriente (año 2005): C 81,500 millones.

Anexos consolidados

Anexo I

CUADRO A-1
CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD SEGMENTADOS

La segmentación es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, cada uno de ellos "especializado" en diferentes segmentos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social.

Segmentación institucional

Inequidad en el acceso a la salud: Las prestaciones de salud se reciben de acuerdo a la capacidad de pago y no a la necesidad		
Servicio público de salud	Seguro social de salud	Empresas y organizaciones privadas

Condición para el acceso

Ciudadanía, pertinencia territorial y capacidad de pago ^a	Contrato laboral	Privado con fines de lucro: capacidad de pago
		Privado sin fines de lucro: cumplir con algún atributo especial

La segmentación de los sistemas de salud refleja los patrones de segmentación social de las sociedades donde se insertan y constituye un potente freno al ejercicio del derecho a la salud y al logro de mejores resultados de salud.

Segmentación organizacional

Rectoría débil: Imposibilidad de atención integral y ausencia de planificación y programación integral	
Superposición de redes de servicios	Ausencia de complementariedad de los servicios
Mala asignación de los recursos financieros, físicos, tecnológicos y humanos, dedicados a la salud	Regresividad e insuficiencia del financiamiento público y predominio de los gastos de bolsillo

La existencia de múltiples agentes operando sin mecanismos de coordinación impide una estandarización adecuada de la calidad, contenido, costo y aplicación de las intervenciones de salud, encarece el costo de las intervenciones y promueve un uso poco eficiente de los recursos al interior del sistema en su conjunto.

Fuente: ICEFI con base en OMS-OPS, "Salud en las Américas 2007", Publicación científica y técnica No. 622, 2007; y Acuña, María Cecilia, "Exclusión, protección social y derecho a la salud", OPS-OMS, 2005.

^a En algunos países.

Anexo II

CUADRO A-2
AMÉRICA LATINA: CARACTERIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD
Y TIPOLOGÍA DE LAS REFORMAS

Sistema ^a	Instituciones	Coordinación Segmentación Integración	Cobertura	Países
Único	Público A cargo del financiamiento y de la provisión. Seguro social		Universal	Cuba
Único	A cargo del financiamiento y de la mayoría de provisión, negocia con el subsector privado parte de la provisión. Público – Seguro – Privado		Universal	Costa Rica
	Con funciones separadas de financiamiento y provisión. Público – Privado	Coordinado	Universal	Chile
Dual	El subsector público a cargo del financiamiento y de la provisión y el subsector privado es un importante complemento en la provisión. Seguro – Público – Privado	Coordinado	Universal	Brasil
	Papel central del seguro y marginal del privado. Sin separación de funciones. Público – Privado	Integrado	Casi Universal	Panamá
	Público fundamental y privado marginal. Seguro – Público – Privado	Segmentado	60%	Haití
	Sin separación de funciones. Seguro – Público – Privado	Baja coordinación	Universal	Argentina
	Con separación parcial de funciones.	Segmentado	Universal	Uruguay
Tripartito	Seguro – Público – Privado Con baja separación de funciones	Segmentado	57% - 73%	Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela
	a. Público – Social Contributivo / No contributivo	Coordinado		
Cuatripartito	b. Privado – Público Con separación de funciones: aseguramiento, financiamiento y provisión.	Vinculado	Casi Universal	Colombia

Fuente: Mesa-Lago (2005). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL, 2005.

^a El "sistema", está caracterizado por el número de sectores que financian y/o proveen la salud en los distintos modelos.

