



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA  
SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**MAESTRÍA EN ECONOMÍA DE LA SALUD  
2005 - 2007**

**Tesis para optar al título de Master en Economía de la Salud**

**SITUACIÓN FINANCIERA Y PROPUESTA DE SOSTENIBILIDAD RÉGIMEN  
ENFERMEDAD – MATERNIDAD DEL INSTITUTO HONDUREÑO  
DE SEGURIDAD SOCIAL, PERIODO 2008 - 2022**

Autor: Mauricio José Dinarte Mendoza

Tutora: Lissette Linares

Managua, Nicaragua. Mayo 2016

## **AGRADECIMIENTO**

A DIOS, creador del Universo y fuente inagotable para mí de grandes bendiciones, misericordia, sabiduría e inteligencia para culminar con éxito éste anhelo profesional.

A mi familia de quien sustraje el tiempo invertido en este estudio y de quienes siempre recibí el mayor apoyo.

A mis PROFESORES DE MAESTRÍA, orientadores y maestros abnegados que hicieron posible ésta formación profesional, con el ánimo de formar ciudadanos capaces y dispuestos a contribuir al desarrollo socio económico de Nicaragua.  
...y a todos aquellos amigos que de forma decidida y desinteresada me apoyaron en éste esfuerzo.

A todos... MUCHAS GRACIAS.

## **DEDICATORIA**

A mí querida Madre...

Por su amor infinito hacia mí.

Por sus múltiples plegarias, peticiones y preocupaciones.

Por haber hecho posible mis primeros pasos en el estudio y preparación académica.

Por haberme enseñado desde mi infancia el temor a DIOS, el amor al prójimo y a la patria y sobre todo a abrirme conciencia para la superación personal.

Por haber confiado en mí para culminar con éxito mis metas profesionales.

Por haberme inducido la importancia de formarme como hombre útil a la sociedad en general y a Nicaragua.

Y a mí querida familia.

Porque a pesar de verse limitados con mi presencia física durante mucho tiempo por mi trabajo y estudios, han sido fuente de inspiración, comprensión y apoyo en todas mis metas personales y profesionales.

... por todo eso y más: les dedico con todo mi amor y aprecio éste trabajo monográfico.

## RESUMEN

El seguro social de Honduras tiene tres formas de organizar la provisión de servicios de salud: i) a través de su red propia de hospitales y clínicas en las que se brindan atenciones de los tres niveles de atención; ii) por medio de proveedores privados - servicios sub rogados que ofrecen atenciones de primer y segundo nivel; y, iii) el servicio médico de empresas que otorga cuidados de primer nivel.

El IHSS tiene las tasas de cotización más bajas de Centroamérica y un déficit financiero ya inoperable por lo bajo de dichas tasas; en cinco de los últimos ocho años los flujos de recursos financieros para garantizar la entrega oportuna de las prestaciones del REM, han venido presentando déficits en sus balances operativos, situación que podría agravarse en los próximos años, debido esencialmente (i) el establecimiento de un techo máximo de cotización relativamente bajo, (ii) el cambio en la política cambiaria de estado, la que paso de un tipo de cambio fijo a uno de deslizamiento reptante<sup>1</sup>, la que produce un encarecimiento relativo de los insumos importados, sobre todo medicamentos y material de reposición periódica, (iii) la baja cobertura poblacional, y (iv) al potencial efecto de la desaceleración de la economía.

En aras superar esta difícil situación financiera y operativa se propone diferentes mecanismos de solución potencial, para ello se simularon cuatro escenarios a fin de que las autoridades del IHSS tengan un abanico de opciones al respecto.

Escenario 1: Mantenimiento de la situación actual (también denominado a legislación constante) sin ajustes de los parámetros socio demográficos y económicos actuales.

Escenario 2: Ampliación de la cobertura al 65% población asalariada ajustando en 2% de la tasa de utilización de los servicios.

Escenario 3: Ampliación de la cobertura al 80% población asalariada ajustando en 4.11% la tasa de utilización de los servicios.

Escenario 4: Ampliación de la cobertura al 100% población asalariada ajustando en 7.25% la tasa de utilización de los servicios.

---

<sup>1</sup> Sistema de minidevaluaciones diarias preanunciadas, modalidad conocida como “crawling-peg”, o tipo de cambio reptante. Tomado del Documento de Trabajo “Deslizamiento cambiario y su impacto en crecimiento económico e inflación” elaborado por el MsC Rodrigo Urcuyo, del Banco Central de Nicaragua.

# Contenido

|   |    |
|---|----|
| <b>AGRADECIMIENTO</b> .....                 | i  |
| <b>DEDICATORIA</b> .....                    | ii |
| <b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....                | 1  |
| <b>II. ANTECEDENTES</b> .....               | 3  |
| <b>III. JUSTIFICACIÓN</b> .....             | 6  |
| <b>IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> ..... | 7  |
| <b>V. OBJETIVOS</b> .....                   | 8  |
| <b>VI. MARCO DE REFERENCIA</b> .....        | 9  |
| <b>VII. DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....       | 28 |
| <b>VIII. RESULTADOS</b> .....               | 38 |
| <b>IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS</b> .....     | 55 |
| <b>X. CONCLUSIONES</b> .....                | 76 |
| <b>XI. RECOMENDACIONES</b> .....            | 78 |
| <b>XII. BIBLIOGRAFÍA</b> .....              | 80 |
| <b>XIII. ANEXOS</b> .....                   | 82 |

## I. INTRODUCCIÓN

En cinco de los últimos ocho años (2008-2015), los flujos de recursos financieros del Régimen Enfermedad Maternidad (REM) del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), han venido presentando déficits en sus balances operativos, situación que podría agravarse en los próximos años, debido esencialmente a: (i) al establecimiento de un techo máximo de cotización relativamente bajo, (ii) el efecto de la política cambiaria del Estado, que paso de un tipo de cambio fijo a uno de deslizamiento reptante<sup>2</sup>, que produce un encarecimiento relativo de los insumos importados, sobre todo medicamentos y material de reposición periódica, (iii) la baja cobertura poblacional y (iv) la desaceleración de la economía.

La combinación del conjunto de estas variables, en presencia de un incremento progresivo de la demanda de servicios salud podría impactar notablemente en el aumento de los costos de producción de las mismas y con esto, se incrementaría el desbalance actual entre los ingresos y gastos del REM; más aún, si se toma en cuenta que el REM no cuenta con una reserva de contingencia para hacer frente a potenciales ciclos de sobre demanda de servicios por la aparición de patologías de comportamiento epidémico (dengue, chikungunya y sika, por ejemplo) o eventos catastróficos, ni con un plan de acción para el desarrollo de acciones tendientes a mitigar el actual déficit operativo.

El REM del IHSS debe implementar en el corto plazo acciones puntuales que le permitan superar estos déficits operacionales, de lo contrario el agravamiento de su situación financiera podría conllevar a comprometer seriamente la estabilidad del sistema previsión social en salud en el mediano y largo plazo.

Es necesario entonces, la elaboración de escenarios técnicos y financieros que coadyuven a realizar análisis del impacto social y financiero para la adopción, lo

---

<sup>2</sup> Ibid.

antes posible, de medidas o reformas paramétricas (socio demográficas y económicas) dentro del esquema de finamiento del REM, en aras de adoptar las medidas más adecuadas, con el menor impacto económico y con mayor impacto socio-sanitario, encaminadas a mejorar ésta difícil situación.

## II. ANTECEDENTES

En México, el informe presentado en 2014 al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión por el Instituto Mexicano del Seguro Social, sobre la situación financiera y los riesgos, refiere que las variables básicas que determinan la capacidad de financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad para hacer frente a los gastos son el número de trabajadores y el crecimiento del salario base de cotización (SBC)<sup>3</sup>. Apunta además que la prima de contribución actual equivale a 12.3% del salario base de cotización; sin embargo, esta prima disminuirá en el periodo proyectado, de manera que en el año 2030 se ubicará en 12.1% por ciento y en el 2050 descenderá a 11.4%. Este efecto decreciente se debe a la forma como está estructurado el esquema de financiamiento de este ramo de aseguramiento, así como a las hipótesis que se manejan para proyectar sus ingresos, mismas que están en concordancia con el comportamiento observado.

Con base en el comportamiento esperado de la prima del Seguro de Enfermedades y Maternidad, se estima que para que este seguro registre equilibrio financiero durante el periodo de proyección, se requeriría que la prima de reparto estuviera en un rango de entre 15.9% y 18.6% del salario base de cotización o bien, que se mantuviera en un promedio de 17.1% por ciento durante dicho periodo.

En Perú la Oficina de la OIT para los países andinos, coordinada por Casali, Pablo<sup>4</sup>; presenta los resultados de un “Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud), 2012”. En dicho estudio se analiza la cobertura poblacional, sus fuentes de financiamiento y prestaciones de dicho seguro, además que para el análisis de su situación financiera se consideró los estados financieros acumulados de cada ejercicio anual, y se elaboraron una serie de modelos de

---

<sup>3</sup> IMSS/ Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión Sobre la situación financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013-2014. Primera edición, 2014.

<sup>4</sup> OIT / Oficina de la OIT para los Países Andinos; CASALI, Pablo (Coord.) Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud). Lima: OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2012. 189 p.



proyección. Este estudio también hace una “valuación financiera y actuarial, y situación vigente” y se plantean cuatro escenarios que toma en cuenta distintas alternativas del incremento de los salarios cotizables y los costos. Para cada uno de los tipos de seguros de EsSalud (regular y seguro de salud agrario) se calculó una prima media, asegurando el equilibrio financiero en un período de diez años y manteniendo constante la cotización a través del tiempo. La prima actual es de 9.0% del salario total del asegurado y la prima media general o prima de equilibrio calculada bajo la situación vigente indica primas superiores al 9 %, y para mantener el equilibrio se debe elevar la misma hasta 9.42% y con reserva técnica o de contingencia hasta el 10.39%.

En el caso colombiano, según Restrepo y Mejía 2009<sup>5</sup>, la unidad de pago por capitación –UPC– es la prima del seguro en el sistema de seguridad social en salud de Colombia, y constituye la principal variable del mercado regulado del que hacen parte los agentes administradores del seguro y los prestadores de servicios. En el régimen contributivo, el comportamiento de la UPC ha estado asociado a la dinámica de los ingresos netos para financiar la atención de la población, con menores consideraciones sobre el costo del plan de beneficios. En el régimen subsidiado, el ajuste de la UPC ha tenido en cuenta en mayor medida los gastos de atención, reconociendo en particular el incremento en la demanda por atenciones costosas. Los saldos acumulados en ambos regímenes permitirían considerar la ampliación del plan de beneficios o de la cobertura, previa definición del saldo óptimo para atender contingencias.

Otros autores como Cutler y Zeckhauser, 2000<sup>6</sup> y Folland; Goodman y Stano, 2007<sup>7</sup>, mencionan que el equilibrio financiero de un seguro de salud se logra cuando las primas pagadas por todos los tomadores del seguro deben ser igual o superior

---

<sup>5</sup> Restrepo, Jairo; Mejía, Aurelio. Equilibrio financiero y prima del seguro de salud en Colombia (UPC), 1996-2007. Perfil de Coyuntura Económica No. 9, agosto de 2007, pp. 97-116. © Universidad de Antioquia.

<sup>6</sup> Cutler, David y Zeckhauser, Richard (2000). “The Anatomy of Health Insurance”. En: Culyer, A. and Newhouse, J. (eds). Handbook of Health Economics. Vol. 1A. Amsterdam, Elsevier Science.

<sup>7</sup> Folland, Sherman; Goodman, Allen y Stano, Miron (2007). Economics of Health and Health Care. 5ª ed. New Jersey, Prentice Hall.

al monto necesario para cubrir los gastos de atención de quienes se enferman en un período determinado, de manera que el riesgo individual del asegurado es trasladado al asegurador quien lo diluye entre toda la masa de derechohabientes.

En Honduras los estudios publicados más recientes sobre el sistema de seguridad social del país, están centrados en los regímenes de pensiones (invalidez, vejes y muerte)<sup>8</sup>, sin embargo, estos estudios analizan el comportamiento del salario promedio según la edad del asegurado, los que decrecen a medida que la persona envejece, lo que condiciona la disminución de su contribución potencial al Régimen de Enfermedad Maternidad. “Los valores del salario toman como referencia el año 2011 ( $t=0$ ). En el caso de los hombres los salarios se mantienen constantes alrededor de 7,000 lempiras hasta los 65 años – edad de jubilación – y después disminuyen de manera paulatina. Los salarios promedio de las mujeres se ubican ligeramente por debajo de 7,000 lempiras y comienzan a decrecer a partir de los 60 años, edad de jubilación para las mujeres. Evidentemente, en ambos casos, dicho comportamiento está explicado por los techos de cotización”.

---

<sup>8</sup> Honduras - Valuaciones actuariales del IHSS, INJUPEMP e INPREMA: con corte al 31 de diciembre de 2012: Estudio elaborado con el apoyo financiero de la Delegación de la Unión Europea en Honduras / Oficina Internacional del Trabajo, Servicio Internacional Financiero y Actuarial Departamento de Protección Social, Departamento de Normas; Oficina de la OIT para América Central, Haití, Panamá y República Dominicana. - Ginebra: OIT, 2014

### III. JUSTIFICACIÓN

#### **Necesidad de ajustes en el esquema de administración y operación del REM**

Por el déficit operacional que presenta el REM, se hace necesario la elaboración de escenarios técnicos y financieros que coadyuven a realizar análisis de impacto social y financiero para la adopción, lo antes posible, de medidas o reformas paramétricas dentro del esquema de finamiento del Régimen de Enfermedad Maternidad del IHSS.

Los resultados, conclusiones y recomendaciones del estudio pueden ser del interés y utilidad a las autoridades del IHSS como insumo para tomar las decisiones encaminadas a mejorar la actual situación financiera del REM y sus flujos operativos para los próximos 7 años.

Existen estudios actuariales<sup>9</sup>, que miden el déficit del régimen de pensiones del IHSS, sin embargo, en los mismos no se detalla evaluaciones financieras específicas del REM. Tampoco se logró tener acceso a otros análisis que pudieron haber desarrollado los propios técnicos del IHSS, por lo que, en caso de existir éstos, el presente trabajo se realiza al margen de dichos análisis.

En la actualidad las autoridades del IHSS, y el gobierno central de la república de Honduras, sectores de la sociedad empresarial y civil y los organismos de cooperación para el desarrollo, están interesados en la estructuración de un paquete de reformas al sector salud y seguridad social para lo cual requieren de una serie de estudios técnicos de evaluación de impacto y valuación de escenarios que les permita tomar decisiones técnicas para la adopción de la medida más costo-efectiva.

---

<sup>9</sup> Fabio Durán Valverde, Actuario OIT, Valuación del sistema de seguridad social del IHSS, año 2013

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En cinco de los últimos ocho años (2008-2015), los flujos de recursos financieros para garantizar la entrega oportuna de las prestaciones del REM, han venido presentando déficits en sus balances operativos, situación que podría agravarse en los próximos años, debido esencialmente a: (i) el establecimiento de un techo máximo de cotización relativamente bajo, (ii) el cambio en la política cambiaria del Estado, la que paso de un tipo de cambio fijo a uno de deslizamiento reptante<sup>10</sup>, la que produce un encarecimiento relativo de los insumos importados, sobre todo medicamentos y material de reposición periódica, (iii) la baja cobertura poblacional y, (iv) al potencial efecto de la desaceleración de la economía.

Con el presente estudio se pretende responder las siguientes preguntas:

¿Cuál es la situación financiera del Régimen de Enfermedad Maternidad del Instituto Hondureño de Seguridad Social, en el periodo 2008 - 2015, desde la perspectiva de balance financiero y sostenibilidad en el tiempo?

De la pregunta de estudio se derivan las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es el esquema de financiamiento del Régimen de Enfermedad Maternidad del IHSS?
- ¿Cuál es la situación financiera actual del Régimen de Enfermedad Maternidad del IHSS en términos de balance de flujos?
- ¿Qué escenarios de reformas paramétricas deberían ser propuestos, en un modelo económico de sostenibilidad financiera en el tiempo del REM?

---

<sup>10</sup> Sistema de minidevaluaciones diarias preanunciadas, modalidad conocida como “crawling-peg”, o tipo de cambio reptante. Tomado del Documento de Trabajo “Deslizamiento cambiario y su impacto en crecimiento económico e inflación” elaborado por el MsC Rodrigo Urcuyo, del Banco Central de Nicaragua.

## **V. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Analizar la situación financiera del sistema económica del Régimen de Enfermedad - Maternidad del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Honduras, desde la perspectiva balance financiero y perspectivas de sostenibilidad en el tiempo.

### **Objetivos específicos**

1. Analizar el esquema de financiamiento del Régimen de Enfermedad Maternidad del IHSS.
2. Analizar la situación financiera actual del Régimen de Enfermedad Maternidad del IHSS en términos de balance de flujos.
3. Analizar posibles escenarios de reformas paramétricas que conlleven a la sostenibilidad financiera del REM.

## VI. MARCO DE REFERENCIA

Honduras tiene una superficie territorial de 112 492 km<sup>2</sup> es el segundo país más grande de Centroamérica y cuenta con una población estimada de 8.5 millones de habitantes según datos del año 2012 del Instituto Hondureño de Estadísticas, el 51.2% son mujeres y 48.7% hombres<sup>11</sup>. El 53.9% de la población reside en áreas urbanas y 46.1% en zonas rurales.

La pirámide poblacional se sustenta en una amplia base joven. Los menores de 18 años representan 43% de la población mientras que los adultos mayores de 60 años ascienden al 5.0%. Este bono demográfico genera una potencial ventaja para el crecimiento económico y para el fortalecimiento de la seguridad social, sin embargo, se enfrenta a una alta incidencia de pobreza que alcanza 58.8% de los hogares y 64.5% de la población total<sup>12</sup>.

El crecimiento de la población se ha mantenido a pesar de la reducción de la tasa global de fecundidad y la persistencia de saldos migratorios negativos. La tasa de fecundidad pasó de seis hijos por mujer en 1980 a 2.9<sup>13</sup> según la ENDESA 2011 - 2012, y alcanzará el umbral de reemplazo entre 2030 y 2035. La esperanza de vida al nacer, por su parte, aumentó de 61.6 años en el quinquenio 1980-1985 a 72.1 años en el período 2005-2010.

Tiene una tasa de analfabetismo adulto de un 73.1%, con 3.9 años promedio de escolaridad, el 62 % de la población tiene acceso a servicios de salud y el 52 % a agua potable. Su PNB per cápita es de US \$640, ocupando la posición número 116

---

<sup>11</sup> Instituto Nacional de Estadísticas Honduras, proyección de población 2015 a partir datos del Censo VIII Censo de Población y Vivienda 2013.

<sup>12</sup> Sistema de Salud de Honduras, Juan Luis Bermúdez-Madriz, María del Rocío Sáenz, Jorine Muiser, Mónica Acosta

<sup>13</sup> La tasa global de fecundidad para el total de la población hondureña para el período 2009-2012 es de 2.9 hijos por mujer, lo cual representa un descenso importante si se compara con la tasa estimada en la ENDESA 2005-2006, en la cual la tasa global para los tres años anteriores a la encuesta se estimó en 3.3 hijos por mujer (aproximadamente para el período 2003-2006).

de acuerdo con el Índice de Desarrollo Humano, lo que la convierte en la más baja de la región.

En cuanto a los indicadores de recursos humanos en salud, se destaca un promedio de 1,510 habitantes por médico, 670 habitantes por enfermera y 2.2 enfermeras por médico.

### **Evolución de la Protección Social.**

La Seguridad Social, tal y como la conocemos actualmente, no se ha formado por generación espontánea, sino que es el resultado de una larga evolución histórica. No obstante, en materia de Seguridad Social se han sucedido distintas formas de protección de las necesidades sociales, que en gran medida continúan presentes en los distintos ordenamientos jurídicos. Por tanto, quizás sea más propio referirse a una evolución de la protección social, como una expresión más amplia e indicadora de los diversos instrumentos utilizados a lo largo del tiempo por las sociedades para afrontar las necesidades sociales.

En este sentido se pueden distinguir, tres fases o etapas de las distintas formas de protección social<sup>14</sup>:

- Las primeras medidas de protección social<sup>15</sup>, desde sus orígenes hasta la aparición de los seguros sociales, que podemos considerar como los precedentes más remotos de la seguridad social.
- Los seguros sociales: nacimiento y desarrollo de los seguros sociales, desde el último tercio del siglo XIX hasta la configuración de los sistemas de seguridad social, como precedente inmediato.

---

<sup>14</sup> María Dolores González Molina. Organización Iberoamericana de la Seguridad Social: "Seguridad Social: Configuración y Desarrollo Internacional" Pág. No 32 / 2005.

<sup>15</sup> Definidas para garantizar asistencia de familiares de trabajadores con accidentes mortales, pasando por las mutuales y otras formas de protección.

- Los sistemas de seguridad social, a partir de la década de los años treinta del siglo XX hasta el momento actual.

## **Los principios y la acción protectora de la seguridad social<sup>16</sup>**

La protección social es un componente fundamental del modelo contemporáneo de sociedad que caracteriza el desarrollo humano de las naciones. De ahí que la seguridad social tiene como principios, la universalidad, solidaridad, equidad, integridad, unidad, e internacionalidad.

El sistema de seguridad social de Honduras se rige por estos mismos principios. A continuación, se presenta un resumen de cada principio y su aplicación en el IHSS.

**Universalidad**, la seguridad social es un derecho inalienable del ser humano por cuanto se trata de proteger la salud y los medios de subsistencia frente a la enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, riesgos profesionales y protección a la familia en caso de muerte; además, de otras prestaciones familiares o sociales que se consideran básicas para el bienestar de la población como factor de integración permanente, estabilidad y desarrollo económico de la sociedad.

Constituye una responsabilidad indeclinable del Estado garantizar a toda la población su derecho de la Seguridad Social cualquiera que sea el modelo de organización institucional, los modos de gestión y el régimen financiero de los respectivos sistemas protectores de acuerdo a las circunstancias históricas, políticas, económicas y sociales existentes.

La seguridad social ha adquirido rango constitucional<sup>17</sup>, al incorporarse entre las garantías individuales de los ciudadanos el derecho a la seguridad social para todos

---

<sup>16</sup> Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos. Pág. 187 / Madrid. 1999.

<sup>17</sup> En el caso de Honduras, el Seguro Social surgió como "una entidad autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio, distinto e independiente de la hacienda nacional". Desde su creación se le asignó la



sin condicionamientos de ninguna naturaleza. Para estos efectos, el Estado de acuerdo a sus recursos debe procurar cumplir estos objetivos a través de instituciones y ministerios relacionados con las diversas contingencias sociales más frecuentes en la vida y el trabajo.

Las prestaciones de Enfermedad-Maternidad del IHSS se ofrecen de inmediato sin periodo de espera<sup>18</sup>, las pensiones de Invalidez y Muerte normalmente se exige un periodo de pago de cotizaciones no mayor de 3 años y las pensiones de vejez, ordinariamente se requiere el pago por un periodo más largo, no mayor de 15 a 20 años de cotizaciones durante su vida laboral al alcanzar la edad de retiro de 60 a 65 años.

La universalidad de la seguridad social se completa con los programas asistenciales a cargo del presupuesto nacional que se orientan prioritariamente a la protección de la niñez en situación de abandono o riesgo, la invalidez y vejez desamparada y salud para el resto de la población no protegida por seguridad social contributiva.

En el caso de Honduras, el IHSS en un sistema de seguridad social típico, procura extender su cobertura y beneficios al ámbito nacional para todos los trabajadores.

Inicialmente y hasta la fecha el IHSS garantiza la cobertura de prestaciones de enfermedad maternidad principalmente en los municipios de "mayor concentración poblacional" principalmente en el área urbana, debido a que su cobertura geográfica alcanza solo el 8.4% de los municipios del país.

**Solidaridad**, la razón fundamental de los sistemas de protección social, es la solidaridad entre los individuos con ello se busca una redistribución horizontal de

---

responsabilidad de "orientar, dirigir, prestar y administrar los servicios de seguridad social a la población trabajadora de Honduras", basándose para ello en el Artículo 142, Capítulo VI de la Constitución de la República.

Adicionalmente, los Artículos 143 y 144 de la misma Carta Magna, señalan que "el estado, los Patronos y los Trabajadores están obligados a contribuir al financiamiento, mejoramiento y expansión de la seguridad social".

<sup>18</sup> El periodo de cotización para tener derechos a las prestaciones de salud es de 2 a 3 meses.

los servicios de salud y redistribución vertical de los recursos. La idea es que grupos de bajo riesgo y alto ingreso se solidaricen con sus aportaciones hacia los grupos de alto riesgo y bajo ingreso.

Todo sistema de seguridad social, desde el punto de vista financiero, se estructura en tal forma, que el que cotiza más, participa solidariamente en el sostén y mantenimiento de los servicios de los que cotizan menos o que se enferman más. El REM establece una cuota fija de cotización equivalente a casi un salario mínimo<sup>19</sup>, razón por la que no es posible la redistribución solidaria del ingreso de los asegurados que ganan más y se enferman menos con aquellos de menor ingreso y mayor riesgo.

La solidaridad social se concretiza en la “unión de esfuerzos para el bien común”. Se requiere de la formación de un fondo social, por su carácter social deben contribuir los empleadores, no solo por el deber moral de ayudar al bienestar de sus trabajadores, sino por su conveniencia al disponer de trabajadores sanos, libres de preocupaciones ante los infortunios cubiertos, obteniendo su mayor rendimiento.

Las contribuciones para el financiamiento del sistema deben ser equitativas, en base a un mismo porcentaje aplicado a todo el salario, a fin de que cada quien participe de acuerdo a sus posibilidades o nivel salarial. Los seguros sociales tienen que ser obligatorios, elemento básico, para garantizar la cobertura masiva y distribución del riesgo entre todos los trabajadores.

Las cotizaciones de los que no se enferman, los que no sufren invalidez o accidentes, los que no llegan a la edad de vejez o los que se mueren sin personas a cargo, todas estas aportaciones sirven para financiar los costos de las contingencias protegidas.

---

<sup>19</sup> En el año 2012 el salario mínimo es de Lps. 7,007.00 (sector industrial) y en diciembre 2013 el gobierno y las principales organizaciones gremiales, llegaron a un acuerdo en donde se fija el en Lps. 7,419 el salario mínimo.

La solidaridad social, permite garantizar mayores prestaciones y a menor costo para los asegurados. Vale decir que los sanos reparten salud y medios de subsistencia a los que no pueden trabajar por enfermedad, invalidez, vejez y a sus familiares en caso de muerte. Definitivamente una pensión de invalidez, viudez y orfandad cuando el asegurado cotizó solamente 3 años, en ningún caso podrá financiarse por el resto de la vida con las cotizaciones individuales.

**Equidad**, las prestaciones de salud ofrecidas por el IHSS a sus usuarios se brindan en función de la necesidad de atención y son semejantes en términos de cantidad y calidad, cualquiera sea la categoría de los cotizantes.

Este principio destaca que todos los asegurados del REM tienen el mismo derecho de atención en términos de calidad y cantidad, pero a la postre este principio se cumple parcialmente en cuanto al financiamiento, si consideramos que los asegurados que ganan más aportan proporcionalmente menos al IHSS que los de menores ingresos.

**Integralidad**, se refiere a los beneficios que ofrece la seguridad social, tales como enfermedad- maternidad, pensiones de invalidez, vejez y sobrevivientes a cargo en caso de muerte del asegurado, riesgos profesionales y otros, como un bloque de presentaciones protectoras contra los riesgos o contingencias sociales más frecuentes en la vida y el trabajo de los asegurados.

Concretamente en materia de salud, la protección y cuidados médicos deben ofrecerse en la mejor forma posible, y adecuada a las necesidades del enfermo, garantizado una calidad técnica semejante para todos, independientemente de las diferencias de niveles salariales y cotizaciones, aspirando a extenderse al grupo familiar en la medida que las posibilidades lo permitan.

La seguridad social debe aspirar plenamente a la conservación y restablecimiento de la salud y la capacidad de trabajo del asegurado, presentando los servicios con

la mayor eficiencia, eficacia, y oportunidad, de acuerdo a las posibilidades y recursos médicos existentes en el país, sin discriminaciones y limitaciones de ninguna naturaleza, pues deben hacerse todos los esfuerzos disponibles por salvaguardar la vida. La Seguridad Social es fundamentalmente el derecho humano por excelencia. Es decir, el derecho a la vida, a la existencia, no hay excusas, se debe hacer todo lo que se pueda.

