



fesamericacentral.org
Guatemala . El Salvador . Honduras . Nicaragua . Costa Rica . Panamá

**LAS CONDICIONANTES ECONOMICAS DE LA
CRISIS DE ASEGURAMIENTO SOCIAL EN
HONDURAS**

Javier Suazo

**Para la oficina en Honduras de la Fundación Friedrich Ebert, la
red Fesamericacentral**

Tegucigalpa, DC, Septiembre de 2011

Contenido

I. Generales.....	3
1.1 Introducción.....	3
1.2 Objetivos	4
1.3 Enfoque Metodológico.....	4
II. Crisis y Reforma de Salud Trunca	4
2.1 Inestabilidad Económica y Ausencia de Reformas	5
2.2 Las Reformas no Cuajan.....	9
III. Política Económica, Inestabilidad del Mercado de Trabajo y Precariedad del Empleo. 13	
3.1 Condonación, Empleo y Combate a la Pobreza.....	13
Indicadores de Solvencia y Liquidez de la Deuda Externa	14
3.2. Activismo Económico, Profundización de Brechas y Aseguramiento Social	16
IV. La Nueva Vía al Aseguramiento Social después de Golpe de Estado.	23
V. Los Actores y la Vuelta a la Reformas Fallidas en Salud	32
VI. Plan Anticrisis y Rezago Social	37
6.1 ¿Qué fue del Plan Anticrisis del Gobierno del Poder Ciudadano?	37
6.2 El Rezago Social ¿Cómo Enfrentarlo?	39
VII. Construyendo una Hoja de Ruta	41

I Generales

1.1 Introducción

La crisis que enfrenta el país es de magnitudes insospechables para la economía, sociedad y sistema democrático.¹ Esta crisis, cuyos determinantes más importantes son la crisis financiera internacional y la crisis política del 28 de junio de 2009, tiene expresión real en el ámbito económico con la caída del producto, el empleo y la inversión, aumento de la deuda, inseguridad alimentaria, indigencia y la pobreza. En el ámbito político, es la ausencia de una institucionalidad pública creíble, corrupción y deterioro de los derechos humanos.

Es evidente una crisis de ejercicio de derechos económicos y sociales, por problemas de falta de acceso de la población a servicios y bienes públicos como el agua potable, la salud, educación y el aseguramiento social. Esta falta de acceso tiene otros factores explicativos como la inequidad en el sistema de salud, el mal uso de los recursos de presupuesto, la descapitalización creciente de los regímenes de previsión y aseguramiento social y la discriminación en la atención por género y etnicidad.

La política económica ha tenido mayor incidencia en los problemas anteriores, sobre todo en la falta de aseguramiento social de la población. Por un lado, se observa una tendencia a la segmentación del mercado de trabajo por la escasa respuesta del sistema a la demanda de empleo sostenido; por el otro, la percepción de los usuarios de los servicios y asociaciones gremiales, que la flexibilidad introducida en dicho mercado y políticas de empleo y

¹ Se estima que el PIB crecerá en periodo 2010-2014 a menos del 4%. El 58.8% de los hogares de Honduras viven en situación de pobreza; 36.4% de los hogares en situación de indigencia; más de 1.3 millones de personas enfrenta problemas de empleo; con la crisis del 28 de junio se perdieron más de 20,000 millones de lempiras; 83% de la población hondureña no tiene acceso a seguro de salud y 30% no tiene cobertura efectiva. Los femicidios alcanzaron las 296 muertes en 2010 y a cerca de 5000 personas se les violaron sus derechos más elementales.

salariales aumenta el riesgo de pérdida de aseguramiento social en una coyuntura donde la capacidad actual del sistema no está garantizada por el Estado.

1.2 Objetivos

- a) Conocer y analizar la incidencia de las principales políticas económicas en la crisis de aseguramiento social de Honduras, en especial después del golpe de Estado del 28 de junio de 2009.
- b) Identificar los retos y desafíos más importantes que enfrenta la institucionalidad pública y demás actores del sector.
- c) Esbozar las bases para conformar una Hoja de Ruta que pueda elaborarse y desarrollarse a futuro con los actores para enfrentar esos retos y desafíos.

1.3 Enfoque Metodológico

Se parte de una premisa fundamental: El reconocimiento que las intervenciones institucionales en materia de política (s) económicas se relacionan con el logro de grandes objetivos nacionales como la estabilidad económica, el crecimiento sostenido y la justicia social; pero que, sus efectos e incidencias se reflejan e impactan negativamente en las condiciones de reproducción material de la población, al afectar su ingresos y demás medios de vida. Igualmente, en las capacidades públicas para garantizar el aseguramiento social a una población en ascenso y que presenta rasgos diferenciados en cuanto a dotación de recursos y acceso a satisfactores sociales por género, etnicidad, edad, ubicación geográfica y nivel de organización y representación política.

II. Crisis y Reforma de Salud Trunca

Un de los principales intentos de reforma del sector salud se gestó después del paso de la tormenta tropical y huracán Mitch, apoyada por los organismos financieros internacionales (OFIs) como Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). La política económica restrictiva para lograr la condonación de la deuda externa afectó el ritmo y los alcances de dicha reforma. Pero también los gremios presentaron resistencia, al considerar

que se estaba debilitando a las principales instituciones del sector y los intereses estratégicos de su movimiento.

2.1 Inestabilidad Económica y Ausencia de Reformas

La década de los 80s fue una década pérdida para la economía y sociedad hondureña. El producto interno bruto real creció a una tasa promedio anual de 2.9%, menor que la tasa de crecimiento de la población y menos de la mitad al alcanzado en el periodo 1970-1980. El deterioro observado en el PIB per cápita de -0.6%, la inflación 6.2%, deuda externa/PIB de 72.8%, déficit fiscal/PIB de 8.3% y déficit en balanza de pagos /PIB de 9.5%, mostraron la magnitud de la crisis económica y la insuficiencia de las políticas ejecutadas por los gobiernos.

Honduras se vio involucrado en el conflicto regional y se convirtió en una pieza clave de la política de Estados Unidos hacia la región centroamericana, caracterizada por un creciente conflicto político y social, guerra encubierta contra la revolución nicaragüense y de desestabilización de los grupos sociales y organizaciones gremiales. Este rol jugado por el país, le permitió sortear de mejor manera la crisis ya que tuvo acceso a recursos financieros externos en momentos donde el comportamiento de las variables económicas decían lo contrario.

Las instituciones públicas y de seguridad social en particular, no tuvieron problema alguno que afectará sus finanzas y pusiera en duda la capacidad para enfrentar posibles brechas de cubrimiento. Por un lado, la capacidad financiera de los derechohabientes permitió garantizar un nivel mínimo de cotizaciones a los regímenes de previsión social. Existía el compromiso del gobierno por honrar sus deudas de los trabajadores, al trasladar periódicamente las deducciones a las instituciones de aseguramiento social. Pero, además, los aportes de los empresarios no comprometían sus finanzas, en tanto el monto de los salarios de los obreros era manejable.

A partir de los años 90s con el ajuste económico y el proceso de reforma del Estado hondureño, se hace manifiesto un cambio en las prioridades de la política de salud y de aseguramiento social. Se busca que los servicios se presten en forma eficiente y tengan el impacto esperado en la población. Una de las estrategias lo fue y lo sigue siendo, el fortalecimiento de los gobiernos locales con la descentralización y desconcentración y mayores incentivos a la iniciativa de los agentes económicos con las privatizaciones. Estas iniciativas no tuvieron los resultados esperados, ya que el sesgo recesivo de la política de ajuste económico, la resistencia de los gremios a la descentralización y privatización de los servicios públicos, corrupción y el paso de la tormenta y huracán Mitch terminaron con ellas.

En esta década el PIB real (tasa de crecimiento promedio anual) fue de 2.7%, ligeramente superior al de la década anterior; la inflación se disparó a 19.5% anual, que reflejó la transferencia de ingresos de los asalariados y los pensionados a los dueños del capital. La tasa de crecimiento del PIB per cápita fue negativa (-0.6%), la deuda externa representó el 104.4% del PIB, que orilló al país a la búsqueda de alternativas como la HIPC (Iniciativa de países pobres altamente endeudados) para reducir el stock de deuda y la condonación por los OFIs, acreedores bilaterales y gobiernos amigos.

Los efectos de Mitch fueron inimaginables, en especial en el sector salud y de aseguramiento social. Según cifras de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), las pérdidas totales ascendieron a 2,794 millones de dólares, de los cuales 1,800 fueron en el sector productivo. En el sector salud los daños se estimaron en 62.2 millones de dólares, 5,657 personas muertas, 12,277 heridos y 1.5 millones de personas damnificadas.² En el año 2000, el representante del Colegio Médico al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), apuntaba que la institución iba a colapsar ya que enfrentaba un déficit presupuestario de 308 millones de lempiras, que lo dejaba sin recursos para pagar nóminas y cubrir más de 70% de la provisión de medicamentos para enfrentar la demanda diaria. Incluso argumentaba que si no se le inyectan recursos al IHSS, se afectará a 500 mil

² Ver Javier Suazo “Honduras: El Plan Nacional de Ambiente y Salud en el Desarrollo Humano Sostenible de cara al MITCH”. Documento N. 14722. OPS, julio de 2001.

afiliados y recomendaba duplicar el monto de las cotizaciones y reformar la Ley de la Institución.³

Además de ello, quedó en evidencia que la idea fuerza o meta guía de salud, denominada salud para todos en el año 2000, no se cumplió ya que, entre otras cosas, el sistema nacional de salud no se integró ni completó. Esta idea fuerza que tuvo vigente en estas dos décadas se sustentó “en dos (2) estrategias operativas: la atención primaria en salud (APS) y; los sistemas locales de salud (silos). ...**El Sistema Nacional de Salud**, es definido como un conjunto de instituciones, recursos y acciones que actúan coordinadamente para el logro de uno o varios objetivos de desarrollo social, incorporando los niveles de intervención y participación de todos los actores económicos y sociales involucrados o con algún grado de responsabilidad en la solución de uno o varios problemas; **la Misión Social Estratégica**, es la de procurar, mediante la entrega de servicios de salud, el desarrollo del nivel y estructura de salud de los individuos y los grupos humanos que integran la sociedad hondureña; los objetivos y propósitos son la expresión del acceso de los diferentes individuos a los servicios de salud, la capacidad del sistema de modificar la situación de salud (imagen actual) y de producir servicios a un menor costo, como de la participación de los agentes de la sociedad civil hondureña dentro del sistema”.⁴

Hubo avances en reducir la mortalidad infantil, aunque no a los niveles que se tenía previsto, igual la desnutrición y mejoramiento en las condiciones y calidad de vida, ya que una mayor población tuvo acceso a servicios sociales básicos como el agua potable y el saneamiento básico, pero a inicios de la década se observó un resurgimiento de otras enfermedades como el cólera, dengue, hepatitis y VIH-SIDA. Este resurgimiento se acompañó de una política económica menos activa de atención en salud y aseguramiento social, en tanto los esfuerzos estaban orientados a reducir las brechas de endeudamiento externo, fiscales y de balanza de pagos. Pero también era evidente la necesidad de ejecutar una reforma del sector salud para que, entre otras cosas, se mejoraran los balances

³ Ver Declaraciones a Seminario de Información Económica y Financiera. Tegucigalpa DC, 6 de enero de 2000.

⁴ Ver Javier Suazo “Visión Estratégica, Retos Futuros y Marco de Políticas en Salud y del Sub-Sector de Agua Potable y Saneamiento”. OPS-SS-SANAA. Tegucigalpa, 2000 Pág. 2...

presupuestarios y financieros de las instituciones involucradas (SALUD, IHSS, SANAA) y no se ejerza mayor presión sobre las finanzas públicas, ajustaran las tarifas y se diera una mayor participación a los agentes privados.

En el caso específico del IHSS, como una de las principales instituciones en el aseguramiento social de la población, se propuso en el marco de la reforma y modernización del Estado, una Ley de Sistema Unitario de Pensiones en Honduras, considerado un servicio público obligatorio, con administración prestada por entidades públicas y privadas. Según el anteproyecto de Ley, el sistema estaría conformado por a) un régimen previsional de la administración pública, denominado “primer régimen, fundamentado en el otorgamiento de una pensión básica financiada a través del régimen financiero de capitalización colectiva; b) un régimen previsional de administración privada, denominado segundo régimen”, fundamentado en el otorgamiento de una pensión complementaria y financiado mediante el régimen financiero de capitalización individual de los fondos.⁵

Según esta Ley, todo trabajador cubierto por los programas de los institutos como ejemplo IHSS e Instituto Nacional de Previsión del Magisterio (INPREMA) se consideran afiliados al sistema unitario de pensiones en Honduras, la cual es única y permanente. Las contribuciones al sistema se calcularán usando como base imponible el total de los salarios mensuales con un tope igual a diez (10) salarios mínimos para todos los afiliados cualquiera que sea el régimen y la institución a la que cotizan. El trabajador aportará un porcentaje fijo de 8% para vejez y un porcentaje variable por invalidez y sobrevivencia; el empleador aportará un porcentaje fijo de 3%.