Anexo III

**CUADRO A-3
REFORMAS DE SALUD EN CENTROAMÉRICA**

Conceptos	Costa Rica (1994-1998)	El Salvador (1999-2000)	Guatemala (1995)	Honduras (2000-2001)	Nicaragua (1991-1997)
Aspectos generales de la reforma					
Objetivo de cobertura de la reforma	Redefinición del modelo de atención	Expansión de los servicios de salud primarios, especialmente a grupos vulnerables y desprotegidos	Extensión de un paquete básico de servicios y mejora en la calidad de los mismos, para el cuidado de la salud	Extensión de la cobertura en la prestación de servicios	Reducción de morbilidad y mortalidad en mujeres en edad reproductiva y en niños menores de cinco años
Tipo de intervención		1. Materno-infantil 2. Prevención 3. Curación			1. Materno-infantil 2. Prevención 3. Curación
Programas implementados / Institución	1. Equipos básicos de atención de salud, EBAIS/CCSS	1. Programa de servicios esenciales de salud y nutrición/MISPAS	Sistema Integrado de Atención en Salud -SIAS- / MSPAS: dividido en tres modalidades de contratación: 1) Directa (ONGs): Dispersa en áreas rurales; 2) Mixto (ONGs y MSPAS): comunidades cercanas a principales vías de acceso; y, 3) Tradicional: brindado por el MSPAS en comunidades cercanas	1. Equipos itinerantes del PRIESS/SS 2. Programa nuevos modelos de gestión / SS	1. Programa Integral para niños/MINSAL 2. Atención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia / MINSAL
	2. Compra de servicios a terceros			3. Sistemas Locales de Seguridad Social (SILOSS-IHSS)	
Focalización	El sistema de salud se basa en la cobertura universal	Mujeres en edad fértil, embarazadas y niños menores de cinco años, en áreas rurales en extrema pobreza	Actividades concentradas en población rural e indígena	Actividades concentradas en población rural en extrema pobreza	Actividades concentradas en población rural en extrema pobreza

CUADRO A-3 (conclusión)

Cobertura de enfermedades de alta complejidad (catastróficas)	Si	No	No	No	No
Apoyo de empresas privadas u ONG's	Si	Si	Si	Si	Si
Algunos indicadores de resultado de la reforma implementada					
Prevalencia y tratamiento de enfermedades en niños	No hay evaluaciones de estos indicadores. Sin embargo, se evidencian algunos retos en materia de accesibilidad y sostenibilidad financiera, a la luz de la transformación demográfica y epidemiológica	IRA y EDA con mayor atención en comunidades con apoyo de ONGs	No hay evaluaciones de estos indicadores. Sin embargo, algunos estudios afirman que el modelo mixto mejora el desempeño en comparación con los otros dos modelos implementados, principalmente, en materia de inmunizaciones y cuidado prenatal.	No hay evaluaciones de estos indicadores. Sin embargo, estudios confirman la reducción de la mortalidad materno-infantil, aún ante los altos niveles de exclusión. La falta de recursos financieros y el carácter no institucional de algunas iniciativas comprometen su continuidad.	No hay diferencia entre los niños con y sin apoyo de las ONGs
Inmunización en niños	Igual cobertura en comunidades con apoyo de ONGs				Menor cobertura en comunidades con apoyo de ONGs
Atención prenatal	Menor en las comunidades con apoyo de ONGs				Menor en las comunidades con apoyo de ONGs
Atención del parto	Mayor en comunidades con apoyo de ONGs				El parto institucional es menor en las comunidades con apoyo de ONGs
Tendencias en el financiamiento de la salud					
Gasto total, 2000 (% del PIB)	6,5	8,0	5,5	6,4	7,1
Gasto de bolsillo ^a	20,0	51,7	54,0	37,7	43,7
Gasto público ^a	77,2	45,4	39,8	55,9	52,5
Gasto total, 2005 (% del PIB)	7,1	7,0	5,2	7,5	8,3
Gasto de bolsillo ^a	19,1	42,0	57,3	43,0	48,5
Gasto público ^a	76,0	53,9	37,9	50,6	49,6

Fuente: ICEFI con base en: Bitrán, Ricardo (2004). "Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica" Documento de proyecto. CEPAL/GTZ (LC/W.75); Mesa Lago, Carmelo (2006). "Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de seguridad social". Documento de proyecto. CEPAL.; Rodríguez Herrera, Adolfo (2005). "La reforma de salud en Honduras". Documento de proyecto. CEPAL/GTZ (LC/W.79); y, Estadísticas sobre financiamiento de la OMS (http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm#).

^a Las cifras son porcentajes del gasto total en salud.