**Unidad**, para la organización, ejecución y administración de los seguros sociales obligatorios se han creado instituciones nacionales de duración indefinida, con patrimonio propio, personería jurídica y plena capacidad de adquirir derechos y contraer obligaciones, con la autonomía funcional que le concede la ley.

Estas instituciones, por su carácter nacional, con fondos propios destinados exclusivamente para cubrir los beneficios ante las contingencias que sufren los trabajadores, son fundamentalmente autónomas y descentralizadas de la administración pública.

Su órgano rector superior corresponde a una junta o consejo directivo, integrado por representantes de los sectores involucrados: empleadores, trabajadores y el Estado. A este cuerpo colegiado le corresponde orientar la gestión, pronunciándose sobre sus políticas, planes y programas de trabajo para la realización de sus fines, tales como: aprobar los proyectos de inversiones de sus reservas procurando la mayor rentabilidad y en las mejores condiciones de seguridad, teniendo presente los planes de desarrollo de la economía nacional.

Es principio básico la unidad del órgano rector de la seguridad social a fin de responder a un solo criterio, a una sola orientación y a un solo derecho de tratamiento igual para todos.

No es razonable que existan diversas instituciones por cada una de las ramas de la seguridad social ni por sectores poblacionales, actividades laborales (empleados

públicos, magisterio, comunicaciones), etc., quizás con periodos diferentes para calificar el derecho, distintas bases de cálculo de las pensiones, requisitos y modalidades diversas que motivan diferencias en la presentaciones, violentándose en esta forma a la justicia social igualitaria sustentada en los principios constitucionales.

Lo anterior, además de presentar un grado manifiesto de falta de equidad, fomenta una proliferación de órganos de gestión con duplicidad en todas las tareas técnicas y administrativas, desencadenándose un burocratismo excesivo que conduce al incremento desmesurado de los gastos administrativos e irremisiblemente al perjuicio de las prestaciones de los asegurados y beneficiarios, además del equilibrio financiero y desprestigio del sistema.

**Internacionalidad**, las nuevas tendencias de la seguridad social van de la mano con un mundo cada vez más globalizado, donde cada vez más los trabajadores migrantes van acumulando derechos y prestaciones entre regiones geográficas. El principio de internacionalidad busca establecer convenios internacionales entre países a fin de reconocer prestaciones, sobre las de largo plazo (pensiones), a trabajadores que han cotizado una mínima cantidad de cotizaciones y que por sus características no alcanzaría a obtener una protección de vejez, ni en un área, ni en la otra.

## **La Seguridad Social en Honduras**

El instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) es el principal ente encargado de velar por la Seguridad Social del país; este se creó en 1959<sup>20</sup> a fin de garantizar los siguientes beneficios: atención ante enfermedad común, maternidad, accidentes laborales, enfermedades profesionales, discapacidad, vejez, deceso y desempleo involuntario de los trabajadores del sector privado. La edad mínima de jubilación es

---

<sup>20</sup> El IHSS fue creado en 1959, Decreto No. 140 del 3 de julio de 1959. (Badillo y otros, 2009) y reformado por el Decreto N° 080-2001 aprobado, el 1 de junio de 2001 (Poder Legislativo, 2001).

a los 65 años para los hombres y 60 para las mujeres, siempre y cuando hayan aportado un mínimo de 12 contribuciones anuales.

El IHSS tiene a su cargo los siguientes regímenes:

### **Régimen de Enfermedad y Maternidad**

Este se financia con los aportes del trabajador 2.5 %, el empleador 5.0 % y el gobierno el 0.5 % del total de los salarios hasta un techo de US\$ 317.17<sup>21</sup>. Para recibir los beneficios por enfermedad se requiere haber cotizado un mínimo de 35 días en los últimos 90; en cambio, para Maternidad se requiere haber cotizado un mínimo de 75 días en los últimos 300.

Los beneficios médicos incluyen medicina general y especializada, hospitalización, medicamentos, servicios de laboratorio y atención dental y de maternidad, incluyendo cuidado postnatal hasta 45 días. No hay límite en la duración de los servicios médicos para los trabajadores empleados; si han sido desempleados en los últimos 60 días, con cobertura previa, el límite es de 26 semanas de atención.

La atención médica a los beneficiarios cubre los hijos hasta la edad de 10 años y la esposa o compañera de hogar en caso de maternidad.

Los beneficios en efectivo son alrededor de 66% del salario, hasta un periodo de 52 semanas. Los beneficios por maternidad también corresponden al 66 % del salario, los cuales se paga seis semanas antes y seis semanas después del parto.

El régimen en referencia tiene una cobertura geográfica en 25 de los 298 municipios del país, especialmente en aquellas ciudades de mayor desarrollo. Su cobertura poblacional, a diciembre 2015 alcanza, 1.525 millones de personas que representan

---

<sup>21</sup> El techo máximo de cotización en el periodo 2005 - 2013 era de Lps. 4,800 equivalentes a US\$252. 27. En el año 2015 ese techo es de Lps. 7,000.00 y el tipo de cambio promedio era de Lps 22.07 por un dólar.

el 18.36% de la población total y un 18.88 de la población económicamente activa (P.E.A).

Respecto a la organización de los servicios el IHSS tiene tres formas de provisión de los mismos: (i) a través de su propia red de hospitales y clínicas en las que se brindan atenciones de los tres niveles de atención, (ii) por medio de proveedores privados que ofrecen atenciones de primer y segundo nivel, denominados servicios sub rogados; y, (iii) el servicio médico de empresas que otorga cuidados de primer nivel. El IHSS, a través del Sistema Medico de Empresa (SME) y la subrogación de clínicas privadas ha logrado ampliar la cobertura geográfica y poblacional del régimen de enfermedad maternidad.

La producción total de consultas en el año 2015 fue de 2.66 millones y 85,596 egresos hospitalarios; en el periodo 2004-2015 se observa un promedio de 2,57 millones de consultas anuales y 93,166 egresos.

### **Régimen de riesgos del trabajo**

El financiamiento de este régimen proviene de las aportaciones patronales, equivalente al 0.2% de salario. Cubre el sector asalariado y excluye los trabajadores temporales, agrícolas y el personal doméstico. Los beneficios equivalen al 66% del salario cotizado por incapacidad temporal y por lesión en el área de trabajo y, por incapacidad permanentemente, se otorga entre el 40 y 80% del salario.

### **Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte**

El trabajador aporta el 1% de su salario, el empleador el 2% de los salarios que paga y el Estado el 0.5%, hasta un techo equivalente a US \$100. El régimen cubre la clase asalariada y excluye los trabajadores agrícolas, temporales y personal doméstico. Los profesionales del magisterio, empleados públicos, médicos y los militares tienen su propio régimen.

Para obtener los beneficios es requisito ser mayor de 65 años para los hombres y de 60 años para las mujeres, además de tener un mínimo de 180 meses de contribución. Pueden optar a pensión por invalidez, los que hayan perdido el 66% de su capacidad productiva. Los beneficios en efectivo por vejez andan alrededor de 40 % de salario. La pensión máxima del régimen equivale a un 80 % del salario cotizado.

En caso de muerte del asegurado, la pensión equivale al 40%, pagable a la viuda o viudo mayor de 65 años o invalido. Los huérfanos pueden recibir entre el 20 y el 40%, al igual que la madre dependiente del asegurado. En ciertos casos, la pensión puede alcanzar hasta el 100% de la pensión del asegurado.

### **Financiamiento de las prestaciones en el Seguro Social**

Comparativamente, Honduras tiene las tasas de cotización más bajas de Centroamérica<sup>22</sup> (techo de US\$317.17 aproximadamente) y un déficit financiero ya inoperable por lo bajo de dichas tasas.

Las prestaciones de la seguridad se financian de acuerdo a un sistema financiero que busque ante todo garantizar sostenibilidad y viabilidad técnica de las mismas. El sistema financiero no es más que el modelo que se adopta para equilibrar ingresos y egresos a lo largo de los años de funcionamiento (es decir, sistema de reparto, sistema de primas medias, sistema de primas escalonadas, etc.) distribuyendo la carga financiera del seguro entre diferentes grupos o generaciones de contribuyentes y/o cotizantes.

---

<sup>22</sup> En Costa Rica y Panamá no hay techo máximo de cotización, en El Salvador el TMC es de US\$1,000.00 (diciembre 2015), y en Nicaragua (diciembre 2015) es el equivalente a US\$ 2,785.00.



Los sistemas financieros tienen como objetivo lograr el equilibrio financiero a corto y largo plazo garantizar las prestaciones, procurando siempre cumplir con la siguiente igualdad:

$$\text{GASTOS } (\pm) \text{ VARIACIÓN DE RESERVAS} = \text{RECURSOS DE LAS DISTINTAS FUENTES FINANCIERAS} + \text{RENDIMIENTOS DE LAS RESERVAS}$$

La igualdad anterior es de aplicación a cualquier sistema financiero, si bien sus componentes tienen un comportamiento distinto según se trate de un sistema de reparto simple o de capitalización.

### **Sistema de financiación por reparto simple<sup>23</sup>**

Se fundamenta en determinar para cada periodo económico (generalmente un año de ejercicio), el volumen de ingresos que es necesario para atender las obligaciones generadas para dicho periodo.

La ventaja fundamental de este sistema es la eliminación del efecto de pérdida de poder adquisitivo, puesto que se capitaliza en el acto y el principal punto débil es la sensibilidad a las oscilaciones demográficas.

Este es el modelo más comúnmente utilizado en los sistemas contributivos, incluido Honduras. Ver gráfico No. 1 el cual ilustra el modelo financiero de un sistema de reparto simple, nótese en el mismo que los ingresos percibidos son iguales a los gastos.

En un sistema de reparto anual, la ecuación se plantea para un período a muy corto plazo, de manera que la estimación de recursos del año cubra las prestaciones de dicho año.

---

<sup>23</sup> Organización Internacional del Trabajo (OIT). Actuario Sergio Velasco, Sistemas de financiación de la Seguridad Social, 2005.

En este caso, se estaría en un sistema en el que no existirían reservas técnicas, no obstante, aun cuando un sistema de reparto no plantea conceptualmente establecer reservas, se suele configurar reservas de contingencias para hacer frente a potenciales desviaciones cíclicas de la demanda o bien para enfrentar situaciones emergencia sanitarias asociadas desastres naturales o epidemias<sup>24</sup>.

En esa línea, el sistema de reparto será más estable en la medida que disponga de estas reservas, también denominadas de equilibrio, con cuantías proporcionalmente no muy elevadas (máxima del 10% de los ingresos corrientes del ejercicio anual), respecto al resto de fuentes financieras, pero suficientes para contrarrestar esas variaciones de ciclos económicos, y conseguir determinar un tipo de cotización estable para un período determinado.

### **Sistema de financiación por capitalización<sup>25</sup>**

Son aquellos que articulan la protección en función del ahorro generado a lo largo del tiempo por las propias personas protegidas, más los rendimientos de cualquier índole que se hayan producido.

Este modelo financiero es aplicable para prestaciones de largo plazo, que no van a demandar de forma inmediata la prestación, sino que, hasta determinado periodo de tiempo, después de reunir una serie de años cotizados y años de edad.

El modelo basa su esencia en configurar reservas de capitales, de modo que las mismas vayan generando réditos financieros para hacer frente a la demanda de prestaciones futuras (pensiones).

---

<sup>24</sup> Huracanes, inundaciones, deslaves, terremotos o bien por epidemias (enfermedades infecciosas o parasitarias).

<sup>25</sup> Organización Internacional del Trabajo (OIT): Act. Sergio Velasco, Sistemas de financiación de la Seguridad Social, 2005.

Las corrientes neoliberales contemporáneas propugnan la adopción de este sistema, como mecanismo de descarga del erario público, incentivo del ahorro productivo con la consecuente dinamización económica y garantía de viabilidad de los sistemas de protección social, puesto que solo se comprometen los recursos disponibles.

Por el contrario, suele señalarse como principal desventaja, la depreciación que sufre el capital a lo largo del tiempo, la imposibilidad de garantizar la suficiencia de las pensiones que se generen y la ruptura del principio de solidaridad.

Cabe referir que las prestaciones de largo plazo (pensiones), tienen a su vez, dentro del componente de capitalización tres mecanismos específicos de financiamiento que puede ser: Prima media general, prima escalonada, y reparto de capitales de cobertura.

### **Método de cálculo de prima media general<sup>26</sup>**

Este modelo de financiamiento de prestaciones de largo plazo consiste establecer en un periodo de tiempo más o menos mediano (15 – 20 años), una prima media para todo ese periodo de modo que al inicio la prima va resultar de una cuantía mayor a lo que realmente se requiere para hacer frente a las prestaciones, generando así bolsones de reserva que se utilizarían para hacer frente a los déficits, mismos que se generarán una vez que la prima media establecida quede por debajo del financiamiento necesario para hacer frente a las prestaciones que se demanden.

Como se observa, en los primeros años la prima media está por encima del gasto porcentual de los salarios, el cual se va incrementando de forma paulatina conforme transcurren los años, ya sea porque ya más asegurados-beneficiarios, por efectos

---

<sup>26</sup> Organización Internacional del Trabajo (OIT): Act. Sergio Velasco, Sistemas de financiación de la Seguridad Social, 2005.

de inflación, ajuste de paridad cambiaria, nuevas prestaciones, incremento de tasas de utilización de los servicios etc., aun así, se generan reservas de capital. Luego en la segunda parte, la misma prima media está por debajo de ese gasto porcentual, generándose los déficits que deben ser cubiertos por las reservas constituidas en la primera fase. Ver gráfico No. 2 el cual ilustra la situación en referencia.

### **Método de cálculo de prima escalonada<sup>27</sup>**

Este modelo de financiamiento tiene prácticamente la misma filosofía del modelo anterior, con la diferencia que se establecen tasas de cotización o de financiamiento en periodo más o menos cortoplacistas, generalmente 5 años (ver gráfico No. gráfico 3, el cual ilustra lo antes referido). Es decir, los aportes se revisan y ajustan de forma constante cada vez que el modelo centra en periodos desajustes entre los ingresos y los gastos por prestaciones. Luego de que es ajustada la tasa, se genera un superávit que luego permitirá financiar los déficits de los siguientes 2 o tres años con lo que se vuelve a tener la necesidad de ajustar nuevamente las cotizaciones y así sucesivamente.

### **Método de cálculo de reparto de capitales constitutivos o de cobertura**

En esencia este modelo es el más común adoptado y vigente por una buena parte de los sistemas de seguridad social a nivel latinoamericano.

En esencia, consiste en financiar las prestaciones de largo plazo (pensiones) con los ingresos ordinarios más el importe de los capitales generados en el sistema financiero nacional a partir los cuales se constituyen la masa de ingresos disponibles y con los cuales se pagarán las pensiones de los nuevos pensionistas del año en curso. El remanente se destina al gran bolsón de reserva técnica y del cual serán sacados los flujos para el pago de las pensiones de años anteriores. El rendimiento

---

<sup>27</sup> Organización Internacional del Trabajo (OIT): Act. Sergio Velasco, Sistemas de financiación de la Seguridad Social, 2005.

de que genera esta reserva técnica se capitaliza y se adiciona a la reserva técnica global. (ver gráfico No. 4, el cual ilustra situación antes referida).

En resumen, los dos sistemas financieros, reparto y capitales, si bien tienen en común la búsqueda de equilibrios financieros, ambos son aplicables a los dos tipos de prestaciones diferentes: prestaciones de corto plazo y largo plazo, respectivamente.

En esa línea, se entiende como prestaciones de corto plazo las prestaciones de enfermedad maternidad que tienen a lo sumo una vigencia máxima de un año, así como las prestaciones en salud de Riesgos Profesionales. En cambio, son ejemplos claros de prestaciones de largo plazo las pensiones de Invalidez, Vejez, Muerte (IVM) y pensiones por incapacidad a causa de riesgos laborales.

### **Crisis de la seguridad social: momento de reformas**

Ciento veinte y siete años después de la puesta en marcha de la seguridad social en el mundo (Alemania de Otto von Bismarck), casi la totalidad de los países con sistemas de seguridad social clásicos, manifiestan una gran preocupación por la viabilidad futura de los sistemas. Las causas de la crisis del sistema están íntimamente ligadas entre sí, las principales son: la evolución demográfica, la generación de empleo y la estructura del sistema de protección social, financiamiento, eficacia protectora y las dificultades de su gestión<sup>28</sup>.

Por lo que respecta a la primera cuestión, el análisis de las tendencias demográficas más recientes revela el creciente envejecimiento de la población, lo que conlleva un aumento considerable de número de personas en edad de jubilación y con ello la necesidad de atenciones sanitarias de mayor frecuencia, complejidad y costo.

---

<sup>28</sup> Simeón Rizo Castellón, "La Seguridad Social en Nicaragua". Managua 1994.

El segundo problema, más relevante si cabe que el anterior, es la situación de empleo o, más exactamente el estancamiento de la tasa de empleo formal, incluso en los países industriales más avanzados.

Otros motivos que contribuyen a la tendencia reformista, con mayor o menor peso según los países, son los siguientes:

- Una situación persistente de desempleo acompañado de una débil tasa de crecimiento económico, que genera importantes gastos en concepto de ingresos sustitutivos e implica una reducción de las recaudaciones. En los sistemas de seguridad social se vienen produciendo, en los últimos diez años, fuertes desequilibrios financieros a consecuencia de la reducción de las tasas de empleo y de la participación de los asalariados en la renta nacional, lo que incide de forma creciente sobre el déficit público.
- El envejecimiento de la población que supone una carga creciente sobre los ocupados. En efecto, el envejecimiento de la población conlleva un aumento de la proporción de los recursos destinada a las personas que no contribuyen directamente a su generación.
- Los déficits presupuestarios y el alto nivel de endeudamiento, derivados en gran parte de la financiación de la protección social.
- Los flujos migratorios.
- Las tendencias ideológicas neoliberales y privatizadoras.

Esta situación, conlleva, sin duda, una necesidad de cambio en los actuales sistemas de seguridad social que, con carácter general, se mueve en las siguientes direcciones:

- Reglamentaciones y condiciones más estrictas para el acceso a los dispositivos de apoyo de la renta y limitación del derecho a las prestaciones a los casos más justificados.
- Revisión de las edades de jubilación.
- Reducción de la carga financiera, mediante la reforma de las reglas de cálculo que determinan la prestación media de los sistemas.
- Clarificación de las fuentes de financiación, vinculando, las pensiones contributivas a las cotizaciones sociales: y las pensiones asistenciales a los impuestos generales (redistribución de renta).
- Reducción de las cargas sociales que afectan a las empresas, especialmente los costes no salariales de la mano de obra.
- Privatización, en algunos casos, de diversos aspectos del sistema.
- Introducción de técnicas financieras de capitalización.

Estudios técnicos, realizados por el IHSS<sup>29</sup>, con el apoyo de organismos internacionales de cooperación para el desarrollo y la OIT, muestran el desbalance actuarial en las proyecciones del régimen de IVM, sin embargo, al ser estudios exclusivos para establecer valuaciones en términos de compromisos financieros futuros del régimen de pensiones, no se detalla en estos, evaluaciones financieras específicas para el REM.

No se tuvo a la vista estudios vinculados con la evaluación de los flujos financieros observados en las series históricas y construcción de proyecciones financieras del REM. Se desconoce, por tanto, si existen análisis puntuales que pudieron haber desarrollado los propios equipos técnicos del IHSS en los últimos 5 años.

---

<sup>29</sup> Fabio Durán Valverde, Actuario de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Valuación del sistema de seguridad social de Honduras, año 2013

En el plano centroamericano, Nicaragua en 2013, implementó un paquete de reformas a la seguridad social que incrementó el techo máximo de cotización en aras de obtener mayores recursos para sus tres ramas de seguro<sup>30</sup>. Guatemala por su parte desde el año 2014 está discutiendo con todos los sectores involucrados un paquete de reformas encaminado a lograr mayor cobertura de afiliados y mejoramiento de la estructura de financiación<sup>31</sup>.

En el caso de Honduras, actualmente está trabajando en un paquete de reformas de su sistema de seguridad social incluido el sector salud que busca “fortalecer, ampliar, mejorar y expandir en forma gradual y progresiva la cobertura de un régimen con universalidad hacia toda la población, en garantía del cumplimiento del mandato constitucional de otorgar asistencia de seguridad y previsión social para todos por una vida mejor<sup>32</sup>”, incluido reformas en su sistema de financiación.

---

<sup>30</sup> Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Decreto 975 reforma al “Reglamento General de la Ley de Seguridad Social”.

<sup>31</sup> Urías Gamarro, Prensalibre.com, 25 febrero 2014. En base a una entrevista con el Ministro del Trabajo Carlos Contreras.

<sup>32</sup> Anteproyecto de ley de reformas a la Seguridad Social de la República de Honduras, noviembre 2015



## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

### **Tipo de estudio**

Se trata de un estudio observacional de tipo descriptivo, específicamente un estudio de caso centrado en la simulación<sup>33</sup>.

### **Área de estudio**

Sistema de Seguridad Social de la República de Honduras (Instituto Hondureño de Seguridad Social – IHSS)

### **Universo**

Balance anual de ingresos y egresos de las diferentes ramas de seguro del IHSS  
(3)

### **Marco muestral**

Balance anual de ingresos y egresos del REM

### **Muestra**

Balance anual de ingresos y egresos de la serie 2008 - 2015 del REM

### **Unidad de análisis**

Balance anual de ingresos y egresos

### **Unidad de observación**

Saldo operativo de flujo de ejercicio (variación anual de ingresos – egresos)

---

<sup>33</sup> En este tipo de casos no sólo se pretende que los sujetos estudien el relato, analicen las variables que caracterizan el ambiente en que se desarrolla la situación, identifiquen los problemas y propongan soluciones examinando imparcial y objetivamente los hechos y acontecimientos narrados, sino que específicamente se busca que los participantes se coloquen dentro de la situación, se involucren y participen activamente en el desarrollo del caso y planteen posibles soluciones a la situación problemática identificada.

## **Variables**

### **Objetivo No. 1. Analizar el esquema de financiamiento del Régimen de Enfermedad Maternidad del IHSS.**

- a) Tasa de cotización (Asegurado, Empleador, Estado)
- b) Techo máximo de cotización

### **Objetivo No. 2. Analizar la situación financiera actual del Régimen de Enfermedad Maternidad del IHSS en términos de balance de flujos.**

- a) Ingresos por cotización
- b) Egresos del REM
- c) Tipo de cambio del dólar
- d) Proporción de morosidad

### **Objetivo No. 3. Analizar posibles escenarios de reformas paramétricas que conlleven a la sostenibilidad financiera del REM.**

- a) Población total del país
- b) PEA
- c) Población asalariada
- d) Población sujeta de cobertura
- e) Masa salarial
- f) Facturación IHSS
- g) Consultas médicas y de emergencia
- h) Egresos hospitalarios
- i) Tasa de utilización de los servicios

### **Objetivo No. 4. Recomendar la alternativa de reforma paramétrica más costo – efectiva para el Régimen de Enfermedad Maternidad.**

- a) Punto de equilibrio

- b) Reserva de contingencia

### **Criterio de selección de inclusión y exclusión**

Pertenecer a la serie 2008-2015 del balance anual de ingresos y egresos y balance anual incluye ingresos y egresos de los 12 meses del año.

### **Fuentes y obtención de datos**

Departamento de estadísticas de IHSS.

### **Técnicas e instrumentos**

Para la cuantificación de los resultados y proyecciones el autor de este estudio construyó, a partir, de sus propios medios y experiencia un instrumento calculo (modelo de simulaciones). El modelo de simulaciones se realizó en formato de Microsoft Excel 2015 y fue realizado de forma automatizada integrando una interfaz desde donde se sincronizan las diversas variables que intervienen.

El instrumento de cálculo se construyó con el fin de simular proyecciones de ingresos y egresos esperados a partir de los resultados observados en las series históricas 2008-2015, simulando escenarios de reforma paramétrica en las variables de cobertura poblacional y techo máximo de cotización las cuales a su vez se correlacionan con los ajustes definidos para las tasas de uso de los servicios (TUS).

En caso particular de las TUS, se usaron técnicas estadísticas aplicadas al pronóstico, específicamente la función pronóstico de Excel, la cual toma un rango de valores existentes y los utiliza para realizar el cálculo de un valor futuro, utilizando el método conocido como regresión lineal para pronosticar dicho valor.

La función PRONOSTICO, predice entonces un valor, analizando el comportamiento en la relación previa de dos conjuntos de datos (años y producción de servicios).

## **Modelo de Simulaciones**

El modelo permite que, a partir de la introducción de una serie de variables económicas, financieras, sanitarias, y administrativas pueda realizar cálculos de forma iterativa que conlleven a proyectar comportamiento de ingresos y gastos de salud en un esquema de hasta 12 años. A efectos de darle una mayor consistencia y fiabilidad de las proyecciones, este estudio se circunscribe a las proyecciones de los próximos 7 años. El Gráfico 5 – muestra la vista gráfica de la interfaz del modelo de simulaciones

El modelo corre a partir de la integración de nueve hojas de datos:

- Interfaz del modelo
- Escenarios de reforma
- Cargar información financiera base (serie histórica)
- Cargar producción de servicios (serie histórica)
- Definir cobertura y salarios de cotización
- Definir parámetros
- Resultados por escenario
- Resumen de resultados
- Otros gráficos de resultados

## **Interfaz del modelo**

Permite que el usuario pueda interactuar con el libro de Excel y seleccionar de forma dinámica y animada las diferentes hojas que conforman el modelo simulación.

## **Escenarios de reforma**

En esta hoja se presentan los cuatros escenarios definidos y sujetos de valuación. Cada escenario se presenta con sus correspondientes variables sujetas de cambio que pueden ser a nivel de indicadores macroeconómicos como a nivel de aseguramiento o bien en cuanto a parametrización en la producción de servicios.

## **Cargar información financiera base (serie histórica observada)**

Hoja matricial en la cual se tabula toda la información general del sistema, en esta hoja se incorpora toda la información fuente que requiere el modelo de simulación para hacer los cruces de variables y cálculos de las proyecciones.

En esta hoja se debe incorporar tres grupos de información:

- Información demográfica e indicadores económicos.
- Ingresos observados por el REM desde el periodo 1999 - 2015.
- Gastos por prestaciones médicas y económicas en el periodo 1999 - 2015.
- Producción de servicios salud en el periodo 1999 - 2015.

## **Cargar producción de servicios (serie histórica observada)**

A partir de esta información se calculan los saldos del balance de ingresos y egresos, así como los costos unitarios observados de la producción de servicios sanitarios.

## **Definir cobertura y salarios cotizables deseables**

En esta hoja se han establecido una serie de interpolaciones en los diversos parámetros, a fin de que el modelo realice los cálculos interactivos a partir de dichas interpolaciones.

Se han realizado entre otras interpolaciones las siguientes: (i) nivel deseado de cobertura: desde el 50% de cobertura de la población asalariada al 100% de la misma, (ii) nivel deseado de recuperación de la factura desde el 70% al 100%: (iii) nivel deseado de salarios cotizables desde LPS. 7,000 a Lps. 20,000.

## **Definir parámetros**

Es la hoja donde el usuario introduce los cambios paramétricos que se desee evaluar y que el modelo le permite correr. En esta hoja de cálculo se pueden introducir cambios paramétricos en tres diferentes aspectos: (i) Parámetros de la economía nacional, es decir todas aquellas variables económicas que pueden incidir de forma directa o indirecta con el incremento o decrecimiento tanto de los ingresos como del gasto en salud, (ii) parámetros de aseguramiento, es decir aquellos ligados directamente al aseguramiento de los derechohabientes del REM y, (iii) su gestión administrativa.

## **Resultados por escenarios**

Es el conjunto de 4 hojas a través de la cual se muestran los resultados de forma gráfica por cada uno de los escenarios desarrollados.

## **Resumen de resultados de simulaciones**

Es la hoja a través en la cual se sintetizan los resultados de cada uno de los escenarios desarrollados.

## **Otros gráficos de resultados**

Es la hoja final del modelo que presenta la opción de hacer otro tipo de gráficos (no lineales) vinculados a la tasa de utilización de los servicios y cobertura poblacional, además de los relacionados a las proyecciones del flujo anual de ingresos y egresos del REM.

## **Memoria de Calculo**

La memoria de cálculo de cada uno de los escenarios se describe a nivel de detalle en el capítulo siguiente (resultados de la investigación), en cada uno de los escenarios.

