

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

**NECESIDAD DE REALIZAR CAMBIOS AL SEGURO SOCIAL POR SUS
DEFICIENCIAS Y LIMITACIONES PARA LA ADQUISICIÓN DE
MEDICAMENTOS**

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva

de la

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

RUTH JESSICA LÓPEZ

Previo a conferírsele el grado académico de

LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

y los títulos profesionales de

ABOGADA Y NOTARIA

Guatemala, junio de 2008

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

**NECESIDAD DE REALIZAR CAMBIOS AL SEGURO SOCIAL POR SUS
DEFICIENCIAS Y LIMITACIONES PARA LA ADQUISICIÓN DE
MEDICAMENTOS**

RUTH JESSICA LÓPEZ

GUATEMALA, JUNIO DE 2008

HONORABLE JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DECANO: Lic. Bonerge Amilcar Mejía Orellana
VOCAL I: Lic. César Landelino Franco López
VOCAL II: Lic. Gustavo Bonilla
VOCAL III: Lic. Erick Rolando Huitz Enríquez
VOCAL IV: Br. Hector Mauricio Ortega Pantoja
VOCAL V: Br. Marco Vinicio Villatoro López
SECRETARIO: Lic. Avidán Ortiz Orellana

**TRIBUNAL QUE PRACTICÓ
EL EXAMEN TÉCNICO PROFESIONAL**

Primera Fase:

Presidente: Lic. Rolando Amílcar Sandoval
Vocal: Lic. Saulo de León
Secretario: Lic. Jaime Ernesto Hernández Zamora

Segunda Fase:

Presidente: Lic. Edwin Leonel Bautista Morales
Vocal: Lic. Rafael Morales Solares
Secretario: Lic. Héctor Manfredo Maldonado

RAZÓN: “Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas y contenido de la tesis.” (Artículo 43 del Normativo para elaboración de tesis de licenciatura en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de San Carlos de Guatemala).

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO: Por estar siempre a mi lado, cuidar mis pasos y darme siempre lo mejor, ya que sin su bendición no hubiera logrado este triunfo en mi vida. Gracias.

A MI MADRE: Iris Esperanza López Mérida, por su apoyo y cariño, gracias por ser la mejor, por todo lo que ha hecho por mi, la quiero con todo mi corazón, que Dios la bendiga siempre.

A MIS HERMANOS: Lidia, Miguel Angel y Douglas, por apoyarme siempre y por quererme tanto como me lo han demostrado.

A MIS SOBRINOS: Barbara, Diego, Joseph, Jeremy, Angel, por que este triunfo sea un ejemplo para su futuro.

A MIS AMIGOS: Adriana, Alfredito, Cachorro, Chepo, Dario, Edin, Fito, Gloria, Hugo, Jeaneth, Jeny, Marlon, Marvin, Max, Pollo, Margarita, Meches, Monica García, Monica Mejía, Nancy, Tito.

A LOS LICENCIADOS: Lic. Rosa Orellana Arevalo
Lic. Glenda Monroy de Dávila
Lic. Beyla Estrada Barrientos de Brito
Lic. Jesús Alfredo Erchila de León
Por su apoyo, ayuda y consejo. Dios los Bendiga.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN
CARLOS DE GUATEMALA:

Especialmente a la Facultad de
Ciencias Jurídicas y Sociales, con
mucho amor y respeto.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción.....	i

CAPÍTULO I

1. Antecedentes en cuanto a seguros sociales.....	1
1.1. Ley protectora de obreros.....	1
1.2. Leyes de jubilaciones, pensiones y montepíos.....	4
1.3. Regímenes de previsión social establecidos voluntariamente por Empresas particulares.....	9
1.4. Análisis a otras disposiciones legales.....	11
1.5. Desarrollo de la previsión y los seguros privados.....	21

CAPÍTULO II

2. Concepto y objetivos de los seguros sociales.....	29
2.1 Seguros.....	29
2.2 Seguros sociales.....	34
2.3 Características.....	37
2.4 Seguros sociales y seguros privados.....	39
2.5 Seguros sociales y asistencia social.....	42

	Pág.
2.6 Seguros sociales y servicios sociales.....	43

CAPÍTULO III

3. Seguro social en Guatemala.....	47
3.1 Concepto.....	47
3.2 Régimen.....	62
3.3 Cobertura.....	67

CAPÍTULO IV

4. Importancia de realizar cambios al seguro social.....	71
4.1 Problemas actuales.....	71
4.2 Órganos que integran el seguro social	74
4.3 Función de los órganos que integran el seguro social.....	76
CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES.....	83
BIBLIOGRAFÍA.....	85

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se desarrolla tomando en consideración la necesidad que tiene en la actualidad la importancia de realizar cambios en el seguro social, debido a que sus alcances son limitados y se han hecho evidentes sus deficiencias y limitaciones.

La autora considera que existe una gran laguna de ley en el contenido e interpretación que se desprende en la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en cuanto a la falta de cumplimiento de dicho normativo por no existir un seguro social convincente.

Asimismo, existe la necesidad de mejorar la calidad la atención en los servicios médicos hospitalarios y de consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para poder de esta manera lograr la satisfacción del usuario.

Para una mayor comprensión, el trabajo ha sido dividido en capítulos: En el primer capítulo se realiza un breve análisis de los antecedentes en cuanto a seguros sociales y su regulación legal.

En el capítulo segundo, se establece los conceptos y objetivos de los seguros sociales, así como su origen, concepto, características, elementos y diferentes clases.

En el capítulo tercero, se desarrolla un análisis del seguro social en Guatemala, haciendo énfasis en aspectos generales, objetivos, fines y requisitos.

Por último, en el capítulo cuarto, se analiza la importancia de realizar cambios en el seguro social.

Y para terminar, se establecen las conclusiones y las recomendaciones del presente trabajo de investigación de tesis.

La elaboración de la investigación se realizó primordialmente conforme al método científico, el enfoque metodológico utilizado es de una investigación ex post facto (a partir de un hecho acontecido) de tipo descriptivo, a través del cual se abordan situaciones recientes o actuales, que la investigadora obtiene de testigos, documentos o fuentes directas, cuya veracidad es posible comprobar. Explora la realidad actual, para poder describirla o para recoger datos que le permitan predecir acontecimientos a corto, mediano o largo plazo.

Las técnicas empleadas durante la presente investigación se pueden describir de la siguiente manera: bibliográfica, documental, estadística, ficheros, observación directa, cuestionarios y técnica jurídica para la interpretación de la legislación.

CAPÍTULO I

1. Antecedentes en cuanto a seguros sociales

1.1 Ley protectora de obreros

De acuerdo a estudios de la Organización Internacional del Trabajo, en América Latina existen tres clases o grupos de países que han introducido elementos de seguridad social en su legislación, dependiendo de la fecha en que lo hicieron:

Los países pioneros o precursores, en los cuales existe desarrollo en materia de seguridad social a principios de siglo: Uruguay, Argentina (1904), Chile (1924), Cuba y Brasil (1923). En todo caso, cabe destacar que el crecimiento de esos sistemas no siempre fue organizado, sino más bien fragmentario, descoordinados entre los diversos regímenes creados, etc.

Los países intermedios: Costa Rica y Panamá (1941), Méjico y Paraguay (1943), Perú (1936), Colombia y Guatemala (1946), Ecuador(1935) y Venezuela (1940), desarrollados luego del sistema de EE.UU. y hasta fines de la 2ª. Guerra mundial.

Grupo final con leyes marco que incluye a Nicaragua (1955), El Salvador y Bolivia (1949), Honduras (1952). Tardío, creados a partir de la post-guerra y las décadas del 60 y 70. En materia de salud específicamente, nuestro país comienza su peregrinar con el Seguro Social Obligatorio (1924) y se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, ente que agrupó los servicios asistenciales y de salud del país. En 1938 se promulga una de las primeras leyes en el mundo relativa a la medicina preventiva, la cual tenía por objetivo promover el diagnóstico precoz y el tratamiento de las enfermedades más importantes de ese momento. Posteriormente, en el año 1942,

se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), el cual se reorganizó en la década del sesenta.

En el año 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud, que atendía a los obreros, quienes junto a sus familias accedían a tratamientos médicos y quirúrgicos y a atención dental; incluía la asistencia del embarazo, parto y puerperio de la cónyuge; el subsidio por incapacidad laboral era el promedio del salario de los últimos seis meses, siempre que la enfermedad los incapacitara por más de tres días. En cuanto a los empleados, sean públicos o privados, se contemplaban los beneficios de asistencia médica y dental, las que se otorgaban ya sea a través del sistema administrativo o del sistema de libre elección. En cuanto al subsidio por incapacidad laboral, éste era el 85% del promedio del sueldo imponible de los últimos seis meses calendario, salvo los empleados públicos, quienes conservaban la totalidad de sus remuneraciones. Fruto de la distinción entre obreros y empleados, el Servicio Nacional de Salud atendía a aquellos y el Servicio Médico Nacional de Empleados a los últimos. Los mencionados organismos fueron hasta fines de la década de los setenta, las entidades que conformaban el sistema de salud público en Chile.

“El cooperativismo guatemalteco, nació como todo movimiento social y económico, y con la aprobación del Decreto Legislativo 630 de fecha 28 de enero de 1903, cuyo objetivo era buscar el mejoramiento de las condiciones de vida de la clase trabajadora, procurando su bienestar y contribuir al progreso de la nación, a partir de allí se pronunció el cooperativismo en Guatemala, sin embargo se tomaba a las cooperativas como sociedades mercantiles y no como asociaciones de servicio.”¹

El 21 de noviembre de 1906 se promulga otro Decreto Legislativo el número 669 correspondiente a: Ley protectora de Obreros, disponiéndose en el mismo que para el pago de indemnizaciones debía crearse una caja cooperativa de socorro.

¹ Barahona Streber, Walter, **Bases de la seguridad social en Guatemala**, pág. 35.

La Asamblea General de Asociados es el órgano superior de la cooperativa el cual tiene como función principal velar por la buena dirección y administración de la cooperativa.

Tendrá como objetivo fundamental velar porque las operaciones de la cooperativa se enmarquen dentro de lo que estipulan las leyes, los estatutos, reglamentos y demás disposiciones que regulan el funcionamiento de la misma.

Las asambleas son de mucha importancia. Es la reunión de todos los asociados de una cooperativa, con el propósito de informarse de lo que está pasando en su organización y discutir los planes de trabajo para el futuro.

El símbolo del cooperativismo es bien conocido, es un círculo verde que encierra dos pinos sobre un fondo dorado.

El círculo, representa al mundo, es símbolo de grandeza. Así es el cooperativismo, está en todo el mundo, la ayuda mutua es muestra de esa grandeza de ala de los hombres que creen y tienen fe en la cooperación.

“El pino, significa inmortalidad, constancia y fecundidad. Sobre estas cualidades descansa el cooperativismo. La cooperación no morirá mientras exista vida en la tierra. El pino crece bastante y se levanta hacia el cielo. El cooperativismo también aspira a lo más alto y noble; la igualdad entre los seres humanos. Si en nuestro símbolo aparecen dos pinos, es porque siempre se necesitan dos personas o más para que haya cooperación. Usted sólo no levanta la cosecha en un día, necesita de varios compañeros para hacerlo.”²

² Aguilar Elizardi, Mario, **Técnicas de Estudio e Investigación**, pág. 2

El color del círculo y de los pinos es verde oscuro, como el de todas las plantas que nos alimentan. El color verde en la naturaleza es vida y esperanza. La cooperación hace vivir y alienta esperanzas en un futuro mejor.

Si el fondo es dorado, es porque representa al sol que es fuente de vida para el hombre, las plantas y los animales.

La Alianza Cooperativa Internacional, resolvió que, se celebre el primer sábado del mes de julio de cada año, como el día Internacional del Cooperativismo, fecha en que se rinde homenaje a los humildes tejedores de Raschdale que dieron al mundo, en el siglo pasado, este movimiento que tiene como lema: todos para uno y uno para todos.

1.2 Leyes de jubilaciones, pensiones y montepíos

Artículo 1.- Los servidores del Estado en el Ramo de Comunicaciones, que incluye telegrafistas, telefonistas, empleados de correos, oficinistas de la Dirección General, con veinte o más años de servicio, y los demás directamente conectados con dicha actividades, tendrán derecho a disfrutar de jubilaciones, pensiones y montepíos, conforme a la presente ley, siempre que su conducta haya sido satisfactoria, de acuerdo con la respectiva hoja de servicio a los documentos que lo acrediten en tal sentido.

Artículo 2.- Las jubilaciones serán como sigue: para los telegrafistas, telefonistas y empleados de los mismos servicios, oficinistas de la Dirección General, con más de treinta años de trabajo continuo o alterno, el sueldo íntegro devengado al momento de producirse su retiro por razones de salud, edad o cualquier otra causa justificada; el 80% si hubiese cumplido 20 años y el 50% si igualmente haya servido más de 15 años, siempre que, en cualquiera de los casos, tuviesen más de sesenta años de edad los varones y de 50 las mujeres. Después de los 70 años de edad, la jubilación será obligatorio.

Artículo 3.- Los empleados de los servicios postales, en las mismas condiciones de los artículos anteriores; el 60% el 50% y el 40%, respectivamente.

Artículo 4.- Los mismos porcentajes señalados, en los artículos precedentes, se aplicarán en el caso de pensiones por retiros temporales, como consecuencia de enfermedad o de incapacidad, debidamente comprobada, conforme el reglamento de esta ley.

También en los casos de incapacidad permanente, cualquiera que fuese la edad, después de 10 años de servicio, en las condiciones del artículo 1.

Artículo 5.- Los montepíos a favor de la compañera, legítima o natural, o de los hijos menores de los mismos, que dependiesen económicamente de los causantes, sin medios propios de subsistencia, serán en igualdad de condiciones otorgadas conforme los porcentajes que se indican en los artículos pertinentes.

Artículo 6.- Los montepíos, a que se refiere el artículo que antecede, caducarán, para las beneficiadas, al contraer otras nupcias o hacer vida marital con otra persona, y para los hijos varones desde que alcancen la mayoría de edad, salvo en el caso de que sean inválidos o inhábiles para trabajar, o cuando su situación patrimonial mejore en forma de no necesitar del auxilio del Estado, previa resolución de la comisión respectiva, en los términos de la presente ley.

Artículo 7.- Los empleados de Comunicaciones, a que se refiere el artículo 1 de esta ley, que estén amparados por el Seguro Social, no quedan comprendidos si los beneficios que les otorga dicha institución fuesen iguales o mayores a los que en la presente se establecen; pero tendrán a que se les complementen en caso contrario.

Artículo 8.- Para el debido cumplimiento de la presente ley y su reglamento, se crea una Comisión de Jubilaciones, Pensiones y Montepíos del Ramo de

Comunicaciones, integrada por el Director de Comunicaciones, Presidente del Tribunal de Cuentas, el Director de Ingresos, el Director del Presupuesto, el Tesorero General de la República, o sus delegados y un representante de cada uno de los gremios de telegrafistas, telefonistas y empleados del correo, designados por el voto de la mayoría de sus integrantes.

Artículo 9.- Además de los fondos actualmente dispuestos ene Presupuesto General de Gastos para las pensiones y jubilaciones del ramo, se presupuestará en el futuro para dicho fin, hasta un 20% de los ingresos que provengan de los servicios de telégrafos, teléfonos y postales. Para este mismo fin las tarifas actuales deberán ser aumentadas en un 10%.