Anexo IV

CUADRO A-4 CONJUNTO DE INTERVENCIONES SELECCIONADAS PARA UNIVERSALIZAR LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, COMISIÓN DE MACROECONOMÍA OMS^a

Tratamiento de tuberculosis	Tratamiento directo a pacientes con baciloscopia positiva Tratamiento directo a pacientes con baciloscopia negativa
Prevención de malaria	Mosquiteros tratados con insecticida Pulverización residual de interiores
Tratamiento de malaria	Tratamiento clínico de episodios de malaria
Prevención del VIH/SIDA	Intervenciones focalizadas en los jóvenes Intervenciones de trabajo con profesionales del sexo y clientes Mercadeo social del condón y distribución Intervenciones en lugares de trabajo Fortalecimiento de los sistemas de transfusión de sangre Consejería y pruebas voluntarias Prevención de transmisión de madre a hijo Campañas masivas en medios de comunicación Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
Atención VIH/SIDA	Cuidados paliativos Manejo clínico de las enfermedades oportunistas Prevención de las enfermedades oportunistas Atención domiciliaria
Terapia Antirretroviral VIH/SIDA	Provisión de la terapia
Tratamiento de enfermedades de la Infancia	Intervenciones relacionadas con el tratamiento de diversas condiciones (infecciones respiratorias agudas, diarrea, causas de la fiebre, desnutrición, anemia)
Intervenciones relacionadas con enfermedades de la infancia (Inmunización)	Vacunación (BCG, OPV, DPT, Sarampión, Hepatitis B, Hib)
Intervenciones relacionadas con la maternidad	Atención prenatal Tratamiento de complicaciones durante el embarazo Asistencia profesional en el parto Atención obstétrica de emergencia Atención postparto (incluida planificación familiar)

Fuente: Elaboración propia con base en OMS (2001). "Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health" Canadá. p.172.

^a No todas las intervenciones se han aplicado en cada país. Los costes de la ampliación incluyen las intervenciones epidemiológicamente adecuadas para cada país. Por ejemplo, las medidas de control de la malaria no se incluyen en países donde la malaria no contribuye significativamente a la mejora de la salud. Fuente: Kumaranayake L., C. Kurowski, and L. Conteh. 2001 Costs of Scaling-up Priority Health Interventions in Low and Selected Middle Income Countries (<http://www.cid.harvard.edu>).

Anexo V

RECUADRO A-1 ESTUDIO “ESTIMACIÓN DEL COSTO DE ALCANZAR LOS ODM EN SALUD EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE”^a

El estudio estima la inversión que diez países de América Latina y el Caribe, entre los que se incluye Nicaragua, deberán destinar a un conjunto de intervenciones sanitarias preventivas y curativas para cumplir sus objetivos de desarrollo del Milenio en salud en 2015 (p.12).

Las estimaciones realizadas se hicieron a partir de un modelo que predice dos tipos de costos. Primero, el costo que los países deben incurrir para poder mantener los actuales niveles de cobertura de intervenciones relacionadas con los ODM en salud, incluyendo los costos de dar cobertura al crecimiento poblacional vegetativo; y, segundo, el costo adicional para expandir dicha cobertura, cuando así se requiere, con el fin de poder lograr los ODM en el 2015 (p.13).

El modelo utiliza diversos parámetros que caracterizan la situación de cada país y arroja como resultado las estimaciones de costos para lograr cada uno y el conjunto de los ODM en salud. Para efectos de realizar los cálculos en el tiempo, el modelo proyecta la evolución de la economía, gasto en salud, estado de salud y otras variables mediante la definición de parámetros tales como el crecimiento anual por habitante del Producto Interno Bruto (PIB, usando el promedio histórico de los últimos 20 años en cada país), la tasa de crecimiento bruto y neto de la población (con datos de CELADE) y el gasto total en salud como proporción del PIB, para el periodo considerado 2007-2015, siendo el 2006 el año base. Para los costos unitarios de las intervenciones de salud vinculadas con los ODM, los autores incorporaron en el modelo datos obtenidos de estudios de costos en diversos países latinoamericanos. Para los cocientes de costo-efectividad recurrieron, principalmente, al estudio multinacional Prioridad para el Control de Enfermedades en Países en Desarrollo (p.13).

