

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

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a man on horseback, wearing a crown and holding a staff. Above him is a shield with a cross and a lion. The shield is supported by two figures. The entire scene is enclosed in a circular border with the Latin text "ACADEMIA COACATEMALENSIS INTER CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA" around the top and "ACADEMIA COACATEMALENSIS INTER CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA" around the bottom. The words "PLUS" and "ULTRA" are also visible on the sides of the seal.

**LA CADUCA ESTRUCTURA DEL SEGURO SOCIAL Y LA NECESIDAD DE
ADOPTAR SU FUNCIONAMIENTO A LOS ESTÁNDARES MUNDIALES
CONTEMPORÁNEOS**

MARCO ANTONIO CASTRO GÓMEZ

GUATEMALA, ABRIL DE 2011

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

**LA CADUCA ESTRUCTURA DEL SEGURO SOCIAL Y LA NECESIDAD DE
ADOPTAR SU FUNCIONAMIENTO A LOS ESTÁNDARES MUNDIALES
CONTEMPORÁNEOS**

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva

de la

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

MARCO ANTONIO CASTRO GÓMEZ

Previo a conferírsele el Grado Académico de

LICENCIADO EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

y los títulos profesionales de

ABOGADO Y NOTARIO

Guatemala, abril de 2011

**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. Luis Fernando López Díaz
VOCAL IV Br. Mario Estuardo León Alegría
VOCAL V: Br. Luis Gustavo Ciraiz Estrada
SECRETARIO: Lic. Avidán Ortíz Orellana.

**TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN
TÉCNICO PROFESIONAL**

Primera fase:

Presidente: Lic. Marisol Morales Chew
Vocal: Lic. Pedro José Luis Marroquín
Secretario: Lic. Artemio Rodulfo Tánchez Mérida

Segunda fase:

Presidente: Lic. Marisol Morales Chew
Vocal: Lic. Héctor Manfredo Maldonado
Secretario: Lic. Jorge Estuardo Reyes Del Cid

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



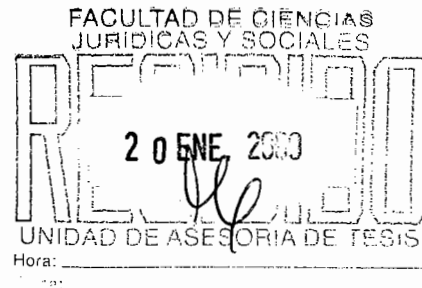
CORPORACION DE ABOGADOS



Guatemala, 20 de enero de 2009.

Señor:

Licenciado Carlos Manuel Castro Monroy
Jefe de la Unidad de Asesoría de Tesis
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente



Distinguido Licenciado:

Respetuosamente me dirijo a usted, con el objeto de manifestarle que, en cumplimiento de la resolución emitida por esa unidad de tesis de fecha ocho de agosto de dos mil ocho, en donde se me nombra como asesor de tesis del Bachiller **MARCO ANTONIO CASTRO GÓMEZ**, intitulada "**LA CADUCA ESTRUCTURA DEL SEGURO SOCIAL Y LA NECESIDAD DE ADOPTAR SU FUNCIONAMIENTO A LOS ESTÁNDARES MUNDIALES CONTEMPORÁNEOS**". Para el efecto hago constar, que el sustentante tomó en cuenta las sugerencias realizadas a su trabajo de investigación, asimismo, realizó las investigaciones y correcciones que en el desarrollo de la revisión se formularon, obteniendo con ello, una investigación de suma importancia para la sociedad guatemalteca.

El contenido científico del trabajo que investiga es de carácter jurídico, en el cual se desarrolla lo concerniente al desarrollo de la seguridad social, la seguridad social, las prestaciones que comprende la seguridad social, el financiamiento de la seguridad social, y, un análisis de la caduca estructura de la seguridad social en Guatemala.

El trabajo desarrollado llena los requisitos técnicos que requiere una investigación de tal magnitud; en la misma, se hace un estudio minucioso del derecho del seguro social, un estudio sobre la breve evolución de la seguridad social en Guatemala, así como, sobre el punto toral de la investigación como lo es el financiamiento de la seguridad social por



CORPORACION DE ABOGADOS



parte del Estado y la caduca estructura en la actualidad; la investigación se realizó con los métodos inductivo y deductivo, y la técnica de investigación documental está acorde al mismo, se revisó la redacción del trabajo; las conclusiones y recomendaciones llena su cometido, por ser un aporte para el desarrollo del derecho, así como, la bibliografía utilizada. Por la importancia del trabajo y su contribución a los derechos de la seguridad social, la investigación es de suma importancia.

Se comprobó que en el transcurso de la elaboración de la investigación se hizo acopio de una bibliografía bastante actualizada, y en la misma se utilizaron los métodos de investigación inductivo y deductivo, así también, se utilizo la técnica de investigación documental y de encuesta se encuentra acorde al mismo. Las conclusiones y recomendaciones están acordes y son un aporte al estudio del derecho del seguro social.

Así mismo, procedí a hacerle algunas modificaciones de forma y de fondo con el único objeto de mejorar el contenido de la investigación, por tal motivo considero que el trabajo correspondiente llena los requisitos que exige el Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público, en especial del Artículo 32; estimando que el mismo puede ser aprobado, para los efectos consiguientes, emitiendo el presente **DICTAMEN FAVORABLE**.

Con las muestras de mi respeto, soy de Usted su deferente servidor.

Atentamente,

Lt. Carlos de León Velasco
ABOGADO Y NOTARIO

Colegiado No. 1557

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS
JURÍDICAS Y SOCIALES

Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, C. A.



UNIDAD ASESORÍA DE TESIS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES. Guatemala, dieciocho de mayo de dos mil nueve.

Atentamente, pase al (a la) LICENCIADO (A) ALY EZEQUIEL FUENTES TOC, para que proceda a revisar el trabajo de tesis del (de la) estudiante MARCO ANTONIO CASTRO GÓMEZ, Intitulado: "LA CADUCA ESTRUCTURA DEL SEGURO SOCIAL Y LA NECESIDAD DE ADOPTAR SU FUNCIONAMIENTO A LOS ESTÁNDARES MUNDIALES CONTEMPORÁNEOS".

Me permito hacer de su conocimiento que está facultado (a) para realizar las modificaciones de forma y fondo que tengan por objeto mejorar la investigación, asimismo, del título de trabajo de tesis. En el dictamen correspondiente debe hacer constar el contenido del Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público, el cual dice: "Tanto el asesor como el revisor de tesis, harán constar en los dictámenes correspondientes, su opinión respecto del contenido científico y técnico de la tesis, la metodología y técnicas de investigación utilizadas, la redacción, los cuadros estadísticos si fueren necesarios, la contribución científica de la misma, las conclusiones, las recomendaciones y la bibliografía utilizada, si aprueban o desaprueban el trabajo de investigación y otras consideraciones que estimen pertinentes".

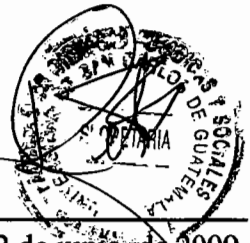

LIC. CARLOS MANUEL CASTRO MONROY
JEFE DE LA UNIDAD ASESORÍA DE TESIS



cc. Unidad de Tesis
CMCM/sllh



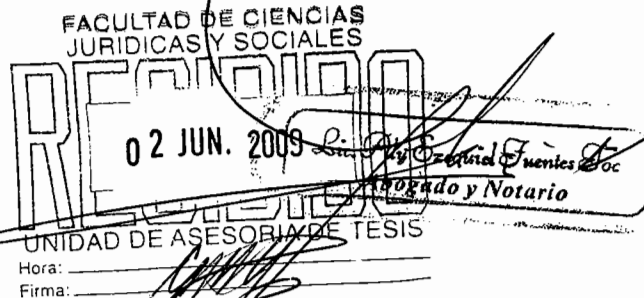
Lic. Aby Ezequiel Fuentes Toc
Abogado y Notario



Ciudad de Guatemala, 2 de junio de 2009.

Señor:

Licenciado Carlos Manuel Castro Monroy
Jefe de la Unidad de Asesoría de Tesis
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente.



Estimado licenciado Castro Monroy:

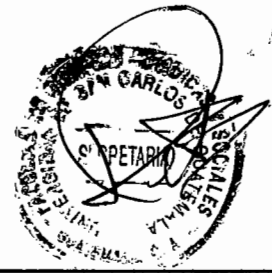
En atención a providencia de ese Decanato, en la que se me notifica nombramiento como Revisor de Tesis del Bachiller **MARCO ANTONIO CASTRO GÓMEZ**, y oportunamente proceder a emitir el Dictamen correspondiente; habiendo asesorado el trabajo encomendado, me permito emitir el siguiente:

DICTAMEN:

- a) El trabajo de tesis se intitula **“LA CADUCA ESTRUCTURA DEL SEGURO SOCIAL Y LA NECESIDAD DE ADOPTAR SU FUNCIONAMIENTO A LOS ESTÁNDARES MUNDIALES CONTEMPORÁNEOS”**.
- b) El tema que investiga el Bachiller **MARCO ANTONIO CASTRO GÓMEZ**, es un tema actual para quien gusta conocer del derecho, en especial sobre la Seguridad Social y sus efectos. Para la realización del tema se ha utilizado bibliografía y leyes existentes en el medio, que sirvieron de base para analizar jurídico-doctrinario de dicho estudio, el cual se encuentra contenido en cuatro capítulos, además las conclusiones y recomendaciones son un aporte para el estudio del derecho y en especial lo referente a la necesidad de que exista una modificación en la estructura de la seguridad social en nuestro país.
- c) Para la realización de la investigación del tema trabajado se ha manejado bibliografía y leyes existentes dentro del ámbito, las que sirvieron de base para motivar el estudio jurídico-doctrinario del tema.
- d) Durante el tiempo en que duro la investigación, se discutió puntos importantes del trabajo, los cuales cogimos; así también, es de hacer saber que el contenido de la investigación es un gran aporte al estudio del Derecho de Familia con relación a la necesidad de modificar la ley para incorporar la expresión paterno filiales en la figura del derecho civil de Patria Potestad.
- e) Se comprobó que en el transcurso de la elaboración de la investigación se hizo acopio de una bibliografía bastante actualizada, y en la misma se utilizaron los métodos de investigación inductivo y deductivo, así también, se utilizo la técnica de investigación documental y de encuesta se encuentra acorde al mismo.
- f) Las conclusiones y recomendaciones están acordes y son un aporte al estudio del derecho de familia.
- g) En virtud de lo anterior concluyo informando a Usted, que procedí a asesorar el trabajo encomendado y me es grato:



Lic. Aly Ezequiel Fuentes Toc
Abogado y Notario



Ciudad de Guatemala, 2 de junio de 2009.

OPINAR:

- I) Que en el trabajo asesorado cumple con los requisitos legales exigidos, en especial el contenidos en el Artículo 32 del Normativo para Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público.
- II) Que es procedente nombrar Revisor de Tesis, para que oportunamente emita el dictamen correspondiente en donde su ordene su impresión y oportunamente el Examen Público.

Con las muestras de mi respeto, soy de Usted su deferente servidor.

Atentamente:

Lic. ALY EZEQUIEL FUENTES TOC
ABOGADO Y NOTARIO
Colegiado No. 4013.



DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES.

Guatemala, quince de febrero del año dos mil once.

Con vista en los dictámenes que anteceden, se autoriza la Impresión del trabajo de Tesis del (de la) estudiante MARCO ANTONIO CASTRO GÓMEZ, Titulado LA CADUCA ESTRUCTURA DEL SEGURO SOCIAL Y LA NECESIDAD DE ADOPTAR SU FUNCIONAMIENTO A LOS ESTÁNDARES MUNDIALES CONTEMPORÁNEOS. Artículos 31, 33 y 34 del Normativo para la elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público.-

CMCM/sllh.



DEDICATORIA



A DIOS:

Por concederme el apetecido momento de gozar del fruto de mi empeño. A él entrego mi corazón y mis talentos se los pretendo devolver mediante mi servicio a la gente que más lo necesita, en quienes está presente.

A MIS PADRES:

Miguel Ángel Castro y Cristina Gómez López.

A MIS HERMANOS:

Fredy, Osman, Maury, Mirna, Marvin, por su apoyo incondicional en cada una de las etapas de mi vida.

A MIS HIJOS:

Mauricio Antonio, Marco Andrés; porque han sido y serán mi aliento moral y espiritual.

A MI ESPOSA:

Por el amor que nos une y que se involucra en todos nuestros asuntos, hasta en los académicos y profesionales.

A MIS AMIGOS:

Por su cariño y lealtad durante los años de convivencia en nuestra legendaria Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.

A:

Porque con mi trabajo pretendo colaborar a la construcción de una sociedad más justa e incluyente.

A:

Todos los docentes que colaboraron en mi formación académica, así como a todos los Abogados y Notarios que de alguna forma auxiliaron en la realización del presente trabajo de investigación. Que Dios los bendiga.



A:

La gloriosa Universidad de San Carlos de Guatemala y
a la prestigiosa Facultad de Ciencias Jurídicas y
Sociales, que hoy me honra con tan preciado
galardón.

ÍNDICE



Introducción.

CAPÍTULO I

1. Origen y desarrollo de la seguridad social en Guatemala.	01
1.1. Rango constitucional del seguro social	05
1.2. El nombramiento de sus autoridades.	10
1.3. Carácter preventivo y rehabilitativo o curativo del seguro social	11

CAPÍTULO II

2. Definición de seguridad social.	13
2.1. Antecedentes históricos.	17
2.2. Breve evolución histórica de la seguridad social en Guatemala.	30
2.3. Principios de la seguridad social.	35

CAPÍTULO III

3. Prestaciones que comprenden la seguridad social.	37
3.1. Desigualdades en las prestaciones y el acceso.	43
3.2. Distribución de gasto de prestaciones por programa.	46
3.3. Financiamiento.	57

CAPÍTULO IV

4. El financiamiento de la seguridad social y su caduca estructura en Guatemala.	61
4.1. Estructura organizativa actual.	61
4.2. Cobertura poblacional.	69
4.3. La mundialización y la crisis de la seguridad social.	100
4.4. La mundialización y el financiamiento de la seguridad social.	104
4.6. Comparación con otros países y sistemas.	117
4.7 Resumen de las principales lecciones de las reformas y aplicación a Guatemala.	127



CONCLUSIONES.....	137
RECOMENDACIONES.....	139
BIBLIOGRAFÍA.....	141

INTRODUCCIÓN



La Seguridad social es considerada como una de las necesidades fundamentales de los ciudadanos y está presente en múltiples formas en los procesos de desarrollo de las sociedades. Es notable que muchos elementos de las estructuras sociales, incluso desde sus formas ancestrales, fueran concebidos primordialmente para tratar los riesgos de la sobrevivencia diaria.

Los procesos de desarrollo y cambio social han contribuido a la destrucción de las formas tradicionales de protección contra estos riesgos. En este contexto nacen los esquemas de seguridad social como una de las principales reivindicaciones del movimiento laboral y social. Los elementos centrales fueron la solidaridad y la universalidad de los esquemas a implementar. El concepto de solidaridad procura que como elemento regulador de los esquemas de protección no sólo opere el criterio de la capacidad de contribución sino también las necesidades del individuo. La universalidad apunta hacia la inclusión de todas las capas sociales necesitadas de protección. Inspirados por las experiencias europeas se crearon instituciones públicas de seguridad social, con una gran gama de rasgos propios, en la mayoría de los países del mundo.

Sistemas de seguridad social con un adecuado nivel de eficiencia y cumplimiento de las exigencias de solidaridad y universalidad son una expresión práctica del esfuerzo del colectivo hacia sus miembros, en momentos cuando ellos más lo requieren. El refuerzo del grado de identificación que este efecto genera entre los ciudadanos con su colectivo no debe ser subestimado en términos de estabilidad socio-política e identificación nacional. Sobre esta base queda claro que la seguridad social no sólo tiene un rol importante como punto de acumulación y flujo de capital en la economía, sino que debe ser contemplada como un elemento central de la política nacional y de la construcción del Estado y de la paz.

La evolución de la seguridad social y de las instituciones responsables de aplicarla en Guatemala hasta ahora no han podido llenar las expectativas y exigencias de la



población y demuestran desde hace algún tiempo, una sensible necesidad de reforma y modernización. De allí que la pregunta ya no es, si es necesario reformar los sistemas, sino cómo y en qué plazo.

Guatemala no se encuentra sola en esta situación. Prácticamente en todos los países de Centroamérica es sentida la necesidad de reformar los sistemas de seguridad social. El presente trabajo busca favorecer, como aporte desde lo jurídico y social, los esfuerzos de impulsar un proceso que reforme y modernice la seguridad social y su base institucional en Guatemala.

Son tres los elementos de fundamental importancia en un proceso de reforma:

- 1) Cada país tiene condiciones específicas que deben constituir el punto de partida. De esto deriva la necesidad fundamental de estudiar a fondo dichas condiciones locales y basar en ellas el diseño de un proceso de reforma. Esto no excluye el esfuerzo de explorar otras experiencias de este tipo, pero sí advierte de no cometer el error de copiar, sin una rigurosa adaptación, modelos que tal vez en otras circunstancias hayan tenido éxito.
- 2) Los principios de solidaridad y universalidad, adaptados y configurados a la luz de la situación local, siguen siendo elementos fundamentales de un sistema de seguridad social, que pretenda solidez y durabilidad social y política.
- 3) Una reforma que pretenda tener éxito requiere del consenso básico entre el mayor número posible de sectores y actores sociales y políticos. Solamente en un proceso de consenso activamente promovido y participativo se pueden construir los fundamentos para una reforma duradera y exitosa.

CAPÍTULO I



1. Origen y desarrollo de la seguridad social en Guatemala

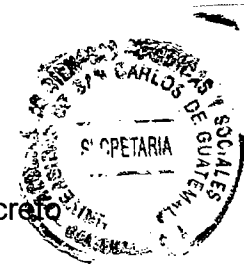
En Guatemala, "como una consecuencia de la segunda guerra mundial y la difusión de ideas democráticas propagadas por los países aliados, se derrocó al gobierno interino del General Ponce Vaides quien había tomado el poder después de una dictadura de 14 años por el General Jorge Ubico, y se eligió un Gobierno democrático, bajo la presidencia del Dr. Juan José Arévalo Bermejo."¹

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"².

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.

¹ Arenales Rodrigo. **Seguridad social en Guatemala**. Pág.15

² **Ibíd.** Pág. 23.



El 30 de octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala, emite el Decreto número 295, Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. “Se crea así: una institución autónoma, de derecho público de 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”.³

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, indica en el Artículo 100 reza seguridad social. “El Estado reconoce y garantiza el derecho de la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación”

En 1978 al 1982, bajo el Gobierno del General Fernando Romeo Lucas García, la situación política del país se desestabilizó y las fuerzas armadas agravaron el problema con golpes de Estado en 1982 y 1983, manteniéndose en el poder hasta 1986. El conflicto bélico se agudizó desde 1978 y llegó a su punto más álgido en 1982 al año 1983. La inestabilidad política afectó a la economía y la introducción del impuesto al valor agregado (10%) tuvo un impacto negativo en el consumo.

³ *Ibíd.* Pág. 31.



El gobierno, llamado de concertación, privatizó la compañía de aviación e introdujo reforma tributaria tibia (intentando resolver el desequilibrio interno por el lado del ingreso) pero ésta no fue efectiva.

Entonces se lanzó un programa moderado de ajuste de corte heterodoxo, con cierta reducción del gasto público. Como parte de lo mismo se intentó reducir la liquidez y se obligó el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) a retirar sus depósitos de la banca comercial (que le daba un rendimiento positivo) y colocarlos en Bonos del Tesoro sin indexación del principal y con rendimientos negativos.

Con el retorno a la institucionalidad democrática ocurrió, desde 1986, una ayuda internacional masiva a Guatemala y la economía se benefició con altos precios del café en 1986. El siguiente gobierno democrático fue el del Ing. Jorge Serrano Elías (1990-93), que en su primer año enfrentó la peor inflación en el período (61%). Para contrarrestarla, quiso introducir un ajuste estructural ortodoxo, incluyendo planes de privatización de empresas públicas y reforma de la seguridad social. Ocurrió en su periodo una creciente inestabilidad política y los planes de reforma no tuvieron éxito.

En 1993, el presidente Serrano Elías, organizó un autogolpe de Estado para imponer la referida reforma pero fracasó y fue destituido. El Congreso eligió como Presidente al Licenciado Ramiro de León Carpio (1993-1995) que intentó de nuevo planes de privatización, pero careció de fuerza política y tampoco tuvo éxito. En 1996, fue elegido presidente, Alvaro Arzú y contó con amplia mayoría en el Congreso; este gobierno diseñó un programa ortodoxo de reestructuración modernización institucional del



Estado que incluía la reforma de la seguridad social. En 1996 se firmaron los Acuerdos de Paz que pusieron fin al conflicto bélico. El retorno a la democracia, se creó mayor estabilidad política que ayudó a mejorar la economía.

“En el período 1987-1996 ocurrió una recuperación económica: el PIB creció a una tasa promedio anual de 3.9% pero, debido a la sostenida y creciente tasa de crecimiento de la población, el PIB per cápita sólo aumentó al 1% anual. El déficit del presupuesto del gobierno central con respecto al PIB se redujo de -3.5% en 1986 a -0.5% en 1996. A pesar de ello, la inflación continuó muy alta y alcanzó un récord de 60.6% en 1990, y el IPC casi se cuadruplicó en el período. Los indicadores sociales mejoraron algo, aunque no todos. La distribución del ingreso empeoró ligeramente entre 1980 y 1989, la incidencia de pobreza disminuyó pero la de extrema pobreza empeoró. La tasa de desempleo abierto se redujo de 14% a 4.3% (pero, añadiendo el subempleo, la tasa de subocupación se estimó en 35.8% en 1995) y la tasa de analfabetismo - de acuerdo con informes oficiales disminuyó de 47.4% a 36.2%.”⁴

La seguridad social se vio afectada por la crisis en formas diversas: disminución de la cobertura poblacional en 1981-1987 (por el aumento del desempleo abierto y la informalización del mercado laboral), caída del ingreso real (por la evasión y mora), rendimientos negativos de la inversión (debido al retiro de depósitos bancarios e inversión de los mismos en bonos públicos no rentables), reducción del gasto en salud por habitante, deterioro en el valor de la pensión real y en la calidad de la atención

⁴ *Ibíd.* Pág. 31



médica. Debido a su baja cobertura y a su propia crisis, la seguridad social no pudo jugar un papel compensador en la crisis económica.

Con la modesta recuperación económica ha habido cierta mejoría en la seguridad social, ligero aumento de la cobertura poblacional, rendimiento positivo de la inversión en 1994-1995, mejoría en los indicadores de salud. A diferencia de muchos países de la región, en Guatemala la seguridad social logró mantener su equilibrio financiero y actuarial. Pero la crisis hizo más difícil resolver problemas cruciales como la extensión de la baja cobertura poblacional y ciertas ineficiencias. Es necesario, por tanto, llevar a cabo una reforma de la seguridad social.

1.1. Rango constitucional del seguro social

En realidad, la seguridad social en Guatemala, está regulada constitucionalmente de la siguiente manera:

Artículo 2 Deberes del Estado. “Es deber del Estado garantizarle a los habitantes de la República la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona.”

Artículo 3.- Derecho a la vida. “El estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona.”



Artículo 44.- “Derechos inherentes a la persona humana. Los derechos y garantías que otorga la Constitución no excluyen otros que, aunque no figuren expresamente en ella, son inherentes a la persona humana.

El interés social prevalece sobre el interés particular.

“Serán nulas *ipso jure* las leyes y las disposiciones gubernativas o de cualquier otro orden que disminuyan, restrinjan o tergiversen los derechos que la Constitución garantiza. humano, sin discriminación alguna.”

Artículo 94.- Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. “El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.”

Artículo 95.- La salud, bien público. “La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.”

Artículo 96.- Control de calidad de productos. “El Estado controlará la calidad de los productos alimenticios, farmacéuticos, químicos y de todos aquéllos que puedan afectar la salud y bienestar de los habitantes. Velará por el establecimiento y programación de



la atención primaria de la salud, y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas.”

Artículo 97.- Medio ambiente y equilibrio ecológico. “El Estado, las municipalidades y los habitantes del territorio nacional están obligados a propiciar el desarrollo social, económico y tecnológico que prevenga la contaminación del ambiente y mantenga el equilibrio ecológico. Se dictarán todas las normas necesarias para garantizar que la utilización y el aprovechamiento de la fauna, de la flora, de la tierra y del agua, se realicen racionalmente, evitando su depredación.”

Artículo 98.- “Participación de las comunidades en programas de salud. Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en el planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.”

Artículo 99.- Alimentación y nutrición. “El Estado velará porque la alimentación y nutrición de la población reúna los requisitos mínimos de salud. Las instituciones especializadas del Estado deberán coordinar sus acciones entre sí o con organismos internacionales dedicados a la salud, para lograr un sistema alimentario nacional efectivo.”

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 a 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 al 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, producen 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. 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 a 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 al 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, producen 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.

Carácter autónomo del seguro social: Señala el Artículo 1 de la Ley del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, señala lo siguiente: "Crease una institución autónoma, de derecho público, con personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es la de aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala y con fundamento en el Artículo 63 de la Constitución Política de la República, un régimen nacional, unitario y obligatorio de Seguridad Social de conformidad con el sistema de protección mínima."



1.2. El nombramiento de sus autoridades

La ley del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, dispone lo siguiente: Indica el Artículo 3. La Junta Directiva “es la autoridad suprema del Instituto y, en consecuencia, le corresponde la dirección general de las actividades de éste.”

Así mismo el 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.”



Además el Artículo 5. "Los miembros propietarios a que alude el artículo anterior por su orden, el presidente, el primer vicepresidente, el segundo vicepresidente y los tres vocales de la Junta Directiva.

Todos estos miembros tienen igualdad de derechos y obligaciones, excepto el presidente a quien corresponde, además, presidir las sesiones, decidir con doble voto los asuntos en que haya empate, mantener frecuente contacto con el gerente para el efecto de facilitar las labores de éste y las de la Junta Directiva y, en consecuencia, percibir cada mes la remuneración adicional que indique el presupuesto general de gastos del Instituto".