Artículo 10.- Los recursos a que se refiere el artículo que antecede y cualquiera otros aplicables, serán manejados bajo su propia responsabilidad, para los fines establecidos, por la Tesorería General de la República, en la forma que indique el Ministerio de Hacienda.

Artículo 11.- No son embargables, no negociables, los beneficios que esta ley establece y ellos no facultan a los agraciados para ejercer acción judicial alguna contra el Estado; pero puede recurrirse la queja o amparo ante la Comisión respectiva y apelarse de sus resoluciones, en forma definitiva, ante el Ministro de Hacienda.

Artículo 12.- Los actuales beneficiarios o comprendidos en el artículo 1 de esta ley, pueden solicitar, a la Comisión referida, la revisión de sus jubilaciones, pensiones, asignaciones o montepíos, para gozar de los porcentajes a que se ha hecho referencia. Asimismo los que, por cualquier causa, no estén actualmente comprendidos y se consideren con derecho, al tenor de la misma.

Artículo 13.- Previo al cumplimiento de las atribuciones que se le señalan en esta ley la Comisión creada, conforme el artículo 8, procederá a efectuar revisión de los

sueldos que asigne el presupuesto del Ramo, que dando facultades para gestionar o efectuar, en su caso un justo reajuste, con cargo a los recursos de que se disponga, especialmente en todos aquellos salarios menores de trescientos quetzales mensuales. esta correspondiente bajo la denominación de "Pensiones complementarias" y se podrá considerar también, en cualquier tiempo, a solicitud del interesado, en los términos del artículo 12.

Artículo 14.- El Ministerio de Gobernación reglamentará, en todo lo pertinente, a proposición de la Comisión a que se refiere el artículo 8 de esta ley, que deroga las anteriores que se le opongan, con excepción del Seguro Social; y no modifica o discontinúa cualquier disposición, de carácter gremial o mutualista, que se esté observando en beneficio de los miembros del servicio de comunicaciones de la República, si así lo estima conveniente la Comisión creada, que tendrá, para los efectos del artículo que tendrá, para los efectos del artículo que antecede, funciones de asesoría presupuestaría.

Artículo 15.- Esta ley entrará en vigor desde su publicación en "La Gaceta", Diario Oficial.

Regula lo relativo al trámite y prestaciones a que tienen derecho el personal que no es afiliado a IPM, y que contribuye a este fondo, así como los derechos que puedan corresponder a sus beneficiarios.

El IPM, únicamente tiene a su cargo la tramitación de liquidación y registro de las pensiones y beneficios contenidos en esta ley.

Requisitos de la jubilación en el orden militar

1. Solicitud de jubilación en el orden militar, dirigida al señor Gerente del IPM, con firma autenticada por Notario.
2. Declaración Jurada en acta notarial, de no haber perdido la nacionalidad guatemalteca.

3. Certificaciones de:
 - a. Servicio
 - b. Partida de nacimiento reciente
 - c. Carencia de antecedentes penales (que no exceda 3 meses la fecha de emisión)
 - d. Sueldos, extendida por el Departamento de Finanzas del Ejército, en donde conste los descuentos efectuados en concepto de montepío.
 - e. Fotocopia de Cédula completa.

Requisitos de la devolución de descuentos de montepío

1. Solicitud de devolución de descuentos de montepío, dirigida al señor Gerente del IPM, con firma autenticada por Notario.
2. Declaración Jurada en acta notarial, de no haber perdido la nacionalidad guatemalteca.
3. Certificaciones de:
 - a. Servicio
 - b. Partida de nacimiento
 - c. Carencia de antecedentes penales (que no exceda 3 meses la fecha de emisión)
 - d. Sueldos, extendida por el Departamento de Finanzas del Ejército en donde conste los descuentos efectuados en concepto de montepío.
 - e. Copia del número de NIT (anverso y reverso)
 - f. Fotocopia de Cédula completa.

Requisitos de la pensión en el orden militar

1. Solicitud de pensión en el orden militar, dirigida al señor Gerente del IPM, con firma autenticada por Notario.
2. Declaración Jurada en Acta Notarial de no haber perdido la nacionalidad guatemalteca.
3. Certificaciones de:
 - o Servicio
 - o Partida de nacimiento
 - o Carencia de antecedentes penales (que no exceda 3 meses la fecha de emisión)
 - o Sueldos, extendida por el Departamento de Finanzas del Ejército
 - o Fotocopia de Cédula completa.

Requisitos del montepío en el orden militar

1. Solicitud de montepío en el orden militar, dirigida al señor Gerente del IPM, con firma autenticada por Notario.
2. Declaración Jurada en Acta Notarial de no haber perdido la nacionalidad guatemalteca
3. Certificaciones de:
 - o Defunción del causante
 - o Matrimonio
 - o Partida de nacimiento de la solicitante
 - o Carencia de antecedentes penales (que no exceda 3 meses la fecha de emisión)
 - o Partida de nacimiento del causante (reciente).
 - o Fotocopia de Cédula de Vecindad de la Interesada (o)

1.3 Regímenes de previsión social establecidos voluntariamente por empresas particulares

“El objeto primordial de la seguridad social, es el de dar protección mínima a toda la población del país, a base de una contribución proporcional a los ingresos de cada uno y de la distribución de beneficios a cada contribuyente o a sus familiares que dependen económicamente de él, procediendo en forma gradual y científica que permita determinar tanto la capacidad contributiva de la parte interesada, como la necesidad de los sectores de población de ser protegidos por alguna o varias clases de beneficios, habiéndose principiado sólo por la clase trabajadora, con miras a cubrirla en todo el territorio nacional, antes de incluir dentro de su régimen a otros sectores de la población.”³

La Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de mayo de 1,985, instituyó la garantía de la seguridad social para beneficio de los habitantes de la nación, en el Artículo 100, el cual textualmente dice:

Artículo 100. Seguridad Social. El Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para beneficio de los habitantes de la nación. Su régimen se instituye como función pública, en forma nacional, unitaria y obligatoria.

El Estado, los empleadores y los trabajadores cubiertos por el régimen, con la única excepción de lo preceptuado por el artículo 88 de esta Constitución, tienen obligación de contribuir a financiar dicho régimen y derecho y participar en su dirección, procurando su mejoramiento progresivo.

La aplicación del régimen de seguridad social corresponde al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que es una entidad autónoma con personalidad

³ Chaperó, Vicente, **Metodología de la Investigación**, pág. 14

jurídica, patrimonio y funciones propias; goza de exoneración total de impuestos, contribuciones y arbitrios, establecidos o por establecerse. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social debe participar con las instituciones de salud en forma coordinada.

El Organismo Ejecutivo asignará anualmente en el presupuesto de ingresos y egresos del Estado, una partida específica para cubrir la cuota que corresponde el Estado como tal y como empleador, la cual no podrá ser transferida ni cancelada durante el ejercicio fiscal y será fijada de conformidad con los estudios técnicos actuariales del Instituto.

Contra las resoluciones que se dicten en esta materia, proceden los recursos administrativos y el de lo contencioso-administrativo de conformidad con la ley.

1.4 Análisis a otras disposiciones legales

La presente memoria aborda un tema de Derecho Sanitario poco tratado doctrinalmente, pero que reviste especial importancia en la práctica, como se refleja en la abundante casuística que la vida real nos plantea a diario.

“La Constitución Española reconoce el derecho a la protección salud en su Artículo 43, que debe ser respetado tanto por el legislador como por el intérprete, pero es un derecho que no debe ser interpretado de forma aislada, sino en relación con otros con los que se haya íntimamente vinculado, como el derecho a la integridad física y moral, o bien el Art. 10 de la misma que establece como fundamento del orden político y de la paz social la dignidad humana.”⁴

⁴ Morgan Sanabria, Rolando, **Material de apoyo para el curso Planeación del proceso de la investigación científica**, pág. 21

Como ha señalado alguna voz autorizada en la materia, el carácter escaso que caracteriza los medios públicos o bienes sociales no debe ser óbice para prescindir de los deberes de solidaridad y asistencia vital propios del Estado social de derecho.

“Dentro de este contexto es donde se encuadra el análisis de los supuestos en los que puede derivarse la obligación de los pacientes a abonar a las administraciones públicas sanitarias el coste de la asistencia sanitaria recibida en centros de las mismas, por derivarse dicha asistencia de supuestos no comprendidos en el ámbito o campo de protección legal de la prestación de asistencia sanitaria de nuestro sistema de seguridad social, como es el caso de los accidentes de caza y pesca, de tráfico, etc.”⁵

En Guatemala, como una consecuencia de la Segunda Guerra Mundial y la difusión de ideas democráticas propagadas por los países aliados, se derrocó al gobierno interino del General Ponce Vaides quien había tomado el poder después de una dictadura de 14 años por el General Jorge Ubico, y se eligió un Gobierno democrático, bajo la presidencia del Dr. Juan José Arévalo Bermejo.

El Gobierno de Guatemala de aquella época, gestionó la venida al país, de dos técnicos en materia de Seguridad Social. Ellos fueron el Lic. OSCAR BARAHONA STREBER (costarricense) y el Actuario WALTER DITTEL (chileno), quienes hicieron un estudio de las condiciones económicas, geográficas, étnicas y culturales de Guatemala. El resultado de este estudio lo publicaron en un libro titulado Bases de la Seguridad Social en Guatemala.

Al promulgarse la Constitución de la República de aquel entonces, el pueblo de Guatemala, encontró entre las Garantías Sociales en el Artículo 63, el siguiente texto: SE ESTABLECE EL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO. La Ley regulará sus alcances, extensión y la forma en que debe de ser puesto en vigor.

El 30 de Octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala, emite el Decreto número 295, LA LEY ORGANICA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL. Se crea así Una Institución autónoma, de derecho público de

⁵ Barahona Muñoz, Olga Violeta, **Manual para elaborar seminario y tesis de graduación**, pág. 38

personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima.

Se crea así un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio. Esto significa que debe cubrir todo el territorio de la República, debe ser único para evitar la duplicación de esfuerzos y de cargas tributarias; los patronos y trabajadores de acuerdo con la Ley, deben de estar inscritos como contribuyentes, no pueden evadir esta obligación, pues ello significaría incurrir en la falta de previsión social.

La Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de Mayo de 1985, dice en el Artículo 100: Seguridad Social. El Estado reconoce y garantiza el derecho de la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación.

“Posteriormente el Art. 38 del real Decreto Legislativo, 1-1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, al determinar el contenido de la acción protectora del sistema mantiene dentro de la misma la asistencia sanitaria. Legislativo 1-1994, al no derogar el capítulo IV del Decreto Legislativo 2065-1974 de 30 de mayo, mantiene como norma reguladora en orden a los beneficiarios de la asistencia y requisitos para tener derecho, lo previsto en el citado capítulo IV y en sus normas de aplicación y desarrollo. Ello es de especial importancia teniendo en cuenta que en la materia que nos ocupa, el reintegro de los gastos ocasionados se van a reclamar a aquellos que no son beneficiarios de la asistencia previamente prestada por existir un tercero obligado al pago o tratarse de usuarios sin derecho a la misma.”⁶

En estos casos el Decreto 14-1986 del 25 de abril de 1986, Ley General de Sanidad establece en su Artículo 16.3 que la facturación por atención de usuarios sin derecho a la asistencia de los servicios de salud será efectuada por las respectivas

⁶ Cabanellas De Torres, Guillermo, **Diccionario jurídico elemental**, pág. 6

administraciones de los centros, tomando como base los costes efectivos, teniendo estos ingresos la condición de propios de los servicios de salud.

Asimismo, en el Artículo 83 recoge que los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la condición de ingresos propios del servicio de salud correspondiente, no financiándose los gastos inherentes a la prestación de tales servicios con los ingresos de la seguridad social, facultando a la vez a las administraciones públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados.

“La regulación legal de estos resarcimientos se contiene también en la disposición adicional 22 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 20 de junio de 1994, que en su punto 1.1) dispone que no tendrán la naturaleza de recursos de la seguridad social los ingresos a los que se refieren los Arts. 16.3 y 83 de la Ley General de Sanidad; y en su punto 2, que el Ministerio de Sanidad y Consumo fijará el régimen de precios y tarifas de tales atenciones, prestaciones y servicios, tomando como base sus costes estimados. Hay que tener en cuenta, al hilo de lo que venimos exponiendo, que a partir del traspaso competencial en materia de sanidad “quedan traspasadas las funciones y servicios, así como los bienes, derechos, obligaciones, medios personales y créditos presupuestarios correspondientes.”⁷

Un punto de inflexión normativa en la materia que nos ocupa lo constituyó la promulgación del Decreto 63-1995, del 20 de enero, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del sistema nacional de la salud, pues fija los supuestos en los que el importe de la asistencia sanitaria ha de reclamarse a los terceros obligados al pago. Ya en la exposición de motivos recoge, entre los principios básicos inspiradores del mismo, el de la reclamación del coste de los servicios prestados cuando no constituyan prestaciones de la seguridad social o aparezcan otros responsables

⁷ Chacón de Machado, Josefina y Carmen María Gutiérrez de Colmenares, **Introducción al derecho**, pág. 26

obligados a hacerse cargo. El Artículo 3 del citado Decreto 63-1995 permite que en los casos mencionados en su anexo II, la asistencia sanitaria sea realizada en el ámbito del sistema nacional de salud, reconociendo no obstante, que procederá en tales supuestos, la reclamación del importe de los servicios realizados a los terceros obligados, así como a los usuarios sin derecho a la asistencia de los servicios de salud, admitidos como pacientes privados, fundamentando tal reclamación en los Artículos. 83 y 16 respectivamente de la Ley General de Sanidad a los que nosotros ya nos hemos referido anteriormente.

Dicho anexo II concreta también los supuestos en que procede tal reclamación, a saber:

1. Asistencia sanitaria prestada a los asegurados o beneficiarios del sistema de seguridad social, pertenecientes a la mutualidad general de funcionarios civiles del Estado, mutualidad general judicial o al instituto social de las fuerzas armadas, que no hayan sido adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria de la red sanitaria de la seguridad social.

La normativa aplicable en la materia concerniente a los funcionarios civiles del Estado es la constituida por el Decreto Legislativo 4-2000 de 23 de Junio por el que se aprueba el texto refundido de la Ley Sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, así como el real Decreto Legislativo 375-2003 de 28 de marzo de Reglamento General de Mutualismo Administrativo.

“Concretamente es el capítulo V de la ley el que recoge la prestación de asistencia sanitaria, regulando junto con el objeto, contingencias cubiertas, beneficiarios y contenido de la misma, la forma de la prestación, estableciendo el Artículo 17 que la asistencia sanitaria se facilitará por la mutualidad general de funcionarios civiles del Estado, bien directamente o por concierto con otras entidades o establecimientos públicos o privados. Estos conciertos se establecerán preferentemente con instituciones de la seguridad social. En el mismo sentido, el Artículo 77 del reglamento añade, en desarrollo de lo preceptuado por la ley , que cuando la asistencia se facilite mediante

concierto, los mutualistas podrán elegir la entidad o establecimiento público o privado a través del cual hayan de recibir la prestación de dicha asistencia, que se presta a los mutualistas y a sus beneficiarios a través de conciertos que MUFACE firma con diversas entidades. En el presente año la mutualidad tiene firmado un concierto con el Instituto Nacional de la Seguridad y la Tesorería de la Seguridad Social y nueve conciertos con entidades privadas.”⁸

Según esto, los mutualistas y demás beneficiarios pueden recibir la prestación a través de la red sanitaria de la seguridad social , o bien al amparo del citado concierto, durante el mes de enero de cada año de vigencia del mismo, y mediando previa solicitud, los afiliados a MUFACE que así lo deseen, podrán cambiar de entidad bien para adscribirse a la red sanitaria pública o a alguna de las compañías privadas firmantes del convenio.

MUGEJU (Mutualidad General Judicial): De forma idéntica a lo previsto para los funcionarios civiles del Estado, se establece en el real Decreto Legislativo 3-2000 de fecha 23 de junio por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el régimen especial de seguridad social del personal al servicio de la administración de justicia; la mutualidad general judicial dispensa la asistencia sanitaria con el mismo alcance y extensión que la que, en cada momento, se presta por la red sanitaria del régimen general de la seguridad social. Por razones del colectivo protegido y por la extensión territorial de su domiciliación, la mutualidad ha optado también para la dispensación de la asistencia sanitaria , al igual que MUFACE, por el sistema de gestión indirecta, a través de concierto con entidades tanto privadas como públicas. Las normas reglamentarias permiten a los mutualistas tanto en el momento de la afiliación inicial, como todos los años, en el mes de enero, elegir el sistema (red sanitaria pública o entidades privadas) que deseen les preste la asistencia sanitaria y dentro de las entidades privadas, elegir entre las concertadas.

Por ello, tanto en el caso de los beneficiarios pertenecientes a MUFACE, MUGEJU o Instituto Social de las Fuerzas Armadas, procederá la reclamación de los

⁸ De Fina Vara, Rafael, **Diccionario de derecho**, pág. 28

gastos por la asistencia sanitaria que se haya prestado, cuando se trate de mutualistas que no hayan sido adscritos a través de los comentados procedimientos, a recibirla de la red sanitaria de la seguridad social.

2. Asistencia prestada a los asegurados o beneficiarios en los supuestos de empresas colaboradoras en la asistencia sanitaria del sistema de seguridad social, en aquellas prestaciones cuya atención corresponda a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito. La Ley General de Sanidad, en su artículo 90 se refiere al concierto como un contrato por el que la administración sanitaria presta servicios propios de la misma con medios ajenos. El concierto es una modalidad de contratos de servicios públicos, por tanto sometido en cuanto a su iniciación, preparación, adjudicación, ejecución, modificación, efectos y extinción al TRLCAP y no a la LRJAPAC. Tiene carácter subsidiario o sustitutivo y su contenido se articula en un doble plano: a) reglamentario mediante la fijación de unos requisitos mínimos y b) contractual, mediante la definición en cada concierto de los derechos y obligaciones recíprocas (prestación y contraprestación). En este contrato se ha de especificar que actuaciones corren a cuenta de la administración sanitaria y cuáles a cargo de la empresa colaboradora.
3. Asistencia sanitaria prestada en los supuestos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales a cargo de las mutuas de accidentes de trabajo. Según las reglas generales sobre colaboración en la gestión, recogidas en los Artículos 67 y siguientes de la Ley General de Seguridad Social de 1994, la colaboración en la gestión de la seguridad social se podrá llevar a cabo por mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la seguridad social, por empresas colaboradoras y por asociaciones, fundaciones y entidades públicas y privadas, previa su inscripción en un registro público. Entre las operaciones a cargo de estas mutuas se encuentra la asunción del coste de las prestaciones por causa de accidente de trabajo sufrido por el personal al servicio de los asociados, en las situaciones de incapacidad temporal y periodo de observación.

El reglamento sobre colaboración de las mutuas de accidente de trabajo y enfermedades profesionales de la seguridad social regula en su Artículo 12 lo concerniente a los servicios sanitarios y recuperadores establecidos por las mutuas del siguiente modo:

- Las mutuas pueden establecer instalaciones y servicios sanitarios y recuperadores para cubrir las contingencias profesionales.
- La utilización de tales servicios se encuadra en el sistema nacional de salud, en cuanto que se hayan destinados a la cobertura de prestaciones incluidas en la acción protectora de la seguridad social. Sin embargo, la creación, modificación y supresión de tales instalaciones y servicios se ajustará a lo establecido en la normativa específica que resulte de aplicación en la comunidad autónoma donde se ubiquen los mismos, requiriendo tales operaciones la conformidad previa del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Las mutuas podrán hacer efectivas las prestaciones sanitarias y recuperadoras a su cargo mediante conciertos con otras mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como con las administraciones públicas sanitarias y, de igual forma, podrán concertar con las mismas entidades la utilización de sus instalaciones.
- Las mutuas podrán, asimismo, hacer efectivas las prestaciones sanitarias y recuperadoras a su cargo mediante concierto con medios privados; dichos conciertos no podrán suponer la sustitución de la función colaboradora atribuida a estas entidades, ni posibilitar la utilización por terceros, con fines lucrativos, de los servicios, de las instalaciones o medios de la mismas y, en todo caso, la compensación que se estipule no podrá consistir en la entrega de un porcentaje de cuotas.

Este reglamento fue modificado por Decreto 428-2004, si bien de su lectura no se vislumbra nada nuevo en referencia a las cuestiones centrales del control de las prestaciones y los partes de alta y baja que las mutuas pueden dar cuando la contingencia protegida es el accidente de trabajo o la enfermedad profesional.

En resumen, en aquellos casos en que la protección de las contingencias profesionales estuviera contratada con una mutua, el pago de la asistencia sanitaria prestada al trabajador que haya acudido a la red pública , podrá ser reclamado a la entidad mutualista responsable.

4. Seguros obligatorios:

- Seguro escolar.
- Seguro obligatorio de deportistas federados y profesionales.
- Seguro obligatorio de vehículos de motor.
- Seguro obligatorio de viajeros.
- Seguro obligatorio de caza.

“El régimen jurídico aplicable al seguro escolar, es el contenido en los estatutos de la mutualidad de previsión escolar aprobados por orden de fecha 11 de agosto de 1953. Respecto a esta cuestión, que la administración que resulte responsable de los daños padecidos por escolares a causa de accidentes sufridos en sus centros, podrá tener que indemnizar directamente al lesionado por el coste de la asistencia sanitaria proporcionada, cuando éste decida acudir a un centro privado para ello, o asumir el coste de la misma de forma indirecta, abonando el importe de la atención dispensada por los servicios públicos de salud o centros privados concertados, con o sin intermediación de la entidad gestora del seguro escolar; entidad que puede derivar a sus asegurados a unos u otros para recibir dicha asistencia Artículo 25 de los estatutos de la mutualidad e incluso permite la libre elección de servicio médico y el ulterior abono de una compensación, previa presentación de factura, según las tarifas aprobadas al efecto.”⁹

Respecto de los seguros de deportistas profesionales del Decreto Legislativo 849-1993, de fecha 4 de junio, por el que se determinan las prestaciones mínimas a cubrir por el seguro obligatorio para deportistas federados, establece en su anexo entre los

⁹ García Maynes, Eduardo, **Introducción al derecho**, pág. 60

mínimos a cubrir por el seguro, la asistencia médica en los centros o facultativos concertados en todas las provincias del territorio nacional, y la libre elección de centros y facultativos concertados en toda España.

5. Convenios o conciertos con otros organismos o entidades. Se reclamará el importe de la asistencia prestada, de acuerdo con los términos del convenio o concierto correspondiente.
6. Otros obligados al pago. Cualquier otro supuesto en que, en virtud de normas legales o reglamentarias, otros seguros públicos o privados o responsabilidad de terceros por las lesiones o enfermedades causadas a la persona asistida, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes y no con cargo a los fondos comunes de la seguridad social o de los presupuestos generales del Estado adscritos a la sanidad.

“Además de estos casos, el Artículo 4 del Decreto Legislativo 63-1995, establece que las prestaciones del anexo III del mismo no son financiadas con cargo a los fondos de los presupuestos generales del Estado y de la seguridad social, si bien podrán ser realizadas en el ámbito del sistema nacional de salud, bien sea con cargo a otros fondos públicos o con cargo a los particulares que las soliciten, por lo cual, en caso de ser prestadas procede también la reclamación del pago de las mismas.”¹⁰

Estas prestaciones relacionadas en el anexo III son:

1. La expedición de informes o certificados sobre el estado de salud distinta de los previstos en el anexo I.
2. Los reconocimientos y exámenes o las pruebas biológicas voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de terceros.

¹⁰ López Aguilar, Santiago, **Introducción al estudio del derecho**, pág. 5

3. La cirugía estética que no guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita.
4. Los tratamientos en balnearios y las curas de reposo.
5. La cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos.
6. El psicoanálisis y la hipnosis.

1.5 Desarrollo de la previsión y los seguros privados

“Los planes de pensiones y seguros privados están adquiriendo una importancia creciente como fuente de protección frente a los riesgos económicos derivados de la pérdida de capacidad de trabajo. Esta tendencia es una respuesta a las deficiencias percibidas en sistemas de seguridad social mandados, y refleja también la demanda de protección frente a mayor inestabilidad de los empleos. Los socios y consultores de PrimAmérica reúnen una vasta experiencia en el diseño y gestión de planes privados de seguros y pensiones.”¹¹

La disposición adicional tercera del Decreto Legislativo 44-2002, de fecha 22 de noviembre, de medidas de reforma del sistema financiero, dispone que la comisión nacional del mercado de valores, el banco de España y el Ministerio de Economía, cada uno en el ámbito de su supervisión, aprobarán códigos de conducta que contengan las reglas específicas a las que deberán ajustarse las inversiones financieras temporales que hagan, entre otras entidades, las mutuas de seguros y las mutualidades de previsión social, con el fin de optimizar la rentabilidad del efectivo de que dispongan y que puedan destinar a obtener rendimientos de acuerdo con sus normas de funcionamiento.

Igualmente, la citada disposición adicional impone a los órganos de gobierno, administración o dirección de dichas entidades la obligación de presentar un informe anual acerca del grado de cumplimiento de los citados códigos de conducta para conocimiento de sus asociados o mutualistas.

¹¹ López Mayorga, Leonel Armando, **Introducción al estudio del derecho**, pág. 10

“Ha de considerarse que las mutuas de seguros y las mutualidades de previsión social están sometidas a un régimen específico de inversión, diversificación y dispersión de las inversiones en que se materializan las provisiones técnicas que por su normativa específica están obligadas a constituir, contenido en el Decreto 30-1995, de fecha 8 de noviembre, de ordenación y supervisión de los seguros privados y en su reglamento de desarrollo, aprobado por el Decreto Legislativo 2486-1998, de fecha 20 de noviembre ; régimen que en sí mismo garantiza la consecución de la finalidad perseguida con las reglas específicas que se contienen en el código de conducta a aprobar, en lo que se refiere a las inversiones financieras temporales que están afectas a la cobertura de provisiones técnicas, para las que, por tanto, no resulta necesario prever reglas específicas adicionales.”¹²

Asimismo, la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados obliga a las entidades aseguradoras a disponer de un margen de solvencia, a cuyos efectos la norma reglamentaria de desarrollo determina los elementos que integran el patrimonio propio no comprometido de la entidad; igualmente la precitada ley obliga a las entidades a constituir un fondo de garantía integrado por determinados elementos que prevé la norma reglamentaria que la desarrolla. También conviene destacar que, enmarcadas en las normas de control interno de las entidades aseguradoras del Artículo 110 del reglamento de ordenación y supervisión de los seguros privados, se contiene una regulación detallada de la utilización de instrumentos derivados por parte de las entidades aseguradoras. Normativa toda ella a la que quedan sometidas las mutuas de seguros y las mutualidades de previsión social en el ejercicio de su actividad.

La presente disposición es un paso más dentro del proceso de reformas del sistema financiero en España acometido últimamente, por una parte, en el Decreto Legislativo 44-2002, de fecha 22 de noviembre, con la finalidad, de aumentar su eficiencia y competitividad, a la vez que potenciando la protección de los clientes, usuarios y demás sujetos que actúan en los mercados financieros, en especial, frente al abuso de mercado, y sin olvidar el fortalecimiento y la mejora de la auditoría, así como la conveniencia de dotar a nuestras empresas de unas normas contables técnicamente

¹² Ossorio Sandoval, Manuel, **Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales**, pág. 15

adecuadas a su ámbito y dimensión; y, por otra, por medio del Decreto Legislativo 26-2003, de fecha 17 de julio, norma aprobada con la finalidad de garantizar el correcto funcionamiento de las empresas a través del fomento de la transparencia y la transmisión de la información a los inversores y al mercado. Y por último, el reciente Decreto Legislativo 62-2003, de fecha 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social que establece, a los efectos que interesan, para los grupos de sociedades que cotizan en los mercados la aplicación de normas contables internacionales, amplía el ámbito subjetivo de las empresas que pueden acogerse al régimen simplificado de la contabilidad, extiende la obligación de contar con un comité de auditoría a todas las entidades emisoras de valores admitidos a negociación en mercados secundarios oficiales de valores, precisa el contenido del informe de gobierno corporativo de las cajas de ahorros, y mejora los criterios de representación de los intereses colectivos en la asamblea General.

“En este sentido son de señalar, dentro de este proceso de reformas normativas, incluidas tanto las que ya están en vigor, como las que verán la luz en un breve plazo, el desarrollo del régimen de comunicación de información relevante al mercado de los emisores de valores, y sobre información de operaciones vinculadas por las sociedades emisoras, del régimen simplificado de la contabilidad, de la regulación del comité de auditoría, la modificación del régimen de OPAS, de los códigos de conducta sobre inversiones financieras temporales de las entidades sin ánimo de lucro, de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros, así como la exigencia de que los mercados estén al corriente de los pactos para sociales, de tal suerte que la celebración, modificación o prórroga de los pactos para sociales requerirá, como condición de eficacia, su publicación, comunicación y depósito, no produciendo de otra forma efecto alguno. La anterior previsión se extiende a aquellos pactos para sociales que se hubieren celebrado con anterioridad a la entrada en vigor de el Decreto Legislativo 26-2003, los que deberán ser objeto de publicación, comunicación y depósito en el plazo de tres años, salvo en el supuesto en que se produzca una OPA de la sociedad cotizada, en cuyo caso deberá realizarse con carácter inmediato, estableciéndose, además, en garantía del inversor, por expresa previsión de la ley, que los pactos para sociales serán en todo caso ineficaces en los supuestos que establece

en los Artículos 2 y 3 de la disposición transitoria tercera del Decreto Legislativo 26-2003.”¹³

En este contexto, al objeto de dar cumplimiento a la disposición adicional tercera de la Ley de Medidas de Reforma del Sistema Financiero en el ámbito de la supervisión del Ministerio de Economía sobre las mutuas de seguros y mutualidades de previsión social, conviene establecer las reglas específicas a las que habrán de ajustarse las inversiones financieras temporales de estas entidades que no estén afectas a la cobertura de provisiones técnicas.

Estas reglas atienden a dos principios fundamentales:

Materializar todas las inversiones financieras temporales en activos que sean aptos para la cobertura de provisiones técnicas, y ampliar a los activos financieros estructurados que puedan tener la naturaleza de inversiones financieras temporales, las condiciones exigidas para la utilización de instrumentos derivados. Y ello con independencia de lo determinado en los códigos de conducta que aprueben la comisión nacional del mercado de valores y el banco de España en el ámbito de los mercados que supervisan.

En virtud a todo lo anterior, y en cumplimiento de la disposición adicional tercera de el Decreto 44-2002, de fecha 22 de noviembre, de medidas de reforma del sistema financiero, dispongo:

Primero. Aprobación del Código de Conducta.-Se aprueba el Código de Conducta para las mutuas de seguros y mutualidades de previsión social en materia de inversiones financieras temporales, que se inserta a continuación.

Las reglas de este Código de Conducta se aplicarán por las mutuas de seguros y mutualidades de previsión social a las inversiones financieras temporales que no se encuentren afectas a la cobertura de provisiones técnicas con independencia de las que establezcan los códigos de conducta que aprueben el banco de España y la comisión nacional del mercado de valores en el ámbito de su supervisión.

¹³ Pascual, Marín Pérez, **Introducción a la ciencia del derecho**, pág. 20

Segundo. **Ámbito de aplicación.**-Este Código de Conducta se aplicará a las mutuas de seguros y mutualidades de previsión social sometidas a la supervisión del Ministerio de Economía en los términos del Artículo 69 de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Tercero. **Entrada en vigor.**-La presente orden entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el boletín oficial del Estado. Lo dispuesto en la regla IV del Código de Conducta en relación con la presentación del informe anual resultará de aplicación para las cuentas anuales correspondientes al ejercicio 2003.

Madrid, 23 de diciembre de 2003.

I. Las inversiones financieras temporales de las mutuas de seguros y mutualidades de previsión social que no se encuentren afectas a la cobertura de provisiones técnicas se materializarán en activos que por su naturaleza, titularidad y situación sean aptos para la cobertura de provisiones técnicas, conforme a lo establecido en el reglamento de ordenación y supervisión de los seguros privados, aprobado por real Decreto 2486-1998, de 8 de noviembre, y en sus normas de desarrollo. Todo ello sin perjuicio de la normativa específica de ordenación y supervisión de los seguros privados que respecto a tales inversiones, según su naturaleza, resulte de aplicación.

II. En particular, en la utilización de instrumentos derivados y de activos financieros estructurados deberá estarse a lo dispuesto por el Artículo 110.2 del reglamento de ordenación y supervisión de los seguros privados y sus normas de desarrollo.

III. A efectos de lo dispuesto en este código se consideran inversiones financieras temporales aquellas que tengan tal condición conforme al plan general de contabilidad, aprobado por Decreto Legislativo 1643-1990, de fecha 20 de noviembre, incluso la parte de las inversiones a largo plazo que tengan vencimiento a corto o aquellas inversiones a largo plazo que incluyan una opción o un derecho de resolución que pueda ejercitarse por cualquiera de las partes en el plazo de un año.

IV. Los consejos de administración de las mutuas de seguros y las juntas directivas de las mutualidades de previsión social deberán presentar a las asambleas generales en que se aprueben las cuentas anuales de la entidad, el informe anual acerca del grado de cumplimiento de este Código de Conducta y de los códigos de conducta aprobados por la Comisión Nacional del Mercado de Valores y del Banco de España, al que se refiere la disposición final tercera del Decreto Legislativo 44-2002, de fecha 22 de noviembre, de medidas de reforma del sistema financiero. De ese informe se dará cuenta también a las entidades o personas protectoras de las mutualidades de previsión social

“La previsión social complementaria en el mundo Los sistemas de previsión social se han desarrollado ampliamente a lo largo del presente siglo. Tienen su causa en el aumento de la esperanza de vida de las poblaciones de los países desarrollados. Cada país ha utilizado diferentes instrumentos para canalizar su previsión social complementaria. En los países occidentales se ha extendido la creencia de que la previsión social ha de basarse en tres pilares: Un primer pilar básico y asistencial, financiado directamente por el Estado y que alcance a toda la población. Un segundo pilar sólo para los trabajadores, financiado básicamente mediante contribuciones de los propios trabajadores y de sus empresas. Un tercer pilar privado y voluntario, complementario a los dos anteriores, financiado individualmente por los ciudadanos. El alcance de este primer y, en su caso, segundo pilar público y obligatorio es lo que ha condicionado en cada país el desarrollo de su previsión social complementaria. La previsión social complementaria ha alcanzado un alto nivel de desarrollo en Estados Unidos, en Japón y en Europa Occidental, especialmente en los países centroeuropeos y anglosajones. Dentro de los países europeos, este desarrollo ha sido muy heterogéneo. No existe una base común para unificar los sistemas de previsión social complementaria en sus aspectos técnicos, fiscales, de instrumentos jurídicos o de control. La diferente fiscalidad dentro de cada país impulsa o frena el desarrollo de unos instrumentos de previsión social complementaria frente a otros. El desarrollo de la previsión social complementaria ha producido en los países occidentales efectos económicos positivos. De una parte, ha incrementado el ahorro a largo plazo de los ciudadanos, lo que ha beneficiado el desarrollo económico del país; pero, por otra, está

transformando el concepto de propiedad capitalista en todo el mundo y concentrando un gran poder financiero en unos nuevos inversores institucionales: los fondos de pensiones. Se trata de un ahorro de empleados y familias que es gestionado por profesionales.”¹⁴

La previsión social complementaria que actualmente existe en nuestro país corresponde a empresas de sectores muy concretos con salarios superiores a la media, que en los años setenta asumieron compromisos por pensiones. Se trata de cifras relativamente modestas que, globalmente, no superan los seis billones de quetzales. Al igual que en la mayoría de los países de nuestro entorno, nuestra previsión social complementaria se ha canalizado a través de muy diversos instrumentos que, actualmente, podemos agrupar en cuatro: fondos internos contables, mutualidades de previsión social, contratos de seguro de vida y planes de pensiones. El Decreto Legislativo 30-1995, de ordenación y supervisión de los seguros privados, obliga a exteriorizar los compromisos por pensiones asumidos por las empresas con sus trabajadores.

¹⁴ Pereira Orozco, Alberto, **Introducción al estudio del derecho**, pág. 25

CAPÍTULO II

2. Concepto y objetivos de los seguros sociales

2.1 Seguros

Primero debemos entender que el contrato de seguro, es aquel mediante el cual una persona llamada asegurador se obliga, a cambio de una suma de dinero, conocida como prima, a indemnizar a otra llamada asegurado o a la persona que este designe, de un perjuicio o daño que pueda causar un suceso incierto.

A partir de este concepto podemos establecer cuales son los sujetos que intervienen en el contrato de seguro que son: el asegurador, el asegurado-tomador y el beneficiario.

A lo largo del trabajo de investigación también se tocan otros temas que resultan relevantes para poder entender el contrato de seguro, como los elementos del contrato de seguro que son: el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima y la obligación de indemnizar.

También se busca hacer una correcta clasificación de los contratos de seguros y no solo limitarnos a los que señala el Código de Comercio, además se aborda temas

importantes como el reaseguro, el coaseguro, el seguro múltiple, el infraseguro y el sobreseguro.

Finalmente tenemos que el contrato de seguro da origen necesariamente a una póliza, que es el instrumento probatorio por excelencia del contrato celebrado entre el asegurado y el asegurador, en él se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan la relación contractual convenida.

“La historia del seguro se remonta a las antiguas civilizaciones de donde se utilizaban prácticas que constituyeron los inicios de nuestro actual sistema de seguros. Probablemente las formas más antiguas de seguros fueron iniciadas por los babilonios y los hindúes. Estos primeros contratos eran conocidos bajo el nombre de contratos a la gruesa y se efectuaban, esencialmente, entre los banqueros y los propietarios de los barcos. Con frecuencia, el dueño de un barco tomaría prestados los fondos necesarios para comprar carga y financiar un viaje.”¹⁵

El contrato de préstamos a la gruesa especificaba que si el barco o carga se perdía durante el viaje, el préstamo se entendería como cancelado. Naturalmente, el costo de este contrato era muy elevado; sin embargo, si el banquero financiaba a propietarios cuyas pérdidas resultaban mayores que las esperadas, este podía perder dinero.

¹⁵ Pérez Díaz, **La técnica jurídica**, pág. 30

Los vestigios del seguro de vida se encuentran en antiguas civilizaciones, tal como Roma, donde era acostumbrado por las asociaciones religiosas, coleccionar y distribuir fondos entre sus miembros en caso de muerte de uno de ellos.

“Con el crecimiento del comercio durante la edad media tanto en Europa como en el cercano oriente, se hizo necesario garantizar la solvencia financiera en caso que ocurriese un desastre de navegación. Eventualmente, Inglaterra resultó ser el centro marítimo del mundo, y Londres vino a ser la capital aseguradora para casco y carga. El seguro de incendio surgió más tarde en el siglo XVII, después que un incendio destruyó la mayor parte de Londres.”¹⁶

Después de ese suceso se formularon muchos planes, pero la mayoría fracasaron nuevamente debido a que no constituían reservas adecuadas para enfrentar las pérdidas subsecuentes de las importantes conflagraciones que ocurrieron.

Las sociedades con objeto asegurador aparecieron alrededor de 1,720 y en las etapas iniciales los especuladores y promotores ocasionaron el fracaso financiero de la mayoría de estas nuevas sociedades.

Eventualmente las repercusiones fueron tan serías, que el parlamento restringió las licencias de tal manera que sólo hubo dos compañías autorizadas. Estas aún son importantes compañías de seguros en Inglaterra como la Lloyd's de Londres.

¹⁶ Rojina Villegas, Rafael, **Introducción al estudio del derecho**, pág. 35

Es importante mencionar que ni el Código de Comercio, ni la Ley General del Sistema Financiero y de Seguros definen el contrato de seguro, es por ello que es necesario recurrir a la doctrina para encontrar una definición uniforme y precisa de lo que es verdaderamente el contrato de seguro.

Un contrato por el cual una persona se obliga, a cambio de una suma de dinero, a indemnizar a otra, satisfacer una necesidad de esta o entregar a un tercero dentro de las condiciones convenidas, las cantidades pactadas para compensar las consecuencias de un evento incierto, cuando menos en cuanto al tiempo.

“Un contrato oneroso por el que una parte espontáneamente asume un riesgo y por ello cubre una necesidad eventual de la otra parte por el acontecimiento de un hecho determinado, o que se obliga para un momento determinado a una prestación apreciable en dinero, por un monto determinado o determinable, y en el que la obligación, por lo menos de una de las partes, depende de circunstancias desconocidas en su gravedad o acaecimiento.”¹⁷

Puede definirse como ese negocio en que el asegurador, contra el pago u obligación a pagar una prima, se obliga a resarcir al asegurado de las consecuencias del hecho dañoso incierto, dentro de los límites convenidos.

El contrato por el cual una empresa, constituida para el ejercicio de estos negocios, asume los riesgos ajenos mediante una prima fijada anticipadamente. El

¹⁷ Barahona Streber, Walter, **Ob. Cit**; pág. 40

requisito de la empresa es esencial; la prima fijada anticipadamente lo distingue del seguro mutuo; elimina la previsión.

Un contrato por el cual una de las partes se compromete, mediante el pago por la otra de una prima o cotización, a abonar a esta última o a un tercero, cierta suma de ocurrir un riesgo determinado.

Es un contrato sustantivo y oneroso por el cual una persona, el asegurador, asume el riesgo de que ocurra un acontecimiento incierto, al menos en cuanto al tiempo, obligándose a realizar una prestación pecuniaria cuando el riesgo se haya convertido en siniestro.

Por el contrato de seguro, el asegurador, al recibir una prima en concepto de pago, se obliga frente al asegurado a indemnizarle según lo pactado, si deviene el evento esperado. Todo esto debe quedar claramente establecido entre el asegurado y la compañía de seguros en una póliza o contrato.

“Después de haber analizado las diferentes definiciones, es necesario proponer un concepto propio, que es el siguiente: el contrato de seguro, es aquel contrato mediante el cual una persona llamada asegurador se obliga, a cambio de una suma de dinero, conocida como prima, a indemnizar a otra llamada asegurado o a la persona que este designe beneficiario, de un perjuicio o daño que pueda causar un suceso

incierto. De tal manera que la suma objeto de indemnización, que fue pactada expresamente, sea pagada cuando ocurra el suceso o riesgo cubierto por el seguro.”¹⁸

2.2 Seguros sociales

Básicamente existen dos regímenes de seguridad social que pueden interesar a la entidades sin ánimo de lucro, que son:

- Régimen de autónomos
- Régimen general

Sólo en este último se emiten nóminas al final de cada mes, para lo cual es conveniente conocer el desglose de los costes salariales

El régimen de autónomos de la seguridad social nos afectará sólo en la medida en que nuestra entidad deba informar a los profesionales con los que se establezcan contratos mercantiles, de cuáles son sus obligaciones ante la seguridad social, pero no habrá que tramitar nada ni que hacer ninguna gestión por parte de la entidad.

Para que un profesional pueda darse de alta en el régimen de autónomos de la seguridad social, deberá darse de alta previamente en algún epígrafe del IAE. Así mismo, en la mayor parte de los casos, siempre que un profesional se dé de alta en el IAE deberá darse de alta en el régimen de autónomos de la seguridad social, salvo que por razones de su profesión tenga un régimen especial de asistencia sanitaria, como pueda ser el caso de los abogados.

¹⁸ **Ibid.** Pág 39.

La tramitación resulta sencilla y para conocer el proceso se puede visitar la página de la seguridad social e ir al apartado Inscripción y afiliación, y dentro de éste al epígrafe altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores.

El régimen general de la seguridad social afecta a las entidades sin ánimo de lucro, siempre que deseen contratar laboralmente a trabajadores o ya los tengan.

Consideremos una entidad que quiera contratar por primera vez a un trabajador y veamos los pasos que deberá dar para ello.

1. Dar de alta a la entidad ante la seguridad social.
2. Dar de alta al trabajador ante la seguridad social.
3. Cotizar mensualmente por el trabajador
4. Dar de baja al trabajador ante la seguridad social, a la finalización del contrato

Además habrá que llevar el llamado libro de matrícula con las altas y bajas de trabajadores que se vayan produciendo en la entidad, y que deberá estar en la sede de trabajo de ésta y a disposición de las inspecciones de trabajo que pudieran realizarse.

Coste salarial: Es el total del dinero que le va a suponer a la entidad tener una persona contratada, y en él está incluido tanto el salario bruto como los costes sociales a cargo de la empresa.

Salario bruto: Es el total de la percepción económica que percibe el trabajador, es decir, el dinero que recibe en metálico, más los seguros sociales del trabajador más las retenciones del I.R.P.F.

Salario líquido: Es el salario bruto menos los seguros sociales relativos al trabajador y menos las retenciones del IRPF

Salario base: Es la cantidad que nos servirá para calcular el resto de los conceptos salariales a excepción de algunos pluses.

Base de cotización: es la suma de conceptos salariales obligados a cotizar a la seguridad social más la parte proporcional de las pagas extras normalizadas según las normas de la seguridad social.

Seguridad social de la empresa: Es la parte de los seguros sociales pagada directamente por la empresa.

Seguridad social del trabajador/a: Es la parte de los seguros sociales descontada de la nómina del trabajador.

Seguridad social total: Es la suma de las dos anteriores. Supone aproximadamente un 38,2 % de la base de cotización repartida entre un 31,8 % a cargo de la empresa y un 6,4 % a descontar al trabajador (porcentajes aproximados).

Retención de IRPF: Cantidad retenida al trabajador en concepto de IRPF, que la entidad deberá ingresar trimestralmente en hacienda. Hacienda facilita gratuitamente un programa para el cálculo de las retenciones del I.R.P.F en las nóminas, que puedes encontrar entre las herramientas informáticas fiscales.

Las nóminas son los recibos de pago de los salarios, y en ellas deben ir reflejados, como se puede comprobar en el modelo de nómina, al menos, los siguientes datos:

Datos de la entidad:

- Nombre o razón social
- CIF de la entidad
- Domicilio
- N° de inscripción en la seguridad social

Datos del trabajador:

- Nombre
- N.I.F. del trabajador

- Categoría profesional
- Puesto de trabajo
- N° de matrícula
- Fecha de antigüedad en la entidad
- N° de afiliación a la seguridad social

Otros datos

- Período de tiempo que abarca la nómina
- N° de días del período
- Salario base
- Complementos salariales debidamente especificados
- Bases de cotización
- Importe y porcentajes de las cotizaciones del trabajador a la seguridad social
- Importe y porcentajes de las retenciones de IRPF
- Anticipos (en su caso)
- Remuneraciones en especie (en su caso)
- Total a deducir (seguridad social del trabajador más retenciones sobre el IRPF)
- Líquido a percibir
- Lugar y fecha del recibo
- Firma del trabajador
- Firma y sello de la empresa

De las nóminas habrá, al menos, un original para el trabajador y una copia para la entidad.

2.3 Características

El contrato de seguro presenta las siguientes características:

- a. Es un acto de comercio. Efectivamente el contrato de seguro constituye un contrato mercantil, regulado en el Código de Comercio y en otros aspectos supletoriamente por la legislación civil.
- b. Es un contrato solemne. El contrato de seguro es solemne, ya que su perfeccionamiento se produce a partir del momento en que el asegurador suscribe la póliza, la firma del asegurador sirve para solemnizar el acuerdo previo de voluntades entre las partes contratantes, respecto a los elementos del seguro.
- c. Es un contrato bilateral. En razón de que genera derechos y obligaciones para cada uno de los sujetos contratantes, el tomador de seguros se obliga a pagar la prima y el asegurador se obliga a una prestación pecuniaria: si bien esta prestación esta subordinada a un evento incierto, cual es la realización del siniestro.
- d. Es un contrato oneroso. Es oneroso, porque significa para las partes un enriquecimiento y empobrecimiento correlativos. Por cuanto al tomador del seguro se le impone la obligación de pagar la prima y al asegurador la asunción del riesgo de la que deriva la prestación del pago de la indemnización de la que queda liberado si no se ha pagado la prima antes del siniestro.
- e. Es un contrato aleatorio. Es aleatorio porque tanto el asegurado como el asegurador están sometidos a una contingencia que puede representar para uno una utilidad y para el otro una pérdida. Tal contingencia consiste en la posibilidad de que se produzca el siniestro. El carácter aleatorio del contrato no desaparece por el hecho de que las compañías aseguradoras

dispongan de tablas estadísticas que les permite determinar el costo de los riesgos, en función de lo cual fijan el importe de las primas, ósea que si bien la actividad aseguradora en si es cada vez menos riesgosa en la medida del perfeccionamiento de los medios para determinar la frecuencia de los riesgos, el contrato sigue siendo aleatorio tratándose de cada contrato aislado y respecto del asegurado.

- f. Es un contrato de ejecución continuada. Por cuanto los derechos de las partes o los deberes asignados a ellas se van desarrollando en forma continua, a partir de la celebración del contrato hasta su finalización por cualquier causa.
- g. Es un contrato de adhesión. El seguro no es un contrato de libre discusión sino de adhesión. Las cláusulas son establecidas por el asegurador, no pudiendo el asegurado discutir su contenido, tan sólo puede aceptar o rechazar el contrato impuesto por el asegurador. Sólo podrá escoger las cláusulas adicionales ofrecidas por el asegurador, pero de ninguna manera podrá variar el contenido del contrato. Pero todo esto dependerá de la voluntad y de la flexibilidad que tenga cada empresa aseguradora.

2.4 Seguros sociales y seguros privados

Seguros privados: Estos seguros son los que el asegurado contrata voluntariamente para cubrirse de ciertos riesgos, mediante el pago de una prima que se halla a su cargo exclusivo. Además de estas características podemos señalar:

- Los seguros privados se concretan con la emisión de una póliza el instrumento del contrato de seguro en la que constan los derechos y obligaciones del asegurado y asegurador.
- En nuestro país los seguros privados son explotados, en su mayoría por compañías privadas, mutualidades y cooperativas. Pero también el Estado, por intermedio de la caja nacional de ahorro y seguro, hace seguros de distintos tipos. Y en algunas provincias existen aseguradoras oficiales.

De acuerdo con su objeto los seguros privados pueden clasificarse en seguros sobre las personas y seguros sobre las cosas.

Seguros sobre las personas: El seguro sobre las personas comprende los seguros sobre la vida, los seguros contra accidentes y los seguros contra enfermedades. En realidad, constituyen un solo grupo denominado seguro de vida, pues los seguros contra accidentes y enfermedades no son sino una variante de los seguros de vida.

- Evita las listas de espera. El seguro privado de salud permite acudir al profesional médico que se precise en el momento en que lo desee el asegurado.
- Acceso directo a especialistas. El cliente puede acudir directamente al facultativo especialista sin necesidad de pasar primero por el médico de cabecera.
- Libre elección de médico y centro hospitalario. El asegurado puede escoger entre una amplia relación de profesionales y centros médicos, aquél que se ajuste mejor a sus necesidades o preferencias.
- Asistencia sanitaria en las mejores condiciones. Con muchas ventajas añadidas, como es el caso de disponer de habitación individual con cama para acompañante, si se precisa hospitalización, etc.
- Medicina de vanguardia. La medicina privada ofrece los medios de diagnóstico y tratamiento más avanzados, siempre en función de las últimas investigaciones científicas.
- Rapidez en la obtención de resultados a pruebas médicas. La diagnosis y la aplicación de un posible tratamiento se agilizan gracias a la pronta consecución de los resultados de las pruebas médicas realizadas al paciente.

- Segunda opinión médica. En caso de enfermedad grave, algunas compañías remiten su caso a los mejores especialistas de todo el mundo, para obtener un segundo juicio clínico.
- Acceso a las mejores clínicas y hospitales de Estados Unidos. Algunas compañías poseen un concierto de clínicas con EE.UU. que permite acudir a los más prestigiosos centros médicos de este país, desembolsando tan sólo el 10% de sus gastos médicos.
- Prestaciones excepcionales, como la cobertura de balnearios, trasplantes, cirugía de la miopía, etc.
- Asistencia médica a través de teléfono e Internet. Algunas entidades disponen de un servicio de asesoramiento que aconseja y resuelve dudas acerca de síntomas, problemas de salud y medicamentos.
- Con motivo de la inclusión en el régimen general de la seguridad social del personal investigador en formación, tanto si se encuentra en situación jurídica de beca como de contrato, en virtud del Decreto 63-2006 de 27 de enero de 2006 , por el que se aprueba el estatuto del personal investigador en formación (BOE de 30 de febrero de 2006), a partir del 1 de junio de 2006, el personal investigador en formación causará baja en los seguros privados sociales y de asistencia sanitaria contratados por la secretaría de Estado de universidades e investigación.
- No obstante, quedarán cubiertas, exclusivamente, las estancias breves cuyo país de destino no esté comprendido en el ámbito de aplicación de la tarjeta sanitaria europea (Alemania, Austria, Bélgica, República Checa, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, Suecia, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza).

2.5 Seguros sociales y asistencia social

“La asistencia social tiene como objetivos la ayuda a individuos, familias, comunidades y grupos de personas socialmente en desventaja, así como la contribución al establecimiento de condiciones que mejoren el funcionamiento social y que prevengan el desastre. Se asigna pues, a quienes se dedican a labores de asistencia social, la misión de modificar o reformar determinados aspectos del sistema social y de contribuir a que las personas consigan adaptarse al mismo, en consonancia con sus aptitudes y con las normas y valores de dicho sistema. Corresponde a su especialidad tareas tales como el proporcionar ayuda material a individuos necesitados y minusválidos; asistir a cualquiera que tenga dificultad en ajustarse a su entorno económico y social debido a su pobreza, enfermedades, deficiencias o desorganización social, personal o familiar; asimismo, participar en la formulación de bienestar social y de programas preventivos.”¹⁹

La mayor parte de los asistentes sociales, pero la menor proporción de aquellos con formación profesional, se emplean en programas de subsidios familiares, tales como asistencia a niños minusválidos y personas de edad, y servicios subsidiarios a los beneficiarios de la seguridad social.

Hay una escasez de asistentes sociales preparados, por lo cual la mayoría de países desarrollados han impulsado programas de reclutamiento activo, aunque se ha llegado a la conclusión de que no se pueden cubrir todos los puestos que existen debido a la escasez de personal y medios.

Las escuelas de asistencia social se extienden por todo el mundo, habiendo tanto de carácter público como privado. En países como Francia y Brasil, la ley o el gobierno son los que dictan las normas a las que se deben ajustar las escuelas en su financiación.

¹⁹ **Ibid.** Pág 29, 40.

La mayoría de las escuelas tienen una matrícula bastante reducida usualmente por debajo de 100 alumnos; no obstante hay una tendencia a aumentar. Por ejemplo, en Estados Unidos de 59 escuelas, 38 declararon una matrícula oficial de 100 o más alumnos.

“La mayor parte de la asistencia social se realiza a través de entrevistas personales dentro del centro asistencial. Sin embargo, también incluye contactos más estrechos con los clientes en sus hogares o en otras partes de la comunidad. La relación entre el asistente social y su cliente se rige por normas estrictas en cuanto al carácter confidencial y la responsabilidad; considerándose como una relación de privilegio, delimitada en su función y contenido, que exige interés objetivo y emocionalmente neutral, e imparcialidad en el servicio que se presta.”²⁰

La asistencia social está evolucionando y está creciendo la importancia concedida a la transformación institucional y comunitaria, y a estimular la participación en ella. Cierta número de programas gubernamentales han adoptado este enfoque, haciendo del entorno, más que del individuo, el principal objetivo de su intervención.

Por tanto en los estados llamados del bienestar, se intenta prestar mayor atención a los pobres e incapacitados, por medio de asignaciones directas y de programas de integración, luchando contra las privaciones masivas y el desempleo masivo. Otro gran problema es la pobreza social que supone no solamente la desigualdad económica sino también la desigualdad social, es decir, una relación de inferioridad, dependencia o explotación.

2.6 Seguros sociales y servicios sociales

Los servicios sociales son prestaciones que están incluidas dentro de la acción protectora del sistema de la seguridad social, cuya finalidad es complementar las

²⁰ **Ibid.** Pág. 15, 60, 65.

prestaciones económicas y, a la vez, procurar una mejora de las condiciones de vida de los beneficiarios reduciendo, en lo posible, las limitaciones personales motivadas por razones de edad o minusvalía.

- Prestaciones para mayores
- Prestaciones para discapacitados
- Gestión

Los servicios sociales son un conjunto de actuaciones y recursos para prevenir la marginación y promover la integración de aquellas personas o familias que, por razón de dificultades económicas, de carencia de autonomía personal, de disminuciones o de marginación social, necesitan la ayuda y la protección social.

“En Guatemala, los servicios sociales se han consolidado como red pública a partir de 1979. La ley otorga a los ayuntamientos, principalmente, competencia sobre los servicios de atención primaria que incluyen la atención social polivalente (atención social individual y familiar, atención jurídica, detección y prevención del absentismo escolar, atención a la infancia y la adolescencia en situación de riesgo, etc.) así como la atención social domiciliaria para el sector de personas mayores principalmente sin recursos suficientes y que viven solas y para personas con disminuciones, que incluyen la ayuda a domicilio, las alarmas telefónicas, la limpieza o servicio de comida o el arreglo de viviendas. La atención primaria incluye, además, programas de urgencias y emergencias sociales y programas de inserción para personas indigentes y sin techo.”²¹

Guatemala tiene una red de centros de servicios sociales que se gestionan desde los distritos. Esta atención primaria se completa con la oficina permanente de atención y urgencias abierta 24 horas al día los 365 días del año con un centro de acogida para personas sin techo y con diferentes programas de promoción social (centros infantiles, centros de jóvenes, centros de personas mayores, etc.). El ayuntamiento tiene, además, residencias para gente mayor, centros de atención y

²¹ **Ibid.** Pág. 55, 78.

urgencias, una casa de acogida para mujeres maltratadas, y un servicio de información y asesoramiento a inmigrantes y refugiados, entre otros centros.

La red de promoción social está formada por centros cívicos, centros de gente mayor, centros de jóvenes y centros infantiles y ludotecas.

Además, en Guatemala hay un gran número de entidades sociales y de voluntariado que llevan a cabo tareas de servicios sociales con gran impacto en la cohesión social de la ciudad. La mayoría de estas entidades reciben subvenciones o tienen un convenio con el ayuntamiento de Guatemala.

CAPÍTULO III

3. Seguro social en Guatemala

3.1 Concepto

“El seguro social es un tema muy controversial. Sacrificar fondos en el presente para poder disponer de ellos en el futuro es un concepto que genera incertidumbre. El sistema actual es muy vulnerable y se encuentra al borde de un colapso. El Lic. Pablo Schneider, presenta una nueva propuesta de reforma previsional que responde a las demandas actuales de un sistema de seguridad social, capaz de otorgar mayores beneficios al trabajador, sin omitir el importante rol del Estado.”²²

La Corte de Constitucionalidad, CC, dejó sin efecto provisionalmente las nuevas cuotas sobre ingresos adicionales al salario base que se pagan al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS.

Los magistrados decidieron suspender en forma temporal el reglamento sobre la recaudación de contribuciones al régimen de seguridad social, contenido en el acuerdo 1,118 del IGSS, aprobado por el acuerdo gubernativo 85-2003, debido a varias acciones de inconstitucionalidad interpuestas contra la misma.

El acuerdo que quedó provisionalmente en suspenso detalla que el descuento a los trabajadores por concepto de IGSS se hará con base en el 4.83 por ciento del sueldo total; antes se calculaba sobre el salario nominal.

²² **Ibid.** Pág. 18, 47.

La medida incluía los ingresos extra de los trabajadores, entre ellos, bonificaciones o incentivos adicionales, como pago de gasolina y teléfono, y depreciación de vehículo, inclusive, el bono 14 sería sujeto de descuentos.

La cuota de los patronos, que actualmente es de 12.67 por ciento, también se elevaba como consecuencia de la nueva medida.

La CC decidió suspender el acuerdo con base en la Ley de Amparo, Exhibición Personal y de Constitucionalidad, al considerar que hay inconstitucionalidad notoria y susceptible de causar gravámenes irreparables. El fallo fue firmado por los siete magistrados.

Moisés Galindo Ruiz y Juan José Isamel Cuxum fueron los interponentes de la acción de inconstitucionalidad parcial del acuerdo 1,118 del IGSS.

Los accionantes argumentaron que el acuerdo viola la Constitución, porque la misma ya establece que únicamente del salario base de un empleado se debe pagar contribución al seguro social.

Además, se argumenta que las cuotas que los empleados pagan a dicha institución no han mejorado la calidad del servicio.

El presidente de la cámara de industria, Felipe Bosch, dijo que ve con buenos ojos dicha resolución.

Al decretar dicha inconstitucionalidad se ve que hay voluntad de respetar el estado de Derecho y el imperio de la ley, dijo.

Se busca que el IGSS llegue algún día a ser una institución independiente, algo que el FRG no ha permitido; además, que maneje los fondos de forma adecuada, comentó Bosch.

Deja mucho que desear el pasado y actual funcionamiento del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Es indefendible el frecuente desabastecimiento de

medicinas. Es inadmisibles el desorden administrativo (que ha sido incapaz de pasar “de los expedientes en fólder” a un sistema computarizado). Es intolerable el hacinamiento de pacientes (muchos ancianos y discapacitados) para buscar “turno” a las 5:30 para buscar medicinas y lo incómodo y tardado de la atención. Es totalmente injusto el monto de las pensiones y jubilaciones (52 por ciento de los jubilados reciben mensualmente menos de Q350, mientras los cuelludos reciben indemnizaciones y jubilaciones de varios decenios de miles). Lo anterior (y otros errores) demuestra que el sistema anda mal, pero no que tenga que ser cambiado o substituido por otro (de corte genuinamente neoliberal) que trastoca el concepto fundamental de solidaridad social, por otro de beneficio individual egoísta.

“En el periódico del pasado 4 de julio, dos entidades de reconocido corte neoliberal, la fundación para el desarrollo de Guatemala y el programa nacional de competitividad, se permiten proponer algunas reformas al IGSS que no solo son inconstitucionales, que no solo van en contra de la Ley Orgánica del IGSS, sino que desvirtúan los principios básicos del IGSS. Confunden en una acción definitivamente mal intencionada lo que es un sistema de seguro privado elitista. Este sistema de seguridad social universal público es reconocido por la organización internacional del trabajo (OIT), oficina especializada de la ONU, como un baluarte y soporte de la organización social democrática, fundamental para su justo desarrollo. La propuesta de la FDG y PNC son instrumentos para fortalecer las finanzas individuales (como en un seguro privado). Dicha propuesta fue impulsada y desarrollada en la primera época del dictador chileno Augusto Pinochet, asesorado por economistas de la Universidad de Chicago (los Chicago boys). Fracasó y dejó en el desamparo a miles de chilenos, haciendo que aumentara el número de pobres extremos y marginados (favoreció a un grupo pequeño, que ya era solvente). Ante el fracaso tuvo que ser cambiado de nuevo por un modelo que tuviera en cuenta el rostro humano de la economía y el desarrollo.”²³

Si nuestro sistema anda mal, lo lógico es que hagamos los esfuerzos para mejorarlo y hacerlo más efectivo y justo.

²³ **Ibid.** Pág. 49, 57.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) deberá pagar Q3.5 millones en concepto de indemnización a Karen Julissa Blanco Lemus, luego de que fuera infectada de sida tras una transfusión de sangre en 1994.

La Corte de Constitucionalidad (CC) resolvió rechazar un recurso de amparo por parte de las autoridades del seguro social y mandó que el pago sea de inmediato.

Adilio Juárez, abogado de la demandante, comentó que esta constituye la última resolución en un proceso judicial que se inició hace 12 años, ante la cual el seguro social no podrá accionar.

El litigante alegó que el juicio se extendió por ese tiempo debido a la oposición de las autoridades del IGSS, quienes interpusieron varias acciones legales.

Hace 12 años, Blanco, fue trasladada al Hospital Juan José Arévalo Bermejo, zona 6, en donde dio a luz.

A consecuencia del parto, los médicos le diagnosticaron anemia y se le aplicaron transfusiones de sangre.

Una de las dosis aplicadas estaba infectada con VIH. Las autoridades del Seguro Social aún no han sido notificadas según el personal de la entidad.

En tanto, Carlos Torrebiarte, presidente de la junta directiva del IGSS, indicó que no tenía información sobre la resolución porque está fuera del país. Será hasta la próxima semana que se dé una postura oficial sobre el tema, expresó.

El IGSS sustenta su negativa de pagar la indemnización debido a que hace cinco años, la sala décima de la Corte de Apelaciones resolvió absolver a los trabajadores acusados de mala práctica médica.

La seguridad social es entendida y aceptada como un derecho que le asiste a toda persona de acceder, por lo menos a una protección básica para satisfacer estados de necesidad.

“Es así como la concepción universal respecto del tema ha llevado a cada nación a organizarse con el objeto de configurar variados modelos al servicio de este objetivo. En este contexto siempre se concibió al Estado como el principal, si no el único promotor de esta rama de la política socioeconómica puesto que los programas de seguridad social están incorporados en la planificación general de este. Sin embargo, no siempre se logró a través de tales políticas desarrollar e implementar un sistema de seguridad social justo y equitativo, en el cual la persona tuviera la gravitación que amerita. Se suma a ello el vertiginoso avance de la economía mundial. En otras palabras, no hubo un desarrollo paralelo de ambas áreas, condición vital para lograr un crecimiento equilibrado.”²⁴

El Estado debe ejecutar determinadas políticas sociales que garanticen y aseguren el bienestar de los ciudadanos en determinados marcos como el de la sanidad, la educación y en general todo el espectro posible de seguridad social. Estos programas gubernamentales, financiados con los presupuestos estatales, deben tener carácter gratuito, en tanto son posibles gracias a fondos procedentes del erario público, sufragado a partir de las imposiciones fiscales con que el Estado grava a los propios ciudadanos. En este sentido, el Estado de bienestar no hace sino generar un proceso de redistribución de la riqueza, pues en principio, las clases inferiores de una sociedad son las más beneficiadas por una cobertura social que no podrían alcanzar con sus propios ingresos.

²⁴ **Ibid.** Pág. 69, 76, 80.

En este sistema se engloban temas como la salud pública, el subsidio al desempleo, o los planes de pensiones y jubilaciones y otras medidas que han ido surgiendo en muchos países tanto industrializados como en vías de desarrollo desde finales del siglo XIX para asegurar unos niveles mínimos de dignidad de vida a todos los ciudadanos e intentar corregir los desequilibrios de riqueza y oportunidades.

El prócer de la Independencia y la integración latinoamericana Simón Bolívar, en el discurso de Angostura (15 de febrero de 1819) dijo:

El sistema de gobierno más perfecto, es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política.

Las Ideas de Simón Bolívar fueron expresadas 62 años antes que la seguridad social como tal hiciera su aparición en el mundo.

No le había llegado su tiempo a las ideas del libertador, pero fructificaron y fueron denominadas según él lo había adelantado.

“La seguridad social como tal nace en Alemania como producto del proceso de industrialización, las fuertes luchas de los trabajadores, la presión de las iglesias, de algunos grupos políticos y sectores académicos de la época. Primeramente los trabajadores se organizaron en asociaciones de auto-ayuda solidaria, destacando las mutuales de socorro mutuo, las cooperativas de consumo y los sindicatos. Eran los tiempos en que Alemania era gobernada por el Káiser Guillermo II, como primer gran documento de compromiso social del Estado, se caracteriza el mensaje imperial, de 17

de Noviembre de 1821, anunciando protección al trabajador, en caso de perder su base existencial por enfermedad, accidente, vejez o invalidez total o parcial.”²⁵

Impulsadas por el canciller alemán Otto Von Bismarck (el canciller de hierro) son refrendadas tres leyes sociales, que representan hasta hoy, la base del sistema de seguridad social universal:

- Seguro contra enfermedad. 1883
- Seguro contra accidentes de trabajo. 1884
- Seguro contra la invalidez y la vejez.1889

Los resultados de la aplicación de este modelo fueron tan eficaces que muy pronto es extendido a Europa y un poco más tarde a otras partes del mundo.

En 1889, en París se creó la asociación internacional de seguros sociales. Sus postulados a ser temas relevantes en congresos especiales: en Berna en 1891; en Bruselas en 1897; en París en 1900; en Dusseldorf en 1902; en Viena en 1905 y en Roma en 1908.

En el congreso de Roma se propuso además la creación de conferencias destinadas a conseguir la concertación de convenios internacionales, las primeras de las cuales tuvieron lugar en La Haya en 1910; en Dresden en 1911 y en Zurich en 1912.

En 1919, mediante el tratado de Versalles, los líderes políticos del plante ponen fin a la primera guerra mundial. Como producto de este histórico tratado nace la Organización Internacional del Trabajo (OIT). El preámbulo de la Constitución de la OIT

²⁵ **Ibid.** Pág. 30, 56.

es muy rico en contenidos de protección social y sirve como pilar doctrinal y de política de la seguridad social.

Un segundo gran componente de la seguridad social es introducido desde Inglaterra por sir W. Beveridge en 1942. Se conoce como el plan Beveridge, este contiene una concepción mucho más amplia de la seguridad social.

Tiende a contemplar las situaciones de necesidad producidas por cualquier contingencia y trata de remediarlas cualquiera que fuera su origen.

Aliviar el estado de necesidad e impedir la pobreza es un objetivo que debe perseguir la sociedad moderna y que inspira el carácter de generalidad de la protección.

Este segundo componente fue adoptado por países europeos y se procuró extender a América latina y otras partes del mundo.

En 1944, la conferencia general de la Organización Internacional del Trabajo congregada en Filadelfia presenta la declaración de los fines y objetivos de la OIT y de los principios que debieran inspirar la política de sus miembros, en su título III establece la conferencia reconoce la obligación solemne de la Organización Internacional del Trabajo de fomentar, entre todas las naciones del mundo, programas que permitan:

- Extender medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa.:

La seguridad adquiere tal relevancia que aparece en 1948, como parte integrante de la declaración de los derechos humanos.

Es un sistema de seguros perteneciente al Estado que proporciona recursos financieros y servicios médicos a las persona impedidas por enfermedad o por accidente.

Los sistemas sanitarios se coordinan a menudo con otros mecanismos de seguridad social como programas de pensiones de subsidio al desempleo y de compensaciones laborales.

El departamento de seguridad social de la oficina internacional del trabajo (OIT), Ginebra, en conjunto con el centro internacional de formación de la OIT, con sede en Turín y la asociación internacional de la seguridad social (AISS), en Ginebra publicaron en 1991 un interesante documento titulado administración de la seguridad social. De este documento se transcribe:

Una definición de seguridad social ampliamente aceptada es la siguiente:

“Es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos.”²⁶

La seguridad social Integral tiene como fin proteger a los habitantes de la república, de las contingencias de enfermedades y accidentes, sean o no de trabajo, cesantía, desempleo, maternidad, incapacidad temporal y parcial, invalidez, vejez, nupcialidad, muerte, sobrevivencia y cualquier otro riesgo que pueda ser objeto de

²⁶ **Ibid.** Pág. 87.

previsión social, así como de las cargas derivadas de la vida familiar y las necesidades de vivienda, recreación que tiene todo ser humano.

La seguridad social debe velar porque las personas que están en la imposibilidad sea temporal o permanente de obtener un ingreso, o que deben asumir responsabilidades financieras excepcionales, puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, proporcionándoles, a tal efecto, recursos financieros o determinados o servicios.

En el artículo 86 de la Constitución se establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo que garantice la salud y la protección ante las contingencias, artículo además enmarcado dentro del capítulo referente a los derechos sociales y de las familias.

Los artículos 83,84 y 85 establecen el derecho a la salud y la creación de un sistema público nacional de salud integrado al sistema de seguridad social, en base a ello es que se enrumban los objetivos del sistema de seguridad social

Estarán protegidos por el sistema los habitantes de la república que cumplan con el requisito de afiliación.

La protección social que garantiza el sistema requiere de la afiliación del interesado y el registro de sus beneficiarios calificados. Corresponde al empleador la afiliación de sus trabajadores y quienes no tengan relación de dependencia lo harán directamente.

El sistema de seguridad social Integral como conjunto orgánico, interrelacionado e interdependiente de regímenes de protección social, está organizado en subsistemas y es un servicio público de afiliación obligatoria para cada trabajador y de carácter contributivo.

El órgano de dirección del sistema de seguridad social integral es el Ministerio del Trabajo, teniendo como marco legal la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social y las leyes especiales que rigen los diferentes subsistemas, sin menoscabo de las competencias concurrentes de los ministerios u otros entes de supervisión y control.

Se crea el Consejo Nacional de la Seguridad Social como órgano asesor y consultivo del ejecutivo nacional, que tendrá entre sus atribuciones:

Definir y proponer los lineamientos estratégicos de la política de seguridad social integral.

Asesorar al ejecutivo nacional y evacuar sus consultas en materia de seguridad social.

Velar por el cumplimiento estricto de lo dispuesto en las leyes.

Colaborar en las definiciones de las formas de interacción y coordinación con los organismos públicos y privados vinculados, directa o indirectamente, con la seguridad social.

Presentar los planes de seguimiento de la ejecución de los programas de seguridad social integral, para evaluar sus resultados y elaborar las recomendaciones que se consideren convenientes.

Proponer, mediante leyes especiales la creación de nuevos subsistemas.

Para los efectos de la afiliación, se crea el servicio de registro e Información de la seguridad social integral (SEREISSI), bajo la dirección del instituto venezolano de los seguros sociales (IVSS).

El servicio de registro e información de la seguridad social integral (SEREISSI), tendrá a su cargo el registro automatizado de afiliación de empleadores, trabajadores, familiares calificados, prestadores de servicios y la historia provisional de los asegurados.

El sistema de seguridad social integral lo conforman los siguientes subsistemas que, sin perjuicio de su autonomía, actuarán coordinadamente:

Subsistema de pensiones;

subsistema de salud;

subsistema de paro forzoso y capacitación laboral;

subsistema de vivienda y política habitacional;

y subsistema de recreación.

El subsistema de pensiones tiene por objeto la cobertura de las contingencias de invalidez, vejez, muerte, asistencia funeraria, nupcialidad y sobrevivencia.

El subsistema de pensiones es único y lo conforman dos (2) regímenes: el de capitalización individual y el de solidaridad intergeneracional, en los cuales participan, de acuerdo con sus ingresos, todos los contribuyentes.

“Para este subsistema se crean los fondos de capitalización individual, con el objeto de otorgar a los afiliados una pensión cuya cuantía dependerá del monto acumulado de los aportes en la cuenta individual del afiliado y del producto que le corresponda por el rendimiento de las inversiones realizadas, los fondos de capitalización individual son propiedad de los afiliados y sus patrimonio es independiente y distinto del patrimonio de las Instituciones que los administran, su administración estará a cargo de Instituciones que determine la Ley del Subsistema de Pensiones y el Fondo de Solidaridad Intergeneracional cuyo objeto es complementar hasta la pensión mínima vital, a quienes habiendo contribuido en el subsistema de pensiones, el acumulado de su cuenta, no alcance el monto de aquélla. El mismo será financiado por las cotizaciones de los empleadores y por los aportes del ejecutivo nacional y estará a cargo del instituto venezolano de los seguros sociales (IVSS). La ley especial de este subsistema determinará su administración., la supervisión estará a cargo del Ministerio de Finanzas.”²⁷

Los beneficiarios tienen derecho a escoger libremente los entes administradores de los fondos y de los prestadores del servicio de salud, que podrán ser públicos, privados o mixtos debiendo cumplir con los requisitos que les fijen las leyes especiales.

El subsistema de salud tiene por objeto garantizar a los afiliados el financiamiento y la seguridad de la prestación de los servicios de salud. Los beneficios que otorgará el subsistema y sus condiciones serán determinados en la ley especial.

²⁷ **Ibid.** Pág. 75, 78.

El subsistema de salud es único y lo conforman dos (2) regímenes de carácter contributivo: el solidario, de afiliación obligatoria, y el complementario, de afiliación voluntaria.

“En este subsistema se crean el fondo solidario de salud, con el objeto de garantizar a los afiliados la prestación de la atención médica integral y su financiamiento; y cancelar las indemnizaciones diarias que correspondan de conformidad con lo establecido en la Ley Especial del Subsistema. El fondo solidario de salud será administrado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de conformidad con la Ley Especial de Subsistema y el fondo especial a la atención de enfermedades de alto costo, riesgo y largo plazo.”²⁸

El subsistema de paro forzoso y capacitación laboral, tiene como objeto la protección temporal del afiliado por la terminación de la relación de trabajo en los términos y condiciones señalados en la Ley del Subsistema, mediante el otorgamiento de prestaciones en dinero; así como procurar su pronta reinserción al trabajo, a través del servicio de intermediación y capacitación laboral.

Estará constituido por un régimen financiero de reparto, de carácter solidario. Se constituirá un fondo de paro forzoso de carácter obligatorio y solidario que cubrirá los gastos de indemnización económica, salud y capacitación laboral. Su administración estará a cargo del IVSS.

El subsistema de vivienda y política habitacional tiene por objeto generar las facilidades a los afiliados y a los beneficiarios del Sistema, para el acceso a una vivienda digna y adecuada, incluyendo sus servicios urbanísticos básicos; además de

²⁸ **Ibid.** Pág. 22, 25.

estimular y apoyar la participación individual y comunitaria en la solución de sus problemas habitacionales.

Dicho ahorro se constituirá con las contribuciones que los trabajadores y empleadores y los rendimientos que estos produzcan. Su administración la implementará la Ley Especial del Subsistema.

Los recursos del fondo mutual habitacional son propiedad de los afiliados en proporción a sus cotizaciones y sus rendimientos y su patrimonio es independiente de sus administradores.

El objeto del subsistema es promover e incentivar el desarrollo de programas de recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social para los afiliados y beneficiarios del sistema de seguridad social integral.

La Ley Especial del Subsistema definirá los lineamientos y establecerá las normas para desarrollar en forma directa o mediante acuerdos con entidades públicas o privadas, los programas de recreación. Utilización del tiempo libre, descanso y turismo social, así como el fomento de la construcción, dotación. Mantenimiento y protección de la infraestructura recreacional.

La seguridad social Integral se basa en los siguientes principios:

- a) Universalidad: Es la garantía de protección para todas las personas amparadas por esta ley, sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida;
- b) Solidaridad: Es la garantía de protección a los menos favorecidos en base a la participación de todos los contribuyentes al sistema;

- c) Integralidad: Es la garantía de cobertura de todas las necesidades de previsión amparadas dentro del sistema;
- d) Unidad: Es la articulación de políticas, instituciones, procedimientos y prestaciones, a fin de alcanzar su objetivo;
- e) Participación: Es el fortalecimiento del rol protagónico de todos los actores sociales, públicos y privados, involucrados en el sistema de seguridad social integral;
- f) Autofinanciamiento: Es el funcionamiento del sistema en equilibrio financiero y actuarialmente sostenible;
- g) Eficiencia: Es la mejor utilización de los recursos disponibles, para que los beneficios que esta ley asegura sean prestados en forma oportuna, adecuada y suficiente.

3.2 Régimen

Cualquier sociedad organizada debiera procurar la implementación de un régimen de seguridad social que dignifique a la persona, principalmente en su vejez.

En nuestro país lo anterior no se cumple y el afiliado, además de no tener opción, tiene la obligación de pagar un servicio que cuando se presta, es muy malo.

El monopolio legal que tiene el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS, le permite, de forma continuada y en aumento, abusar de sus afiliados.

Sus funcionarios y empleados, con raras y honrosas excepciones, protegidos por el ambiente generalizado de impunidad que prevalece en Guatemala y que los operadores de justicia se distinguen en fomentar y, por supuesto, se benefician económicamente; despilfarran y saquean los recursos que pertenecen a los afiliados.

Gobiernos van y gobiernos vienen y la historia se repite: mal servicio, pago obligado, corrupción e impunidad.

Es una buena política que el Estado, a través de leyes específicas, promueva que los trabajadores con el aporte de los empleadores, se procuren la cobertura de servicios de salud y retiro, de tal forma que no se conviertan en una carga para el mismo Estado.

Esto no significa ni debe interpretarse como que el Estado tiene la obligación o el privilegio de administrar esos servicios. El papel del Estado debiera limitarse a fiscalizar que efectivamente todo trabajador tenga la cobertura.

La razón principal por la cual el IGSS no funciona, para los afiliados, es que tiene el monopolio; y por el otro lado, los trabajadores tienen la obligación de permanecer afiliados a él. El trabajador no puede renunciar al IGSS, independientemente del mal servicio o aun con la ausencia del mismo, y en casos extremos, la negación ilegal del mismo.

La negación de los servicios raya en lo delictivo. En el trámite de las jubilaciones por ejemplo: además de los montos bajos; el afiliado, después de llenar los requisitos (60 años de edad y 15 años mínimos de aporte), tiene que demostrar con certificaciones de todos sus patronos (con la complicación del tiempo en que laboró con ellos), que efectivamente aportó.

Debiera ser obligación del IGSS llevar un registro individual de todos los aportes, de tal manera que solo en caso de duda tenga que recurrirse a los patronos. El trabajador que no completó los 15 años de aporte y no tiene capacidad de pagar las cuotas laborales y patronales restantes, simplemente pierde todo lo aportado, lo cual se constituye en una apropiación indebida, un delito.

Los casos de negligencia, mala práctica médica y atención tardía, prácticamente son norma en el IGSS.

Los sindicatos son determinantes para mantener esta forma de atención a pesar de que dicen que velan por los intereses de los afiliados.

La infraestructura para atención, que determina directamente la cobertura de servicios, es pobre y el déficit creciente. El mayor énfasis se hace en aumentar la cantidad de afiliados porque aportan económicamente, mas no en mejorar y ampliar la atención.

El saqueo de dinero es alarmante. Prácticamente ninguna administración está libre de haber autorizado compras de medicinas a precios altísimos. La manipulación de las inversiones de algunos miles de millones de quetzales, también pasa por algunos bancos del sistema, como cómplices.

El robo de medicinas por parte de médicos y personal relacionado es común. Y como siempre, no hay responsables, pero los afiliados siguen pagando, padeciendo y muriendo.

El día en que se rompa el monopolio del IGSS, y que el trabajador, de acuerdo con el patrono, puedan escoger libremente a quién contratan el plan de previsión social, entonces empezará a mejorar el servicio; aunque lo más seguro es que, si se diera, desaparecería en poco tiempo.

Pero como a los políticos y sindicalistas les interesa mantener dudosas fuentes de ingresos, seguramente harán todo lo posible por no introducir cambios radicales al régimen de previsión social.

¿Qué haremos los trabajadores y patronos para que las cosas efectivamente cambien y no nos sigan robando?

Paralelo a la evolución que el seguro social ha sufrido después de seis décadas, el país tiene una clase obrera que trabaja mayormente en la economía informal y por ende tiene poco o ningún acceso a sus beneficios.

Augusto Valenzuela, presidente de la asociación centroamericana y del Caribe de Derecho del Trabajo y la seguridad social, opina que esta debe evolucionar al ritmo de la humanidad y debe ser constantemente revisada para adaptarla, lo más pronto posible, a las nuevas necesidades.

Sin embargo, la ausencia de interés político, la pobreza, la falta de previsión de los guatemaltecos y la cerrada oposición de los sindicatos hacen que los beneficiarios del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) apenas superen el millón, cuando más de 5 millones forman parte de la población económicamente activa (PEA).

La asociación internacional de la seguridad social, durante su conferencia Regional Americana de 2006, colocó a Guatemala en el grupo de los países tardíos bajos el último de tres clases, debido a su baja cobertura y basándose en el tiempo en que comenzó su sistema de seguridad.

El IGSS es la forma en la que el mayor porcentaje de la población que deja de ser económicamente activa accede a una jubilación. De un presupuesto de Q5 mil millones el seguro social invierte Q1,200 millones anuales en prestaciones, de los cuales Q935 millones se destinan a pensiones, de acuerdo con Luis Felipe Iriarte, subgerente de planificación y desarrollo.

A diferencia de países como Alemania, donde la población que a dejado de ser productiva se encuentra en el 20 por ciento, en Guatemala esa cifra no alcanza el 5 por ciento. Es por esta razón que es el momento adecuado para actuar, señala Luis Linares de la asociación de investigación y estudios sociales (Asies).

“El diagnóstico de la situación de los planes públicos de pensión en Guatemala de Fabio Durán Valverde, y auspiciado por el programa de naciones unidas para el desarrollo (PNUD), identifica por lo menos ocho aspectos críticos del sistema nacional de pensiones. Entre estos la baja cobertura, la ausencia de mecanismos de articulación

e integración, posición financiera y sostenibilidad comprometidas, además de una mala percepción del IGSS.”²⁹

El seguro social apenas se recupera de la inversión fraudulenta hecha en 2004 en un fideicomiso para hacer viviendas, que le ocasionó una pérdida de Q570 millones y de los que aún faltan por recuperar Q350. Entre 1999 y 2004 la institución registró déficit que alcanzaron los Q177 millones. Aunque las reservas comprometidas suman los Q11 mil millones y este es el segundo año que experimenta un superávit que se calcula en Q255 millones, los beneficios no son del todo perceptibles para la población, reconoce Iriarte.

El objeto primordial de la seguridad social, es el de dar protección mínima a toda la población del país, a base de una contribución proporcional a los ingresos de cada uno y de la distribución de beneficios a cada contribuyente o a sus familiares que dependen económicamente de él, procediendo en forma gradual y científica que permita determinar tanto la capacidad contributiva de la parte interesada, como la necesidad de los sectores de población de ser protegidos por alguna o varias clases de beneficios, habiéndose principiado sólo por la clase trabajadora, con miras a cubrirla en todo el territorio nacional, antes de incluir dentro de su régimen a otros sectores de la población.

La Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de mayo de 1,985, instituyó la garantía de la seguridad social para beneficio de los habitantes de la nación, en el Artículo 100, el cual textualmente dice:

Artículo 100. Seguridad Social. El Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para beneficio de los habitantes de la nación. Su régimen se instituye como función pública, en forma nacional, unitaria y obligatoria.

²⁹ **Ibid.** Pág. 15.

El Estado, los empleadores y los trabajadores cubiertos por el régimen, con la única excepción de lo preceptuado por el artículo 88 de esta Constitución, tienen obligación de contribuir a financiar dicho régimen y derecho y participar en su dirección, procurando su mejoramiento progresivo.

La aplicación del régimen de seguridad social corresponde al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que es una entidad autónoma con personalidad jurídica, patrimonio y funciones propias; goza de exoneración total de impuestos, contribuciones y arbitrios, establecidos o por establecerse. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social debe participar con las instituciones de salud en forma coordinada.

El Organismo Ejecutivo asignará anualmente en el presupuesto de ingresos y egresos del Estado, una partida específica para cubrir la cuota que corresponde el Estado como tal y como empleador, la cual no podrá ser transferida ni cancelada durante el ejercicio fiscal y será fijada de conformidad con los estudios técnicos actuariales del instituto.

Contra las resoluciones que se dicten en esta materia, proceden los recursos administrativos y el de lo contencioso-administrativo de conformidad con la ley. Cuando se trate de prestaciones que deba otorgar el régimen, conocerán los tribunales de trabajo y previsión social.

3.3 Cobertura

Elizabeth se graduó de perito contador hace tres años y tiene la esperanza de conseguir en 2006 un trabajo formal. Ella ha trabajado en dos empresas, pero sin recibir las prestaciones laborales mínimas, como por ejemplo, el seguro social.

Esta trabajadora es parte de la población en edad y condiciones de laborar, (población económicamente activa o PEA) pero a quienes no alcanza la cobertura de accidentes, enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y sobrevivencia del instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

El año pasado, el porcentaje de la PEA con cobertura del IGSS cayó 18.16 por ciento, luego de estar en 25.73 por ciento en el año anterior, según estadísticas preliminares de la entidad.

El número de patronos activos bajó de 52 mil 840 en 2004 a 50 mil 26.

A pesar de ello, el año pasado fue el mejor de los últimos cinco años en captación de afiliados al llegar a un millón de personas inscritas, lo que representa 30 mil nuevos miembros (3.08 por ciento) respecto de los 974 mil 577 del año 2004.

Adicionalmente, 37 mil 683 personas se adhirieron en 2005 al programa de invalidez, vejez y sobrevivencia del seguro social, frente a los cinco mil 300 de 2004.

Según el ministro de Trabajo, Jorge Gallardo, el descenso respecto de la PEA es producto del aumento en el número de la población en edad para trabajar (mayor de 10 años) y que al no encontrar un trabajo formal deben integrar el mercado informal, sin las prestaciones de ley.

Es difícil que la cobertura social alcance a cubrir la PEA si cada año alrededor de 160 mil jóvenes se integran a las filas de nuevos trabajadores, apuntó.

Según él, el sector informal creció por los aumentos a los salarios mínimos por decreto de los últimos años, lo cual obligaba a recortes de puestos de trabajo en las empresa.

El sector informal anda por 75 por ciento de la PEA, lo que significa cuatro millones de personas, destacó.

Para revertir la tendencia, el funcionario propone cambiar el sistema de fijar el salario mínimo por decreto por uno de productividad, lo cual se discute con el sector patronal y laboral.

Mientras más empleos e ingresos por productividad haya las cuotas del IGSS subirán automáticamente y eso le beneficia a la entidad y al trabajador.

Cobertura del Seguro Social en relación con la PEA, en número de trabajadores afiliados y % de la PEA afiliada al IGSS.			
Años 1998- 2003			
AÑOS	PEA	TRABAJADORES	
		AFILIADOS	%
		AL IGSS	IGSS / PEA
1,998	3,706,094	887,228	24.0
1,999	4,173,915	893,126	21.4
2,000	4,576,627	908,122	19.8
2,001	4,875,240	927,768	19.0
2,002	4,923,640	953,052	18.4
2,003	5,065,365	957,921	18.9

CAPÍTULO IV

4. Importancia de realizar cambios al seguro social

4.1 Problemas actuales

“El siglo XX fue un período extraordinariamente fértil y generoso en todos los campos del desarrollo humano y de sus diferentes formas de organización. Todos los campos de su actividad se vieron beneficiados por el aporte continuo de nuevos conocimientos que produjeron excelentes resultados en los campos tecnológicos, científicos y económicos. El desarrollo paralelo en el territorio social y político condujo a un nivel de calidad de vida que nunca antes se había logrado. Ciertamente hubo períodos negativos que no interrumpieron una marcha ascendente hacia niveles de bienestar y de estabilidad social, pero en las últimas dos décadas el panorama cambió radicalmente. La solidaridad social que había caracterizado una buena parte de las acciones colectivas se debilitó significativamente y el modelo económico que había logrado bastante justicia en el reparto de los beneficios comenzó a ser sustituido por el código de la oferta y la demanda, y las leyes del mercado se erigieron como jueces de las necesidades colectivas. La globalización de la economía ha afectado con la apertura comercial estos sistemas de producción pequeños y débiles que tienen muy escaso margen de maniobra frente a la internacionalización de capitales. Como consecuencia, la inestabilidad en cualquiera de sus modalidades se transformó en una amenaza permanente; la angustia y la violencia empezaron a mostrar muchas de sus aristas inducidas por una incertidumbre creciente y progresiva que ha matizado el final de lo que había sido un siglo exitoso abriendo muchas interrogantes para el siglo XXI. En esta larga lista de preguntas, los grandes progresos logrados en el campo de la

seguridad social pasan a formar parte de los temas que retornarán a la mesa de discusión.”³⁰

Los seguros sociales tuvieron un gran éxito al sustituir las organizaciones mutualistas de los trabajadores y se constituyeron en uno de los elementos claves del desarrollo del sector laboral de los países industrializados. Cumplieron suficientemente con su cometido de tratar las enfermedades de los trabajadores y de sus familias, de asumir las responsabilidades de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales así como de garantizar el retiro de los obreros envejecidos o incapacitados. Pero su éxito quedó circunscrito al sector de la producción de la economía industrial y con el tiempo quedó clara su limitación a las colectividades con economías de menor rendimiento. Además, en una misma colectividad se hacen excluyentes de las poblaciones no asalariadas y concentradoras de sus beneficios en el grupo formal de la producción. De ahí que la propuesta universalista de Beveridge encontrara una sólida acogida tanto por la inclusión de los sectores excluidos, como porque la integralidad aportada por los servicios sociales y por el seguro de desempleo amplió eficientemente la respuesta a las necesidades de las sociedades de los países industrializados. Pero en los países de menor desarrollo, su economía no aportó valor agregado suficiente para impulsar los seguros sociales y la coincidente ausencia de organización de los trabajadores complementó su debilidad y no dio soporte a la compleja organización de la seguridad social integral.

En América, el cuadro fue siempre abigarrado. Canadá y Estados Unidos, de acuerdo con su herencia, se inclinaron por los sistemas privados de seguros y luego Canadá, en su momento y al igual que el resto de la comunidad británica, adoptó el plan Beveridge. El cono sur, con la influencia de su importante inmigración europea, incorporó las mutuales combinadas con el Estado para cubrir a su población y no estableció los seguros sociales; el resto de los países continentales, siguiendo las indicaciones de la OIT presentadas en la V asamblea de la organización panamericana, celebrada en Santiago de Chile en 1924, fue aprobando paulatinamente sus respectivas legislaciones de seguro social, pero sin que se produjeran las condiciones políticas ni

³⁰ **Ibid.** Pág. 77.

las económicas para su desarrollo. Por eso seguros sociales de estos países han tenido un desarrollo lento y parcial, y solamente Cuba y Costa Rica llegaron a universalizar su cobertura. El cuarto grupo lo constituyen los países del Caribe, que van desde la cobertura total en aquellos que formaron parte original de un sistema procedente de un país europeo antes de lograr su independencia, hasta modalidades mixtas centradas principalmente en formas variadas de beneficencia con responsabilidad compartida con el Estado. De modo que en la actualidad, 75 años después de que Chile aprobara el primer seguro social americano, ni la extensión de esta modalidad se distingue con claridad, ni mucho menos la introducción e integración regional de sistemas de seguridad social, como lo ha hecho la comunidad económica europea.

Además, en el devenir del tiempo hay un conjunto de cambios que han venido ocurriendo y cuya proyección define escenarios que generan una preocupación creciente. El primero de ellos se refiere a las características demográficas de la región, como parte muy dinámica de los fenómenos que afectan a la población mundial, que seguirá mostrando sus tres grandes características: aumento, envejecimiento y migración. Al cerrar el siglo XX, la ONU informó que la población mundial era de 6 mil millones de habitantes, cuando al iniciar el mismo siglo apenas sobrepasaba los mil quinientos millones, independientemente de que se haya logrado introducir muy eficientes métodos para que la familia decida el número y la oportunidad del nacimiento de los hijos.

4.2 Órganos que integran el seguro social

Miembros de la Junta Directiva de 2007

Sr. Carlos Emilio Antonio Torrebiarte L.	Presidente de la Junta Directiva
Lic. Luis Alberto Reyes Mayén	Representante Suplente del Presidente
Sr. Max Erwín Quirín Schoder	Representante Titular de la Junta Monetaria Primer Vicepresidente
Lic. Julio Roberto Suárez Guerra	Representante Suplente de la Junta Monetaria
Dr. Erwín Raúl Castañeda Pineda	Representante Titular de la Universidad de San Carlos de Guatemala Segundo Vicepresidente
Dr. Jorge Luis de León Arana	Representante Suplente de la Universidad de San Carlos de Guatemala
Dr. José Rómulo Sánchez López	Representante Titular del Colegio Médico Vocal
Dr. Juan Antonio Gabriel Turcios	Representante Suplente del Colegio Médico
Lic. Víctor Manuel Martínez Samayoa	Representante Titular de los Patronos Vocal
Dr. Edgar Antonio Figueroa Muñoz	Representante Suplente de los Patronos
Sr. Miguel Angel Lucas Gómez	Representante Titular de los Trabajadores

	Vocal
Sr. Reynaldo Federico González	Representante Suplente de los Trabajadores

Los órganos superiores del Instituto son:

- a) La Junta Directiva;
- b) La Gerencia; y,
- c) El Consejo Técnico.

Artículo 3. La Junta Directiva es la autoridad suprema del Instituto y, en consecuencia, le corresponde la dirección general de las actividades de éste.

Artículo 4. La Junta Directiva debe estar integrada por seis miembros propietarios y seis miembros suplentes, así:

- a) Un propietario y un suplente nombrados por el Presidente de la República, mediante acuerdo emanado por conducto del Ministerio de Economía y Trabajo;
- b) Un propietario y un suplente nombrados por la Junta Monetaria del Banco de Guatemala, de entre cualesquiera de sus miembros, con la única excepción de los que lo sean ex officio. Si alguna de las personas designadas deja de tener la calidad de miembro de la Junta Monetaria, ésta debe hacer el nuevo nombramiento que proceda por lo que falte para completar el respectivo período legal;
- c) Un propietario y un suplente nombrados por el Consejo Superior de la Universidad autónoma de San Carlos de Guatemala;
- d) Un propietario y un suplente nombrados por el Colegio oficial de médicos y cirujanos;

e) Un propietario y un suplente nombrados por las asociaciones o sindicatos patronales que estén registrados conforme a la Ley; y.

f) Un propietario y un suplente nombrados por los sindicatos de trabajadores que estén registrados conforme a la Ley.

Artículo 14. La Gerencia debe estar integrada por:

a) Un gerente, quien es el titular de la misma; y,

b) Uno o más subgerentes, quienes deben actuar siempre bajo las órdenes del primero y son los llamados a sustituirlo en sus ausencias temporales, según el orden que indique el reglamento.

Artículo 20. El Consejo Técnico debe estar integrado por un grupo de asesores, de funciones consultivas, quienes, bajo su responsabilidad personal, deben sujetar su actuación a las normas científicas más estrictas y modernas que regulen sus respectivas especialidades.

4.3 Función de los órganos que integran el seguro social

Artículo 19. De conformidad con los artículos 3 y 15, son atribuciones de la Junta Directiva y, también, normas que regulan las relaciones de ésta con la Gerencia.

a) Dictar, a propuesta del gerente los reglamentos necesarios para la correcta aplicación de esta ley, así como los que requiera el funcionamiento interno del Instituto.

Los reglamentos que se refieran a fijación de cuotas o de beneficios, a aplicación de alguna clase de éstos a cierta circunscripción territorial o capa de la población, o a determinación de penas, deben ser elevados al Organismo Ejecutivo, por conducto del

los Ministerio de Economía y Trabajo, para su aprobación y publicación inmediata en el diario oficial. Si el organismo Ejecutivo tiene observaciones qué hacer, debe forzosamente devolver el proyecto de reglamento de que se trate al Gerente dentro de los 10 días hábiles siguientes a aquel en que lo recibió, junto con una exposición concreta y razonada de los motivos técnicos en que apoya su inconformidad. En este caso, el Gerente debe someter de nuevo el proyecto de reglamento a la consideración de la Junta Directiva, junto con su opinión sobre las observaciones del Organismo Ejecutivo, y dicha Junta, oyendo de previo al Consejo Técnico, debe hacer las correcciones que estime pertinentes antes de elevar otra vez el referido reglamento al Organismo Ejecutivo para los fines que indica el presente párrafo.

Los reglamentos que no se refieran a las materias que indica el párrafo anterior, deben ser enviados directamente al diario oficial para su publicación.

Las reglas de los tres párrafos que preceden rigen también para las reformas o derogatorias de los mencionados reglamentos:

- b) Acordar en cada caso, a propuesta del Gerente, las inversiones de los fondos del Instituto.
- c) Estudiar y aprobar, con base en el proyecto que debe presentarle el Gerente por lo menos treinta días antes del respectivo ejercicio anual, el presupuesto general de gastos del Instituto, así como la estimación de los diversos renglones de ingresos de éste.

En dicho presupuesto se debe fijar un porcentaje sobre los ingresos brutos del Instituto con destino a gastos propiamente administrativos, o sea, todas las sumas que se inviertan en salarios, honorarios y materiales que no impliquen prestaciones en especie, subsidios en dinero y, en general, beneficios otorgados directamente a los afiliados. El Gerente puede hacer cambios en las diversas partidas de esta sección del presupuesto, pero sin excederse del expresado porcentaje y siempre que dé cuenta inmediata y razonada, en cada caso, a la Junta Directiva.

La Auditoria tiene obligación de reportar sin dilación al Gerente, y éste a la Junta Directiva cualquier gasto que infrinja lo dispuesto en el párrafo anterior.

El presupuesto general de gastos del Instituto no puede entrar en vigor mientras no se publique en el Diario Oficial, igual regla rige para las reformas que en el curso de un ejercicio anual le introduzca la Junta Directiva, a propuesta del Gerente.

d) Aprobar o improbar el informe que debe presentarle el Gerente dentro de los treinta días posteriores al vencimiento de cada ejercicio anual. Dicho informe debe contener un detalle de todas las operaciones realizadas por el Instituto, de las normas técnicas o procedimientos seguidos para llevarlas a cabo y del resultado de las mismas.

La Junta Directiva tiene obligación de revisar detenidamente ese informe y sus miembros son responsables de modo individual y con sus propios bienes por las pérdidas que sufra el Instituto, en caso de que no hagan o de que hagan mal la revisión mencionada. Para mejor llenar su cometido, la Junta Directiva puede requerir el concurso de expertos de reconocidas capacidades técnicas e imparcialidad, que sean independientes del Instituto, y queda obligada a solicitar la cooperación del Tribunal y Contraloría de Cuentas, para que éste cumpla precisamente en esa oportunidad con las funciones que le señalan los artículos 188 y 189, inciso 2°. de la Constitución.

La Junta Directiva debe aprobar o improbar el referido informe dentro del plazo improrrogable de sesenta días contados desde su recibo y mandarlo a publicar sin pérdida de tiempo en el Diario Oficial. En el primer caso el Gerente queda relevado de toda responsabilidad por las operaciones a que se contraiga el informe, y en el segundo, la Junta Directiva debe añadir a éste las observaciones que procedan y dejar constancia de las medidas que dictó para corregir los defectos, errores o malos manejos que haya notado.

e) Estudiar los balances, estados e informes relativos a la marcha del Instituto, que debe presentarle el Gerente cada mes, o en cualquier otro momento en que así lo solicite la Junta Directiva;

- f) Crear, a propuesta del Gerente, sucursales del Instituto en las diversas regiones del país donde lo estime necesario, fijar el domicilio legal de ellas y, en general, dictar las demás normas de organización complementarias de las que esta ley impone;
- g) Conceder licencias al Gerente, a los subgerentes y a sus propios miembros; y,
- h) Cualesquiera otras que determinen esta ley o sus reglamentos.

CONCLUSIONES

1. Dentro del gremio de personas individuales guatemaltecas, existe desconocimiento respecto a la falta de reglamentación correspondiente a las leyes de seguridad social.
2. La falta de cambios al seguro social en relación a la adquisición de los medicamentos establecidos en la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y básicamente del seguro social, hace notar a la sociedad la ineficacia de dicha ley.
3. Las dependencias encargadas de verificar el cumplimiento de la ley, como es el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS, conoce básicamente asuntos relacionados con toda la seguridad social y medicamentos existentes en el territorio guatemalteco, pero difícilmente conoce asuntos relacionados a las infracciones y sanciones que se deben de realizar a las personas.
4. El sector guatemalteco desconoce que existe una ley que regule todo lo relativo a seguro social establecido en el territorio nacional, que es de aplicación nacional mediante el cual se les garantiza un ambiente saludable.

RECOMENDACIONES

1. Es preciso que las personas encargadas de realizar los cambios correspondientes al seguro social tengan conocimiento acerca de las infracciones que se están cometiendo y que estando consientes de esta realidad puedan elaborar dicha reforma.
2. Es necesario que la sociedad de seguimiento al trabajo de sensibilización al sector social, acerca del papel que juegan las autoridades administrativas, al aplicar su reglamento específico, así como conocer todo lo relativo al seguro social en toda su dimensión y de esta manera, entender que con la aplicación del mismo, no se está violando ningún precepto establecido en la ley, sino lo que busca es devolver a la sociedad la seguridad pero, sobre todo, el resarcimiento de los daños.
3. Es conveniente que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social desarrolle talleres, diplomados y capacitaciones, concernientes a la aplicación de su Ley Orgánica, con el objeto de proteger dicho seguro, teniendo en cuenta que al aplicar esta ley no se estaría violando ninguna norma, ya que el propio Estado de Guatemala lo reconoce como ley.

4. Que por medio de encuentros entre autoridades sanitarias y los encargados de la aplicación de la ley, se busquen mecanismos de coordinación y cooperación para realizar la reforma correspondiente y poder complementarse entre sí.

BIBLIOGRAFÍA

AGUILAR ELIZARDI, Mario. **Técnicas de estudio e investigación**
Editorial estudiantil Fénix, Guatemala, 2000

BARAHONA MUÑOZ, Olga. **Manual para elaborar seminario y tesis**
Sin editorial, Guatemala, 2005

BARAHONA STREBER, Walter. **Bases de la seguridad social en Guatemala.**
Centro editorial, Guatemala, 1946.

CABANELLAS DE TORRES, Guillermo. **Diccionario jurídico elemental.** Ed.
Heliasta S.R.L., Buenos Aires, Argentina, 1988.

CHACÓN DE MACHADO, Josefina y Carmen María Gutiérrez de Colmenares.
Introducción al derecho. Guatemala, 1987.

CHAPERO, Vicente, **Metodología de la investigación.**
Delta ediciones, Guatemala, 1993.

DE FINA VARA, Rafael. **Diccionario de derecho.** Ed. Porrúa, S.A., México, 1984.

GARCÍA MAYNES, Eduardo. **Introducción al derecho.** Ed. Porrúa, S.A.,
Argentina, 1984.

LÓPEZ AGUILAR, Santiago. **Introducción al estudio del derecho.** Cooperativa de
Consumo Integral R. L., Tomo I, Guatemala, 1995.

LÓPEZ MAYORGA, Leonel Armando. **Introducción al estudio del derecho.** Ed.
Lovi, V.2. Guatemala, 1999.

MORGAN SANABRIA, Rolando. **Material de apoyo para el curso Planeación del
Proceso de la investigación científica.** Sin edición, Guatemala, 2003

OSSORIO SANDOVAL, Manuel. **Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales.** Ed. Heliasta S.R.L., Buenos Aires, Argentina, 1981.

PASCUAL, Marín Pérez. **Introducción a la ciencia del derecho.** Ed. Tecnos, Madrid, España, 1974.

PEREIRA OROZCO, Alberto. **Introducción al estudio del derecho.** Guatemala, 2000.

PÉREZ DÍAZ, Edgar. **La técnica jurídica.** Sin edición, Guatemala, 2001.

ROJINA VILLEGAS, Rafael. **Introducción al estudio del derecho.** Ed. Porrúa S.A., México, 1967.

Legislación:

Constitución Política de la República de Guatemala, Asamblea Nacional Constituyente, 1986.

Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Decreto 295 del Congreso de la República, 1946.