INTERVENCIONES INCLUIDAS EN EL MODELO DE PROYECCIÓN DE COSTOS PARA ALCANZAR LOS ODM EN SALUD

ODM 3	ODM 4	ODM 5	
Reducir en ½ la mortalidad en la niñez	Reducir en ¼ la mortalidad materna	Detener y disminuir la incidencia (y prevalencia) de la tuberculosis	Detener y disminuir la incidencia (y prevalencia) de la malaria
Vacunas contra el sarampión, poliomielitis, DPT, BCG	Control prenatal y del puerperio	Detección de casos	Mallas tratadas con insecticida (niños menores de cinco años)
Terapia de rehidratación oral	Parto limpio y seguro (parto institucional)	Tratamientos de DOT	Fumigación con insecticida en vivienda
Tratamiento de infecciones respiratorias agudas	Vacunación (toxoi de tétano)		

Fuente: Elaboración propia con base en el cuadro 12 de Bitrán et al.

NICARAGUA: ESTIMACIÓN DE COSTOS PARA ALCANZAR LOS ODM EN SALUD

Año	Gasto según intervención					Gasto total como porcentaje del PIB
	Mortalidad Materna	Mortalidad en la niñez	Tuberculosis	Malaria	TOTAL	
En millones de US dólares de 2006						Precios constantes 2001
2007	21,4	5,6	0,3	2,7	30,0	0,12
2008	21,9	5,8	0,2	2,7	30,6	0,12
2009	22,3	6,0	0,2	2,8	31,3	0,12
2010	22,8	7,7	0,2	2,8	33,5	0,13
2011	23,3	8,2	0,2	2,9	34,5	0,13
2012	23,7	8,3	0,2	2,9	35,2	0,13
2013	24,2	8,5	0,2	3,0	35,9	0,13
2014	24,7	8,6	0,2	3,0	36,5	0,13
2015	25,2	8,8	0,2	3,1	37,2	0,13

Fuente: Tomado de Bitrán et al., específicamente de los cuadros 21 al 24 y 26.

RECUADRO A-1 (conclusión)

De acuerdo con los resultados del modelo, se estima que la mayor parte del gasto adicional necesario para cumplir con los ODM en salud, debe destinarse a mantener los niveles actuales de cobertura alcanzada por los países para las diferentes intervenciones sanitarias y sólo una proporción relativamente menor debe orientarse a incrementar la cobertura de dichas intervenciones a niveles que permitan el cumplimiento de los ODM de salud (p.14 y 44). El estudio también estima el monto de la ayuda externa que será requerida por cada país para alcanzar dichos objetivos (p.51).

Fuente: Elaboración propia con base en Bitrán, Ricardo et al. (2008). "Estimación del costo de alcanzar los objetivos del desarrollo del Milenio en salud en algunos países de América Latina y el Caribe". Serie Políticas sociales No. 144. CEPAL Santiago de Chile. Noviembre.

Anexo VI**Nota técnica****Estimación de los costos fiscales de universalizar la cobertura el primer nivel de atención de salud**

La estimación de los costos fiscales de universalizar la cobertura del primer nivel de atención de salud pretende plantear los requerimientos de financiamiento público que se deberán alcanzar en los próximos años para cumplir con este objetivo.

1. Identificación de fuentes de información

El ejercicio ha implicado la utilización de proyecciones de población, proyecciones macroeconómicas, tales como crecimiento económico, inflación, tipo de cambio, y las estadísticas de cobertura, tanto oficiales como las provenientes de las encuestas de condiciones de vida. A continuación se presentan las principales fuentes utilizadas.