## **Variables que intervienen**

En el anexo de operacionalización de variables se describen cada una de estas.

## **Proceso de recopilación, procesamiento y análisis de la data**

Este proceso abarcó diversas facetas: recopilación, depuración, tabulación, procesamiento y análisis de la misma, cada una de las cuales fueron desarrolladas siguiendo un plan de trabajo riguroso y procurando, además de garantizar la vigencia y actualidad de la misma, que en el proceso de análisis y de transformación en información se mantuviese en un 100% la fiabilidad de los datos.

Bajo esa perspectiva el desarrollo de este trabajo de titulación inició con el proceso de documentación y recopilación de toda la información técnica disponible en el propio Régimen de Enfermedad Maternidad del IHSS y la Secretaría de Salud.

Se establecieron coordinaciones con funcionarios del REM y se tuvo acceso a la información electrónica de carácter público disponible en el sitio web del IHSS, donde se obtuvo datos sobre la cobertura geográfica y poblacional por año y

tipo de régimen de aseguramiento, producción de servicios y los costos de los mismos; además del detalle de los flujos operativos de ingresos y egresos, así como de las tasas de utilización de los servicios, indicadores sanitarios e infraestructura.

Otra información como encuestas de nivel de vida, de demografía y salud, censos poblacionales, indicadores económicos, sociales, evolución de tipos de cambio, fue recopilada consultada y procesada a través de diversas instancias como el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Honduras (INE), El Banco Central de Honduras (BCH), la Secretaria de Salud (SESAL), el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), y otras. Además, se recopiló y consultó información relacionada al tema de referencia en los sitios web de las instancias antes señaladas.

El instrumento de cálculo (modelo de simulaciones) utilizado en el presente estudio fue desarrollado para la realización de las proyecciones de ingresos, egresos y flujos de recursos financieros de los ejercicios anuales del Régimen de Enfermedad Maternidad del Instituto Hondureño de Seguridad Social, es un modelo construido por el autor exclusivamente para este fin, específicamente fue utilizado para calcular los resultados de la situación financiera actual de esta rama del seguro y sus proyecciones para el periodo 2016-2022, por tanto, no hay antecedentes en los cuales se haya utilizado ésta instrumento para evaluar los escenarios propuestos.

El instrumento en referencia fue desarrollado de forma exclusiva para:

- Cuantificar el resultado de ejercicios operacionales (déficit o superávit) de los últimos 8 años (serie 2008 -2015), convirtiendo el mismo en valores absolutos y relativos en dólares americanos de cada año.
- Realizar pronóstico de tasas de utilización de servicios y producción de servicios esperadas a partir de los ajustes de la cobertura poblacional del REM y del techo máximo de cotización (TMC).



- Realizar proyecciones de ingresos, egresos y saldos de ejercicio anual del Régimen de Enfermedad Maternidad del Instituto Hondureño de Seguridad Social para el periodo 2016-2022.

### **Análisis de datos**

Con el fin de hacer una evaluación más precisa sobre el sistema financiero del Régimen de Enfermedad Maternidad del IHSS y de sus flujos operativos, se considera oportuno iniciar el proceso investigativo haciendo un análisis general de su situación actual desde el punto de vista financiero. Este análisis de situación permitió elaborar un perfil más razonable de la situación y estructurar, a partir del mismo, escenarios de simulación de reformas paramétricas cuya finalidad es buscar el establecimiento de equilibrios financieros para garantizar la sostenibilidad y viabilidad del REM - del IHSS, se consideró los siguientes elementos:

- Esquema de financiamiento.
- Comportamiento de los salarios máximos de cotización.
- Comportamiento histórico de los ingresos y egresos del REM (balance de flujos).
- Evolución del gasto y causas probables de su comportamiento actual.
- Relación del gasto con otras variables de la economía nacional.
- Tasas de utilización de los servicios de salud.
- Panorama general del estado situacional del financiamiento del REM.
- Resultados de las corridas de simulaciones por cada modalidad de los cuatro escenarios.

### **Trabajo de campo**

Todo el proceso de recopilación, procesamiento y análisis de la data se realizó de enero de 2015 a enero de 2016.

## **Aspectos éticos**

Considerando que se trata de estudio observacional descriptivo basado en simulación a partir información pública y disponible del IHSS, no se encontraron inconvenientes que se contrapongan con las normas éticas convencionales, a excepción del uso adecuado objetivo y razonable de la información recopilada.

## **Tabla de operacionalización de variables.**

Se muestra en el anexo 1.

## **VIII. RESULTADOS**

### **8.1. Esquema de financiamiento del REM**

El Régimen de Enfermedad Maternidad (REM), del Instituto Hondureño de Seguridad Social (ISHH) se financia con el 8.0% de los salarios cotizables de los trabajadores sujetos de cobertura. Los ingresos por cotizaciones del REM, están condicionados además del factor antes referido por un TMC (techo máximo de cotización) relativamente bajo.

Hasta el mes de marzo del año 2012 el salario máximo cotizable se fijaba en un monto fijo de Lps. 4,800.00 (equivalente a US\$ 242.98) de acuerdo con la Ley del Seguro Social y su decreto No. 080-2001 del 1 de junio del año 2001.

En el mes de abril del año 2012 se incrementó el salario máximo cotizable a Lps. 7,000.00 y a pesar que este monto es el equivalente a casi un salario mínimo<sup>34</sup> (US\$ 352.92), significó un importante incremento a los ingresos del REM del IHSS.

Este monto de Lps \$ 7,000.00 está vigente aún, su modificación requiere de la implementación de un dialogo de políticas y amplio consenso entre empleadores, organización de trabajadores y el gobierno, para romper los techos máximos de cotización.

### **8.2. Situación financiera del REM**

A partir de los datos analizados, los resultados operativos de la serie histórica recopilada muestran que en el periodo 2008 – 2015 (salvo el año 2014), tanto los ingresos generales como los egresos ordinarios del REM muestran una tendencia

---

<sup>34</sup> En el año 2012 el salario mínimo es de Lps. 7,007.00 y en diciembre 2013 el gobierno y las principales organizaciones gremiales, llegaron a un acuerdo en donde se fija el en Lps. 7,419 el salario mínimo.

creciente. La tendencia de crecimiento de las erogaciones por prestaciones sanitarias supera en un margen cada vez mayor al del financiamiento.

A partir del año 2008 el REM presenta déficits operacionales del -15% y cuyo impacto hubiese sido aún mayor de no haberse ajustado el techo máximo de cotización de Lps. 4,800.00 a Lps. 7,000.00 en agosto del 2012.

Los flujos del REM muestran hasta el año 2012 una brecha más o menos manejable (déficits promedio global anual de 7%), sin embargo, en 2013, 2014 y 2015 si bien se presentaron superávits de 3%, 2% y 16% respectivamente, los mismos se deben principalmente a la disminución del gasto por la reducción de la oferta y el consumo de los servicios de salud, además de las medidas tomadas para aumentar la recaudación, la eficiencia y transparencia en los procesos de compra implementadas por la Comisión Interventora del IHSS.

### **8.3. Escenarios propuestos evaluados**

Para evaluar la dimensión del problema de financiamiento del IHSS se consideraron los siguientes escenarios y opciones:

#### **Escenarios y modalidades considerados:**

- Escenario No. 1) Mantenimiento de la situación actual sin ajustes de los parámetros económicos actuales.
- Escenario No. 2) Ampliación de la cobertura al 65% población asalariada ajustando la tasa de utilización de los servicios en 2%.
- Escenario No. 3) Ampliación de la cobertura al 80% población asalariada ajustando la tasa de utilización de los servicios en 4.11%.
- Escenario No. 4) Ampliación de la cobertura al 100% población asalariada ajustando la tasa de utilización de los servicios en 7.25%.

### **Modalidades de evaluación consideradas por cada escenario**

- a) Techo máximo de cotización Lps. 7,000.
- b) Techo máximo de cotización hasta alcanzar punto de equilibrio.
- c) Techo máximo de cotización hasta alcanzar reserva de contingencia.

El impacto de cada una de las opciones descritas se estimó a partir de la construcción de un modelo de cálculo en Excel 2015, considerando las variables básicas de un modelo actuarial (demográficas y financieras) con el cual se evaluaron un total de 4 escenarios dando lugar a las 12 valuaciones o modalidades de implementación.

El modelo de simulaciones fue realizado bajo un concepto de ajustes paramétricos y midiendo las sensibilidades del cambio. Luego de realizar diversos ajustes de medición de sensibilidades (corridas del modelo de cálculo) se establecieron los cuatro escenarios.

### **Resultados generales de cada escenario y de sus modalidades**

- Escenario No. 1 - Mantenimiento de la situación constante con un TMC de Lps. 7,000.00, incremento del TMC hasta alcanzar punto de equilibrio (Lps. 11,000.00) y reserva de contingencia (Lps.12,800.00).
- Escenario No. 2 - Incremento de la cobertura al 65%, tasa de uso de servicios (TUS) en 2%, con TMC de Lps. 7,000.00, incremento del TMC hasta alcanzar punto de equilibrio (Lps. 11,300.00) y reserva de contingencia (Lps.13,100.00).
- Escenario No. 3 - Incremento de la cobertura al 80%, TUS en 4.11%, con TMC de Lps. 7,000.00, incremento del TMC hasta alcanzar punto de equilibrio (Lps. 11,600.00) y reserva de contingencia (Lps.13,400.00).

- Escenario No. 4 - Incremento de la cobertura al 100%, TUS en 7.25%, con TMC de Lps. 7,000.00, incremento del TMC hasta alcanzar punto de equilibrio (Lps. 12,100.00) y reserva de contingencia (Lps.13,900.00).

## **Resultados específicos de las propuestas (escenarios)**

### **Escenario No. 1: Mantenimiento de la situación actual**

Este escenario consiste básicamente en mantener el “*status quo*” actual, sin hacerle ajuste a las principales variables que afectan en el tiempo el comportamiento de los flujos financieros. Se presenta una simulación de ingresos y egresos considerando ajustar de forma paulatina, a partir del primer año de su implementación, la población sujeta de cobertura circunscrita a los asalariados formales. Se pretende, aumentar la cobertura de un 48% actual a un 50% lo que implica el incremento de la producción de servicios que conlleva atender a un mayor número de personas.

Se presentan tres simulaciones: (1.a) sin ajuste del TMC, (1.b) con ajuste del techo máximo de cotización hasta alcanzar punto de equilibrio y (1.c) ajuste hasta lograr una reserva de contingencias.

No obstante, en el caso en referencia, no se considera aumento de TUS, debido esencialmente a que se quiere evaluar el impacto neto sin ajustar ninguna variable más que el TCM excepto el incremento natural de la producción de servicios que implica aumentar la cobertura de un 48% actual a un 50%.

## **Resultados específicos de las modalidades de simulación - Escenario 1**

### **Evolución de la población sujeta de cobertura**

Consecuente con los parámetros el REM mantiene una importante brecha de la población sujeta de cobertura técnica sin brindarle protección efectiva. El seguro

social brinda cobertura a el 50% de la población sujeta de cobertura técnica, por lo que se ve menguada en su labor social y el cumplimiento de misión constitucional.

### **Evolución de los ingresos, egresos y saldo operativo del ejercicio**

De acuerdo a las simulaciones realizadas, en la modalidad 1.a, en la cual se mantiene el techo de cotización constante a lo largo del tiempo, los ingresos tienden a mejorarse un poco, pero siguen una tendencia decreciente, en cambio los gastos tienen una tendencia creciente, agravando de esta forma el déficit que pasa del 1% al -58% en el séptimo año.

En la modalidad 1.b, en la cual se busca alcanzar un techo máximo de cotización que garantice punto de equilibrio en el periodo sujeto de análisis, para lograr el mismo, se requiere elevar TMC de forma paulatina a partir del primer año hasta alcanzar Lps. 11,000.00 en el 7mo. año.

En la modalidad 1.c, en la cual se busca acumular reserva de contingencia equivalente al 10% de los gastos operativos del escenario en referencia, se requiere elevar el TMC a partir del primer año hasta alcanzar Lps. 12,800.00 en el 7mo. año.

### **Parámetros y consideraciones**

Se muestran a nivel de detalle en la Tabla No. 1.

### **Memoria de cálculo**

#### **Ingresos a legislación actual sin variar el techo máximo de cotización de Lps.7,000.00 (escenario base)**

Actualmente la población asegurada representa el 48% de la población asalariada del sector formal. Se parte del supuesto que la población derechohabiente se irá incrementando de forma constante, a como lo ha venido haciendo hasta la actualidad, alcanzando en el año 2022 el 50% de la misma.

Los ingresos por cotización del REM se calculan de la siguiente manera: se asume que todos los trabajadores cotizan el máximo salario cotizante, por lo que la masa salarial anual se proyecta multiplicando la cantidad de trabajadores asegurados por Lps. 7,000.00 por 12 meses, este monto se multiplica por el 8% de cotización y la misma, a efectos de establecer valores comparables en dólares, se multiplica por el tipo de cambio y luego se multiplica por el porcentaje de recuperación. De esta manera se obtienen los ingresos reales del REM (recuperación anual).

Para calcular los ingresos netos del REM se adiciona a los ingresos por cotización el factor histórico de “otros ingresos”, obtenidos por el REM anualmente como resultados de intereses, ingresos no financieros, ventas de activos descartados, recuperaciones de carteras históricas ya declaradas como incobrables, etc.

No se realiza ningún tipo de ajuste de los ingresos para calcular el valor real (valores constantes) de los mismos, es decir que las cifras se presentan sin ningún tipo de deflactor económico, son dólares corrientes de cada año.

### **Ingresos ajustando el techo máximo de cotización, hasta alcanzar punto de equilibrio**

La tasa de cotización se mantiene constante en el 8% de los salarios cotizables, con un techo máximo de cotización de ajuste progresivo pasando de Lps. 7,000.00, a Lps.11,000.00 al finalizar el año 2022 y el tipo de cambio experimenta un ajuste gradual, conforme lo establece la nueva política macroeconómica del Banco Central de Honduras, de 3.5% anual.

### **Ingresos ajustando el techo máximo de cotización, hasta alcanzar reserva de contingencia**

La tasa de cotización se mantiene constante en el 8% de los salarios cotizables, con un techo máximo de cotización de ajuste progresivo pasando de Lps. 7,000.00, a



Lps.12,800.00 al finalizar el año 2022 y el tipo de cambio experimenta un ajuste gradual, conforme lo establece la nueva política macroeconómica del Banco Central de Honduras, de 3.5% anual.

## **Egresos**

Para la estimación de los egresos, se parte inicialmente de la producción de servicios observados. Dado que se trata del caso base, se mantienen en *ceteris paribus* “*constantés*”, las tasas de utilización de los servicios.

En vista de la imposibilidad técnica, de tiempo y de recursos materiales y económicos para poder hacer un estudio detallado de costos unitarios se optó por utilizar el promedio ponderado de los costos observados en los años 2009 - 2013<sup>35</sup> (los que a juicio de autor son los más representativos de los flujos del periodo estudiado), haciéndoles una reconversión en dólares para garantizar homogeneidad en la proyección. Se calcularon los costos promedios de tres tipos de intervenciones: (i) costo de consultas médicas que incluyen el gasto administrativo, medicamentos, material de reposición periódica (MRP) y subsidios, (ii) costo de consultas en emergencias que incluyen el gasto administrativo, medicamentos y MRP, (iii) Costo promedio de hospitalizaciones con inclusión del gasto administrativo, medicamentos, MRP y subsidios. El costo de los mismos se imputo de forma prorrateada a las tasas de utilización de los servicios y personal involucrado en dichas áreas.

El producto de la cantidad de atenciones en el año en consulta externa, emergencias y hospitalizaciones por sus respectivos costos promedios unitarios expresa el monto global de la inversión en salud esperada año con año.

---

<sup>35</sup> Para los cuatro escenarios propuestos en el presente estudio, se utilizaron como costos de referencia los de la serie 2009 – 2013. Se consideraron los costos promedios de las consultas médicas programadas, consultas en emergencias, hospitalizaciones incluyendo en ambos casos los gastos administrativos, medicamentos y material de reposición periódica, y subsidios cuando aplicase.

## **Saldos**

La diferencia de ingresos y egresos constituye el saldo operativo del ejercicio.

### **Escenario No. 2: Ampliación de la cobertura al 65% población asalariada con ajuste de 2.0% de la tasa de utilización de los servicios**

Este escenario presenta una simulación de ingresos y egresos considerando ajustar de forma paulatina, a partir del año 2016, la población sujeta de cobertura circunscrita a los asalariados formales, se pretende, aumentar la cobertura de un 48% actual a un 65% lo que implica el incremento de la producción de servicios que conlleva atender a un mayor número de personas.

Se presentan tres simulaciones: (2.a) sin ajuste del TMC, (2.b) con ajuste del techo máximo de cotización hasta alcanzar punto de equilibrio y (2.c) ajuste hasta lograr una reserva de contingencias.

En este escenario se considera para todas las opciones un incremento de 2.0% de las frecuencias de uso, supuesto ajustado a la expectativa real de ocurrencia.

### **Resultados específicos de las modalidades de simulación - Escenario 2**

#### **Evolución de la proyección sujeta de cobertura**

El seguro Social aumenta su cobertura poblacional al 65% de la población sujeta de cobertura técnica, disminuyendo la brecha actual.

#### **Evolución de los ingresos, egresos y saldo operativo del ejercicio**

De acuerdo a las simulaciones realizadas, en la modalidad 2.a, en la cual se mantiene el techo de cotización constante a lo largo del tiempo, los ingresos tienden a mejorarse un poco, aunque siguen una tendencia decreciente, en cambio los

gastos tienen una tendencia creciente, agravando de esta forma el déficit que pasa del -1% al -62% en el séptimo año.

En la modalidad 2.b, en la cual se busca alcanzar un techo máximo de cotización que garantice punto de equilibrio en el periodo sujeto de análisis, para lograr el mismo, se requiere elevar TMC de forma paulatina a partir del primer año hasta alcanzar Lps. 11,300.00 en el 7mo. año.

La modalidad 2.c, en la cual se busca acumular reserva de contingencia equivalente al 10% de los gastos operativos del escenario en referencia, se requiere elevar el TMC a partir del primer año hasta alcanzar Lps. 13,100.00 en el 7mo. año.

### **Parámetros y consideraciones**

Se muestran a nivel de detalle en la Tabla No. 2.

### **Memoria de cálculo**

#### **Ingresos a legislación actual sin variar el techo máximo de cotización de Lps.7,000.00 (escenario base)**

Actualmente la población asegurada representa el 48% de la población asalariada del sector formal. Se parte del supuesto que la población derechohabiente se irá incrementando de forma constante, a como lo ha venido haciendo hasta la actualidad, alcanzando en el año 2022 el 65% de la misma.

La tasa de cotización se mantiene constante en el 8% de los salarios cotizables, con un techo máximo de cotización de Lps. 7,000.00, y el tipo de cambio experimenta un ajuste gradual, conforme lo establece la nueva política macroeconómica del Banco Central de Honduras, de 3.5% anual.

Para calcular los ingresos netos del REM se adiciona a los ingresos por cotización el factor histórico de “otros ingresos”, obtenidos anualmente como resultados de

intereses, ingresos no financieros, ventas de activos descartados, recuperaciones de carteras históricas ya declaradas como incobrables, etc.

No se realiza ningún tipo de ajuste de los ingresos para calcular el valor real (valores constantes) de los mismos, es decir que las cifras se presentan sin ningún tipo de deflactor económico, son dólares corrientes de cada año.

### **Ingresos ajustando el techo máximo de cotización, hasta alcanzar punto de equilibrio**

La tasa de cotización se mantiene constante en el 8% de los salarios cotizables, con un techo máximo de cotización de ajuste progresivo pasando de Lps. 7,000.00, a Lps.11,300.00 al finalizar el año 2022 y el tipo de cambio experimenta un ajuste gradual, conforme lo establece la nueva política macroeconómica del Banco Central de Honduras, de 3.5% anual.

### **Ingresos ajustando el Techo máximo de cotización, hasta alcanzar reserva de contingencia**

La tasa de cotización se mantiene constante en el 8% de los salarios cotizables, con un techo máximo de cotización de ajuste progresivo pasando de Lps. 7,000.00, a Lps. 13,100.00 al finalizar el año 2022 y el tipo de cambio experimenta un ajuste gradual, conforme lo establece la nueva política macroeconómica del Banco Central de Honduras, de 3.5% anual.

### **Egresos**

Para la estimación de los egresos, se parte inicialmente de la producción de servicios observados y se proyecta de acuerdo a la nueva población sujeta de cobertura. Se mantienen “constantes”, las tasas de utilización de los servicios.

## **Saldos**

La diferencia de ingresos y egresos constituye el saldo operativo del ejercicio.

### **Escenario No. 3: Ampliación de la cobertura al 80% población asalariada ajustando la tasa de utilización de los servicios.**

Este escenario presenta una simulación de ingresos y egresos considerando ajustar de forma paulatina, a partir del año 2016, la población sujeta de cobertura circunscrita a los asalariados formales, se pretende, aumentar la cobertura de un 48% actual a un 80% lo que implica necesariamente el incremento de la producción de servicios que conlleva atender a un mayor número de personas.

Se presentan tres simulaciones: (3.a) sin ajuste del TMC, (3.b) con ajuste del Techo máximo de cotización hasta alcanzar punto de equilibrio y (3.c) ajuste hasta lograr una reserva de contingencias.

En el escenario en referencia se considera para todas las opciones un incremento de 4.11% de las frecuencias de uso, supuesto ajustado a la expectativa real de ocurrencia.

## **Resultados específicos de las modalidades de simulación - Escenario 3**

### **Evolución de la proyección sujeta de cobertura**

Consecuente con los parámetros el REM mantiene una importante brecha de la población sujeta de cobertura técnica sin brindarle protección efectiva. El seguro Social brinda cobertura a solo el 80% de la población sujeta de cobertura técnica, cerrando considerablemente, bajo este escenario, la brecha actual de su cobertura técnica.

## **Evolución de los ingresos, egresos y saldo operativo del ejercicio**

De acuerdo a las simulaciones realizadas, en la modalidad 3.a, en la cual se mantiene el techo de cotización constante a lo largo del tiempo, los ingresos tienen a mejorarse un poco, pero siguen una tendencia decreciente, en cambio los gastos tienen una tendencia creciente, agravando de esta forma el déficit que pasa del -3% al -65% en el séptimo año.

En la modalidad 3.b, en la cual se busca alcanzar un techo máximo de cotización que garantice punto de equilibrio en el periodo sujeto de análisis, para lograr el mismo se requiere elevar TMC de forma paulatina a partir del primer año hasta alcanzar Lps. 11,600.00 en el 7mo. año.

En la modalidad 3.c, en la cual se busca acumular reserva de contingencia equivalente al 10% de los gastos operativos del escenario en referencia, se requiere elevar el TMC a partir del primer año hasta alcanzar Lps. 13,400.00 en el 7mo. año.

## **Parámetros y consideraciones**

Se muestran a nivel de detalle en la Tabla No. 3.

## **Memoria de cálculo**

### **Ingresos legislación actual sin variar el Techo máximo de cotización de Lps.7,000.00 (escenario base)**

Actualmente la población asegurada representa el 48% de la población asalariada del sector formal. Se parte del supuesto que la población derechohabiente se irá incrementando de forma constante, a como lo ha venido haciendo hasta la actualidad, alcanzando en el año 2022 el 80% de la misma.

La tasa de cotización se mantiene constante en el 8% de los salarios cotizables, con un techo máximo de cotización de Lps. 7,000.00, y el tipo de cambio experimenta un ajuste gradual, conforme lo establece la nueva política macroeconómica del Banco Central de Honduras, de 3.5% anual.

Para calcular los ingresos netos del REM se adiciona a los ingresos por cotización el factor histórico de “otros ingresos”, obtenidos por el REM anualmente como resultados de intereses, ingresos no financieros, ventas de activos descartados, recuperaciones de carteras históricas ya declaradas como incobrables, etc.

No se realiza ningún tipo de ajuste de los ingresos para calcular el valor real (valores constantes) de los mismos, es decir que las cifras se presentan sin ningún tipo de deflactor económico, son dólares corrientes de cada año.

### **Ingresos escenario de ajuste del techo máximo de cotización, hasta alcanzar punto de equilibrio**

La tasa de cotización se mantiene constante en el 8% de los salarios cotizables, con un Techo máximo de cotización de ajuste progresivo pasando de Lps. 7,000.00, a Lps.11,600.00 al finalizar el año 2022 y el tipo de cambio experimenta un ajuste gradual, conforme lo establece la nueva política macroeconómica del Banco Central de Honduras, de 3.5% anual.

### **Ingresos escenario de ajuste del Techo máximo de cotización, hasta alcanzar reserva de contingencia**

La tasa de cotización se mantiene constante en el 8% de los salarios cotizables, con un techo máximo de cotización de ajuste progresivo pasando de Lps. 7,000.00, a Lps.13,400.00 al finalizar el año 2022 y el tipo de cambio experimenta un ajuste gradual, conforme lo establece la nueva política macroeconómica del Banco Central de Honduras, de 3.5% anual.

## **Egresos**

Para la estimación de los egresos, se parte inicialmente de la producción de servicios observados y se proyecta de acuerdo a la nueva población sujeta de cobertura. Dado que la disponibilidad de recursos implica la mejora de la calidad y la resolución de los servicios se asume un incremento en las tasas de utilización de los servicios por el orden del 4.11%.

El producto de la cantidad de atenciones en el año en consulta externa, emergencias y hospitalizaciones por sus respectivos costos promedios unitarios expresa el monto global de la inversión en salud esperada año con año.

## **Saldos**

La diferencia de ingresos y egresos constituye el saldo operativo del ejercicio.

### **Escenario No. 4: Ampliación de la cobertura al 100% población asalariada ajustando la tasa de utilización de los servicios**

Este escenario presenta una simulación de ingresos y egresos considerando ajustar de forma paulatina, a partir del año 2016, la población sujeta de cobertura circunscrita a los asalariados formales, se pretende, aumentar la cobertura de un 48% actual a un 100% lo que implica necesariamente el incremento de la producción de servicios que conlleva atender a un mayor número de personas.

Se presentan tres simulaciones: (4.a) sin ajuste del TMC, (4.b) con ajuste del techo máximo de cotización hasta alcanzar punto de equilibrio y (4.c) ajuste hasta lograr una reserva de contingencias.

En este escenario se considera para todas las opciones un incremento de 7.25% de las frecuencias de uso, supuesto ajustado a la expectativa real de ocurrencia.



## **Resultados específicos de las modalidades de simulación - Escenario 4**

### **Evolución de la proyección sujeta de cobertura**

Consecuente con los parámetros el REM mantiene una importante brecha de la población sujeta de cobertura técnica sin brindarle protección efectiva. El seguro Social brinda cobertura a solo el 100% de la población sujeta de cobertura técnica, cerrando completamente, bajo este escenario, la brecha actual de su cobertura técnica.

### **Evolución de los ingresos, egresos y saldo operativo del ejercicio**

De acuerdo a las simulaciones realizadas, en la modalidad 4.a, en la cual se mantiene el techo de cotización constante a lo largo del tiempo, los ingresos tienen a mejorarse un poco, pero siguen una tendencia decreciente, en cambio los gastos tienen una tendencia creciente, agravando de esta forma el déficit que pasa del -6% al -70% en el séptimo año.

En la modalidad 4.b, en la cual se busca alcanzar un techo máximo de cotización que garantice punto de equilibrio en el periodo sujeto de análisis. Para lograr el punto de equilibrio se requiere elevar TMC de forma paulatina a partir del primer año hasta alcanzar Lps. 12,100.00 en el 7mo. año.

En la modalidad 4.c, en la cual se busca acumular reserva de contingencia equivalente al 10% de los gastos operativos del escenario en referencia, se requiere elevar el TMC a partir del primer año hasta alcanzar Lps. 13,900.00 en el 7mo. año.

### **Parámetros y consideraciones**

Se muestran a nivel de detalle en la Tabla No. 4.

## **Memoria de cálculo**

### **Ingresos legislación actual sin variar el Techo máximo de cotización de Lps.7,000.00 (escenario base)**

Actualmente la población asegurada representa el 48% de la población asalariada del sector formal. Se parte del supuesto que la población derechohabiente se irá incrementando de forma constante, a como lo ha venido haciendo hasta la actualidad, alcanzando en el año 2022 el 100% de la misma.