En caso de falta temporal o accidental del presidente, éste debe ser sustituido, en sus funciones de presidente, por uno de los vicepresidentes en el orden de su nombramiento. En dicho supuesto el suplente nombrado por el Presidente de la República, debe entrar a la Junta Directiva a actuar como simple propietario, sin especial categoría.

1.3. Carácter preventivo y rehabilitativo o curativo del seguro social

Se refiere a los servicios sociales, en un sentido amplio, es la prestación de servicios sanitarios y educativos, la protección social del trabajo y la vivienda, los seguros y subsidios de renta, y la asistencia social individual.



En un sentido restringido, los servicios sociales son actividades técnicas organizadas por las administraciones públicas y enmarcadas dentro de las políticas de bienestar social, cuyo objetivo es la prevención, rehabilitación o asistencia de individuos, de familias o de grupos sociales con amplias carencias y demandas, en pro de la igualdad de oportunidades, la realización personal, la integración social y la solidaridad. “La finalidad global de los servicios sociales es la satisfacción de determinadas necesidades humanas dentro de una comunidad”⁵.

⁵ Bardales Ramiro. **Salud laboral en Guatemala**. Pág. 63.



CAPÍTULO II

2. Definición de seguridad social

La palabra "seguridad proviene del vocablo latino *Seguritas (atis)*."⁶

El cual significa: *Cualidad de (estar) seguro o libre de peligro daño o riesgo, cierto, indubitable y en cierta manera infalible.* En tanto que la palabra social, se deriva del vocablo *socialis*, por el cual se concibe todo aquello que le pertenece a la sociedad. Por *sociedad* se entiende toda agrupación natural o pactada de personas que se unen con el propósito de cumplir, mediante la mutua cooperación, todos o alguno de los fines de la vida.

Son programas públicos diseñados para proporcionar ingresos y servicios a particulares en supuestos de jubilación, enfermedad, incapacidad, muerte o desempleo. Estos programas, que engloban temas como la salud pública, el subsidio de desempleo, los planes públicos de pensiones o jubilaciones, la ayuda por hijos y otras medidas, 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 para todos los ciudadanos e intentar corregir los desequilibrios de riqueza y oportunidades.

⁶ Diccionario de la Real Academia Española. Pág. 1857



En el tratado de política laboral y social, de Luis Alcalá Zamora y Guillermo Cabanellas declaran: “que la seguridad social se encuentra en la zona fronteriza de lo jurídico y lo sociológico. Aglutina un sustantivo y un adjetivo de amplitud conceptual.”⁷

El primero de los vocablos, seguridad, que encierra las ideas genéricas de exención de peligro, daño o mal y las de confianza y garantía, se utiliza por ese sentido de protección más que en el de indemnidad absoluta, que escapa a las posibilidades humanas ante la magnitud y frecuencia de catástrofes, desgracias, accidentes y enfermedades sobre la previsión y la defensa de los hombres.

En cuanto al calificativo social, dentro de la multiplicidad de significados, se valora en escala que va desde restricciones, ya superadas, que lo hacían exclusivo de los trabajadores, y únicamente de los obreros, los dedicados a trabajos manuales, hasta la amplitud de todo lo concerniente a la sociedad. Los conceptos doctrinales son muy variados.

Como típicos de los restrictivos cabe mencionar el de Jarach: citado por Manuel Ossorio “el conjunto de medidas que tienden a asegurar un mínimo de rédito a todo hombre cuando la interrupción o pérdida de la capacidad de trabajo le impiden conseguirlo por sus propios medios”.⁸

⁷ Ossorio, Manuel. **Diccionario de ciencias jurídicas políticas y sociales**. Pág. 695

⁸ **Ob. Cit.** Págs. 906 y 907



En el polo opuesto aparece Bramuglia, para el cual la seguridad social, en una significación más amplia, comprende la organización política, económica y social del Estado consubstancial con la existencia del ser humano. Y en tal sentido, la previsión social (v.), integrada por la asistencia y el seguro social, será solamente una parte de la seguridad social”.⁹

Para Beveridge, se trata de garantizar la abolición de la necesidad y procurarle a cada ciudadano, deseoso de servir de acuerdo con su capacidad, en todo tiempo, ingresos suficientes para afrontar sus responsabilidades. “Completa su pensamiento, de gran influjo en nuestro tiempo, afirmando que así se vencerán los cinco gigantes malignos: la necesidad, por falta de medios de subsistencia; la enfermedad, que con frecuencia deriva de tal necesidad; la ignorancia, que ninguna democracia debe permitir entre sus ciudadanos; la miseria, inadmisibles en países civilizados y entre laboriosos capaces, y la ociosidad, por los peligros sociales que implica, salvo justificarse por imposibilidad personal o por haber cumplido con los imperativos del trabajo en el curso de la vida.”¹⁰

“Declaración de Filadelfia: Llámese así la formulada en esa ciudad norteamericana el 10 de mayo de 1944, con motivo de la XXVI reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, y que contiene una declaración de los fines y objetivos de la Organización Internacional del Trabajo y de los principios que deberían inspirar la política de sus miembros. En sus cinco secciones trata de la dignidad del trabajo, la libertad de

⁹ Ossorio, Manunel. **Ob. Cit.** Pág. 878

¹⁰ **Ob. Cit.** Pág. 878



expresión y de asociación, la lucha contra la pobreza, la igualdad de razas, credos y sexos; el derecho al bienestar, la plenitud de empleo, la elevación de niveles de vida.

La distribución de tareas conforme alas aptitudes, la capacitación profesional, el salario-mínimo, la contratación colectiva. La seguridad social; la protección de la vida y de la salud de los trabajadores, de la infancia y de la maternidad; la alimentación, vivienda y recreo de los trabajadores; la igualdad de oportunidades educativas y profesionales, y la utilización de los recursos productivos del mundo.”¹¹

Muchos países que se encuentran en el subdesarrollo no pueden hacer frente al gasto que representan estos programas, o bien temen el efecto que las pesadas cargas fiscales impondrían sobre el crecimiento económico.

Es un sistema sanitario o asistencia sanitaria, sistema de seguros dirigido por el gobierno que proporciona recursos financieros y servicios médicos a las personas impedidas por enfermedad o por accidente.

La seguridad social, se refiere principalmente a un campo de bienestar social relacionado con la protección social o la cobertura de las necesidades socialmente reconocidas, como la pobreza, la vejez, las discapacidades, el desempleo, las familias con niños y otras.

¹¹ **Ibid.** Pág. 261.



La Organización Internacional del Trabajo, en un documento publicado en 1991 denominado; Administración de la seguridad social, definió la seguridad social como: 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.”¹²

2.1. Antecedentes históricos

Es necesario destacar que el hombre primitivo no vivía como un ermitaño, desde el instante en que por razones naturales, formó el núcleo básico que es la familia. Federico Engels manifiesta: Cuando ésta evoluciona a formas más complejas de organización social, muchas de sus experiencias fueron recibidas por el conjunto social, sobre todo el sentimiento de solidaridad, hasta llegar, con el transcurso de los siglos, al Estado contemporáneo y a la comunidad internacional. Las culturas del mundo antiguo no fueron ajenas a la solidaridad. Así en:

Egipto; se crearon las instituciones de defensa y de ayuda mutua, que prestaban auxilio en caso de enfermedad, como el servicio de salud pública, financiado con un impuesto especial.

¹² Organización Internacional del Trabajo. **Administración de la seguridad social**, Pág. 9.



Babilonia; se obligaba a los dueños de los esclavos al pago de los honorarios de médicos que los atendían en casos de enfermedad.

Grecia; los ciudadanos que por sus limitaciones físicas no podían subvenir a sus necesidades eran auxiliados, y educados los hijos de quienes habían perecido en defensa del Estado. Las Erans consistían en asociaciones de trabajadores con fines de ayuda mutua. Las Hetairas tuvieron también existencia en Grecia, cuando el trabajo estuvo a cargo de los esclavos.

En la antigua Roma; surgieron:

- a) *Collegia corpora officie*, asociaciones de artesanos con propósitos mutuales, religiosos y de asistencia a los colegiados y a sus familiares, que asumían la obligación de atender a sus funerales. Los *collegia* subsistieron hasta la caída de Roma por las invasiones de los bárbaros.
- b) Las guildas, fueron asociaciones de asistencia mutua, unidas por el juramento de ayudar y socorrer en circunstancias a enfermos, apoyadas en la solidaridad.

En los países del cercano y medio Oriente; surgieron:

- a) Wakouf, el fundador y sus miembros dedicaban sus propiedades a Dios y afectaban sus rentas a los hombres pobres, mendigos.

En el Tahuantinsuyo los incas garantizaron, el derecho a la vida mediante la satisfacción plena de las necesidades físicas primordiales, como la alimentación,



vestido, vivienda y salud, que equivalía a la supresión del hambre y la miseria causados por las desigualdades sociales y por la naturaleza y el mismo hombre.

Un sentido comunitario inspirado en la solidaridad, permitía que los miembros del ayllu, después de cumplir con sus labores comunales, lo hicieran en los topes correspondientes a otros miembros del ayllu, que requerían tal ayuda.

Se ha comprobado que el *calpulli*, versión mexicana del ayllu, cumplían determinadas funciones de previsión. Frías Olvera escribe que cuando el jefe del calpulli o cualquiera de sus miembros se enfermaban, sufrían accidentes o recibían lesiones en la guerra, tenían derecho a seguir percibiendo la parte de los productos que sacaban.

Al producirse la primera revolución industrial, el trabajador se encontraba en el más absoluto desamparo frente a los riesgos y contingencias sociales, etc. los empleadores no se consideraban obligados a solventar los gastos de enfermedad, accidentes de trabajo, etc. Por consiguiente, los obreros en esa situación, debían atender con sus magros salarios los riesgos y contingencias sociales, aunque para ello tuvieran que enviar a la fábrica a sus mujeres y a sus hijos menores. Obviamente, el conjunto de estos aportes resultaba insuficiente para cubrir esos requerimientos. Fue así que surgieron los sistemas iniciales de protección, como el “ahorro privado, la mutualidad, el seguro privado, la responsabilidad civil y la asistencia pública”¹³.

¹³ Mullet, Alfredo. **La búsqueda de la seguridad social. Estudio de la seguridad social.** Pág. 78



- Ahorro privado: Cuando una persona reserva parte de sus ingresos ordinarios, renuncia a determinadas satisfacciones inmediatas. Se trataba y se trata de una previsión de carácter individual, en la que está ausente el principio de solidaridad. Se crearon hacia el siglo XVII.

Había libre disponibilidad de dinero. Era como una especie de banco. Como los sueldos eran bajos y no generaban intereses decayó, su característica: individualismo. Ejemplo: sistema privado de pensiones.

Debido a los malos ingresos de los trabajadores no existía forma de ahorrar porque las personas dedicaban casi la totalidad de sus ingresos a satisfacer sus necesidades esenciales (alimentación).

- El mutualismo: Sistema de ayuda mutua, mediante la creación de asociaciones entre miembros de determinadas colectividades para asumir ciertos riesgos y contingencias sociales, como la vejez, invalidez, enfermedad y muerte, a través de las aportaciones de sus miembros (parecido al sistema nacional de pensiones).

Eran asociaciones típicamente provisionales. Funcionaron inicialmente en forma oculta y subrepticia en los albores del siglo XIX. Tales asociaciones organizadas, algunas de las cuales todavía subsisten, agrupan a profesionales, magistrados, comerciantes, artesanos y profesores.



En el mutualismo está ausente el propósito de lucro, inspirándose en el principio de la solidaridad, el cual serviría de base y antecedente de lo que hoy conocemos como la seguridad social.

Los aportantes eran personas de escasos recursos. Las asociaciones que se constituyeron, eran de carácter voluntario, lo que concretaban la ayuda a un reducido número de afiliados.

- Seguro privado: Aparece a fines del siglo XX como contrato de derecho privado. Está ausente el principio de la solidaridad, tuvo su explicación en la insuficiencia de las asociaciones de socorros mutuos, se encontraron en la imposibilidad de atender con la amplitud debida los riesgos y contingencias sociales. El seguro privado hizo posible incluir dentro de sus alcances a numerosos grupos de personas de distintas actividades y cumplir con su cometido, utilizando el reaseguro. Incluso muchas empresas recurrieron para asegurar a sus trabajadores contra los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

“Aun cuando el seguro privado estuvo y está muy lejos de solucionar los problemas derivados de los infortunios laborales y que, actualmente, sólo recurren a él personas que están en capacidad económica de abonar las primas, es innegable que en su momento constituyó un antecedente de los seguros sociales, los cuales asimilaron sus técnicas y procedimientos.”¹⁴

¹⁴ Mullet, Alfredo. **Ob. Cit.** Pág. 180



Responsabilidad por riesgos profesionales: Se hacía responsable al empleador y el trabajador tenía la culpa (negligencia, impericia, imprudencia) con el propósito de amparar a los trabajadores víctimas de accidentes de trabajo. Fue sustento de las leyes sobre accidentes de trabajo.

El trabajador está colocado bajo la autoridad del patrón. La responsabilidad debe recaer en aquel que ha dado la orden y no en el que la ha ejecutado y se extendía a todos los accidentes del trabajo, sin considerar que el daño fue causado a consecuencia del uso de las máquinas.

Asistencia Social beneficencia pública Características: Caridad, voluntario. Se tenía que ser indigente, es decir una persona que probar que no tenían recursos económicos. Ejemplo: asilos, puericultorios, centros de rehabilitación.

En las primeras etapas del desarrollo de los seguros sociales europeos, las mujeres aún no tenían acceso a los derechos de la ciudadanía política, al tiempo que registraban escasa representación en el mercado de trabajo, donde sus salarios eran inferiores a los de los hombres.

Por lo tanto, ni siquiera se las consideraba como potenciales beneficiarias de derechos sociales, salvo para prestaciones específicas para casos de pobreza, discapacidad y



maternidad. “Si bien el concepto de igualdad de derechos para individuos de distinto sexo es antiguo, recién a comienzos del siglo XX se tradujo jurídicamente”¹⁵.

Las luchas de los movimientos de mujeres a fines del siglo XIX dividían sus reivindicaciones entre las mujeres de clase media que buscaban un ingreso propio por su trabajo, sosteniendo que empleo y maternidad no podían coexistir, y las mujeres de clase baja que por necesidad económica, estaban obligadas a combinar ambas cosas.

El centro de atención del denominado feminismo materialista fueron las mujeres pobres, las madres solteras, las esposas de clase obrera, tanto empleadas como no empleadas, las trabajadoras fabriles, las viudas y las esposas abandonadas. Incluían la reivindicación de la maternidad en sí misma, con independencia del estatus ocupacional o matrimonial de la mujer, o de su situación socioeconómica. La maternidad era, para esta variante del feminismo, la condición unificadora del sexo femenino; al reivindicar los derechos de las madres pobres, reivindicaba la de todas las madres.

El Prócer de la independencia y la integración latinoamericana Simón Bolívar, en el discurso de Angostura (1 de febrero de 1819) manifestó:

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”.¹⁶

¹⁵ **Ibíd.**

¹⁶ www.historiasocial.org. 23 de agosto 2008



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. Eran los tiempos en que Alemania era gobernada por káiser Guillermo II, como primer gran documento de compromiso social del Estado, se caracterizó el mensaje imperial, del 17 de noviembre de 1881, anunciando protección al trabajador, en caso de su base existencial por enfermedad, accidente, vejez o invalidez total o parcial.

Impulsadas por el Canciller Alemán Otto Van 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 mas tarde a otras partes del mundo. En 1889, en Paris se creó la "Asociación Internacional de Seguro Sociales" Sus postulados a ser temas relevantes en congresos especiales; en Berna en 1891; en Bruselas en 1897; en Paris en 1900; en Dusseldorf en 1902; en Viena en 1905 y en Roma 1908.

Así, en 1919, la Agencia Internacional del Trabajo, aprobó la Convención de Washington que recomendaba un permiso por maternidad de seis semanas antes y



después del parto para todas las trabajadoras, y la garantía de un ingreso sustituyera los salarios y servicios médicos gratuitos. Alemania se convirtió en el primer país que puso en práctica la Convención de Washington. En un comienzo, Inglaterra otorgó una asignación familiar sólo a partir del segundo hijo y no efectivizable en la madre, sino en la cabeza de familia. Debido a la fuerte protesta de las mujeres, se logró que la asignación se pagase a las madres. Francia aparece como el país más avanzado en la materia. En 1913 existían leyes sobre prestaciones a familias necesitadas y subsidios familiares a cargo de las empresas por medio de fondos de compensación. "Dada la alta tasa de participación femenina en la fuerza de trabajo francesa, en general las asignaciones se pagaban directamente a las mujeres."¹⁷

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 deberían 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 medica completa"¹⁸.

¹⁷ ww.historiasocial.org. 23 de agosto 2008

¹⁸ *Ibíd.*



Luego de la Segunda Guerra Mundial, esta práctica fue incorporada por Suecia, Noruega y Gran Bretaña. "En los años cincuenta, la asignación por maternidad se extendió también a las mujeres de trabajadores autónomos, en particular para las tareas agrícolas. Posteriormente el pago de la asignación por maternidad fue reasignada nuevamente a los hombres"¹⁹.

Luego de la posguerra se consolidan los denominados Estados de Bienestar (EB), que se establecieron sobre la base de un acuerdo distributivo que tenía como eje la relación de trabajo, estructurado a partir de un sistema asegurador por el cual se garantizaba a determinados individuos la cobertura ante contingencias sociales (vejez, enfermedad, desempleo), y bajo la lógica de un sistema capitalista de producción, de raíz keynesiana orientado a asegurar el pleno empleo.

El primer aspecto a destacar es que el principio de pleno empleo fue masculino. No hubo desde sus inicios ninguna perspectiva de considerar la inclusión de la mujer en la fuerza de trabajo. Básicamente se buscaba revertir los bajos índices de natalidad, luego de dos conflictos bélicos, a partir de garantizar la permanencia de la mujer en el hogar, por medio de servicios y prestaciones específicas.

Concordantemente, el principal objetivo del Estado de bienestar moderno, particularmente el caso de los estados europeos de posguerra que sirvió de referencia directa para los estados de bienestar latinoamericanos consistió en garantizar legalmente la seguridad social, a partir de transferencias monetarias, servicios,

¹⁹ Bock, Juan. **Historia de las luchas sociales de la humanidad**. Pág. 35.

infraestructura física y políticas reguladoras en las áreas de salud, educación, vivienda, seguro social, protección laboral y asistencia familiar.



Los problemas derivados de la insuficiencia de ingresos de los ciudadanos, incluso los casos de ausencia de un bienestar integral, se interpretaban como resultado principalmente de la falta de trabajo. A su vez, esta situación dada la existencia de una red de seguridad laboral se explicaba como una coyuntura.

A medida que se fueron desarrollando los estados de bienestar modernos, el tratamiento de la mujer se fue adecuando al tipo de régimen que los mismos establecieron.

A partir de fines de la década de los cincuenta, los distintos regímenes de estados de bienestar provocaron una transformación en el universo familiar y en las condiciones de realización del trabajo doméstico. El fenómeno del ingreso de equipamiento doméstico al hogar, simplificó tareas y a la vez empujó a la mujer a salir del hogar. Se facilitaron las actividades de socialización primaria de los menores, de cuidado y atención de niños/as y enfermos/as, que años atrás era de competencia exclusiva de las mujeres y las retenía en el hogar.

Este cambio permitió a las mujeres mantenerse en el mercado de trabajo con mayor continuidad y a la vez se les abrieron nuevos empleos y carreras.



Esta relación entre las tareas de reproducción y el desarrollo del empleo femenino llevó a muchos a decir que las mujeres se encontraban casadas con el welfare state o que las "mujeres eran el welfare, como proveedoras de servicios y como beneficiarias de las ayudas sociales"²⁰.

Más allá del exceso que pueda significar esta idea del matrimonio de las mujeres con el estado bienestarista, las mismas lograron alcanzar mayor autonomía en relación con el vínculo conyugal y familiar. Ahora bien, por una parte, los servicios sociales fueron beneficiosos para el logro de una mayor emancipación de las mujeres, pero al mismo tiempo le imponían estereotipos de conducta, el Estado otorga pero también controla. Es decir, "el Estado de Bienestar provee asistencia a las mujeres al precio de consolidar su dependencia."²¹

En relación con los derechos económicos o sociales, el primer derecho que se reconoció fue el derecho al trabajo, esto es el derecho a elegir una ocupación, en un lugar determinado que la persona haya elegido y en cualquier rama de actividad, que legítimamente demande capacidades técnicas. El reconocimiento del trabajo como derecho implicó la aceptación formal de un cambio fundamental de actitudes, además de tener implicancias jurídicas concretas. En palabras de Marshall "el derecho civil básico es el derecho al trabajo, o la primera expresión histórica del derecho social"²².

²⁰ Lefaucheur, Brian. **Derecho laboral desde en género**. Pág. 98

²¹ *Ibíd.*

²² Ewald, Jorge. **Sistemas laborales**. Pág. 78.



Hoy en día, sólo 20 por ciento de la población mundial tiene una protección social adecuada, y más de la mitad no tiene ninguna cobertura. Estas personas enfrentan peligros en el lugar de trabajo, y tienen pensiones y seguros de salud débiles o inexistentes. Esta situación refleja los niveles de desarrollo económico: en los países menos adelantados ni siquiera 10 por ciento de los trabajadores está protegido por la seguridad social, en los países de mediano ingreso la cobertura oscila entre 20 y 60 por ciento, mientras que en los países más industrializados se acerca al 100 por ciento.

El acceso a un nivel adecuado de protección social es un derecho fundamental de todos los individuos reconocido por las normas Internacionales del trabajo y por las Naciones Unidas. Además, es considerado un instrumento para la promoción del bienestar humano y el consenso social, que favorece la paz social y es indispensable para lograrla, y por lo tanto para mejorar el crecimiento y el comportamiento de la economía.

La protección social es uno de los cuatro objetivos estratégicos del programa trabajo decente que contiene principios fundamentales para el trabajo de la OIT.

Desde su creación en 1919, la OIT promueve políticas y ofrece a los Estados miembros instrumentos y asistencia con el objetivo de mejorar y extender la cobertura de la protección social a todos los integrantes de la comunidad cubriendo una gama completa de contingencias: "seguridad de ingreso básico en caso de necesidad, asistencia médica, enfermedad, vejez e invalidez, desempleo, accidentes en el trabajo



o enfermedades profesionales, maternidad, responsabilidades familiares y muerte. Además se buscan alternativas para mejorar la protección social de los trabajadores migrantes.”²³

2.2. Breve evolución histórica de la seguridad social en Guatemala

Cuando inició el siglo XX Guatemala se encontraba con dos años de un régimen dictatorial, el de Manuel Estrada Cabrera, que habría de durar 20 años más. De 1920 a 1933 se sucedieron varios gobiernos, casi todos ellos militares y autarquía hasta que en 1933 llegó al poder el general Jorge Ubico Castañeda quien estableció una nueva dictadura de 11 años; ésta fue derrocada por medio de la gesta cívico militar de octubre de 1944, la llamada Revolución de Octubre. Esta fecha marca el fin de la vieja época y el principio de una nueva en Guatemala.

A pesar de que a fines del siglo XIX se comenzó a implementar los sistemas de seguros sociales en el mundo, los mismos eran inadmisibles dentro de regímenes autárquicos, lo "social" tenía poca cabida dentro de los esquemas de gobierno, a más de que en América Latina no se introdujeron los primeros seguros sociales hasta el decenio de 1920. No fue sino hasta que se produjo la citada Revolución de Octubre que en Guatemala se empezó a implementar la seguridad social.

²³ www.oit.org. 25 de agosto de 2008.



Como primer antecedente en Guatemala de legislación laboral-social, están las Leyes de Indias (compiladas en 1680), un intento de la corona española de limitar los desmanes que sus súbditos cometían contra los indígenas. Entre sus disposiciones se encontró la regulación de la jornada de 8 horas. Si bien es cierto que su aplicación dejó mucho que desear, las Leyes de Indias fueron un curioso anticipo de legislación laboral proteccionista que se implementaría siglos después. Las Leyes de Indias fueron renovadas en 1835 y 1851 por las legislaturas estatales y republicanas de Guatemala, respectivamente. En 1877, se dictaron varias normas de tipo laboral.

Si bien había algunas normas aisladas respecto al trabajo subordinado, no existió ningún cuerpo normativo que contuviera en forma sistemática los preceptos laborales hasta el año 1894 en que se dictó la Ley de Trabajadores, que contenía saludables disposiciones que lamentablemente no llegaron a cumplirse. Dicha ley era una especie de reglamento aplicable a los dueños de fincas y sus jornaleros. (Poca aplicabilidad tenía dicha ley en cuanto al trabajo fuera de las fincas). Debido al auge que tenía en esa época el cultivo de café, requería mayor control de sus actividades y las disposiciones laborales hasta entonces se dedicaban principalmente a esa actividad.

La Ley protectora de obreros sobre accidentes de trabajo, de 1906 contiene normas que anticipan la futura previsión social: prestaciones sociales a los trabajadores en casos de accidentes profesionales; asistencia médica en enfermedad y maternidad, subsidios en dinero por incapacidades, y pensiones vitalicias para las incapacidades permanentes. Lamentablemente esta ley tuvo poca aplicación práctica.



La Constitución del año de 1921 entroniza los principios e instituciones laborales que estaban en boga a nivel internacional y es la plataforma de la legislación posterior. Sin embargo, en materia de seguridad social sólo se regulan algunos aspectos muy periféricamente.

En 1926 se Decretó la Ley del Trabajo, el primer conjunto sistematizado de contenido laboral y de aplicación general, que incluía: protección del salario, jornada de 8 horas diarias y 48 a la semana, descanso semanal, protección al trabajo de mujeres y menores, protección a la madre "obrero" (períodos pre y post-natal, inamovilidad, lactancia), jornada extraordinaria. Contenía un esbozo de la organización administrativa de trabajo y un breve esquema del procedimiento colectivo, incluyéndose la huelga, pero sin citarla como un derecho.

En el año de 1932, un Decreto estableció el sistema de jubilaciones, pensiones y montepíos para funcionarios y empleados públicos que estuvo en vigor hasta 1970.

Como consecuencia de la revolución de octubre se promulgó una nueva Constitución política en 1945, que en su "Artículo 63" ordenaba: Se establece el seguro social obligatorio, la ley regulará sus alcances y la forma en que debe ser puesta en vigor. Comprenderá, por lo menos, seguros contra invalidez, vejez, muerte, enfermedad y accidentes del trabajo. Al pago de la prima del seguro contribuirán los patronos, los obreros y el Estado. Esta disposición constitucional impuso la obligatoriedad del seguro



social remitiendo a una ley posterior su regulación. Hasta ese momento no se había creado la institución encargada de su aplicación.

En 1946 el Congreso aprobó la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) que, con pequeñas modificaciones, aún está vigente. La Junta Directiva (JD) del IGSS, en junio de 1947, emitió el Reglamento sobre Inscripción de Patronos (con 5 o más trabajadores) con lo que empezó a implantarse el régimen de seguridad social; siete meses después, en enero de 1948, había inscritos 1,100 patronos.

En diciembre de 1947, la Junta Directiva aprobó el Reglamento sobre Protección Relativa a Accidentes de Trabajo. Este programa se inició en enero de 1948, en el municipio de Guatemala, extendiéndose ese mismo año a los departamentos de Guatemala, Izabal, Sacatepéquez, Escuintla y Quetzaltenango, un año y medio después, en agosto de 1949, el IGSS extendió y amplió su protección al accidente común, de causas y condiciones similares al accidente de trabajo, y los concentró en un solo programa: programa de protección a los accidentes en general, que se regula por la Junta Directiva en junio de 1949 y en 1978 se había extendido a todos los departamentos del país.

El Programa sobre Protección Materno-Infantil se inició en mayo de 1953, empezando por el departamento de Guatemala, a cuyos beneficios tenía derecho la mujer trabajadora afiliada, la esposa o conviviente del trabajador afiliado, los hijos de afiliados y beneficiarios. El programa de protección a la enfermedad y maternidad (EM) se inició



en noviembre de 1968 aplicándose en el departamento de Guatemala; 10 años después, en 1978, se amplió a los departamentos de Baja Verapaz, Zacapa, Chiquimula y Totonicapán; en 1979 se incluyó a los departamentos de Sololá, Sacatepéquez, Quiché y Jalapa y, finalmente, en 1989, comprendió al departamento de Escuintla con un nuevo modelo de extensión.

El programa de protección de invalidez, vejez y sobrevivencia (IVS) se aprobó en febrero de 1977 (anteriormente en 1971, el programa se había aplicado únicamente a personal del IGSS): Ese programa incluyó, además de los trabajadores particulares, a los trabajadores del Estado pagados en planilla afiliados al régimen del IGSS.

En 1966, se creó el Instituto de Previsión Militar, para las fuerzas armadas. En 1970, se modifica el sistema previsional de los funcionarios y empleados del Estado; en 1986 se incorporan a este sistema los empleados de las instituciones descentralizadas; en 1988 se dicta el decreto que regula actualmente a las clases pasivas del Estado (CPE).

El Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP) fue instituido por la Constitución vigente desde 1986. Comprende la cobertura gratuita del IGSS en atención de salud a las personas que tengan derecho a recibir del Estado jubilación o pensiones, de conformidad con la ley de clases pasivas del Estado y a las personas que tengan derecho a recibir de las instituciones estatales descentralizadas, jubilación o pensión de conformidad con sus respectivos regímenes de seguridad social. Por



último, en 1986, “se uniformó en todos los departamentos en que se aplica la atención a los hijos de los asegurados hasta 5 años de edad.”²⁴

2.3. Principios de la seguridad social

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;

- a) **Solidaridad:** Es la garantía de protección a los menos favorecidos en base a la participación de todos los contribuyentes al sistema;

- b) **Integralidad:** Es la garantía de cobertura de todas las necesidades de previsión amparadas dentro del sistema, referido a las prestaciones que imparte la seguridad social tratando de cubrir la totalidad de las necesidades, riesgos propios de la vida. Deben cumplir 3 condiciones: ser suficientes, oportunas y completas.

- c) **Unidad:** Es la articulación de políticas, instituciones, procedimientos y prestaciones, a fin de alcanzar su objetivo. Se busca la unidad jurídica, económica y política de la seguridad social ya sea a entidades públicas y privadas.

- d) **Participación:** Es el fortalecimiento del rol protagónico de todos los actores sociales, públicos y privados, involucrados en el sistema de seguridad social integral.

²⁴ www.fesamericacentral.org/sindical/. 25 de agosto 2007



- e) Autofinanciamiento: Es el funcionamiento del sistema en equilibrio financiero y actuarialmente sostenible

- f) 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



CAPÍTULO III

3. Prestaciones que comprenden la seguridad social

La seguridad social integral tiene como fin proteger a los habitantes de la República, de las contingencias de enfermedades y accidentes, sea 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 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.

El objeto se resume en velar porque las personas que están en la imposibilidad (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.
- ✓ Determinados bienes o servicios.

El término puede usarse para hacer referencia:



- a) Seguro social: Lugar donde la gente recibe beneficios o servicios en reconocimiento a contribuciones hechas a un esquema de seguro. Estos servicios incluyen típicamente la provisión de pensiones de jubilación, seguro de invalidez, pensiones de viudedad y orfandad, cuidados médicos y seguro de desempleo.

- b) Mantenimiento de ingresos: Principalmente la distribución de efectivo en caso de pérdida de empleo, incluyendo jubilación, discapacidad y desempleo.

Servicios provistos por las administraciones responsables de la seguridad social. Según el país esto puede incluir cuidados médicos, aspectos de trabajo social e incluso relaciones industriales.

Menos frecuente, el término puede ser también usado para referirse a la seguridad básica, un término aproximadamente equivalente al acceso a las necesidades básicas, tales como comida, educación y cuidados médicos.

La seguridad social tiene como objetivo proteger a los habitantes de la República, de las contingencias de enfermedades y accidentes, sea o no de trabajo, cesantía, desempleo, maternidad, incapacidad temporal y parcial, invalidez, vejez, nupcialidad, muerte, sobre vivencia y cualquier otro riesgo que pueda ser objeto de 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 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.”²⁵

- Las prestaciones: Esta sección describe las prestaciones y condiciones de acceso en los diversos programas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, las desigualdades en el acceso dentro de la Institución, y con otros sistemas, y la distribución del gasto de prestaciones por programas y el monto real de las pensiones en el IGSS. Con respecto al MSPAS, describe sus prestaciones. Por último se analizan los niveles de salud en el país.

- Prestaciones y condiciones de acceso: El cuadro 1 resume las prestaciones y condiciones de acceso en el IGSS: pensiones (por vejez, invalidez, sobrevivientes y accidentes), subsidios (por enfermedad, maternidad y accidentes), y atención médica (por enfermedad maternidad y accidentes). Todas las prestaciones y condiciones de acceso dentro del IGSS son uniformes, lo cual es una ventaja en comparación con otros países de la región. Sin embargo existen 12 planes obligatorios de pensiones (IVS) adicionales que están administrados independientemente por cada una de las instituciones involucradas, todas en el sector público, entre ellas: Banco de Guatemala, Universidad de San Carlos, Banco de Crédito Hipotecario Nacional, Empresa de Teléfonos, Instituto Nacional de Electrificación, Instituto Nacional de Transformación Agraria. Además, los

²⁵ Arroyave, Carlos. **Fundamentos de la seguridad social**. Pág. 89



empleados del IGSS tienen un plan complementario de pensiones que administra la institución aparte de IVS: el IGSS aporta el 6% y el empleado el 3%.

Dentro de los 20 países de la región, Guatemala tiene condiciones algo más flexibles en cuanto a las prestaciones y condiciones de acceso en pensiones. La edad de retiro por vejez originalmente eran 65 años para ambos sexos (una de las cuatro más altas en América Latina), pero en 1988 fue reducida a 60 años. Hay tres países centroamericanos que tienen edades superiores: Honduras (5 años más para los hombres) y Costa Rica y Panamá (2 años más para los hombres). Nicaragua tiene la misma edad. Sólo El Salvador tiene una edad más baja, para las mujeres (5 años). Pero todos estos países (excepto Honduras) tienen edades de retiro bajas en relación a la esperanza de vida al tiempo del retiro. En el caso de Guatemala la esperanza de vida al tiempo del retiro (60 años) era de 76.5 años en 1981 (IGSS 1996) y la hemos proyectado a 78 años en 1996. En cuanto a los años de contribución requeridos para el retiro por vejez, Guatemala exige 15 menos que el promedio de toda la región, que es 19 años. El Salvador y Costa Rica exigen 20 años (en el último, 20 años a los 65 de edad pero 38 a los 60), y el resto de los países centroamericanos requiere 15 años, igual a Guatemala.

Con respecto al salario base para calcular las pensiones, Guatemala utiliza los últimos 5 años de salarios, inferior a los promedios latinoamericanos (6.2) y centroamericano (5.6). El Salvador exige un período más largo (10 años) y también Panamá (7 años); Honduras es igual a Guatemala; y Costa Rica y Nicaragua tienen períodos menores. La



tasa de reemplazo básica de Guatemala es 50%, un poco más alta que los promedios latinoamericano (48%) y centroamericano (44%). El Salvador, Honduras y Nicaragua tienen tasas menores (33% el primero y 40% los dos últimos) y sólo Costa Rica tiene una superior (55%). "Estas condiciones deberán ser evaluadas por un estudio actuarial para determinar si son adecuadas, pero dentro del contexto regional y sub regional son más flexibles que el promedio."²⁶

CUADRO 1

DESCRIPCIÓN DE LA PRESTACIONES Y CONDICIONES DE ACCESO EN EL IGSS, GUATEMALA: 1996

Programas	Prestaciones	Condiciones de Acceso
Pensiones:		
Vejez	El 50% del promedio salarial de los últimos 5 años de contribución, más un 1% por cada año de contribución efectiva que exceda de 10 años. Más un 10% del resultado anterior por cada carga familiar.	•60 años de edad para ambos sexos •15 años de contribuciones
	Máximo: Q 4,000 Mínimo: Q 165	
Invalidez	El 50% del promedio salarial de los últimos 3 años de contribución, mas 1% del promedio por cada año que excedan los 10 años de contribución efectiva. Máximo: Q 4,000 Mínimo: Q 165 (total) Q 82 (parcial)	• Ser declarado inválido (incapacitado). •3 años de contribución si menor de 45 años de edad, 6 años si entre 45 y 54 de edad, y 10 años si entre 55 y 59 de edad. •Tener menos de 60 años de edad el primer día de invalidez.
Sobrevivientes	El 50% del promedio salarial de los últimos 3 años de contribución, más el 1% del promedio por cada año que exceda los 10 de contribución efectiva. De la pensión total corresponde el 50% al cónyuge y el 25% por cada hijo, y padres, debiéndose ajustar proporcionalmente en caso de que exceda al porcentaje máximo de 100%. Máximo: Q 4,000 Mínimo: cónyuge: Q 82 hijos: Q 41	•Ser viuda o conviviente del asegurado. • Hijos menores de edad. •Hijos mayores de edad que estuvieren incapacitados. •Padres del asegurado en algunos casos. •3 años de contribuciones dentro de los 6 años anteriores a la muerte. •Asegurado fallecido que ya hubiere tenido derecho a pensión por vejez, o mayor de 60 años (que no hubiere hecho el trámite).

²⁶ Mesa-Lago, Carmelo. La seguridad social en Guatemala. diagnóstico y propuesta de reforma. Pág. 50.



		•Asegurado que al momento de fallecer hubiera recibido pensión por invalidez.
Gastos de Entierro	de 2.5 unidades de beneficios pecuniarios (UBP) Q165	•Tres meses de contribución en los 6 meses anteriores a la muerte o ser jubilado o pensionado
Subsidios:		
Enfermedad	66% del salario promedio de los últimos 3 meses, hasta un máximo de 26 semanas en el año.	Tres meses de contribución.
Maternidad	100% del salario durante periodos prenatal y postnatal (12 semanas en total)	Tres meses de contribución
Accidentes	66% del salario promedio de los últimos 3 meses, hasta un máximo de 26 semanas en el año.	Tres meses de contribución
Atención Médica:		
Accidentes	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención • Tratamiento médico • Asistencia hospitalaria • Rehabilitación • Hospedaje • Alimentación • Servicio social • Transporte 	Ser afiliado o jubilado/ pensionado o dependiente (hijos menores de 5 años) y esposa o compañera; los dependientes sólo en los departamentos en que hay EM.
Enfermedad y Maternidad	•Promoción de la salud y prevención de enfermedad	Ser afiliado o jubilado/ pensionado o dependiente (hijos menores de 5 años y esposa o compañera)
	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia médico-quirúrgica <p style="text-align: center;">PRESTACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia odontológica • Asistencia farmacéutica • Exámenes generales • Servicio social • Ayuda de lactancia • Canastilla maternal • Transporte 	

Además, existen problemas en el programa de accidentes. El IGSS otorga las prestaciones monetarias (incluyendo pensiones) y la atención médica a los accidentados aún cuando los mismos no estén afiliados; basta que el empleador inscriba al trabajador tres meses después de ocurrido el accidente.



Esta práctica es un incentivo a las empresas para no inscribirse y pagar contribuciones, "así como no introducir medidas preventivas. Las simulaciones de accidentes son frecuentes, especialmente en el caso de los trabajadores estacionales; los certificados que firman los médicos no son adecuadamente supervisados y contribuyen a la simulación."²⁷

Las condiciones para los subsidios son similares a los promedios regionales. La tasa de reemplazo salarial del 66% en el caso de enfermedad es promedio (en 8 países son más bajas, en dos iguales y en 8 más altas), pero la de 100% en caso de maternidad está entre las 10 más altas. La duración máxima del subsidio de enfermedad es de 26 semanas, la cual es promedio (8 son más cortas, 8 más largas y 2 iguales), como lo es la de maternidad la cual es de 12 semanas. Sin embargo, el asegurado recibe todas las medicinas gratis y, cuando no existen en las farmacias del IGSS, es reembolsado por la compra que hace afuera; esto debe estimular la sobre prescripción e incrementar el costo. Por último, si un tratamiento médico no está disponible en Guatemala existe, legalmente al menos, la posibilidad de que se realice en el exterior, con un máximo costo de US\$25,000; es obvio que este derecho no puede ser concedido a todos los asegurados, de forma que además de su elevadísimo costo, la selección de los beneficiados se hace arbitrariamente.

3.1. Desigualdades en las prestaciones y el acceso

²⁷ Cruz-Saco. María Amparo. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). *Evaluación económica y alternativas de reforma*. Pág. 121.



Dentro del IGSS las prestaciones y condiciones de acceso son uniformes, aunque existen 12 planes independientes de pensiones adicionales para empleados de organismos públicos administrados por estos; los empleados del IGSS tienen uno de estos planes, administrado por dicha institución. Pero la mayor desigualdad dentro del IGSS, sin embargo, es el hecho de que 12 de los 22 departamentos de Guatemala no están cubiertos por el programa EM. El cuadro 9 muestra las notables diferencias que existen entre los departamentos cubiertos y los no cubiertos, en cuanto a camas hospitalarias por 1,000 afiliados y médicos por 10,000 afiliados. Las diferencias extremas entre el mejor y el peor departamento son: 85.9 a 5.9 en médicos (Guatemala y Santa Rosa) y 6.7 a 0.6 en camas (Jalapa y Santa Rosa). Las instalaciones y servicios del IGSS por afiliado son muy superiores a las del MSPAS en cuanto a su población atendida. A principios de los años 90, el número de médicos por 10,000 habitantes en el país era de 4.4 pero el del IGSS era 8.1, y en número de camas hospitalarias por 10,000 habitantes a nivel nacional era de 1.1 pero 1.6 en el IGSS (cálculos basados en Cruz-Saco 1993). El gasto per capita en EMA del IGSS era cuatro veces el per capita del MSPAS en 1994.

Hay notables diferencias entre las prestaciones y condiciones de acceso del IGSS con las de otros sistemas independientes, como las Clases Pasivas del Estado (CPE), el Instituto de Previsión Militar (y la Sanidad Militar), el plan de pensiones de los empleados del IGSS, y otros planes previsionales. Por ejemplo, el retiro por vejez en el IGSS exige 60 años de edad y 15 años de contribuciones, pero en las CPE se requieren sólo 50 años de edad y 10 años de cotización o, alternativamente, 20 años



de servicios con cualquier edad; además, en el IGSS el máximo de la pensión es el 80% del salario promedio de los últimos 5 años, mientras que en las CPE es el 100% del último salario mensual siempre que tengan 30 años de servicios. En el Instituto de Previsión Militar, el retiro por vejez es con 20 años de servicio y cualquier edad, y se recibe el 100% del último salario. El personal de la Universidad de San Carlos puede acumular tres pensiones (si contribuye a tres sistemas): la del IGSS, la de las CPE y la de la Universidad.

CUADRO 2
DESIGUALDADES EN LOS RECURSOS DE SALUD Y EFICIENCIA HOSPITALARIA
EN EL IGSS, GUATEMALA: 2001

Departamentos	Camas por 1,000 afiliados	Médicos por 10,000 afiliados	Ocupación Hospitalaria (%)	Promedio días estancia
Guatemala a)	3.5	85.9	64.0	5.5
El Progreso	n.d.	8.0	n.d.	n.d.
Sacatepéquez a)	3.2	24.3	33.1	2.9
Chimaltenango	1.4	6.3	8.9	7.2
Escuintla a)	3.0	65.7	61.2	4.2
Santa Rosa	0.6	5.9	10.3	6.2
Sololá a)	5.3	47.8	25.6	3.8
Totonicapán a)	3.0	48.8	17.5	3.5
Quetzaltenango	3.1	26.4	38.2	7.7
Suchitepéquez	2.1	24.8	46.5	6.1
Retalhuleu	2.3	22.6	17.4	6.1
San Marcos	2.9	22.1	25.2	7.2
Huehuetenango	1.2	13.4	16.8	3.2
El Quiché a)	2.7	32.1	22.2	4.6
Baja Verapaz a)	4.6	55.4	33.1	3.4
Alta Verapaz	1.0	8.5	27.0	5.7
Petén	2.5	7.0	4.3	5.0
Izabal	1.5	13.2	29.2	5.5
Zacapa a)	4.2	47.7	34.8	3.4
Chiquimula a)	5.8	40.3	21.4	3.3
Jalapa a)	6.7	47.3	28.1	3.0
Jutiapa	1.2	6.9	6.9	5.9

Departamento cubierto por EMA Fuente: Cruz-Saco 2003



3.2. Distribución de gasto de prestaciones por programa

El cuadro 3 presenta la distribución porcentual del gasto de prestaciones del IGSS (excluyendo los gastos administrativos) entre sus programas en 1980 -1995. El porcentaje del gasto de EM disminuye consistentemente de 94.5% a 70.2% en el periodo (el grueso, en atención médica, cae de 68% a 55%, y los subsidios de 26% a 15%); por lo contrario, el gasto en IVS aumenta de 5.4% a casi 30% (con el grueso en la jubilación por vejez, ascendiendo del 1% al 18%). En toda la región se observa una tendencia similar en la reducción del gasto proporcional asignado a salud y consiguiente aumento del de pensiones a medida que el último programa madura (OIT, 1996). El programa IVS de Guatemala fue creado en 1977 y es uno de los dos más recientes de la región y, por lo tanto, aún no ha alcanzado su madurez.

CUADRO 3

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE GASTO TOTAL DEL IGSS POR PROGRAMAS,
GUATEMALA: 1980 - 1995**

Años	EMA			IVS					
	Subsidio	Atención Médica	Subtotal	I	V	S	gf a)	Subtotal	
1980	26.40	68.16	94.56	0.58	1.03	3.79	0.04	5.44	100.0
1981	24.00	68.26	92.26	0.88	2.34	4.52	0.00	7.74	100.0
1982	21.54	68.46	90.00	1.31	3.28	5.40	0.01	10.00	100.0
1983	25.21	63.67	62.45	2.58	5.79	7.84	0.13	16.34	100.0
1984	22.68	56.94	79.62	4.05	8.02	8.19	0.12	20.38	100.0
1985	21.71	55.78	77.44	4.84	9.06	8.55	0.06	22.51	100.0



1986	19.80	56.12	75.92	5.38	10.06	8.54	0.09	24.08	100.0
1987	18.03	59.95	77.98	4.51	9.72	7.71	0.08	22.02	100.0
1988	17.88	59.11	76.99	3.11	12.23	7.59	0.08	23.01	100.0
1989	16.95	57.51	74.46	2.99	14.39	8.09	0.07	25.54	100.0
1990	15.10	59.84	74.94	2.99	14.43	7.64	0.06	25.06	100.0
1991	15.58	59.24	74.82	2.80	15.14	7.20	0.04	25.18	100.0
1992	15.34	58.03	73.37	2.83	16.03	7.72	0.05	26.63	100.0
1993	16.63	55.29	71.92	2.90	17.16	7.98	0.04	28.08	100.0
1994	15.18	56.29	71.47	3.18	17.08	8.24	0.03	28.53	100.0
1995	15.08	55.13	70.21	3.38	17.70	8.65	0.06	29.78	100.0

Gastos funerarios Fuentes: Elaboración de los autores basado en IGSS 1981a-1996a

Además la población de Guatemala, es muy joven. La relación activo, pasivo cayó de 26.1 a 7.8 en 15 años (1980-1995) y, aunque la última es una de las más bajas en América Latina, es la más alta para Guatemala debido a lo reciente del programa IVS. (cuadro 2).

Dentro de IVS, el grueso del gasto de prestaciones va al programa de vejez, cuya proporción en el total del gasto del IGSS aumentó de 1% a 18% en 1980-1995. Nótese que cuando se redujo la edad de retiro de 65 a 60 años en 1988, dicho porcentaje dio un salto: casi cinco puntos entre 1987 y 1989, lo que muestra el impacto financiero adverso de la flexibilización de dicho requisito.

El programa de sobrevivientes incrementa su porcentaje del gasto de 3.8% a 8.6% en el periodo y es el que tiene la segunda proporción más alta. Dentro de EMA, el grueso



del gasto de subsidios va al programa de accidentes, lo cual pudiera estar influenciado por los problemas de fácil acceso y simulación explicada arriba. La proporción del gasto asignado a la atención de salud en EM se redujo de 68% a 55% en el período.

Una ventaja que tiene Guatemala con la mayoría de los países latinoamericanos, es que no hay transferencias entre los programas del IGSS. Por lo contrario, es común en la región que, en el periodo de capitalización del fondo de pensiones cuando sus recursos son abundantes, se hagan transferencias de este programa al de enfermedad-maternidad, tanto para las inversiones en planta física y equipo, como gastos de operación.

Esta inversión tiene una función social, pero no es productiva financieramente y contribuye, por tanto, a la descapitalización del fondo de pensiones. Cuando el programa de pensiones madura y rápidamente aumenta su gasto, se provoca un fuerte desequilibrio que, eventualmente, puede llevar a la quiebra de dicho programa y, como ya no existen recursos para transferir al programa de enfermedad maternidad, éste también quiebra. El mantenimiento de fondos separados, por lo tanto, es una práctica ventajosa del IGSS.²⁸

- La evolución de la pensión real: En 1970-1980, la tasa anual promedio de inflación en Guatemala fue 9.6% y bajó a 7.2% en 1980-1984, pero aumentó a 19.2% en 1985-1990 y se disparó a 60.6% en 1990 (cuadro 1). El impacto adverso de la inflación en la pensión anual promedio real de IVS puede apreciarse en el cuadro



11: bajó ligeramente en 1980-1984 pero cayó fuertemente en 1985-1987 (en este último año estaba 31% debajo del nivel de 1980), aumentó en 1988-1989, aunque sin recuperar el nivel de 1980, cayó bruscamente en 1990-91 (40% por debajo de 1980) y ascendió algo en los años subsiguientes, pero en 1995 aún estaba 22% por debajo de 1980. Sin embargo, el deterioro de pensión real en Guatemala no ha sido tan desastroso como el de otros países de la región, por ejemplo, Nicaragua y El Salvador. No obstante, la pensión promedio nominal anual en 1995 era de Q. 2,306.00 equivalente a US\$ 384 (US\$32 mensuales) y la pensión mínima mensual era de Q165.00 (equivalente a US\$ 28). Nótese que la pensión mínima es 86% de la promedio y que ambas son insuficientes para satisfacer las necesidades básicas: el costo de la canasta básica alimentaria mensual en 1994, se estimó en Q 810.00 o sea 5 veces la pensión mínima (MTPS 1994).

CUADRO 4

VALOR REAL ANUAL DE LA PENSIÓN PROMEDIO DEL IVS EN EL IGSS, GUATEMALA: 1980 - 1995

Año a)	Monto Anual de Jubilaciones y Pensiones (miles Q)	Número de Jubilados y Pensionados	Pensión Media Anual (Q)	Indice: 1980=100			Pensión Media Real
				Pensión Media Nominal	Indice de Inflación		
1980	3,307.7	9,334	354.4	100.0	100.0	100.0	354.4
1981	5,660.6	15,823	357.7	100.9	108.7	92.8	329.1
1982	8,486.7	23,831	356.1	100.5	111.6	90.0	319.1
1983	13,061.2	32,611	400.9	113.1	123.4	91.6	324.8

²⁸ Mesa-Lago. Op. Cit. Pág. 87.



1984	17,629.9	39,297	448.6	126.6	129.6	97.7	346.1
1985	20,806.9	44,251	470.2	132.6	170.4	77.8	275.9
1986	26,924.8	49,963	538.9	152.0	214.0	71.0	251.8
1987	32,057.6	55,301	579.7	163.6	235.6	69.4	246.0
1988	42,234.5	59,568	709.0	200.0	261.5	76.5	271.1
1989	59,115.7	65,087	908.3	256.3	308.4	83.1	294.5
1990	76,322.8	70,746	1,092.1	308.1	495.4	62.2	220.4
1991	90,316.4	77,940	1,158.8	326.9	540.8	60.4	214.3
1992	114,749.5	81,700	1,404.5	396.3	615.1	64.4	228.3
1993	142,996.2	87,320	1,637.6	462.1	686.7	67.3	238.4
1994	182,883.3	92,608	1,974.8	557.2	766.3	72.7	257.7
1995	222,241.9	96,376	2,305.9	650.6	832.3	78.1	277.0

Las pensiones de IVS, comenzaron a pagarse en 1980; Este número es menor que en el Cuadro 2 porque incluye únicamente a los jubilados y pensionados de IVS (excluye a los de A)

Fuente: Elaboración de los autores basados en IGSS 1981a-1996a y Cuadro 1

A) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

a) Prestaciones e instalaciones: Legalmente, el MSPAS presta todavía una diversidad de servicios que pueden subdividirse en:

- ✓ Servicios de atención médica ambulatoria y de encamamiento para la población de toda edad y sexo; ésta se brinda en puestos y centros de salud y hospitales.
- ✓ Acciones de mejoramiento del ambiente y protección de los alimentos.
- ✓ Programas de salud preventiva y educación en salud.
- ✓ Servicios técnicos de apoyo a la atención médica y de prevención de la enfermedad.
- ✓ Formación de recursos humanos de nivel intermedio.
- ✓ Producción y control de medicamentos.



De acuerdo a lo establecido en la Constitución y en el Código de Salud, los servicios están disponibles para la totalidad de la población. En la práctica, son utilizados por la población pobre o en extrema pobreza, que representa el 80% del total de habitantes del país. Hasta principios de los noventa, los servicios eran gratuitos o bien se cobraba una tasa simbólica con ellos. En la actualidad, la mayoría de los servicios se cobran y ello está provocando indirectamente, la discriminación de segmentos de la población que no están en posición de pagar por ellos.

B) Recursos y niveles de salud: Las instalaciones y recursos humanos asignados al sector salud muestran una tendencia declinante en el cuadro 5. Las camas hospitalarias por 1,000 habitantes disminuyen de 2.3 a 1.1 en 1970-1990, mientras que los médicos por 10,000 habitantes bajan menos, de 5.6 a 4.4 en el periodo. (En 1995, MSAP tenía 6,732 camas hospitalarias versus 2,049 en el IGSS; MSPAS 1996 e IGSS 1996).

CUADRO 5
EVOLUCIÓN DE LOS PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD EN GUATEMALA,
1970-1995

AÑO	CAMAS DE HOSPITAL POR 1,000 HABITANTES ^{a)}	MÉDICOS POR 10,000 HABITANTES	GASTO PÚBLICO EN SALUD (% DEL PIB)	TASA MORTALIDAD GENERAL (1,000 HAB.) ^{b)}	TASA MORTALIDAD INFANTIL (1,000 N.V.) ^{b)}	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS) ^{b)}
1970	2.3	n.d.	0.9	15.9	107.6	50.1
1975	n.d.	n.d.	0.8	13.4	95.1	54.0
1980	1.8	5.6	1.1	12.0	82.4	56.4



1985	1.2	4.6	1.0	10.5	70.4	59.0
1990	c) 1.1	4.4	1.2	8.9	58.7	62.0
1995	n.d.	n.d.	1.7	7.6	48.5	64.8

Los indicadores del IGSS eran: 1980 1.0, 1985 1.0, 1990 0.6 y 1995 1.2. En 1995 el indicador del MSPAS era

0.6. b) Por quinquenios, por ejemplo, mortalidad infantil 1990-95: 48.5 c) 1989

Fuentes: Elaboración propia en base a OPS 1993; CEPAL 1995d; Ruta Social 1996.

En cuanto a estos indicadores, Guatemala se colocaba en América Latina en 1990-1995 en 16to. lugar en camas y en 17to en médicos. En términos per capita, los recursos del IGSS son muy superiores a los del MSPAS, por ejemplo, en 1995 la relación de camas hospitalarias por 1,000 personas atendidas era de 1.18 en el IGSS y de 0.63 en el MSPAS. Por lo contrario, el gasto público en salud (MSPAS) en relación al PIB aumentó de 0.9% en 1970 a 1.7% en 1995 (en 1990 el gasto privado en salud era casi igual al gasto público; OPS, 1993), aun así en 1990 Guatemala se ordenaba en 16to lugar en la región en dicho indicador.

“La población con acceso a agua potable en Guatemala era de 62% en 1994 y colocaba al país en 14to lugar entre 19 países de la región.”²⁹ Estos indicadores muestran los limitados recursos que ha tenido el sector salud (especialmente el subsector del MSPAS que cubre a la mayoría de la población) para mejorar los niveles sanitarios del país.

El cuadro 5 muestra la tendencia decreciente de las tasas de mortalidad general e infantil en 1970-1995: la primera cae de 15.9 a 7.6 y la segunda cae de 107.6 a 48.5



(más de la mitad, una reducción notable). Aún así el nivel de la tasa de mortalidad infantil en 1995 era muy alta y se ordenaba (de menor a mayor) en 14to. lugar en la región.

El descenso de la mortalidad infantil ha tenido un efecto beneficioso en el incremento de la esperanza de vida de 14.5 años en el período, pero el indicador de 1990-1995 era de 64.8 años ordenando a Guatemala en el 18vo. lugar en la región (sólo Haití y Bolivia tenían una esperanza de vida menor). "En 1996, Guatemala se colocaba en el puesto 112 (entre 174 países) de acuerdo con el índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, debido a que la mortalidad infantil y la esperanza de vida son indicadores cruciales utilizados para determinar dicho ordenamiento."³⁰

Habría que preguntarse cómo, a pesar de la crisis económica sufrida por el país y los limitados recursos asignados al sector salud, estos dos indicadores (así como los de morbilidad que serán analizados después) han continuado mejorando.

El cuadro 6 demuestra que a pesar de los avances de los últimos 25 años, en 1994 el 45% de las causas de muerte en Guatemala eran aún las llamadas "enfermedades del subdesarrollo: respiratorias, intestinales, del periodo peri natal y desnutrición; por lo contrario, las llamadas "enfermedades del desarrollo, tales como violencia, accidentes y tumores (no se tiene información separada de las cardiovasculares) causaban sólo 12.8% de las muertes. Un problema que tiene este cuadro, sin embargo, es que 42.3%

²⁹ Mesa-Lago, Carmelo y Bertranou, **Manual de economía de seguridad social latinoamericana**. Pág. 89.



de las causas de muerte no son especificadas. Esto dificulta el análisis anterior, pero en sí mismo un indicador del pobre registro en cuanto a las causas de muerte y, por tanto, de un nivel bajo de desarrollo en el sector.

CUADRO 6
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
EN GUATEMALA: 1994

CAUSAS	NÚMERO DE CASOS	TASA X 100,000 HABITANTES	DISTRIBUCION PORCENTUAL
Neumonía e Influenza	10,846	130.17	16.54
Afecciones Originadas en el Período Perinatal	9,039	108.50	13.79
Enfermedades Infecciosas Intestinales	5,848	70.20	8.92
Deficiencias de la Nutrición	3,746	45.00	5.71
Homicidios y Lesiones Intencionales	2,692	32.31	4.10
Lesiones que se Ignora si son Accidentales o Intencionales	2,114	25.40	3.22
Cirrosis y Otras Enfermedades del Hígado	1,829	22.00	2.79
Tumor Maligno del Estómago	911	10.93	1.39
Tumor Maligno del Hígado y los Conductos Biliares	834	10.00	1.27
Signos y Síntomas Mal Definidos	3,594	43.13	5.48
Resto de Causas	24,081	289.02	36.79
TOTAL	65,534	786.66	100.00

Fuente: Cálculos propios en base a MSPAS 1996 y datos de población INE 1995

³⁰ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. **Human development report, 1990**. Pág.76



El cuadro siete, es aleccionador pues muestra una reducción considerable en nueve de las diez causas principales de morbilidad en Guatemala entre 1989 y 1993: 77.8% en tifoidea, 71.1% en dengue, 55.6% en desnutrición, 45.4% en sífilis y 34.9% en blenorragia, 21.9% en malaria, 11.1% en tuberculosis y 6.5% en enfermedades diarreicas. Nótese que varias de estas enfermedades son aun causas principales de muerte y que cuatro de ellas son inmuno prevenibles, mientras que las venéreas pueden ser reducidas con adecuada prevención. Pero la reducción menor fue en enfermedades diarreicas y hubo un incremento en las respiratorias agudas (2.2%), ambas entre las dos causas principales de muerte.

Aunque los cuadros siete y ocho, no son estrictamente comparables, ellos indican que los índices de morbilidad de los cubiertos por el IGSS son notablemente inferiores a los de la población en general; por ejemplo, en enfermedades respiratorias y diarreicas agudas, dengue, tuberculosis, malaria, tifoidea y desnutrición. Obsérvese además que, aunque las enfermedades que tienen las tasas más altas en la población en general y las cubiertas por el IGSS son las mismas, no ocurre lo mismo con otras enfermedades, como desnutrición y malaria, que están entre las cuatro primeras causas en la población general pero entre las tres mas bajas en el IGSS.

Estas diferencias reflejan el nivel de vida superior de los cubiertos por el IGSS con respecto a la mayoría de la población que es pobre y está a cargo del MSPAS.



CUADRO 7

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN GUATEMALA: 1989 y 1993

(TASAS POR 100,000 HABITANTES)

CAUSAS	1989	1993	% CAMBIO
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	2, 212	2,261	2.2
ENFERMEDADES DIARRÉICAS AGUDAS	1,222	1,143	-6.5
MALARIA	521	407	-21.9
CÓLERA	n.d.	304	
DESNUTRICIÓN	360	160	-55.6
TUBERCULOSIS	54	48	-11.1
BLENNORRAGIA	43	28	-34.9
DENGUE	83	24	-71.1
SÍFILIS	11	6	-45.4
FIEBRE TIFOIDEA	9	2	-77.8

Fuente: OPS 1995; Ruta Social 1996

CUADRO 8

CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA POBLACIÓN CUBIERTA POR EL IGSS,

GUATEMALA: 1994

DIAGNOSTICO	NUMERO DE	TASA x 1,000
	CASOS	POBLACION PROTEGIDA
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	68,857	41.42
ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA	40,358	24.27
CONJUNTIVITIS	3,586	2.16
VARICELA	2,630	1.58
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN	1,157	0.70
HEPATITIS	1,121	0.67
ENFERMEDADES VENÉREAS	479	0.28
DENGUE	440	0.26
MORDEDURA DE ANIMAL	410	0.24
ESCARLATINA	175	0.10
TUBERCULOSIS	82	0.05



MALARIA	61	0.04
FIEBRE TIFOIDEA	48	0.03
DESNUTRICIÓN	24	0.01
OTROS DIAGNÓSTICOS	10,998	6.61

Fuente: IGSS 1994a

Desafortunadamente se carece de información sobre cómo se asignan los recursos de salud nacionales para los distintos tipos de atenciones sanitarias. Pero se puede con alguna certeza suponer que la inmensa mayoría de los recursos se destinan a la medicina curativa (y dentro de ésta al tercer nivel de atención) y muy pocos a la preventiva, y que esta brecha es aún mayor dentro del IGSS que en el MSPAS. Si este supuesto es correcto, una reasignación de los recursos de salud, dando prioridad a las enfermedades del subdesarrollo, las cuales requieren invertir relativamente pocos recursos (por ejemplo, vacunación contra enfermedades inmunoprevenibles, atención primaria con focalización en la mujer embarazada y los infantes, programas de nutrición y educación de la salud), podría dar resultados rápidos en mejorar los niveles de salud de la población en general.

3.3. Financiamiento

Esta sección primero analiza el financiamiento en el IGSS: contribuciones salariales, deuda estatal y privada, y producto de El Cuadro 9 muestra las contribuciones. Luego discute brevemente las presiones porcentuales legales sobre el salario de supuesto del MSPAS total y por habitante y empleadores, trabajadores y el Estado, por comparar el último con el del IGSS. Los tres programas del IGSS (EM, A e IVS), así:



CUADRO 9

COTIZACIONES AL IGSS EN PORCENTAJE DE SALARIOS: 1997

Fuentes	Enferme dad y maternid ad	Acciden tes	IVS	Total
Empleador	4.0	3.0	3.0	10.0
Trabajador	2.0	1.0	1.5	4.5
Estado	a) 3.0	0.0	b) 25.0	3.0
Total	9.0	4.0	4.5	c) 17.5

a) El Estado nunca ha cumplido con la obligación de este pago.

b) El Estado está obligado a pagar el 25% de los gastos por prestaciones anuales de IVS y nunca lo ha hecho.

c) Debido al no cumplimiento del pago del aporte estatal del 3%, el IGSS percibe únicamente el 14.5% (esto excluye el 25% del costo de prestaciones, pero éste nunca se ha pagado).

Fuente: Ley Orgánica del IGSS.

A. IGSS como el total. Estos porcentajes de contribución han permanecido sin cambio desde que los ingresos del IGSS proceden de: (1) cada uno de los tres programas fue establecida las cotizaciones sobre salarios pagadas por dos. Los totales por fuentes son: 10% de empleadores (incluyendo al Estado), los empleadores, 4.5% del trabajador asegurado y 3% trabajadores asegurados, y el Estado (como del Estado (más un 25% del gasto por prestaciones, tercera parte); (2) el producto de las inversiones, que no se puede contabilizar como es de las reservas; y (3) otros ingresos como porcentaje sobre el salario). Según informa en multas, recargos, etc. Un serio problema que IGSS, el Estado nunca ha cumplido con su confronta el IGSS es la considerable deuda contribución salarial como tercera parte, y acumulada por el no pago del Estado de sus sólo algunos años y parcialmente, su contriobligaciones como patrono y tercera parte,



así contribución como empleador (ver la siguiente sección por evasión y mora patronal). El total de la contribución salarial legal es otro problema que las inversiones han estado del 17.5% pero si eliminamos el aporte del tenido, un rendimiento negativo real debido a Estado como tercera parte (3%) sería efectiva las intervenciones estatales, alta inflación y convamente un 14.5% (en realidad menos, pues concentración de la cartera. no ha contribuido sistemáticamente como empleador).

Si se toma el 17.5%, Guatemala se colocaría en 14to. lugar en la región por el monto de la cotización. Los países con una cotización más baja serían: Cuba, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y la República Dominicana, todos ellos salvo Cuba, con sistemas de seguridad social menos desarrollados que el de Guatemala. Si, por lo contrario, se toma la tasa efectiva del 14.5%, entonces Guatemala se ordenaría en 18vo. lugar, empatada con Honduras, y dejando a Cuba, El Salvador y Haití con contribuciones más bajas.

Pero es importante notar que Cuba no incluye el costo de la salud en la contribución salarial por lo que ésta se encuentra subestimada, mientras que Haití no tiene programa EM en vigor y por tanto su contribución salarial también está subestimada. Así pues Guatemala tendría la contribución efectiva mas baja (14.5%) después de la de El Salvador (14%) y empatada con Honduras, países ambos con coberturas poblacionales inferiores a la de Guatemala y ninguno con un programa de accidentes. Además el nuevo programa de pensiones de El Salvador incrementa notablemente su contribución. De forma que en 1997 Guatemala pudiera tener la contribución efectiva



más baja de la región (pero para confirmar esta conclusión habría que considerar la contribución efectiva eliminando la del Estado cuando no la pagase en estos países).

Las contribuciones en el sistema de las CPE son diferentes a las del IGSS: el Estado aporta el 10% y los empleados entre el 9% y 15% según su salario. En el IPM el Estado aporta el 25% y los militares activos 8%.

Deuda del Estado y los empleadores privados: De acuerdo con la Ley Orgánica del IGSS, la aportación para financiar el sistema es tripartita: 50% del empleador, 25% del trabajador asegurado y 25% del Estado. Esta última se ha fijado en 3% sobre el salario para EM y 25% del gasto de prestaciones de IVS (que de acuerdo con la Ley debería aproximadamente ser el equivalente del 2% sobre los salarios), además el Estado debe cumplir con su obligación como empleador (10% sobre la nómina de sus trabajadores). Ya se sabe, sin embargo, que los jubilados y pensionados de las CPE deben ser atendidos por EMA sin que ni el Estado ni los funcionarios públicos paguen contribución alguna. De acuerdo con las autoridades del IGSS, el Estado nunca ha cumplido con sus obligaciones financieras como tercera parte, y la mayor parte del tiempo no ha contribuido como empleador o ha pagado menos de su obligación.

CAPÍTULO IV



4. El financiamiento de la seguridad social y su caduca estructura en Guatemala

4.1. Estructura organizativa actual

En Guatemala, las acciones en materia de seguridad social, tanto la parte previsional como la relacionada con la prestación de servicios de salud, no son responsabilidad de una única institución o sector. Las acciones de previsión social son desarrolladas fundamentalmente por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), mientras que las de salud se encargan primordialmente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Pero existen otras instituciones públicas y privadas en ambos sectores.

Para propósitos de análisis, las instituciones que conforman el sector salud se organizan en: Subsector público, subsector privado lucrativo y organizaciones no gubernamentales. En años recientes, se ha incorporado un nuevo actor: Las fundaciones privadas, vinculadas a los sectores productivos organizados del país. Finalmente, se incorpora al análisis el subsector de la medicina tradicional. Cada uno será examinado a continuación:

A. Subsector Público: El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS): Fue creado por medio del Decreto número 295, de octubre de 1946, denominado Ley



Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Con pequeños cambios esa misma ley, 50 años después, sigue teniendo vigencia y es la que regula su funcionamiento básico.

Administra dos programas principales: “el de Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA), y el de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes (IVS). El primer programa creado fue el de Accidentes (A) que comenzó en 1948-49 (cubre tanto accidentes laborales como comunes) y en 1978 se había extendido a todos los 22 departamentos del país. El segundo programa fue el de Maternidad (Materno-Infantil) establecido en 1953 en el Departamento de Guatemala, al que en 1968 se agregó el programa de enfermedad. Entre 1978 y 1979 el programa integrado de EMA se extendió a otros ocho departamentos y, en 1989, al departamento de Escuintla, pero con características especiales. El tercer programa instituido fue el de IVS, en 1977, y se extiende a todo el país”³¹.

Es una institución autónoma, bajo el control general del Ministerio del Trabajo y Previsión Social (MTPS) y la fiscalización del Tribunal y Contraloría de Cuentas de la Nación. “A pesar de un programa de regionalización, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, continúa siendo altamente centralizado, con la mayoría de sus decisiones tomadas en la ciudad capital.”³²

Los órganos superiores de IGSS son: La Junta Directiva, la Gerencia y el Consejo

³¹ Mesa-Lago. *Op. Cit.* Pág. 91

³² Cruz-Saco. *Op. Cit.* Pág. 79



Técnico. La Junta Directiva que es la autoridad superior es un cuerpo colegiado integrado por representantes de distintos sectores así: el Ejecutivo, la Junta Monetaria, Universidad de San Carlos (estatal), Colegio de Médicos y Cirujanos, sindicatos y gremial de empresarios. Estos representantes son elegidos por un periodo de seis años. En adición a su facultad rectora, corresponde a la Junta Directiva dictar los reglamentos y normas generales del instituto a través de los acuerdos. La Constitución establece que tienen derecho a participar en la dirección del Instituto: el Estado, los empleadores y los trabajadores que contribuyan al régimen. De esa cuenta la inclusión de sendos representantes empresariales y sindicales en la Junta Directiva. Las universidades del país están expresamente exoneradas del pago de las cotizaciones del seguro social, sin embargo, desde que se emitió la ley orgánica del IGSS, se incluyó un representante.

La Gerencia que es el órgano ejecutivo está integrada por un gerente y uno o más subgerentes. Originalmente el nombramiento de ellos era atribución de la Junta Directiva; sin embargo, desde el año 1956 corresponde nombrarlos al Presidente de la república: Este cambio, vigente hasta la fecha, ha motivado fricciones y problemas de coordinación entre ambos órganos.

El consejo técnico cumple funciones de tipo consultivo; es un cuerpo colegiado multidisciplinario integrado por expertos, uno por rama, en las siguientes: actuariado, estadística, auditoria, inversiones y médico hospitalario.

El esquema organizativo se define en función de los programas que administra el



instituto: enfermedad, maternidad y accidentes (EMA) e invalidez, vejez y sobrevivencia (IVS). El programa EMA comprende enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo. Para desarrollo de los dos primeros, el IGSS opera 28 hospitales, 14 clínicas y 28 centros de primeros auxilios.

➤ El Ministerio de salud pública y asistencia social (MSPAS): Es el órgano del Estado, que tiene la responsabilidad constitucional de velar por la salud de toda la población del país. Legalmente todos los cubiertos por la seguridad social están a cargo del MSPAS. Los servicios eran inicialmente gratuitos pero luego se introdujeron tarifas para ciertos servicios, eximiendo a los que no tienen recursos. El MSPAS está organizado en un nivel central, que comprende los órganos de dirección y normatización de las acciones, y un nivel operativo desconcentrado, conformado por las áreas de salud. Con excepción de los departamentos de Guatemala y el Quiché, cada área de salud se corresponde con un departamento, que es la división geográfico-administrativa básica del territorio nacional. Actualmente, el MSPAS presta servicios de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Para ello, se organiza en tres niveles de atención y cuenta con una red de establecimientos distribuidos a nivel nacional: “El nivel primario, representado por 3,458 puestos de salud; el nivel secundario con 220 centros de salud y el terciario, con 148 hospitales, de los cuales 2 son de referencia nacional.”³³ Además, el MSPAS desarrolla acciones en materia de saneamiento ambiental, educación en salud y

³³ Oficina Panamericana de la Salud y Oficina Mundial de la Salud. **Primera evaluación del programa de extensión de los servicios de enfermedad y maternidad del departamento de Escuintla.** Pág. 57.



formación de recurso humano para el sector.

Uno de los rasgos fundamentales que caracteriza al sector salud en Guatemala es su alto grado de fragmentación orgánica y funcional: Si bien el ente en quien recae la responsabilidad constitucional de garantizar y velar por el adecuado estado de salud de toda la población es el Ministerio (MSPAS), existe una diversidad de instituciones públicas y privadas, lucrativas y no lucrativas que desarrollan acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, o bien, que suministran algún tipo de servicio o insumo conexo al proceso de atención.

La limitada capacidad del MSPAS de ejercer su papel como ente rector del sector y coordinador de las acciones que se generan en su seno, resulta en ineficiencia en el uso de los recursos disponibles y duplicidad de acciones. A su vez, ello limita la capacidad de extender la cobertura de atención a toda la población del país. Si bien se ha procurado subsanar esta importante deficiencia por medio de la creación y puesta en funcionamiento del Consejo Nacional de Salud, éste no ha tenido un verdadero impacto en alcanzar por lo menos, la articulación funcional del sector.

La propuesta de reforma al Código de Salud, sometida al Congreso de la República en Julio de 1996, reconoce en su artículo sexto la existencia de una diversidad de instituciones tanto públicas como privadas, así como al MSPAS como el ente rector del mismo y la necesidad de integrar el sector. Además, en su artículo décimo, define al Consejo Nacional de Salud como la instancia de coordinación y asesoría al MSPAS



para la “definición y conformación de políticas y estrategias para la formulación de planes nacionales de salud.

- Otras instituciones públicas: Además del sistema de seguridad social del IGSS, operan varias instituciones independientes en Guatemala. Existe un régimen de pensiones (Clases Pasivas del Estado) para todos los funcionarios y empleados públicos en: los poderes ejecutivo, legislativo y judicial (incluyendo la Corte de Constitucionalidad y el Tribunal Supremo Electoral), las entidades descentralizadas autónomas, y aquéllos que deseen de manera voluntaria afiliarse a este sistema. Por otra parte, tanto los activos como los jubilados y pensionados de este sistema reciben sus prestaciones médicas del IGSS.

El Instituto de Previsión Militar, establecido en 1966, tiene un régimen de pensiones que cubre a las fuerzas armadas (oficiales, especialistas, empleados y las familias respectivas). Además, la sanidad militar tiene dos hospitales propios para atender a todos los asegurados: el Centro Médico Militar y el Hospital de la Fuerza Aérea, ambos en la ciudad de Guatemala. Además, hay 3 hospitales regionales.

Hay otros catorce sistemas de pensiones independientes que ofrecen pensiones suplementarias, entre ellos: el Fondo de Prestaciones del Banco de Guatemala, la Superintendencia de Bancos y el Fondo de Regulación de Valores, el Plan de Prestaciones del Personal de la Universidad Autónoma de San Carlos de Guatemala, la Municipalidad de Guatemala, la Empresa Portuaria Nacional, el Instituto de Previsión Social del Periodista, el del Artista Guatemalteco, etc. “Estos grupos, si son asalariados



están cubiertos por el IVS en IGSS y, si además radican en departamentos en que opera Enfermedad y Maternidad, y están cubiertos por Enfermedad y Maternidad.”³⁴

En el área de asistencia social hay dos instituciones: la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República (atención de huérfanos, guarderías infantiles, etc.) y el Fondo de Inversión Social (FIS); este último se dedica principalmente a la ejecución de proyectos de infraestructura física sanitaria educativa focalizando los grupo pobres.

En el área de salud también está la Comisión Nacional del Medio Ambiente (define las políticas y los mecanismos de control, etc.), las municipalidades que son responsables del suministro de agua potable, disposición de excretas y desechos sólidos en las zonas urbanas, y las facultades de medicina y odontología de las universidades privadas que prestan servicios muy reducidos a la población.

El principal problema en la estructura administrativa del sector público es la dualidad en la prestación de los servicios médicos del IGSS y el MSPAS. En un país con una de las coberturas poblacionales de salud más bajas de la región (como se constatará en la sección V), la duplicidad de instalaciones y personal en algunas áreas, contrasta con el vacío absoluto en otras, lo cual provoca desperdicio de escasos recursos e inequidades en el acceso.

B. Subsector privado:

³⁴ González, Carlos Enrique. **Características del sistema de pensiones publicas de Guatemala.** Pág. 55.



Lucrativo; El accionar del subsector privado lucrativo se centra en la provisión de atención médica individual en consultorios, sanatorios y hospitales, cuyos costos han sido sufragados tradicionalmente por medio del pago directo de los servicios.

La modalidad de servicios prepagados o seguros médicos privados ha tomado auge en años recientes, con 3 empresas de este tipo operando en la actualidad en el país y sólo 20,000 afiliados en 1992. Adicional a la producción directa de servicios y/o su financiamiento, se encuentra la industria de producción de medicamentos y la comercialización de medicinas y otra tecnología médica.

Cuando se habla del sector salud, poco se menciona o bien no se reconoce oficialmente el papel de la medicina tradicional en la atención de la salud. Los curanderos y las comadronas son un recurso de salud fundamental en el área rural, especialmente en aquellas regiones donde la cobertura del sistema formal de atención es inexistente o sumamente limitada.

Sin embargo, pocas son las acciones concretas que se llevan a cabo para articular este subsector con el resto del sistema.

- No lucrativo: "Existen más de 600 ONG's en salud registradas en el país, únicamente 30 mantienen relación formal con el MSPAS, mediante convenios de

cooperación.”³⁵



Otra modalidad de prestación de servicios de reciente evolución en el país es la atención en salud canalizada por medio de fundaciones privadas. A diferencia de las ONG's, las fundaciones privadas están estrechamente vinculadas a los sectores productivos organizados del país. Por consiguiente, su ámbito de influencia son aquellas poblaciones o áreas directamente vinculadas a la actividad productiva.

Ejemplos de éstas instituciones la constituyen Fundazúcar y Agrosalud.

4.2. Cobertura poblacional

A. Cobertura legal: El sector salud en Guatemala no cuenta con una estructura legal lo suficientemente fuerte como para fungir como elemento de cohesión entre las instituciones que lo conforman. De allí que sólo pueda determinarse lo que la ley establece en relación a las coberturas que deben alcanzar el MSPAS y el IGSS, no así las que, dentro de un sector integrado de salud, serían responsabilidad de los actores privados. Debería considerarse que el Código de Salud estableciese claramente, las obligaciones de los subsectores público y privado de salud en materia de cobertura de la población. Sería igualmente deseable, fortalecer a nivel legal y funcional, la articulación del subsector de medicina tradicional con el sistema formal de atención, como una estrategia para alcanzar la ampliación de la cobertura.

³⁵ Organización Panamericana de la salud. **Op. Cit.** Pág. 101.



➤ Subsector público:

a. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social: La Constitución Política de la República establece en el “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 tienen obligación de contribuir a financiar dicho régimen y derecho a participar en su dirección la aplicación del régimen de seguridad social corresponde al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social [éste] debe participar con las instituciones de salud en forma coordinada.”

El Instituto, cubre legalmente, de manera obligatoria, en el programa de Enfermedad, Maternidad (EM) a todos los habitantes que participen activamente en la producción o prestación de servicios, pero limitado geográficamente al departamento de Guatemala y otros diez departamentos. También cubre, sólo en prestación de servicios médicos, a:

- a) los familiares dependientes de los asegurados activos;
- b) a los jubilados y pensionados del IGSS; y
- c) a los activos y pensionados de las entidades privadas descentralizadas autónomas y semiautónomas, y del Estado, pero ninguno de estos (Clases Pasivas del Estado) contribuyen al programa. Los dependientes con derecho a servicios médicos son la esposa o compañera del asegurado y sus hijos menores de cinco años.



El programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes (IVS) tiene cobertura nacional (opera en todos los 22 departamentos) y cubre obligatoriamente a todos los trabajadores asalariados de empresas con no menos de tres trabajadores en el Departamento de Guatemala, y de cinco trabajadores en el resto del país.

La exención de cobertura y correspondiente pago de contribuciones en las pequeñas empresas, no sólo es un obstáculo a la extensión de dicha cobertura sino que, además, distorsiona el mercado de trabajo e incentiva el mantenimiento de empresas pequeñas.

Además, el IVS cubre a ciertos empleados públicos (de planilla) que no están incluidos en el sistema de clases pasivas del estado. También ofrece afiliación voluntaria cuando un asegurado ha hecho contribuciones por al menos un año, dentro de los últimos 36, y deja de ser asegurado obligatorio.

El programa de accidentes del trabajo (A), como el de IVS, tiene cobertura nacional, o sea, en todos los departamentos. La combinación de EM y A (EMA) cubre sólo a diez departamentos.

Aunque la definición legal de asegurados activos es vaga, en la práctica están excluidos de cobertura: los trabajadores informales, los independientes, los asalariados en empresas con menos de dos trabajadores en el Departamento de Guatemala (y menos de cinco en el resto), los familiares no remunerados, los agrícolas de



subsistencia, así como sus familiares dependientes.

La exclusión de los hijos mayores de cinco años en la prestación de servicios médicos, coloca a Guatemala entre los países latinoamericanos con la cobertura legal más baja de dependientes del asegurado. Con pocas excepciones, la cobertura de los hijos en la región se extiende hasta los 18 años y, usualmente, hasta 21 años si están estudiando o sin límite de edad si son inválidos.

- **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:** La Constitución de la República establece en el “Artículo 94”, la obligación del Estado en materia de salud y asistencia social para con toda la población del país: “El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social”.

De consiguiente, la cobertura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debería alcanzar el 100% de la población, independiente mente que estén adscritos o no al régimen de seguridad social.

- **Subsector privado:** En Guatemala, dada la limitada capacidad de cobertura a la población que tiene el subsector público, se considera que las organizaciones no gubernamentales (ONG's y las iglesias) juegan un papel importante en la provisión de algunos servicios, principalmente lo referente a saneamiento ambiental,



educación en salud y acciones de atención primaria. Por lo general, el espacio geográfico y la población atendida por las ONG's tiende a ser bastante limitada; pocas de ellas tienen servicios de atención médica. Las fundaciones privadas limitan su cobertura a determinadas áreas productivas como agricultura y azúcar.

- Cobertura estadística: No es posible dar una cifra precisa de la cobertura total de la población en salud, debido a falta de información estadística del subsector privado y a la inexactitud de las cifras de cobertura del MSPAS. La cobertura de la PEA por el IGSS es más precisa. En esta sección primero se evaluará la cobertura del IGSS y luego la del MSPAS, para dar finalmente una estimación muy gruesa de la cobertura poblacional total.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social un problema para evaluar la veracidad de las cifras de afiliados del IGSS es que el registro no ha sido depurado por completo para sacar a antiguos asegurados que no son activos porque se salieron de la fuerza de trabajo u otras razones. Otro problema se refiere a la acuciosidad de las cifras de dependientes asegurados que parece ser calculada por un coeficiente y no estar basada en un registro. "Dos evaluaciones realizadas indican que la cobertura estadística de la población total podría estar sobrestimada: CIEN en unos 6 puntos porcentuales y entre 40% y 50%."³⁶

El Cuadro 10 muestra la cobertura poblacional del IGSS (total y PEA) en 1965-95. La

³⁶ Cruz-Saco. **Op. Cit.** Pág. 97.



cobertura de la población total en salud aumentó de 9.6% en 1965 a 15.2% en 1980, como resultado de la extensión de EM a diez departamentos y el consiguiente incremento de asegurados activos y dependientes.

A partir de 1981, la cobertura bajó y promedió 11.4% en 1981-1983; esta caída se debió a: la crisis económica (el PIB per capita cayó a un promedio anual de -4.6% en 1981-1983), el decrecimiento del número de asegurados activos y sus dependientes por causa del desempleo que saltó de 1.5% de la PEA en 1981 hasta 14% en 1986, y la informalización del mercado de trabajo (Cuadro 1). La cobertura de la población total aumentó de nuevo hasta alcanzar su punto histórico máximo en 1989 con 17.1%; ello fue resultado de varios factores: la recuperación económica, la caída en el desempleo a 6.2% en ese año, el consiguiente incremento de asegurados activos y dependientes, y la extensión de la cobertura a los jubilados y pensionados desde 1986. A partir de 1990 la cobertura disminuyó ligeramente y se estancó a un promedio de 16.4% en 1990-95, pues el total de la población cubierta ascendió al mismo ritmo que la población total.

El porcentaje de cobertura de la PEA es superior al de la población total, debido a la restringida protección de familiares dependientes en Guatemala (la tasa de dependientes por activo asegurado era de sólo 0.8% en 1989-95) y a la limitación geográfica del pro-grama EM comparada con la extensión nacional del programa IVS. La cobertura cayó de 35.4% en 1975 al 23.6% en 1982, ascendió lentamente hasta 31.4% en 1988 y disminuyó de nuevo y se estancó a un promedio de 27.6% en 1992 y 95 (cuadro 2). En 1995, ni la población total ni la PEA cubierta habían logrado



recuperar los porcentajes máximos de cobertura alcanzados en 1989 y 1975 respectivamente, y en el decenio del 90 la cobertura de ambas está estancada.

CUADRO 10
COBERTURA POBLACIONAL DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

Año	Total Población	PEA	Afiliados Activos	Jubilados y Pensionados	Familiares dependientes	Otros	Total cubierto	Cobertura en % PT	Cobertura en % PEA	Relación AC/PAS
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
1965	4,568,400	n.d.	345,500	0	93,100	0	438,600	9.6	n.d.	
1970	5,246,200	n.d.	448,300	0	144,300	0	592,600	11.3	n.d.	
1975	6,072,690	1,856,200	550,165	0	190,761	0	740,926	12.2	35.4	
1980	6,916,831	2,135,835	755,342	28,829	244,466	23,675	1,052,372	15.2	34.1	26.2
1981	7,201,940	2,217,785	591,019	34,820	212,723	29,714	868,276	12.1	26.7	17.0
1982	7,403,339	2,168,364	511,046	43,036	207,372	34,732	796,186	10.8	23.6	11.9
1983	7,610,372	2,135,468	576,708	51,704	196,369	27,117	851,898	11.2	27.0	11.2
1984	7,823,193	2,213,359	548,285	59,598	235,456	23,395	951,574	12.2	26.4	10.0
1985	7,963,347	2,209,633	631,654	61,845	309,165	22,908	1,025,572	12.9	28.6	10.2
1986	8,195,000	2,216,638	660,444	66,805	315,767	21,084	1,064,100	13.0	29.8	9.9
1987	8,434,194	2,345,288	678,995	71,456	331,538	20,478	1,102,467	13.1	29.0	9.5
1988	8,680,957	2,483,346	779,560	74,953	443,541	19,962	1,318,329	15.2	31.4	10.4
1989	8,935,285	2,626,941	788,367	79,859	644,134	18,625	1,530,985	17.1	30.0	9.9
1990	9,197,351	2,691,184	785,753	85,003	636,460	51,056	1,558,272	16.9	29.2	9.2
1991	9,467,028	2,767,042	786,903	92,140	629,522	46,675	1,555,240	16.4	28.4	8.5
1992	9,744,627	2,865,477	795,708	95,332	624,876	48,690	1,564,606	16.1	27.8	8.3
1993	10,029,714	2,954,226	823,239	100,864	663,507	58,675	1,646,285	16.4	27.9	8.2
1994	10,321,975	3,065,931	830,324	105,286	668,735	58,339	1,662,684	16.1	27.1	7.9



1995	10,619,900	3,172,502	855,596	108,948	706,179	63,965	1,734,688	16.3	27.0	7.8
------	------------	-----------	---------	---------	---------	--------	-----------	------	------	-----

CUADRO 10 COBERTURA POBLACIONAL POR EL IGSS EN GUATEMALA: 1965 - 1995

Estas cifras excluyen la cobertura en pensiones por sistemas independientes como funcionarios públicos (Clases Pasivas del Estado en IVS, aunque aparecen en EM), fuerzas armadas y otros grupos pequeños. Las fuerzas armadas tenían 12,000 activos asegurados en 1992 (Cruz-Saco 1993), lo que aumentaría la cobertura de la PEA en sólo 0.4 puntos porcentuales.

En 1995, basados en la cobertura del IGSS, "Guatemala se colocaba en 12do. lugar en América Latina en cuanto a la PEA y en 14to. lugar en cuanto a su cobertura de la población total. Los países que tenían una cobertura inferior eran: Bolivia (en la PEA), El Salvador, Haití, Honduras, Paraguay (en la PEA), la República Dominicana y Haití en ambas."³⁷

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: El cuadro 11 presenta estimados de la cobertura en salud de la población total por el MSPAS. "La cobertura aumentó de 20% al 30% en 1984-1995 (promedio de 26% para el período), pero el nivel alcanzado está aún lejos de ser satisfactorio (la caída de cobertura en 1995 se debió al recorte en el presupuesto de salud por causa del ajuste y a la guerra civil). Si a ella se suma la población total cubierta por el IGSS (16.3% en 1995),"³⁸

El porcentaje de cobertura estadística se eleva a 46.3%. No se cuenta con cifras que

³⁷ Mesa-Lago. Op. Cit. Pág. 98.



permitan estimar la proporción de población cubierta por los servicios de salud de las fuerzas armadas, las clínicas municipales, y por los estudiantes en prácticas de Ejercicio Profesional Supervisado de las Universidades del país, especialmente de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

CUADRO 11

COBERTURA DE LA POBLACIÓN POR EL MSPAS EN GUATEMALA: 1984, 1988, 1991 y 1995

AÑO	PORCENTAJE DE COBERTURA DE POBLACIÓN TOTAL
1984	20
1988	27
1991	25
1995	30

Fuente: MSPAS 1984, 1996; OPS 1991; Ruta Social 1996

- Subsector privado: Tampoco se cuenta con cifras precisas del nivel de cobertura que alcanzan los servicios privados lucrativos. Se estima que la misma es de alrededor del 12% de la población total. Sin embargo, es de notar que su principal espacio de intervención es la ciudad capital, donde se concentra el 70% del total de los sanatorios y hospitales privados y el 71% del total de médicos del país.

³⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe del primer seminario sobre economía y



Se considera que las ONG's y las fundaciones privadas, al igual que la medicina tradicional, proveen algún tipo de asistencia en salud al resto de la población desatendido por el sistema formal, pero carecemos de cifras sobre esto.

Cobertura total: Al sumar las coberturas de atención del MSPAS (30%), del IGSS (16.3%) y del subsector privado lucrativo (12%) se obtiene un total de 58.3% de población cubierta en el país. Cabe destacar que las coberturas de estas dos instituciones y la del subsector público con el privado se traslapan entre sí, por lo que la proporción real de población cubierta es más baja.

La población total cubierta por el sistema formal de salud público y privado alcanzaba alrededor de 58.0% en 1995. Pero debe recordarse que las cifras de cobertura del IGSS podrían estar sobreestimadas entre 38% y 50%. Además, los traslapes entre el MSPAS y el IGSS y con el subsector privado de atención, podrían reducir la cobertura en un 10%. No se cuenta con cifras en relación a la cobertura provista por ONG's, fundaciones privadas y la medicina tradicional. Desigualdades en la cobertura: No sólo la cobertura poblacional del IGSS es baja (especialmente la de la población total) sino que, además, es desigual. Esta sección analiza cuatro tipos de desigualdades en la cobertura del IGSS:

- a) por departamentos,
- b) por ramas de actividad económica,



c) por tipo de ocupación, y

d) por edad y sexo.

a) Por departamentos: Los departamentos de Guatemala y Escuintla concentran el 65.6% de la población cubierta por el IGSS a nivel nacional. Al hacer el análisis por departamentos, los que tienen el mayor grado (porcentaje) de la PEA cubierta son: Escuintla (77.9%), Guatemala (69.1%), Izabal (55.1), Retalhuleu (40.8), Suchitepéquez (34.4%), Sacatepéquez (33.8) y Santa Rosa (29.2%) y Quetzaltenango (23.3%). Cinco de estos ocho departamentos tienen las tasas de urbanización más altas del país.

En términos generales, es válido afirmar que en Guatemala existe una correlación negativa entre nivel de ruralidad del departamento y cobertura de población. Departamentos con altos porcentajes de población rural como Totonicapán (89.3%), tienen una cobertura extremadamente reducida (3.8%).

Sin embargo, el cuadro 12 muestra también que dos departamentos con porcentajes altos de la PEA cubierta por el IGSS, tienen también un alto nivel de ruralidad: Izabal 55.1% de cobertura y 80.2% de ruralidad, y Retalhuleu 40.8% y 72.3% respectivamente. De allí que, en el caso de Guatemala, este indicador no sea lo suficientemente sensible para explicar por sí mismo las bajas coberturas existentes. Ello requiere analizar algunas características que tienen en común tanto los departamentos que reportan las más altas coberturas, como aquellos con las más bajas.



Escuintla, Izabal, Retalhuleu, Suchitepéquez y Santa Rosa son los departamentos donde la actividad económica gira alrededor de la agricultura de exportación (azúcar, café, algodón, banano), y donde la fuerza de trabajo es predominantemente asalariada. En contraste, en departamentos como Totonicapán, Quiché y Huehuetenango predomina todavía la agricultura de subsistencia. En ellos, se concentra también la población indígena del país, que es la que en general, tiene los niveles más bajos de cobertura de todos los servicios sociales.

Por otra parte, el departamento de Guatemala constituye el centro del poder económico y político del país; de allí su alta cobertura de la PEA, aún cuando ésta es menor que la cobertura de Escuintla.

Ello se explica por el alto porcentaje de la población del departamento de Guatemala que desarrolla parte de su actividad económica dentro del sector informal de la economía, en contraste con Escuintla, donde la PEA se emplea fundamentalmente en la agricultura de exportación, y en calidad de asalariado. El alto grado de cobertura de Escuintla se explica también por su selección por el IGSS como modelo para extender la cobertura.



CUADRO 12

COBERTURA DE LA PEA POR DEPARTAMENTOS EN EL IGSS, GUATEMALA:

2004

Departamento	PEA	Afiliados Activos	Grado (%) de Cobertura de la PEA	Distribución porcentual de cobertura entre Deptos.	% Ruralidad
GUATEMALA	660,166	456,200	69.1	54.9	29.1
PROGRESO	29,649	4,936	16.7	0.6	73.4
SACATEPEQUEZ	58,174	19,675	33.8	2.4	29.5
CHIMALTENANGO	87,301	13,955	16.0	1.7	58.4
ESCUINTLA	114,334	89,103	77.9	10.7	62.9
SANTA ROSA	71,951	21,037	29.2	2.5	75.3
SOLOLA	60,663	6,648	11.0	0.8	66.7
TOTONICAPAN	74,089	2,825	3.8	0.3	89.3
QUETZALTENANG.	137,437	31,986	23.3	3.9	60.2
SUCHITEPEQUEZ	85,507	29,411	34.4	3.5	69.8
RETALHULEU	50,231	20,472	40.8	2.5	72.3
SAN MARCOS	172,405	23,032	13.4	2.8	87.0
HUEHUETENANGO	167,494	9,224	5.5	1.1	85.4
QUICHE	127,427	6,435	5.0	0.8	84.8
BAJA VERAPAZ	41,405	5,060	12.2	0.6	79.5
ALTA VERAPAZ	152,296	20,459	13.4	2.5	84.2
PETEN	115,036	6,305	5.5	0.8	70.3
IZABAL	71,434	39,332	55.1	4.7	80.2
ZACAPA	46,531	8,900	19.1	1.1	71.4
CHIQUIMULA	70,113	6,004	8.6	0.7	74.7
JALAPA	54,462	3,678	6.8	0.4	72.7
JUTIAPA	84,345	5,647	6.7	0.7	79.7
TOTAL	2,417,414	830,324	27.1	100.0	59.0

Fuente: Elaboración de los autores basados en INE 1995; IGSS 2006a

Los datos muestran que, más importante que el porcentaje de ruralidad en sí mismo, para el diseño de un sistema de seguridad social que responda a las necesidades concretas de este país, es indispensable estudiar a profundidad el desarrollo diferenciado de las fuerzas productivas conjuntamente con otras variables, como la composición étnica de la población guatemalteca.



b) Por ramas de actividad económica: El Cuadro 13 presenta la cobertura de la PEA, (en IVM y A pero no siempre en EM), por ramas de actividad económica en 1994. El mayor grado de cobertura se registra en el sector público 100%, y en electricidad, gas y agua 92.2%, tradicionalmente estas ramas están virtualmente cubiertas en su totalidad pues son actividades públicas y formales, su fuerza de trabajo es asalariada, se concentra en la capital y las ciudades, sus empresas son grandes y es casi imposible la evasión. (Las minas y canteras tienen una cobertura de 63.4%, porque sus trabajadores están concentrados en pocas empresas, pero de gran magnitud, por ejemplo, cemento y cal).

Las tres actividades que siguen con mayor grado de cobertura son: servicios privados (75.6%), comercio, restaurantes y hoteles (49.9%) e industrias manufactureras (37.5%). Estas actividades también se concentran en zonas urbanas, pero mezclan dos tipos de actividades: una formal y otra informal (la distribución entre ambas era 39% y 61% a mediados de los 90). Por ejemplo, en los servicios, aquéllos como finanzas, seguros, inmuebles y los sociales probablemente tienen una cobertura casi total, pero en los servicios personales abundan los trabajadores en microempresas o por cuenta propia que son típicos del sector informal y que, o bien no tienen cobertura o ésta es muy baja.

En comercio y manufactura también hay empresas grandes (con alta cobertura) y pequeños establecimientos (o vendedores ambulantes) con escasa o nula cobertura. La construcción tiene una cobertura (19.5%) por debajo del promedio nacional (27.1%) porque la mayoría de sus trabajadores son temporales o informales y no están



cubiertos. Por último, la agricultura tiene la cobertura más baja (11.8%), menos de la mitad del promedio nacional, pues la enorme mayoría de sus trabajadores es de subsistencia o por cuenta propia y no está cubierto.

Nótese que los factores explicativos observados en cuanto al grado de cobertura por departamentos, también tienen vigencia en este caso: la ruralidad o urbanización y el tipo de actividad productiva; pero aquí añadimos el elemento formalidad informalidad que también tiene fuerza explicativa.

Lo observado en Guatemala es similar a la mayoría de los países de la región, particularmente en aquellos con baja cobertura nacional (por ejemplo en Centroamérica, con excepción de Costa Rica).

La extensión de la cobertura poblacional del IGSS se obstaculiza, por tanto, debido a las exclusiones legales y dificultades prácticas de incorporar a estos grupos.

CUADRO 13

PORCENTAJE POR RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA PEA CUBIERTA POR EL IGSS EN GUATEMALA: 2004

Ramas de Actividad Económica	PEA	Afiliados Activos a)	Cobertura a %
Agricultura, caza, silvicultura, pesca	1,739,881	205,500	11.8
Minas y canteras	2,995	1,900	63.4
Industrias manufactureras	407,270	152,892	37.5
Electricidad, gas, agua	8,984	9,283	92.2
Construcción	122,780	23,934	19.5
Comercio, restaurantes, hoteles, servicios	218,609	108,094	49.9



financieros			
Transporte, almacén y comunicaciones	74,866	23,475	31.4
Servicios privados	221,522	167,412	75.6
Sector público (presupuesto y planillas)	b) 137,834	b) 137,834	100.0
Actividades no específicas	59,893	c)	c)
TOTAL	2,994,634	830,324	27.1

Cobertura en IVS y A pero no siempre en EM b) Incluye 116,437 cubiertos en IVS por clases Pasivas del Estado y en EM por IGSS, más 21,397 en planillas con cobertura integral del IGSS. El número total cubierto por CPE en IVS se reporta como 162,624 por la Oficina Nacional del Servicio Civil (IGSS 1996c) c) Insignificante .

Fuente: Elaboración de los autores basados en Banco de Guatemala 1996 y MTPS 2006.

d) Por tipo de ocupación: No ha sido posible conseguir información que distribuya la PEA ocupada cubierta por el IGSS por grupos ocupacionales, pero el cuadro 14 especula, con base estadística y legal, sobre esto.

Se asume que los 855,596 asegurados activos en 1995 son asalariados permanentes y, de ser así, representarían sólo el 60.9% de la PEA ocupada asalariada (o sea, que dentro de ésta un 39.1% no está cubierta, debido a evasión). Se excluye de la cifra cubierta sólo a las fuerzas armadas, las cuales tienen empleo asalariado permanente y están cubiertos pero no por el IGSS. Se ha estimado que este grupo suma unos 12,000 activos, equivalente a otro 0.4% de la PEA ocupada.

Los asegurados en otras instituciones previsionales independientes están incluidos en la cifra pues los cubre el EM en el IGSS. Los patronos, cuentapropistas, trabajadores familiares no remunerados, y los empleados del servicio doméstico, están excluidos legal y prácticamente de la cobertura del IGSS. En resumen, sólo un 27.3% de la PEA



ocupada (más 0.4% si añadiésemos a los asegurados en el sistema militar) están cubiertos por la seguridad social en Guatemala.

Pero debe recordarse que hay sobreestimación en la cobertura estadística del IGSS. De forma que al menos un 72% de la PEA ocupada no está cubierta por la seguridad social.

Aquí se incluye al sector informal (concentrado en servicios personales, construcción, comercio y transporte), la enorme mayoría del sector agrícola, las microempresas, etc. Este análisis indica las severas dificultades para extender la cobertura del IGSS en el futuro al enorme porcentaje de la PEA no cubierto.

CUADRO 14

PORCENTAJE DE LA PEA, OCUPADA CUBIERTA POR EL IGSS, POR GRUPOS OCUPACIONALES EN GUATEMALA: 1995

Categorías por Tipo de Ocupación	Total PEA Ocupada	Asegurados Activos IGSS	% de cobertura
Asalariados (públicos y privados)	1,405,634	a) 855,596	60.9
Patronos	39,657	0	0
Cuenta propia	1,092,142	0	0
Familiar no remunerado	437,767	0	0



Servicio doméstico	145,483	0	0
TOTAL	3,132,683	855,596	27.3

Fuente: elaboración de los autores basado en el cuadro 2 e IGSS 1996c.

a) Esta cifra comprende los asalariados privados y los activos de las clases Pasivas del Estado, ambos cubiertos en el IGSS en A. Este es el número máximo, lo siguen 742,488 cubiertos en IVS en IGSS, y 629,763 cubiertos en EM en IGSS (suma de los 10 departamentos cubiertos más clases pasivas del Estado.). Sólo se excluye a los asegurados en el Instituto de Previsión Militar pues los que pertenecen a otras pequeñas instituciones provisionales, como Banco y Universidad de Guatemala, periodistas, artistas, etc .están cubiertos por EM en IGSS.

e) Por sexo y edad de mujeres afiliadas a todos los programas: No fue posible obtener información sobre la distribución etárea y por sexo de todos los programas del IGSS. El cuadro 15 presenta estimaciones hechas por el Departamento Actuarial del IGSS sobre el programa IVM en base a un estudio realizado en 2005. Un actuario del IGSS considera que la estructura etárea y por sexo de los afiliados al programa IVS refleja la de los programas de EMA.

Pero la información del IVS excluye a la población menor de 15 años y, por tanto, a los niños menores de cinco años, beneficiarios del programa EM, así como a las mujeres que son beneficiarias del programa de maternidad, disminuye a un 18% aproximadamente.



Aún así, la mujer representa menos de un tercio de la población cubierta por el programa IVS, reflejando su escasa participación en la PEA y, por consiguiente, el limitado acceso que tiene a los servicios y beneficios del IGSS, bajo el modelo vigente, con excepción del programa de maternidad.

Si se incluyeran las beneficiarias de este programa, el porcentaje de mujeres sería mayor. En relación a la estructura etárea, los datos reflejan que el programa IVS aún está pendiente de llegar a la madurez.

CUADRO 15:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN ASEGURADA POR SEXO Y

EDAD PROGRAMA IVS, GUATEMALA: 2005

GRUPOS ETAREOS	ASEGURADOS	% IVS	HOMBRES	%	MUJERES	%
TOTAL	742,448	100.0	529,142	71.3	213,302	28.7
15-19	68,744	9.3	43,805	8.27	24,939	11.7
20-24	161,279	21.7	109,045	20.6	52,234	24.5
25-29	136,412	18.4	100,112	18.9	36,300	17.0
30-34	107,690	14.5	78,248	14.8	29,442	13.8
35-39	84,392	11.4	60,025	11.3	24,367	11.4
40-44	65,812	8.9	45,305	11.7	20,507	9.6
45-49	46,234	6.2	35,585	6.7	10,649	4.9
50-54	29,725	4.0	22,651	4.2	7,074	3.3
55-59	20,938	2.8	16,935	3.2	4,003	1.9
60-64	12,290	1.6	10,218	1.9	2,072	0.9
65-69	6,075	0.8	4,788	0.9	1,287	0.6
70-74	2,072	0.3	1,644	0.3	428	0.2
75-79	785	0.1	785	0.1	0	0.0

Fuente: IGSS, Estimaciones del Departamento Actuarial, 2005



El 28.7% de los afiliados en el IVS son mujeres, y la participación femenina en la PEA es de un 24% (Ruta Social 1996). Lo que explica la alta concentración de las mujeres trabajadoras en el área urbana. Por lo contrario, a nivel rural, la proporción el 84% son adultos jóvenes, comprendidos entre los 15-44 años de edad. Otro 13% corresponde a población entre los 45-59 años y el 3% es mayor de 60 años.

Esto es positivo en cuanto al equilibrio a mediano plazo de IVM pues habría un gran porcentaje de contribuyentes. “Además, una población donde predominan los adultos jóvenes, presenta un patrón de morbilidad y mortalidad ventajoso, porque predominan las enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias (de tratamiento de bajo costo), pero seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio, las hemorragias del aparato gastrointestinal superior, la violencia y los accidentes, las cuales tienen un tratamiento más costoso.”³⁹

Por lo contrario, las enfermedades crónico-degenerativas tienden a prevalecer en poblaciones de mayor edad y su costo de tratamiento es más alto. De ahí que sea importante prever que, con el “envejecimiento” del sistema, la importancia de estas patologías como motivo de consulta al IGSS irá en aumento, y con ello los costos de atención.

En base a estas consideraciones, resulta necesario que el modelo de atención que se proponga tenga como uno de sus pilares fundamentales la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, no sólo la infecciosa sino también la crónico



degenerativa, lo que a su vez significa propiciar el desarrollo y fortalecimiento paralelo del segundo y tercer nivel del sistema de atención. Es importante, además, incorporar el análisis de género y que los programas que se diseñen contribuyan a reducir las marcadas diferencias de cobertura entre hombres y mujeres, así como promover la atención de las necesidades específicas de la mujer en materia de salud.

No es posible hacer un análisis completo de la composición de la población cubierta por el IGSS en términos de edad y sexo debido a las limitaciones en la información disponible. Sin embargo, al tomar como base la población cubierta por el programa IVS, se pueden derivar varias conclusiones. La población cubierta por el IGSS en la actualidad es una población joven, lo que en términos del sistema de pensiones significa que no debe haber problemas inmediatos desde el punto de vista financiero, pero es probable que deban introducirse reformas a corto plazo para mantener esa situación en el futuro.

En términos del sistema de atención de salud, la composición etárea de la población cubierta define el patrón de morbilidad atendida por el IGSS, caracterizado por el predominio de enfermedades infecciosas. Sin embargo, en la medida que la población envejezca, la importancia de la enfermedad crónico degenerativa tenderá a incrementarse y, con ello, los costos de atención. En relación a la composición por sexo, hay una relación de 2.5 hombres por cada mujer afiliados al IGSS. Por consiguiente, en el diseño de un nuevo modelo de atención debe incorporarse el enfoque de género y promoverse la equidad de acceso a la mujer.

³⁹ Organización Panamericana de la Salud. **Op. Cit.** Pág. 110



➤ Barreras a la extensión de la cobertura poblacional: Las secciones anteriores han demostrado las dificultades para extender la baja cobertura poblacional del IGSS. Virtualmente la totalidad de la PEA cubierta (menos de una tercera parte) está en el sector formal, asalariado y predominantemente ubicado en zonas urbanas (o en áreas rurales con un porcentaje muy alto de asalariados en actividades agrícolas importantes). Lo anterior se aplica aun más al pequeño grupo asegurado fuera del IGSS. Más de dos terceras partes de la PEA no tienen cobertura de seguridad social y, debida a sus características, es difícil incorporarla. La mayoría de la fuerza laboral guatemalteca es informal (cuenta propia, familiares no remunerados, pequeños patronos y empleados de microempresas, etc.) o está en el sector agrícola o es asalariada temporal o desempleada o es indígena y no está incorporado al proceso productivo. Más de la mitad de los departamentos del país no tienen cobertura del programa EM y son precisamente los departamentos menos desarrollados y, con algunas excepciones, los más rurales y aislados, por lo cual se hace difícil extender el modelo típico del IGSS.

El análisis de las desigualdades en la cobertura por distintas variables demuestra la interrelación entre las mismas. El departamento con la segunda mayor cobertura es el de Guatemala, el cual tiene los grados más altos en desarrollo económico, ingreso por habitante y urbanización del país, y concentra el grueso del empleo formal asalariado, como el sector público, los servicios de electricidad, gas y agua, las finanzas. Por lo



contrario, los departamentos más rurales o que no tienen actividades económicas importantes, que son los menos desarrollados, sufren la peor cobertura y es en ellos donde se concentra la agricultura de subsistencia y la población indígena. Las actividades económicas con la cobertura más alta están en las ciudades y en el sector formal, pero en las zonas urbanas la cobertura más baja se encuentra en actividades económicas con alto grado de informalidad como construcción, comercio y servicios personales. Los niños mayores de cinco años y las mujeres están en su gran mayoría no cubiertos por el sistema; y las mujeres así como los menores son los que están probablemente más envueltos en el trabajo informal. Las áreas geográficas y los grupos más pobres de la población no tienen cobertura de la seguridad social y ésta se concentra en una minoría de ingreso medio y medio alto.

Cualquiera que sea el tipo de reforma de la seguridad social guatemalteca que se decida, la misma debe dar prioridad a la extensión de la cobertura poblacional, que es sin duda, la falla más grave del sistema actual. Una reforma que se concentre en mejorar las prestaciones y solidez financiera de la exigua minoría protegida y desatienda el grave problema de la desprotección de la mayoría de la población de bajo ingreso, será inadecuada a las necesidades más urgentes y justas del país.

El único intento serio por extender la cobertura del IGSS fuera de las zonas privilegiadas ha sido el programa de Escuintla, que se explica y evalúa a continuación. No hay duda que este programa especial ha logrado extender la cobertura poblacional, pues dicho departamento tiene el grado más alto de cobertura en el país (superior al



del departamento de Guatemala). Una pregunta crucial, sin embargo, es si dicho modelo es el adecuado y viable para avanzar hacia la universalidad en la cobertura nacional.

- El modelo de extensión de Escuintla: El modelo de Escuintla surge en 1989 como una respuesta a la necesidad que se plantea el IGSS a mediados de los ochenta, de buscar nuevas estrategias que le permitan extender su cobertura de atención en el área rural. La construcción de este modelo parte del análisis realizado por un grupo de técnicos nacionales (con el apoyo de organismos internacionales) de la situación de salud predominante en el país y en "Escuintla en particular, del modelo de atención vigente en la institución y de las dificultades y obstáculos que se presentan con dicho modelo para hacer efectiva la extensión de la cobertura."⁴⁰

Derivado de este análisis, se diseñó un modelo que contara con las siguientes características:

- ✓ Integralidad de la atención con énfasis en la prevención
- ✓ Toma en cuenta el contexto del individuo y la familia
- ✓ Horizontalidad, es decir, integrado en todos los niveles de atención clínicos y administrativos.
- ✓ Multidisciplinario (no sólo médicos, sino trabajadores sociales, promotores, etc.) e intersectorial.
- ✓ Integración funcional de las acciones.



- ✓ Racionalización de los recursos.
- ✓ Tecnología apropiada.
- ✓ Fortalecimiento de la infraestructura tecnológica.
- ✓ Solidario y acorde a la realidad nacional.
- ✓ Satisfacción de necesidades reales locales.
- ✓ Servicios oportunos y accesibles.
- ✓ Desconcentrado y eficiente.
- ✓ Distribución adecuada y programada de recursos.
- ✓ Agilización del trámite administrativo.
- ✓ Delegación de funciones, de autoridad y responsabilidad.
- ✓ Accesibilidad real.
- ✓ Demanda controlada.
- ✓ Capacitación permanente del personal.
- ✓ Información efectiva y oportuna.
- ✓ Coparticipación integral del usuario.

Las acciones a desarrollar se enmarcaron dentro de un enfoque integral de la situación de salud y sus condicionantes y comprenden:

- ✓ El individuo sano y su familia: Inmunizaciones, atención del parto a domicilio, quimioprofilaxis, educación y fomento de la salud, etc.
- ✓ El individuo enfermo: Detección precoz de enfermedades, de riesgos, manejo y control de padecimientos agudos, crónicos y degenerativos, seguimiento y soporte a la comunidad organizada.

⁴⁰ Sánchez, José. Romulo. **Op. Cit.** Pág. 81.



- ✓ Medio ambiente: Proyectos de saneamiento básico, agua potable y desarrollo sustentable, fundamentándose para ello en los sistemas locales de salud y en la coordinación intersectorial e interinstitucional.
- ✓ La comunidad y la organización comunitaria para la coparticipación y la auto responsabilidad de su propio cuidado, desarrollo social y económico integral.

Para el funcionamiento del modelo, se ha implementado la siguiente estructura de funcionamiento y organización, que consta de cuatro niveles de atención:

- Nivel I: Equipos de salud comunitarios, conformados por promotores(as) de salud, de seguridad e higiene, comadronas y auxiliares de enfermería y coordinados por una enfermera graduada. Sus funciones están relacionadas con: Integración, coordinación y asesoría a las acciones de los líderes comunitarios, comadronas, instituciones del sector, ONG's y otros sectores que coadyuvan al mejoramiento de la calidad de vida. Fundamentan sus acciones en la estrategia de atención primaria de salud. Forman parte también de los sistemas locales de salud.
- Nivel II: Consta de dos componentes: Atención médica ambulatoria y área administrativa y de apoyo, equipos de proyección comunitaria. Conformados por un trabajador/ra social, inspector/a de seguridad e higiene, enfermera graduada, y son coordinados por un médico comunitario. Cuentan con el apoyo de un odontólogo/a y psicólogo/a clínico/a. Su espacio de intervención es el municipio. Funciones de atención curativa, coordinación, apoyo y supervisión comunitaria, atención en



materia de prestaciones económicas.

- Nivel III: Conformado por tres hospitales locales y un hospital regional de referencia de Escuintla (4 en total), áreas administrativas de recaudación, caja y prestaciones en dinero. Otro ámbito es la Dirección técnico administrativa regional, responsable de la dirección, coordinación, asesoría, supervisión y evaluación regional. Vela por el mantenimiento del modelo y el uso racional de los recursos. Este nivel cuenta con un equipo integrado por un médico director regional, una enfermera graduada (jefe regional), una trabajadora social (supervisora regional) y un delegado administrativo regional.

- Nivel IV: "Área de referencia y apoyo metropolitano, tanto a nivel de hospitales especializados de alta complejidad como a nivel administrativo (oficinas centrales)."⁴¹

- Primera evaluación: Es sobre esta base que se pone en marcha en julio de 1989, el programa de extensión de cobertura de Escuintla. En 1991, la OPS-OMS realiza la primera evaluación del programa, llegando a las siguientes conclusiones:
 - a) El modelo responde a las características socioeconómicas de la población objetivo y a los avances científicos sobre los condicionantes de la salud.
 - b) Viene a llenar una necesidad social sentida y a resolver la falta de servicios de salud y seguridad social en el departamento.

⁴¹ **Ibíd.** Pág. 109.



- c) El empleo de la estrategia de atención primaria de salud con el aprovechamiento óptimo de los recursos disponibles es un ejemplo de una modalidad de servicios compatibles con el nivel de desarrollo de Latino América y el Caribe.
- d) La planificación inicial del programa no fue realizada sobre una base de información demográfica, epidemiológica, financiera y actuarial que llevó a subestimar los problemas a enfrentar y los recursos requeridos para su funcionamiento.
- e) En 1990, el modelo operó con un déficit de Q 6.3 millones producto de:
- 1) La deuda patronal; b) erogación adicional para pago de reajustes salariales; c) baja productividad en los servicios ambulatorios y de hospitalización; d) "alta demanda de servicios."⁴²
 - 2) Los principales factores que inciden en el desequilibrio financiero son externos al modelo y su solución corresponde al nivel central en coordinación con la Dirección Regional de Escuintla. El bajo rendimiento debe ser resuelto a nivel local.
- f) El costo de los servicios comunitarios representó únicamente el 10% del gasto en salud del IGSS, dando una cobertura prácticamente universal. Este costo no refleja tampoco la imagen que proyecta el IGSS y el impacto en la calidad de vida y las condiciones de salud de la población.
- g) "El gasto general en salud por afiliado fue un 7% inferior en Escuintla que en los otros departamentos con programas EMA."⁴³
- h) "La cobertura de población (afiliados y beneficiarios) de Escuintla se incrementó a 47.7%, al igual que la cobertura de inmunizaciones, que llegó al 80%. La tasa de

⁴² Cruz-Saco. **Op. Cit.** Pág. 56

⁴³ Organización Panamericana de la Salud. **Op. Cit.** Pág. 157



fatalidad por cólera fue apenas del 0.2%.”⁴⁴

En base a esta evaluación, la OPS emitió las siguientes recomendaciones:

- a) Favorecer la reproducción del modelo de extensión de cobertura a otros departamentos del país, previa introducción de los correctivos necesarios para mejorar las debilidades existentes.
- b) Impulsar la coordinación de acciones con el MSPAS y el aprovechamiento conjunto de las instalaciones, equipo y recursos disponibles.
- c) Definir estrategias para reducir la mora patronal y la del Estado.
- d) Elevar la productividad de los recursos humanos y los servicios.
- e) Desarrollar un sistema de monitoreo, control, supervisión y evaluación de las actividades financieras, administrativas y de prestación de servicios.
- f) Continuar la reorganización del sistema de información estadística para que responda a las necesidades del modelo.
- g) Entrenamiento administrativo y gerencial para el personal directivo. Iniciar procesos de educación permanente.
- h) Poner en vigencia el Acuerdo de la Gerencia del año 1990 para establecer y extender una red de servicios en los centros de trabajo de alta concentración laboral en coordinación con las empresas del sector privado.
- i) Reforzar las acciones orientadas a mejorar la atención del trabajador migrante y su familia (OPS-OMS, 1991).

⁴⁴ Cruz-Saco. **Op. Cit.** Pág. 183.



➤ Segunda evaluación: En 1993, se realizó una segunda evaluación del programa, en la cual se hizo especial énfasis en los aspectos financieros. Las principales conclusiones fueron:

- a) En 1992 se consiguió el saneamiento financiero del modelo, alcanzando incluso el superavit.
- b) El programa ha ejercido una influencia positiva en la reducción de la demanda per cápita de consulta externa y de hospitalización, de la cual se ha beneficiado también el MSPAS.
- c) Se ha logrado incidir en la reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna, así como en la mortalidad por causas diarreicas y el control de la epidemia del cólera.
- d) El programa de Atención Primaria en Salud superó su punto de equilibrio financiero.
- e) En 1992, su costo fue inferior a las economías del IGSS derivadas de la contracción de la demanda de servicios en el segundo y tercer nivel de atención.
- f) Existe un bajo nivel de ocupación de la capacidad hospitalaria disponible (55%) que repercute adversamente en el costo de los servicios.
- g) La poca fluctuación de la demanda mensual de servicios fortalece la hipótesis de que la mayoría de los trabajadores migrantes permanecen al margen del seguro social.
- h) El IGSS podría constituirse en el factor aglutinante para el desarrollo del Sistema Local de Salud (SILOS) en Escuintla.

Las recomendaciones de esta segunda evaluación son similares a las de la primera, y se hace énfasis en que pocas de ellas se han hecho efectivas a la fecha



- Tercera evaluación: Evaluación del modelo, realizada en 1996, ofreció las siguientes recomendaciones adicionales:
- a) Persisten las deficiencias en el sistema de información que limitan la utilización de los datos para la planificación y evaluación del programa.
 - b) Existe centralización en el manejo administrativo y financiero que impide el pleno desarrollo del programa y la toma de decisiones oportunas a nivel local que cuenten con respaldo político administrativo.
 - c) El modelo es positivo y debe favorecerse su reproducción en otros departamentos geográficos, como parte del proceso de reforma sectorial de salud, pero haciendo los correctivos señalados en todas las evaluaciones.
 - d) El modelo de atención se encuentra en fase de desarrollo y se basa fundamentalmente en el trabajo de los equipos comunitarios del nivel I. El trabajo que realizan los consultorios y hospitales no se diferencia del de otras redes de servicios.
 - e) Debe definirse una canasta básica a nivel comunitario que incluya atención médica ambulatoria y que permita el monitoreo y seguimiento de la productividad y calidad, articulado con la red de servicios.
 - f) Hay que fortalecer el abordaje de la problemática de accidentalidad en el departamento de Escuintla.
 - g) Debe aumentarse y facilitarse el pago del servicio prestado por las comadronas contratadas, a fin de incrementar la cobertura de atención materna y reducir los costos de atención del parto hospitalario. Hay que buscar mecanismos para que las

comadronas puedan afiliarse y gozar de los beneficios del Seguro Social



4.3. La mundialización y la crisis de la seguridad social

Estamos viviendo un largo período de adaptación a una economía mundial naciente. La crisis reciente en los mercados incipientes es el último de una serie de ajustes que empezaron a raíz de las bruscas subidas del precio del petróleo y continuaron con las crisis de la deuda en Africa y en América Latina en los decenios de 1970 y 1980 y la crisis europea de la transición en el de 1990, por no hablar de la presente situación particular del Japón y de los países de la Unión Europea.

En los diez próximos años, el asunto capital será la adaptación de las economías y de las instituciones nacionales al cambio mundial, así como la de éste a las necesidades humanas. La índole del problema y su solución variarán según las regiones, pero ninguna de ellas y ningún país saldrán indemnes. La mundialización ha hecho del «ajuste» un fenómeno universal, para los países ricos y los pobres por igual. Están cambiando la pauta misma del desarrollo y sus derroteros a largo plazo y reconfigurando los modelos de distribución de los ingresos de manera desigual. Si no se frena la tendencia actual, el mayor peligro que se nos plantea es la inestabilidad provocada por las desigualdades crecientes.



“La OIT habrá de ocuparse de tales crisis periódicas de ajuste y desarrollo en los diez años próximos, por lo que debe organizarse con tal fin.”⁴⁵

El cambio no es únicamente económico y social. En el orden político, muchos países constatan hoy que están sometidos a la vez al ojo crítico de los mercados y de la opinión pública, sin el beneficio de la duda y las subvenciones financieras que caracterizaron la Guerra Fría.

Por otra parte, los problemas de inseguridad de los seres humanos y de desempleo han vuelto a ser uno de los elementos capitales del quehacer político en la mayoría de los países. La dimensión social de la mundialización y los problemas y exigencias que impone al mundo del trabajo tienen hoy una proyección pública. Se percibe con creciente claridad que los mercados no operan independientemente de su entorno social y político. Se estima cada vez más que la protección social y el diálogo social, por ejemplo, son elementos ineludibles del propio ajuste.

La experiencia de las economías en transición, la creciente polarización social, la exclusión de África y la crisis reciente de los mercados incipientes han puesto de manifiesto la necesidad de contar con un sólido marco social para apuntalar la nueva arquitectura financiera.

⁴⁵ Méndez Menéndez, Meno. **Globalización y relativización de los derechos laborales**. Pág. 57.



Desde múltiples y muy diversas perspectivas se insiste en la urgencia de dar una dimensión humana a la economía mundial. El papa Juan Pablo II ha hecho hincapié en la necesidad de determinar quiénes deben garantizar el bien público mundial y el ejercicio de los derechos económicos y sociales. El libre mercado no puede hacer esto por sí solo, porque son muchas las necesidades humanas que no tienen cabida en él.

Es particularmente notable que el propio estamento empresarial exprese hoy esa misma preocupación. Klaus Schwab, organizador del Foro Económico Mundial de Davos, ha advertido que «las fuerzas de los mercados financieros parecen haber enloquecido, humillando a los gobiernos, reduciendo el poder de los sindicatos y de otros agentes de la sociedad civil y creando una sensación de vulnerabilidad extrema para unos individuos que se enfrentan con unas fuerzas y decisiones que los desbordan».

Así las cosas, la OIT ocupa ciertamente una posición privilegiada. Las empresas, los trabajadores y los gobiernos se sientan a su mesa. Sus instrumentos son el diálogo social y las normas relativas a la promoción de los principios y derechos fundamentales en el trabajo, el empleo y la seguridad de las personas.

Las soluciones no son en modo alguno claras. Se ha abogado por una nueva «arquitectura financiera mundial» y se han propuesto muy diversas medidas. En el plano internacional, entrañan la transformación del funcionamiento de las organizaciones financieras internacionales, una mejor coordinación, al servicio del



crecimiento, de las políticas económicas nacionales, unos sistemas de detección temprana de problemas inminentes y diferentes medidas relacionadas con el tipo de cambio o encaminadas a reglamentar los movimientos de capital especulativos.

En el plano nacional, las soluciones propuestas van desde una mejor supervisión y reglamentación financiera hasta unos sistemas de legislación y responsabilidad y una gestión más rigurosa de las empresas. La mayoría de estos temas rebasan el ámbito de competencia de la OIT. Lo que la Organización puede hacer es postular la importancia del empleo y de los derechos en el ámbito del trabajo, "cualquiera que sea en definitiva la arquitectura financiera establecida, y facilitar la presencia y la intervención de sus mandantes en el debate en curso. Sin el sustento de una sólida base social, la economía mundial carecerá de estabilidad y de credibilidad."⁴⁶

Ha empezado igualmente un debate paralelo sobre la necesidad de un marco social para las políticas de estabilización, ajuste y desarrollo como parte de las medidas encaminadas a reforzar el sistema financiero mundial. La OIT tiene que aportar obviamente su contribución a ese debate y hacer propuestas para hacer frente a las consecuencias a corto y largo plazo de la inestabilidad financiera y económica.

La OIT debe promover, y demostrar, la importancia de una política de empleo y de unas instituciones que faciliten la protección social y el diálogo social, no solamente con fines de justicia social sino también con miras a una política de ajuste eficaz al desarrollo económico a largo plazo. La crisis asiática puso clarísimamente de



manifiesto la necesidad de unas instituciones y sistemas de protección social y de diálogo social. Con harta frecuencia se descuidaron tales instituciones en una época de crecimiento rápido, y su debilidad a raíz de la crisis impidió el ajuste y la reestructuración de las empresas.

La OIT debe pronunciarse sobre la concepción de una política macroeconómica a plazo mediano. En particular, ha de ser capaz de asesorar sobre la utilidad relativa de los instrumentos fiscales y de los monetarios, en lo que se refiere a sus repercusiones respectivas en la política social y de empleo. Debería centrarse en la complementariedad entre la política macroeconómica y la laboral como modo de promover el empleo.

En suma, la OIT tiene que idear y aplicar una serie de políticas que versen sobre el empleo, la protección social y el desarrollo institucional y que sean las más adecuadas en las diferentes situaciones regionales.

Las políticas deben sustentarse con un marco normativo global, que sea aceptado universalmente y aplicado en el plano nacional mediante el desarrollo, los sistemas legislativos y las estructuras institucionales.

4.4. La mundialización y el financiamiento de la seguridad social

⁴⁶ **Ibíd.** Pág. 96.



En opinión de los responsables de las políticas públicas, la creciente globalización y la competencia internacional consecuente han restringido las opciones en materia de política social. La liberalización económica debilitó aún más a algunos de los grupos de interés tradicionales que estaban a favor de las políticas de seguridad social. La democratización, con el aumento consiguiente de puntos de veto institucional y de la fuerza de los actores partidistas con poder de ejercerlo, estancó las recientes iniciativas de reforma. De esta manera, el orden que siguieron las aperturas económica y política permite explicar el tipo de reforma a la seguridad social que se diseñó en los años noventa. Dado que en Guatemala la liberalización económica precedió a la política, los cambios en el modelo económico hicieron surgir presiones para que se reformara el sistema de seguridad social, al tiempo que las decisiones políticas seguían estando básicamente centralizadas en el régimen del PAN.

La liberalización de la cuenta corriente y de capital en América Latina, ocurrida en las décadas de los ochenta y noventa, fue paralela al proceso general de globalización económica que estaba teniendo lugar como resultado del cambio tecnológico del decenio de los setenta. En este contexto específico, globalización económica, se refiere al aumento del comercio, la inversión extranjera directa (IED) y la inversión de cartera que se verificó en las últimas décadas del siglo XX.

La integración comercial en América Latina sucedió antes y de manera más rápida que la integración financiera, con una amplia apertura comercial que se inició en los años ochenta en muchos países. La liberalización financiera, incluida la eliminación de las



restricciones a la IED y al control del capital, empezó realmente en muchas naciones en los años noventa (Morley, Machado y Pettinato, 1999). Sin embargo, a finales del siglo, la integración de la IED en el continente seguía aún lejos de los niveles de la OCDE.⁴⁷

En términos generales, una mayor apertura comercial, flujos crecientes aunque modestos de IED y reducciones importantes al control de los capitales son los síntomas de la expansión de la globalización económica latinoamericana en las décadas de los ochenta y noventa. El cuadro 1 muestra los indicadores de globalización económica para México y los promedios para América Latina y el Caribe.

Cuadro 16

Indicadores de globalización para América Latina y el Caribe (1975-1999)

Comercio IED neta Flujos netos de capital (% del PIB) (% del PIB) privado (% del PIB, PPP)

Año	Guatemala	A L y C	Guatemala	A L y C	Guatemala	A L y C
1975	16.51	23.95	0.69	0.89		2.49
1980	23.68	26.60	0.96	0.80	4.39	4.74
1985	25.75	26.54	0.27	0.62	4.16	2.88
1990	38.31	26.14	1.00	0.75	4.55	3.90
1995	58.17	30.94	3.33	1.78	6.01	5.18
1999	62.80	34.16	2.44	4.55	4.55	7.31

Fuente: World Bank, 2001.

⁴⁷ Hirst y Thompson, Patrick. **Patrones sociales ante la globalización**. Pág. 34.



Entre los politólogos se considera que la globalización ejerce dos efectos contrarios sobre los regímenes de asistencia pública. Por una parte, la competencia económica exige que la economía se haga más eficiente y, por ende, que se recorte el gasto del gobierno en ese rubro. Por otra parte, se dice que las dificultades ocasionadas por la integración económica elevan las demandas de seguridad social a causa de los desajustes laborales. Examinaremos cada una de estas suposiciones.

La hipótesis de la eficiencia afirma, en esencia, “que a mayor integración económica internacional corresponde una mayor competencia económica. Esto último obliga a los estados a eliminar funciones y gastos innecesarios, lo que les lleva a reducir sus compromisos en materia de asistencia social.”⁴⁸

Aunque la versión usual de la tesis de la eficiencia plantea una reducción general de los servicios sociales que presta el gobierno, es posible hacer pronósticos específicos según el tipo de integración económica de que se trate. Por ejemplo, el incremento del comercio urgirá a los productores nacionales a reducir sus costos a fin de competir mejor con las nuevas importaciones en el mercado nacional o de mantener su competitividad en los mercados extranjeros.

“De acuerdo con la teoría de Heckscher-Ohlin, dado que la mano de obra es abundante en América Latina, suelen exportarse bienes de mano de obra intensiva. En



consecuencia, mantener bajos los costos de personal es importante para que las exportaciones sigan siendo competitivas.⁴⁹

Además, muchas naciones latinoamericanas con sueldos medios empiezan a resentir la competencia de los países asiáticos que pagan salarios muy bajos, lo que presiona aún más a los gobiernos a mantener bajos los sueldos. Debido a estas nuevas razones de competitividad, los productores exigen que se reduzcan los impuestos aplicados a costear la seguridad social, y el incremento del comercio hace entonces que disminuyan las contribuciones patronales a la misma y, quizá, que éstas recaigan ya sea en los empleados o en el Estado. Esto, a su vez, genera presiones para que se restrinjan las prestaciones, aumenten los requisitos para ser derechohabiente y se trasladen más cargas de la asistencia pública al sector privado como protección contra la pérdida de empleos.

El aumento de la IED crea presiones similares sobre la competitividad de los precios. Los inversionistas extranjeros comparten la misma preocupación que los productores nacionales con respecto a la competitividad de los precios en los mercados internos y externos. Entonces, presionan a los gobiernos con la amenaza de frenar las inversiones, induciendo con ello a los gobiernos latinoamericanos a empezar a competir entre ellos por tener los impuestos al trabajo y las prestaciones más bajos. En las naciones con escaso ahorro interno, el aumento de la IED tiende a hacer que

⁴⁸ Starnge, Karl. **Eficiencia en la administración pública general**. Pág. 56

⁴⁹ Heckscher-ohlin, Lorenz. **Análisis de la realidad laboral de América latina en la última década**. Pág. 114.

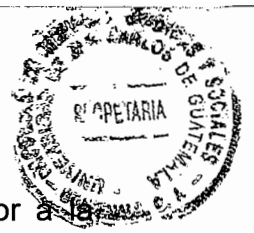


disminuyan las aportaciones patronales (o los impuestos al trabajo) destinadas a la seguridad social, que se reduzcan las prestaciones y que la provisión de la asistencia pública se traslade del Estado al sector privado.

Asimismo, las inversiones de cartera generan presiones sobre los gobiernos de América Latina, sobre todo porque una gran proporción de las mismas es en deuda gubernamental. Los inversionistas de cartera buscan negocios seguros con ganancias provechosas y no les interesa tanto el capital humano como el resultado general de la economía y el déficit fiscal que determinan las tasas más altas de interés y los prospectos de ganancia. Asimismo, la movilidad de los capitales se ha asociado con la reducción de las tasas de impuestos al trabajo en las economías industrializadas.

Por tanto, a medida que aumenta la inversión de cartera en América Latina, los gobiernos se sienten obligados a mantener bajos sus gastos generales y los déficit presupuestarios, al tiempo que sostienen un nivel mínimo de productividad económica. El aumento en la inversión de cartera presiona a los gobiernos para que acoplen su sistema de seguridad social al modelo liberal, reduciendo las contribuciones del Estado, los impuestos al trabajo, los niveles de prestaciones y la cobertura, y trasladando una mayor proporción de la asistencia pública al mercado privado de las aseguradoras.

Por el contrario, la tesis de la compensación afirma que, por lo general, al aumentar la integración comercial, surgen más demandas de asistencia pública para proteger a los trabajadores del creciente riesgo de desempleo que enfrentan debido a la apertura económica (particularmente, la comercial). "Esta idea se basa esencialmente en la



experiencia de los países desarrollados pequeños durante el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial, aunque también se ha aplicado en fecha reciente a las naciones en vías de desarrollo.”⁵⁰

En América Latina, el crecimiento del comercio en los años ochenta fue acompañado de una mayor desigualdad de ingreso antes de los impuestos y transferencias, contrariamente a las predicciones de la teoría de Heckscher-Ohlin. “Según los modelos formales de los economistas, al aumentar la desigualdad salarial tendría que haber más demandas de redistribución de la seguridad social, dada la disminución del ingreso del elector promedio.”⁵¹

Por tanto, cuando la apertura comercial va de la mano de más desigualdad salarial, las demandas de una seguridad social redistributiva (prestaciones generosas y una estructura impositiva progresiva) y universal (flexibilidad para los perdedores, cobertura) tienden a aumentar. Esta hipótesis de compensación alternativa sugiere que, al extenderse la integración económica, aumentan las demandas de que se apliquen reformas que lleven a los regímenes de asistencia pública hacia su tipo ideal democrático.

En términos generales, la tesis de la compensación ha tenido pocos partidarios en América Latina. Los estudios cualitativos y cuantitativos sobre seguridad social realizados en la región revelan la tendencia a una contracción del sistema de asistencia

⁵⁰ Rodrik, Manuel. **Desenlaces sociales del siglo XX**. Pág. 78



pública en las economías con mayor apertura. El hecho de que la globalización económica muestre esa tendencia en América Latina quizá ilustre los efectos que tiene en la capacidad de los beneficiarios tradicionales de la seguridad social para impedir que disminuya el gasto en la asistencia pública. Los beneficiarios tradicionales en América Latina han sido el sector formal y los trabajadores organizados. Dado que la apertura económica ha mermado la capacidad de organización de los trabajadores de los sectores de bienes comerciables y ha aumentado el tamaño del sector informal, la liberalización ha debilitado la base de apoyo tradicional del sistema de seguridad social en América Latina. De esta manera, la globalización puede facilitar que se reduzca el gasto en asistencia pública a través de dos mecanismos: generando presiones con respecto a la competitividad que inciten a hacer recortes en dicho sistema, y disminuyendo la capacidad de los beneficiarios para proteger su derecho a recibir servicios de seguridad social.

Los debates en torno a la globalización sugieren hipótesis sobre las presiones y tipos de cambios que podrían afectar los regímenes de asistencia pública. Sin embargo, las instituciones políticas internas traducen las presiones de la globalización en verdaderas reformas a la política social. La literatura sobre la globalización predice que el modelo liberal de asistencia pública supone reducciones de gastos que son fundamentalmente contrarias a las políticas de ampliación del sistema de asistencia. Los costos del recorte a menudo recaen principalmente en los beneficiarios, mientras que los beneficios tienen alcance general (eficiencia y desarrollo de la economía). De ahí, por ejemplo,

⁵¹ Romer, Homero. **Sociología del trabajo**. Pág. 223.



que en ciertas naciones industrializadas los recortes de la asistencia pública hayan sido limitados por corporaciones fuertes.

Como saben los estudiosos de la democracia, lo que más abunda son definiciones y conceptos de ella, muchos de los cuales son muy cuestionados. Las transiciones democráticas que ha vivido América Latina desde la década de los ochenta dieron lugar a un renovado interés por interpretar, definir y medir la democracia. La proliferación de estudios sobre democratización y democracia en América Latina contribuyó a que se empezara a hablar de “democracia con adjetivos”, o a calificar los tipos de ésta en el continente con más adjetivos para distinguir la observada en contextos particulares. Esos debates son importantes para comprender en qué medida ha ocurrido una transición o consolidación democrática en un determinado contexto. Cuando se estudian los resultados de las políticas públicas, los politólogos se interesan menos en los debates normativos o teóricos sobre la democracia que en observar cómo la democracia o la democratización modifican el proceso político de tal suerte que afectan los resultados de las políticas. Los politólogos quieren saber cómo el proceso de democratización puede modificar los intereses de los líderes políticos y la capacidad de los grupos para acceder a la toma de decisiones.

Por estas razones, los politólogos a menudo adoptan aquellas definiciones que se basan en los procedimientos de la democracia que les permiten observar y medir la forma en que la democratización actúa sobre los resultados de las políticas. Aunque otras concepciones de lo que es la democracia son también importantes y algunas



incluso cuestionarían si México es hoy en día una democracia consolidada, una definición sobre procedimientos brinda el marco de referencia para el análisis que sigue.

La interpretación de Dahl sobre la democracia es una de las definiciones de este tipo que más se utilizan hoy en día. Según este autor, la democracia tiene dos dimensiones: la participación política y la competencia política. Un incremento en cualquiera de ellas está relacionado con el proceso de democratización. El hecho de que aumente la participación o la competencia política implica naturalmente otros requisitos, como la protección de las libertades y derechos asociados con las concepciones teóricas clásicas de la democracia. “La última fase de la democratización en la Europa Occidental de finales del XIX y principios del XX consistió en ampliar el sufragio a nuevos votantes, entre ellos los trabajadores, o en aumentar la participación política.”⁵²

En muchos casos, este proceso de democratización estuvo asociado con la creación o expansión de un sistema moderno de seguridad social o asistencia pública (Flora y Alber, 1981). Pero, a diferencia de la experiencia de los países industrializados, en Guatemala la democratización de finales del siglo XX se debió a un aumento en la competencia política, más que a una mayor participación.³ El incremento en la competencia política se manifiesta en dos procesos: el aumento en la competencia electoral y el aumento en la influencia de quienes tienen poder de veto en el proceso de formulación de políticas. Ambos procesos pueden influir en los resultados de la reforma del sistema de asistencia pública.



En primer lugar, al haber mayor competencia electoral los intereses de los partidos políticos cambian, pues deben aumentar su capacidad de respuesta a los votantes y sus acciones para satisfacer sus demandas. Asimismo, al haber mayor competencia electoral, las relaciones entre los partidos y los grupos de interés organizados, como serían los de los patrones o de los trabajadores, pueden tender a realinearse, pues tales grupos buscan nuevas alianzas partidistas para apoyar o bloquear las iniciativas de reforma. En segundo lugar, el aumento en la competencia política puede dar más peso a quienes tienen poder de veto, al dividir aún más la capacidad decisoria entre el presidente y el Congreso, y entre los múltiples partidos políticos con escaños en este último. Vamos a examinar una a una las distintas consecuencias del incremento de la competencia política sobre la reforma de la seguridad social.

En conjunto, estas dos hipótesis sugieren que los efectos de la globalización sobre los regímenes de seguridad social se refractan a través de las instituciones políticas nacionales antes de que las políticas públicas produzcan resultados. En particular, la probabilidad de una reforma al sistema de asistencia pública depende de la habilidad de quienes sufren los costos de la reforma para acudir a los actores con poder de veto o para utilizar puntos de veto institucional a fin de bloquearla. Los partidos políticos que busquen apoyo electoral a nivel municipal y estatal descubrirán quizá que la política de seguridad social es ahora menos útil para sus propósitos.

⁵² Dhal, Core. **Teoría de las democracias**. Pág. 3.



Asimismo, las nuevas alianzas formales e informales entre los grupos de interés organizados y los partidos políticos pueden alterar la agenda de políticas públicas. El aumento en el número de actores con poder de veto y la importancia creciente de los puntos de veto institucional hacen menos probable que se dé una reforma radical.

En Guatemala, el proceso de liberalización económica y apertura del mercado ante las presiones de la globalización ocurrió antes que el proceso de democratización.

Este orden es importante porque fue lo que dio lugar a que se redujera el gasto en asistencia pública, cuando el partido gobernante aún controlaba las instituciones decisorias más importantes del país.

4.5. Caducidad y necesidad de reforma la estructura actual del seguro social

En el decenio del 90 está ocurriendo un movimiento muy fuerte de reforma de la seguridad social en América Latina. La misma está mucho mas avanzada en pensiones que en salud, aunque es aconsejable efectuar una reforma global que comprenda ambos programas. Hasta fines de marzo de 1997 nueve países habían introducido reformas o aprobado leyes de reforma pensional que entrarán en vigor este año. En cuanto a salud, cuatro países han introducido o están en proceso de implantación de reformas importantes. Hoy la pregunta no es si debe o no reformarse la seguridad social (y especialmente las pensiones) sino que tipo de reforma debe seleccionarse.



En esta sección se resumen las principales reformas de seguridad social (especialmente pensiones) que han ocurrido en América Latina, se evalúan sus ventajas y desventajas, y se analiza su aplicabilidad al caso de Guatemala.

- La Reforma de la salud: La atención de salud en América Latina se ofrece por tres sectores. El sector público está administrado por el ministerio de salud que usualmente ampara a segmentos de la población con menores ingresos. El sector de seguro social (programa de enfermedad-maternidad) normalmente cubre a grupos de ingresos medios. Estos dos sectores combinados cubren la gran mayoría de la población y continúan siendo predominantes en la región. El sector privado es el mas pequeño y normalmente protege a grupos de ingreso medio-alto y alto, pero se encuentra en rápida expansión en muchos países. Este sector comprende: instituciones sin fines de lucro (ONGs, organizaciones religiosas y de caridad, comunidades, etc.); instituciones lucrativas (hospitales, clínicas y personal, seguros, planes prepago, etc); y practicantes tradicionales de la medicina que cobran sumas modestas por sus servicios.

Hasta el momento, la región no ofrece ejemplo alguno de privatización total o mayoritaria de los servicios de salud como veremos sucede con las pensiones. Tres tipos de reforma se han implantado o están en proceso: (1) continuación de los sectores de seguro social y público (con relativa integración o alta coordinación) pero con colaboración marginal con el sector privado; y (2) programas paralelos o selectivos duales (libertad de escoger servicios entre los sectores público y privado); y (3)



programas selectivos múltiples (en que el asegurado puede escoger entre numerosos proveedores de naturaleza diferente.

4.6. Comparación con otros países y sistemas

➤ Reformas No Estructurales

a) Costa Rica: La reforma no estructural de Costa Rica hizo más estrictas las condiciones de adquisición de la CCSS, aumentó sus contribuciones, y sentó las bases para resolver el problema de las pensiones independientes del sector público con lo cual eliminó privilegios y completó la unificación del sistema. La cobertura de este sistema es casi universal y funciona la solidaridad mediante transferencias para la cobertura de los indigentes; el valor real de las pensiones se restauró después de una caída. El programa voluntario de pensiones complementarias abarca el 25% de los asegurados y ha acumulado un fondo considerable. Pero el costo del sistema y la contribución salarial son ya muy altos y parece tener un desequilibrio actuarial. Esto ha forzado la consideración de una nueva reforma que incluye el endurecimiento de las condiciones de acceso y un programa obligatorio de pensiones complementarias.

b. México: La primera reforma (no estructural) mexicana aumentó las contribuciones y flexibilizó las reglas de inversión del IMSS, pero no reformó las condiciones de acceso (que ya son bastante estrictas), ni redujo los altos gastos administrativos, y restauró el valor real de las pensiones a casi el nivel de 1980. Estos cambios, no lograron evitar el



desequilibrio contable que se proyecta para 2002. Además el IMSS carece de un elemento fuerte de solidaridad en las pensiones (aunque si lo tiene en salud) y la cobertura de la PEA (uniendo a todos los seguros sociales) no llega al 40%. Las posibilidades de aumentar significativamente dicha cobertura son escasas pues el 7% de la contribución salarial (SAR y vivienda) fueron destinadas a mejorar las pensiones y beneficios de los ya cubiertos en vez de extender la cobertura. El SAR cubría a casi la tercera parte de la PEA y acumuló en tres años una tercera parte del fondo de las AFP en Chile, pero esto se explica por una población casi 8 veces mayor en México que en Chile. Además, el rendimiento real del SAR promedió 5% (menos de la mitad del de Chile y subsidiado por el Estado) y el de la subcuenta de vivienda fue negativo (promedió 4.65% en 1993 y 1995). "La grave crisis económica de México en 1995 agravó estos problemas e hizo más fuerte la presión para incrementar el ahorro y la inversión domésticos."⁵³

- Reformas estructurales: a. Sustitutivos: Chile, Bolivia, El Salvador y México : La reforma de las pensiones en Chile ha generado las siguientes ventajas importantes:
- (i) reducción de la contribución salarial del asegurado;
 - (ii) pensiones más elevadas en nuevo sistema (hasta ahora) y un otorgamiento más fácil y rápido de las mismas;
 - (iii) erradicación de los regímenes privilegiados (con excepción de las fuerzas armadas, lo cual es cierto en todas las reformas, salvo en Bolivia);
 - (iv) bono de reconocimiento por las contribuciones anteriores abonadas al programa antiguo (con ajuste a la inflación e interés real del 4% anual);
 - (v) garantías estatales para los asegurados en cuanto a: rendimiento mínimo de la inversión, bancarrota de AFPs o

⁵³ Mesa-Lago. *Op. Cit.* Pág. 127



compañías de seguro, etc.; (vi) rendimiento real muy alto de la inversión (12.2% promedio); y (vii) eventual desaparición del oneroso programa antiguo.

No obstante, contra las expectativas de los fundadores, existen desventajas y preguntas sin respuesta sobre la reforma chilena:

i) 54% de los afiliados no contribuye activamente al programa de CPI y o bien la cobertura global efectiva de la PEA es menor o el costo fiscal de la pensión mínima va a ser mucho mayor que lo proyectado;

ii) la cobertura del sector informal de la fuerza laboral es mínima, por ejemplo, sólo un 11% de los trabajadores independientes está afiliado y un 4% es contribuyente activo (la mayoría de estos son profesionales de relativamente alto ingreso) pero este grupo, relativamente pequeño en Chile, constituye la mayoría de la fuerza laboral en muchos países latinoamericanos;

iii) hay una alta concentración de la cobertura de afiliados en las tres AFP más importantes, creciendo de 60% a 69% del total; el número de AFPs se mantuvo estático en 12 en 1981-87, aumentó a 21 en 1994 y cayó a 13 en 1996, sólo una más que al comienzo;

iv) la elección de AFP por el asegurado es principalmente el resultado de la actividad de los vendedores (15,432 en 1995, los cuales absorbieron el 41% del costo administrativo total y cambiaron al 45% del total de asegurados contribuyentes), así como de la publicidad, y no de los mayores rendimientos y menores comisiones de las AFPs, lo que indica que el asegurado no tiene el conocimiento suficiente para tomar decisiones y que, por tanto, el sistema no es tan competitivo como se pregona;



v) hay proyecciones contradictorias de las tasas futuras de reemplazo salarial, las que fluctúan entre 37% y 86% para los hombres y de 32% a 57% para las mujeres (lo que demuestra una notable discriminación por sexo) según se usen supuestos pesimistas o optimistas para esos cálculos;

vi) hay dudas sobre la capacidad del mercado interno de capitales para absorber el monto creciente de fondos (a fines de 1996 igual a 39% del PIB y que se proyecta alcanzará el 100% del PIB en el año 2025);

vii) los altos rendimientos de las acciones de empresas parecen estar inflados artificialmente por la cantidad reducida de las que califican en la bolsa; la autorización para invertir hasta el 9% del fondo en instrumentos extranjeros (una posible alternativa para canalizar el creciente flujo de capital debido a la limitada disponibilidad de oportunidades internas de inversión) no ha dado resultado hasta ahora; y el rendimiento real negativo en 1995 (-2.5%) ha provocado una caída en la proporción del fondo invertido en acciones de empresa;

viii) "o hay evidencia de que el sistema como un todo (combinando el antiguo y el nuevo) haya tenido un efecto positivo neto sobre el nivel de ahorro interno, por lo contrario, en 1981-95 el balance neto resultó negativo en cada año y promedió -2.6% en el periodo; esto se debe, a pesar de la acumulación enorme del fondo de CPI, a que el costo fiscal de la reforma es mayor, porque el Estado debe sufragar el déficit del programa público, el bono de reconocimiento y la pensión mínima; y (x) "hace falta un balance actuarial global de todo el sistema, y las proyecciones de los costos futuros varían ampliamente porque los datos son incompletos." ⁵⁴

⁵⁴ **Ibid.** Pág. 139.



La reforma boliviana incorporó un elemento innovativo: el fondo de capitalización colectiva, pero el mismo discrimina arbitrariamente por la edad del asegurado (los que eran menores de 21 años al 31 de diciembre de 1995 no tienen derecho al bono) y, además, no tiene en cuenta el ingreso de los beneficiarios; hubiera sido mas razonable y progresivo que se hubiese usado ese fondo para asistir a las personas mas necesitadas. Un serio problema es que habrá un duopolio de AFPs en los primeros 5 años de operación, el gobierno ha asignado a los asegurados a las dos AFPs y no se permitirán cambios hasta el año 2000, por lo que el sistema no será competitivo. También en los primeros 15 años toda la inversión estará en títulos de la Tesorería y el Estado no ofrece garantía alguna a los asegurados.

La reforma salvadoreña probablemente reducirá los costos fiscales de la transición, porque: (i) mantiene la contribución del empleador y aumenta la del asegurado, (ii) impone fuertes restricciones a la pensión mínima y al bono de reconocimiento, y (iii) elimina las garantías estatales que existen en Chile, pero estas dos últimas limitaciones disminuyen las bondades de dicho sistema. Además, debido al reducido número de asegurados (como en Bolivia) sólo funcionarán 2 ó 3 AFPs, por lo que no habrá competencia. El mercado de valores recién se ha regulado y tendrá problema para absorber el flujo de capital por lo que se concentrará la inversión en valores públicos y será difícil diversificar la cartera.



En estos dos países, no sólo se eliminan algunas de las ventajas del modelo chileno sino que, además, debido a características económicas locales no funcionarán elementos esenciales como la competencia, y el rendimiento del fondo posiblemente será menor. No hay posibilidades realísticas de extender la cobertura poblacional con este modelo, lo cual es un problema pues sólo 12% de la PEA está cubierta en Bolivia y 23% en El Salvador. El sector informal en ambos países es muy grande y el sistema concede cobertura voluntaria a los trabajadores independientes (ya se vio que proporción tan pequeña de ellos está incorporada al sistema chileno).

La reforma mexicana se distingue de las tres anteriores porque su administración no es exclusivamente privada sino múltiple. Este modelo debería reducir también los costos fiscales de la transición pues mantiene la contribución del empleador, elimina el bono de reconocimiento (aunque da la opción a los actuales asegurados de acogerse a las condiciones de acceso del sistema antiguo al tiempo del retiro), requiere 24 años de contribución para otorgar la pensión mínima, y no otorga otras garantías estatales como en Chile. Debido al gran tamaño de la población cubierta y mayor desarrollo del mercado de capitales, existen muchas mas posibilidades de mejor competencia en México que en Bolivia y El Salvador (hay 17 AFORES aprobadas) y de mas alto rendimiento de la inversión (pero en el primer año de funcionamiento toda la inversión deberá estar colocada en valores públicos). Aunque la cobertura de la PEA en México es mayor (38%) que en los otros dos países, existe un vasto sector informal que será igualmente difícil de cubrir con el nuevo sistema, que sólo ofrece cobertura voluntaria a los independientes.



b. Mixtos: Argentina y Uruguay : El sistema mixto combina ventajas del seguro social y del programa de CPI. El mantenimiento del programa público (aunque reformado), sostiene elementos básicos de solidaridad, mientras que la CPI estimula el ahorro individual y provee pensiones complementarias de acuerdo con el ingreso/contribuciones del asegurado. Además, este sistema debería reducir los costos fiscales de la transición en los dos países, por las razones siguientes:

- i) el déficit del programa público es mucho menor que en Chile, porque dicho programa no se cierra y continúa recibiendo las contribuciones de los empleadores (que no fueron eliminadas como en Bolivia, Chile y Perú), además las condiciones de acceso se han hecho más estrictas y adecuadas a las características demográficas de estos países;
- ii) el costo del bono de reconocimiento en Argentina (prestación compensatoria que realmente no era necesaria) es también menor porque tiene un techo y no paga interés, mientras que en Uruguay no se otorga dicho bono porque los asegurados en el sistema mixto no se transfieren de un programa a otro; y
- iii) el Estado no tiene que garantizar una pensión mínima en el programa de CPI, pues el programa público paga una pensión básica y los años de contribución requeridos para acceder a dicha pensión son más altos que en Chile (lo cual debería reducir a los "free riders"). Los cambios de administradoras se limitan a dos por año, lo cual debe disminuir los costos de mercadeo y vendedores.

En Argentina se creó una agencia estatal unificada de recaudación que resuelve el problema sufrido por los empleadores chilenos de llenar múltiples formularios para las varias instituciones administradoras de la seguridad social. El número de AFJPs en



Argentina es de 21 (actualmente el mas alto de todos los países) y el grado de concentración de los asegurados en las tres mayores es 40% (el mas bajo), por lo que parece haber mayor competencia. Este es un punto interesante pues Argentina no sigue el modelo chileno de administración privada exclusiva, sino que hay múltiples tipos de gestores de las AFJPs. Además, en Argentina, el rendimiento real de la inversión ha sido hasta ahora más alto que en Chile, aunque el periodo de funcionamiento de la primera es muy corto para llegar a conclusiones sólidas en este punto. En ambos países los trabajadores independientes siempre han estado cubiertos y esto continúa en el nuevo sistema, por lo que la cobertura poblacional es más amplia que en Chile.

En cuanto a las desventajas, hay dudas sobre si el programa público será auto financiable con parte de los ingresos por contribuciones que antes recibía (sólo 60% en Argentina). Esto pudiera en parte compensarse con los nuevos impuestos concedidos por el Estado, más el endurecimiento de las condiciones de adquisición (más en Argentina que en Uruguay), la eliminación de privilegios y la reducción del monto de las pensiones antiguas a una básica. Pero habrá que esperar un tiempo para encontrar respuesta a esta duda.

También, como en Chile, se reporta en Argentina que sólo 58% de los afiliados contribuyen activamente al programa. En Uruguay se permite invertir hasta el 100% del fondo en valores públicos y no se dispone de información sobre la composición actual de la cartera y el rendimiento real del fondo. Aunque hay mas flexibilidad en Uruguay



que en Bolivia (y en el primer año en México), en que obligatoriamente hay que invertir todo el fondo en valores públicos, el máximo de Uruguay es el doble que el legal y actual de Argentina y Chile, y diez veces la proporción actualmente invertida en dichos instrumentos en Colombia y Perú.

c. Paralelos: Colombia y Perú: Este modelo tiene la ventaja de que los asegurados, presentes y futuros, pueden escoger entre el programa público y el de CPI (con administración privada en Perú y múltiple en Colombia). Esta libertad, por tanto, es mucho más amplia que el modelo sustitutivo, a parte que se termina el monopolio de la seguridad social (ONP e ISS) y se estimula la competencia. El modelo colombiano de inicio tenía varias ventajas sobre el peruano: las condiciones de adquisición se hicieron mucho más estrictas y las contribuciones de ambos programas se homologaron. Por lo contrario, en Perú, hasta 1995, las contribuciones del asegurado en ONP eran inferiores que en las AFPs, mientras que las condiciones de acceso eran mas liberales en el primero. Por ello, la proporción de asegurados que se pasó al programa de CPI fue muy baja en Perú, hasta que se homologaron las contribuciones y algunas condiciones de acceso en los dos programas. En 1996 el 58% de los asegurados se había cambiado al programa de CPI en Perú y 40% en Colombia; esta diferencia actual parece explicarse por una mejor situación financiera del ISS versus la ONP. En ambos países se han puesto limitaciones al bono de reconocimiento y a la pensión mínima, por lo que su costo deberá ser menor.



En Colombia se restringen los cambios de administradoras a dos por año, lo que debe reducir los costos de mercadeo y vendedores, mientras que en Perú no hay limitaciones (como en Chile) por lo que dichos costos deben ser más altos.

En Perú, el bono de reconocimiento se ha otorgado a menos del 1% de los asegurados y la pensión mínima no se otorgaba inicialmente; en 1995 se estableció el principio legal sobre la segunda pero se cargó su financiamiento a las AFPs (en vez del Estado) y no se ha dictado la regulación necesaria, por lo que no está en vigor. Mas aún, el Estado no garantiza el rendimiento mínimo de la inversión, ni las pensiones en caso de bancarrota de AFPs o compañías de seguro, por todo lo cual, el modelo peruano es mas duro que el chileno ya que elimina varias de sus ventajas. En ambos países existe la interrogante sobre si el programa público (ONP e ISS) estará equilibrado; en el caso peruano esta duda es mayor puesto que no se han restringido todas las condiciones de acceso de dicho programa (excepto el aumento de la edad de retiro) como se hizo en Colombia (en este último las reservas del ISS se han triplicado desde la reforma).

En Colombia existen 9 SAFPs y el grado de concentración en las tres mayores es del 58% (menor que en todos los países salvo Argentina), mientras que en Perú el número de AFPs se ha reducido de 8 a 5 y el grado de concentración es el 73% (el mas alto de todos los países). El rendimiento real de la inversión en ambos países (7% en Perú y 6.7% en Colombia) es muy inferior a los de Argentina (16.2%) y Chile (12.2%) y en Perú exhibe una tendencia declinante; el tamaño mas pequeño del mercado de valores en los dos países (o características de los modelos) pudiera explicar esta diferencia.



Sólo el 45% de los afiliados son contribuyentes activos en Perú y una mitad en Colombia, proporciones muy parecidas a las de los otros países con CPI, lo que refuerza el punto de que la cobertura efectiva debe ser inferior (o el costo de la pensión mínima será superior en Colombia).

Ambos países tienen una cobertura de la PEA superior a las de Bolivia y El Salvador, parecidas a la de México, pero muy inferior a las de Argentina, Chile y Uruguay: 32% en Perú y 38% en Colombia. El sector informal en ambos es considerable (enorme en Perú) y la cobertura de los independientes es voluntaria en ambos, lo que crea fuertes obstáculos a la extensión de la cobertura poblacional.

En Colombia se creó un Fondo de Solidaridad con la contribución del 1% del salario de los asegurados de ingreso medio alto, pero estos recursos serán muy reducidos para tener un impacto importante en dicha extensión. "En Perú inicialmente existió una contribución del 1% ("solidaridad") para fines asistenciales, pero se abolió en 1995."⁵⁵

4.7. Resumen de las principales lecciones de las reformas y aplicación a Guatemala

Varias lecciones importantes se derivan del análisis de las características y ventajas y desventajas de las reformas estudiadas en pensiones y salud, lecciones que deben de ser tenidas en cuenta en la reforma de Guatemala:

⁵⁵ *Ibíd.* Pág. 167.



- Modelo único universal o diversidad: Todas las reformas son distintas, aun cuando el modelo general sea el mismo. Por ejemplo, los cuatro países que siguen el modelo sustitutivo en pensiones (Chile, Bolivia, El Salvador y México) muestran diferencias notables en cuanto a: el "cierre" del sistema antiguo, la libertad de elección dada al asegurado para quedarse o mudarse, la contribución del empleador, el bono de reconocimiento, la pensión mínima, el tipo de administración del programa de CPI, las garantías del Estado, etc. Dichas distinciones son aún más importantes entre los tres modelos generales. Hemos notado también notables diferencias entre los tres tipos de reforma de salud y dentro de cada uno de ellos. La pretensión de que existe un modelo universal de reforma (al menos en pensiones) no está validada por las reformas ocurridas en los ocho países.

Guatemala no debe dejarse llevar por el espejismo de que hay un sólo modelo de reforma y de que éste es perfecto, por lo contrario, debe estudiar las ventajas y desventajas de los modelos existentes, escoger aquél que sea el mas adecuado y adaptarlo a sus condiciones económico-sociales y necesidades.

- Costo fiscal de la transición y regresividad: Hay que evaluar con extremo cuidado el costo fiscal de la transición en la reforma pensional. El mantenimiento de los derechos adquiridos, el bono de reconocimiento, la pensión mínima y las otras garantías estatales son todos elementos humanitarios de la reforma, pero gravosos en extremo. Las reformas que siguieron a la chilena han tratado de reducir este



costo con restricciones y cambios pero siempre pagando cierto precio social. Es preciso, por tanto, equilibrar dichas concesiones o bondades con una evaluación precisa de la carga que ellas impondrán a la sociedad (presente y futura) y los costos alternativos para otros programas públicos que protegen a grupos de ingresos mucho más bajos que el de los asegurados. Mientras más reducida es la cobertura poblacional en el país, mas regresivo se vuelve el subsidio estatal para consolidar el sistema de protección de una minoría.

La relativamente baja y estancada cobertura poblacional de Guatemala (especialmente en EMA) y las difíciles condiciones económico-sociales heredadas del conflicto bélico (incluyendo un índice muy alto de pobreza), hacen especialmente importante la evaluación de los costos fiscales de la transición y su impacto progresivo o regresivo.

- Mercado, administración privada, competencia y morosidad: El mercado y la administración privada no aseguran forzosamente la competencia, el control de la evasión y la morosidad, la reducción de los costos administrativos, etc. Ya se ha visto que existe una alta concentración de asegurados (entre 40% y 100%) en las tres aseguradoras de pensiones mayores), que entre 45% y 58% de los afiliados no contribuyen activamente al sistema nuevo, y que la selección de la administradora por el asegurado no se basa en su alto rendimiento y baja comisión, sino en la acción de los vendedores y la publicidad, los cuales alzan los costos de administración. Se ha notado que la Argentina, que tiene un tipo de administración múltiple, muestra el mayor número de AFJPs, el menor grado de concentración de asegurados, y el rendimiento real más alto del fondo. La pretendida libertad de



elección de administradora, como base esencial de la competencia, no existe legalmente en Bolivia ni en la práctica en El Salvador.

La población de Guatemala es cercana a los 12 millones de habitantes, lo cual la coloca en un grupo intermedio en la región, y la PEA sobrepasa los 3 millones y se ordena en una posición similar. Estas cifras sugieren que el país tiene una población suficientemente amplia para asegurar cierta competencia, comparada con países de muy baja población y PEA como El Salvador y Nicaragua. La mayoría de los países que han introducido reformas estructurales tienen poblaciones grandes, como Argentina, Colombia, México y Perú o similares a la de Guatemala, como Chile. La población activa cubierta por el IGSS en pensiones es cercana al millón y equivale al 27% de la PEA. En cuanto a dicho porcentaje, Guatemala se coloca en un tercer grupo de países en la región: (1) Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile y Uruguay tienen una cobertura de la PEA entre 70% y 95%; (2) Panamá, Venezuela, México y Colombia entre 40% y 60%; (3) Perú, Guatemala, Ecuador y El Salvador entre 23% y 32%; y (4) el resto de los países (incluyendo a Bolivia) entre 7% y 14% (Mesa-Lago y Bertranou 1997). La combinación del tamaño de la PEA y su porcentaje cubierto en Guatemala, por tanto, sugiere que podría funcionar cierta competencia, especialmente si se aumenta la cobertura poblacional. En este sentido, Guatemala tiene una ventaja sobre países como Bolivia y El Salvador, que tienen una PEA mucho mas pequeña y un porcentaje de cobertura inferior (por ejemplo, "El Salvador tiene sólo 208,152 activos cubiertos y 23% de cobertura, y Bolivia tiene 356,000 y 12% respectivamente)."⁵⁶



➤ Programa de CPI, mercado de valores y rendimiento del fondo : La creación de un programa de CPI no genera ipso facto un dinámico y seguro mercado de valores y un alto rendimiento positivo de la inversión del fondo. Los países que tienen pequeñas poblaciones cubiertas y carecen de un mercado de valores e industria del seguro (o estos son incipientes y no están regulados) confrontarán fuertes obstáculos para encontrar instrumentos financieros rentables y diversificar la cartera. En los cuatro países en que la reforma ha funcionado por cierto tiempo, el promedio del rendimiento real anual oscila entre 7% y 16%, lo cual es muy alto y positivo, pero sucede que estos países tienen poblaciones cubiertas relativamente grandes y mercados de valores regulados y con cierta trayectoria. Dichos rendimientos no serán necesariamente logrados en otros países con condiciones distintas.

Como vimos en la sección anterior, la base poblacional de Guatemala podría facilitar un mínimo de competencia. Pero el mercado de capitales es incipiente y la bolsa de valores no está regulada ni fiscalizada por el Estado, y la mayoría de sus instrumentos son especulativos y muy riesgosos (aunque algunos son más seguros y el IGSS ha comenzado a invertir en ellos). Además la Ley Orgánica del IGSS es en extremo restrictiva.

Aunque los rendimientos de la inversión del IGSS no fueron tan negativos como en otros países centroamericanos en los 80 y se tornaron positivos en 1994-95, hay sólo tres canales de inversión (92% de ésta es canalizada por el Banco de Guatemala) y

⁵⁶ Ibíd. Pág. 173.



estos se estaban volviendo incapaces en 1996 de absorber las inversiones del IGSS. Por todo esto se concluye que: (a) habría que regular y fiscalizar el mercado de valores y reformar la Ley Orgánica del IGSS para crear mas alternativas de inversión; y (b) un modelo sustitutivo como el de Chile no podría funcionar, pero uno mixto (con un menor flujo de capital e inversión) podría ser factible si se creasen las bases necesarias.

➤ Impacto en el ahorro nacional: La reforma de pensiones (especialmente la sustitutiva) se promueve en todos los países como un paso esencial para aumentar el ahorro nacional. Como prueba de ello se apunta que en Chile, el fondo de pensiones equivale al 40% del PIB (en los otros países fluctúa entre 0.2% y 2% del PIB pero puede alegarse que esto, al menos en parte, se debe al período mucho mas corto de funcionamiento del sistema). Pero se omite el costo fiscal de la transición del sistema por el déficit del programa antiguo cerrado, el bono de reconocimiento y la pensión mínima. Cuando se combinan ambos en Chile, el balance neto en 1981-96 es negativo en todos los años y promedia -2.6% del PIB en el periodo. De ahí que, hasta ahora, no existe prueba alguna de que el programa de CPI genera un balance positivo neto en el ahorro nacional.

Vimos en el diagnóstico que, a pesar de la inflación y la intervención adversa estatal en las inversiones, la reserva real del IGSS aumentó casi 66% en 1980-1995; en el último año la inversión del IGSS equivalió a 146% del total de sus ingresos y a 2.3% del PIB. Además las reservas de IVS están separadas de las de EMA y no se han utilizado para la construcción de hospitales, etc. Por otra parte, el rendimiento real promedio de la inversión fue de -3.8% aunque promedió 4.8% en 1994-95. Si bien la mayoría de estas



cifras son positivas, lo dicho en el párrafo anterior indica que la reforma no debe tener como meta principal el aumento en el ahorro nacional, pero otros objetivos que no menoscaben ese potencial en el futuro.

- Cobertura poblacional: En Argentina, Chile y Uruguay, la cobertura de la PEA en pensiones es aproximadamente del 80% (y era muy similar antes de la reforma), pero en Colombia, México y Perú fluctúa entre 32% y 38%, y en Bolivia y El Salvador entre 12% y 23%. Sólo en Argentina y Uruguay se cubre obligatoriamente a los trabajadores independientes, mientras que en los otros países la cobertura es voluntaria (tanto en pensiones como en salud). En Chile sólo 11% de los independientes están afiliados en pensiones y 4% son contribuyentes activos (mayormente profesionales en el sector formal); si esto ocurre en este país, 16 años después de iniciada la reforma, con una cobertura general altísima y un sector informal y de trabajadores independientes de los mas pequeños en la región, las posibilidades de extensión de la cobertura en países con una mayoría o gran parte de la fuerza laboral informal son virtualmente nulas. La reforma de la seguridad social no debe ignorar este punto y menos aún asignar importantes recursos fiscales para apuntalar la cobertura de la minoría asegurada, cuando dichos recursos serían mejor utilizados en crear empleo productivo, proporcionar pequeños préstamos a microempresas, estimular la legalización del sector informal, proveer redes de protección mínima a los mas pobres, etc.



En Guatemala un 27% de la PEA está actualmente cubierta por el IGSS en IVS (un 16.3% de la población está cubierta en EMA), y dicho porcentaje cayó de 35.4% en 1975 (la cobertura de la población total en EMA aumentó ligeramente de 12.2% en ese año). En salud, la cobertura combinada del IGSS, el MSPAS y el sector privado es a lo más el 58% de la población total. El diagnóstico mostró las barreras a la extensión de la cobertura en Guatemala: (a) virtualmente la totalidad de la PEA cubierta por el IGSS está en el sector formal, asalariado y predominantemente urbano (o en áreas rurales con alta proporción de asalariados en actividades agrícolas importantes); (b) la mayoría de la fuerza laboral es informal (cuenta propia, familiares no remunerados, microempresarios y sus empleados, empleados domésticos, asalariados temporales) y legalmente no cubierta por el IGSS; (c) mas de la mitad de los departamentos no tienen cobertura de EMA, estos son los menos desarrollados, mas rurales y aislados, y con concentración de población indígena no incorporada a la producción; (d) la mayoría de los niños mayores de 5 años y las mujeres no están cubiertos; y (e) un 63% de la población es pobre y tampoco está cubierta. Pero, además de estas barreras estructurales (exógenas), existen problemas administrativos y de financiamiento que impiden la extensión de la cobertura. De ahí que la reforma debe asignar prioridad a extender la cobertura poblacional, tanto en salud como en pensiones, eliminar los obstáculos institucionales y diseñar vías especiales para la incorporación de ciertos grupos y regiones (por ejemplo, mediante el modelo Escuintla mejorado).

- Papel del estado: El papel del Estado ha sido esencial en todas las reformas, incluyendo las de tipo sustitutiva con administración privada: haciendo obligatoria la



afiliación al sistema, financiando la transición, creando una Superintendencia (en la mayoría de los países financiada por el fisco y en otros por las administradoras) que estrictamente regula y supervisa el sistema, brindando garantías al sistema y a los asegurados. Sin este rol estatal crucial, el sistema no hubiera tenido éxito ni en Chile ni en los otros países. Pero en Argentina, Colombia, Chile, México y Uruguay históricamente el Estado cumplía con sus obligaciones de seguridad social antes de la reforma y ha continuado con esa tradición después de la misma. Por lo contrario, en El Salvador, Perú y la mayoría de los países latinoamericanos, el Estado ha jugado un papel negativo en la seguridad social: no ha contribuido regularmente como empleador y tercera parte (generando una enorme deuda que se ha devaluado progresivamente y a veces evaporado con la inflación); ha obligado al seguro social a depositar sus fondos en la banca central sin indexar el principal y sin pagar interés (o pagándolo pero con tasas reales negativas); o ha forzado al seguro social a invertir casi todas sus reservas en papeles públicos sin valor.

El Estado en Guatemala ha jugado un papel negativo en la seguridad social de varias formas:(a) no ha pagado su aporte como Estado al IGSS y tampoco la mayor parte del tiempo su contribución como empleador (adeudando Q. 1,864 millones); (b) le ha cargado a EMA la atención de las clases pasivas del Estado sin pagar nada por estos servicios; (c) ha exonerado a la Universidad de San Carlos y a las bonificaciones e incentivos a los trabajadores del pago de sus contribuciones al IGSS; y (d) obligó en 1986-1991 a depositar casi el 100% de la inversión del IGSS en el Banco Central sin indexación del principal y con tasas de rendimiento reales negativas. Es por tanto



necesario un cambio drástico en el papel estatal, cualquiera que sea el tipo de reforma que se adopte, para que ésta pueda funcionar y tener éxito. Los aportes estatales deben usarse para extender la cobertura a los sectores de bajos ingresos y pobres.



CONCLUSIONES

- 1 Según el concepto emitido por la Organización Mundial de la Salud, la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste sólo en la ausencia de enfermedad. Es por ello que el objetivo fundamental del Estado y las empresas es proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, la misión implica una decidida toma de posición a favor a la clase trabajadora y sus familiares.
- 2 En un contexto caracterizado por una mayor inseguridad socioeconómica, el envejecimiento poblacional, el aumento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo y su mayor exclusión de los beneficios de la seguridad social, resulta indispensable incluir la equidad de género en la implementación de políticas económicas y sociales, para garantizar estándares de calidad de vida a todos.
- 3 Los aspectos que se deben tener en cuenta al evaluar los impactos de la seguridad social (o sistema de previsión) desde una perspectiva de género. No se trata de un análisis técnico sino de una discusión de los valores y los principios inminentes a los objetivos que se pretenden alcanzar, por lo que los sistemas de seguridad social deben ser revisados en beneficio de la equidad e igualdad de género.
- 4 La introducción de la igualdad de género, con parámetros tales como la edad de jubilación, las prestaciones de sobreviviente, puede tener efectos negativos en las mujeres, ya que puede dar lugar a una reducción de derechos en lugar de un



aumento de los mismos. Cuando tal introducción sea inevitable, por cuestiones económicas o de otra índole, debe asegurarse un proceso de transición gradual.



RECOMENDACIONES

1. La reforma a la seguridad social en Guatemala deberá estar inspirada por el fortalecimiento de los programas, en cuanto a su sostenibilidad económica y financiera, controlar la evasión y la mora, y recobrar los adeudos del Estado, otros organismos públicos, y de los empleadores privados.
2. Mejorar la administración del IGSS, reducir sus gastos administrativos y aumentar su eficiencia para procurar efectos redistributivos de carácter progresivo en los programas, con apego al principio de solidaridad y para ellos, se requiere introducir algunos cambios importantes a los proyectos de reforma orientados a favorecer una mayor cobertura.
3. Tender hacia la universalidad, mediante la extensión de la cobertura, y hacia la unidad y uniformidad de los programas independientes del IGSS, coordinando los servicios de salud del IGSS y el Ministerio de Salud. Esto mediante la integración de dos programas: (a) el público (IGSS reformado) que pagaría una pensión básica, y el de capitalización plena e individual (CPI) que pagaría una pensión complementaria.
4. Establecer mecanismos de protección acordes con la realidad social, económica, demográfica y epidemiológica del país para promover una mayor responsabilidad



individual en la protección de las contingencias protegidas por la seguridad social y
facilitar mecanismos de ahorro complementario a las pensiones del IGSS



BIBLIOGRAFÍA

- ADRIAZÉN, Gabriela, Ramón Barúa, et al. 1996. **Tres años del sistema privado de pensiones**, Lima, Perú: AFP Horizonte, 1996.
- ARENALES, Rodrigo. **Seguridad social en Guatemala**. Guatemala. F y G Ed. 2001.
- ARENALES DE MESA, Alberto. **Learning from the privatization of the social security pension system en Chile**. Macroeconomic Effects, Lessons and challenges. University of Pittsburgh, Ph. Dissertation.
- ARROYAVE, Carlos. **Fundamentos de la seguridad social**. México: Siglo XXI, 1999. Banco De Guatemala. **Empleo y salarios**, Estadísticas del IGSS, 1960-1991. (Guatemala). 1992.
- BARDALES, Ramiro. **Salud laboral en Guatemala**. Guatemala: Edi. Universitaria, 1993.
- BERTRANOU, Fabio. **A new approach to social security pension reform: The Case of Argentina**. Pittsburgh: University of Pittsburgh (mimeo). 1996.
- BERTRANOU, Fabio. **Health care reform in Argentina**. Pittsburgh: University of Pittsburgh (mimeo). 1997.
- BOCK, Juan. **Historia de las luchas sociales de la humanidad**. Argentina: Kapelusz, 2001.
- CARTIN, Brian. Chile: **The effectiveness of the [Health care] reform**. (s.l.e): (s.f.e).
- CRUZ-SACÓ, María Amparo. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS): **Evaluación económica y alternativas de reforma** (Guatemala, 19 de febrero)
- DHAL Core. **Teoría de las democracias**. España: Bosch, 1991.
- DURÁN, Fabio. **Alternativas de reforma al sistema nacional de pensiones**. Seminario. Costa Rica. 2002.
- EWALD, Jorge. **Sistemas laborales**. México: Kartwright, 1998.
- GONZÁLEZ, Carlos Enrique. **Características del sistema de pensiones públicas de Guatemala** (Guatemala: Universidad Rafael Landívar).



HECKSCHER-OHLIN, Lorenz. Análisis de la realidad laboral de América latina en la última década. Ed. México. Edi. Azucena S.A., 2002.

HIRT y THOMPSON, Patrick. Patrones sociales ante la globalización. Ed. México: Edi. Lope, 1995.

LEFAUCHEUR, Brian. Derecho laboral desde en género. Ed. España. Edi. Bosch, 1997.

MÉNDEZ MENÉNDEZ, Meno. Globalización y relativización de los derechos laborales. Ed. México. Edi. Hidro, 2000.

MESA-LAGO, Carmelo y Alberto Arenas de Mesa. Chile, 15 years after the privatization of the pension system: Evaluation, Lessons and Challenges. CLAEH, 1998

MESA-LAGO, Carmelo y BERTRANOU, Fabio. Manual de economía de seguridad social. Latinoamericana. Montevideo: CLAEH, 1998.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), IGSS y OPS. Informe del primer seminario sobre economía y salud. Guatemala: (s.e), 1991.

Oficina Internacional del Trabajo (OIT). El costo de la seguridad social 1987-1989. Ginebra, 1991.

Oficina Panamericana de la Salud (OPS). Notas sobre el gasto público y el financiamiento en salud. Guatemala, 1996.

Oficina Panamericana de la Salud y Oficina Mundial de la Salud. (OPS/OMS). Primera evaluación del programa de extensión de los servicios de enfermedad y maternidad del departamento de Escuintla. Guatemala, 1996.

PNUD. Human development report 1990 a 1996. Oxford: Oxford University Press, 1997.

RODRIG, Manuel. Desenlaces sociales del siglo XX. Ed. México. Edi. Cordia, 1998.

ROMER, Homero. Sociología del trabajo. Ed. México. Edi. Praxis. 1998.

SÁNCHEZ, José Rómulo. Modelo de atención en salud para la extensión del programa sobre protección relativa a enfermedad en el departamento. De Escuintla. Guatemala: FES, 1994.



STRANGE, Karl. **Eficiencia en la administración pública gerencial**. México: Edi. Dos Tres. 2003.

www.fesamericacentral.org/sindical/publicaciones (25 de agosto de 2007)

www.historiasocial.org (23 de agosto de 2008).

www.oit.org (25 de agosto de 2008).

www.oit.org/lecturas (23 de agosto de 2008).

www.wikipewdia.org/seguridadesocial (23 de agosto de 2008).

Legislación:

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

Código de Trabajo, Congreso de la República de Guatemala, Decreto 1441. 1971.

Código Civil, Decreto Ley número 106.

Ley Orgánica Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Décreto 295.