- a) Para las proyecciones demográficas de 2008 a 2018, se utilizaron los datos de población estandarizada para América Latina y el Caribe, publicadas en el Boletín Demográfico No. 66, del CELADE, en los cuales se desglosa la población por edad simple y años calendario.
- b) Para las proyecciones macroeconómicas se siguieron dos criterios. 1) Las proyecciones de crecimiento económico de 2009 a 2013, fueron tomadas de las estimaciones presentadas por el Fondo Monetario Internacional en el World Economic Outlook, publicado en octubre de 2008. 2) Las proyecciones de crecimiento económico de 2014 a 2018, fueron elaboradas bajo el supuesto de que se mantendrá la tendencia histórica observada en los últimos 20 años. Las proyecciones de inflación y tipo de cambio, se calcularon en función de la estimación de crecimiento económico.
- c) El costo per cápita de universalizar la cobertura del primer nivel de salud, se tomó del estudio Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, elaborado por la Comisión de Macroeconomía y Salud (CMS) de la OMS, el cual estima la inversión que 83 países, entre ellos seis de América Latina y el Caribe, deberán destinar a un conjunto de intervenciones sanitarias preventivas y curativas para cumplir sus objetivos de desarrollo del milenio en salud en 2015. Las estimaciones se elaboraron con base en un modelo que predice el costo de la ampliación de la cobertura de 49 intervenciones prioritarias y 65 tratamientos de salud. Asimismo, se incluye el costo de nuevas inversiones y gastos recurrentes para mejorar la gestión, la infraestructura, la calidad de los servicios y aumentar los salarios de los trabajadores de salud.
- d) Para conocer el porcentaje de población sin acceso al sistema de salud, se recurrió a dos fuentes: i) Las estadísticas de cobertura reportadas en el documento Salud en las Américas 2007, publicado por la OPS, y ii) Las estadísticas provenientes de las encuestas de hogares en

las cuales se determinó el porcentaje de población que vive a más de una hora de distancia del centro de salud público más cercano.

2. Pasos para el cálculo de los costos

- a) Se aplicó a los costos individuales del paquete de intervenciones seleccionado la inflación estimada para el período 2009-2018. Estos montos, calculados en moneda local, se convirtieron a dólares corrientes, utilizando las proyecciones de tipo de cambio estimadas.
- b) Tomando en cuenta los dos escenarios de cobertura, se dividió el porcentaje de la población descubierta en ocho años, período de tiempo en el que se supuso la universalización del nivel primario.
- c) El costo total en términos corrientes y como porcentaje del PIB, se calculó después de multiplicar los costos individuales por el número de personas a cubrir, las cuales aumentan en el tiempo debido a la progresividad del proceso de cobertura.

Anexo VII

Opciones de reformas de pensiones y lecciones aprendidas: la experiencia latinoamericana

En Latinoamérica en general, y en Centroamérica en particular, durante las últimas décadas primaron dos tipos de reformas de los sistemas de pensiones. Las denominadas reformas “estructurales” que plantearon un cambio profundo de esos sistemas, mediante el reemplazo del sistema de reparto por uno de capitalización en cuentas individuales, adoptando tres modalidades diversas: i) las sustitutivas, que reemplazaron totalmente el régimen de reparto por uno de capitalización individual⁷⁹, cerrando la entrada al sistema público de reparto –esto es, no se permiten nuevos afiliados a ese esquema– que se sustituye por uno privado, al que están obligados a afiliarse los trabajadores que se incorporan al mercado laboral; ii) las que incluyen la introducción de regímenes paralelos, que mantienen el componente de reparto pero incorporan, como alternativa, un componente de capitalización individual, y iii) las que establecen modelos mixtos, que incorporan un componente de capitalización individual en forma complementaria al régimen de reparto. Chile, Bolivia, México, El Salvador y República Dominicana optaron por el camino de la reforma estructural sustitutiva. Perú y Colombia optaron por la reforma estructura paralela y Argentina, Uruguay, Costa Rica y Ecuador, por la opción de los modelos mixtos (ver tabla siguiente). Once países latinoamericanos, de distinto tamaño y desarrollo, realizaron entonces reformas estructurales a su sistema de pensiones.