La tasa de cotización se mantiene constante en el 8% de los salarios cotizables, con un techo máximo de cotización de Lps. 7,000.00, y el tipo de cambio experimenta un ajuste gradual, conforme lo establece la nueva política macroeconómica del Banco Central de Honduras, de 3.5% anual.

Para calcular los ingresos netos del REM se adiciona a los ingresos por cotización el factor histórico de “otros ingresos”, obtenidos anualmente como resultados de intereses, ingresos no financieros, ventas de activos descartados, recuperaciones de carteras históricas ya declaradas como incobrables, etc.

No se realiza ningún tipo de ajuste de los ingresos para calcular el valor real (valores constantes) de los mismos, es decir que las cifras se presentan sin ningún tipo de deflactor económico, son dólares corrientes de cada año.

### **Ingresos escenario de ajuste del techo máximo de cotización, hasta alcanzar punto de equilibrio**

La tasa de cotización se mantiene constante en el 8% de los salarios cotizables, con un techo máximo de cotización de ajuste progresivo pasando de Lps. 7,000.00, a Lps.12,100.00 al finalizar el año 2022 y el tipo de cambio experimenta un ajuste

gradual, conforme lo establece la nueva política macroeconómica del Banco Central de Honduras, de 3.5% anual.

### **Ingresos escenario de ajuste del techo máximo de cotización, hasta alcanzar reserva de contingencia**

La tasa de cotización se mantiene constante en el 8% de los salarios cotizables, con un Techo máximo de cotización de ajuste progresivo pasando de Lps. 7,000.00, a Lps.13,900.00 al finalizar el año 2022 y el tipo de cambio experimenta un ajuste gradual, conforme lo establece la nueva política macroeconómica del Banco Central de Honduras, de 3.5% anual.

### **Egresos**

Para la estimación de los egresos, se parte inicialmente de la producción de servicios observados y se proyecta de acuerdo a la nueva población sujeta de cobertura. Dado que la disponibilidad de recursos implica la mejora de la calidad y la resolución de los servicios se asume un incremento en las tasas de utilización de los servicios por el orden del 7.25%.

El producto de la cantidad de atenciones en el año en consulta externa, emergencias y hospitalizaciones por sus respectivos costos promedios unitarios expresa el monto global de la inversión en salud esperada año con año.

### **Saldos**

La diferencia de ingresos y egresos constituye el saldo operativo del ejercicio.

## **IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

### **9.1. Situación Financiera del REM**

El establecimiento de un TMC relativamente bajo para el financiamiento del REM, es la variable de mayor incidencia en el condicionamiento de que dicho régimen no pueda obtener mejores condiciones económicas para financiar el otorgamiento de las prestaciones sanitarias a sus beneficiarios.

Durante periodo, 2001–2010, en términos nominales el techo máximo de cotización se mantuvo estable, sin embargo, en términos relativos, al convertir el mismo en su equivalente en dólares, se muestra una tendencia a reducción del poder adquisitivo del mismo en el primer quinquenio y estabilidad en el segundo, por efectos de la paridad cambiaria, inflación general del país e inflación en servicios y productos de salud. La ilustración No. 6 presenta la estabilidad del salario máximo cotizable vs. su equivalencia respecto al dólar.

Nótese en el mismo que el poder adquisitivo en términos dolarizados aumento en 2012 como consecuencia del ajuste del salario mínimo antes referido: para el 2013 al 2015 retoma su tendencia decreciente al mantenerse dicho salario máximo cotizable o TMC fijo para estos años.

El establecimiento de un salario máximo de cotización equivalente a duras penas a un salario mínimo, refleja de entrada, un potencial desbalance en el tiempo entre los ingresos esperados y los egresos por prestaciones sanitarias.

Esta situación, supone además, una contradicción con el principio de solidaridad de la Seguridad Social, puesto que una razonable cantidad de trabajadores cotizan sobre un salario muy por debajo de su capacidad de ingresos (financiación regresiva), excluyendo la posibilidad de que puedan solidariamente coadyuvar con el financiamiento de las prestaciones de los que tienen menores ingresos.

Con ello se observa una desigualdad en los aportes relativos y en la obtención de las prestaciones, puesto que los que más ganan aportan el mismo monto y reciben las mismas prestaciones que los trabajadores de menores ingresos.

En la mayoría de los países latinoamericanos, los seguros sociales establecen como salarios máximos de cotización un monto entre US\$1,000.00 y US\$ 2,500.00 para sus distintas ramas de seguro y las tendencias de reformas apuntan a eliminar los techos máximos de cotización.

Los déficits que se presentan en los flujos financieros se deben al bajo TMC de los asegurados del IHSS, a la pérdida del poder adquisitivo de los ingresos por efectos de deslizamiento cambiario, a inflación general y a la inflación del sector salud.

## **9.2. Análisis de los flujos financieros observados 2008 – 2015**

A partir del año 2008 y hasta 2012 el REM cerró su ejercicio anual con déficits operacionales del -15% y cuyo impacto hubiese sido aún mayor de no haberse ajustado el Techo máximo de cotización de Lps. 4,800.00 a Lps. 7,000.00 en agosto del 2012.

Si bien en los último 3 años (2013, 2014 y 2015) se observaron superávit de 3%, 2% y 16% respectivamente, los mismos se deben principalmente a la disminución del gasto por la reducción de la oferta y el consumo de los servicios.

Al analizar en conjunto la tendencia de los últimos 8 años (serie 2008 – 2015), se puede deducir que el impacto de los gastos del REM se pudo ver minimizado como consecuencia de la conjunción de factores endógenos y exógenos, entre los que sobresalen, los siguientes:

**Falta de recursos técnicos y de materiales**, está limitante está condicionada por dos factores, uno es el pobre porcentaje de población económicamente activa del país cubierta por el Seguro Social, factor que determina que los montos de recaudación y la disponibilidad total del Seguro Enfermedad Maternidad sea relativamente insuficiente, para mejorar los niveles de prestaciones otorgadas a los derechohabientes. El otro factor es el hecho, de que la cuota técnica del Régimen de Enfermedad-Maternidad no ajusta para una adecuada inversión de recursos técnicos materiales, que garantice servicios de salud al más óptimo nivel de eficiencia, eficacia y efectividad tanto de los servicios como de la administración del REM.

**Inflación nacional**, la economía hondureña ha mostrado en los últimos años estabilidad macroeconómica. Si bien el índice de precios al consumidor muestra una ligera tendencia creciente, la inflación general ha estado más o menos controlada con variación promedio interanual de 6.0% en los últimos 10 años lo que ha incidido que los egresos por prestaciones médicas no hayan crecido de forma más pronunciada por efectos de la inflación general y la del sector de salud.

Estas tasas de inflación “moderadas”, inducidas por el mantenimiento de un tipo de cambio fijo y más o menos estable, no parecen representar, hasta el año 2013, efectos negativos de significancia sobre la economía nacional del IHSS, sin embargo, a partir del año 2016 los efectos de esta tendencia incremental, se comenzarán a sentir con mayor énfasis debido al incremento de precios de los productos y servicios en salud.

**Estancamiento del tipo de cambio**, la política cambiaria del gobierno ha establecido un tipo de cambio fijo que se ha mantenido muy estable sobre todo en el periodo 2005 - 2011, lo que ha incidido también en que los gastos por prestaciones no se vean sometidos a una tendencia alcista como resultado de ajuste por diferencial cambiario, muy a pesar de lo expresado anteriormente de la inflación observada.

Si bien lo antes descrito aún no empuja fuertemente hacia una explosión de los gastos por prestaciones, la tendencia observada en los dos últimos años (2012 y 2015), donde el tipo de cambio se incrementó en un promedio anual de 4.15%, situación que de acuerdo a las nuevas políticas macroeconómicas se mantendrá en el tiempo.

**Subsidios cruzados,** el IHSS brinda las prestaciones sanitarias a sus derechohabientes en sus propias instalaciones, subcontratando los servicios en áreas donde no cuenta con infraestructuras propias. Actualmente el Seguro Social cubre 25 municipios de un total de 298 a nivel nacional, con una cobertura técnica de 690,250 asegurados y 835,203 beneficiarios para un total de 1,525,453 derechohabientes, los cuales igualmente tiene cobertura técnica y real en las instalaciones sanitarias públicas.

La población derechohabiente del seguro social disfruta de prestaciones en ambos sistemas (contributivo y subsidiado), ya que igualmente pueden recibir prestaciones dentro del marco del sistema de salud del Instituto, como en las unidades de la Secretaría de Salud (SESAL), lo que refleja una inequidad e ineficiencia global del sistema de salud de Honduras.

Como principales elementos motivadores a crear subvenciones ocultas de la SESAL al IHSS destacan, pero sin limitarse a ellas: las potenciales limitaciones de los recursos sanitarios del REM, la calidad y oportunidad de los servicios, las listas de espera, agravadas a finales de 2013 y 2014, ya que la población asegurada recurre a los servicios públicos para tratamientos que el IHSS eventualmente debería de suministrar, sobre todo en casos hospitalarios en el interior del país o en aquellos municipios con escasas unidades del Seguro.

De hecho, cuando un ciudadano acude a las instalaciones públicas, es imposible que el hospital o centro de atención se dé cuenta si este paciente está bajo cobertura del Seguro o no y si así fuere el caso igualmente no podría ser rechazado.

No se tienen cifras exactas sobre el porcentaje de los asegurados a cargo del IHSS hacen uso de los servicios de salud a cargo de la SESAL, ni de la tasa porcentual de utilización de servicios, especialmente como se expuso anteriormente de las atenciones hospitalarias a nivel departamental. Sin embargo, la evidencia empírica muestra, que este subsidio existe y que muchos derechohabientes son atendidos en el sistema público, sea por la cercanía de sus infraestructuras o por los elementos motivadores de subvenciones antes descritos.

Pero lo que es más grave, de todo esto es que las dificultades contables y los insuficientes mecanismos de control y gerencia en las instalaciones y/o hospitales públicos, han producido la aparición de "subsidiros cruzados entre las instancias que subcontrata el REM y las instancias de la SESAL, subvencionando esta última a los servicios privados.

Este subsidio cruzado, tampoco puede ser cuantificado en unidades monetarias, pero de existir los mecanismos técnicos y legales apropiados para su eliminación o contención, las finanzas del REM tenderían a agravarse aún más.

Es relevante entonces, la introducción de mecanismos que conduzcan a la disminución de inequidades y derivación de responsabilidades o coberturas a las unidades de salud de la SESAL.

**Tasas de utilización de los servicios**, las atenciones sanitarias tanto en consulta externa como en el servicio de emergencia, incluyendo sus frecuencias relativas de uso, muestran tendencias de crecimiento dinámico. Es decir, hay una pendiente creciente. Por el contrario, la tasa de utilización de los servicios hospitalarios muestra una tendencia relativamente estable.



Esta evidencia se complementa precisamente con el hecho de que son precisamente estos servicios donde el IHSS presenta el inconveniente de no tener instalaciones suficientes en los diferentes municipios donde tiene presencia para asumir con propiedad estas coberturas. Esta situación conlleva a suponer que hay una sub utilización del servicio en el REM pero que el mismo termina siendo cubierto bien por la SESAL, bien por el propio derechohabiente, lo que a la postre influye en un menor nivel de egresos de parte del Instituto.

**Falta de una adecuada contabilización y/o separación de gastos por centros de costos,** el IHSS carece de un adecuado sistema de información que permita controlar e imputar a nivel de detalle los ingresos y egresos, sobre todo este último, no solo de los distintos regímenes de seguridad social sino también por unidades ejecutoras y centros de costos.

Esta carencia conlleva a desconocer con exactitud el verdadero impacto y magnitud de los egresos del REM y de las otras ramas de seguro.

### **9.3. Análisis y consideraciones técnicas previas a las propuestas de reforma adecuada (escenarios)**

El sistema de salud adoptado por el IHSS no presenta en el corto plazo un panorama razonablemente óptimo para su estabilidad financiera y organizacional para los próximos siete años.

Se hace necesario contar con instrumentos fiables que permitan obtener elementos de juicio suficientes para introducir ajustes al esquema de financiamiento y de operación del REM para garantizar en el mediano plazo su viabilidad técnica y financiera.

## **Aumento de la cobertura**

Una de las dificultades más serias para hacer posible la cobertura plena del REM - del IHSS, es: a) la realidad socioeconómica del país: b) la forma de financiar el Seguro Social: c) la mora de los empleadores: y d) el modelo de atención sanitaria y su percepción social.

- **La realidad socioeconómica del país**

Cuando se estructura un Sistema de Seguridad Social, debe de tomarse en cuenta la realidad socioeconómica del país, ésta debe determinar la organización del sistema de seguridad social.

Uno de los problemas serios del Régimen de Enfermedad Maternidad del IHSS, es su baja cobertura: el número de afiliados no llegan más allá del 20% de la población que debería estar cubierta.

El sistema de seguridad social de Honduras, creado para responder a necesidades de estructuras laborales formales, en sociedades industrializadas, no puede dar más de lo que ha dado, o sea, cubrir sólo un porcentaje de trabajadores que laboren en la industria o en empresas formales y tecnificadas en el campo. En países con realidades similares a honduras este tipo de trabajadores no sobrepasan el 40% - 45% (Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Jamaica, Guyana, entre otros<sup>36</sup>), salvo excepciones de países con evolución socio- económica e historia diferente (Costa Rica, Panamá, Colombia, México, entre otros).

Bajo esa perspectiva hay que rediseñar el sistema, buscando que contemple esta realidad socio económica, usando variables que no estén consideradas en los seguros sociales clásicos: o sea, diseñar un sistema de seguridad social flexible, que sin perder de vista sus objetivos, pueda apartarse a los diferentes tipos de

---

<sup>36</sup> Datos.bancomundial.org/indicador/SP.urb.totl.in.zs

sociedad, en otras palabras un sistema adaptable a las realidades cambiantes de nuestras sociedades, donde la entidad rectora no sea juez y parte, estableciendo modelos de micro seguros para trabajadores informales, programas de seguros a trabajadores del campo, programas de atención sanitaria mediante modelos de subcontratación de prestadores, etc.

Una estrategia para obtener mayor número de afiliados y de forma voluntaria sería, no poner énfasis en la obtención de beneficios al final de la vida, sino en la obtención de beneficios inmediatos como compensación a un pago de cotizaciones razonables: siguiendo los principios de la psicología conductista<sup>37</sup>, no poner énfasis en la obtención de beneficios al final de la vida, sino en la obtención de beneficios inmediatos como compensación a un pago de cotizaciones razonables: donde la incitación no debe de estar demasiado separada de la compensación para que se produzca el reflejo condicionado, en este caso la tendencia hacia la afiliación como beneficio.

En esta búsqueda de sistemas flexibles y apetecibles, hay que tomar como paradigma lo que pasa con el Régimen Enfermedad – Maternidad, que es deseado y exigido, pues las personas obtienen de inmediato el beneficio de salud por el que están pagando, en contraste con el Régimen de Pensiones, que, teniendo el beneficio a largo plazo, a los 60 o 65 años, no lo sienten como algo bueno, sino como una imposición, un impuesto más o un dinero perdido. A esto se suma, los requisitos que el Sistema acepta como técnicamente correctos y justos, como es el hecho de que si alguien no completo el número de semanas exigidas para obtener una pensión, estas se pierden, ingresan al llamado “pozo de solidaridad”.

---

<sup>37</sup> Se conoce como conductismo a la corriente de la psicología que planteó John B. Watson hacia finales del siglo XIX y que consiste en estudiar el comportamiento de la conducta que despliega una persona entendiendo al entorno de esta como un conjunto de estímulos-respuesta. ...  
<http://www.definicionabc.com/general/conductismo.php>

- **La forma de financiar el seguro social**

En el caso de Honduras, el establecimiento de techos de cotización relativamente bajos que no concuerdan con las realidades económicas del país es un elemento contraproducente para el modelo sanitario, que puede ver revertido su esencia y protección social.

El Régimen de Enfermedad Maternidad del IHSS, otorga beneficios conforme lo que puede dar: conforme su disponibilidad financiera lo permita. En tanto exista una mínima y menguada fuente de recursos financieros, la posibilidad de poder extender infraestructura, establecer modelos de atención de calidad, incrementar nuevas prestaciones, otorgar prestaciones básicas que respondan a las necesidades o demandas, etc. se verá obstaculizada de forma inmediata y notable paralelamente dicha situación conllevara a la Imposibilidad real de poder desarrollar estrategias efectivas y eficientes para poder incorporar nuevas empresas y asegurados a la protección social del REM.

La experiencia internacional muestra que al momento de querer hacer cambios jurídicos que redunden en la revisión y aumento de los techos máximos de los salarios de cotización así como de las cuotas de cotización cuando no hay una muy buena confianza en el sistema de seguridad social o un sólido prestigio de la misma (México 1995 y costa Rica en 2007), se tiende a observar una férrea oposición de parte empleadores poderosos y en algunos casos hasta de los mismos beneficiarios, que en muchos casos culmina con la imposibilidad de poder llevarla a efecto.

De igual manera, cuando la Seguridad social, cuenta con un sólido posicionamiento, reputación y brinda respuestas satisfactorias a las demandas de sus derechohabientes, estos mismos, en conjunción con los empleadores se suelen asociar para defender las conquistas alcanzadas y fortalecer aún más a la Institución, caso de España con el Pacto de Toledo en 1995.

En el caso de Honduras, el IHSS pareciera tener un serio inconveniente al momento de querer ampliar los salarios máximos de cotización, por una parte y debido al deterioro de la calidad y oportunidad de los servicios, dado el bajo nivel de recursos con que cuenta para su optimización, los derechohabientes miran al REM como una entidad de baja capacidad técnica y mínima posibilidad de resolución de sus demandas asistenciales, y por otra parte los empleadores mismos ven sus aportaciones como una carga o un impuesto más y no como una importante inversión en la salud de sus trabajadores.

La necesidad real de tener que incrementar los techos máximos de cotización va a requerir no solamente de un importante consenso entre todas las partes y actores involucrados, empleadores, asegurados, legisladores y sociedad general en su conjunto sino también de una importante cuota de compromiso social, buena voluntad y confianza en el sistema por parte de los mismos. Esa sería la única manera de como el Régimen de Enfermedad Maternidad del IHSS, pueda salir del estancamiento actual en que se encuentra a un proceso de reconversión y potencialización que lo conlleve a lograr el objetivo social para lo cual fue creado.

- **La mora Institucional**

Otro fenómeno que va en contra de lograr una cobertura significativa de su población objetivo, es la mora que con el Seguro Social tiene el Estado, el Gobierno y los individuos. El no pago de las obligaciones al Seguro Social es una constante en casi todos los sistemas, sobre todo aquellos que no tiene definido la estructura legal del significado del aporte al Seguro Social.

Para evitar o soslayar ese problema debe personalizarse la deuda. La personalización de la deuda, no solo sirve para dar sentido de propiedad al cotizante, sino para que el no pago de esa deuda signifique la apropiación indebida del capital de un sujeto, con nombre y apellido, que pre-pagó un beneficio y que tendrá todo el derecho del mundo de exigir su cumplimiento so pena que se esté

cometiendo con él, una estafa. Cuando no se paga la deuda al Seguro Social, no es una Institución a quien no se le paga, sino a un individuo natural y personificado.

Al incluir el pago al Seguro Social como una obligación que si no se cumple se está cometiendo un delito de aprobación indebida, y por tanto conlleva al apremio corporal para exigir su pago, la situación financiera mejoraría francamente, y con la confianza del cotizante aumentaría abonado a la consecución de la universalidad.

Todo lo anterior tiene que ir ligado al principio de incluir las cotizaciones tripartitas patronales, estables y de trabajadores como parte integral del salario de los cotizantes.

En ese sentido, el Régimen de Enfermedad Maternidad del IHSS debe mantener el alto nivel de desempeño en la tasa de recuperación de la mora que se ha observado a partir de la gestión de la Comisión Interventora. De ahí la necesidad de establecer consensos reales y compromisos de nación para establecer en el futuro una legislación rígida en aras de fortalecer las finanzas del Instituto y reducir a su mínima expresión la morosidad.

Es importante recordar que si bien, las prestaciones en salud, tiene carácter temporal y como tal caducan o se dejan de otorgar en tanto el asegurado no esté al día en sus cotizaciones obrero-patronales, el carácter solidario de los aportes con aquellos derechohabientes que si están al día pero que demandan atenciones de mayor complejidad y frecuencia y de alto costo pierde razón de ser y por ende la Institución pierde recursos esenciales para poder hacer frente y dar respuestas en términos de calidad y oportunidad las demandas sanitarias de aquellos que sí enteran sus cotizaciones en tiempo y forma.

De la misma manera, la Institución mengua recursos y prestigio, por aquellos asegurados que, por causa de mora, sus enfermedades no son atendidas a tiempo, ocasionando complicaciones futuras o enfermedades crónicas que pueden llegar

incluso a la invalidez parcial y total, y la institución no recibe los ingresos de mora pasada, aunque sí debe hacer cargo de las complicaciones del asegurado en tanto el mismo se ponga al día con sus obligaciones.

- **El modelo de atención sanitaria y su percepción social**

El IHSS carece de la capacidad física e infraestructura (instalaciones) sanitarias en diferentes regiones geográficas para la atención de sus derechohabientes, para lo cual subcontrata dichos servicios con diversos proveedores.

La falta de unidades de atención suficientes en determinadas zonas de cobertura del REM, pudiera estar conllevando en este momento a generar demandas insatisfechas, entre los derechohabientes, que repercuten significativamente en la contención de gastos, no solamente por la carencia de éstas, sino también por la ubicación (cercanía/lejanía) de las unidades más próximas a acudir para la atención de sus necesidades de salud o bien por el nivel de resolución del esquema de referencia y contra-referencia.

Otro aspecto adicional es las listas de esperas que ya de por sí tienen las clínicas y hospitales sujetos de contra-referencia.

La subcontratación de servicios es un tema que debe ser analizado a profundidad. Sin el establecimiento adecuado de un marco regulatorio debidamente supervisado y gestionado adecuadamente en aras de no contribuir a sobre facturaciones y/o sub utilización de los servicios, este modelo puede tornarse nocivo no solo al esquema operativo del Instituto sino también a las finanzas del sistema.

Cabe señalar que la asimetría de información y el azar moral, propios del mercado de la salud, juegan contra de los prestadores de servicios, ya que en cierta medida contribuye a favorecer el sobre uso o mal uso de prestaciones y por parte de algunos derechohabientes, hechos estos que resultan generalmente difíciles de detectar y

controlar. En general el paciente carece de capacidad para optimizar la elección del prestador de servicios de salud y para evaluar sus prescripciones, lo cual resulta bastante relevante, por ser estas últimas, las que generan la demanda de prestaciones en servicios de diagnóstico y tratamiento cuyos costos son asumidos en segunda instancia por el REM del IHSS.

Todos estos factores generan ineficiencias e incrementos del costo del pago capitado del IHSS que pueden ser trasladados a los usuarios por parte de las instancias subcontratadas, vía restricción de beneficios o adopción de controles excesivos al uso de determinados beneficios.

### **Análisis de los resultados de los escenarios propuestos**

A efectos de que los tomadores de decisión puedan analizar y evaluar diferentes opciones de reformas, se estructuraron las ventajas y desventajas a considerar al momento de su implementación por cada escenario. La decisión de adoptar cualquiera de los escenarios y la modalidad más apropiada, debería ser tomada en consenso con todos los actores del sistema, a fin de lograr unidad y fortalecimiento en su implementación para que las reformas logren los objetivos planteados.

Cualquier ajuste al esquema de financiamiento debe plantearse con absoluta decisión técnica, sin considerar réditos sociales o políticos, buscando lograr una estrategia social que impacte con el menor nivel posible a los actores del sistema y que redunde en el saneamiento financiero del sistema de salud del IHSS.

A continuación, dichas ventajas y desventajas por cada escenario.



## **Ventajas y desventajas de la aplicación de la simulación No. 1**

### **Ventajas de su implementación**

- No se requiere de hacer ningún ajuste paramétrico, con lo cual los empleadores no ejercerían el más mínimo intento de presión.
- No requiere hacer ningún tipo de negociaciones, alianzas o cabildeos para impulsar iniciativas de reformas.

### **Desventajas de su implementación**

- En el caso de la modalidad bajo TMC en LPS. 7,000.00, el agravamiento del déficit comenzaría a crecer de forma constante en sus primeros años, acelerándose agudamente más allá de cinco años.
- Implica a mediano plazo jugar con el riesgo de un deterioro progresivo y dinámico en el corto plazo.
- El financiamiento del déficit deberá ser cubierto por alguna de las tres siguientes opciones: (i) transferencias directas del gobierno, lo que además de no ser viable, no es razonablemente justificado y tampoco hay precedentes inmediatos de tales transferencias, (ii) postergación de pago a proveedores por servicios, bienes e insumos, mediante el jineteo de recursos económicos o bien (iii) por la transferencia de recursos de otras ramas de seguro como Riesgos Profesionales y Pensiones. Esta última opción pareciera ser la salida más obvia.
- Como consecuencia de la falta de recursos, el deterioro de la calidad, oportunidad y el mejoramiento o incremento de más y mejores prestaciones sanitarias, podría verse seriamente comprometido.

## **Ventajas y desventajas de la aplicación de la simulación No. 2**

El desarrollo de esta simulación, al igual que la anterior presenta un escenario “a legislación constante”, su objeto de presentación es exhibir un panorama de como evolucionarían los ingresos y gastos si manteniendo los mismos parámetros, la cobertura se aumenta de forma progresiva hasta alcanzar en el 2022 al 65% de la población asalariada del sector formal lo que implica de entrada desarrollar una gestión de fiscalización, supervisión y rigurosa aplicación de la ley para lograr que los trabajadores del sector formal sean inscritos por sus respectivos empleadores.

Esta simulación igualmente contiene una serie de implicaciones a nivel de ventajas y de desventajas en su implementación:

### **Ventajas de su implementación**

- El marco jurídico está garantizado en la Ley de Seguridad Social se trata de cumplir rigurosamente la misma mediante el desarrollo de un plan estratégico que aminore de forma drástica la potencial evasión de empleadores a afiliar al IHSS al 100% de sus trabajadores.
- No se requiere de hacer ningún ajuste paramétrico, con lo cual los empleadores no ejercerían demasiada presión. Aunque resentirían la presión vía multas y aplicación de ley para el cumplimiento de sus obligaciones.

### **Desventajas de su implementación**

- Requiere cierto nivel de coordinaciones entre todos los actores involucrados (empleadores, trabajadores, sindicatos, IHSS), para hacer cumplir a cabalidad la Ley de Seguridad Social.

- Requiere de la configuración de un plan estratégico de fiscalización y supervisión de empresas, lo que implica recursos humanos, técnicos y materiales, que para efectos de esta simulación no se han calculado.
- El agravamiento del déficit comenzaría de forma aritmética en sus primeros años, agudizándose el mismo más allá de cinco años.
- Implica a mediano plazo jugar con el riesgo de un deterioro progresivo y dinámico en el corto plazo.
- El financiamiento del déficit deberá ser cubierto por alguna de las tres siguientes opciones: (i) transferencias directas del gobierno, lo que además de no ser viable, no es razonablemente justificado y tampoco hay precedentes inmediatos de tales transferencias, (ii) postergación de pago a proveedores por servicios, bienes e insumos, mediante el jineteeo de recursos económicos o bien (iii) por la transferencia de recursos de otras ramas de seguro como Riesgos Profesionales y Pensiones. Esta última opción pareciera ser la salida más apropiada.
- Como consecuencia de la falta de recursos, el deterioro de la calidad, oportunidad y el mejoramiento o incremento de más y mejores prestaciones sanitarias, podría verse seriamente comprometido.

### **Ventajas y desventajas de la aplicación de la simulación No. 3**

Igual que el escenario anterior, la cobertura se aumenta de forma progresiva hasta alcanzar en el 2022 al 80% de la población asalariada del sector formal lo que implica desarrollar una gestión de fiscalización, supervisión y rigurosa aplicación de la ley para lograr que los trabajadores del sector formal sean inscritos por sus respectivos empleadores.

No obstante, lo anterior, análogamente se parte de axioma de que debido a la disponibilidad de mayores ingresos la calidad y oportunidad de las prestaciones médicas debería tender a incrementarse y colateralmente se crea implícitamente incentivos reales para que tanto empleadores como trabajadores se vean motivados a afiliarse a la seguridad social sabiendo que gozan de cobertura técnica y real para la atención de sus necesidades sanitarias.