La Ley enfrentó resistencia de parte de las organizaciones gremiales que cuestionaron el hecho que el Estado Hondureño se estaba desligando de la responsabilidad a la atención social y aseguramiento social ocupacional. Igual tenían que pagar más por la atención en salud, ya que el IHSS trasladaría la mayoría de estos servicios al régimen complementario

⁵ Ver Anteproyecto “Ley del Sistema Unitario de Pensiones de Honduras”. Proyecto de Privatización, República de Honduras, Septiembre de 1996.

prestado por clínicas privadas. Se consideró prohibitivo para la bolsa de los trabajadores, ya que la pensión por invalidez total a otorgarse sería de solo el 70% del salario promedio y de 50% en caso de invalidez parcial. También se cuestionó el gradualismo en el cálculo de las pensiones por vejez, en tanto a los afiliados al nuevo régimen unitario que gozarán de este beneficio, se les pagaría según lo estipulado en la Ley del IHSS y sólo después de ello, o sea la diferencia, con lo que dicta esta nueva legislación.

2.2 Las Reformas no Cuajan

Después de Mitch, dos (2) modalidades de reforma del sector salud se hicieron presentes. La primera de ellas impulsada por los OFIs como el Banco Mundial y el BID. La segunda impulsada por los propios actores del sector, que en el caso del IHSS incluyó planteamientos para reformas estructurales de la institución.

La primera modalidad se sustentó en la ejecución de dos (2) programas de reforma del sector salud. El Programa de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos de Salud (PRIESS-BID) y el Programa de Reforma del Sector Salud (PROREFORMA) financiado por Banco Mundial. El PRIESS tuvo un costo inicial de 40 millones de dólares (36 millones aportados por BID en carácter de préstamo y 4 millones como fondos de contraparte nacional). La ampliación de la cobertura en salud comprendía la puesta en marcha de nuevas formas de gestión en salud como la entrega de los paquetes básicos como medio de llegar a la población carenciada y sin acceso a los servicios de salud a través de la participación activa y subcontratación de organizaciones privadas y de la sociedad civil. También incluía la reforma de la Secretaría de Salud (SS) y la reorganización y mejoramiento de la atención hospitalaria con el programa de mejoramiento de gestión hospitalaria (POSHOSPITAL).⁶

⁶ Este programa tenía como objetivos fundamentales: a) La transformación de los llamados órganos de gobierno del hospital; b) La autonomía en la gestión hospitalaria; c) El cambio en el relacionamiento con la comunidad y sociedad civil organizada; d) La modernización de los procedimientos clínicos y administrativos; e) La capacitación de los funcionarios especialmente de quienes tienen a su cargo la conducción del hospital y; f) La rehabilitación y equipamiento de los servicios materno infantiles y otros que fueran necesarios para apoyar estos servicios. Ver para ampliación “Perfil de Entrada para Cinco (5) Hospitales Regionales y Siete (7) Hospitales de Área. Secretaría de Salud-PRIESS-BID, julio de 2000.

El costo de PROREFORMA se estimó inicialmente en 25 millones de dólares aportados por el Banco Mundial. Su intervención mayor estaba focalizada en el aseguramiento social ya que buscaba la modernización del IHSS, mejorando la capacidad de atención con la ampliación de la cobertura y la calidad al proponer reformas en el modelo de gestión tradicional caracterizado por el monopolio de atención de la Institución.

Las intervenciones de estos programas o proyectos se enmarcaron en la política de salud post Mitch donde se asumió a la reforma del sector salud como un eje transversal de las intervenciones sustentado en el desarrollo institucional de la SS, la descentralización de la gestión y los servicios de salud, el desarrollo local como una estrategia de fortalecer los niveles básicos de atención, la promoción de la salud a través de nuevas formas de participación social y la reorganización del modelo de atención y el fortalecimiento gerencial.⁷

La segunda modalidad de reforma o contra/reforma en salud surgió como una respuesta espontánea al planteamiento de los OFIs. El Sindicato de Trabajadores de la Salud (SITRAMEDYS) se opuso a la reforma por considerarla una forma de privatización y debilitamiento del sistema y SS.⁸ Los paquetes básicos se consideraron y siguen considerando una sustitución del trabajo que realiza el personal de la SS en las regiones del país, que debe ser asumido por operadores comunitarios (Organizaciones de la Sociedad Civil) y gobiernos locales que no tienen ni la competencia ni la capacidad técnica para entregar este tipo de servicio. Se argumentó que a los sumo estos paquetes deberían ser entregados por personal de la SS. Es decir que para los gremios del sector salud, el modelo es y sigue siéndolo que el Estado sea el responsable directo de la entrega de este bien público a la población y de su financiamiento.

⁷ Ver Memoria de la Gestión en Salud 1998-2001. Secretaria de Salud, 2002.

⁸ Según el Dr. Carlos Godoy, detrás de esta modalidad de reforma e intervención en salud, lo que existe es una concepción neoliberal del desarrollo que recomienda reducir el tamaño del Estado por considerarlo ineficiente y con muchos gastos que afectan el sano equilibrio de las finanzas públicas. En el caso del aseguramiento social, se argumenta que la población es la que debe hacer el mayor gasto en salud aunque como se ha demostrado la población pobre es la que ya tiene un nivel de gasto familiar de salud alto. Ver del autor "La Reforma Neoliberal en Salud y Seguridad Social. Tegucigalpa, DC, octubre de 2002.

En segundo lugar, personal de la SS ligado a la concepción de desarrollo de la salud del ser humano y no de la capacidad institucional del sector salud, se manifestó a favor de un enfoque que privilegia la atención primaria en salud, trasladando funciones y recursos del nivel central a las regiones de salud pero sin cambios en las relaciones de poder entre ambos gobiernos (central y subnacional). Se buscaba hacer más efectivo las intervenciones en salud en el nivel de atención básica, para cubrir no solo objetivos de ampliación de cobertura, sino también de eficiencia (descongestionamiento del nivel de atención en hospitales de área y nacionales) y de equidad ya que las personas más pobres son las que financian el sistema de salud al pagar más por los servicios.⁹

Los gobiernos locales en el marco de los fondos asignados para el combate de la pobreza, desarrollaron acciones con apoyo de proyecto financiados por ASDI, COSUDE y AID, para ejecutar experiencias de reforma del sector salud a manera de planes pilotos en regiones, departamentos y comunidades, orientadas a otorgarle una mayor participación a los actores locales y población en los cuidados de la salud. Se diferencian de los enfoques de reforma iniciales, donde se consideraba al programa y/o proyecto de financiamiento como el todo. Aquí los actores del sector aportan recursos, capacidades y trabajo para desarrollar la experiencia y garantizar su sostenibilidad. Experiencias de este tipo son las llamadas clínicas comunitarias, el voluntariado en neumonía, los convenios de cogestión en salud y los fondos comunitarios de medicamentos.

La entrega de los paquetes básicos de salud alcanzó a beneficiar un promedio de 300 mil familias anuales entre 2002 y 2005; al menos 12 hospitales contaron con un perfil de entrada para conocer su situación integral y elaborar a partir de allí planes estratégicos que incluyen reformas en las estructuras tarifarias y sistemas de gerencia técnica y financiera con el involucramiento de gobiernos locales y asociaciones de la sociedad civil; se cambió la estructura programática y presupuestaria de la secretaria de la salud para ordenar las intervenciones y la asignación de los recursos del presupuesto; una nueva

⁹ Ver Jack Fielder y Javier Suazo. "Ministry of Health User Fees, Equity and Decentralization: Lesson from Honduras." Universidad de Oxford, Julio 18, 2001.

política y plan de salud se puso en vigencia al 2021, con metas e indicadores alineados a la ERP.

En el caso del IHSS, se mejoró el registro de afiliación de abonados y patronos que permitió bajar la mora pero no en los montos deseados; se pactó con el Estado una modalidad de pago de las cotizaciones que le permitiera al IHSS poder disponer de recursos por este concepto para enfrentar problemas de desabastecimiento de medicamentos; hicieron reformas para extender el beneficio de atención a los hijos de los trabajadores de 5 a 11 años y se amplió el techo de cotización de Lps 600 a Lps 4,800 para ampliar la pensión; además la cobertura de atención al 15% de la población en general, el 20% de la PEA y el 30.6% de la fuera de trabajo asalariada

Estos programas marco de reforma del sector no se continuaron (PRIESS y PROREFORMA), con lo cual esta modalidad de intervención perdió fuerza y muchas de las acciones como los paquetes básicos se debilitaron como estrategia de entrega de servicios de salud sostenida.¹⁰ El presidente Zelaya Rosales en su Visión de Poder Ciudadano para Transformar Honduras, lanzó su idea fuerza de una nueva agenda salud para humanizar la salud.

Ello incluía entre las medidas más importantes: a) Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en Salud; b) Ampliación de cobertura y garantía de acceso a los servicios para la población más pobre; c) Conformar el consejo nacional de salud (CONSALUD); d) Creación del Fondo Nacional de Salud, con aportaciones del Estado y contribuciones del IHSS, para financiar la seguridad en salud de toda la población; f) Erradicación total del dengue y la malaria, prevención nacional del VIH/SIDA; g) Incentivos a la inversión privada para la producción de medicamentos genéricos del alta calidad y a bajo costo; h) Ejecutar el programa “Urge Iniciar Bien la Vida”, que dará cobertura universal y de

¹⁰ En la práctica y en ausencia de financiamiento externo para ejecutar este tipo de proyectos, la SS trató de acoplar parte de las intervenciones de los proyectos anteriores en el marco de un paraguas más amplio denominado reforma del sector salud y que tenía y sigue teniendo en la estrategia de RAMNI (reducción acelerada de la mortalidad materna e infantil) uno de sus principales instrumentos. En este marco, en febrero de 2006, mediante decreto ejecutivo N.01-06 del 1 de febrero de 2006, se aprobó las directrices y lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria, siendo una de las novedades la medición de la gestión por resultados a través del cuadro de mando integral.

calidad durante el embarazo, participación, puerperio y atención al niño e; i) Ampliar la cobertura de la seguridad social, hasta alcanzar el acceso universal al seguro social, con participación pública y privada.¹¹

Muchas de estas promesas de campaña no se cumplieron ya que cada Ministro de Salud, cuatro (4) en total, le imprimió su propio sello a la SS y propuso lo que a su juicio deberían ser los grandes lineamientos para la reforma y prioridades de intervención. La crisis del 28 de junio y los problemas de inestabilidad en las principales variables económicas afectaron el grado de cumplimiento de las metas institucionales y sectoriales del gobierno. Sin embargo, destacó logros en los dos (2) primeros años de gestión como la aprobación del Decreto del gobierno donde se incluyen a las empleadas domésticas en el Seguro Social; más de 5 millones de consultas externas entre la SS y el IHSS y la atención de más de 7,400 con VIH/SIDA.¹²

III. Política Económica, Inestabilidad del Mercado de Trabajo y Precariedad del Empleo.

La crisis de aseguramiento social tiene una referencia obligada: las intervenciones en el mercado de trabajo y su dinámica de empleo, calidad de los puestos de trabajo y la exclusión social.

3.1 Condonación, Empleo y Combate a la Pobreza

En la primera mitad de la década (2000-2010) las reformas del sector salud se complementaron con una política económica restrictiva que, a criterio de los gobiernos, era necesaria para acceder a recursos de la condonación de la deuda externa. Se trató de demostrar a los OFIs que el país había realizado el sacrificio requerido para estabilizar la economía y cambiar los indicadores de endeudamiento externo. Y es que los resultados

¹¹ Ver Visión de Poder Ciudadano para Transformar a Honduras. Partido liberal de Honduras. Tegucigalpa, Noviembre de 2005.

¹² Ver Informe de Logros del Poder Ejecutivo 2008. Presidencia de la República-UNAT. Tegucigalpa, Febrero de 2008.

fueron satisfactorios a juzgar por los indicadores del cuadro N.1. El saldo de la deuda externa/PIB bajó de 77.6% en 1999 a 45.6% en 2005; el saldo de las exportaciones /PIB de 184.9% a 77.3%, igual sucedió con el servicio de la deuda.

Cuadro N.1

Indicadores de Solvencia y Liquidez de la Deuda Externa

Indicador	1999	2002	2003	2004	2005
Saldo Deuda/PIB	77.6	67.0	69.4	69.2	45.6
Saldo Deuda/exportaciones	184.9	175.9	179.1	169.8	77.3
Saldo Deuda/ Ingresos Corrientes	418.7	379.0	37.7	363.3	280.9
Servicio de la deuda/PIB	3.8	2.1	3.0	2.5	1.8
Servicio de la Deuda/ Exportaciones	9.2	5.6	7.7	6.4	3.1
Servicio de la deuda / Ingresos Corrientes	20.8	12.1	16.2	13.6	11.3

Fuente: SEFIN, Memorias. Varios años.