El segundo tipo de reformas fueron las conocidas como “paramétricas” ya que apuntaban solamente a modificar ciertos parámetros de los sistemas de reparto, tales como la tasa de reemplazo, la edad de jubilación, la tasa de contribución o los requisitos para acceder a prestaciones o sus reglas de indización. Orientadas normalmente a restablecer el equilibrio financiero de los sistemas de reparto, las reformas paramétricas se clasifican en dos categorías: i) las que tienden a estrechar, a nivel individual, la relación entre los aportes al sistema y las pensiones pagadas por este, por una parte; y, ii) aquellas que tienden a aumentar la recaudación, reducir los beneficios o restringir el acceso a las prestaciones, por otra. En la primera categoría se incluyen las modificaciones tendientes a ampliar el número de aportes considerados en el cálculo del ingreso base que se emplea para determinar las pensiones, así como las reglas que tienden a castigar las jubilaciones anticipadas y a premiar la postergación del momento de jubilación. Brasil, Costa Rica (componente de reparto), Cuba, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Venezuela y el Caribe de habla inglesa optaron más bien por las reforma de tipo paramétrico.

⁷⁹ Sistema contributivo de pensiones basado en cuentas individuales de ahorro. Los fondos aportados por un trabajador se invierten en instrumentos financieros. La pensión otorgada depende actuarialmente del saldo en la cuenta individual y de la esperanza de vida a la fecha de la jubilación.

Los principales resultados de las reformas estructurales llevadas a cabo en América Latina en las últimas décadas dejan lecciones aprendidas muy valiosas en cuatro dimensiones esenciales de los sistemas de pensiones, que CEPAL las recoge de manera pertinente (CEPAL 2006). En materia de cobertura, la incorporación de componentes de capitalización individual no se tradujo en mayores niveles de participación contributiva y aumento de la cobertura como se esperaba, debido a la baja capacidad de ahorro a largo plazo de segmentos importantes de la población. Los grupos más desprotegidos (y especialmente las mujeres) se mantendrán al margen de los sistemas contributivos o recibirán pensiones de mala calidad debido a la frecuencia relativamente baja de sus aportes y, en el caso de los quintiles más pobres, a la tendencia a postergar estos aportes hasta etapas avanzadas de la vida laboral.

Respecto a la solidaridad, se deterioró significativamente, ya que la adopción de modelos de cuentas individuales de capitalización eliminó parte importante de la solidaridad inherente a los sistemas de reparto y tendió a reproducir las inequidades de la vida laboral, transformándolas en inequidades previsionales.

En materia de costos fiscales, la experiencia regional reciente ha puesto en evidencia que, a corto y mediano plazo, el financiamiento de la transición de una reforma estructural en la región, combinado con los altos déficit acumulados por sistemas de reparto insuficientemente financiados y la presencia de regímenes especiales de alto costo, hace peligrar la trayectoria financiera de las reformas previsionales y puede amenazar la protección de los adultos mayores que la propia reforma busca garantizar.

Respecto al grado de competencia en los mercados de administración de fondos previsionales, la incorporación del sector privado mediante empresas competitivas de administración de fondos debía, en principio, llevar a un manejo rentable y seguro de los fondos de ahorro y a una reducción paulatina de los costos administrativos. Sin embargo, en América Latina la competencia entre administradoras no se ha dado en las variables más relevantes (precio y rentabilidad ajustada por riesgo), se ha observado una creciente concentración de la actividad y las mejoras en términos de eficiencia no se han traspasado a los usuarios.

Anexo VIII

RECUADRO A-2 PROPUESTA DE REFORMA AL MODELO DE PENSIONES MIXTO EN ECUADOR

La Ley de Seguridad Social del año 2001 estableció en Ecuador el tránsito hacia un sistema mixto, que combinaba un componente solidario con un componente de cuentas individuales para los individuos con ingresos que exceden cierto nivel de ingresos, muy similar al modelo uruguayo. En efecto, estableció un componente solidario de reparto, complementado con cuentas individuales para 1os individuos dentro de dos rangos de ingresos. La parte de las contribuciones de los trabajadores y de los empleadores (6,64% y 3,10% respectivamente) de los afiliados con ingresos menores a 165 dólares mensuales, así como la parte de las contribuciones de los empleadores (3,10%) de los afiliados con ingresos entre 165 y 500 dólares mensuales, iban al régimen solidario. De su lado, la parte de las contribuciones de los trabajadores (6,64%) de los afiliados con ingresos entre los 165 y 500 dólares mensuales, se destinaron al esquema de ahorro individual. Propuso un esquema de recaudación centralizado y la creación de entidades privadas especializadas para la gestión de las cuentas individuales. Una parte de las prestaciones las gestionaría directamente el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), mientras que las pensiones basadas en las cuentas individuales se otorgarían a través de una renta vitalicia. No obstante, precisamente esta parte de la Ley fue declarada inconstitucional por el Tribunal Constitucional y su aplicación fue impedida.