### **Ventajas de su implementación**

- El marco jurídico está garantizado en la Ley de Seguridad Social se trata de cumplir rigurosamente la misma mediante el desarrollo de un plan estratégico que aminore de forma drástica la potencial evasión de empleadores a afiliar al IHSS al 100% de sus trabajadores.
- La ampliación del techo máximo de cotización apenas representa, en los 7 años de la simulación, elevar de 0.86 a casi 1.65 salarios mínimos la base máxima de cotización, y constituye una importante fuente de recursos adicionales al sistema.
- Si bien el incremento del techo máximo de cotización implica desembolsos adicionales de los empleadores, el mismo no necesariamente debería de causar grandes estragos pues se trata de un aumento progresivo año con año que no impacta de forma geométrica en sus finanzas.

- La disminución del déficit produce resultados inmediatos, alcanzando punto de equilibrio en el segundo año. No obstante, de mantener estático el salario máximo cotizante el comportamiento del mismo tiende a ser nuevamente deficitario.
- Como consecuencia de la disponibilidad de recursos financieros, la calidad, oportunidad y/o el incremento de más y mejores prestaciones sanitarias, podría mejorarse notablemente.

### **Desventajas de su implementación**

- Requiere de un compromiso social y político, que pasa desde el ejecutivo hasta el legislativo, así como importantes sectores de la sociedad económica hondureña.
- Reticencia de empleadores, y trabajadores frente a las capacidades y compromisos del Régimen de Enfermedad Maternidad del IHSS. Los empleadores ven al IHSS como un impuesto más en su estructura de costos.
- Requiere de un plan consensuado, estrategia de implementación claramente definida y sobretodo tiempo para el desarrollo del cabildeo por parte de las autoridades del IHSS, con el Ejecutivo y el Legislativo lo que implica demora en la necesidad urgente de hacer ajustes paramétricos al REM.
- Requiere de un alto nivel de coordinaciones y compromisos de todos los actores involucrados (empleadores, trabajadores, sindicatos, IHSS, etc.), para hacer cumplir a cabalidad la Ley de Seguridad Social.

- Requiere de la configuración de un plan estratégico de fiscalización y supervisión de empresas, lo que implica recursos humanos, técnicos y materiales, que para efectos de esta simulación no se han calculado.

#### **Ventajas y desventajas de la aplicación de la simulación No. 4**

Igual que el escenario anterior, la cobertura se aumenta de forma progresiva hasta alcanzar en el 2022 al 100% de la población asalariada del sector formal, lo que implica desarrollar una gestión de fiscalización, supervisión y rigurosa aplicación de la ley para lograr que los trabajadores del sector formal sean inscritos por sus respectivos empleadores.

No obstante, lo anterior, análogamente se parte de axioma de que debido a la disponibilidad de mayores ingresos la calidad y oportunidad de las prestaciones médicas debería tender a incrementarse y colateralmente se crea implícitamente incentivos reales para que tanto empleadores como trabajadores se vean motivados a afiliarse a la seguridad social sabiendo que gozan de cobertura técnica y real para la atención de sus necesidades sanitarias.

#### **Ventajas de su implementación**

- El marco jurídico está garantizado en la Ley de Seguridad Social se trata de cumplir rigurosamente la misma mediante el desarrollo de un plan estratégico que aminore de forma drástica la potencial evasión de empleadores a afiliarse al IHSS al 100% de sus empleados.
- La ampliación del Techo máximo de cotización apenas representa, en los 8 años de la simulación, elevar de 0.86 a casi 1.71 salarios mínimos la base de cotización, y constituye una importante fuente de recursos adicionales al sistema.

- Si bien el incremento del techo máximo de cotización implica desembolsos adicionales de los empleadores, el mismo no necesariamente debería de causar grandes estragos pues se trata de un aumento progresivo año con año que no impacta de forma dramática en sus finanzas.
- La disminución del déficit produce resultados inmediatos, alcanzando punto de equilibrio en el tercer año. No obstante, de mantener estático el salario máximo cotizable el comportamiento del mismo tiende a ser nuevamente deficitario.
- Como consecuencia de la disponibilidad de recursos financieros, la calidad, oportunidad y/o el incremento de más y mejores prestaciones sanitarias, podría mejorarse notablemente.
- La ventaja más importante que supone este escenario es la configuración de una reserva de contingencia que asegure la disponibilidad de recursos para hacer frente mitigar y eliminar cualquier desviación y/o catástrofes sanitarias que pudieran presentarse en la población derechohabiente.

### **Desventajas de su implementación**

- Requiere de un compromiso social y político, que pasa desde el ejecutivo hasta el legislativo, así como importantes sectores de la sociedad económica hondureña.
- Reticencia de empleadores, y trabajadores frente a las capacidades y compromisos del Régimen de Enfermedad Maternidad del IHSS. Los empleadores ven al IHSS como un impuesto más en su estructura de costos.

- Requiere de un plan consensuado, estrategia de implementación claramente definida y sobretodo tiempo para el desarrollo del cabildeo por parte de las autoridades del IHSS, el Ejecutivo y el Legislativo lo que implica demora en la necesidad urgente de hacer ajustes paramétricos al REM.
- Requiere de un alto nivel de coordinaciones y compromisos de todos los actores involucrados (empleadores, trabajadores, sindicatos, IHSS, etc.), para hacer cumplir a cabalidad la Ley de Seguridad Social.
- Desarrollar un plan que permita alcanzar la cobertura del 100% del aseguramiento de los asalariados del sector formal es una labor complicada que requiere acciones operativas bien delineadas y coordinadas.
- Requiere de la configuración de un plan estratégico de fiscalización y supervisión de empresas, lo que implica recursos humanos, técnicos y materiales, que para efectos de esta simulación no se han calculado.



## X. CONCLUSIONES

El esquema de financiamiento del REM es tripartito con una TMC relativamente bajo.

El REM presenta iliquidez relativa en sus balances financieros, lo cual compromete su estabilidad financiera: en el periodo 2008-2012, sus flujos operativos presentaron déficit operacional y en los años 2014-2015, si bien presentaron mínimos saldos positivos, los mismos se debieron a la disminución real de las tasas de utilización de los servicios, motivado esencialmente por el desabastecimiento de medicamentos y materiales de reposición periódica en las unidades de atención del IHSS.

A diferencia de otros sistemas de la región, se observa en esencia una falta de proyección de largo plazo y no se consideran incentivos a las acciones de fomento y prevención de la salud. Tampoco se han considerado el establecimiento de reservas de contingencias para enfrentar eventuales eventos catastróficos que se le pudieran presentar.

Esta situación puede verse comprometida aún más, de presentarse un incremento real de las tasas de utilización de los servicios. El esperado potencial efecto desacelerador de la economía y el incremento de la tasa de devaluación del lempira respecto al dólar impactarán directamente en los saldos operativos del sistema.

Visto lo anterior, el REM del IHSS se debe enfrentar en el corto plazo al establecimiento acciones puntuales reformas paramétricas, sobre todo de orden económicas, que le permita afrontar estos déficits operacionales, de lo contrario el agravamiento de su situación financiera conllevará a comprometer seriamente su sostenibilidad. Para ello debe delinear escenarios financieros que coadyuven a realizar análisis de impacto social y financiero para la adopción de decisiones encaminadas a mejorar dicha situación financiera para los próximos 5 y diez años.

Para revertir esta situación, el IHSS puede adoptar 4 escenarios posibles que implican incrementar su TMC de acuerdo al orden siguiente:

- Escenario No. 1. El TMC debe incrementarse en un rango de Lps. 11,000.00 - Lps.12,800.00.
- Escenario No. 2. El TMC debe incrementarse en un rango de Lps. 11,300.00 - Lps.13,100.00.
- Escenario No. 3. El TMC debe incrementarse en un rango de Lps. 12,800.00 – Lps.13,400.00.
- Escenario No. 4. El TMC debe incrementarse en un rango de Lps. 12,100.00 – Lps.13,900.00.

## **XI. RECOMENDACIONES**

Las presentes recomendaciones van dirigida a las autoridades del Instituto Hondureño de Seguridad.

Las autoridades del IHSS deben iniciar cuanto antes el desarrollo de acciones encaminadas a mitigar los déficits financieros en sus flujos mediante un plan de reestructuración en la financiación y gastos con el fin de sanear las finanzas de dicha rama de seguro y volverla económicamente sana, lo cual pasa por una reforma general del marco legislativo del reglamento de la ley de seguridad social.

Se recomienda, como medida más costo efectiva para el corto plazo, desarrollar las acciones pertinentes para la implementación del Escenario no. 3. bajo el esquema No. 2 que garantiza punto de equilibrio a los flujos del REM, al elevar el TMC a Lps. 11,600.00 y desarrollar una segunda fase a partir de julio 2022 del mismo escenario aplicando el esquema no. 3 que garantiza el establecimiento de una reserva de contingencia, ajustando el TMC a Lps. 13,400.00.

Es necesario y prioritario ampliar, en la medida de lo posible, el acondicionamiento de infraestructuras sanitarias o bien la firma de contratos de gestión o de atención sanitaria debidamente gestionada con resultados de producción de servicios y de garantías de calidad y oportunidad de servicios en aquellos lugares donde el IHSS tiene presencia, sobre todo en aquellos donde la tiene una cantidad considerable de población derechohabiente.

Otro reto importante que debe asumir el IHSS es incrementar sus niveles de coordinación con la SESAL para la eliminación paulatina de los subsidios cruzados que reciben los asegurados del presupuesto fiscal.

En aras de no crear incentivos perversos adicionales para la desafiliación, el REM debe introducir una serie de medidas de control y eficiencia, así como mecanismos

de fortalecimiento de sus sistemas de prestación y la mejora de sus procesos de atención.

## XII. BIBLIOGRAFÍA

1. **MARIA DOLORES GONZÁLEZ MOLINA.: ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE LA SEGURIDAD SOCIAL:** "Seguridad Social Configuración y Desarrollo Internacional", Universidad de Alcalá de Henares Madrid / 2005.
2. **ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL:** "Los regímenes de pensiones de la Seguridad Social en América Latina". Documentación de la Seguridad Social, 11/1990.
3. **ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO.** "Evolución y tendencias de la Seguridad Social. 1993-1995". Ginebra. 1995.
4. **BEVERIDGE, H.W:** "Seguro Social y Servicios afines. Informe de Lord Beveridge". Traducción al castellano en Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 1989.
5. **DURAND, P:** "La política contemporánea de la Seguridad Social". Traducción al castellano en Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid. 1993.
6. **ORGANIZACION IBEROAMERICANA DE LA SEGURIDAD SOCIAL (OISS):** "Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos". Información a 1º de enero de 1999. Madrid. 1999. *"Código Iberoamericano de Seguridad Social". Madrid. 1995.*
7. **ORGANIZACION INTERNACIONAL DE TRABAJO (OIT):** "Introducción a la Seguridad Social". Ginebra. 1984. *"La Seguridad Social en el horizonte del año 2.000". Ginebra. 1989.*
8. **PIETERS, D:** "Introducción al derecho de la Seguridad Social de los países miembros de la Comunidad Económica Europea". Edit. Civitas. Madrid. 1992.

9. **VENTURI, A.:** "Los fundamentos científicos de la Seguridad Social". Traducción al castellano en Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid. 1995.
10. **SIMEÓN RIZO CASTELLÓN:** "La Seguridad Social en Nicaragua". Managua, 1994.
11. **DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EDUCATIVO.** Vicerrectoría Académica, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. "El estudio de casos como técnica didáctica". <http://www.sistema.itesm.mx/va/dide/inf-doc/estrategias/>.
12. **INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL.** Serie de anuarios estadísticos de 2008 - 2015. Tegucigalpa, marzo 2016.
13. **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSO DE HONDURAS.** Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2011 – 2012. Tegucigalpa, 2012.
14. **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSO DE HONDURAS.** VIII Censo de Población y Vivienda. Tegucigalpa, 2013.
15. **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSO DE HONDURAS.** Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples. Tegucigalpa, 2013.

### **XIII. ANEXOS**

**Anexo No. 1 - Operacionalización de las variables**

**Anexo No. 2 - Esquema gráfico del árbol de problema**

**Anexo no. 3 - Tablas**

**Anexo no. 4 - Gráficos**

**Anexo no. 5 - Instrumento de recopilación de datos**

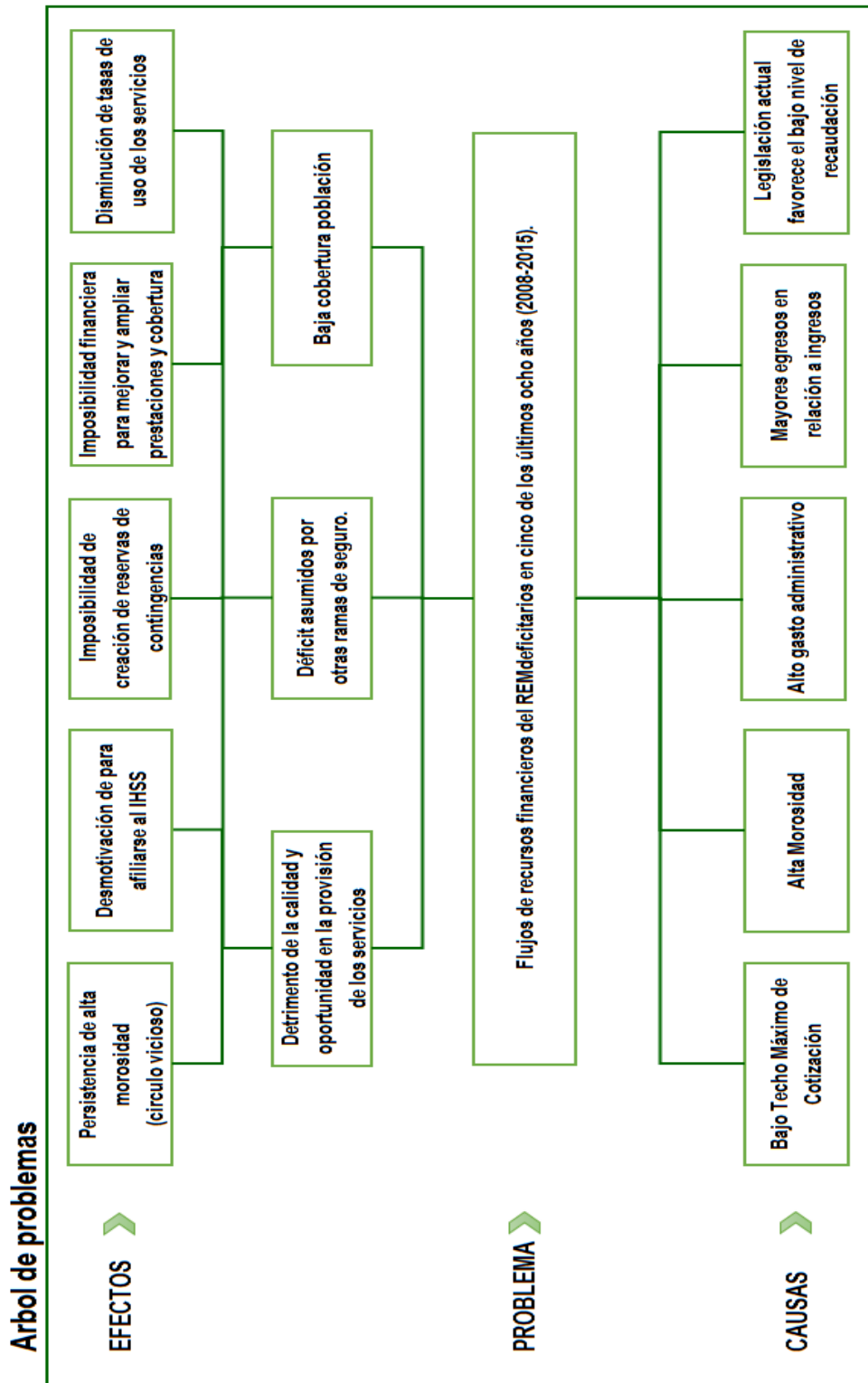
## Anexo No. 1 Operacionalización de las variables

| Variable  | Definición operacional   | Tipo de variable | Dimensión                    | Indicador   | Escala de Valores                                | Escala de Medición |
|---|--|------------------|------------------------------|---|--|--------------------|
| <b>1. Analizar el esquema de financiamiento del Régimen de Enfermedad Maternidad del IHSS.</b>                                    |  |                  |                              |   |  |                    |
| a) Tasa de cotización (Asegurado, Empleador, Estado)  | % del salario que se entera al IHSS en concepto de contribución      | Cuantitativa     | Contribución al REM          | % de salario del asegurado sujeto a contribución a IHSS             | % (0.5% - 8.50%)                                 | Razón              |
| b) Techo máximo de cotización   | Límite o salario máximo sujeto de cotización al IHSS                 | Cuantitativa     | Contribución al REM          | Monto máximo del salario del asegurado sujeto a contribución a IHSS | Miles de lempiras (7,000 Lps - 20,000 Lps)       | Nominal            |
| <b>2. Analizar la situación financiera actual del Régimen de Enfermedad Maternidad del IHSS en términos de balance de flujos.</b> |  |                  |                              |   |  |                    |
| a) Ingresos por cotización  | Ingresos del REM proveniente de los aportes a la SS.                 | Cuantitativa     | Contribución al REM          | Sumatorias de los ingresos por cotización                           | Miles de Millones de Lempiras                    | Nominal            |
| b) Egresos del REM  | Egresos del REM por prestaciones sanitarias                          | Cuantitativa     | Gastos REM                   | Sumatoria del gasto total por prestaciones sanitarias REM           | Miles de Millones de Lempiras                    | Nominal            |
| c) Tipo de cambio del dólar   | Paridad cambiaria del Lps. en relación a 1 dólar americano           | Cuantitativa     |                              | Cantidad de lempiras por un dólar                                   | Unidades de lempiras (15 - 23 Lps por dólar USA) | Nominal            |
| d) Proporción de morosidad  | % de mora de empleadores   | Cuantitativa     | Mora IHSS                    | % de recaudación sujeto de mora                                     | % (0% - 50%)                                     | Razón              |
| <b>3. Analizar posibles escenarios de reformas paramétricas que conlleven a la sostenibilidad financiera del REM.</b>             |  |                  |                              |   |  |                    |
| a) Población total del país   | Totalidad de habitantes de la República de Honduras.                 | Cuantitativa     | Población Nacional           | Cantidad de individuos que conforman la población total del país    | Millones de personas                             | Nominal            |
| b) PEA  | Población económicamente activa o en edad de trabajar (18 – 60 años) | Cuantitativa     | Población apta para trabajar | Cantidad de individuos que conforman la PEA total del país          | Millones de personas                             | Nominal            |



|   |  |              |                                     |   |  |                 |
|---|--|--------------|-------------------------------------|---|--|-----------------|
| c) Población asalariada   | Personas empleadas sujetas de una remuneración mínima (salario)                    | Cuantitativa | Población trabajadora Sector Formal | Cantidad de individuos que conforman la población asalariada del país           | Millones de personas                   | Nominal         |
| d) Población sujeta de cobertura  | Personas aseguradas al IHSS  | Cuantitativa | Cobertura REM - IHSS                | Cantidad de individuos que conforman la población sujeta de cobertura del REM   | Millones de personas y % de individuos | Nominal / Razón |
| e) Masa salarial  | Sumatoria de los de los salarios de todos asegurados sujetos de cotización al IHSS | Cuantitativa | Asegurados al IHSS                  | Sumatoria de los salarios totales de los asegurados al IHSS                     | Miles de Millones de Lempiras          | Nominal         |
| f) Facturación IHSS   | Masa salarial multiplicada por el % de cotización al IHSS                          | Cuantitativa | Asegurados al IHSS                  | Sumatoria de facturación a empleadores por contribuciones al IHSS               | Miles de Millones de Lempiras          | Nominal         |
| g) Consultas médicas y de emergencia  | Total de consultas externas y de emergencias en año X                              | Cuantitativa | Asegurados REM                      | Cantidad de consultas médicas y emergencias en un año calendario                | Decenas de Millones                    | Nominal         |
| h) Egresos hospitalarios  | Total de casos hospitalarios atendidos en año X                                    | Cuantitativa | Asegurados REM                      | Cantidad de egresos hospitalarios en un año calendario                          | Miles unidades                         | Nominal         |
| i) Tasa de utilización de los servicios   | Relación entre casos totales y el total de beneficiarios                           | Cuantitativa | Asegurados REM                      | Relación entre producción de serv. médicos respecto a total de derechohabientes | % de uso (0% - 100%)                   | Razón           |
| <b>4. Recomendar la alternativa de reforma paramétrica más costo – efectiva para el Régimen de Enfermedad Maternidad.</b> |  |              |                                     |   |  |                 |
| a) Punto de equilibrio  | Balance neto entre ingresos y egresos  | Cuantitativa | Ingresos - egreso REM               | Balance de equilibrio ingresos menos gastos                                     | 0.00                                   | Nominal         |
| b) Reserva de contingencia  | Monto disponible por el REM para hacer frente a casos especiales o catastróficos   | Cuantitativa | Finanzas REM                        | Monto de reserva de contingencia  | % (0% - 100%)                          | Razón           |

## Anexo No. 2 - Esquema gráfico del árbol de problemas



### **ANEXO No. 3 TABLAS**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Tabla 1 - Parámetros y consideraciones escenario 1 .....</b> | <b>87</b> |
| <b>Tabla 2 - Parámetros y consideraciones escenario 2 .....</b> | <b>89</b> |
| <b>Tabla 3 - Parámetros y consideraciones escenario 3 .....</b> | <b>91</b> |
| <b>Tabla 4 - Parámetros y consideraciones escenario 4 .....</b> | <b>93</b> |

**Tabla 1 - Parámetros y consideraciones escenario 1**

|  |  |
|--|--|
| <b>Crecimiento anual de la población</b> | 2.1% consecuente con las estimaciones y proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y del BCH.   |
| <b>Población sujeta de cobertura</b>     | Se ajusta de acuerdo a la tendencia actual.<br>Se estima que, manteniendo las mismas condiciones de crecimiento de coberturas actuales, el REM alcanzaría para el año 2022 un porcentaje de asegurados cubiertos equivalente al 50% de la población asalariada.  |
| <b>Tasa de cotización</b>                | Se mantienen en 8% de los salarios cotizables (5% empleador, 2.5% trabajador y 0.5% estado).   |
| <b>Salario máximo de cotización</b>      | <p>Para evaluar el escenario a legislación contante, se mantiene el techo máximo de salario cotizable de Lps. 7.000.00 a lo largo de todo el periodo</p> <p>Para alcanzar punto de equilibrio, el techo máximo de salario cotizable de Lps. 7.000.00, se ajusta de forma gradual a partir del año 1 de implementación hasta alcanzar un monto de Lps. 11,000 en el año 7 de evolución.</p> <p>Para alcanzar reserva de contingencia, el techo máximo de salario cotizable de Lps. 7.000.00, se ajusta de forma gradual a partir del año 1 de implementación hasta alcanzar un monto de Lps. 12,800 en el año 7 de evolución.</p> <p>No se ajusta este techo máximo ni por índices de inflación ni por devaluación.</p> |

|   |  |
|---|--|
| <b>Tipo de cambio</b>   | Se estima, de acuerdo a la política macroeconómica de paridad cambiaria un crecimiento interanual del 3.5% de deslizamiento cambiario  |
| <b>% de recuperación de la factura</b>  | De acuerdo con las cifras de ingresos y egresos proporcionados por el REM del IHSS el porcentaje de no recuperación de la factura es menor del 8%, se mantiene a lo largo del tiempo un porcentaje neto del 95% de recuperación de la factura. |
| <b>Ajuste % de las tasas de utilización de los servicios</b>                              | Se mantiene este dato a lo largo de las proyecciones   |
| <b>Configuración de reserva de contingencia para hacer frente a eventos catastróficos</b> | En la modalidad No. 3, se establece una reserva equivalente al 10% de los gastos de salud.   |

**Tabla 2 - Parámetros y consideraciones escenario 2**

|  |   |
|--|---|
| <b>Crecimiento anual de la población</b> | 2.1% consecuente con las estimaciones y proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y del BCH.  |
| <b>Población sujeta de cobertura</b>     | Se ajusta de acuerdo a la tendencia actual.<br>Se estima que, manteniendo las mismas condiciones de crecimiento de coberturas actuales, el REM alcanzaría para el año 2022 un porcentaje de asegurados cubiertos equivalente al 65% de la población asalariada.   |
| <b>Tasa de cotización</b>                | Se mantienen en 8% de los salarios cotizables (5% empleador, 2.5% trabajador y 0.5% estado).  |
| <b>Salario máximo de cotización</b>      | <p>Para escenario a legislación contante, se mantiene el techo máximo de salario cotizable de Lps. 7.000.00 a lo largo de todo el periodo</p> <p>Para alcanzar punto de equilibrio, el techo máximo de salario cotizable de Lps. 7.000.00, se ajusta de forma gradual a partir del año 1 de implementación hasta alcanzar un monto de Lps. 11,300 en el año 7 de evolución.</p> <p>Para alcanzar reserva de contingencia, el techo máximo de salario cotizable de Lps. 7.000.00, se ajusta de forma gradual a partir del año 1 de implementación hasta alcanzar un monto de Lps. 13,100 en el año 8 de evolución.</p> <p>No se ajusta este techo máximo ni por índices de inflación ni por devaluación.</p> |

|  |  |
|--|--|
| <b>Tipo de cambio</b>  | Se estima, de acuerdo a la política macroeconómica de paridad cambiaria, un crecimiento interanual del 3.5% de deslizamiento cambiario.  |
| <b>% de recuperación de la factura</b>                                     | De acuerdo con las cifras de ingresos y egresos proporcionados por el REM del IHSS el porcentaje de no recuperación de la factura es menor del 8%, se mantiene a lo largo del tiempo un porcentaje neto del 95% de recuperación de la factura. |
| <b>Ajuste % de las tasas de utilización de los servicios</b>               | Se mantiene este dato a lo largo de las proyecciones   |
| <b>Configuración de reserva de contingencia para eventos catastróficos</b> | En la modalidad No. 3, se establece una reserva equivalente al 10% de los gastos de salud.   |

**Tabla 3 - Parámetros y consideraciones escenario 3**

|  |   |
|--|---|
| <b>Crecimiento anual de la población</b> | 2.1% consecuente con las estimaciones y proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y del Banco Central de Honduras   |
| <b>Población sujeta de cobertura</b>     | Se ajusta de acuerdo a la tendencia actual.<br>Se estima que, manteniendo las mismas condiciones de crecimiento de coberturas actuales, el REM alcanzaría para el año 2022 un porcentaje de asegurados cubiertos equivalente al 80% de la población asalariada.   |
| <b>Tasa de cotización</b>                | Se mantienen en 8% de los salarios cotizables (5% empleador, 2.5% trabajador y 0.5% estado).  |
| <b>Salario máximo de cotización</b>      | <p>Para escenario a legislación contante, se mantiene el techo máximo de salario cotizable de Lps. 7.000.00 a lo largo de todo el periodo</p> <p>Para alcanzar punto de equilibrio, el techo máximo de salario cotizable de Lps. 7.000.00, se ajusta de forma gradual a partir del año 1 de implementación hasta alcanzar un monto de Lps. 11,600 en el año 7 de evolución.</p> <p>Para alcanzar reserva de contingencia, el techo máximo de salario cotizable de Lps. 7.000.00, se ajusta de forma gradual a partir del año 1 de implementación hasta alcanzar un monto de Lps. 13,400 en el año 7 de evolución.</p> <p>No se ajusta este techo máximo ni por índices de inflación ni por devaluación.</p> |



|   |  |
|---|--|
| <b>Tipo de cambio</b>   | Se estima, de acuerdo a la política macroeconómica de paridad cambiaria un crecimiento interanual del 3.5% de deslizamiento cambiario.   |
| <b>% de recuperación de la factura</b>  | De acuerdo con las cifras de ingresos y egresos proporcionados por el REM del IHSS el porcentaje de no recuperación de la factura es menor del 8%, se mantiene a lo largo del tiempo un porcentaje neto del 95% de recuperación de la factura. |
| <b>Ajuste % de las tasas de utilización de los servicios</b>                              | Se incrementan en un 4.11% constante a lo largo de las proyecciones. La base de ello es que supone una mejoría de la calidad y oportunidad de los servicios y por un incentivo al uso de los servicios y prestaciones.                         |
| <b>Configuración de reserva de contingencia para hacer frente a eventos catastróficos</b> | En la modalidad No. 3, se establece una reserva equivalente al 10% de los gastos de salud.   |