No obstante se tuvieron que pagar los costos de dicho ajuste económico para la condonación y la liberalización (uso) de recursos destinados al combate de la pobreza. El crecimiento del PIB real disminuyó de 5.7% en 2000 a 4.1% en 2005, un poco encima de la tasa de crecimiento de la población. La inflación creció en promedio a 8.45% en este periodo, el déficit del gobierno central (% del PIB) alcanzó 2.7% en 2005 y el de cuenta corriente de la Balanza de Pagos cercano al 1% del PIB.

El mercado de trabajo es el que más resintió esta política restrictiva de los gobiernos. Por un lado, se afectó la capacidad de absorción del sector por generar puestos de trabajo, hubo deterioro del salario real, aumentos en el costo de la canasta básica y de alimentos. Por el otro, lo más destacable fue la proliferación del precarismo¹³ del trabajo, donde los mayores

¹³ El Equipo de Monitoreo Independiente de Honduras (EMIH) que se manifiesta en contra de la flexibilidad del mercado de trabajo y precariedad del empleo, establece que el empleo precario es sinónimo de empleo inseguro, inestable y sin garantías para los trabajadores (as), sobre todo para las mujeres. “La persona que se desempeña en un empleo precario no recibe un salario justo y no goza de las prestaciones sociales garantizadas por la ley. Además, a veces tiene que realizar actividades de alto riesgo, sin contar con la protección ni seguros en caso de accidentes laborales. Y si una persona no tiene un trabajo estable, si no gana lo suficiente, si no está protegida por la Seguridad Social, es muy difícil que pueda planificar su vida a partir de su actividad laboral.” Ver ¿Qué es la Precariedad Laboral? EMIH. San Pedro Sula. Honduras. Mayo de 2010, Pág1.

afectados además de los hombres, fueron las mujeres jefes de hogar, las minorías étnicas, ancianos, jóvenes y niños (as).¹⁴

Los datos de las encuestas de hogares del INE para este periodo son relevantes. Entre el año 2000 y el 2005, aparecieron 142,622 nuevos pobres, de los cuales un 12% se consideraron en pobreza relativa y 88% en pobreza extrema, o sea indigentes. También hubo un incremento importante en el costo de la canasta básica mensual por hogar (persona) que para el área urbana alcanzó en 2005 los Lps. 1,664.3 y la rural de Lps 836.2 lempiras, incrementos estos mayores a los ajuste decretados en el salario mínimo por inflación.

Los indicadores del mercado de trabajo mostraron un retroceso. A finales de 2002, la población total era de 6.6 millones de personas; pero a finales de 2005, la población es de 7.3 millones de personas, unas 700,000 personas más. La población en edad de trabajar (PET) también aumento y pasó de representar el 72% de la población total al 75% en 2005, igual lo hizo la población económicamente activa (PEA) que aumentó en 300 mil personas, con tasas de participación de la PET de 50% en promedio. En el caso de las mujeres, la PET en 2002 era mayor que la de los hombres, pero la PEA sólo representaba el 48% de la PEA masculina; en 2005 este porcentaje se incrementó a 52%, constituyendo una de las principales brechas de género en el mercado de trabajo hondureño.

La población ocupada en 2002 era de 2.3 millones de personas, pero la ocupación en la mujeres sólo representaba el 32% del total ocupado. En 2005, este porcentaje fue de 32.8%, lo que constituye una segunda brecha por género. Estas dos brechas complementado con la brecha de que las mujeres realizan más trabajo invisible,¹⁵ reciben menos ingresos (promedio) que los hombres y hay trabajo realizado pero no computado ni remunerado

¹⁴ Desde hace un tiempo acá se ha venido reconociendo que el mercado de trabajo es altamente segmentado, excluyente e inequitativo. El gobierno ha pensado políticas de empleo sin considerar estas rigideces estructurales, por lo que los impactos no son muy visibles en el bienestar de la población.

¹⁵ En 2005, según datos del INE, existían en el país más de 235,000 personas con subempleo visible, o sea que están empleadas pero trabajan menos de 36 horas a la semana que pueden y necesitan trabajar más, igual se reportaron casi 800 mil personas con subempleo invisible, aquellos que trabajan más de 36 horas a la semana pero que su ingreso recibido es menor al salario mínimo; ello tiene una mayor severidad en el medio rural hondureño donde la tasa de subempleo invisible fue de 37.8%.

(hogar, familia, comunidad), constituye la desigualdad estructural excluyente del mercado de trabajo con respecto a la mujer.

El ascenso del trabajo infantil fue otra de la buena ventura de las políticas restrictivas de inversión y gasto. En 2002, más de 92 mil jóvenes entre las edades de 13 a 15 años se encontraba realizando algún trabajo con 4.8 años de escolaridad, que explica la deserción de la escuela por la búsqueda de empleo. En 2005, se habla de 150,000 jóvenes ocupados fuera de las escuelas. Por otra parte, más de 70,000 niños en edad comprendida de 5 a 13 años estaban ocupados y más de 202 mil no trabajaban ni estudiaban.¹⁶ Esta es otra brecha del mercado de trabajo hondureño, denominada brecha inercial, donde cada vez más jóvenes y niños (as) se insertan en el mercado de trabajo, muchas veces en ocupaciones informales, riesgosas y peligrosas, buscando completar ingresos familiares insuficientes; estos jóvenes y niños, se ven obligados a abandonar la escuela y los colegios y no regresan, lo que constituye una pérdida neta para el país.

Otra incidencia de las políticas económicas restrictivas fue la situación del adulto mayor, enfrentada a inicios de la década (2003), donde el 70.8% de esta población presentaba problemas de pobreza y el 55.2% se encontraba en la indigencia, situación está que no cambió en este periodo ya que la cobertura en aseguramiento social de los adultos, uno de los principales alicientes para cambiar la situación, en vez de mejorar empeoro.¹⁷ Según esta fuente de cada 10 adultos mayores, 5.5 se encontraban en la indigencia y no disponía de recursos para adquirir una canasta básica de alimentos.

3.2. Activismo Económico, Profundización de Brechas y Aseguramiento Social

A inicios del nuevo gobierno en 2006, se reconocía que las tendencias internacionales relacionadas con el mercado de trabajo, aseguramiento social y las relaciones entre los actores protagónicos en Honduras, apuntaban a lo siguiente:

¹⁶ Ver Encuestas e Hogares INE (mayo y septiembre de 2002 y mayo de 2006).

¹⁷ Ver “Diagnóstico de las Personas Adultos Mayores en Honduras (resumen ejecutivo). CONADEH. Tegucigalpa, 2003.

- a) Creciente desplazamiento del tripartismo de las relaciones laborales y la gestión de la fuerza de trabajo hacia un cada vez mayor dominio del empresariado sobre los otros actores.
- b) Papel del Estado cada vez menos protagónico en la regulación de las relaciones laborales lo que establece el libre funcionamiento del mercado y en ocasiones una visión negativa de los sindicatos y otras organizaciones favorables a una regulación y monitoreo adecuado de las relaciones y condiciones de trabajo.
- c) Estrategias empresariales que basan la mayor parte de su éxito en estrategias de bajo costo laboral (bajos salarios, incumplimiento con las prestaciones económica).
- d) Debilidad, poco desarrollo, ausencia de participación y pérdida de credibilidad de las organizaciones de trabajadores.
- e) Nuevas estrategias de competitividad y flexibilidad laboral, que debilitan la capacidad de negociación y acción de las organizaciones de trabajadores.
- f) Formas tradicionales de gestión que establecen la precariedad de las actuales condiciones de vida y trabajo como la baja calificación básica y técnica de los trabajadores, los bajos salarios, las jornadas laborales flexibles y la autonomía patronal en temas laborales.”¹⁸

Entre 2006 y 2009 la política económica tuvo un activismo inusitado; sin embargo, aunque ciertos indicadores mejoraron ello no fue suficiente para revertir la tendencia observada y más bien la situación empeoró por los problemas de la crisis política y la crisis financiera internacional.

Hay evidencia que la pobreza extrema disminuyó, pero el costo de ello fue alto. Según datos del INE (2010) los pobres absolutos aumentaron en 82,871 personas en este periodo, la pobreza relativa también aumentó en más de 80 mil personas y la extrema también en más de 2000 personas; y es en esta última donde se observaron mejoras en 2006 y 2007. Tres factores explicaron esta reducción: a) la tasa de crecimiento del PIB en 2006 y 2007 arriba de 6% (promedio), que aumentó el PIB per cápita y los gastos de consumo de la población; b) La creciente bonificación de la política social como el aumento de Lps 3000 millones por el compromiso del Estatuto del Docente sin evaluación previa y sin cumplirse los 200 días de clase; más de 3,440 millones canalizados por la red solidaria, entrega de bonos, matrícula gratis y más de 550 millones de lempiras que correspondieron al bono tecnológico entregado por SAG, la Alforja Campesina del Programa Nacional de

¹⁸ Ver Lino Carmenate Milián “El Acceso a la Seguridad Social en Honduras”. Fundación Ebert. Tegucigalpa, DC, Noviembre de 2007.

Desarrollo Rural Sostenible (PRONADERS) y las cajas rurales¹⁹; c) Hubo un cambio en la metodología de cálculo de la medición de la pobreza y del número de personas viviendo con menos de un dólar al día, que debió incidir en la baja de algunos puntos de la pobreza extrema.

La tendencia observada en el mercado de trabajo siguió su curso y más bien ciertos indicadores retrocedieron. El costo de la canasta básica nacional (promedio) mensual fue de Lps 1,335,1 en 2006 y en 2008 de Lps 1963.3, o sea que aumentó en un 47%.²⁰ A finales de 2008 y con vigencia a partir de 2009, el gobierno decidió ajustar el salario mínimo en un monto mayor de 60% para compensar este deterioro, desechando el procedimiento tradicional establecido con los empresarios y parte de las centrales obreras, de ajuste al salario a la tasa de inflación anual pasada.²¹

A inicios de 2009, la situación del empleo era preocupante. Hubo aumentos de la tasa de participación (PEA/PET) al alcanzar el 37%, igual en la tasa de participación laboral de 50.7%, que demuestra la creciente demanda de empleo, en especial de los jóvenes y las mujeres para enfrentar la crisis de empleo y de ingreso de las familias. Aunque la tasa de desempleo abierto tuvo un mejoría al situarse en 3.0% en 2008, la tasa de subempleo invisible fue de 32.6%, con lo cual aumentaron las personas que reciben menos del salario mínimo y que trabajan más de 36 horas semanales.

Las secuelas de la crisis financiera internacional afectó la tasa de crecimiento del PIB y PIB per cápita en 2008 y 2009, pero la crisis política generada por el golpe de Estado del 28 de junio, terminó por conformar un panorama no muy halagador para la economía, finanzas y sociedad hondureña. La tasa de crecimiento del PIB fue de 4.0% en 2008 y cayó a -2.1% en

¹⁹ Es de agregar el subsidio a la energía eléctrica que según cifras de la ENEE alcanzó entre 2006 y 2008, los 2,276.4 millones de lempiras, igual el subsidio a la gasolina.

²⁰ Este costo de la canasta básica es para un miembro del hogar (hogares que declaran ingresos), pero estos hogares en promedio están conformados por 6 miembros, lo cual da una idea de cuanto se necesita para cubrir dicha canasta básica de alimentos.

²¹ En el discurso político del gobierno y de las Centrales Obreras, como justificación para decretar el ajuste al salario mínimo, destacó el hecho que el salario vigente no cubría ni el 50% de la canasta básica de alimentos para una familia de 6 miembros, y lo justo es que se acerque dicho ajuste al costo, con lo cual se desecha el mecanismo tradicional de ajuste al salario mínimo por inflación pasada más un porcentaje adicional que puede ser la tasa de crecimiento de PIB real.

2009, con una caída del per cápita de -4.1%. Se perdieron más de 120,000 puestos de trabajo, por la crisis financiera, crisis política y el ajuste al salario mínimo (COHEP: 2009).

De esa pérdida de empleo 20,000 fueron en el sector de la micro y pequeña empresa, uno de los sectores más vulnerables a los problemas de falta de aseguramiento social. Se disparó como nunca el endeudamiento interno para enfrentar la moratoria decretada de la ayuda internacional y el alto monto de los gastos de gobierno, ya que el déficit fiscal/PIB fue de 6.2% en 2009. Los datos de INE mostraron que más de 1.3 millones de personas tienen problemas de empleo, y la crisis política lo que hizo fue aumentar el empleo precario y la incertidumbre en cuanto a la protección social de estado a este tipo de personas. Esta precariedad del empleo es más visible en las zonas rurales, donde la mujer tiene que trabajar por salarios más bajos y jornadas de trabajo extenuantes. Sin posibilidades de acceder a un servicio de salud de calidad y equitativo, el agravamiento de sus condiciones y medios de vida se profundiza día a día.

“Se ha señalado para el caso de Honduras, que el trabajo infantil ha venido en ascenso ya que en 2006 se registraban 300,000 niños y niñas, cifra que aumentó a 377,158 en 2010. El trabajo infantil representa el 11% de la PEA y el 14% de la población comprendida entre 5 y 17 años. Los hombres participan de 79% de estos trabajos y las mujeres con el 21%. La agricultura es el sector que más fuentes de empleo ofrecen a los niños, aunque también han estado adquiriendo notoriedad otras ocupaciones peligrosas como la explotación sexual infantil. Cada día son más los adolescentes que dejan la escuela para llevar dinero a sus hogares, sin embargo, se carece de estrategias integrales o sistémicas y eficaces para enfrentar la problemática”²².

En 2009 y 2010, hubo más pobres, indigentes y alimentos más caros, sin que exista aún una política deliberada del Estado por generar empleos sostenibles de calidad (Ver gráfico 1). El sector primario de la economía, la maquila y la construcción, considerados sectores dinámicos, no están generando los puestos de trabajo que ocupa el país. El empleo precario

²² Ver Honduras: Compendio de Análisis Reciente de la Situación de País. Sistema de Naciones Unidas. Marzo de 2011.

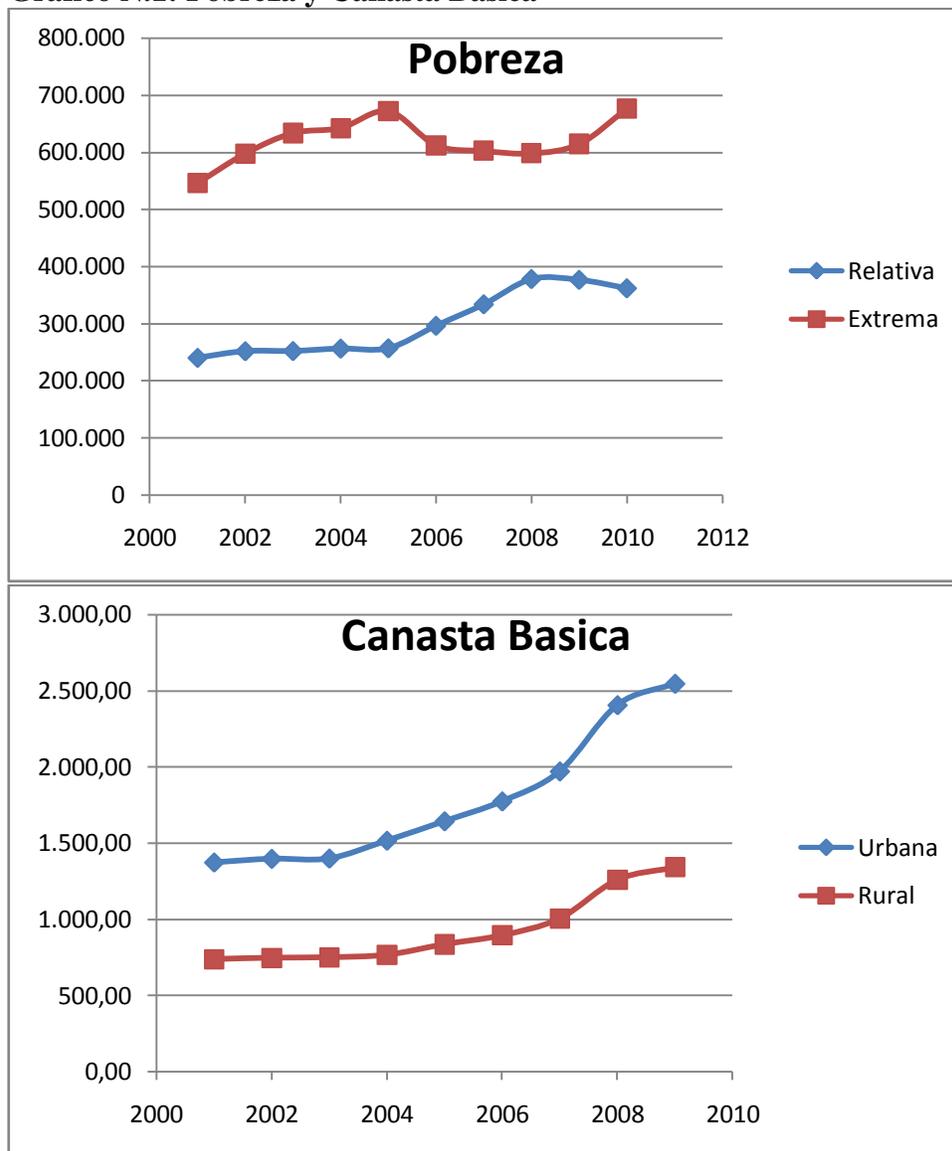
y espurio no es una política de estado para el mercado de trabajo hondureño, ya que ello trae aparejado una crisis de aseguramiento social que presiona sobre los servicios públicos de salud mayormente en las zonas urbanas, sin que se cubran satisfactoriamente dichas demandas.

“La inseguridad social refleja la propagación de situaciones inestables en el mercado laboral. Florecen las relaciones de ocupación atípicas y flexibilizadas, como el trabajo a tiempo parcial, el trabajo esporádico, la nueva autonomía laboral o la subcontratación...son de duración limitada, son parcialmente cubiertos en materia de derechos sociales y, más allá de las restricciones materiales y de derechos sociales, también dejan expuestos a los individuos afectados en términos sociales y psicosociales”²³

Hay evidencia que el riesgo de inseguridad alimentaria ha venido en aumento, ya que en el caso particular de los granos básicos, los pequeños productores y grupos campesinos de la reforma agraria enfrentan problemas para acceder a financiamiento blando, semilla mejorada y asistencia técnica. Con la vigencia del CAFTA-RD, las importaciones de alimentos han crecido exponencialmente sin que el Estado tenga una política agrícola efectiva de protección al pequeño productor, tal como la tiene Nicaragua. La inseguridad alimentaria la sufren más los grupos vulnerables como las madres jefes de hogar, los infantes, la población étnica y las personas de la tercera edad.

²³ Ver Christoph Reinprecht “El Regreso a la Inseguridad Social”. Revista Nueva Sociedad N 232 Pág. 27.

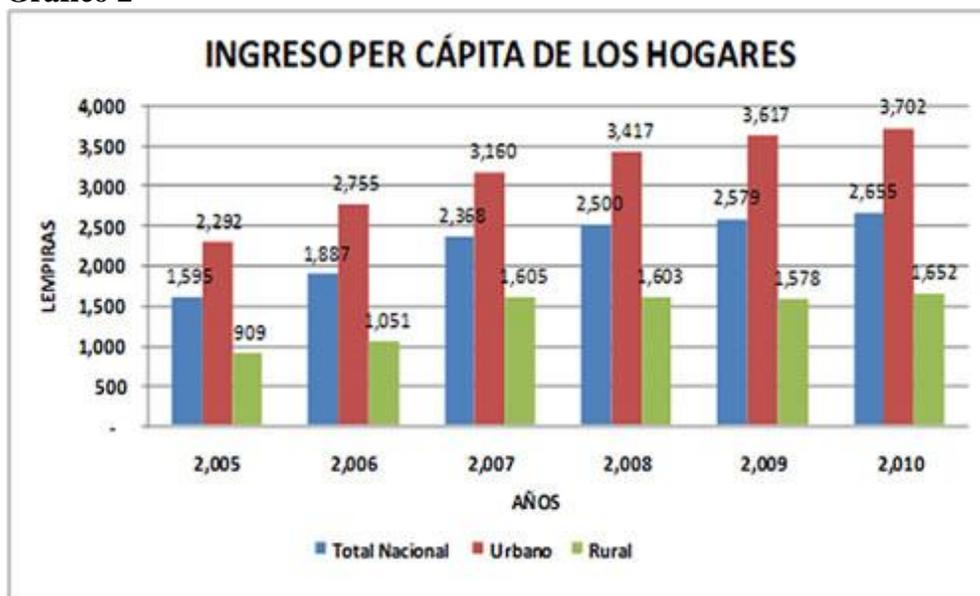
Gráfico N.1: Pobreza y Canasta Básica



Fuente: Elaboración con base a INE (2010)

El ingreso promedio por trabajador (mensual) a nivel nacional fue de Lps 4,716 en 2010 y en la zona rural de sólo Lps 2,876; en el caso del ingreso per cápita, alcanzó los Lps 2,655 en 2010, siendo el rural (1,652 lempiras) tres veces menos que el ingreso per cápita urbano. Ello da una idea del problema económico y social que enfrenta la población hondureña, sin que se visualicen soluciones planificadas a corto y mediano plazo.

Gráfico 2



Fuente INE (2010)

Una política económica con orientación al empleo de buena calidad y salarios no excluyentes que combata el precarismo laboral, es más que urgente para Honduras ya que como se muestra en el cuadro N. 2, el salario y el trabajo cuenta propia siguen siendo las dos principales fuentes de ingreso de los hogares, donde el ingreso por pensiones y remesas familiares sigue perdiendo terreno. La sostenibilidad del empleo (que la economía deje de perder empleos seguros y de buena calidad) y la protección social efectiva del empleo informal debe ser una de las prioridades de la política económica del gobierno en el mercado laboral.²⁴

²⁴ El Plan de Gobierno (2010-2014) contempla como medida de política la definición de una política de empleos y salarios, la ejecución de un plan nacional de empleo, un programa masivo de vivienda para generar empleo rápido y un Plan Nacional Solidario de Empleo Anticrisis (empleo por hora). No obstante, los dos (2) primeros instrumentos aún no están en ejecución, el gobierno ha reconocido públicamente su fracaso en el tema de vivienda y el empleo por hora no camina como el sector privado quiere.

Cuadro N. 2: Selectivo de Fuentes de Ingreso de los Hogares (%).

AÑOS	Salario	Cuenta Propia	Pensión	Remesas
2005	47.9	32.8	1.8	9.0
2009	46.8	34.6	0.3	8.1
2010	47.0	34.9	0.2	5.8

Fuente. INE (2010).

- Con base a los hogares que reportaron

IV. La Nueva Vía al Aseguramiento Social después de Golpe de Estado.

Una de las consecuencias de la llamada “piñata financiera” que se dio en Honduras después del 28 de junio del 2009, lo fue el creciente endeudamiento interno y el uso de los recursos de las Instituciones de Previsión Social como el INPREMA, para financiar los gastos del gobierno. La deuda fue de 6.9 miles de millones en 2005, llegó a 12.6 miles de millones en 2008 y se disparó a 22.8 miles millones de lempiras en 2009; es decir que entre 2008 y 2009, está deuda aumentó en 81%. Todavía no se ha esclarecido el destino real de estos recursos, ni la cuantía de los programas y proyectos que se dejaron de ejecutar en beneficio de la población carenciada.

Frente a los problemas de acceso a recursos externos por las secuelas del golpe estado como las violaciones a los derechos humanos, la inseguridad y el reclamo de los empresarios por la ausencia de derechos de propiedad sobre la tierra, el gobierno de la República ha vuelto al expediente de los paquetazos. Algunos de ellos como la tasa de seguridad, a abierto una brecha de credibilidad y confianza del gobierno con los empresarios y ciudadanía que todavía no se ha cerrado.

Y es que no existe una práctica de la consulta pública, en tanto los aspirantes a cargos de elección popular ya en el poder consultan poco;²⁵ y las pocas veces que dicen que los

²⁵ Una de las consultas obligadas por presión de los alumnos de los colegios públicos, es la llamada Ley General de Educación, que amerita un amplio debate, pero ante todo un estudio profundo de sus alcances y de las experiencias habidas en otros países. (positivas y negativas)

hacen, la consulta es de compadre hablado. En otros países, como Costa Rica por ejemplo, los gobiernos realizan consultas permanentes a la población y grupos de interés para justificar la aprobación de nuevos tributos, incluso celebran talleres y jornadas de trabajo para demostrar que el nuevo tributo no perjudica a las mayorías.²⁶

Este panorama ha abierto una nueva modalidad al aseguramiento social que puede afectar la capacidad del sistema social por garantizar un nivel mínimo de aseguramiento a la población ocupada y aquella del sector informal de la economía, sobre todo a las mujeres, jóvenes, población étnica, ancianos y niños (as). Esta vía se sustentatres (3) políticas institucionales de intervención: a) la flexibilidad del mercado de trabajo o la flexibilidad del empleo; b) el rompimiento de techos y las “reingeniería” de las instituciones de aseguramiento y previsión social y; c) ajustes al salario mínimo sin rezago compensatorio.

El Gobierno de la República, pero más que todo, el Congreso Nacional, lanzó un batería de leyes que no se sabe si se aplicarán o no, o tendrán los resultados esperados. Una de las más importantes fue las reformas al código del trabajo para permitir el empleo por hora.²⁷. Esta Ley fue duramente cuestionada por las centrales obreras e incluso se denunció a Honduras ante la Organización Internacional del Trabajo (OIT); pero la Organización “exoneró a Honduras de cualquier sanción, reclamo o multa por la creación del Programa de Empleo por Horas”²⁸

Las centrales obreras no se oponen a que se generen más puestos de trabajo en momentos de crisis y recesión económica, sino al interés de convertir a Honduras en un paraíso laboral ofreciendo a la inversión privada (nacional y extranjera) trabajos precarios e indignos; violentar el derecho que tiene todo trabajador a la estabilidad laboral y sindicalización; el recorte de la jornada de trabajo ordinaria de 44 horas y la pérdida de ingresos por los trabajadores contratados bajo este programa; la exclusión de la mujer embarazada de gozar

²⁶ Se sabe que si no hay reactivación del aparato productivo que genere más productos, empleos e ingresos, los mayores impuestos puede hacer que la recaudación en vez de aumentar disminuya, tal como se lo sugirió el Economista Arthur Laffer al ex presidente Ronald Reagan.

²⁷ Otras leyes son la Ley de Ingresos Complementarios en Zonas Rurales y Urbano Marginales (decreto 107-2010) y Ley de Promoción de la Alianza Público-Privada (decreto 143-2010).

²⁸ Ver Diario la Tribuna del 16 de Junio de 2011.

de la protección social que ofrece el código del trabajo, familia y la Ley del IHSS y; generación de mayor inestabilidad social, política y organizacional en la sociedad hondureña.²⁹

El decreto fue publicado en el diario oficial la Gaceta el 5 de noviembre de 2010, con el propósito de generar empleos dignos, mantener los puestos de trabajo y evitar que el desempleo y subempleo se disparen, tal como ha sucedido en el país y otros países. Se sustenta en la ejecución del un Plan Nacional Solidario del Empleos Anticrisis de duración definida (36 meses) y mientras dure la crisis internacional que, al parecer, será permanente. Se habla que se puede contratar por tiempo limitado (2 horas mínimo para zona rural y 3 horas para la zona urbana) y para obras o servicios determinados.

Las unidades productivas pueden contratar hasta el 40% de los trabajadores (as) bajo esta modalidad, incluso aquellas empresas que ya tienen trabajadores permanentes se les permitirá contratar igual número de trabajadores por hora. Algunos dirigentes han cuestionado la Ley, pero ante todo esta disposición que incita a la sustitución de los permanentes por los temporales, sea por que tienen mayores derechos que implica más gastos o porque los trabajadores de medio tiempo son más productivos y no andan pensando en formar sindicatos. Igual se cuestiona que sólo el 5% del empleo generado bajo esta modalidad se asignará a las personas procedentes de grupos vulnerables como los ancianos, jóvenes migrantes e integrantes de pandillas y veteranos de guerra.

El pago al trabajador se compone de un salario base que resulta de dividir el salario mínimo legal entre el número de horas diarias multiplicado por las horas trabajadas, y por una compensación social no habitual, un especie de premio al trabajador. La compensación

²⁹ La posición de las centrales obreras iba más allá, al cuestionar al Legislativo de promover una legislación sin consulta a ellos, ya que incluso acusaron al Congreso de la República y Comisión de Dictamen de estar tergiversando la resolución de la OIT, donde se deja entrever que los trabajadores contratados por este programa deben gozar de los derechos del código laboral y demás leyes y tratados internacionales. No se trata, según la posición de las centrales obreras, de mínimas garantías tal como lo propone la Comisión de Dictamen, sino de todas las garantías que otorga el Código de Trabajo y “los ocho convenios fundamentales suscritos y ratificados por el Estado de Honduras con la OIT, entre los que se encuentran el convenio 87 y 98, que garantizan la libre sindicalización y contratación colectiva en conformidad con lo que dispone la ley laboral interna”. Ver Posición de las Centrales Obreras frente a la Ley de Empleo por Hora. Tegucigalpa, 3 de noviembre de 2010.

es de un 20% sobre el salario pagado, y cubre decimo tercer mes, decimo cuarto mes y vacaciones que según los legisladores y padres de la patria son derechos que no gozan los trabajadores temporales conforme al Código de Trabajo Vigente.

El artículo 7 de esta Ley reza lo siguiente: “Los trabajadores contratados bajo este Programa estarán sujetos únicamente a lo que se dispone en este programa en cuanto a derechos, obligaciones y beneficios. Sin perjuicio de cualquier otro beneficio que puedan pactar los contratantes o que voluntariamente otorgue el empleador, pero gozarán del derecho preferente para ser contratados como permanentes”.³⁰ El artículo 8 habla que los patronos deben registrar a los trabajadores en un listado especial de seguimiento e inscripción en las oficinas del IHSS, pero el servicio lo prestará una empresa o clínica privada. Igualmente se suscribirán convenios con la Institución para proporcionar los servicios de seguridad social establecidos en la ley de la Institución, así como con otras empresas y clínicas privadas y de seguros (artículo 9).

Ha habido quejas y contra quejas sobre la aplicación de esta ley. Por un lado, el COHEP acusó al Ministro de Trabajo y Previsión Social de retrasar la aplicación de la Ley y, por el otro, el gobierno a través de la Secretaria de Trabajo considera que el cumplimiento de las disposiciones de la ley y los requisitos exigidos es lo que supuestamente retrasa su aplicación. Desde la perspectiva de una política de protección y aseguramiento social, este tipo de empleo atípico no implica una garantía de corresponsabilidad para que el trabajador que se acoja al programa de empleo “temporal” pueda disponer de satisfactores económicos y sociales tal como lo disponen los trabajadores permanentes o temporales que protege el código del trabajo, o los empleados públicos pensionados.

Un modelo de contrato de trabajo por hora elaborado por la Secretaria de Trabajo y Previsión Social en su cláusula decimo primera dice que el trabajador goza de la protección que da la Ley del IHSS y de servicios médicos, incapacidad, invalidez, vejez y muerte; aunque no existe la obligatoriedad del patrono de facilitar estos servicios ya que al terminar el contrato termina la relación del trabajo sin que exista responsabilidad de las partes. Es

³⁰ Ver la Gaceta, 5 de noviembre de 2010, Pág. 15

claro que la legislación tiene la dedicatoria de evitar mayores costos a los patronos por el aseguramiento social, y de aquellos conflictos que se generan por el pago de beneficios a los trabajadores cuando estos están protegidos por un contrato colectivo y/o el Código de Trabajo.

Desde la perspectiva de los derechos económicos y sociales que le asisten al trabajador, se puede imputar una violación potencial al derecho del aseguramiento social para este tipo de trabajadores tal como mandan las leyes y tratados internacionales, pero sobre todo la Ley del Seguro Social que en su artículo N.1 dice que “ la seguridad social es un instrumento del Estado al servicio de la justicia social, que tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, a la asistencia médica, a la protección de los medios de subsistencia y a los servicios sociales necesarios para el logro del bienestar individual y colectivo”. El portador del derecho es el trabajador y quien lo garantiza es el Estado. Si este último renuncia a dicha garantía, hay una violación del derecho al aseguramiento social.

La otra intervención es el rompimiento de techos, que en el caso del IHSS era una de las propuestas de reforma a los regímenes de previsión social. El rompimiento de techos es una medida que busca salvar de la quiebra al régimen de aseguramiento social por la mora acumulada del gobierno y sector privado con la institución y los malos manejos administrativos de fondos.³¹ “Este es el límite para que ya tengamos la ruta crítica definida y puesta en marcha para rescatar la institución”, dijo Mario Zelaya, director del Seguro Social. La ruptura de techos es la medida que ha venido siendo analizada como una salida

³¹ La mitad de la deuda que el sector privado tiene con el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) se concentra en compañías de la capital. De acuerdo a los datos ofrecidos por el director ejecutivo del IHSS, Mario Zelaya, el sector privado le debe a esa institución unos 250 millones de lempiras. Otro Informe revela que de esos 250 millones de lempiras, unos 186.7 corresponden a empresas con sede en la zona central del país, especialmente de Tegucigalpa. Se estima que la deuda total de la empresa privada y del sector público con el Seguro Social ronda los 1,800 millones de lempiras. El Estado tiene una mora con el IHSS de unos 1,513 millones de lempiras. Esta mora corresponde a deducciones hechas a los empleados por concepto de cotización al Seguro, pero ni la empresa privada ni el gobierno han transferido esas retenciones al Seguro Social...El Director del Seguro Social ha expresado que debido a esa alta mora de ambos sectores, esa institución opera con déficit presupuestario. Datos oficiales afirman que el Seguro cuenta con un presupuesto anual de 203 millones de lempiras, pero están trabajando con un déficit de 44 millones de lempiras. En el pago de sueldos y salarios la institución médica invierte 135 millones de lempiras mensuales; mientras que para la compra de medicinas apenas se logró invertir unos 28 millones de lempiras por mes. El IHSS ofrece atenciones a unos 2.5 millones de hondureños en todo el país, la mayoría de ellos beneficiarias porque en sus planillas solo hay unos 513,000 afiliados directos, aproximadamente.” Ver Boletín de Noticias. Cámara de Comercio e Industrias de Cortés. 1 de noviembre de 2010. San Pedro Sula, Honduras.

a la crisis, sin embargo, aún no ha sido definida. “Para que se lleve a cabo el rompimiento de techos sólo se debe firmar el acuerdo tripartito, que incluye los compromisos de la Junta Directiva, del sindicato de trabajadores del IHSS, los del sector laboral, empresarial, y Colegio Médico”³².

La estructura de cotizaciones antes del rompimiento de techos era la siguiente:

Cuadro N 3: Estructura de Cotizaciones al IHSS

Cotizante	Salario Cotizable (Los)	Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (%)	Régimen de Enfermedad Maternidad (%)	Régimen de Riesgo Profesional (%)	Total	Rompimiento
Patrono	4,800	2	5	0.2	7.02	8% (7,000 salario cotizable).
Trabajador	4,800	1	2.5		3.5	7,000 salario cotizable (4%) con techos de dos salarios mínimos
Estado	4,800	0.5	0.5		1	7,000 salario cotizable (4%) con techos de dos salarios mínimos a futuro.
Total		3.5	8.0	0.2	11.52	

Fuente: IHSS, 2006.

Las nuevas cotizaciones al seguro social entraron en vigencia a partir de junio de 2011, y existen varias argumentaciones para ello. La crisis estructural del IHSS y la mora financiera es una de ellas, la otra es que desde el año 2001 no había rompimiento de techos. En aquella fecha se elevó el salario cotizable de 600 lempiras a 4,800 lempiras con aportaciones graduales y se autorizó un pago de 0.5 % como aportación del Estado por los empleados asegurados. Otra es el compromiso del Director del IHSS de despolitizar la

³² Ver Boletín de Noticias. Cámara de Comercio e Industrias de Cortés. 16 de marzo de 2011, San Pedro Sula, Honduras.

institución y despedir paracaidistas, además de presentar un plan de rescate del IHSS con intervenciones efectivas.

Ya antes del rompimiento de techos, se había advertido de la crisis asistencial del IHSS por la falta de recursos presupuestarios y el mal uso de los que dispone. “La institución invierte el 62% de su presupuesto en el pago de sus planillas. Para pagar a los 5,206 empleados con que cuenta el seguro social se requieren más de 99 millones de lempiras (US\$ 5.1 millones) mensuales. La carga financiera del IHSS es tal que en pagos a proveedores, planillas y otras obligaciones el IHSS tiene una erogación mensual de 250 millones de lempiras (US\$13 millones), que contrasta con los 207 millones de lempiras (US\$10,7 millones) que ingresan a la institución de manera mensual. Esto representa un déficit mensual de 43 millones de lempiras. Las proyecciones presentadas al Fondo Monetario Internacional (FMI) para este año, muestran que el IHSS cerrará con un déficit de 1.748 millones de lempiras. De este total, solo en suministros y materiales la cifra llega a unos 589 millones de lempiras.”³³

También motivó la decisión del rompimiento de techos, el hecho que el auto/préstamo (prestarse entre régimen de aseguramiento) propuesta por las autoridades del IHSS no fue aceptada por la Comisión Nacional de Banca y Seguros (CNBS). Esta práctica ya había sido detectada en un estudio anterior³⁴, donde los dos programas (IVM y EM), que deberían funcionar separadamente, no funcionaban de esa manera ya que se daban transferencias entre ambos sin que fueran devueltos los fondos.

El rompimiento de los techos de cotización dará un respiro al IHSS, ya que según sus autoridades con ello los ingresos mensuales podrán aumentar a Lps70 millones, pero acompañado de ello debe ponerse en práctica un plan de austeridad y de eficiencia en el uso de los recursos, en tanto los dos programas no pueden operar permanentemente con déficits.

Los OFIs están anuentes a apoyar con la contratación de una auditoria integral de la institución, y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) está interesada en que se

³³ Informe del Gobierno presentado al FMI. Tegucigalpa. Abril de 2011.

³⁴ Ver Carmelo Mesa Lago “Análisis de la Seguridad Social en Honduras, y de sus Propuestas de Reforma y Alternativas a las Mismas. Fundación Friedrich Ebert. Tegucigalpa, mayo del 2000.

identifique el número ideal de empleados con que debe contar ya que en la actualidad sólo el 16% del personal de la Institución son médicos, violando las disposiciones establecidas en el Estatuto Médico. Por otra parte, el IHSS necesita urgentemente una cartera de proyectos de inversiones físicas y de un plan creíble de abastecimiento de medicamentos, lo que supone liberar recursos de gasto corriente a la inversión social.

Una denuncia pública del COHEP, es que parte de los nuevos recursos obtenidos por el rompimiento de techos es para cumplir compromisos con el sindicato del seguro social (SITRAIHSS); o sea para aumentar el gasto corriente (salarios y demás bonificaciones). Al parecer ello ya fue aprobado por la Comisión de Negociación; sin embargo, para el Ministro de la STPS, quién aprueba estos ajustes es la junta directa del IHSS y todavía no hay una resolución al respecto.³⁵

Finalmente, en el caso del ajuste de salario mínimo, se volvió al esquema anterior pero sin compensación por rezago. En 2010, para las micro y pequeñas empresas de entre 1 y 20 trabajadores, el gobierno de la República dejó vigente el ajuste del salario por costo de canasta básica; o sea de Lps 5,500 para las zonas urbanas y Lps 4,055 para las zonas rurales; pero escalonando los nuevos ajustes a la tasa de inflación pasada (interanual) y de crecimiento real del PIB. En tal sentido, los ajustes fueron los siguientes:

Cuadro N. 4
Salario Mínimo por Tipo de Empresas 2010

Tamaño de la Empresa/tipo	Salario Mensual Urbano	Salario Mensual Rural	% de aumento urbano	% de aumento rural
Empresas de 20 a 30 trabajadores	5,665.00	4,176.00	3%	2.9%
Empresas de más de 50 trabajadores	5,886.00	4331.50	7%	6.8%
ZOLI Y ZIPE	3,894.60	3,894.60	0	0
Regiones	2,982.00	2,982.00	0	0

³⁵ Declaraciones a un medio radial de Oscar Galeano del COHEP y Felicito Ávila, Ministro de Trabajo y Seguridad Social. Tegucigalpa, DC, 9 de Septiembre de 2011.

Fuente: Elaboración propia con base a STPS

La vigencia de la nueva estructura del salario mínimo debió regir desde el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre de 2010, pero el decreto fue promulgado hasta el 2 de noviembre de 2010. El gobierno aplicó dicho ajuste a partir del 1 de septiembre de 2010, eliminándose con ello la retroactividad y afectándose el ingreso de los trabajadores. Igualmente, en 2009 la tasa de crecimiento del PIB real fue negativa, por lo que sólo se consideró en el ajuste la tasa de inflación inter/anual estimada por el gobierno en 3%. El mismo problema ocurrió en 2011, ya que la Comisión Tripartita del salario mínimo no se puso de acuerdo en el porcentaje que debería aumentar, y el gobierno tuvo que hacerlo por decreto.

El decreto STSS-223-2011 entró en vigencia el 11 de abril de 2011, presentando de nuevo un rezago de tiempo que implica un reconocimiento de la retroactividad del mismo; sin embargo, esta retroactividad fue impugnada por el COHEP ya que el aumento decretado por el gobierno, (10.4%) promedio³⁶ para todas las categorías, no era lo que se había discutido en la mesa de negociaciones³⁷ y porque la retroactividad sólo existe en materia penal. La pérdida de salarios por rezagos voluntarios afecta el nivel de aseguramiento social de los trabajadores, pero ante todo su capacidad de obtener parte de los ingresos monetarios perdidos por aumentos del precio de los alimentos y servicios públicos.

Ya hay movimientos de los miembros de la comisión del salario mínimo para empezar las reuniones de trabajo y fijar un nuevo salario mínimo a partir del 1 de enero de 2012; y de nuevo en un año político parece ser que el gobierno fijará el salario al no existir acuerdo entre los empresarios y las organizaciones sindicales. Una de las preguntas que deben hacerse los dirigentes gremiales es ¿de cuánto será el rezago no pagado? Empezar a dar respuesta a esta pregunta puede ayudar a que las partes logren el consenso antes de la fecha prevista, ya que un ajuste al salario mínimo como el otorgado en el gobierno anterior con

³⁶ En realidad, en la argumentación técnica del gobierno, el ajuste dado está compuesto por 6.5% de la tasa de inflación a diciembre de 2010 y la tasa de crecimiento del PIB real de más de 3%.

³⁷ Ver comunicado del COHEP sobre Acuerdo Ejecutivo Fijación de Salario Mínimo y su Retroactividad. Tegucigalpa, DC, 15 de abril de 2001.

base a la referencia del costo de la canasta básica o de alimentos es un riesgo y alto costo que los empresarios no están dispuestos de nuevo a asumir.³⁸

V. Los Actores y la Vuelta a la Reformas Fallidas en Salud

Una de las preguntas que surgen después de más de una década de reformas fallidas en salud y aseguramiento social, es ¿a qué le apuestan los actores del sector en la coyuntura actual? Por el lado del gobierno hay medidas de política de largo, mediano y corto plazo. En el largo plazo se habla de que los objetivos y metas nacionales de salud y aseguramiento social son parte del objetivo de desarrollo N.1 del Plan de Nación, una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social.

Cuadro N. 5 Selectivo: Objetivos y Metas Nacionales

Objetivo 1	Metas
Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social	<u>Meta1.1</u> :Erradicar la Pobreza Extrema
	<u>Meta1.2</u> :Reducir a menos del 15% el porcentaje de Hogares en situación de pobreza
	<u>Meta1.3</u> :Elevar la escolaridad promedio a 9 años
	<u>Meta1.4</u> :Alcanzar 95% de cobertura de salud en todos los niveles del sistema
	<u>Meta1.5</u> :Universalizar el régimen de jubilación y pensión para el 90% de los asalariados en Honduras

Fuente: SEPLAN, 2010.

En el caso del mediano plazo, están vigentes todavía las metas de la Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza (ERP) que, en el caso del sector salud, no se van a alcanzar en el 2015. Estas incluyen: a) Reducir a 18% la tasa de mortalidad infantil; b) Reducir a 14% la

³⁸ El COHEP y las Centrales Obreras están conscientes que debe diseñarse una nueva fórmula para la fijación del salario mínimo, lo que ahorraría tiempo y esfuerzo en las negociaciones y evitaría de entrada las presiones políticas. Ya antes se había sugerido una fórmula alternativa que buscaba ajustar el salario mínimo en función de la inflación esperada y no pasada, considerando además la productividad del trabajo. Al parecer los Gremios cuestionaron que la inflación futura o esperada es menor que la pasada y, por tanto, el ajuste al mínimo sería menor; además, el aumento promedio de los salarios mínimos medios en una economía como la hondureña, son mayores que la productividad, por lo que también el ajuste al mínimo bajo este procedimiento les perjudica.

tasa de mortalidad en niños menores de 5 años; c) Disminuir al 20% la desnutrición en menores de 5 años; d) Reducir a la mitad (70) la tasa de mortalidad materna y; e) Lograr que el 95% de la población tenga acceso a agua potable y saneamiento. Estas metas tienen relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que también será difícil cumplirlas.

El Plan de Gobierno (2010-2014) aprobado por el gobierno define también objetivos, medidas de política y metas de impacto e institucionales. Se habla de dos (2) desafíos de la política de salud: a) Integración de los sistemas de prestación de servicios de salud y; b) más atenciones y de mejor calidad. Sin embargo, en 2010, el llamado gasto corriente medido por los fondos asignados a la partida 100 y 200, representó el 63% del gasto total; contra un 5% en los llamados bienes capitalizables y un 21% para compras y suministros. Agregado a ello, la Secretaria de Salud se ha quedado sin proyectos de inversión para la reforma con lo cual se afecta no solo el cumplimiento de las metas sino también aquellas intervenciones que buscan eficientar los procesos y las actividades que realizan los programas básicos de la Secretaria en las regiones de salud. Ello afectará el cumplimiento del objetivo general de la SS cual es “incrementar el acceso de la población a servicios de salud con calidad, equidad, eficiencia y oportunidad, a fin de lograr impactos en su bienestar, a través de un modelo plural e integrado del sistema de salud”

El impacto mayor se observará en el bajo cumplimiento de las metas de cobertura y de atenciones que en el Plan de Gobierno son bastantes amplias. Un selectivo de ello se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro N.6 Selectivo de Metas en Salud

Plan de Gobierno (2010-2014)

Acceso	Cobertura
Aumentar en un 7% la población con acceso a servicios de salud con modalidad descentralizada	Aumentar de 55% a 61% la cobertura de atención ambulatoria.
Reducir a 132 la tasa de incidencia de diarrea en niños menores de 5 años.	90% de las prescripciones médicas atendidas totalmente en los hospitales del estado.
Reducir a 46.5 la tasa de incidencia de neumonía/bronconeumonía en niños menores de 5 años.	Aumentar en un 20% el número de parejas protegidas con métodos de planificación familiar

Reducir la tasa de incidencia de dengue a 107 por 100,000 habitantes.	Aumentar a 95% el porcentaje de atenciones prenatales nuevas.
Reducir la tasa de incidencia de malaria a 189 por 100,000 habitantes.	Aumentar a 70% el porcentaje de partos institucionales
Reducir a 1% la prevalencia de casos de VIH/SIDA en población de 15 a 49 años.	Aumentar a 69% la cobertura de atención puerperal.
Aumentar a 82% el porcentaje de pacientes viviendo con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral.	Mantener la cobertura mayor al 95% en vacunación con pentavalente (esquema completo) en menores de un año.
Reducir a 45 por 100,000 habitantes la tasa de incidencia de tuberculosis.	Disminuir a 20.7% el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica.

Fuente: Elaboración propia con base a plan de gobierno 2010-2014)

La apuesta del gobierno a un modelo de atención y cobertura amplia en salud enfrenta además de la restricción presupuestaria por los problemas de disponibilidad de recursos y de condicionalidades a cumplir con los OFIs, que en el caso del sector salud ha llevado a las autoridades ejecutivas a solicitar ampliaciones presupuestarias y aumentos en el presupuesto de cada año, el reto de dinamizar la capacidad técnica institucional y comunitaria en las modalidades de atención primaria en salud como el AIN-C, los fondos comunales de medicamentos, vacunación masiva, voluntariado en neumonía, combate al dengue, otros. Igual a fortalecer los procesos de descentralización y desconcentración en salud, como de la vigencia de programas nuevos como el bono 10,000, un paquete básico ampliado a salud y educación.

Contrario a la llamada reforma de salud anterior, catalogada de neoliberal por gremios como el SITRAMEDYS y Colegio Médico, al parecer esta propuesta de reforma de salud del gobierno no lo es. La Secretaria de Salud tiene que enfrentar tantos problemas que pensar en nuevos enfoques de reforma no está en la agenda del día. Simplemente los problemas de salud son tan grandes, caso del dengue y la crisis de medicamentos y equipo en los hospitales públicos, que ameritan respuestas rápidas y poco planificadas. Los

gremios no sienten que sus puestos de trabajo y bonificaciones sociales estén amenazados como cuando, a criterio de ellos, se trataba de sustituirlos con la entrega de los paquetes básicos y la tercerización y subrogación de los servicios de salud.

En el caso de los OFIs, se observa que su apoyo técnico y financiero, es menor que el de antes;³⁹ les resulta más efectivo focalizarlo por problema de salud y enfermedad, sin enfrentamiento con los gremios. Se apoya el VIH-SIDA con el fondo existente y en la medición del gasto realizado por los actores que intervienen. Se apoya el combate a la desnutrición integrando el esfuerzo de varias instituciones, principalmente del Sistema de las Naciones Unidas. Las reformas al sector de agua potable y saneamiento y sus instancias creadas con la ley marco aprobada. Igual sucede con las atenciones en salud desarrolladas por los gobiernos subnacionales, las comunidades y clínicas privadas.

No obstante, hay nuevos actores que claman por reformas sustanciales al sistema de salud en su conjunto, incluyendo el aseguramiento social. Las organizaciones étnicas claman por mayor acceso a los servicios de salud en condiciones de igualdad y equidad. Las mujeres de las maquilas gritan por que no sean despedidas cuando la prueba de embarazo ha resultado positiva. Los jóvenes por mejor atención en previsión y cuidado de la salud. Los adultos mayores que cada día tienen menos cabida en las atenciones de los hospitales públicos, las asociaciones civiles y de derechos humanos en contra del trabajo infantil, los niños con enfermedades terminales, las organizaciones de mujeres contra la violencia doméstica. Suponer que al vencer la primera ronda de reformas neoliberales en salud y creer que los problemas de salud ya no existen, es desconocer la realidad del país y la crisis del sistema.

En el caso particular de las reformas en materia de protección y aseguramiento social, el gobierno de la República ha propuesto formular y poner en práctica una nueva política nacional de previsión social integral, ratificar el Convenio 102 de la OIT sobre normas mínimas de seguridad social⁴⁰ y crear el Consejo Nacional de Seguridad Social⁴¹. Todo ello

³⁹ En 2009, solo el 15.9% del presupuesto en salud fue financiado con fondos externos y subió a 16.5% en 2010, muy por debajo de l promedio histórico.

⁴⁰ Esta ratificación del Convenio 102 implica para el Estado Hondureño el reconocimiento de obligaciones donde las más importantes se refieren a las prestaciones laborales por asistencia médica y enfermedad, desempleo, vejez, invalidez, necesidades familiares, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; lo cual, en la práctica, hace difícil su cumplimiento.

ligado a intervenciones puntuales de generación de empleo y aumento de coberturas de atención a la población tradicionalmente excluida del aseguramiento social. El Congreso de la República, como resultado de la crisis financiera de las instituciones de previsión social, ha venido explorando la posibilidad de unificar los sistemas de seguridad social en Honduras⁴² e instaurar un sistema único, con la vigencia de una Ley de Protección Laboral. Este sistema único, según los proyectistas, eliminaría las injusticias existentes ya que la mayoría de los maestros y empleados públicos se retiran con pensiones raquíticas, pero los médicos acreditan hasta 3 salarios mínimos con lo cual la pensión alcanza hasta 50,000 lempiras.

La propuesta que, al parecer, es compartida por las autoridades del IHSS y la Secretaría de Trabajo y Previsión Social enfrentará los mismos problemas de la Ley del Sistema Unitario de Pensiones de Honduras, ya que según el artículo 4 del anteproyecto de Ley, operará con dos (2) regímenes independientes, complementarios, coexistentes y relacionados entre sí:

- a) El Régimen Previsional Solidario, de ahora en adelante denominado bajo ese nombre o simplemente “Régimen Solidario”, que otorgará una cobertura básica a sus afiliados, sobre la base del salario máximo de aporte definido por la Ley y Reglamentos del Instituto Hondureño de Seguridad Social, en concepto de riesgos de trabajo o especiales; riesgos de enfermedad común y maternidad; e invalidez, vejez y muerte, cuyas prestaciones otorgadas serán financiadas mediante el régimen de capitalización colectiva, administrado por el IHSS.
- b) Régimen de Aportes Complementarios de ahora en adelante denominado “Régimen Complementario” o simplemente “RAC”, será aplicable a aquellos trabajadores públicos o privados, que conforme a lo estipulado en la presente Ley, estén obligados o decidan afiliarse al mismo. El Régimen Complementario otorgará beneficios adicionales a los otorgados por el Régimen Solidario, financiados mediante el régimen de capitalización individual, y será administrado por las instituciones especializadas que se creen para tales efectos, denominadas Administradoras de Fondos de Ahorro Laboral. (AFAL'es).⁴³, sociedades anónimas constituidas para administrar el fondo de ahorro laboral.

⁴¹ Ver Plan de Gobierno 2010-2014. Tegucigalpa, Honduras, 2010, Pág. 63

⁴² Esto incluiría al IHSS, INJUPEMP (empleados públicos), INPREMA (maestros), IPM (militares), INPREUNAH (trabajadores de la Universidad Nacional), IPP (periodistas), IPSPD (profesionales del derecho), Fondo de Retiro del Banco Central de Honduras y el Sistema de Retiros del Colegio Médico.

⁴³ Ver Anteproyecto de Ley Laboral de Protección Social (Confidencial). Congreso de la República: Tegucigalpa, 2010.

El primer régimen será financiado en lo que corresponde a IVM con un 7% del salario sujeto a la aportación, donde el 5% corresponde al trabajador y 2% al patrono. El ramo de Enfermedad, Maternidad y Accidentes Comunes, será financiado para todos los empleados mediante una cotización del dos punto cinco por ciento (2.5%) por parte del trabajador, más un aporte del tres punto cinco por ciento (3.5%) de parte del patrono. El ramo de Accidentes de Trabajo, Enfermedad o Incapacidad Profesional (Riesgos de Trabajo), será financiado mediante un aporte del Estado, del uno punto cinco (1.5%). El porcentaje anteriormente descrito deberá ser revisado y en su caso ajustado, por lo menos una vez al año, de conformidad a la siniestralidad observada y según lo dispuesto en el Reglamento especial que para tales efectos emita el IHSS. Los afiliados tendrán derecho a las coberturas ofrecidas por cada ramo del Régimen Solidario, únicamente cuando dichos afiliados hayan cotizado en tiempo y forma en el ramo respectivo, de conformidad a la Ley.⁴⁴

Cabría reconocer además (Mesa Lago: 2004), que aunque los países ajusten la reformas de los sistemas de pensiones a sus condiciones económicas, sociales, financieras, políticas y de seguridad social, deben estudiar cuidadosamente las reformas estructurales y no estructurales realizadas en otros países para escoger un modelo que puede ser adaptado a cada país. En este caso, la solución por decreto ejecutivo o legislativo no funciona, tal como puede suceder con otras reformas, ejemplo la reforma educativa.

VI Plan Anticrisis y Rezagos Social

El gobierno de la República frente a la nueva recesión económica de los países con economías desarrolladas y emergentes, con repercusiones en las economías de los países centroamericanos, ha propuesto a la colectividad nacional la elaboración de un Plan Anticrisis, denominado Gran Acuerdo Nacional. El Plan deber ser producto de un esfuerzo de actores nacionales, por lo que se ha convocado a las centrales de trabajadores, Congreso de la República, la Cámara de Comercio e Industria de Tegucigalpa (CCIT), la Asociación Nacional de Industriales (ANDI), el Consejo Coordinador de Organizaciones Campesinas (COCOCH) y el Foro Social de la Deuda Externa (FOSDEH).

⁴⁴⁴⁴ Anteproyecto de Ley Laboral de Protección Social. Op cit.

Se espera que participen los representantes de la pequeña y microempresas, industria de la construcción, sector informal de la economía, cooperativas forestales y agroalimentarias, universidades⁴⁵ y agencias y organismos cooperantes. Pero, además, el gobierno debería oír aquellas instancias y organizaciones de la sociedad civil que luchan contra el trabajo precario y atípico, las organizaciones de mujeres que monitorean el mercado de trabajo en las maquilas, las organizaciones a favor de la reforma agraria y seguridad alimentaria (SARA) y las organizaciones de los grupos étnicos.

6.1 ¿Qué fue del Plan Anticrisis del Gobierno del Poder Ciudadano?

En el gobierno del Presidente Zelaya Rosales se formuló un Plan Anticrisis, denominado Plan de Gobierno para enfrentar los Efectos de la Crisis Económica y Financiera Internacional, publicado en marzo de 2009.⁴⁶ Este Plan tenía sólo un objetivo de política, **preservar el crecimiento económico con equidad**. Los ejes del plan eran cinco (5), igual que el que se piensa elaborar, sustentado en medidas de política para reactivar el aparato productivo y apoyar los esfuerzos de desarrollo y protección social de la población vulnerable.

Hay que reconocer que en el imaginario de los formuladores de políticas públicas, los planes anticrisis son temporales, mientras se recupera la economía y aquellos sectores más afectados como el sector exportador tradicional, la maquila y los servicios. Incluso en esta etapa, el gobierno puede endeudarse y/o sacrificar parte de su gasto “improductivo” para la protección social de los más vulnerables; mientras se retoma la senda del crecimiento. El problema es que las crisis y depresiones son cada vez más recurrentes y, por tanto, el plan anticrisis debe formularse para un periodo de tiempo mayor.

⁴⁵ La academia ha sido uno de los actores ausentes de este tipo de diálogos. Al parecer las Universidades se han auto/marginado por el hecho que no tienen nada que aportar; sin embargo, los planes anticrisis además de las medidas de acción inmediata que busca la protección social de los más vulnerables, incorpora elementos de teoría económica en su concepción para poder enfrentar a futuro los retos que demanda la reactivación del aparato productivo con intervenciones planificadas y de impacto predecible.

⁴⁶ Ver Plan de Gobierno de Honduras para Enfrentar los Efectos de la Crisis Económica y Financiera Internacional. Secretaria de la Presidencia de la República. Tegucigalpa, marzo de 2009.

Un comparativo de los ejes del plan anterior y el que se piensa elaborar, se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro N. 7
Ejes de Plan Anticrisis

Número	Ejes/Plan anterior	Ejes/Plan actual
1	Red Solidaria de Protección Social y Protección al Salario	Pacto Social para el crecimiento, el empleo y la productividad
2	Creación del Empleo y Estímulo al Sector Productivo	Un Consenso Político para aumentar la inversión pública y el gasto del gobierno
3	Inversión en Infraestructura	Un Acuerdo político para racionalizar la estructura del Estado y fortalecer y hacer más eficaz su funcionamiento
4	Estabilidad Macroeconómica	Un Compromiso de todos para promover y aumentar la inversión extranjera directa
5	Coparticipación de la Empresa Privada	Un Consenso Nacional para reducir la pobreza y garantizar la seguridad alimentaria.

Elaboración propia

El Plan anterior hablaba de 14,000 millones de lempiras como inversión pública, destinado un 30% al primer eje; 45% al segundo y el resto (25%) al tercero. Igual de 2,813.4 millones de lempiras como gasto social de corto plazo. El Plan enfrentó varios problemas: a) Se desfasó ya que debió elaborarse mucho antes tal como lo hizo Costa Rica; b) Gran parte de los recursos de corto plazo previstos para ejecutar los programas y proyectos no estaban asegurados; c) Proyectos de gran envergadura como Patuca III, los Llanitos, Jicatuyo y las obras de vialidad y de energía no tenían financiamiento. Pero, sobre todo, el creciente clima de inestabilidad política y la crisis del 28 de junio de 2009 imposibilitaron su ejecución y continuidad.

Debe destacarse del Plan el interés por proteger a los grupos y sectores más vulnerables a la crisis económica, y que debería ser tomado en cuenta en el diseño de nuevo plan. Una de las primeras intervenciones a potenciar es la inversión en sectores dinámicos en la generación de empleo productivo y sostenible, caso del sector forestal y ambiental,

agroalimentario, vivienda⁴⁷, infraestructura vial y maquila. La segunda intervención es la protección social a la población en pobreza y extrema pobreza, con creciente riesgo de inseguridad alimentaria, ausencia de satisfactores sociales y de aseguramiento social frente a la crisis. Y la tercera intervención orientada a la estabilidad macro y los incentivos para estimular la inversión privada.

6.2 El Rezago Social: ¿Cómo Enfrentarlo?

Es claro que el Plan Anticrisis tratará de evitar un mayor impacto negativo en los niveles de ingreso y empleo de las familias vulnerables, igual proteger a estas de riesgos como caer en la indigencia y enfrentar serios problemas de alimentación, en especial de los niños. Sin embargo, hay un rezago social que también debe atacarse.

En el mercado de trabajo este rezago es estructural y tiene varias manifestaciones. Las más visibles son el mayor número de mujeres recibiendo una paga menor que el salario mínimo. Los datos del INE (2010), muestran que el 40% de la población femenina ocupada se considera asalariada, pero que un 60% recibía menos de salario mínimo. Es más, 66% de ese empleo y salario espurio se considera cuenta propia, con menos protección y aseguramiento social que las trabajadoras del sector privado y público. Mas de 267 mil mujeres trabajan por menos de un salario mínimo y en jornadas iguales o superiores a las 36 horas semanales, o sea un 40% de las que trabajan por menos de un salario mínimo.

El menor nivel de ingresos (promedio) de las mujeres es otra manifestación visible, al igual que el trabajo infantil. En agricultura, según esta encuesta, el ingreso promedio de las mujeres es un 36% menos que el de los hombres; en manufactura el ingreso promedio de los hombres es superior al 80% del que perciben las mujeres. Hay que retomar el compromiso del Pacto por erradicar el trabajo infantil como forma atípica de explotación laboral, ya que cerca de 400 mil niños y niñas, mayormente en el medio rural y suburbios urbanos, se encuentran ocupadas realizando “trabajos” para subsistir.

⁴⁷ Se hablaba de 3000 millones de lempiras para apoyar el sector social de la economía con la construcción de viviendas solidarias intensivas en mano de obra y el empleo en la pequeña y microempresas.

En 2001 la población sin seguro efectivo de salud era de 83.1% y en 2007 de 83% con tendencia a repuntar por los problemas de empleo e ingreso y de aseguramiento social de la población del sector informal. A 2007 se reconoció que la población sin cobertura efectiva de los servicios de salud disminuyó a 30.1%, cuando a principios de la década era de 39.3%;⁴⁸ pero se estima que en estos últimos años, con la crisis financiera, pérdida de empleo, los problemas de déficit fiscal y endeudamiento no controlado por el Estado, disminución en el monto de la inversión social más la crisis política del 28 de Junio y sus secuelas, este porcentaje sea mayor.

En caso del IHSS hay evidencia que el nivel de aseguramiento ha mejorado después de la crisis financiera y crisis política, pero más de 17,300 cotizantes activos al régimen de EM en 2009 ya no cotizaron en 2010 afectando a más de 20,000 personas (mujeres y niños); sin embargo, la capacidad de cobertura de la Institución sigue siendo baja y son evidentes los problemas de eficiencia. En los primeros años de la década de los 90s, la cobertura del IHSS era del 13% de la población; aumentó 16.5% a finales de dicha década y disminuyó 13.5% como promedio entre 2000-2005.⁴⁹ Datos de la SS muestran que en 2010 el IHSS contaba en sus Unidades Productoras de Servicios (UPS) con 1.1 médicos por cada 1,000 habitantes, 0.6 enfermeras profesionales, 3.1 auxiliares de enfermería y 0.2 odontólogos.⁵⁰

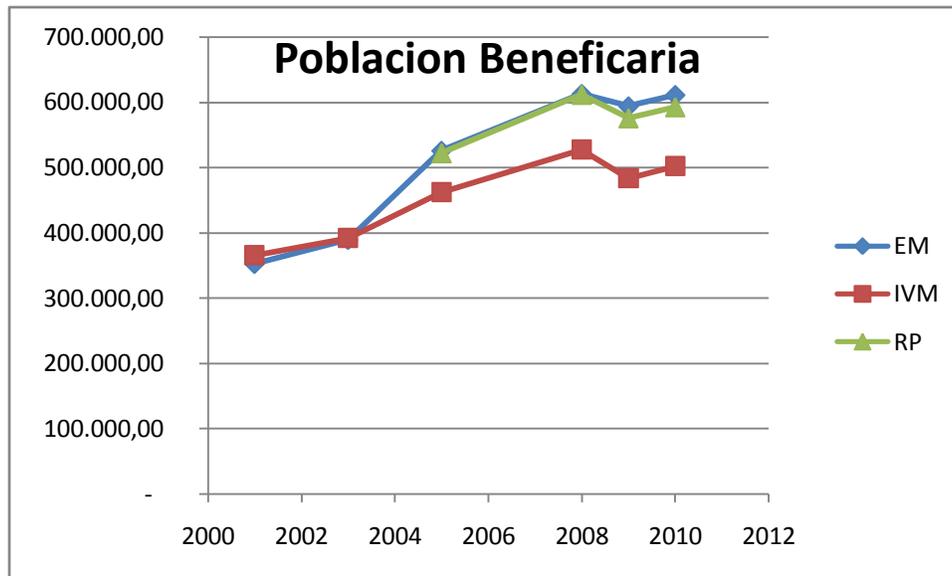
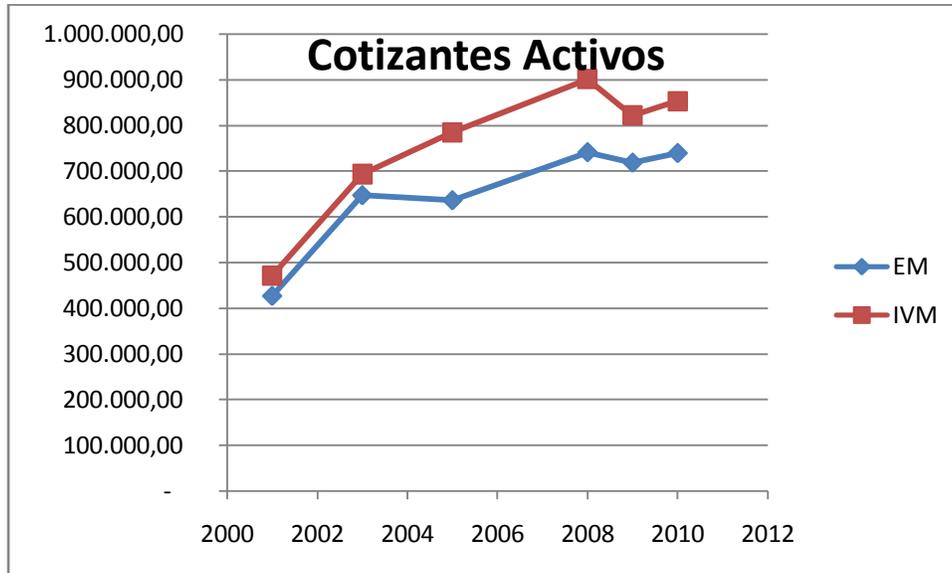
La desprotección social se puede volver a reactivar con los anuncios de una nueva recesión económica y los problemas de cobertura efectiva por la institución en cuanto a acceso, tiempo de espera, calidad del servicio y entrega de medicamentos.

⁴⁸ Cifras de OPS.2009.

⁴⁹ Ver Perfil de los Sistemas de Salud: Honduras. OPS/OMS. Febrero de 2009, Pág. 32

⁵⁰ Ver Situación de Salud en Honduras: Indicadores Básicos 2010, Pág. 23.

Grafico N. 3
Población Cotizante y Beneficiarios IHSS



Fuente: Elaboración propia con base a cifras de Bantral e IHSS.

El Plan Anticrisis debe proponer medidas de políticas y proyectos que ataquen las manifestaciones del rezago social. Seis (6) Intervenciones ameritan ser consideradas en el corto plazo.

La primera es identificar los sectores productivos que se deben potenciar. Si la prioridad es la generación y protección del empleo de buena calidad, los sectores dinámicos son el forestal, vivienda, agroalimentario, infraestructura y las Micro y Pequeñas Empresas. La segunda es usar la equidad e igualdad de género como eje transversal del Plan. La tercera es construir un piso de protección social-alimentaria para evitar que aumente el riesgo en aquella población vulnerable.⁵¹ La cuarta es la garantía de acceso de la población a la salud y aseguramiento social, reajustando y priorizando los fondos de presupuesto para abastecer de medicamentos a los Hospitales Públicos. Lo quinto es la estabilidad económica y el control de las presiones inflacionarias. Lo sexto es la identificación de los recursos financieros requeridos, la fuente, disponibilidad inmediata y el mecanismo de seguimiento.

VII. Construyendo una Hoja de Ruta

La crisis del sector salud, en particular de aseguramiento social, es una crisis que tienen factores explicativos institucionales, pero ante todo económicos y financieros. Después del paso de la tormenta tropical y huracán Mitch, se ensayaron procesos de reforma en el sector salud que buscaban un rol más protagónico de los gobiernos locales, las organizaciones de sociedad civil y agentes privados, pero que no tuvieron los resultados esperados. Mientras tanto, la política económica restrictiva y de activismo social afectó la segmentación del mercado de trabajo, sus exclusiones e inequidades. Ello se hizo más evidente con la crisis política del 28 de junio, donde la pérdida de ingresos y empleos de la población fue uno de los impactos más evidentes.

La respuesta a la crisis ha sido la búsqueda de nuevos espacios para la reforma del sector salud y la recomposición de las instituciones principales como la SS y el IHSS, pero que la magnitud de los problemas enfrentados no ha permitido que nuevos enfoques para la

⁵¹“El Piso de Protección Social (PPS) “define un conjunto básico de derechos y garantías sociales que buscan otorgar seguridad económica (mediante transferencias monetarias) y acceso a servicios esenciales (mediante prestaciones en especie) a la población con privaciones en sus distintas etapas del ciclo de vida. De esta forma el PPS constituye una “protección social básica” promotora de oportunidades de inclusión y facilitadora de la cohesión social. El segundo nivel de la escalera de protección social está compuesto por la previsión social o seguridad social ligada al empleo, es decir, el seguro social contributivo donde las garantías están asociadas a las contribuciones sobre el salario realizadas durante la vida laboral o al financiamiento solidario por parte del Estado o al interior del grupo asegurado.” Ver a Fabio Bertranou “Iniciativa de Piso de Protección Social” Notas Sobre la CRISIS. OIT., 2010.

reforma tengan la acogida deseada. En el caso del IHSS, se ha echado mano del último expediente que tiene, o sea el rompimiento de techos de cotización que para miembros de los gremios, colegio médico y empresa privada, debe ir acompañado de una reingeniería total donde las propuestas anteriores de reforma institucional y financiera tienen de nuevo cabida.

En el mercado de trabajo, con un entorno nacional e internacional no muy favorable para la inversión y el comercio, se han propuesto nuevas formas, modalidades e incentivos para atraer inversión privada y generar empleo, en tanto entre 2001 y 2010 más de 900 mil personas (jóvenes) se consideran nueva PEA. Pero la prioridad deber ser la defensa y creación de empleos de buena calidad con pleno reconocimiento de derechos económicos y sociales de los trabajadores. Ello complementado con políticas e intervenciones directas para reducir las brechas de exclusión y desigualdad en contra de las mujeres, jóvenes, tercera edad, pacientes con VIH/SIDA, población étnica e infantil.

La búsqueda de soluciones a esta crisis de aseguramiento y de empleo, plantea grandes desafíos a los actores del sector. Para ello, el consenso es fundamental. La construcción de una hoja de ruta con dichos actores puede facilitar el diálogo y el consenso requerido con responsabilidades para cada actor, metas e indicadores que puedan monitorearse para facilitar la evaluación de los logros y nuevas propuestas de solución.

Una hoja de ruta de y para actores involucrados y con responsabilidad en el ámbito de las políticas, programas y proyectos para el aseguramiento social, se concibe como un conjunto de actividades que deberán ejecutarse en el tiempo previsto y con los recursos disponibles para alcanzar los objetivos, metas y resultados esperados por todos y cada uno de los actores. La hoja de ruta es a la vez un compromiso de dichos actores frente a los grandes desafíos que enfrentan los derechohabientes por la crisis de empleo y de acceso y entrega de servicios de salud y aseguramiento social.

Para su construcción se parte del reconocimiento de la problemática enfrentada y de las vías de solución.⁵² Se trata de involucrar el mayor número posible de actores, tanto de los empresarios, gremios y el gobierno, como aquellos que han tenido poca o ninguna participación en la toma de decisiones. En seminarios-talleres de trabajo cada actor identifica problemas, dimensiona, prioriza e identifica alternativas de solución. Un Informe consolidado de estos hallazgos es presentado por el facilitador o interlocutor en una reunión plenaria con la participación de todos ellos, para obtener el consenso requerido sobre las posibles intervenciones que deberán ejecutarse para solucionar los mismos.

El facilitador e interlocutor elabora una propuesta de hoja de ruta pero sin responsables ni recursos, que deberá seguirse en la búsqueda de solución de los problemas, la que es sometida a consideración de los actores y estos a la vez participan de ella al aceptar compromisos y obligaciones en el tiempo establecido. Sobre esa base, una comisión de los actores en conjunto que el facilitador elabora la propuesta de hoja de ruta que debe ser sancionada en esa misma reunión.

La diferencia entre una hoja de ruta y el plan de acción o de trabajo, es que no es institucional en tanto el gobierno no la impone ya que éste es un actor más; además, su grado de cumplimiento depende del compromiso de cada actor y de todos juntos. La hoja de ruta identifica acciones e intervenciones puntuales para solucionar el problema (s), no acciones e intervenciones para aspirar a poder solucionar el problema. No son acciones ni intervenciones discursivas sino que son acciones e intervenciones prácticas.

Para el caso, si se establece en la hoja de ruta que cada semana o mes 5 o 10 niños que se encuentran trabajando en actividades riesgosas o peligrosas, deben de salir de esta actividad y no lo hacen; al menos un actor faltó al compromiso establecido. En el caso de Costa Rica, esta creciente voluntad de trabajo y decisión de actores institucionales, políticos y sociales, fue y lo sigue siendo lo que ha marcado la diferencia con el resto de los países

⁵² Cada actor tiene un conocimiento previo de la problemática enfrentada; sin embargo, ese conocimiento muy poco se ha compartido con otros actores, muchos menos integrado para priorizar problemas y soluciones. El dimensionar los alcances de los problemas es a la vez una responsabilidad que deben asumir los actores, más allá de la simple denuncia y de soluciones simplistas que en su mayoría son impuestas.

centroamericanos en el caso particular del VIH/SIDA y la reducción del trabajo infantil por ejemplo.

Del análisis realizado se puede identificar algunos problemas que ameritan soluciones conjuntas y planificadas: a) el trabajo precario y atípico; b) la desigualdad e inequidad en género y etnicidad; c) trabajo infantil; d) la insuficiencia de cobertura efectiva en salud y aseguramiento social; e) la regresividad de los salarios; f) el costo de la canasta básica y de alimentos; g) la nueva reforma del sector salud y del régimen provisional; h) urgencia de un piso de protección social; entre los más importantes. Sin embargo, corresponde a los actores involucrados identificar y dimensionar los mismos, como uno de los puntos de agenda de los talleres de trabajo.