Una comisión interinstitucional integrada por miembros del Congreso Nacional (CN), del IESS y PNUD, con el apoyo de la OIT, preparó un propuesta alternativa que fue enviada a finales del año 2006 al Congreso Nacional (Régimen de solidaridad con cuentas individuales), replanteando el modelo aprobado en el año 2001 y proponiendo mantener un componente solidario de reparto, aplicable a todos 1os trabajadores, sin exclusión alguna, complementado con cuentas individuales, también para todos 1os afiliados. Además de simplificar 1os tramos de cotización para cuenta individual en solo dos rangos, inferior y superior a US\$ 320, es decir, un equivalente a dos veces el salario básico unificado mínimo, la propuesta de la Comisión establece niveles de cotizaciones diferenciadas, tanto para financiar el componente solidario de gestión pública y reparto, como para alimentar las cuentas individuales.

Para el régimen solidario, la propuesta de la Comisión es establecer una cotización global del 9% (combinada empleadores y trabajadores) sobre ingresos inferiores a dos salarios base y 1,5% sobre el exceso de salario o ingreso. Suponiendo una distribución porcentual 70/30 entre la masa salarial inferior y superior a 9%, esto podría generar una tasa de cotización media del orden del 6,75%. Para el régimen basado en cuenta individual, la propuesta incluye una cotización del 2,5% sobre ingresos inferiores a dos salarios base y 7% para 1os salarios en exceso; haciendo el mismo supuesto anterior, se podría generar una contribución media a las cuentas individuales del orden del 3,85%. La suma de todas las contribuciones podría rondar el 10,5% del salario medio cotizante.

Este nuevo planteamiento, que en términos generales recoge una combinación de 1os modelos de reforma de pensiones de Costa Rica y Uruguay, difiere considerablemente del planteamiento establecido en la Ley del 2001, en el sentido de que todos 1os afiliados acumularan derechos simultáneamente para dos pensiones: una solidaria de beneficio definido y otra basada en la cuenta individual acumulada. Así también, sin debilitar 1os mecanismos de solidaridad en el tramo de ingresos que abarca el componente solidario, hace que 1os trabajadores de mayor ingreso puedan destinar una fracción mayor de su ingreso a las cuentas individuales, pero solo a partir de cierto tramo de ingresos.

Aparte de garantizar un nivel de solidaridad dentro del tramo de ingresos inferior a dos salarios básicos, un esquema de este tipo crea un incentivo para la declaración real de 1os salarios para 1os trabajadores de ingresos medios y altos, donde la experiencia latinoamericana usualmente muestra una conducta hacia la prevalencia de elevadas tasas de evasión de contribuciones. Una menor tasa de evasión para 1os salarios medios y altos, tiene la ventaja adicional de que favorecería también el financiamiento de 1os demás componentes del sistema, a saber, el seguro de salud y el de riesgos profesionales, de invalidez y muerte.

Fuente: OIT, Análisis y recomendaciones técnicas de OIT al Proyecto de Ley de reforma de la seguridad social del Ecuador elaborada por la Comisión IESS-PNUD-CN, agosto 2006.

Anexo IX

CUADRO A-5
AMÉRICA LATINA: CARACTERÍSTICAS DE LAS REFORMAS DE PENSIONES IMPLEMENTADAS

País y año de la reforma	Régimen financiero	Cálculo de beneficios	Tipo de administración	Cobertura de la seguridad social	
				Antes de la reforma	Después de la reforma, en 2004
Como porcentaje de la población económicamente activa total					
Modelo sustitutivo					
Chile (1981)				64 (1980)	57,3
Bolivia (1987)				12 (1996)	10,5
México (1997)	Capitalización individual	Contribución definida	Privada	37 (1997)	28,0
El Salvador (1998)				26 (1996)	20,1
República Dominicana (2003-2005)				30 (2000)	14,2
Modelo paralelo de capitalización individual					
Perú (1993)	Reparto	Beneficio definido	Pública	31 (1993)	14,8
Colombia (1994)	Capitalización Individual	Contribución definida	Privada	32 (1993)	22,2
Modelo mixto de capitalización Individual					
Argentina (1994)	Reparto	Beneficio definido	Pública	50 (1994)	24,3
Uruguay (1996)				73 (1997)	58,8
Costa Rica (2001)	Capitalización Individual	Contribución definida	Privada	53 (2000)	46,6
Ecuador (2001)				21 (2002)	19,4
Reformas paramétricas o sin reforma					
Brasil, Costa Rica (componente de reparto), Cuba, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Venezuela y Caribe de habla inglesa	Reparto	Beneficio definido	Pública		

Fuente: Elaboración propia con base en: a) Carmelo Mesa-Lago, "Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social", Serie Financiamiento del desarrollo, No. 144 (LC/L.2090-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2004; b) Carmelo Mesa-Lago, "Un reto de Iberoamérica en siglo XXI: La extensión de la cobertura de la seguridad social", en América Latina Hoy, No. 48, Ediciones Universidad de Salamanca, 2008; y, c) Anexo Estadístico del Panorama Social de América Latina 2007, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2007.



NACIONES UNIDAS

Serie

C E P A L

seminarios y conferencias

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

- 55 Hacia la universalidad, con solidaridad y eficiencia: el financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales. Ana Sojo (editora), (LC/L.3034-P), N° de venta: S.09.II.G.39 (US\$ 20.00). 2009.
- 54 Las finanzas públicas y el pacto fiscal en América Latina. Documentos y ponencias presentados en el XX. Seminario Internacional de Política Fiscal, Santiago de Chile, 28 al 31 de enero de 2008. Ricardo Martner (editor), (LC/L.2977-P), N° de venta: S.08.II.G.86 (US\$ 20.00). 2008.
- 53 Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado? Informe del Seminario-Taller Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población (LC/L.2956-P), N° de venta: S.08.II.G.70 (US\$ 20.00). 2008.
- 52. Futuro de las familias y desafíos para las políticas. Irma Arriagada (editora), (LC/L.2888-P), N° de venta: S.08.II.G.25 (US\$ 20.00). 2008.
- 51. Planificar y presupuestar en América Latina. Ricardo Martner (LC/L.2859-P; LC/IP/L.287), N° de venta: S.08.II.G.4 (US\$ 20.00). 2008.
- 50. Integración de políticas, sostenibilidad y agroculturización en la pampa argentina y áreas extrapampeanas. Santiago de Chile, 10 de abril de 2006, David Manuel-Navarrete y Gilberto Gallopín (LC/L.2744-P), N° de venta: S.07.II.G.80. (US\$ 10.00), 2007.
- 49. Gestión y financiamiento de las políticas que afectan a las familias. Irma Arriagada (LC/L.2648-P), N° de venta: S.06.II.G.174 (US\$15.00), 2007.
- 48. Reunión de expertos sobre insumos sociodemográficos para la gestión y el desarrollo local. Jorge Rodríguez, editor, octubre, 2006. (LC/L.2581-P), N° de venta: S.06.II.G.111 (US\$15.00), 2006.
- 47. Reformas constitucionales y equidad de género. Informe final del Seminario internacional Santa Cruz de la Sierra 21,22 y 23 de febrero de 2005" autoras Sonia Montañó y Verónica Aranda (LC/L.2489-P). N° de venta: S.06.II.G.22 (US\$20.00), 2006.
- 46. Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales, Irma Arriagada (editora), (LC/L.2373-P), N° de venta: S.05.II.G.118 (US\$ 20.00), 2005.
- 45. Lógica y paradoja: libre comercio, migración limitada. Memorias del Taller sobre Migración Internacional y Procesos de Integración y Cooperación Regional, 6 y 7 de diciembre del 2004, Jorge Martínez Pizarro y María Fernanda Stang Alva (LC/L.2272-P), N° de venta: S.05.II.G.99 (US\$15.00), 2005.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.:.....Fax:.....E.mail:.....