**Tabla 4 - Parámetros y consideraciones escenario 4**

|  |   |
|--|---|
| <b>Crecimiento anual de la población</b> | 2.1% consecuente con las estimaciones y proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y del Banco Central de Honduras   |
| <b>Población sujeta de cobertura</b>     | Se ajusta de acuerdo a la tendencia actual.<br>Se estima que, manteniendo las mismas condiciones de crecimiento de coberturas actuales, el REM alcanzaría para el año 2022 un porcentaje de asegurados cubiertos equivalente al 100% de la población asalariada.  |
| <b>Tasa de cotización</b>                | Se mantienen en 8% de los salarios cotizables (5% empleador, 2.5% trabajador y 0.5% estado).  |
| <b>Salario máximo de cotización</b>      | <p>Para escenario a legislación contante, se mantiene el techo máximo de salario cotizable de Lps. 7.000.00 a lo largo de todo el periodo</p> <p>Para alcanzar punto de equilibrio, el techo máximo de salario cotizable de Lps. 7.000.00, se ajusta de forma gradual a partir del año 1 de implementación hasta alcanzar un monto de Lps. 12,100 en el año 7 de evolución.</p> <p>Para alcanzar reserva de contingencia, el techo máximo de salario cotizable de Lps. 7.000.00, se ajusta de forma gradual a partir del año 1 de implementación hasta alcanzar un monto de Lps. 13,900 en el año 7 de evolución.</p> <p>No se ajusta este techo máximo ni por índices de inflación ni por devaluación.</p> |

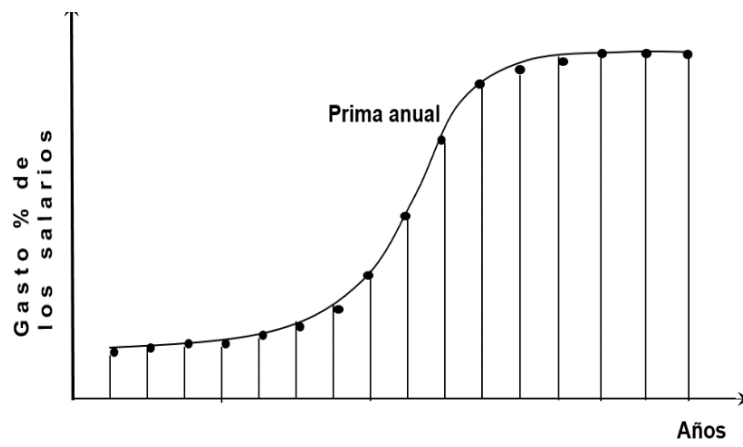
|   |  |
|---|--|
| <b>Tipo de cambio</b>   | Se estima, de acuerdo a la política macroeconómica de paridad cambiaria un crecimiento interanual del 3.5% de deslizamiento cambiario.   |
| <b>% de recuperación de la factura</b>  | De acuerdo con las cifras de ingresos y egresos proporcionados por el REM del IHSS el porcentaje de no recuperación de la factura es menor del 8%, se mantiene a lo largo del tiempo un porcentaje neto del 95% de recuperación de la factura. |
| <b>Ajuste % de las tasas de utilización de los servicios</b>                              | Se incrementan en un 7.25% constante a lo largo de las proyecciones. La base de ello es que supone una mejoría de la calidad y oportunidad de los servicios y por un incentivo al uso de los servicios y prestaciones.                         |
| <b>Configuración de reserva de contingencia para hacer frente a eventos catastróficos</b> | En la modalidad No. 3, se establece una reserva equivalente al 10% de los gastos de salud.   |

## ANEXO No. 4 GRAFICOS

### INDICE DE GRÁFICOS

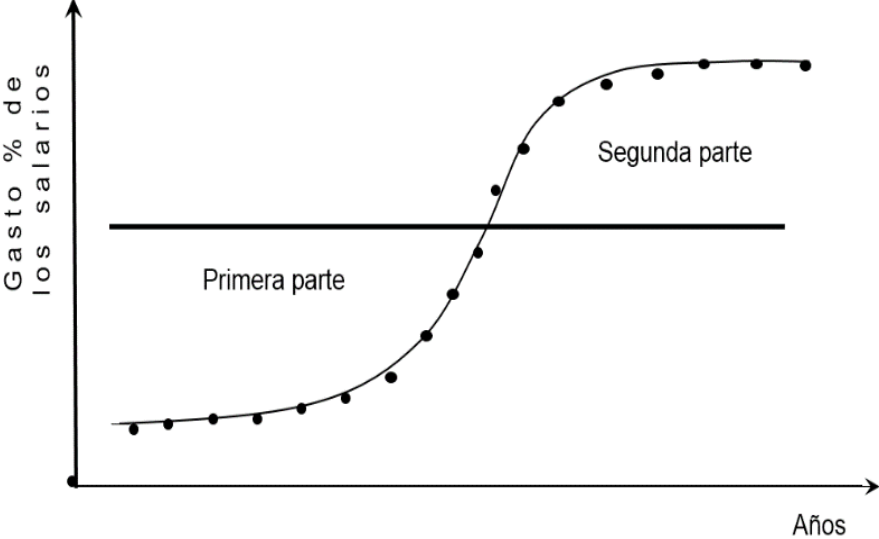
|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1 - Esquema de un modelo de reparto simple.....  | 94 |
| Gráfico 2 - Esquema de un modelo de prima media general.....                                     | 94 |
| Gráfico 3 - Modelo de prima escalonada.....  | 94 |
| Gráfico 4 - Esquema de un modelo de capitales constitutivos o de cobertura.....                  | 94 |
| Gráfico 5 - Vista Gráfica de la interfaz del modelo de simulaciones y de la hoja de parámetros . | 94 |
| Gráfico 6 - Evolución del techo máximo de cotización en Lps. y su equivalente en US\$.....       | 94 |
| Gráfico 7 - Evolución de la cobertura escenario 1.....   | 94 |
| Gráfico 8 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones en US\$ .....           | 94 |
| Gráfico 9 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$ .....                              | 94 |
| Gráfico 10 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones en US\$ .....          | 94 |
| Gráfico 11 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$ .....                             | 94 |
| Gráfico 12 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones en US\$ .....          | 94 |
| Gráfico 13 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$ .....                             | 94 |
| Gráfico 14 - Evolución de la cobertura escenario 2.....  | 94 |
| Gráfico 15 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones de US\$ .....          | 94 |
| Gráfico 16 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$ .....                             | 94 |
| Gráfico 17 – Evolución de Ingresos, egresos y saldo operativo en millones de US\$.....           | 94 |
| Gráfico 18 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$ .....                             | 94 |
| Gráfico 19 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones de US\$ .....          | 94 |
| Gráfico 20 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$ .....                             | 94 |
| Gráfico 21 - Evolución de la cobertura escenario 3.....  | 94 |
| Gráfico 22 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones de US\$ .....          | 94 |
| Gráfico 23 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$ .....                             | 94 |
| Gráfico 24 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones de US\$ .....          | 94 |
| Gráfico 25 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$ .....                             | 94 |
| Gráfico 26 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones de US\$ .....          | 94 |
| Gráfico 27 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$ .....                             | 94 |
| Gráfico 28 - Evolución de la cobertura escenario 4.....  | 94 |
| Gráfico 29 – Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones de US\$.....           | 94 |
| Gráfico 30 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$ .....                             | 94 |
| Gráfico 31 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones de US\$ .....          | 94 |
| Gráfico 32 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$ .....                             | 94 |
| Gráfico 33 - Evolución de ingresos, gastos y saldo operativo en millones de US\$.....            | 94 |
| Gráfico 34 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$ .....                             | 94 |

**Gráfico 1 - Esquema de un modelo de reparto simple**



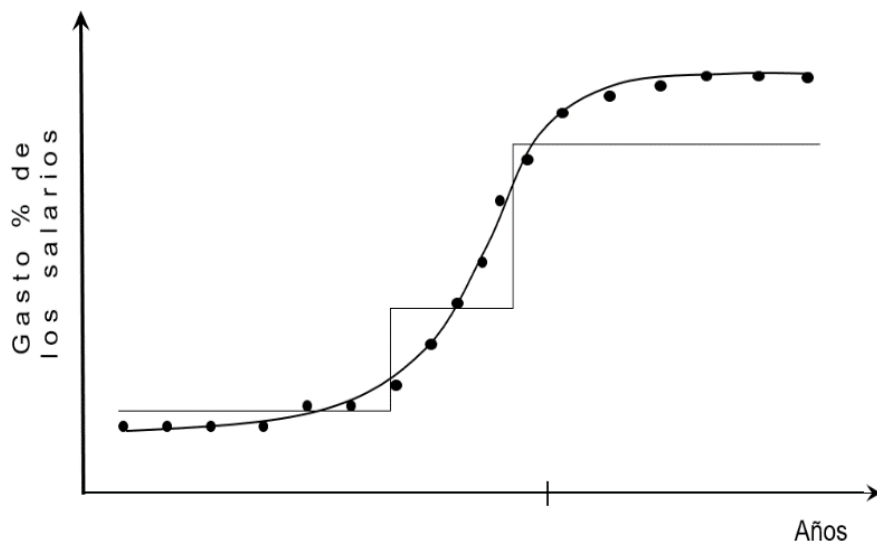
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2 - Esquema de un modelo de prima media general



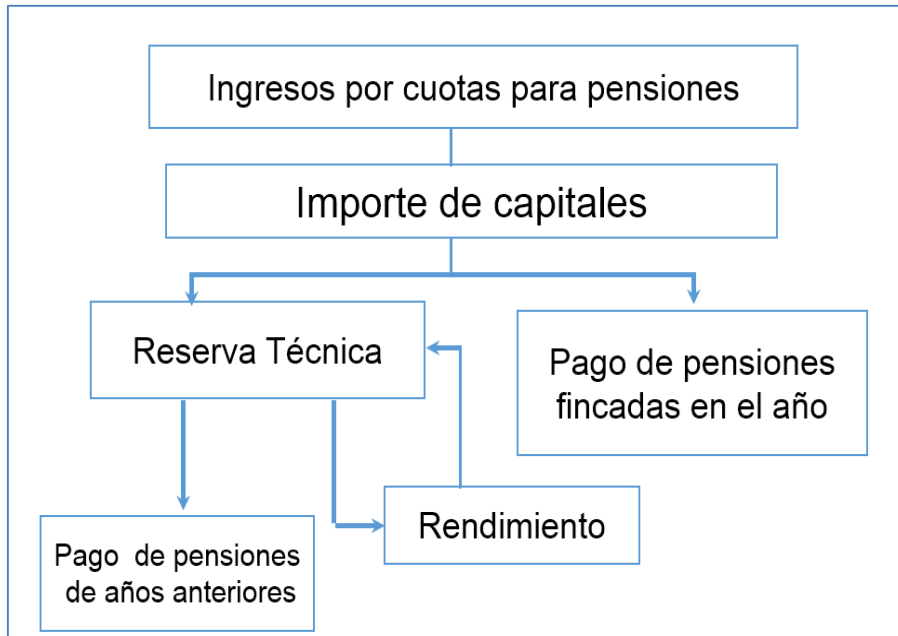
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3 - Modelo de prima escalonada



Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 4 - Esquema de un modelo de capitales constitutivos o de cobertura**



Fuente: Elaboración propia



## Gráfico 5 - Vista Gráfica de la interfaz del modelo de simulaciones y de la hoja de parámetros



## Interfaz gráfica de la hoja de parámetros

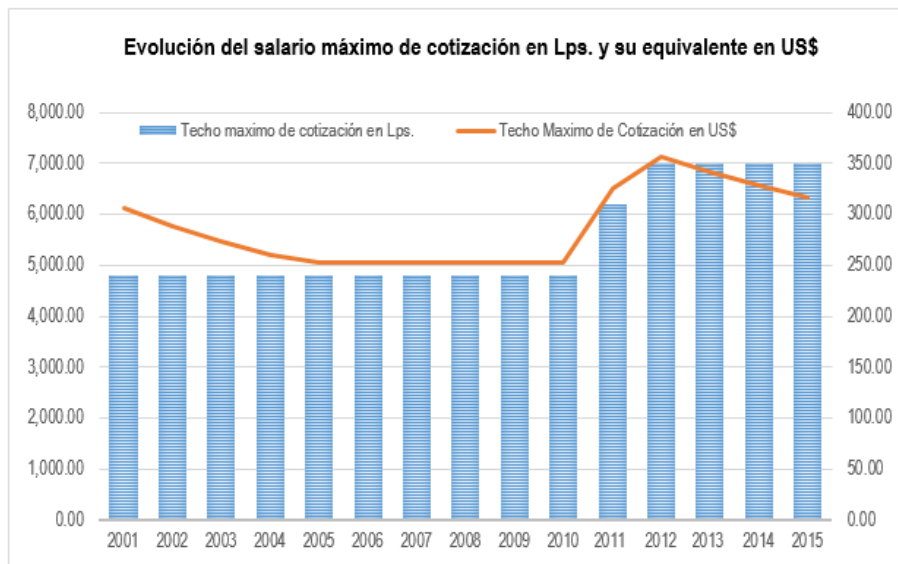
Modelo de calculo para la busqueda de alternativas de equilibrio de finanzas del S

Simulación de ingresos y egresos 2016 - 2022

Dr. Mauricio Dinarte

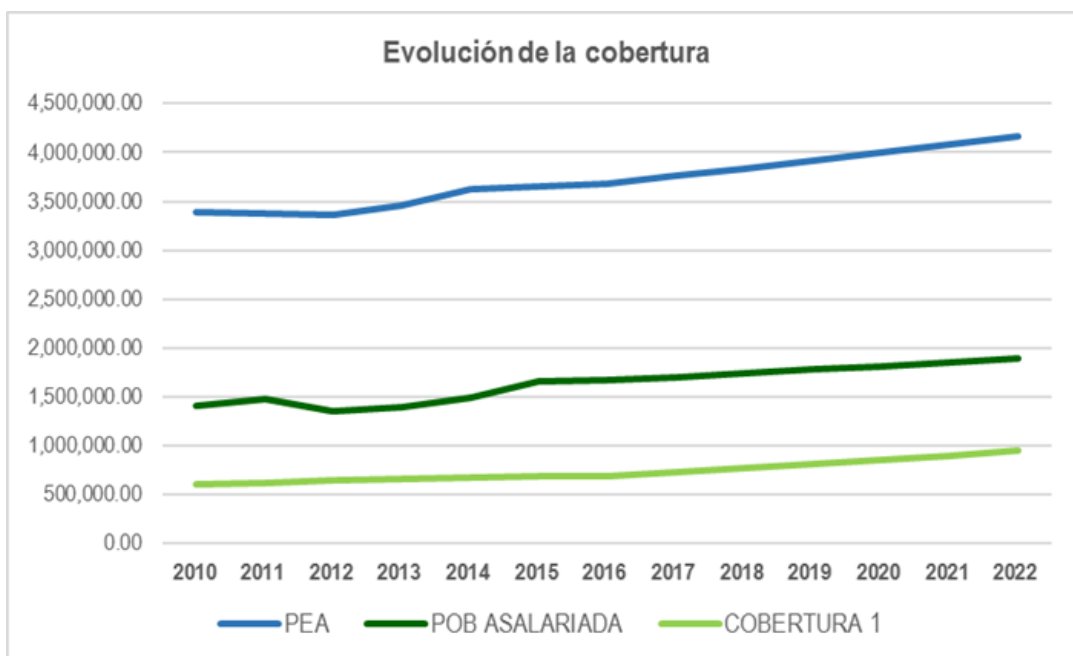
| PARAMETROS DE LA ECONOMIA NACIONAL |       | PARAMETROS DE ASEGURAMIENTO        |           | RESULTADOS DE LA SIMULACION           |                   |
|------------------------------------|-------|------------------------------------|-----------|---------------------------------------|-------------------|
| Crecimiento interanual población   | 2.10% | % de población asalariada cubierta | 100.00%   | Ingresos del Periodo en Lps.          | 95,443,788,414.24 |
| Deslizamiento cambiario anual      | 3.50% | Tasa de Cotización                 | 8.00%     | Inversión en Salud del periodo en Lps | 85,959,690,743.20 |
| Inflación Interanual (2013)        | 4.92% | % de recuperación a 2022           | 95%       | Dif. para alcanzar PE en el periodo   | 9,484,097,671.04  |
|                                    |       | % de Morosidad a 2022              | 5.00%     | Dif. para alcanzar RC en el periodo   | 888,128,596.72    |
|                                    |       | Salario cotizable al 2022          | 13,900.00 |                                       |                   |

**Gráfico 6 - Evolución del techo máximo de cotización en Lps. y su equivalente en US\$**



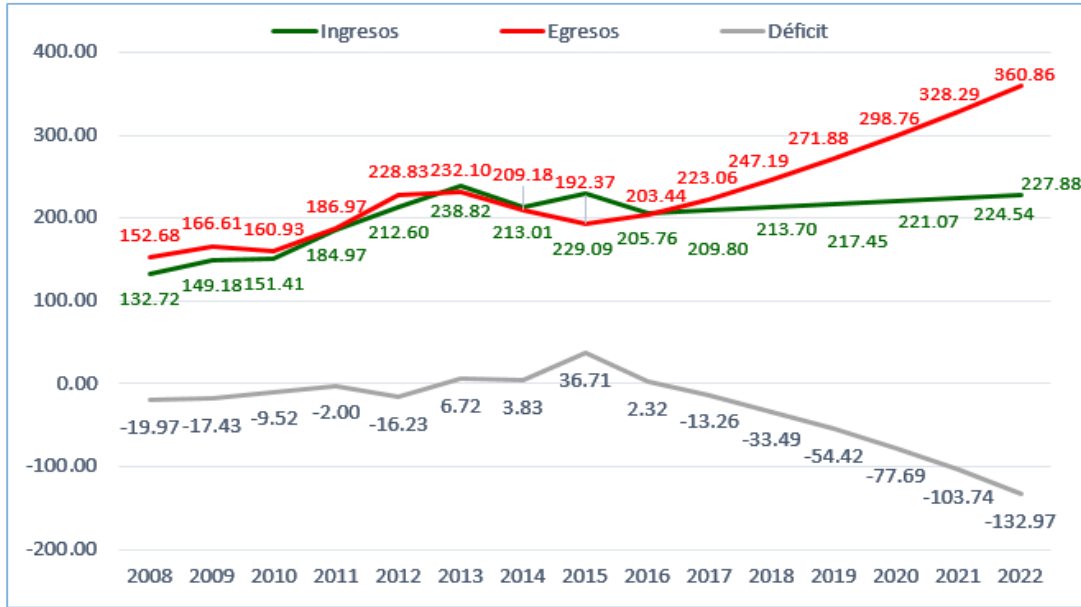
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 7 - Evolución de la cobertura escenario 1**



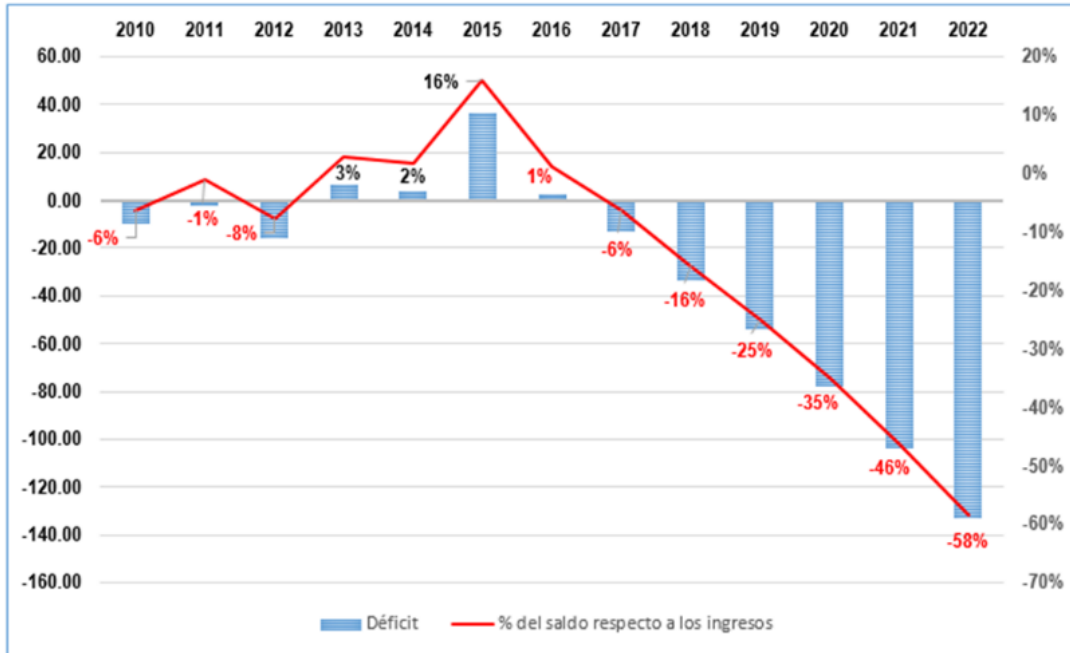
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 8 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones en US\$  
(Escenario No. 1: Cobertura 50% de PASF, TUS sin ajuste y TMC de Lps. 7,000.00)**



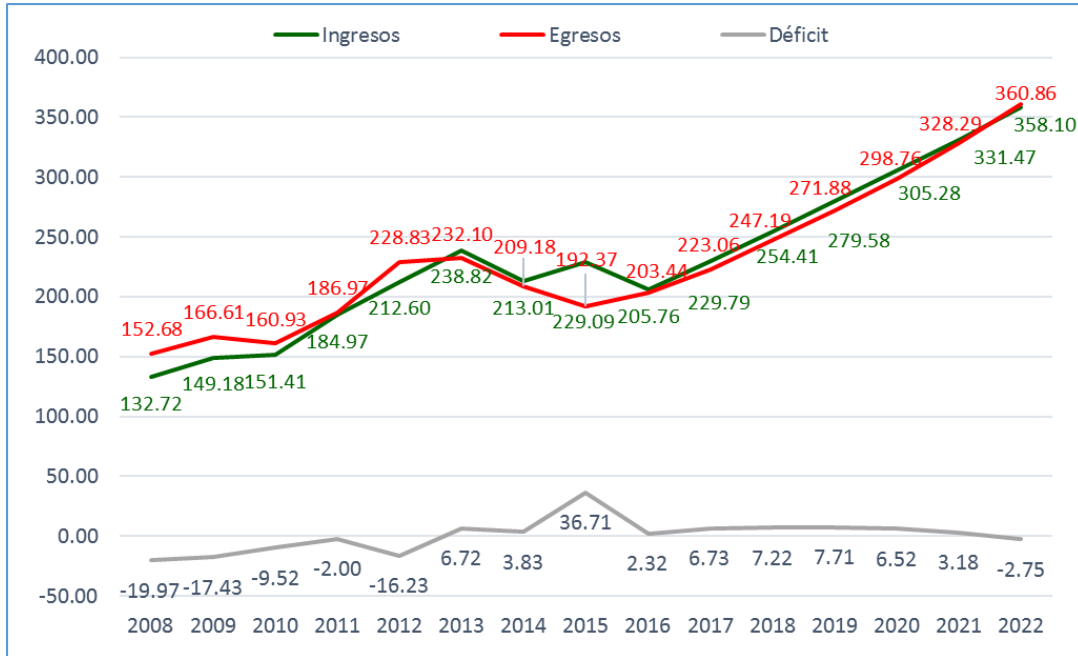
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 9 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$**  
 (Escenario No. 1: Cobertura 50% de PASF, TUS sin ajuste y TMC de Lps. 7,000.00)



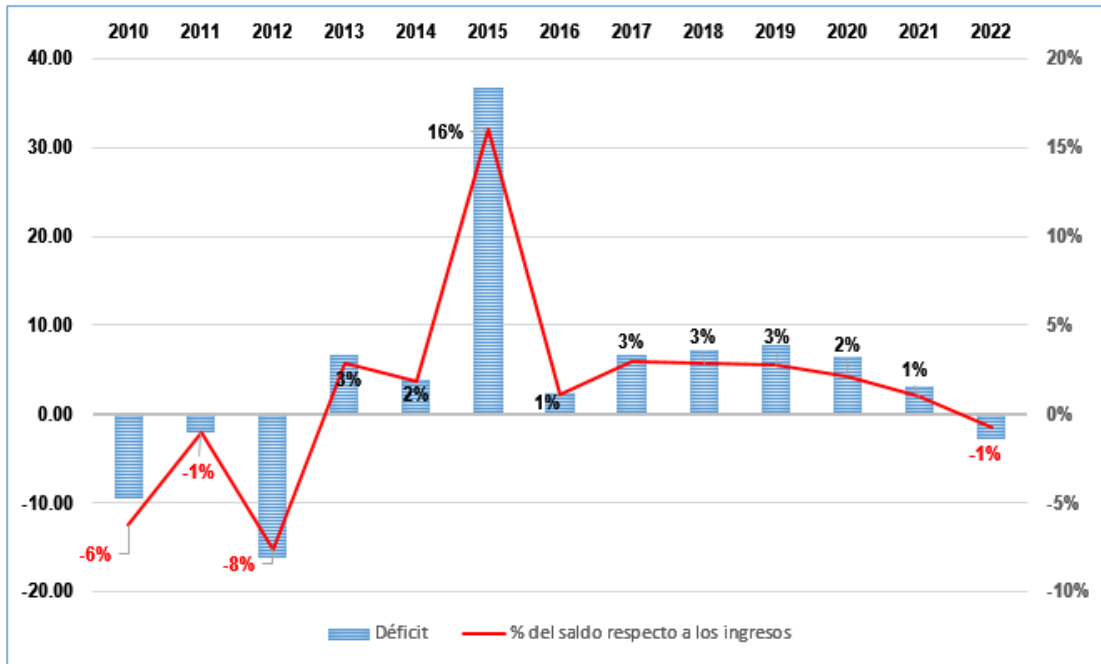
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 10 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones en US\$**  
**(Escenario No. 1: - Cobertura 50% PASF, TUS sin ajuste y**  
**TMC de Lps. 11,000.00 para alcanzar punto de equilibrio)**



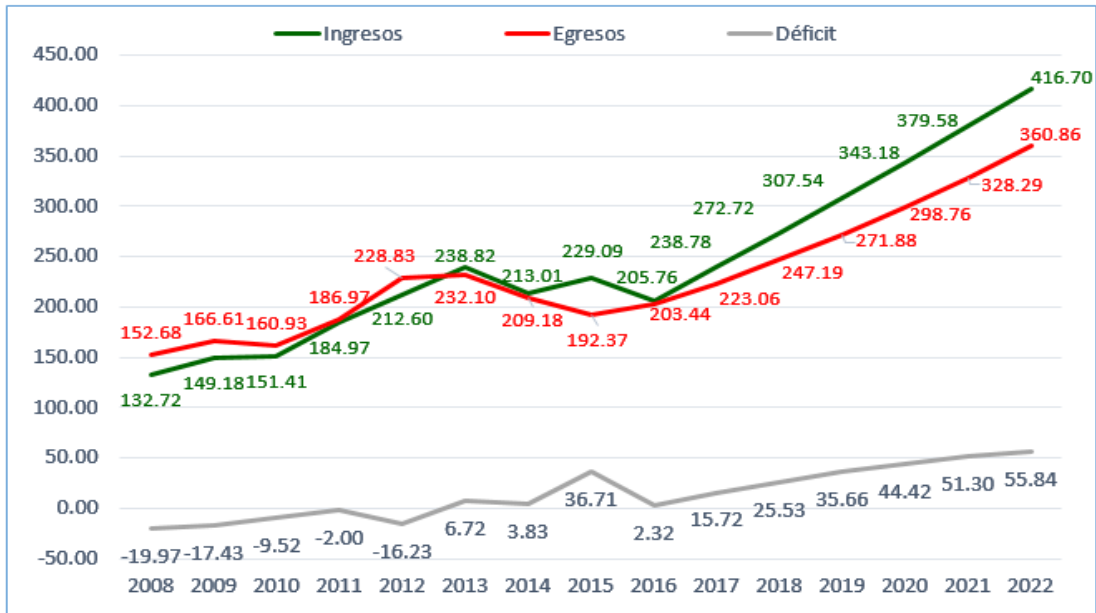
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 11 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$  
(Escenario No. 1: - Cobertura 50% PASF, TUS sin ajuste y  
TMC de Lps. 11,000.00 para alcanzar punto de equilibrio)**



Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

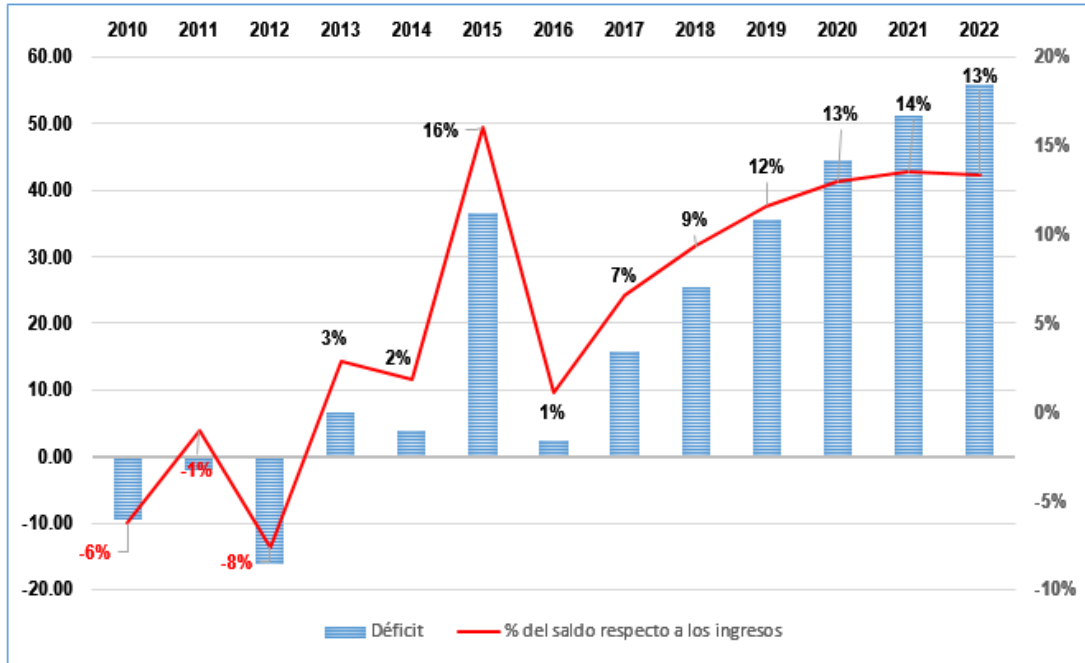
**Gráfico 12 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones en US\$  
(Escenario No. 1: Cobertura 50% PASF, TUS sin ajuste y  
TMC de Lps. 12,800.00 para alcanzar reserva de contingencia)**



Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

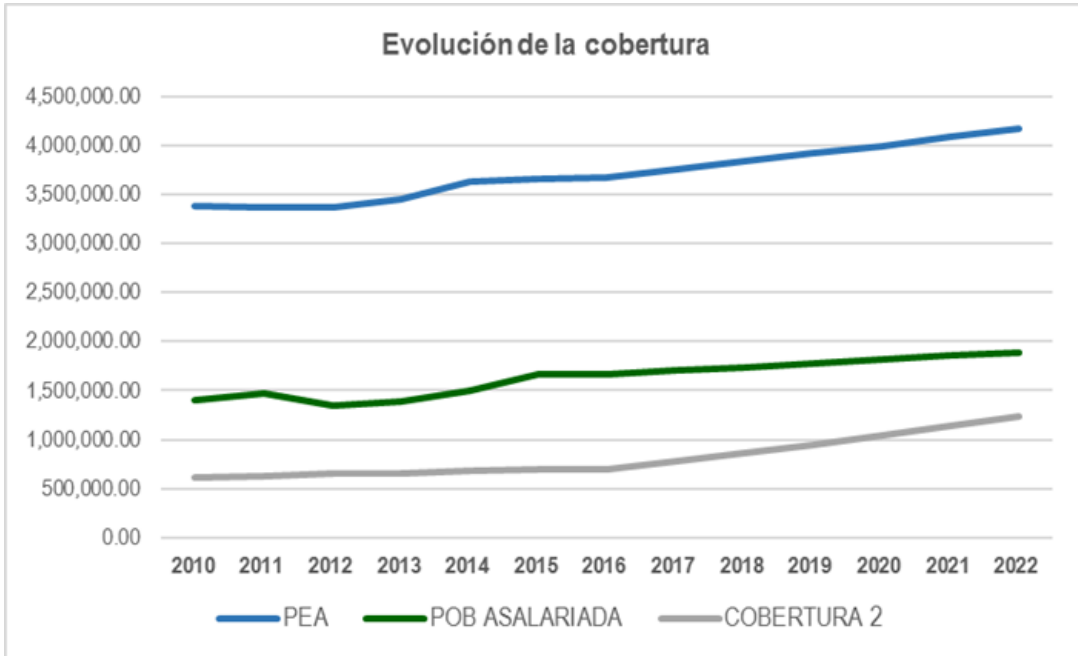


**Gráfico 13 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$  
(Escenario No. 1: Cobertura 50% PASF, TUS sin ajuste y  
TMC de Lps. 12,800.00 para alcanzar reserva de contingencia)**



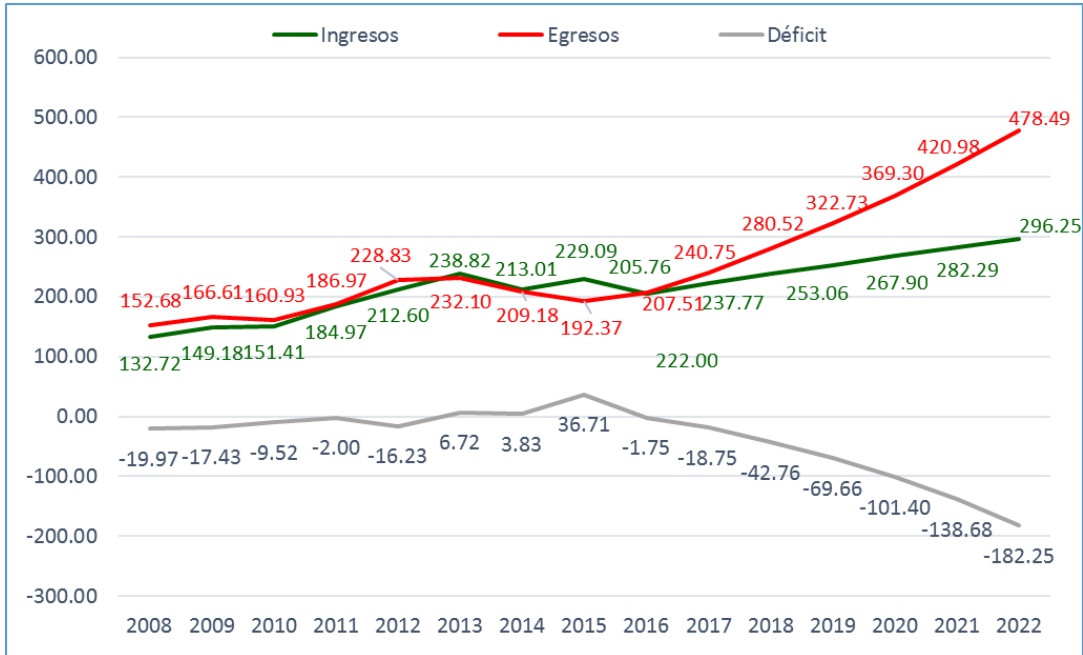
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 14 - Evolución de la cobertura escenario 2**



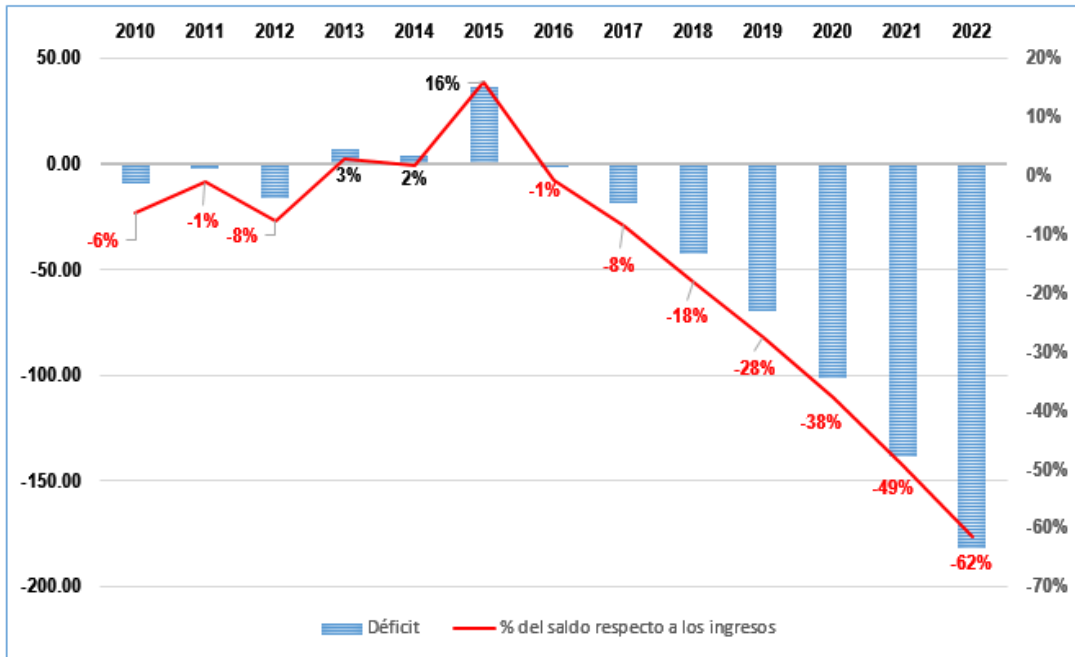
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 15 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones de US\$  
(Escenario No. 2: - Cobertura 65% PASF, TUS 2.00% y TMC de Lps. 7,000.00)**



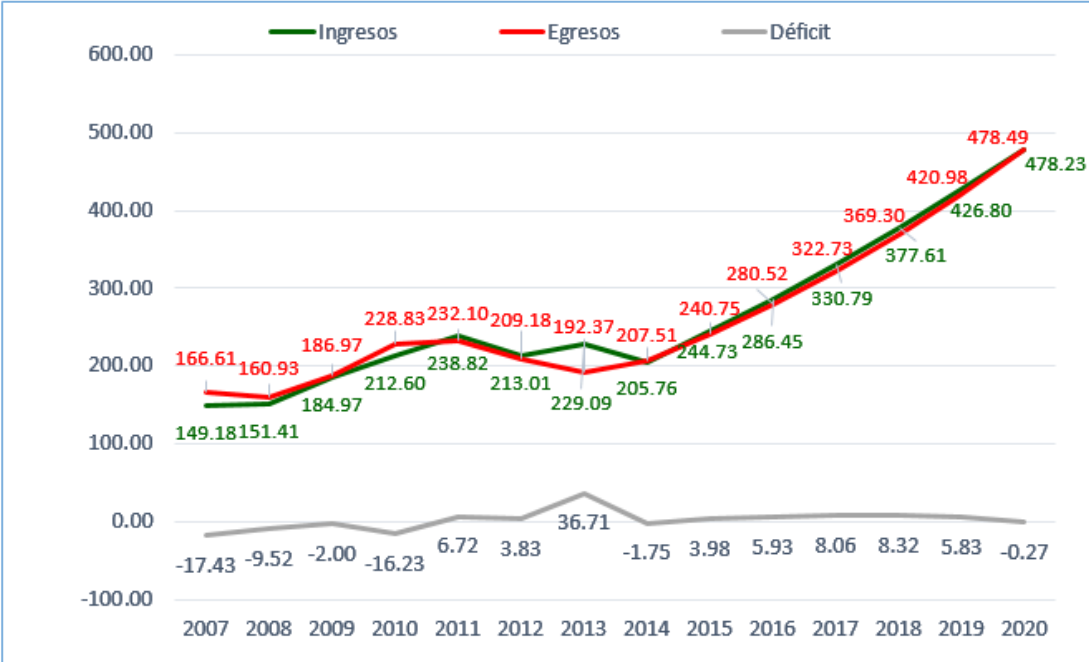
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 16 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$  
(Escenario No. 2: - Cobertura 65% PASF, TUS 2.00% y TMC de Lps. 7,000.00)**



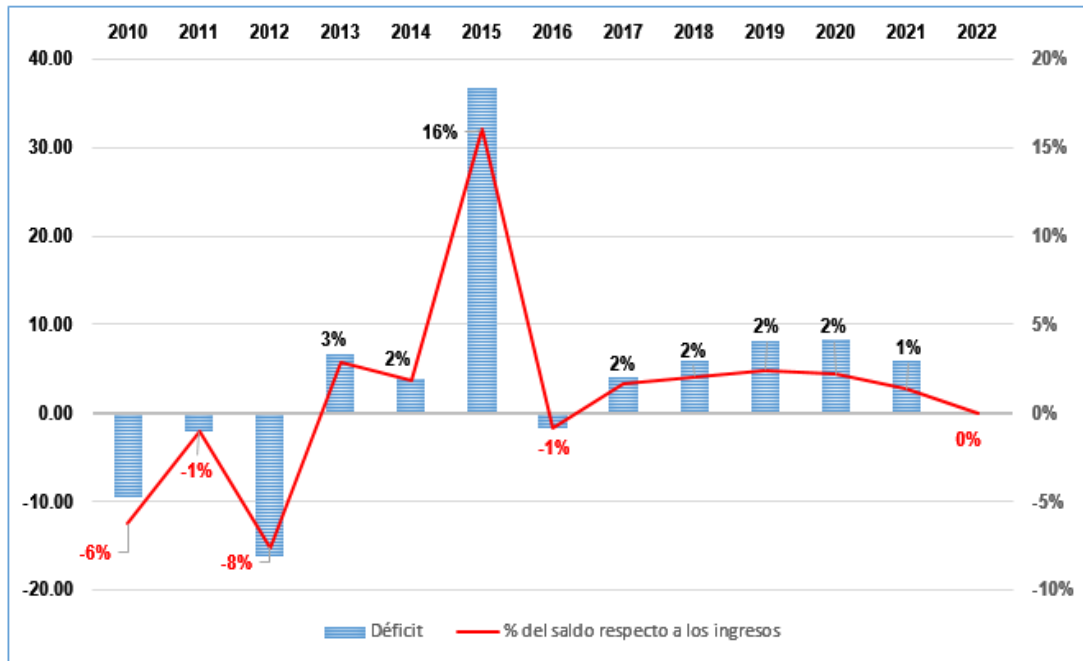
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 17 – Evolución de Ingresos, egresos y saldo operativo en millones de US\$  
 (Escenario No. 2: - Cobertura 65% PASF, TUS 2.00% y  
 TMC de Lps. 11,300.00 para alcanzar punto de equilibrio)**



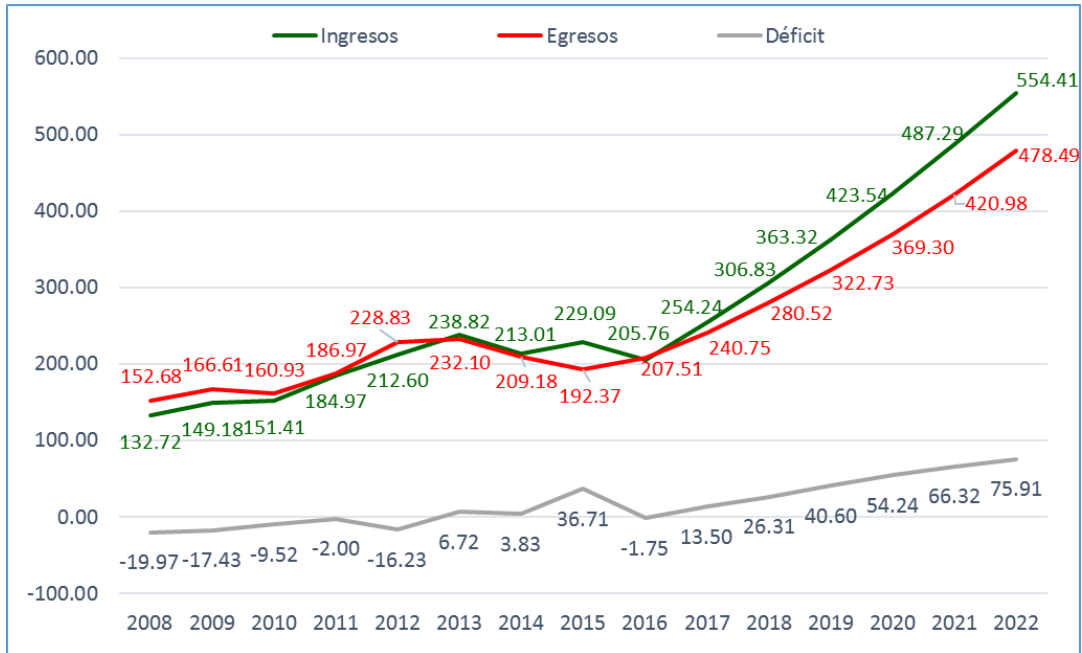
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 18 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$  
(Escenario No. 2: - Cobertura 65% PASF, TUS 2.00% y  
TMC de Lps. 11,300.00 para alcanzar punto de equilibrio)**



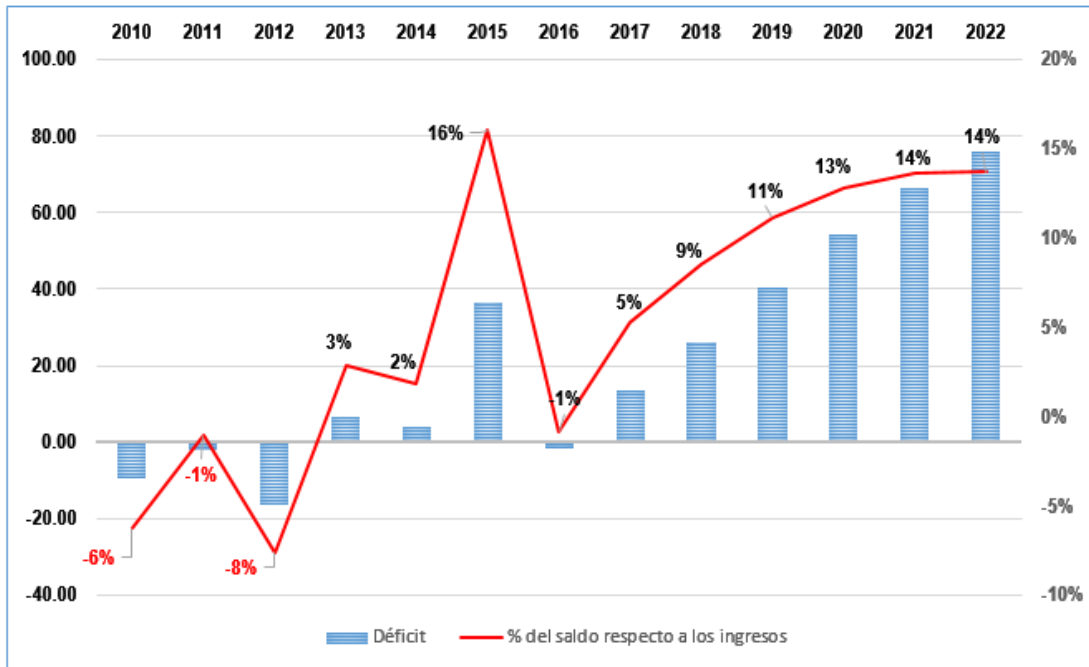
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 19 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones de US\$**  
**(Escenario No. 2: - Cobertura 65% PASF, TUS 2.00% y**  
**TMC de Lps. 13,100.00 para alcanzar reserva de contingencia)**



Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

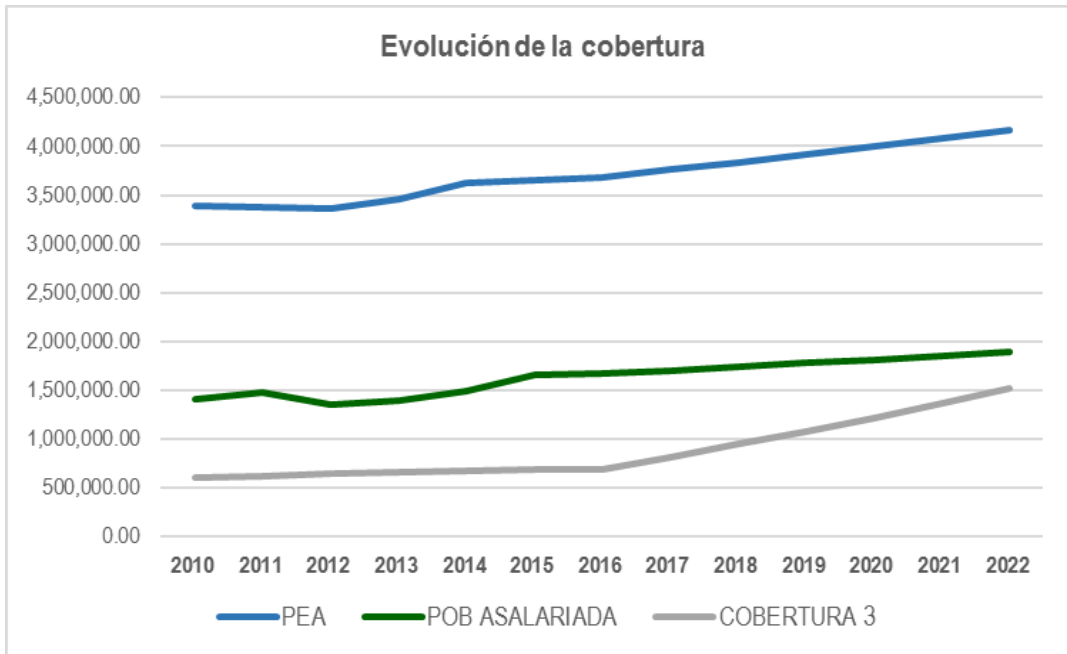
**Gráfico 20 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$  
(Escenario No. 2: - Cobertura 65% PASF, TUS 2.00% y  
TMC de Lps. 13,100.00 para alcanzar reserva de contingencia)**



Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

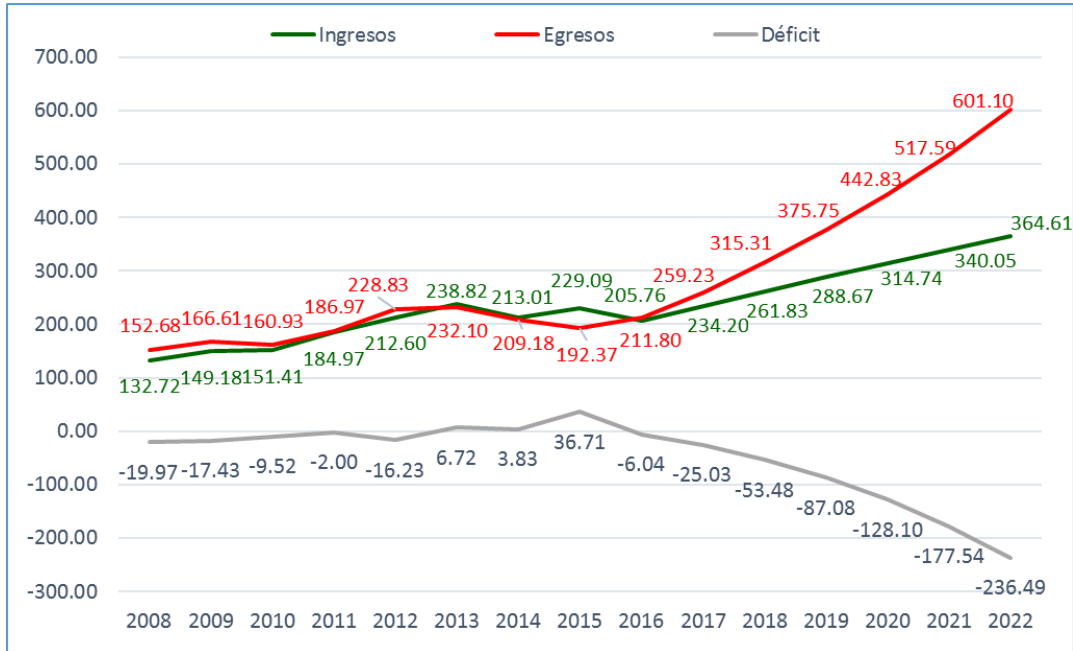


**Gráfico 21 - Evolución de la cobertura escenario 3**



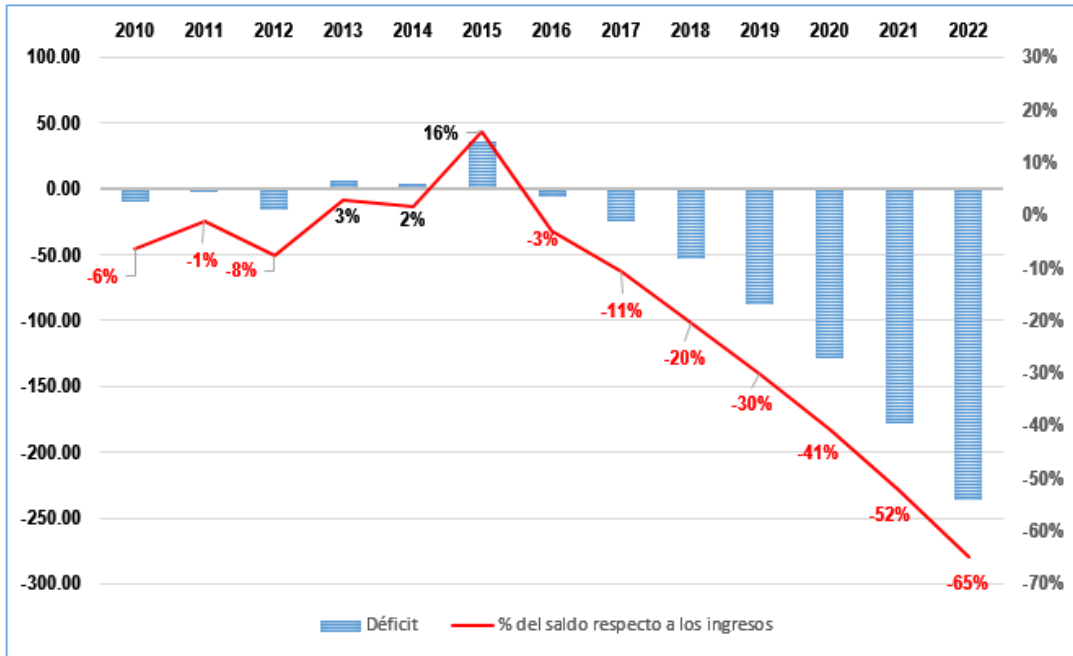
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 22 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones de US\$  
(Escenario No. 3: cobertura 80% PASF, TUS con ajuste de 4.11% y  
TMC a Lps. 7,000.00)**



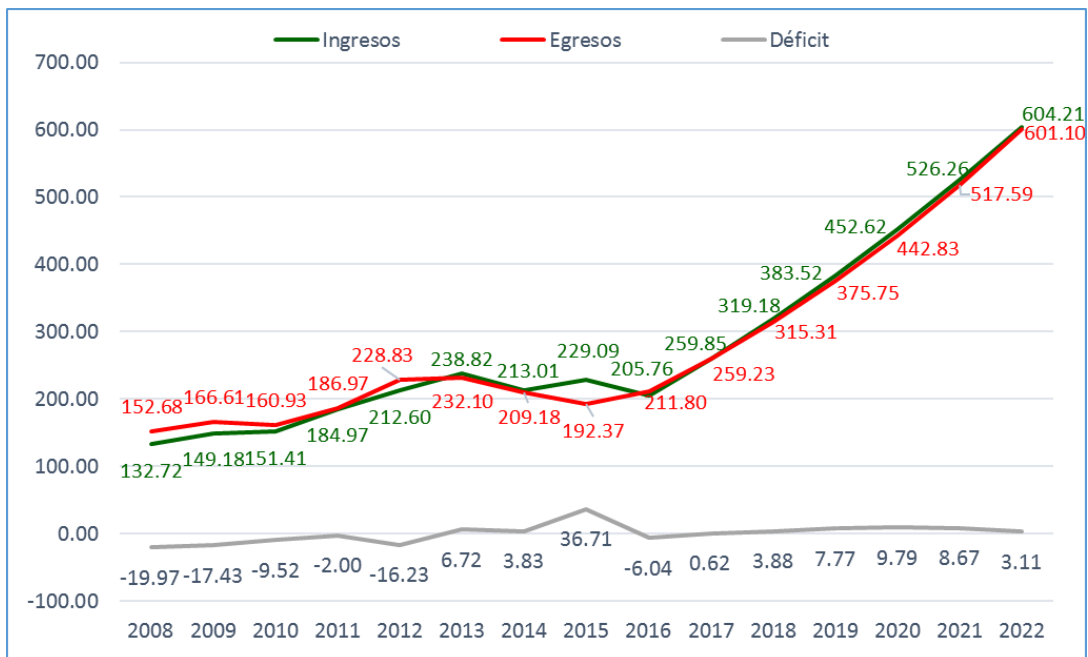
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 23 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$  
(Escenario No. 3: cobertura 80% PASF, TUS con ajuste de 4.11% y  
TMC a Lps. 7,000.00)**



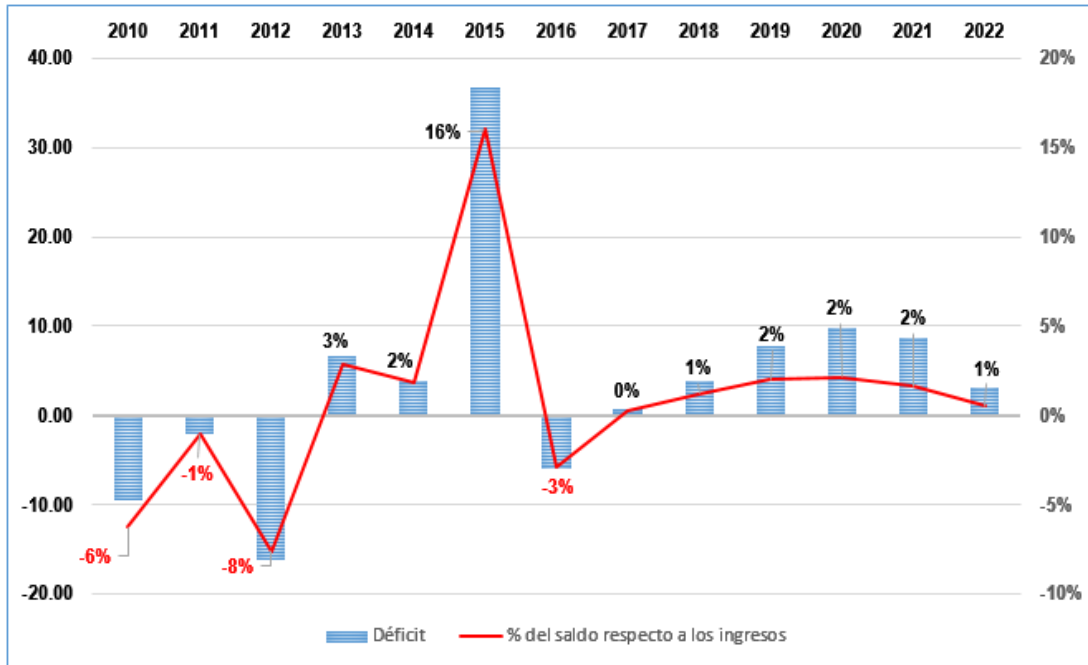
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 24 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones de US\$  
(Escenario No. 3: Cobertura 80% PASF, TUS con ajuste de 4.11% y  
TMC a Lps. 11,600.00 para alcanzar punto de equilibrio)**



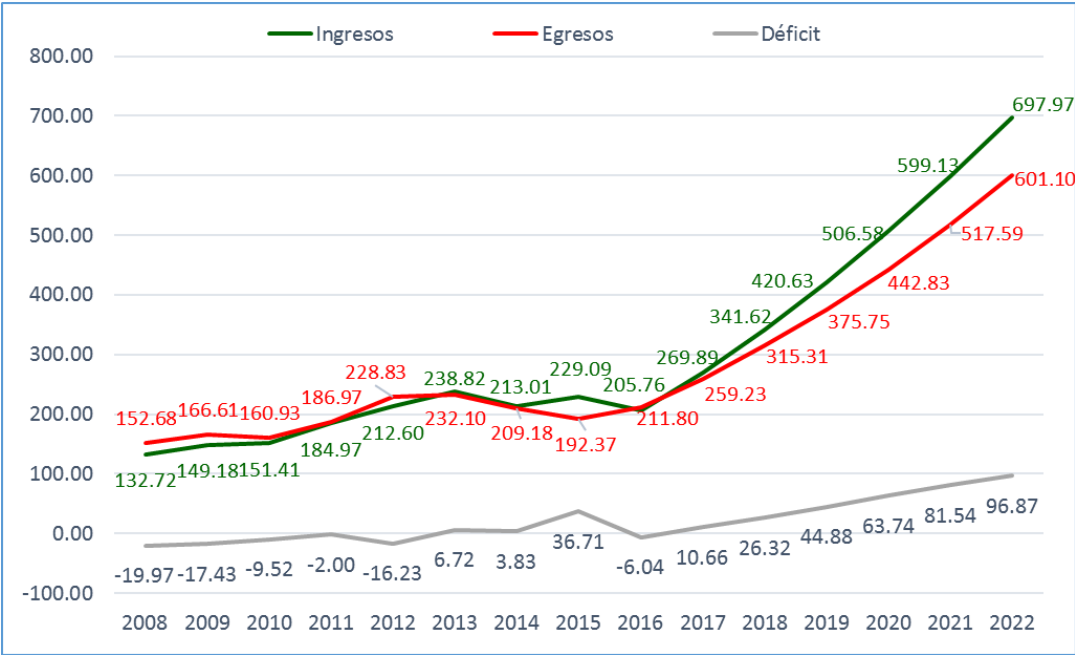
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 25 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$  
(Escenario No. 3: Cobertura 80% PASF, TUS con ajuste de 4.11% y  
TMC a Lps. 11,600.00 para alcanzar punto de equilibrio)**



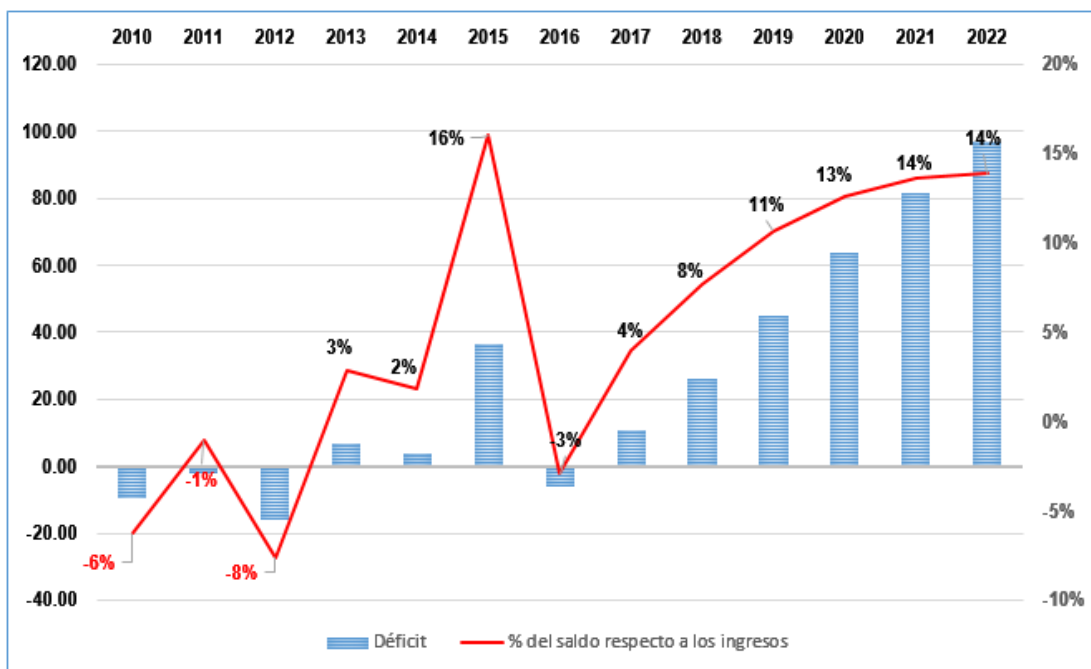
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 26 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones de US\$  
(Escenario No. 3: Cobertura 80% PASF, TUS con ajuste de 4.11% y  
TMC de Lps. 13,400.00 para alcanzar reserva de contingencia)**



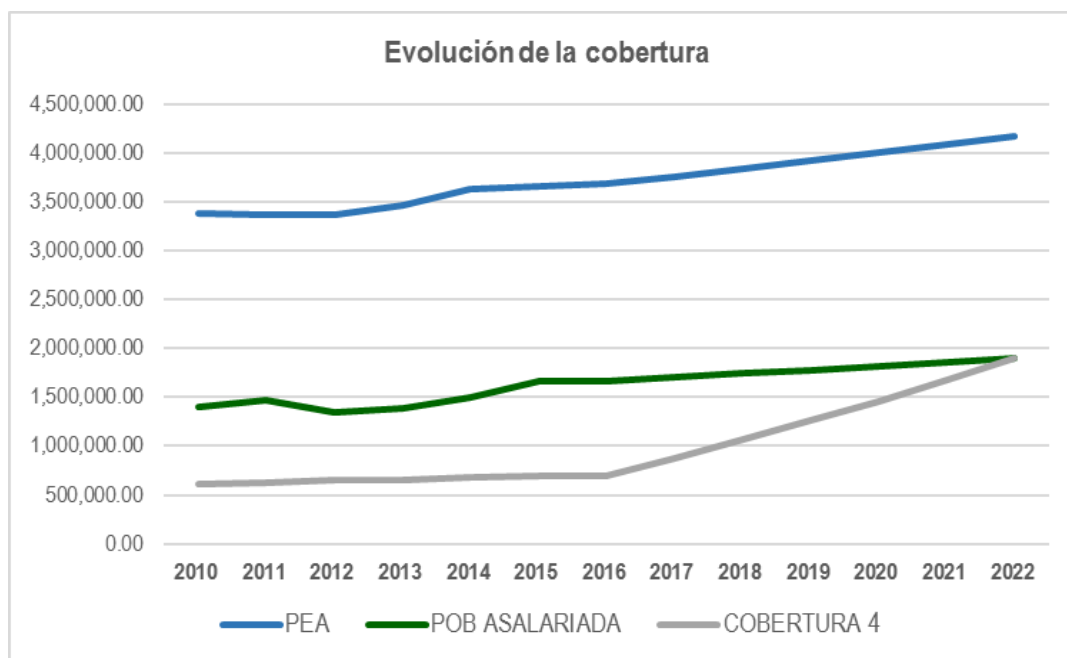
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 27 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$**  
**(Escenario No. 3: Cobertura 80% PASF, TUS con ajuste de 4.11% y**  
**TMC de Lps. 13,400.00 para alcanzar reserva de contingencia)**



Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

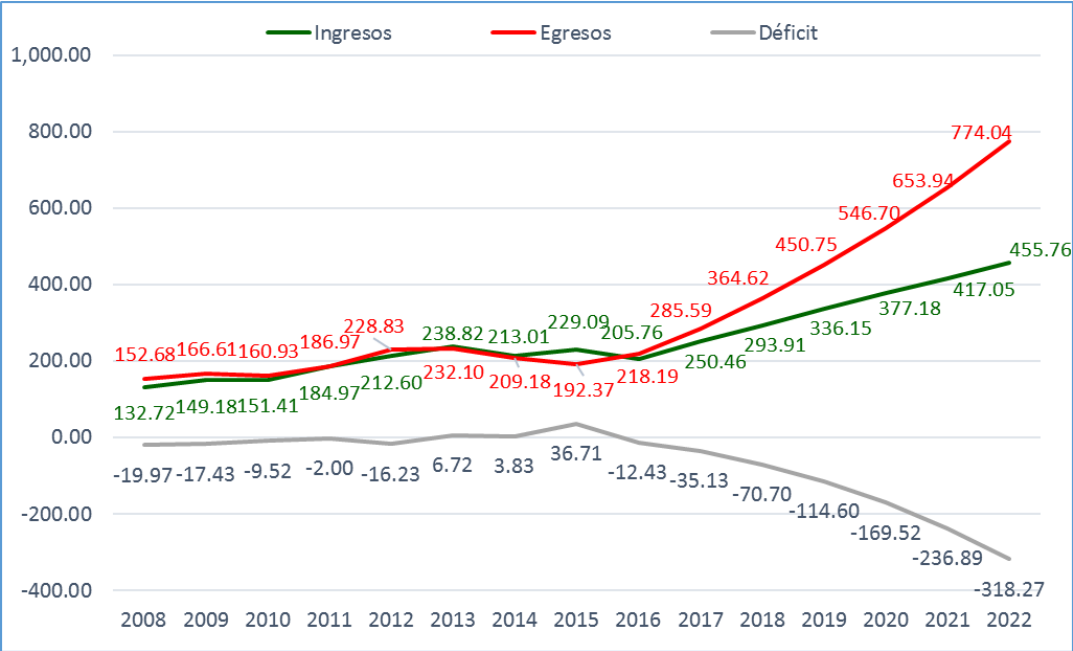
**Gráfico 28 - Evolución de la cobertura escenario 4**



Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

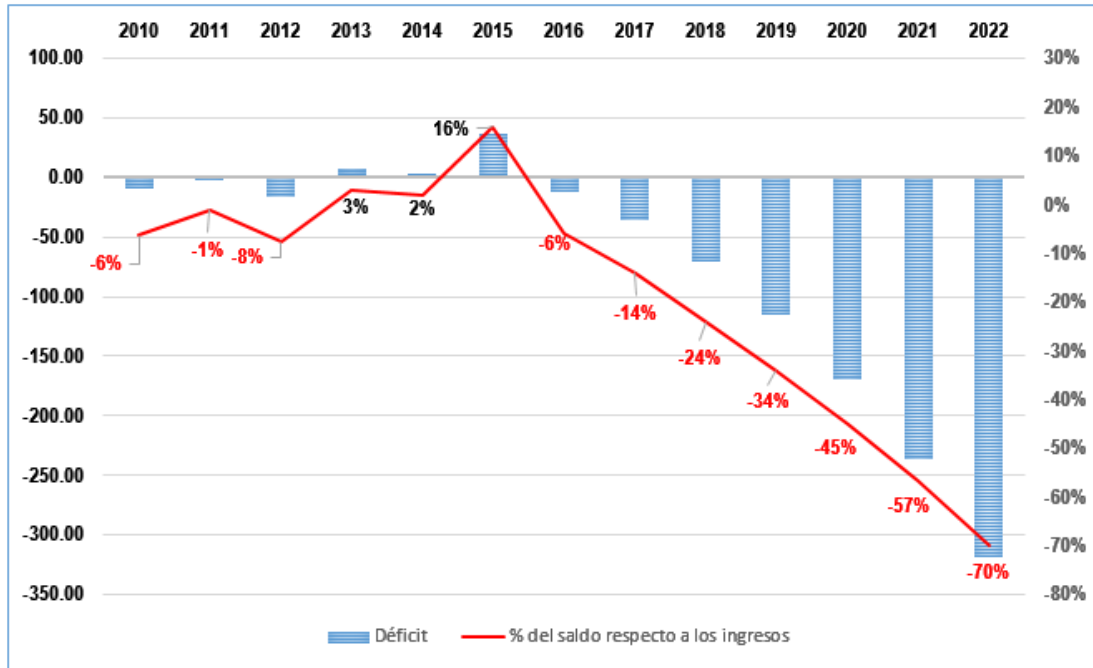


**Gráfico 29 – Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones de US\$ (Escenario No. 4. Cobertura 100% PASF, TUS con ajuste de 7.25% y TMC de Lps. 7,000.00)**



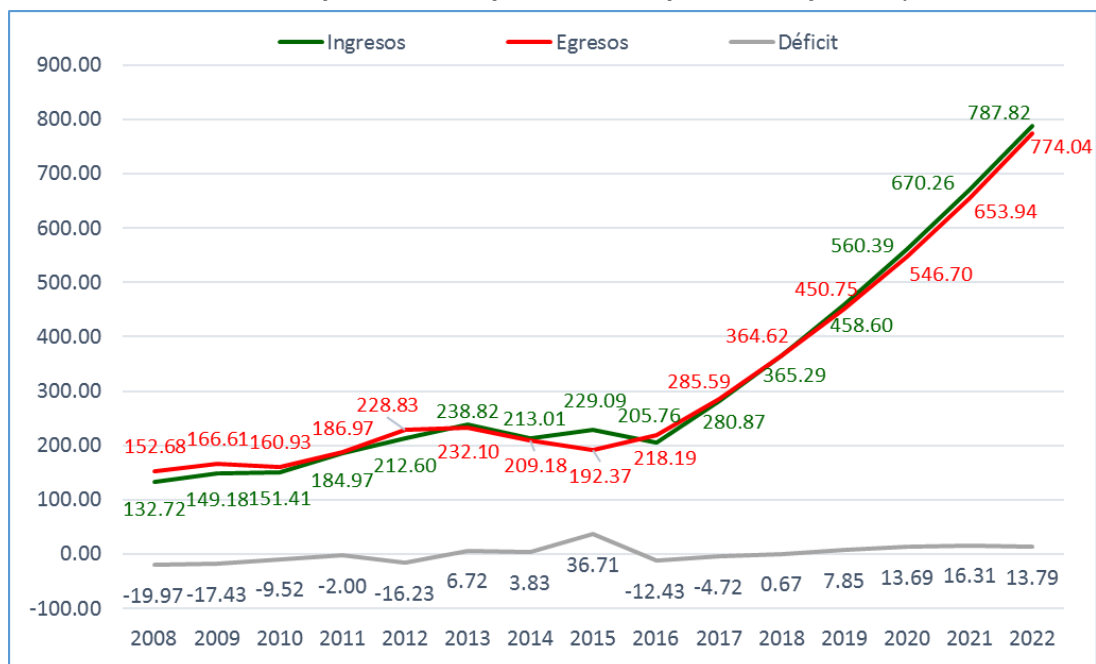
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 30 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$  
(Escenario No. 4. Cobertura 100% PASF, TUS con ajuste de 7.25% y  
TMC de Lps. 7,000.00)**



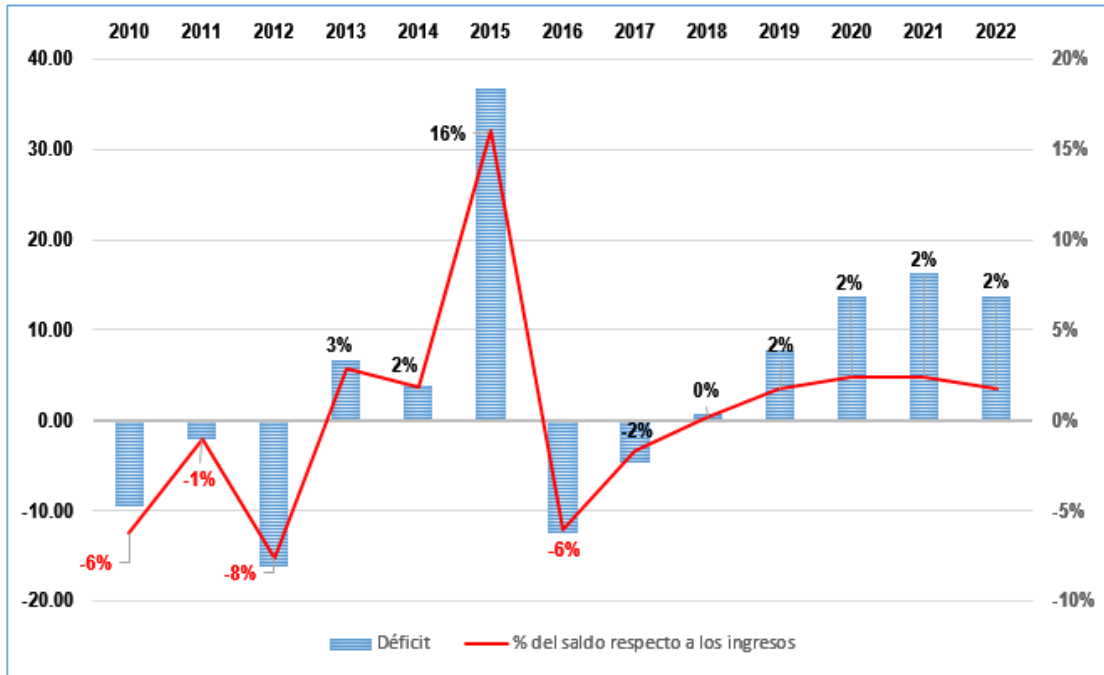
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 31 - Evolución de ingresos, egresos y saldo operativo en millones de US\$**  
**(Escenario No. 4. Cobertura 100% PASF, TUS con ajuste de 7.25% y**  
**TMC de Lps. 12,100.00 para alcanzar punto de equilibrio)**



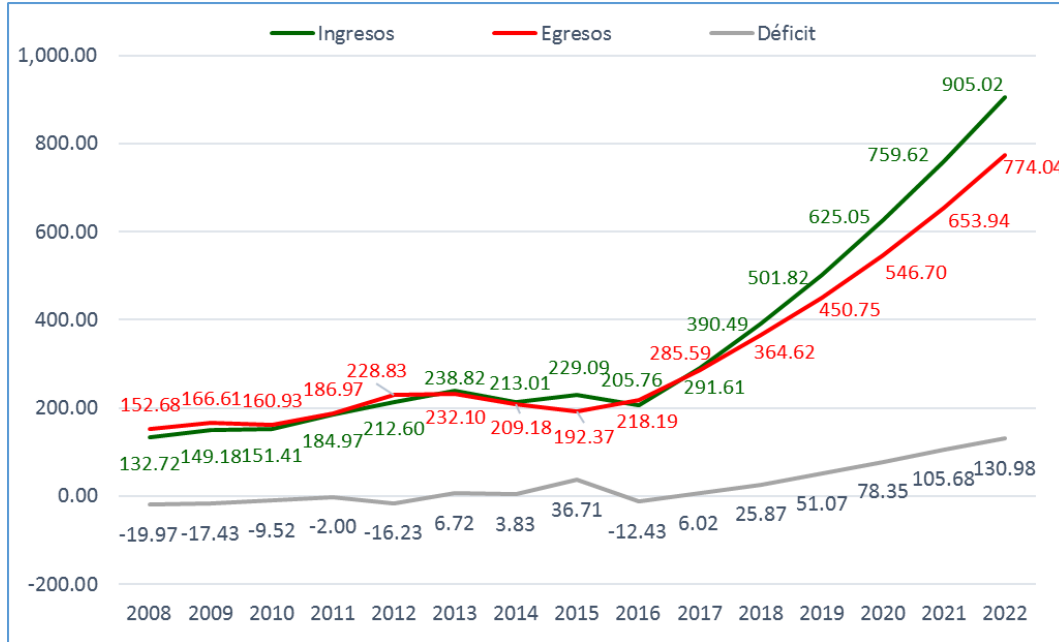
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 32 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$  
(Escenario No. 4. Cobertura 100% PASF, TUS con ajuste de 7.25% y  
TMC de Lps. 12,100.00 para alcanzar punto de equilibrio)**



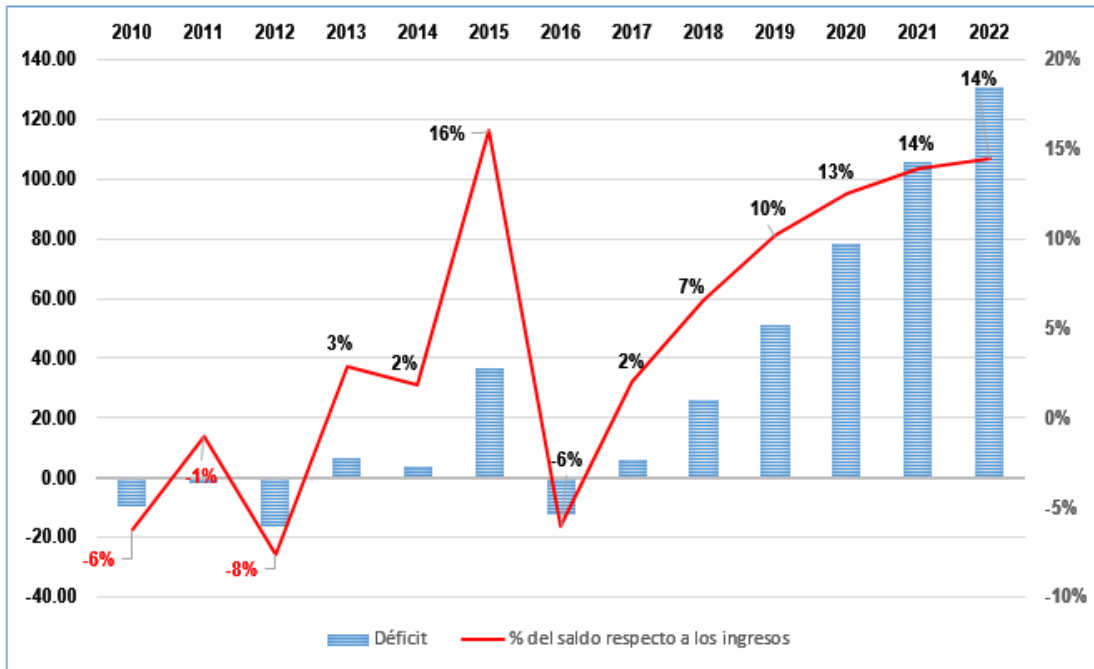
Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 33 - Evolución de ingresos, gastos y saldo operativo en millones de US\$  
(Escenario No. 4: Cobertura 100% PASF, TUS con ajuste de 7.25% y  
TMC de Lps. 13,900.00 para alcanzar reserva de contingencia)**



Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

**Gráfico 34 - Evolución del saldo operativo en millones de US\$  
(Escenario No. 4: Cobertura 100% PASF, TUS con ajuste de 7.25% y  
TMC de Lps. 13,900.00 para alcanzar reserva de contingencia)**



Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por IHSS

## ANEXO No. 5 Instrumento de recopilación de datos

|    | A | B  | J    | K    | L    | M    | N    | O    | P    | Q    |
|----|---|--|------|------|------|------|------|------|------|------|
|    |   | DESCRIPCION                                    | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| 8  |   |  |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 9  |   |  |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 10 |   | <b>DEMOGRAFIA E INDICADORES ECONOMICOS</b>     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 11 |   | <i>Demografía</i>                              |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 12 |   | <b>Datos demográficos y de cobertura</b>       |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 13 |   | Población total del país                       |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 14 |   | Crecimiento anual de la población              |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 15 |   | PEA  |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 16 |   | Población asalariada                           |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 17 |   | Población sujeta de cobertura                  |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 18 |   | Crecimiento absoluto de la población cubierta  |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 19 |   | % de crecimiento                               |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 20 |   |  |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 21 |   | <b>Relaciones de demografía y de cobertura</b> |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 22 |   | Población Total del País                       |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 23 |   | Relación PEA / Pob. nacional                   |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 24 |   | Población asalariada / PEA                     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 25 |   | Población sujeta de cobertura / Pob asalariada |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 26 |   |  |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 27 |   | <i>Indicadores económicos</i>                  |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 28 |   | <b>Tasas de cotización</b>                     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 29 |   | Tasa de cotización global                      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 30 |   | Tasa cotización Empleador                      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 31 |   | Tasa cotización Trabajador                     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 32 |   | Tasa cotización Estado                         |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 33 |   |  |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 34 |   | <b>% de recuperación y de morosidad</b>        |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 35 |   | % de Recuperación de la Factura                |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 36 |   | % de Morosidad                                 |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 37 |   |  |      |      |      |      |      |      |      |      |





|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 101   | <b>Inversión totales en prestaciones de salud</b>                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| · 102 | Consulta en lempiras   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| · 103 | Consulta de Emergencia en Lempiras                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| · 104 | Egreso Hospitalario en Lempiras                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| · 105 | Total de Gasto en Salud en Lempiras                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| · 106 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| · 107 | Consulta en US\$   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| · 108 | Consulta de Emergencia en US\$                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| · 109 | Egreso Hospitalario en US\$                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| · 110 | Total de Gasto en Salud  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| · 111 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 112   | <b>SALDO</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 113   | <i>Déficit o superávit en US\$</i>                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| · 114 | Diferencia Ingresos - Egresos (Déficit o superavit del programa) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| · 115 | Diferencia %   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| · 116 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |