

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN DEMOGRAFÍA Y DESARROLLO



TESIS

VULNERABILIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR
ASOCIADA A LA PREVISIÓN SOCIAL EN HONDURAS
2006 Y 2013

PRESENTADA POR:

FRANCISCA YOLANDA PALACIOS FUENTES

ASESORA:

DRA. MARYSABEL ZELAYA OCHOA

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE:

MÁSTER EN DEMOGRAFÍA Y DESARROLLO

CIUDAD UNIVERSITARIA, ABRIL 2017

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

**DRA. JULIETA CASTELLANOS RUÍZ
RECTORA**

**ABOG. ENMA VIRGINIA RIVERA MEJÍA
SECRETARÍA GENERAL**

**DRA. LETICIA SALOMÓN
DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSTGRADO**

**DRA. MARTHA LORENA SUAZO MATUTE
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**DRA. MARYSABEL ZELAYA OCHOA
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN DEMOGRAFÍA Y DESARROLLO**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mi familia; mi esposo Ariel, mi hija Andrea Alejandra y mi hijo Ariel David que me han apoyado mucho en este proceso.

Este trabajo también está dedicado a mis papás que, aunque ya no están físicamente, siempre estarán dentro de mi mente y corazón; sé que les alegraría mucho este nuevo triunfo. Para mis hermanos y hermanas en Ecuador y España, gracias por sus oraciones y ánimo. Para Andrely y Juan Carlos, gracias por su gran apoyo.

Agradezco a mis compañeros(as) de la maestría que compartieron horas de dedicación, conocimientos, inquietudes y sueños durante el desarrollo de las clases. Igualmente quiero expresar mi agradecimiento a todo el equipo de la Maestría en Demografía y Desarrollo por su espíritu de servicio, su apoyo y profesionalismo, en especial a la Dra. Marysabel Zelaya, por su asesoría, aportes, revisiones y correcciones, admiro su constancia y esfuerzo. Al MSc. Héctor Figueroa y la MSc. Ana Carolina Paz, por sus observaciones y consejos oportunos.

Reconozco el esfuerzo de todos los maestros y maestras de la maestría, que brindaron generosamente no solo sus conocimientos académicos, sino también la riqueza de su experiencia profesional y su calidad humana; lo cual no tiene precio, pero sí un gran valor intelectual y práctico. También agradezco especialmente a la Dra. María Auxiliadora López, asesora metodológica de este trabajo de investigación; igualmente mi agradecimiento para el MSc. Manuel Flores, el MSc. Elvis Trejo y el MSc. Pablo Salazar, maestros y conocedores del tema, quienes compartieron conmigo consejos y material bibliográfico útil e interesante y estuvieron siempre dispuestos a apoyarme en la revisión del trabajo de investigación. Finalmente quiero agradecer al MSc. Héctor Díaz de OIT, por su apertura al compartir el material más actualizado sobre la temática y por el tiempo dedicado para atender mis inquietudes al inicio del proceso de investigación.

RESUMEN

Honduras es un país que actualmente goza de una proporción alta de población joven, la cual sigue creciendo y crecerá más (bono demográfico) hasta llegar a una etapa de decrecimiento donde por al contrario será dominada por una alta proporción de adultos(as) mayores, con todas las implicaciones que esto representa.

Si bien la proporción de adultos mayores en el país actualmente es relativamente baja 9.5% (según la EPHPM 2013), incluyendo a todas las personas de 60 años en adelante, la población tiende a envejecer más rápidamente que en el pasado, ya que las tasas de fecundidad bajan significativamente y la esperanza de vida aumenta.

Este estudio describe la situación sociodemográfica, económica y de previsión social de los(as) adultos(as) mayores en Honduras para los años 2006 y 2013 con base a variables predeterminadas tomadas de las EPHPM de dichos años; luego usa las mismas variables para plantear un modelo de regresión con el fin de establecer las relaciones entre las variables significativas y la probabilidad de vulnerabilidad; haciendo una especial consideración de la cobertura de la seguridad social como determinante de la misma. Se realiza una breve revisión de las últimas reformas de la legislación nacional respecto a la previsión social, enfocándose en las leyes de los tres principales institutos de previsión social del país (IHSS, INJUPEMP e INPREMA); incluyendo un apartado sobre la nueva Ley Marco de Protección Social, que si bien fue aprobada más recientemente (2015), constituye una de las reformas más amplias en cuanto al tema.

Los principales hallazgos abarcan evidencias alarmantes de la situación de los(as) adultos(as) mayores, entre ellos que un porcentaje sumamente bajo de los mismos está cubierto por el IHSS, 2 de cada 100 en el 2006 y 3 de cada 100 en el 2013. El modelo de regresión logística utilizado determinó que para un(a) adulto(a) mayor en

Honduras la probabilidad de ser vulnerable aumenta (18.7%) si no está cubierto por el sistema de seguridad social (2013)¹. Igualmente es más vulnerable si tiene la condición de pobreza extrema (probabilidad aumenta en un 16.4% para el 2013) y si vive en ciudades pequeñas la probabilidad aumenta (16.3% en 2006 y 6.8% para el 2013). Se observa que si un(a) adulto(a) mayor tiene un nivel educativo de secundaria o superior es menos probable que sea vulnerable.

Los(as) adultos(as) mayores son una población vulnerable altamente demandante de servicios de salud y asistencia social, lo que implica un gran reto para Honduras sobre todo en términos económicos en cuanto a estrategias de planificación y previsión social en el corto plazo; por lo tanto es prioritario el establecimiento de políticas sociales que den cobertura a las carencias propias de los adultos(as) mayores que no están afiliados a un sistema de seguridad social y es urgente aumentar la cobertura contributiva de la seguridad social con dos objetivos claramente identificados: disminuir el riesgo de vulnerabilidad de la población de Honduras, en especial la de los adulto(as) mayores y asegurar la sostenibilidad de los sistemas de previsión social haciendo que se aproveche toda la base productiva que brinda el bono demográfico ya presente en el país.

Se recomienda realizar más estudios de este tipo para profundizar sobre las fuertes implicaciones de la protección y previsión social en la vulnerabilidad de la población de manera que se brinden elementos científicos que sustenten las políticas públicas o reformas que se generen alrededor de la temática.

Palabras clave

Vulnerabilidad, vulnerabilidad social, previsión social, seguridad social, envejecimiento, población adulta mayor.

¹ Para el año 2006 no se pudo determinar la probabilidad de vulnerabilidad, ya que el indicador referido a la seguridad social (ss.) resultó ser no significativa, igualmente para el indicador de pobreza extrema (pext.)

ÍNDICE

Introducción.....	10
Capítulo I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 Planteamiento del Problema	11
1.2 Justificación	17
1.3 Objetivos de Investigación	20
1.4 Preguntas de Investigación.....	21
Capítulo II. MARCO REFERENCIAL.....	21
2.1 Enfoques teóricos que sustentan la investigación	22
2.2 Estado del Arte	37
2.3 Marco legal	49
2.4 Marco histórico.....	63
Capítulo III. HIPÓTESIS	76
3.1 Planteamiento de hipótesis	76
3.2 Definición de variables e indicadores.....	77
3.3 Plan de análisis.....	78
Capítulo IV. METODOLOGÍA.....	83
4.1 Tipo de investigación	83
4.2 Fuentes de datos	84
4.3 Población y muestra.....	85
4.4. Métodos y técnicas de investigación.....	86
Capítulo V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	95
5.1 Presentación de resultados obtenidos	95
5.2 Conclusiones	160
Capítulo VI. BIBLIOGRAFÍA.....	168
ANEXOS	187

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1	Teorías biológico del envejecimiento: división y subdivisión del enfoque.....	23
Tabla 2	Datos absolutos de la población menor de 15 años, adultos mayores e índice de envejecimiento demográfico de Honduras (años censales, 1974, 1988 y 2001).....	45
Tabla 3	Indicadores de cobertura contributiva de la seguridad social, por institución: 2008-2012.....	48
Tabla 4	Sucesos y Resoluciones sobre Envejecimiento y la Seguridad Social en la Agenda Internacional.....	50
Tabla 5	Panorama general de las Instituciones de seguridad y previsión social en Honduras (2011).....	69
Tabla 6	Variables e indicadores escogidos para la caracterización.....	77
Tabla 7	Plan de análisis de la investigación.....	78
Tabla 8	Variables empleadas en el análisis de regresión.....	93
Tabla 9	Honduras: Población adulta mayor desagregada por sexo y área de residencia, años 2006 y 2013.....	97
Tabla 10	Adultos(as) Mayores por Dominio, Honduras 2006 y 2013.....	97
Tabla 11	Dominio de adultos(as) mayores por sexo, Honduras: 2006 y 2013.....	98
Tabla 12	Jefatura de hogar de adultos mayores a nivel nacional, por sexo y área de residencia. Honduras: 2006 y 2013.....	101
Tabla 13	Nivel educativo alcanzado por la población adulta mayor por sexo, Honduras: 2006 y 2013.....	103
Tabla 14	Nivel educativo alcanzado por la población adulta mayor por área de residencia, Honduras: 2006 y 2013.....	104
Tabla 15	Analfabetismo de adultos(as) mayores por sexo. Honduras 2006 y 2013.....	105
Tabla 16	Analfabetismo de adultos(as) mayores por área de residencia. Honduras 2006 y 2013	105
Tabla 17	Estado conyugal de adultos mayores por sexo. Honduras: 2006 y 2013.....	107
Tabla 18	Estado conyugal de adultos(as) mayores por área de residencia. Honduras 2006 y 2013.....	107
Tabla 19	PAM según línea de pobreza. Honduras 2006 y 2013.....	109
Tabla 20	Línea de pobreza de adultos(as) mayores. Honduras 2006 y 2013.....	109
Tabla 21	Línea de pobreza de adultos(as) mayores por sexo. Honduras 2006 y 2013.....	110
Tabla 22	Necesidades Básicas Insatisfechas de adultos(as) mayores. Honduras 2006 y 2013	111
Tabla 23	Quintiles de ingresos(as) de adultos mayores. Honduras 2006 y 2013.	113
Tabla 24	Quintiles de ingresos(as) de adultos mayores por sexo y área de residencia. Honduras 2006 y 2013.....	114
Tabla 25	Nivel de empleo de adultos(as) mayores. Honduras 2006 y 2013.....	115

Tabla 26	Nivel de empleo de adultos(as) mayores por sexo. Honduras 2006 y 2013.....	115
Tabla 27	Nivel de empleo de adultos(as) mayores por área de residencia. Honduras 2006 y 2013.....	116
Tabla 28	Condición de actividad de adultos(as) mayores. Honduras 2006 y 2013.....	117
Tabla 29	Tenencia de la vivienda de adultos(as) mayores. Honduras: 2006 y 2013.....	120
Tabla 30	Tenencia de vivienda de adultos(as) mayores por sexo. Honduras: 2006 y 2013.....	121
Tabla 31	Tenencia de la vivienda de adultos(as) mayores por área de residencia. Honduras 2006 y 2013.....	122
Tabla 32	Material de piso de viviendas de adultos(as) mayores, Honduras 2006 y 2013.....	123
Tabla 33	Material de techo de viviendas de adultos(as) mayores, Honduras 2006 y 2013.....	123
Tabla 34	Material de paredes viviendas adultos(as) mayores. Honduras: 2006 y 2013.....	124
Tabla 35	Materiales de las viviendas de adultos(as) mayores desagregado por sexo. Honduras 2006 y 2013.....	125
Tabla 36	Materiales de las viviendas de adultos(as) mayores por área de residencia. Honduras 2006 y 2013.....	126
Tabla 37	Obtención de agua para consumo en viviendas de adultos(as) mayores. Honduras: 2006 y 2013.....	127
Tabla 38	Obtención de agua para consumo en viviendas de adultos(as) mayores por sexo. Honduras 2006 y 2013.....	127
Tabla 39	Obtención de agua para consumo en viviendas de adultos(as) mayores por área de residencia. Honduras: 2006 y 2013.....	128
Tabla 40	Alumbrado de viviendas de adultos(as) mayores. Honduras: 2006 y 2013.....	128
Tabla 41	Alumbrado de viviendas de adultos(as) mayores desagregados por sexo. Honduras: 2006 y 2013.....	129
Tabla 42	Alumbrado de viviendas de adultos(as) mayores por área de residencia. Honduras 2006 y 2013.....	130
Tabla 43	Población asegurada IHSS por régimen, Honduras 2006 y 2013.....	133
Tabla 44	Afiliación de adultos(as) mayores a los sistemas de previsión social según sexo. Honduras 2006 y 2013.....	134
Tabla 45	Afiliación de adultos(as) mayores a los sistemas de previsión social según área de residencia. Honduras 2006 y 2013.....	134
Tabla 46	Adultos mayores con pensión respecto al total de adultos mayores, por sexo y área de residencia. Honduras 2006 y 2013.....	135
Tabla 47	Resultados del modelo de regresión logística. Vulnerabilidad del(a) adulto(a) mayor, Honduras 2006 y 2013.....	137

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1	Pirámides Poblacionales Honduras 1950, 2006, 2013 y 2050.....	14
Gráfica 2	Índice de envejecimiento nacional, por sexo y área de residencia. Honduras 2006 y 2013.	99
Gráfica 3	Índice de dependencia nacional, por sexo, área de residencia 2006 y 2013.....	100
Gráfica 4	Nivel educativo alcanzado por adultos mayores, Honduras 2006 y 2013.....	102
Gráfica 5	Analfabetismo en adultos(as) mayores. Honduras: 2016 y 2013.....	104
Gráfica 6	Estado Conyugal de adultos(as) mayores. Honduras: 2006 y 2013.....	106
Gráfica 7	NBI de adultos (as) mayores por sexo, Honduras: 2006 y 2013.....	111
Gráfica 8	NBI de adultos (as) mayores por área de residencia. Honduras: 2006 y 2013...	112
Gráfica 9	Condición de actividad de adultos(as) mayores por sexo y área de residencia, Honduras 2006 y 2013.....	118
Gráfica 10	Afiliación de adultos(as) mayores a sistemas de previsión social. Honduras 2006 y 2013.....	133
Gráfica 11	Honduras: Probabilidad que un adulto mayor sea vulnerable según variables sociodemográficas, económicas y afiliación a seguridad social 2013.....	141

ÍNDICE DE ANEXOS

1	Árbol de problemas adultos mayores con baja cobertura de previsión social en Honduras.....	187
2	Otros conceptos de envejecimiento de acuerdo a orientaciones políticas.....	188
3	Localización de centros y cobertura de EM- IHSS en Honduras, 2006 y 2013.....	189
4	Localización de centros y cobertura de IVM- IHSS en Honduras, 2006 y 2013.....	190
5	Localización de centros y cobertura de RP- IHSS en Honduras, 2006 y 2013.....	191
6	Regresión logística antes de los efectos marginales 2006.....	192
7	Regresión logística con los efectos marginales 2006.....	192
8	Porcentaje de predicciones correctas 2006.....	193
9	Test goodness-of-fit 2006.....	193
10	Matriz de correlación 2006.....	194
11	Regresión logística antes de los efectos marginales 2013.....	195
12	Regresión logística con los efectos marginales 2013.....	196
13	Porcentaje de predicciones correctas 2013.....	197
14	Test goodness-of-fit 2013.....	197
15	Matriz de correlación 2013.....	198

INTRODUCCIÓN

El presente estudio “Vulnerabilidad de la población adulta mayor asociada a la previsión social en Honduras 2006 y 2013”, plantea una caracterización de este importante segmento poblacional, por medio de variables sociodemográficas y económicas (tomadas de las EPHPM) que permiten conocer la situación de este grupo de población. Pretende además aportar al análisis sobre la situación de los adultos mayores a través de un modelo de regresión logística orientado teóricamente por el enfoque demográfico y el enfoque AVEO (activos, vulnerabilidad y estructura de oportunidades) y finalmente brinda una reflexión sobre las reformas de las principales leyes relacionadas con la previsión social en el país.

Pretende complementar otros estudios existentes con el fin de aportar a la discusión y a la generación de soluciones sostenibles en términos de políticas sociales que aseguren una vida digna para los actuales y futuros(as) adultos(as) mayores.

Este documento consta de seis capítulos, el primero de los cuáles plantea el problema. El segundo capítulo contiene el marco referencial se plantea en; la hipótesis y la definición de variables e indicadores se desarrollan en el tercero. La metodología del estudio está en el cuarto capítulo; el quinto presenta el análisis y discusión de resultados y finalmente el sexto capítulo es el compendio de la bibliografía consultada.

CAPÍTULO I. EL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Uno de los efectos de la transición demográfica es el envejecimiento, que hace notoria la necesidad de establecer políticas públicas encaminadas hacia las personas de 60 o más años, en términos sociales, económicos, políticos y culturales, para procurar un ambiente favorable para la integración de los(as) mismos(as) en el proceso de desarrollo de los países.

Los indicadores de pobreza parecen no mejorar mucho, año tras año las instituciones del Estado encargadas de velar por la protección social y la salud de los ciudadanos siguen siendo muy débiles, por lo que la vulnerabilidad de los adultos mayores tiende a incrementarse.

Los avances médicos y sanitarios han logrado reducir la mortalidad y disfrutar de mayores índices de esperanza de vida. La población adulta mayor en el país está constituida en su mayoría por mujeres.

Según proyecciones realizadas por CEPAL la esperanza de vida en Honduras, mostrará incremento pasando de 73 años en el quinquenio 2010-2015 a 76 años para el quinquenio 2030-2035. Y es la mujer la que presenta mayor esperanza de vida respecto al hombre (Zelaya, 2012, p.86).

La población de los países desarrollados está envejeciendo rápidamente, y la de los países en desarrollo, aunque lleva algunas décadas de retraso, se acerca inevitablemente a la misma situación. El envejecimiento de la población influye en los sistemas de pensión y jubilación, cuya mayoría dependen de las finanzas públicas y los ahorros individuales de la población durante la vida activa. Al no existir

una cultura de ahorro en la región latinoamericana, se afecta a los individuos en su supervivencia y bienestar en edades avanzadas.

En los países menos desarrollados, el porcentaje de la población de 65 o más años de edad se triplicará en los próximos 40 años, pasando del 5.8% al 15% de la población total, mientras que en los países más desarrollados esta cifra crecerá del 16% al 26% (con un aumento mayor del 60%). Esto indica, que en los países desarrollados una persona de cada tres, será pensionista. Las poblaciones de más edad se encuentran en los países desarrollados y en países con economías en transición, sin embargo, la mayoría de la población que está envejeciendo en el mundo, vive en los países en desarrollo.

En América Latina y El Caribe se vive actualmente un cambio de época, en términos demográficos, pues la región paso de tener una población joven en 1950 a una que actualmente se encuentra en un evidente proceso de envejecimiento, lo cual se agudizará en las próximas décadas. Muestra de este proceso es que el segmento de 60 años y más pasó de representar un 6% del total de la población en 1950 a un 10% en el 2010 y se proyecta que en el 2040 alcanzará el 21% y aproximadamente el 36% en el 2100. En general en todos los países, dadas las tasas de crecimiento de la población de más de 60 años, se avizoran grandes dificultades en términos de cobertura social: servicios sociales, seguridad social y salud (CEPAL, 2013, p.30).

Según proyecciones de población hechas por la CEPAL, para 2050, se prevé que 79% de las personas mayores de 60 vivirán en países en desarrollo, actualmente hay un(a) adulto(a) mayor por cada 4 hogares en América Latina. El envejecimiento

de la población tiene un mayor impacto en los sistemas de jubilación o pensión cuanto más dependa de las finanzas públicas, y menor cuanto más dependa del ahorro previo, por lo que es necesario incrementar los espacios para el ahorro durante la vida activa potenciando los esquemas de ahorro individual.

Una manera de explicar demográficamente el envejecimiento de la población es a través del incremento en la esperanza de vida (EV). La EV es el número de años que en promedio esperaría vivir una persona si durante toda su vida estuviera sujeta a las condiciones de mortalidad por edad observadas en el período de estudio. (CEPAL, 2007²).

Trejo (2013, p.48), afirma que la esperanza de vida general en Honduras actualmente es de 74.4 años; en caso específico de las mujeres de 78.1 años y 70.8 años para los hombres; por lo tanto, la esperanza de vida de la población adulta mayor femenina es mayor que la de los hombres. El envejecimiento tiene rostro femenino, lo que tiene grandes connotaciones económicas, sociales, psicológicas y culturales para las mujeres y la sociedad en su conjunto.

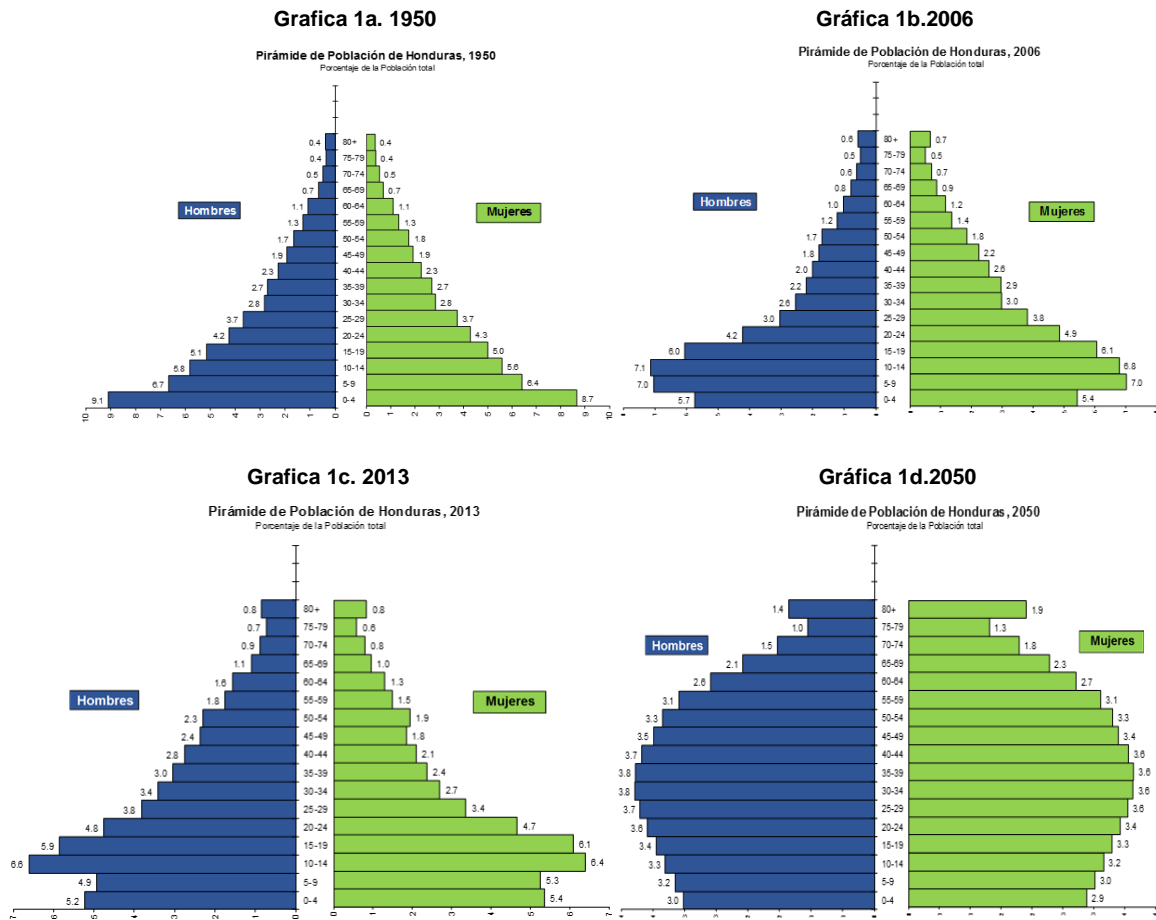
El país está en una etapa de transición demográfica moderada, siendo su tasa global de fecundidad de 3.3 (ENDESA 2006-2009) y 2.9 (ENDESA 2009-2012)³. Según las proyecciones de la CEPAL, el tamaño máximo de la población en Honduras se dará en el año 2071 y los grupos de edades más avanzados aumentan rápidamente, lo cual significa que tienen que preverse los sistemas necesarios de atención a los(as) adultos(as) mayores.

Al visualizar la estructura poblacional del país se observan algunos cambios, de una base ancha (que indica predominio de población infantil) a una donde la población adulta mayor evidencia un crecimiento sostenido (Gráficas 1).

² Información obtenida en la página web: http://celade.cepal.org/redatam/ryespc/cairo/WebHelp/Metalatina/esperanza_de_vida_al_nacer.html

³ INE Honduras ENDESA y <http://www.ine.gob.hn/images/Productos%20ine/endesa/ENDESA%202011-2012%20cap5.pdf>

Gráficas 1. Pirámides Poblacionales Honduras 1950, 2006, 2013 y 2050.



Fuentes: Gráficas 1a y 1d. Elaboración propia a partir de datos del CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2013 y Gráficas 1b, 1c. Elaboración propia en base a las EPHM 2006 y 2013.

Para dar respuesta a los nuevos retos que presenta el proceso de envejecimiento, hay que avanzar en las reformas y mejoras en los sistemas de protección social.

Según Durán, F.; Ortiz, J y Díaz, H. (2013, p.55) la extensión de la cobertura contributiva figura como uno de los elementos más importantes en los programas de seguridad social y constituye una misión fundamental hacia la construcción de los pisos nacionales de protección social. Dado el vínculo existente entre el nivel de la cobertura y el grado de desarrollo de los sistemas

de protección social, es posible afirmar que las políticas orientadas a la universalización de la cobertura representan un elemento fundamental para garantizar la sostenibilidad demográfica, económica y social de la protección social.

Es preciso disponer de mecanismos de protección social a través de una intervención pública sistemática, tomando en consideración a los actores inmersos en los grupos vulnerables, en específico los adultos mayores y entre ellos las mujeres. Cada uno de los componentes del sistema de protección social, la seguridad social, la salud y servicios sociales necesitan visualizarse de manera individual para buscar su complementariedad.

En muchos hogares se dan situaciones de estrategias de apoyo intergeneracional: a través de la cohabitación intergeneracional, los segmentos más jóvenes pueden sostener a los adultos mayores y viceversa. El apoyo puede ser en ambas direcciones.

Una de las respuestas a las necesidades futuras en estos términos sería el aprovechamiento del bono demográfico⁴. Con la aportación solidaria de la población en edad activa, los sistemas de previsión serían más sostenibles.

Los beneficios asociados al período de la vigencia del bono demográfico no se dan de manera automática, sino que dependen de la adopción de políticas macroeconómicas que incentiven la inversión productiva, aumenten las oportunidades de empleo y promuevan un ambiente social y económico estable, propicio para lograr un desarrollo sostenido. Se debe aprovechar la oportunidad que ofrece el bono para prepararse para el futuro. Los países de América Latina, sin

⁴ **Bono demográfico:** “Durante la transición demográfica hay un período en que la relación de dependencia desciende sustancialmente a medida que aumenta el peso relativo de la población en edad potencialmente productiva y disminuye el de las personas en edades potencialmente inactivas. En este período se crea un contexto especialmente favorable al desarrollo debido a que aumenta la viabilidad del ahorro y la oportunidad de invertir en el crecimiento económico, al tiempo que se reduce la demanda de recursos para la educación básica. **En general, a este período se lo identifica como bono demográfico o ventana demográfica de oportunidades en alusión a las posibilidades que la coyuntura demográfica ofrece para incrementar las tasas de crecimiento económico per cápita y por ende, los niveles de bienestar de la población.** En particular, requieren de fuertes inversiones en capital humano, sobre todo en la educación de los jóvenes para que puedan aumentar su productividad.” Panorama Social de América Latina. CEPAL (2008).

excepción, se encuentran actualmente en una coyuntura favorable al desarrollo económico a la que contribuye el bono demográfico, pero sin inversión en capital humano, el futuro se proyecta negativo (Saad, P. et al. 2008, p.17 y 18).

En algunos países, este período ya ingresó, está próximo a ingresar, o está en una etapa terminal, mientras que en otros se encuentra en una etapa todavía inicial, con perspectiva de extenderse durante las próximas cinco o seis décadas. De modo que, más tarde en algunos países y más temprano en otros, la ventaja de una relación favorable entre la población en edades activas y las personas dependientes tenderá a modificarse como resultado del continuo incremento proporcional de las personas mayores.

Tras esta etapa habrá un período de rápido envejecimiento poblacional que traerá nuevos desafíos a la sociedad y requerirá de programas y políticas públicas de ajuste en diversas áreas, incluido el suministro de cuidados de largo plazo y el financiamiento de pensiones para una población progresivamente envejecida. El envejecimiento que se vislumbra en el futuro de cada uno de los países latinoamericanos resultará en una inversión de la ecuación de dependencia, con un aumento sostenido de dependientes mayores respecto de jóvenes y adultos en edad de trabajar. Si se alcanza esa fase en condiciones económicas desfavorables, sin crecimiento ni ahorro previos, la carga de la población dependiente sobre el grupo productivo exigirá grandes transferencias de recursos de las personas activas a las personas mayores dependientes, lo que dará origen a una situación que puede provocar no solo conflictos intergeneracionales sino también problemas de solvencia que podrían poner en riesgo el financiamiento de sistemas clave como los de salud y seguridad social.

Los institutos de previsión social que existen en el país han sido intervenidos por los últimos gobiernos (periodos 2010-2014 y 2014-2018) y reformadas las leyes que los rigen. El trabajo más avanzado de reforma se ha dado en el *Instituto de Previsión del Magisterio (INPREMA)*, le sigue el *Instituto Hondureño de Seguridad Social*

(IHSS) y luego el Instituto de Jubilaciones y Previsiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo (INJUPEMP), siendo la institución responsable de este proceso la Comisión Nacional de Banca y Seguros (CNBS). El escandaloso caso del IHSS es una muestra clara de la ineficiencia institucional, no solo de los propios institutos, sino de los entes contralores del Estado.

Existen pocos trabajos en Honduras sobre el tema de envejecimiento demográfico; uno de los más completos es el realizado por Trejo (2005) donde indica que “en base a los censos de 1961, 1974, 1988 y 2001, el índice de envejecimiento del país fue de 9.1%, 9.3%, 11% y 13.8%, respectivamente” (p. 174).

El mismo autor (2013, p. 48), en el estudio “Honduras: un país difícil para envejecer”, con base a datos del CELADE presenta información sobre el índice de envejecimiento para Honduras, de 13.2 para el 2000; 30.2 para el 2025; 100.4 para el 2050; 206.1 para el 2075 y 242.9 para el año 2100; lo que refleja una evolución acelerada de este indicador que debería ocupar la atención de los planificadores y estrategias del país.

Para 2025 en Honduras, por cada 100 jóvenes menores de 15 años habrá 30 adultos mayores, 100 adultos mayores por cada 100 jóvenes en el 2050, es decir, que hay un incremento significativo en los índices de envejecimiento y se demuestra, por lo tanto, una clara tendencia de crecimiento de la población adulta mayor (gráfica 1d).

1.2 Justificación

El envejecimiento constituye un triunfo del desarrollo y el aumento de la longevidad es uno de los mayores logros de la humanidad. Ahora, las personas tienen vidas más largas debido a las mejoras en la nutrición, el saneamiento, los adelantos médicos, la atención de la salud, la educación y el bienestar económico.

La esperanza de vida al nacer es en la actualidad superior a 80 años en 33 países. A escala mundial, cada segundo dos personas cumplen 60 años, es decir, el total anual es de casi 58 millones de personas que llegan a los 60 años. Dado que actualmente una de cada nueve personas tiene 60 o más años de edad, y las proyecciones indican que la proporción será una de cada cinco personas hacia 2050, el envejecimiento de la población es un fenómeno que ya no puede ser ignorado (UNFPA, 2012, p.3).

En lo económico, el envejecimiento de la población incide en el crecimiento, el ahorro, las inversiones, el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, la tributación y las transferencias intergeneracionales. En lo social, influye en las condiciones de vida y la composición de la familia, la demanda de vivienda, las tendencias de la migración, la epidemiología y los servicios de atención de la salud.

Aunque notoriamente la mayoría de la población del país es joven, al observar cuidadosamente, en cualquier ámbito dónde se desenvuelven las actividades habituales, siempre están presentes los(as) adultos(as) mayores. Representan parte importante de las familias hondureñas y frecuentemente son quienes asumen responsabilidades de cuidado de los miembros más pequeños, en especial las mujeres. En el país es común ver adultos(as) mayores desamparados, en situaciones críticas de salud y pobreza ó realizando labores agotadoras que no corresponden a su edad.

Según CEPAL (2009, p.97), la débil perspectiva de género de las políticas públicas explica, en parte, que la protección social durante la vejez en América Latina, calculada mediante las pensiones recibidas, es en general menor para las mujeres que para los hombres. En nuestra sociedad, regida por las leyes del mercado y en donde los viejos no son sujetos de atención por su supuesta condición improductiva, el entorno para este sector de la sociedad se vuelve cada vez más difícil.

Durán, Ortiz, y Díaz, (2013, p.31) concluyeron que el sistema de seguridad social en Honduras presenta una tasa de cobertura contributiva respecto a la PEA ocupada muy baja de 14.3% en el 2012, menor al promedio de la región centroamericana (32.9%), e incluso menor a la de El Salvador y Guatemala; países que tienen niveles parecidos de informalidad laboral.

El país está envejeciendo y ocupó el lugar número 82 del *Índice Global de Envejecimiento*⁵ en el 2013, donde Chile y Costa Rica, como ejemplos exitosos tenían los lugares 19 y 28 respectivamente. Este índice destaca las políticas de apoyo para las personas en su vejez como las de pensiones, educación, oportunidades laborales, así como el acceso a cuidados de salud gratuitos y transporte subsidiado, las cuales están siendo implementadas en algunos países, pero necesitan ser complementadas de manera más rápida y sistemática. Help Age (2014, p.1 y 7).

La población en general no cuenta con planes de retiro. La precarización laboral y el desempleo son fuertes fenómenos establecidos en Honduras, como en muchos otros países y esto perjudica de manera directa a sus habitantes, pues disminuye la posibilidad de ser beneficiarios de cobertura social. Buena parte de los(as) profesionales trabajan de manera independiente (consultorías), con contratos de servicios profesionales, o de manera informal; lo cual hace que no sean cubiertos por ningún tipo de seguro (público, ni privado) y por esas condiciones laborales no podrán jubilarse, ni percibir una pensión digna en el futuro. En el país no existe una cultura de previsión social, por lo que normalmente se buscan otros mecanismos para el retiro, o simplemente no se piensa en el asunto.

⁵ El propósito del Índice es tanto identificar la naturaleza multidimensional de la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores, como proporcionar un medio con el que se pueda medir el rendimiento y fomentar mejoras. Combina la medición de indicadores en 4 ámbitos: seguridad de ingresos, estado de salud, empleo y educación y entornos adecuados.

En países más desarrollados existen pensiones sociales, que no son pensiones contributivas, que se financian principalmente por impuestos y no dependen de que los beneficiarios hayan realizado contribuciones o aportes regulares de sus salarios. Estas pensiones empezaron a considerarse en países como Australia, Dinamarca, Suecia y el Reino Unido desde mediados del siglo pasado. Sin embargo, en otros países menos desarrollados, apenas empiezan a discutir al respecto.

Las reformas que se están realizando en Honduras en términos de previsión social necesitan de sustento científico que solamente la investigación puede brindar. Por eso, estudios como este son de alta prioridad y relevancia porque pueden servir de base para la toma de decisiones. La población requiere de soluciones sostenibles en el largo plazo en cuanto a previsión social, que garanticen una vejez digna para los hondureños y las hondureñas. Este estudio pretende facilitar un acercamiento a la realidad de esa población.

La investigación está enfocada en la población adulta mayor del país, brinda elementos para la reflexión sobre su situación, haciendo una conexión entre la vulnerabilidad y la afiliación a la seguridad social. Se considera un estudio oportuno en el momento actual por la relevancia que tiene el tema de protección social en el país, no solo por los escándalos de corrupción que son urgentes avisos de alerta en cuanto a sostenibilidad de los sistemas, sino por la importancia para las nuevas reformas o ajustes que se deban hacer a los sistemas de previsión social en cumplimiento de metas nacionales e internacionales.

1.3 Objetivos de Investigación

General

Conocer la condición sociodemográfica y económica de la población adulta mayor de Honduras y su asociación con la seguridad social para los años 2006 y 2013.

Específicos

1. Caracterizar socio-demográficamente y económicamente a los(as) adultos(as) mayores en Honduras, según sexo y área de residencia para los años 2006 y 2013.
2. Determinar la probabilidad de vulnerabilidad de los(as) adultos(as) mayores, asociada con factores socio-demográficos, económicos y su afiliación al sistema de seguridad social para los años 2006 y 2013.
3. Revisar las principales reformas realizadas en las leyes de los institutos de previsión social de los últimos años.

1.4 Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y económicas de los(as) adultos(as) mayores en Honduras en los años 2006 y 2013?
2. ¿Cuáles son las diferencias entre los factores sociodemográficos de los(as) adultas/os mayores en Honduras, determinadas por su sexo y área de residencia para los años 2006 y 2013?
3. ¿Cuáles son los factores determinantes de la vulnerabilidad social de la población adulta mayor en Honduras para los años 2006 y 2013?
4. ¿En qué medida la cobertura de seguridad social influye en la reducción de la vulnerabilidad de la población adulta mayor para los años 2006 y 2013?
5. ¿Cuáles son las principales reformas de ley de los institutos de previsión social, realizadas en los últimos años?

CAPITULO II. MARCO REFERENCIAL

Para entender la realidad del envejecimiento y ubicarse en los enfoques de análisis es necesario hacer referencia a los conceptos basados en las diferentes expresiones del mismo, las cuales han sido analizados por numerosos estudiosos del tema.

Así, según Bertranou (2008, p. 51) *el envejecimiento demográfico* consiste en el incremento de la proporción de personas mayores en la población total; *el envejecimiento doméstico*, que consiste en el aumento de la proporción de personas mayores en los hogares, que también puede medirse a través del promedio de adultos mayores por hogar y *el envejecimiento individual*, se refiere al incremento de la edad cronológica de las personas, vinculado al aumento de la esperanza de vida. La incidencia e interpretación depende del contexto sociocultural y de las características personales.

La edad cronológica está asociada al envejecimiento desde el punto de vista biológico, sin embargo desde el punto de vista sociodemográfico y jurídico laboral el envejecimiento está asociado a un determinado límite de medición a partir de una edad específica. De ahí que en algunos países (incluido Honduras) se considera adulto mayor a una persona de 60 años y más y para otros la edad de base es de 65 años.

La multidimensionalidad del envejecimiento hace que no exista una manera única para su análisis, pero los enfoques teóricos y el marco legal e histórico que se ha construido sobre este fenómeno permiten circunscribirse en el conocimiento del mismo desde distintas perspectivas.

2.1 Enfoques Teóricos que Sustentan la Investigación

Enfoque Biológico

Desde esta perspectiva el envejecimiento se define como un “proceso asociado a la disminución de la eficiencia del funcionamiento orgánico que lleva a la muerte”. Los cambios de tipo orgánico que se producen en la vejez son en cuanto a la estatura, peso, masa magra y muscular; metabolismo; cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, endocrino, renal, órganos de los sentidos, aparato osteomuscular, síndrome nervioso o cambios en la piel. La mayor o menor presencia de estos

cambios determina el estado de autosuficiencia e independencia con que los adultos mayores pueden desarrollar su vida cotidiana.

Según Rodríguez, K. (2010, p.16) el envejecimiento se divide en: primario, que se enfoca en la herencia, en la cual, a pesar de los factores que influyen como las enfermedades o traumas, también hay cambios inevitables que se dan con el paso del tiempo, aunque a ritmos diferentes entre personas (destino). Y el envejecimiento secundario, se refiere a la pérdida de las capacidades ocasionada por los traumas, caídas o enfermedades.

Sobre los mecanismos biológicos del envejecimiento se han propuesto más de 300 teorías a lo largo de la historia y la mayoría se complementan o, por lo menos no se excluyen mutuamente (como se cita en Hernando, s.f., p.37). Algunas de ellas se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Teorías del enfoque biológico del envejecimiento: división y subdivisión

<p>a. Teorías estocásticas o ambientales: se fundamentan en la acumulación casual de sucesos nocivos, debido a la exposición de factores exógenos adversos y, por otra parte, fenómenos que implican una serie de variables aleatorias que hacen que este fenómeno sea producto del azar</p>	<p>1. Teoría del error catastrófico, acumulación de errores o mutacionista (Orgel, 1963). Expone que con el tiempo aparecen errores en la síntesis de proteínas y ADN. Si alguna de esas proteínas anómalas llega a formar parte de la maquinaria que sintetiza proteínas, provocará más errores en la sucesiva generación de proteínas y así una tras otra y esto conlleva un error catastrófico de la homeostasis celular, que provoca la muerte celular.</p> <p>2. Teoría del entrecruzamiento (Brownlee, 1991) explica que la formación de enlaces moleculares entre proteínas o cadenas de ácidos nucleicos se incrementa con la edad.</p> <p>3. Teoría del desgaste o acumulación de productos de desecho (Sheldrake, 1974), propone que el envejecimiento se puede explicar en términos de la acumulación de la ruptura de productos citoplásmicos, algunos de los cuales pueden ser perjudiciales para la célula. Si las estructuras irremplazables que forman el organismo se dañan en sus partes vitales, conllevan a la muerte de tejidos, muerte de células, etc., y ello conduce a la vejez.</p> <p>4. Teoría de los radicales libres (Denham Harman, 1956). Según esta teoría el envejecimiento resulta de los efectos perjudiciales fortuitos causados a tejidos por reacciones de radicales libres. Estas reacciones pueden estar</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>y se tenga que recurrir a cálculos de probabilidades para ser estudiado.</p>	<p>implicadas en la producción de los cambios del envejecimiento, asociados con el medio ambiente, enfermedades y con su proceso intrínseco. Las reacciones perjudiciales de los radicales libres se producen sobre todo en los lípidos.</p> <p>5. Teoría de la restricción calórica se apoya en la hipótesis no demostrada que la privación alimentaria, al causar un metabolismo más bajo, produce un menor número de sustancias antioxidantes y prolonga la vida. La actividad metabólica provoca: aumento de la esperanza de vida, aumenta la reparación del ADN, disminución del número de enfermedades y un efecto antioxidante. Tendrían más expectativa de vida, si así fuera, las personas de tipo sedentario con un metabolismo más bajo. Pero no es cierto, aunque es cierto que aumentan las expectativas de vida con una menor ingesta calórica.</p>
<p>b. Teorías no estocásticas o deterministas: engloban aquellos fenómenos que se describen mediante un número determinado de variables concretas y conocidas, que se desarrollan de la misma manera en cada reproducción del fenómeno estudiado. No recurren a ningún cálculo de probabilidades, son innatas, están programadas en el genoma del individuo.</p>	<p>1. Teoría evolucionista. El proceso del envejecimiento es una característica común de todas las especies animales, es decir es una constante en la vida. Otras 3 teorías se derivan de esta: teoría del envejecimiento como proceso de adaptación; teoría de las mutaciones tardías y teoría del soma desechable.</p> <p>2. Teoría del límite Hayflick o teoría de la capacidad finita de las células (Hayflick, 1961) considera que el envejecimiento está genéticamente programado. Existe un gen que una vez activado, llevaría a todos los cambios que causa el envejecimiento. Los fibroblastos humanos normales, según esta propuesta tenían una restricción del número de veces que podían fraccionarse (duplicarse 50 veces los fibroblastos que proceden de un embrión). Este fenómeno describe el fenómeno de la esperanza de vida proliferativa finita que muestran las células humanas in vitro.</p> <p>3. Teoría Inmunológica (reloj molecular o reloj celular). El genoma nuclear actúa como un reloj molecular controlando y programando los cambios que se desarrollan en un organismo desde su concepción, a través de distintas etapas biológicas, hasta el envejecimiento. Surge un deterioro inmunitario como resultado de este proceso que conduce a la aparición de un mayor número de procesos de auto-inmunidad.</p> <p>4. Teoría neuroendocrina. Plantea que se dan cambios morfológicos a nivel neuronal lesivos, que provocan cambios de nivel endocrino, que son, a su vez, causa del envejecimiento. Explica el fenómeno de senescencia sobre la base que con el transcurrir del tiempo, mengua el rendimiento fisiológico, originándose alteraciones anatomofisiológicas en muchos órganos. En los genes responsables de ciertas hormonas, dichos cambios se deberán a un deterioro.</p>

Fuente: Elaboración propia tomando como base a Hernando, M. s.f p. 37 -47 y Huenchuán, S. (s.f.). Conceptos de vejez y enfoques de envejecimiento <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/13237/pp2.pdf>

La diferencia entre ambas teorías estocásticas y no estocásticas tiene consecuencias prácticas. Si las personas están programadas para envejecer de determinada manera, poco puede hacerse para retardar el proceso y mantener la autonomía. En consecuencia, todas las personas mayores son dependientes. En cambio, si envejecen debido al desgaste del cuerpo, hay un espacio para la acción y se puede prevenir el estrés fisiológico, aumentar la esperanza de vida y su calidad (CEPAL, 2011, p.7).

Así, las teorías del envejecimiento desde el punto de vista biológico tratan de explicar los cambios que se dan de manera gradual en todas las personas que varían de acuerdo a factores externos (ambiente) o internos al cuerpo (genéticos).

Enfoque Psicosocial

El enfoque psicosocial del envejecimiento se define como un proceso personal de adaptación a los cambios que ocurren tanto en el propio organismo como en el entorno social. Este enfoque es explicado por medio de las siguientes teorías:

Teorías funcionalistas plantean que la estructura por edades asegura diferentes tipos de funciones en la sociedad. Dan por sentado que lo característico de la vejez es la jubilación y la decadencia, y se centran en cómo pueden los individuos lograr un envejecimiento satisfactorio (Giró, J. s.f, p. 20).

Teoría de la actividad (Robert Harvighurst, 1961) establece que existe una relación positiva entre la actividad y el mantenimiento del funcionamiento general y el nivel de satisfacción en la vejez. De acuerdo a esta teoría, el ambiente se calificaría según el grado de actividad que es capaz de producir. (Izal, M. y Fernández, R., 1990, p.183).

Teoría de la desvinculación o separación (Cumming y Henry, 1961). Para esta teoría el proceso de retiro es biológica y psicológicamente

inevitable y universal. El individuo y la sociedad se preparan para la muerte del primero (algo inevitable), mediante un proceso de separación progresivo, gradual y satisfactorio para ambos. Esto es funcional para la sociedad porque así se liberan roles que pasan a ser ocupados por personas más jóvenes (Giró, J. s.f., p. 21).

Teoría del Desarrollo Psicosocial (Ericsson, 1985). Se trata de la organización de una visión del desarrollo del ciclo completo de la vida de la persona humana, -extendiéndolo en el tiempo, de la infancia a la vejez, y en los contenidos, el psicosexual y el psicosocial-, organizados en ocho estadios. Cada estadio integra el nivel somático, psíquico y ético-social y el principio epigenético; comprende un conjunto integrado de estructuras operacionales que constituyen los procesos psicosexuales y psicosociales de una persona en un momento dado. Los estadios se resumen en: (1) confianza versus desconfianza-esperanza (niño 0 a 18 meses); (2) autonomía versus vergüenza y duda-autonomía (Infancia: 2 a 3 años); (3) iniciativa versus culpa y miedo-propósito (edad preescolar de 3 a 5 años); (4) industria versus inferioridad - competencia Edad Escolar - Latencia: de 5-6 a 11-13 años; (5) identidad versus confusión de roles – fidelidad y fe Adolescencia: de 12 a 20 años; (6) intimidad versus aislamiento – amor Joven Adulto: de 20 a 30 años; (7) generatividad versus estancamiento – cuidado y celo Adulto: de 30 a 50 años y (8) integridad versus desespero – sabiduría. Vejez: después de los 50 años (Bordignon, 2005, p. 53).

Enfoque Socioeconómico

Según este enfoque el envejecimiento está asociado a la jubilación y se analiza económicamente desde una perspectiva donde las personas mayores terminan su ciclo de vida, lo cual lleva a un conflicto en las personas mayores debido a que sus ingresos disminuyen o son nulos y esto determina su posición social, la calidad y

acceso a la salud, el mantenimiento de su vivienda y sus relaciones sociales (Rodríguez, 2010, p. 16 y 17).

Teoría de la Economía Política de la Vejez. Según esta teoría el factor determinante de la condición de los(as) viejos/as es la situación de trabajo del adulto en el momento de la jubilación (Huenchuán, s.f. p.14).

En la economía política de la vejez, la cuestión principal que se plantea consiste en que para comprender la situación de las personas ancianas en las sociedades capitalistas modernas, el factor determinante fundamental de la calidad de la última fase de la vida es la influencia de la situación del mercado de trabajo adulto en el momento de la jubilación y posteriormente. Los críticos de esta teoría sostienen que aún cuando resulte una aproximación útil debe convenirse que tal continuidad (antes y post jubilación) no existe, por lo menos en la esfera económica (nivel de ingreso) ni en el plano de las relaciones sociales (entendidas como relaciones de producción) y que tampoco resulta satisfactoria la alternativa de considerar a las personas mayores como una categoría social única caracterizada por la desinserción del sistema productivo y la tributación de la seguridad social (como se cita en Huenchuán, 1998, p. 9)

Teoría del ciclo vital o función del consumo es un supuesto macroeconómico planteado por el italiano y premio nobel de Economía, **Franco Modigliani (1954)**, el cual plantea que cuando la persona es joven, sus ingresos son menores al nivel de consumo deseado (o el nivel obtenido en la maximización), por lo que generalmente se endeudan, pues saben que su nivel de ingreso aumentará junto con su edad. Luego al llegar a adultos sus ingresos son mayores y les son suficientes para su consumo, pagar sus deudas de periodos anteriores y ahorran para

cuando su vida laboral termine. Al jubilarse, su ingreso laboral cae a cero y deben consumir de sus ahorros anteriores (Moscoso, 2008, p. 7)

Esta teoría se puede utilizar para analizar el ahorro y el consumo agregado de la economía, y evaluar el impacto de los factores demográficos sobre el ahorro. Con esta teoría, se puede analizar el impacto del crecimiento de la población o de la productividad por lo cual ha sido una aportación destacada para programas de ahorro y seguridad social en muchos países.

Enfoque Demográfico

Según Golovanevsky (2007), el estudio de las variables de población es uno de los aspectos a considerar al analizar la vulnerabilidad social, ya que el crecimiento demográfico y la estructura etaria influirán sobre la disponibilidad, distribución y uso de los recursos de la sociedad. Además, la composición y dinámica de las familias juega un rol fundamental, debido a su importancia en la capacidad de los hogares para adaptarse a cambios en el entorno externo. Tanto la composición del hogar, como su estructura y la cohesión de sus miembros están relacionadas con su capacidad para movilizar trabajo adicional. Los hogares son instituciones adaptativas, que pueden sumar ingresos y otros recursos, actuando como activos de seguridad en tiempos de dificultad económica, brindando soluciones mucho antes que llegue ayuda externa a ellos (p. 59).

En este enfoque se puede hacer referencia a las siguientes teorías:

Teoría de Compresión de la Morbilidad (Fries, 1980). En un artículo publicado en 1980 por The New England Journal of Medicine, James Fries hizo notar el hecho de que, aunque la esperanza de vida al nacimiento (EVN) se ha incrementado constantemente en todas las sociedades, no se podría sostener la idea de que tal ganancia fuera perpetua e ilimitada. Si desde el punto de vista estrictamente biológico fuese posible incrementar ilimitadamente la EVN del hombre, entonces ya

habríamos podido observar que aquellos individuos genéticamente más aptos sobreviven mucho más tiempo que el común de las personas. En cambio, los datos disponibles indican que la proporción de centenarios no ha variado a lo largo del último siglo, a pesar del enorme incremento obtenido hasta ahora en la EVN. Por otro lado, al analizar las curvas de supervivencia de cohortes específicas, se observa que los incrementos en la esperanza de vida (EV) disminuyen conforme avanza la edad (como se cita en López et al., 1998, p.446 y 447)

Esta idea fue introducida como la hipótesis de un envejecimiento saludable en 1980. Fue un contrapunto al paradigma entonces prevalente de las "Fallas del Éxito" de Gruenberg, que argumentó que el aumento de la esperanza de vida llevaría inevitablemente a años adicionales de enfermedad crónica debilitante, el colapso económico y el aumento de la miseria para muchas personas mayores. En su forma más simple, la nueva tesis era que "la edad de la primera aparición de los síntomas del envejecimiento y la enfermedad crónica puede aumentar más rápidamente que la esperanza de vida. Dado que la mayoría de la morbilidad, la discapacidad, la fragilidad, debilidad, disminución de calidad- relacionada con la salud de su vida útil, los costos de atención médica y otros descriptores de la mala salud (considerado aquí como sinónimo) ocurren más tarde en la vida y están acotadas en el extremo inferior de su edad en el inicio y en el extremo superior de la edad a la muerte; un aumento más rápido de la edad de la primera enfermedad crónica que en la edad a la muerte sería exprimir morbilidad total durante la vida en un lapso más corto, y por lo tanto reducir la enfermedad. Las estrategias de salud necesarias

para alcanzar la compresión de la morbilidad, se basan en gran medida sobre el aplazamiento de la mala salud por la prevención de las enfermedades crónicas (Fries, J.; Bruce, B. and Chakravarty, E., 2011, p.1)

La teoría o hipótesis de la compresión de la morbilidad se traduce en un escenario en que la proporción de los años vividos con discapacidad disminuye dentro de la esperanza de vida. El total de discapacidad decrecerá en función de la compresión de la morbilidad hacia el corto espacio entre el momento de la aparición de la discapacidad y el de la muerte. En el adulto el final de período de vigor se producirá más tarde de lo usual. Esto implicará importantes consecuencias sociales, pues al ocurrir más tarde, la enfermedad y la muerte serán cada vez más inevitables.

Puede abordarse desde tres puntos de vista, el cronológico, el biológico y el psicológico y permite conocer cómo los cambios demográficos pueden alterar el sentido y la importancia de la vejez tanto para las familias como para la sociedad, aunque los mecanismos y contextos donde este cambio se produce son poco conocidos. Considera la diferencia entre los grupos de edad y la transición demográfica que se presenta en la actualidad, pues la pirámide poblacional cambia a razón del aumento de la esperanza de vida.

Teoría de transición demográfica (Notestein, 1945 y Leibenstein, 1957). Se refiere al proceso de cambios en la estructura poblacional caracterizada en su primera etapa por altos niveles de fecundidad y mortalidad hacia una nueva etapa donde se identifica un descenso de la mortalidad y mantenimiento de los niveles de fecundidad y una etapa final de descensos de la fecundidad y mortalidad.

El crecimiento de la población de adultos mayores está asociado al estado en el proceso de transición demográfica en el que se encuentran los países; este proceso

se caracteriza, por un lado, por la marcada disminución en la tasa de natalidad, y por otro, por el aumento progresivo en la esperanza de vida.

Según Miró (2013) los descensos de la fecundidad y de la mortalidad, característicos de la transición demográfica, modifican de manera significativa la estructura por edades de las respectivas poblaciones. Con diferencias en el ritmo del descenso, según sea la etapa de transición demográfica que atraviesan, en todos ellos se registra una paulatina declinación en el porcentaje que respecto a la población total representan los menores de 15 años, en contraste con un aumento en el de los de 65 años y más. La proporción en el grupo 15-64 (15-60 en Honduras) aumenta en las primeras etapas de transición demográfica, tendiendo a estabilizarse y eventualmente a disminuir a medida que la transición avanza. Son estos cambios en la estructura por edad de la población los que configuran el fenómeno que se ha identificado como el envejecimiento demográfico; tema que concita gran preocupación por todas sus implicaciones (p.20).

La transición demográfica en los países en vías de desarrollo no fue acompañada del crecimiento económico, lo que implica un desequilibrio grave y problemas sociales como pobreza y hambre. Esta situación exige al Estado, a la familia y a los centros de salud, el desarrollo de las políticas necesarias para cubrir a las nuevas necesidades de la población (González, 2010, p. 6).

Enfoque de vulnerabilidad

La vulnerabilidad es la falta de capacidad de una persona o un grupo de personas para resistir o enfrentarse a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana. La exposición de las personas a riesgos depende de su grupo social, sexo, origen étnico, edad y otros factores.

Desde la década de 1980 se viene desarrollando el enfoque de la *vulnerabilidad* que destaca la importancia de las estructuras y procesos socio-espaciales dinámicos, determinantes de la vulnerabilidad de las personas y grupos desfavorecidos, enfatizando la comprensión de las condiciones de vida cotidiana de los individuos y comunidades para generar estrategias enfocadas a enfrentar y reducir la vulnerabilidad. (Sánchez y Egea, 2011, p.155).

El enfoque de vulnerabilidad de los activos es un modelo teórico-metodológico planteado por Caroline Moser a través de varios trabajos empíricos realizados para el Banco Mundial basados en que la vulnerabilidad, contribuye a la interpretación de la pobreza y desigualdad persistentes en América Latina.

El “marco de vulnerabilidad de los activos” (asset/vulnerability framework) se centra en los activos de los pobres, en lugar de centrarse en lo que no tienen; contribuye a la categorización de los activos de los pobres urbanos. De acuerdo a este marco hay una relación entre la pobreza, las características de los hogares y su entorno y según el mismo la gestión de los activos afecta a la pobreza de los hogares y la vulnerabilidad (Moser, 1998, p.1).

Para González (s.f, p.3) Moser centra su consideración en los activos que disponen las personas, es decir, el conjunto de bienes, recursos o atributos (materiales o intangibles) que pueden ser administrados para mejorar el nivel de bienestar o superar situaciones adversas. Desde este punto de vista, los individuos o familias pobres son más vulnerables que otros de acuerdo a la posesión y utilización que hacen de los distintos activos sociales. La vulnerabilidad social se identifica con el

conjunto de limitaciones o desventajas que las personas encuentran para acceder y usar los activos que se distribuyen en la sociedad.

El Enfoque AVEO Activos, Vulnerabilidad y Estructura de Oportunidades (Kaztman y Filgueira, 1999). El enfoque de Caroline Moser fue considerado y adaptado a la realidad latinoamericana por Rubén Kaztman y Carlos Filgueira, como miembros de la oficina de CEPAL en Uruguay e investigadores de la Universidad Católica de Montevideo, en su trabajo denominado “Vulnerabilidad, Activos y Exclusión Social en Argentina y Uruguay”, elaborado por un equipo de especialistas para la oficina de la OIT en Santiago. La investigación asumió la perspectiva teórico-metodológica de los activos sociales, aplicándola especialmente al mercado del trabajo y relacionándola con las perspectivas de la pobreza y la exclusión social (González, s.f., p.3)

Kaztman y Filgueira proponen analizar los procesos sociales de formación y distribución de activos y para ello clasifican a los mismos en tres tipos: capital físico (financieros y propiamente físicos, como en el caso de la vivienda), capital humano (trabajo, salud y educación) y capital social (redes sociales). Estos activos son generados por tres principales fuentes: el Estado, el mercado y la comunidad; éstas conforman la llamada “estructura de oportunidades” (González, s.f. p.4)

Según CEPAL (1999, p.9 y 10) las oportunidades inciden sobre el bienestar de los hogares, ya sea porque permiten o facilitan a los miembros del hogar el uso de sus propios recursos o porque les proveen recursos nuevos. El término "estructura" alude al hecho que las rutas al bienestar están estrechamente vinculadas entre sí, de modo que el acceso a determinados bienes, servicios o actividades provee recursos que facilitan a su vez el acceso a otras oportunidades. En la mayor parte de los casos, la obtención de niveles socialmente aceptables de bienestar pasa por el logro de empleos de buena calidad, por lo que la secuencia en el acceso a distintas oportunidades de bienestar tiende a organizarse de modo de maximizar la probabilidad que los miembros del hogar se incorporen a actividades valoradas por el mercado. Las tres instituciones básicas del orden social, el mercado, el Estado y

la sociedad son fuentes de oportunidades de acceso al bienestar. Pero el mercado ejerce un creciente dominio sobre el modo de funcionamiento de los otros dos órdenes institucionales. El posicionamiento privilegiado de las instituciones del mercado las faculta para definir tanto las estructuras de oportunidades que conducen al bienestar como los requerimientos que deben satisfacer las personas para aprovechar esas estructuras.

El desarrollo de teorías o enfoques que podrían denominarse de alcance medio en temas de las desventajas sociales, como es el caso de la marginalidad en los años sesenta y setenta en Latinoamérica y el de exclusión en los años ochenta y noventa en Europa, se traslapan, en cierto modo, con el naciente enfoque de la vulnerabilidad social. Este es tributario de esos y otros enfoques, al igual que de los aportes germinales de Amartya Sen y otros autores que han orientado sus investigaciones no sólo a las condiciones de ingresos de los pobres sino también a las dimensiones psicosociales, de autopercepción, de género, étnico-raciales, educacionales, laborales, familiares y políticas de las privaciones (CELADE, 2001, p.9).

El enfoque de vulnerabilidad tiene como característica los factores internos y externos que convergen en un individuo, hogar o comunidad específica en un tiempo y un espacio determinado. Las condiciones de fragilidad, indefensión, y desamparo al combinarse con la falta de respuestas y las debilidades internas pueden conducir a que el individuo, hogar o comunidad sufran un deterioro en el bienestar como consecuencia de estar expuestos a determinados tipos de riesgos⁶ (Busso, 2001, p. 8)

⁶ Se habla de riesgo y no de amenaza por que esta se relaciona con la probabilidad de ocurrencia de ciertos eventos, pero no de sus consecuencias o daños.

La CEPAL define la vulnerabilidad como un “fenómeno social multidimensional que da cuenta de los sentimientos de riesgo, inseguridad e indefensión y de la base material que los sustenta, provocado por la implantación de una nueva modalidad de desarrollo que introduce cambios de gran envergadura que afectan a la mayoría de la población”. La vulnerabilidad está directamente asociada con la cantidad y calidad de los recursos o activos que controlan los individuos y familias en el momento del cambio, así como con la posibilidad de utilizarlos en nuevas circunstancias económicas, sociales, políticas y culturales que van definiendo este proceso (como se cita en Aranibar, 2001, p.36).

La CEPAL pone énfasis en la vulnerabilidad social, demográfica y ambiental, aplicando enfoques para examinar determinadas regiones y países o grupos específicos como la juventud o la tercera edad. Aranibar (2001, p.36) en el estudio para la CEPAL denominado “*Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*” plantea que es posible entender la vulnerabilidad como uno de los factores que generan desventaja social y cobra creciente valor en el modelo de desarrollo caracterizado por la importancia del mercado, el repliegue del Estado, la globalización y la búsqueda a ultranza de competitividad.

Aranibar analiza la situación de la población adulta mayor y su vulnerabilidad desde la dimensión laboral; las reformas del Estado, políticas de servicios y vejez; analizando el impacto de las reformas producidas en la redefinición del papel del Estado sobre las políticas públicas dirigidas al adulto mayor específicamente las de jubilación y pensiones y la repercusión en sus condiciones de vida, la de sus familias y de su imagen social. Entre sus conclusiones plantea que los diversos sistemas de pensiones en América Latina se ha enfocado básicamente al análisis de los efectos e implicaciones económicas que el envejecimiento tendrá sobre los sistemas de pensiones de los países de la región (2001, p.54).

Los sistemas de pensiones (acceso, cobertura, montos) tienen estrecha relación con las condiciones de vida y el bienestar de las personas mayores, escapa a las

posibilidades de este estudio cualquier intento de analizar en forma detallada y rigurosa la relación entre el envejecimiento en la región y los sistemas de pensiones, aun cuando el tema reviste gran importancia social, sobre todo si se considera la tendencia regional hacia la reforma de los sistemas de pensiones (tradicionalmente basados en el reparto) hacia sistemas mixtos y de capitalización y sus eventuales implicaciones en el ámbito fiscal, social e individual (Aranibar, 2001, p.55).

Entre los avances que el enfoque de vulnerabilidad muestra por sobre el de pobreza se puede mencionar su carácter dinámico, que da lugar a una mirada más amplia e integral de los fenómenos sociales. Complementar el enfoque de pobreza con el de vulnerabilidad permite capturar aspectos multidimensionales de los cambios en las condiciones de vida de los grupos más desfavorecidos, y de esta forma se alcanza una mejor comprensión de los procesos por los cuales la gente se mueve dentro y fuera de la pobreza” (Golovanevsky, 2007, p 21).

En el año 2000, Robert Holzmann y Steen Jorgensen, plantean un nuevo marco conceptual para Protección Social que está cimentado en el **manejo social del riesgo (MSR)**. Este enfoque plantea que los pobres se encuentran expuestos a un abanico amplio de riesgos y que las economías de los países en vías de desarrollo “tienen escasos recursos públicos y es poco lo que pueden gastar en proveer seguridad de ingreso a su población”. El planteamiento de estos autores se basa en la idea fundamental de que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a múltiples riesgos de diferentes orígenes, ya sean éstos naturales (como terremotos, inundaciones y enfermedades) o producidos por el hombre (como desempleo, deterioro ambiental y guerra). Estos eventos afectan a las personas, comunidades y regiones de una manera impredecible o no se pueden evitar, por lo tanto, generan y profundizan la pobreza (p.4).

El planteamiento del MSR amplía la definición de protección social, hacia una que consta de intervenciones públicas: 1) para asistir a los individuos, hogares y comunidades a fin de manejar el riesgo en mejor forma y 2) para prestar apoyo a los pobres en situación crítica (pobres que no se pueden mantener a sí mismos, incluso si existieran oportunidades de empleo).

Se combinan los instrumentos tradicionales de la protección social bajo un esquema unificador, incluidas intervenciones en el mercado laboral, programas de seguro social y redes de la protección social. Los principales elementos del marco de manejo social del riesgo son los siguientes: *-Estrategias de manejo del riesgo* (reducción, mitigación y superación de eventos negativos); *-Sistemas de manejo del riesgo por nivel de formalidad* (informales, de mercado y proporcionadas o gestionadas por el sector público); y *-Actores en el manejo del riesgo* (desde individuos, hogares, comunidades, ONG, instituciones de mercado y gobiernos, hasta organizaciones internacionales y la comunidad mundial en general). El objetivo de MSR va más allá de la entrega de instrumentos para manejar el riesgo por parte del sector público y abarca acciones para mejorar los instrumentos de manejo del riesgo basados en el mercado y externo a él (informales) (Holzmann y Jorgensen, 2000, p.11).

2.2. Estado del Arte

Los estudios empíricos, es decir los basados en evidencias han sido numerosos en el caso del envejecimiento, sobre todo en los países desarrollados. Europa y Asia tienen incontables investigaciones sobre el tema, debido a que buena parte de su población se encuentra en esa etapa. En el continente americano, Canadá y Estados Unidos han desarrollado mucha investigación para determinar diferentes análisis del envejecimiento y muchos de esos estudios han servido de base para otros a nivel Latinoamericano. En América Latina y el Caribe la investigación sobre el envejecimiento aumentó en la década de los 90' y ha sido más numerosa en

Cuba, Argentina y Uruguay, los países más avanzados en el proceso de envejecimiento poblacional a nivel suramericano.

Los organismos internacionales que mayormente han impulsado el estudio del envejecimiento son: OIT, CEPAL, OMS, UNFPA, BM y BID.

- **Contexto mundial**

Álvarez, I. y Cadena, E. en el año 2006, estimaron un índice de vulnerabilidad social para los países de la OCDE⁷; que considera una selección de indicadores tomados del Banco Mundial: población total (millones), población urbana (% de población), ratio de fertilidad (nacimientos por mujer), dependencia de la población en edad de trabajar, GINI per cápita (\$ corrientes), IPC (2000-100), índice de Gini, patentes, artículos científicos, gasto en investigación y desarrollo (% producto interior bruto o PIB), Investigadores en I+D (por cada millón de habitantes), gasto público (educación (% del PIB) y sanidad (% del PIB)), ratio de matriculación en educación primaria, secundaria y terciaria (% de grupo de edad), acceso a recursos del agua (% de población), ratio de inmunidad (% de niños 12-13 meses) sarampión, rubeola, DPT y malnutrición en niños (% niños de menos de 5 años), esperanza de vida al nacer (años) total, hombres y mujeres y mortalidad (Álvarez y Cadena, 2006, p. 253).

Es dicho estudio, se estimó un índice de vulnerabilidad social, usando el análisis de Componentes Principales y las mayores ponderaciones correspondieron a los indicadores que hacen referencia a las medidas de ingresos y a los relacionados con el ratio de matriculaciones en educación secundaria, la esperanza de vida al nacer, así como la mortalidad infantil. Por lo tanto, las ponderaciones obtenidas destacaron la gran relevancia de las políticas destinadas a conseguir la

⁷La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es un foro único en donde los gobiernos de 30 economías democráticas trabajan conjuntamente para enfrentar los desafíos económicos y sociales de la globalización y al mismo tiempo aprovechar sus oportunidades. La organización proporciona un espacio donde los gobiernos pueden intercambiar sus experiencias políticas, buscar respuestas a problemas comunes, identificar buenas prácticas y coordinar políticas locales e internacionales. Es un foro donde la presión que ejercen entre sí los países miembros, puede actuar como un incentivo poderoso para mejorar las políticas e implementar "leyes flexibles" – instrumentos no obligatorios como los principios de gobernabilidad corporativa de la OCDE – y puede en ocasiones conducir a acuerdos formales o negociaciones. Recuperado el 6 de noviembre de 2014 de: <http://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/masinformacionsobrelaocde.htm>

convergencia en renta así como las relacionadas con el gasto público en educación y sanidad, con el objeto de mejorar el bienestar social y obtener un mayor crecimiento económico.

En España, *la Cruz Roja* realizó el llamado “Estudio sobre la vulnerabilidad social” en el año 2006, cuyo objetivo era efectuar un análisis descriptivo de la vulnerabilidad social, estableciendo diferentes patrones o perfiles sociales de vulnerabilidad, identificando qué factores eran los determinantes en cada perfil (Cruz Roja, 2006, p.43). Tomaron los datos de los diferentes centros a través de una Aplicación Informática on line gestionada a través de Oracle. El estudio fue la primera explotación de esa base de datos en Intervención Social, lo que lo convirtió en una valiosa aportación, analizando aspectos como: datos generales de la persona participante, datos relativos al cuestionario social, entrevistas de satisfacción; datos de inmigración, datos correspondientes a personas menores de edad y datos acerca de actividades, prestaciones, ayudas, centros, entre otros (Cruz Roja, 2006, p. 45 y 172).

Los resultados más interesantes que se obtuvieron fueron:

1. El perfil más frecuente de la persona en situación de vulnerabilidad:

- Sexo: mujer u hombre, aunque con mayor tendencia a ser mujer.
- Edad: la comprendida entre 25 y 49 años, y los mayores de 65 años.
- Estado civil: soltero o casado.
- Origen: español, latinoamericano (entre las nacionalidades, ecuatoriana, colombiana o boliviana) y magrebí (fundamentalmente, nacionalidad marroquí)
- Hijos a cargo: Con uno o dos hijos (media 1.94)
- Situación laboral: fundamentalmente en situación de desempleo o jubilado.
- Nivel de estudios: con estudios primarios o secundarios.
- Problemática: son personas adscritas a un único programa y/o proyecto, fundamentalmente a “personas mayores” e “inmigración”.

2. El perfil de las personas que se encontraban con mayor nivel de riesgo o directamente en proceso de exclusión social, de acuerdo con los datos del cuestionario social, difería del perfil medio de las personas en situación de vulnerabilidad. Sus características eran:

- Sexo: mujer
- Edad: entre 25 y 49 años.
- Estado civil: soltera o casada
- Origen: nacida fuera de España
- Nivel de estudios: secundarios o primarios

En síntesis, las diferencias respecto al conjunto de personas en situación de vulnerabilidad se manifestaron fundamentalmente en una mayor proporción de mujeres, menor proporción de españoles y gente de menor edad y con más estudios (Cruz Roja, 2006, p.163 y 164).

Klose, M. y Mari-Klose, M., en el 2012, en su estudio “Edad, vulnerabilidad económica y estado de bienestar. La protección social contra la pobreza de niños y personas mayores”, estudiaron el impacto de las transferencias públicas sobre el riesgo de pobreza de la infancia y la vejez. Constataron que, en los últimos años, la pobreza infantil había aumentado significativamente en Europa y había disminuido el efecto reductor que las rentas públicas ejercían sobre este tipo de pobreza, al tiempo que la situación de las personas mayores había mejorado. Examinaron los componentes de la protección social que influyen sobre el riesgo de pobreza infantil en España y se contrastaron los posibles efectos de iniciativas para combatirla (Klose y Mari-Klose, 2012, p.107).

Una de las principales conclusiones del estudio fue que en un período como el que se está atravesando, en el que se anuncian y ejecutan recortes en los sistemas de protección social, es importante recordar que las crisis nunca sacuden a todos los grupos sociales por igual. Las convulsiones económicas tienen efectos sociales diferenciados, que no se distribuyen de manera aleatoria. Algunos colectivos experimentan descensos acusados en sus niveles de bienestar, que, más allá de

sus efectos inmediatos, pueden abrir “heridas” que nunca acaban de cicatrizar completamente. Su trayectoria vital puede quedar condicionada por sus experiencias en períodos de crisis (Klose y Mari-Klose, 2012, p.125).

- **Contexto latinoamericano**

Un estudio destacado sobre vulnerabilidad social es el de *Thomas, J. (2012)*, donde utilizando el Análisis de Componentes Principales (ACP) a un conjunto de variables medidas directamente en campo, en la ciudad portuaria de Manzanillo-México, permitió construir un indicador compuesto que mide los diferenciados niveles de vulnerabilidad social de la población ante amenazas por sismos, tsunamis, inundaciones y eventos hidrometeorológicos extremos. Las conclusiones validaron la aplicación del Análisis de Componentes Principales (ACP) para el estudio y síntesis de las variables que definen la vulnerabilidad social ante amenazas naturales. Las variables se agruparon en cuatro grupos a saber: nivel de exposición por localización poblacional (NELP), nivel de exposición por condiciones socio-económicas (NESC), nivel de exposición por empatía con la amenaza (NEEA) y nivel de exposición por organización institucional frente a la amenaza (NEOI). El grupo llamado NELP pretende establecer el grado de exposición de la población y de sus actividades, por localización, composición y concentración. El NESC identifica aquellas condiciones socioeconómicas de la población, que resultan fundamentales en la creación de circunstancias proclives a la vulnerabilidad ante amenazas naturales. El NEEA involucra aquellos indicadores que pueden determinar un nivel orgánico de conocimiento de la amenaza: funcionamiento de sus dinámicas, tipos y periodos de sus manifestaciones, así como, sus posibles impactos. En el grupo NEOI, se tienen los indicadores que miden el nivel de aprehensión del problema, entendido como la seguridad de estar expuesto a la ocurrencia de un desastre, por parte tanto del Estado como de las organizaciones comunitarias que tengan representatividad. La metodología permitió establecer también la correlación entre las condiciones socioeconómicas de los habitantes NESC y sus niveles de exposición ante amenazas naturales (con su consecuente vulnerabilidad); es posible entonces, para aquellos que hagan uso de esta

metodología, como hecho concomitante a su aplicación, hacer un seguimiento del comportamiento espacial no solo de la vulnerabilidad sino de los factores que "predisponen" a las comunidades a exponerse ante eventos amenazantes, identificar procesos de concentración y/o dispersión e incluso, si se dispone de los históricos, de tendencias futuras. Ello sin duda, aportaría significativamente en los procesos de planificación urbana y ordenamiento del territorio (Thomas, 2012⁸).

Otro estudio referente en la medición de la vulnerabilidad social es el de *Prieto, M. y Formiga, N;* (2008), donde se analizó la vulnerabilidad para adultos mayores en la ciudad de Bahía Blanca, Argentina. Se planteó un índice de vulnerabilidad social que permitió realizar una aproximación al conocimiento de las diferencias sociales de la población adulta mayor al interior de la comunidad urbana. El objetivo del estudio fue la medición de la vulnerabilidad a nivel territorial, tomando como componentes principales: capital físico, capital humano y capital social. En dicho trabajo se usaron Sistemas de Información Geográfica (software Arc-Map 9.1), para hacer una ilustración de ubicación más exacta (p.11)

Según esta investigación la vulnerabilidad social debe ser analizada a nivel local para localizar y caracterizar a las familias que la sufren. En el estudio las mayores realidades de vulnerabilidad se detectaron en la periferia de la ciudad, donde habían grupos en situación de pobreza. Los estudios como estos facilitan la generación de políticas públicas focalizadas a las personas con mayores privaciones, una situación de vulnerabilidad o riesgo.

Según Golovanevsky, L. (2007, p. 25 y 26), en su estudio "Transmisión intergeneracional de la pobreza. Un abordaje cuantitativo para Argentina en el siglo XXI", replantea el concepto de vulnerabilidad en las áreas tradicionales de la protección social desde tres perspectivas:

⁸ Información obtenida de la página web: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rig/article/view/36383/42013>.

a) el nuevo carácter de los riesgos sociales modernos, difíciles de predecir, catastróficos, personalizados y acumulativos, lo que erosiona los sistemas de seguros públicos y privados. Esto es una especie de segunda etapa de la modernidad, en la cual el problema son los efectos colaterales latentes que ha engendrado el proceso de modernización simple, incontrolado. A diferencia de la primera etapa de la modernidad, donde los efectos amenazantes para la sociedad no eran discutidos públicamente, en esta segunda etapa, que se vive actualmente, los peligros de la sociedad industrial dominan el debate público. La sociedad es consciente de los peligros que ella provoca, y se concibe como sociedad del riesgo. En esta no se puede controlar la incertidumbre, y las consecuencias del propio desarrollo previo no pueden ser previstas y conocidas en toda su amplitud. En este sentido podemos hablar de vulnerabilidad. b) las políticas implementadas en Latinoamérica desde los años ochenta, enfocadas en la apertura externa, desregulación y retiro del Estado, han generado situaciones de desamparo para varios sectores de la población. Las empresas que no lograron resistir la competencia externa, también los sectores productivos de las economías regionales que anteriormente se favorecían con regulaciones estatales, y los empleados de las empresas privatizadas, entre otros, y c) la erosión en la función de protección social afecta no sólo al Estado sino también a la familia y otras organizaciones representativas, sobre todo de los sectores populares, con lo cual se incrementa la vulnerabilidad de los mismos. El deterioro de los servicios prestados por el Estado en términos de salud, seguridad y educación afecta fundamentalmente a los segmentos más pobres, que no pueden recurrir a servicios privados y acceden en consecuencia, a salud, seguridad y educación de peor calidad (p.25 y 26).

Las conclusiones principales del estudio de Golovanesky (2007, p. 395) fueron que de acuerdo a la metodología adoptada, quienes quedan en la trampa de pobreza tienen mayor peso de padres y madres jóvenes (en relación a la edad que tenían al ser padres de los jóvenes objeto del estudio), mayor proporción de varones, menor peso de asalariados con descuentos jubilatorios y mayor importancia de ocupados en tareas no calificadas. Además, se caracterizan por haber tenido hijos en mayor

proporción que quienes lograron salir de la pobreza y por provenir en mayor medida de hogares más vulnerables según IVS. Si bien la información disponible y la metodología adoptada no permitieron evaluar la totalidad de los aspectos que influyeron en la transmisión de la pobreza, y concluyeron que la misma es alta, puesto que aproximadamente tres cuartas partes de los jóvenes que provenían de hogares pobres permanecieron en esa condición.

En otro estudio de Golovanevsky de (2007). “Vulnerabilidad Social: Una Propuesta para su Medición en Argentina” se presenta una propuesta de un indicador de vulnerabilidad social (IVS), utilizando datos de la Encuesta de Condiciones de Vida del año 2001. En base al enfoque AVEO (activos, vulnerabilidad y estructura de oportunidades), se estudian diferentes dimensiones de la vulnerabilidad: demográfica, hábitat, capital humano, trabajo, protección social y capital social. Con una metodología estadística basada en una regresión logística, se seleccionó una variable representativa de cada una de las dimensiones mencionadas, para luego combinarlas en un indicador único, denominado Índice de Vulnerabilidad Social (IVS). Finalmente, se caracterizaron a los distintos grupos de hogares definidos por el IVS (p.54). Entre sus conclusiones plantea que puede observarse una coincidencia entre las clasificaciones surgidas del IVS y las de hogares pobres y no pobres por LP, con los no pobres tendiendo a pertenecer a las categorías de hogares menos vulnerables, y los pobres más cercanos a las categorías de hogares altamente y extremadamente vulnerables, y es lógico que esto sea así. Pero la clasificación según IVS agrega a la consideración exclusivamente monetaria otros aspectos, igualmente relevantes, basados en el enfoque teórico de la vulnerabilidad definido por AVEO. Permite, de esta manera, complementar la visión de la pobreza sólo como carencia de ingresos, y apuntar a la idea más compleja Vulnerabilidad Social: una Propuesta para su Medición que la considera un concepto multidimensional, un síndrome en el que se asocian (el infraconsumo, la desnutrición, precarias condiciones de habitabilidad, bajos niveles educacionales, malas condiciones sanitarias, una inserción ya sea inestable, ya sea en estratos primitivos del aparato productivo, un cuadro actitudinal de desaliento y anomia, poca

participación en los mecanismos de integración social, y quizás la adscripción a una escala particular de valores, diferenciada en alguna medida de la del resto de la sociedad) (como se cita en Golovanevsky, 2007, p.83).

De esta manera, el índice IVS permitió un análisis más rico que la dicotomía pobres / no pobres (por LP) e intenta avanzar, aunque sea un pequeño paso, en el sentido de ampliar nuestra comprensión de las condiciones de vida de los grupos más desfavorecidos, con miras a poder actuar más apropiadamente para mejorar su situación (Golovanevsky, 2007, p.84).

- **Contexto nacional**

Trejo (2005) en su trabajo *“El proceso de envejecimiento demográfico en Honduras características sociodemográficas de la población adulta mayor de los municipios del corredor turístico centro-sur del país”* basándose en datos de los censos de 1961, 1974, 1988 y 2001 concluyó que el segmento de adultos mayores tenía una tendencia creciente, revisándose tanto los valores absolutos de cantidad de población adulta mayor, así como los índices de envejecimiento para dichos años, que eran de 9.1%, 9.3%, 11.0% y 13.8% respectivamente. La tabla 2, a continuación, presenta los datos de cantidad de adultos mayores para los años mencionados y la evolución del índice de envejecimiento en Honduras (p.183)

Tabla 2. Datos absolutos de la población menor de 15 años, adultos mayores e índice de envejecimiento demográfico de Honduras (años censales: 1961, 1974, 1988 y 2001)

Años censales	Datos Absolutos de la Población						Índice de Envejecimiento (Porcentajes)		
	Masc.	< 15 años Fem.	Total	Adultos Mayores Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
1961	731,528	442,211	900,739	39,790	41,749	81,539	5.4	9.4	9.1
1974	648,650	628,688	1,277,338	58,731	60,086	118,817	9.1	9.6	9.3
1988	1,014,552	975,305	1,989,857	108,063	111,733	219,796	10.7	11.5	11.0
2001	1,299,785	1,252,731	2,552,516	172,383	180,226	352,609	13.3	14.4	13.8

Fuente: Trejo, E. (2010), basado en datos de los censos de la DGEC (1961, 1974, 1988, 2001) /INE (2003)

En el año 2011 se elaboró en el país, la Estrategia Nacional de Previsión Social por parte de la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social, según este documento la falta de ingreso en la vejez es un problema generalizado en el país, pues más de 30% de las personas adultas mayores (60 años y más) eran pobres y declararon no obtener ingresos por jubilación, pensión o trabajo (STSS, 2011, p.52)

Perdomo, R. (2011, p.53 y 54) en el estudio “Discusión sobre la Protección Social en Honduras”, presentado a la UE y OIT, plantea un panorama detallado de los institutos de previsión; donde las coberturas y beneficios difieren entre instituto e instituto, lo que supone que una unificación tendría dificultades para realizarse. Perdomo hace mención del gasto público en salud, seguridad social y previsión del presupuesto del 2011 que suma la Secretaría de Salud y 5 instituciones de Seguridad Social y Previsional (IHSS, INPREMA, INPREUNAH, IPM e INJUPEMP) con un total de 27 mil millones de lempiras. De estos la Secretaría de Salud, INPREMA, INJUPEMP e IHSS fueron las instituciones con más erogaciones.

Fernández (2013, p.13), concluyó en su trabajo “Análisis del mercado laboral de Honduras; con énfasis en la vulnerabilidad del adulto mayor en la protección social”⁹ que 329 mil personas adultas mayores que están ocupadas, solamente el 17% es asalariada y el restante 83% (274 mil personas), no reciben salario alguno ya que son cuenta propias o trabajadores no remunerados. La empresa privada como el primer empleador y el sector público como el segundo mayor empleador, no ofrecen los suficientes puestos de trabajo y como resultado de ello 265 mil (80.5%) personas mayores son cuenta propia y casi 9 mil (2.7%) personas mayores están como trabajadores no remunerados. En estas dos últimas categorías

⁹ Documento presentado en el 1er Congreso del Consorcio de Economía, Administración y Tecnología, CEAT. “Investigación Científica: Un horizonte para el Desarrollo y la Innovación en las Ciencias Económicas”. UNAH. Tegucigalpa, 2013.

se concentran mayormente el empleo informal ya que carecen de la mínima protección social y de derechos laborales que los protejan y por ende es un grupo con alta vulnerabilidad social”.

También en el 2013, la OIT mediante la realización del estudio “La Cobertura de los Seguros Sociales en Honduras: Análisis y Recomendaciones”, planteó que según la EHPM 2012, la cobertura contributiva en todos los programas de pensiones era de 22.2% de la PEA ocupada, lo cual mostraba una disminución de un 8% con respecto al 2008 (OIT, 2013, p. 17). La crisis política y económica que vivió el país en 2009 afectó considerablemente la cobertura, que aún en 2012 no logró recuperar el nivel existente en 2008. En números gruesos, aproximadamente ocho de cada diez trabajadores ocupados hondureños no poseen cobertura de la seguridad social. A nivel institucional, el IHSS es quien posee la mayor cantidad de cotizantes activos en el sistema, pues la cobertura alcanzó cerca del 16,9% de la PEA ocupada, es decir un 76 por ciento del total (OIT, 2013, p.18).

En Honduras el principal programa no contributivo es el Bono de la Tercera Edad, administrado por el Programa de Asignación Familiar (PRAF), que otorga una transferencia con un valor de 50 lempiras mensuales (cerca de 2.5 dólares de los Estados Unidos), y está dirigida a hondureños mayores de 65 años que viven en situación de pobreza. Más allá de la valoración de la suficiencia o no del monto de la prestación, un aspecto por destacar es la baja asignación de recursos al programa, cuyo gasto en relación con el PIB está muy por debajo del 0 por ciento (OIT, 2013, p.33)

En Honduras hay cerca de 2.8 millones de trabajadores que no cotizan a un programa de seguridad social, ni de administración privada. Para diseñar cualquier estrategia con miras a incrementar la extensión de la cobertura, es necesario contar con una identificación o mapeo de la fuerza de trabajo que aún no está desprotegida. Este mapeo es útil para orientar las estrategias y esfuerzos nacionales (OIT, 2013, p.36).

La falta de inclusión de una fracción importante de los trabajadores del sector público en la seguridad social, tratándose del sector más formal de la economía y gestionado por el propio Estado, coloca sobre el tapete dos elementos críticos. Por un lado, refleja la cultura de la protección social que se promueve desde el mismo Estado, quien en teoría habría de ser el garante de la seguridad social; y por otro, dicha conducta envía una señal inadecuada a los empleadores del sector privado en cuanto a la necesidad de cumplir con sus obligaciones contributivas con la seguridad social (OIT, 2013, p.27).

Según datos de la OIT (2013, p.18) basados en información del Banco Central de Honduras y del IHSS para el año 2012 de los 8,303,399 habitantes que existían en el país, únicamente 8.3%¹⁰ tenían cobertura contributiva, es decir, cotizaban y recibían beneficios por parte de los institutos de previsión social (tabla 3).

Tabla 3. Indicadores de cobertura contributiva de la seguridad social, por institución: 2008-2012

Cotizantes activos	2008	2009	2010	2011	2012
Total	670,790	631,664	655,326	667,807	690,967
IHSS	527,336	483,728	502,016	509,373	524,399
IMPREMA	67,699	69,584	72,020	74,032	77,809
INJUPEMP	43,335	45,233	47,353	49,587	52,372
IPM	26,305	26,894	27,639	28,591	30,062
INPREUNAH	6,115	6,225	6,298	6,224	6,325
Como porcentaje total:					
Total	100	100	100	100	100
IHSS	78.6	76.6	76.6	76.3	75.9
INPREMA	10.1	11.0	11.0	11.1	11.3
INJUPEMP	6.5	7.2	7.2	7.4	7.6
IPM	3.9	4.3	4.2	4.3	4.4
INPREUNAH	0.9	1.0	1.0	0.9	0.9

Fuente: Tomado de Durán, Ortiz y Díaz OIT (2013), en base a datos del BCH, 2012 e IHSS, 2012.

Las principales conclusiones del estudio de OIT (2013, p.53) se resumen en que deben implementarse políticas diferenciadas de cobertura para grupos diversos y son: a) Desde hace varios años los índices de cobertura contributiva se encuentran estancados o con tendencia a la baja, sin ningún signo claro de progreso. La

¹⁰ Este porcentaje resulta de dividir 690,967 cotizantes activos entre el total de la población de Honduras del 2012.

cobertura solo consigue llegar a los grupos más fáciles de incorporar al Seguro Social. b) El principal déficit de cobertura se concentra entre los trabajadores independientes y los empleados de las microempresas, con una fuerte manifestación en la economía rural, que está integrada en su gran mayoría por trabajadores hombres. c) El déficit de cobertura alcanza también a los trabajadores de la economía formal; incluyendo a los empleados públicos y de las empresas medianas y grandes que normalmente son fáciles de incorporar a la seguridad social. d) El Instituto Hondureño de Seguridad Social es la principal entidad afectada por los bajos niveles de cobertura y elevados niveles de evasión. e) Los elementos anteriores, combinados con la política de techos de cotización vigente constituyen un escenario adverso para el desarrollo de la seguridad social contributiva hondureña.

Finalmente, Trejo (2013, p.52), realiza el trabajo “Honduras: un país difícil para envejecer” y plantea que, de los ingresos de los hogares en Honduras, únicamente el 0.4 % reciben ingreso por pensión y 1.6 % por jubilación. Solamente el 7.0 % de la población mayor de 60 años y más tiene seguridad social. Concluye entonces que Honduras es el peor país para envejecer en América Latina, basado en la comparación del Índice Global de Envejecimiento¹¹ (Helpage International) donde el mismo ocupa el puesto 82 y Chile en el puesto 19 (Trejo, 2013, p. 52 y 53).

2.3 Marco Legal

Esta sección del documento es una revisión a nivel mundial, regional y nacional de las normas relativas a los derechos de las personas adultas mayores. Fue preparado usando principalmente referencias de las resoluciones de las Naciones Unidas, CEPAL y recomendaciones de la OIT.

¹¹ El Índice Global de Envejecimiento de Helpage Internacional, mide la seguridad de ingresos, el estado de salud, empleo, educación y entornos adecuados. El puesto según el índice para Nicaragua fue 55; para Guatemala 75 y para Costa Rica 28. Fuente: <http://www.helpage.es/silo/files/informe-ejectuvido-indice-global-del-envejecimiento-2013.pdf>

- **Marco legal internacional**

En la revisión realizada para la presente investigación se encontraron más de 30 antecedentes de los esfuerzos que se han realizado a nivel mundial sobre los temas de envejecimiento y seguridad social los cuales tienen su origen en tratados internacionales sobre derechos humanos; entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), el cual en su artículo 1 prohíbe la discriminación fundada en la condición de una persona, y esta prohibición abarca la edad. Por definición, los derechos humanos se aplican a todas las personas, incluidas las personas mayores, aunque no se haga referencia explícita en el texto a los grupos de edad más avanzada o al envejecimiento.

En las últimas dos décadas varios tratados e instrumentos internacionales hacen referencia al envejecimiento; resaltando el derecho de las personas mayores a la salud, la seguridad social y un nivel de vida adecuado, además de no ser objeto de explotación, abuso o violencia.

Tabla 4. Sucesos y Resoluciones sobre Envejecimiento y la Seguridad Social en la Agenda Internacional

Año	Evento
1948	Declaración Universal de Derechos Humanos (Argentina). La Declaración de los derechos de la vejez fue presentada por Argentina en ese año, el documento proponía los derechos a la asistencia, la acomodación, los alimentos, el vestido, la salud física y mental, la salud moral, la recreación, el trabajo, la estabilidad y al respeto (United Nations, 1948). La Asamblea General comunicó al Consejo Económico y Social el Proyecto de Declaración, para que lo examine y prepare un informe al respecto durante uno de los próximos períodos de sesiones (Naciones Unidas).
1952	El Convenio 102 relativo a la norma mínima de la seguridad social, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Establecido en la 35 reunión del Consejo Internacional del Trabajo y cuya entrada en vigor se dio en 1955, contempla una serie de puntos de obligada aplicación por parte de los países firmantes; relativa a asistencia médica, prestaciones monetarias de enfermedad, por desempleo, por vejez, en caso de accidente de trabajo y de enfermedad profesional, prestaciones familiares, por maternidad, por invalidez, prestaciones de sobrevivientes, cálculo de pagos periódicos, igualdad de trato a los residentes no nacionales y otras disposiciones generales. Este convenio contempla la realización de estudios actuariales periódicos para asegurar la sostenibilidad de los sistemas de seguridad social. Considera una base tripartita de diálogo entre trabajadores, patronos y gobierno y es un instrumento legal para la extensión de la cobertura de seguridad social para todos los estratos socioeconómicos de los países firmantes.
1966	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ICESCR No contiene referencia explícita a los derechos de las personas mayores. Sin embargo, el artículo 9 relativo al “derecho de toda persona a la

	seguridad social, comprendiendo los seguros sociales”, supone implícitamente el reconocimiento de un derecho a las prestaciones de la vejez.
1969	Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica” (22/11/69) es el fundamento jurídico de la protección de los derechos humanos en la región, que define los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que deben ser protegidos, y que fue adoptada el 22 de noviembre de 1969 en Costa Rica. Contiene algunas disposiciones particulares en el artículo 4 sobre el derecho a la vida, como la no imposición de la pena de muerte para los mayores de 70 años, y en el artículo 23 sobre derechos políticos, en relación a la posibilidad de reglamentar el ejercicio de cargos públicos a partir de determinada edad.
1977	Resolución 32/132 de la ONU: Invita a los Estados a organizar una Asamblea Mundial sobre vejez
1978	Resolución 33/52 de la ONU: Se decide realizar , en 1982, una Asamblea Mundial sobre Envejecimiento
1979	La Asamblea Mundial sobre la Salud aprueba la primera resolución sobre el tema
1979	Resolución 34/153 de la ONU: aprueba documento “Cuestión de las personas de edad y de los ancianos”.
1979	El 18 de diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que entró en vigor como tratado internacional el 3 de septiembre de 1981 tras su ratificación por 20 países. (En 1989, décimo aniversario de la Convención, casi 100 naciones han declarado que se consideran obligadas por sus disposiciones).
1980	Consejo Directivo de la OPS aprobó resolución que insta a los gobiernos al estudio de los problemas de la vejez.
1980	Recomendación No. 162 de la OIT, relativa a la aplicación de un programa que permita a los trabajadores prever las disposiciones necesarias, con el fin de preparar su jubilación y adaptarse a su nueva situación, proporcionándoles información apropiada.
1982	Resolución 37/51 de la ONU: “Plan de Viena”
1991	La Federación Internacional de la Vejez y la República Dominicana presentaron la Declaración sobre los derechos y responsabilidades de las personas de edad, que constituyó la base de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, adoptada por resolución de la Asamblea General en 1991. La propuesta declaraba lo siguiente: “Los derechos humanos fundamentales no disminuyen con la edad y convencidos de que, en razón de la marginación y los impedimentos que la vejez pueda traer consigo, las personas de edad corren peligro de perder sus derechos y de ser rechazadas por la sociedad a menos que estos derechos se reafirmen y respeten” (International Federation on Ageing, 1998).
1991	Naciones Unidas: Asamblea General: Principios de Naciones Unidas a favor de las personas mayores (Resoluciones Naciones Unidas 46/91 de 16/12/91): Principios de independencia, participación, atención, autorrealización y dignidad.
1992	Resolución 47/5 de las Naciones Unidas: Se designa 1999 como Año Internacional de las Personas Mayores, bajo el lema “Una sociedad para todas las edades”.
1992	OPS/CELADE/CIE: “Políticas de Atención a los Ancianos”
1992	Conferencia Intergubernamental Iberoamericana sobre Políticas para Personas Ancianas y Personas Discapacitadas (Cartagena de Indias). Se adoptó la Declaración de Cartagena de Indias sobre Políticas Integrales para las Personas Mayores en el Área Iberoamericana. Establece los principios, objetivos, orientación, criterios y medidas a considerar en la formulación de políticas y programas para personas mayores en Iberoamérica.
1992	Con motivo de la celebración del décimo aniversario de la adopción del Plan de Acción Internacional de Viena por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, se adopta la Proclamación sobre el envejecimiento, en la que los países se comprometen a apoyar las iniciativas nacionales relativas al tema.
1994	Convención Internacional sobre Población y el Desarrollo (El Cairo): El Programa de acción destaca el aumento de la autonomía de las personas de edad, las formas de atención de salud y de seguridad

	socioeconómica y la capacidad de las familias para hacerse cargo de las personas de edad”. Se destaca el apoyo a aquellas personas de edad en situación de vulnerabilidad así como a aquellas con necesidades de apoyo a largo plazo.
1995	Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague). Se abordó la problemática de los adultos mayores, estableciéndose como objetivos el reconocimiento y respeto de la contribución de las personas de todas las edades para la construcción de una sociedad armoniosa, así como el fomento del diálogo entre generaciones; la protección de las personas mayores.
1995	CEPAL/CELADE/FNUAP: “Políticas de Atención Integral a la Tercera Edad en América Latina”
1996	Naciones Unidas: La resolución 50/141 establece la denominación de “Personas Adultas Mayores”.
1997	OMS/OPS Declaración sobre Política de Protección Integral al Envejecimiento y la vejez saludable (Montevideo).
1998	25ª. Conferencia Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (1998) Recomendaciones sobre ejecución de planes nacionales y regionales de acción en materia de salud y envejecimiento
1999	Celebración del Año Internacional CEPAL/CELADE/FNUAO/OPS. “Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad” (Santiago).
1999	Foro Andino sobre Políticas para Adultos Mayores – Organización Panamericana de la Salud (Lima- Perú). Recomienda la formación de comités intersectoriales con participación de la sociedad civil para concertar políticas, planes y programas tendientes a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
1999	Organización de Estados Americanos. Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” Es el único instrumento vinculante que estipula derechos básicos para las personas mayores. Los Estados parte se comprometen a adoptar las medidas necesarias a fin de lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que en él se reconocen. Con relación a las personas mayores se destaca el “Derecho a la Seguridad Social” en el que se reconoce que “ Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa...” (art. 9)
2000	Asamblea General de la ONU. Resolución 54/262: Convoca a la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento.
2001	OIT confirmó la actualización del Convenio 102 como norma y referencia para el desarrollo de la cobertura social en los países. Hace un llamado especial a considerar las repercusiones que impone el envejecimiento de la población a la seguridad social, tanto en los sistemas de capitalización como en los de reparto. Este convenio ha sido ratificado por 48 estados miembros de la OIT y uno de los últimos países en ratificarlo fue Honduras, quien lo hizo en el año 2012.
2002	Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Madrid). Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Plan de Acción constituye un nuevo programa para responder a las oportunidades que ofrece y los retos que plantea el envejecimiento en el siglo XXI y promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades. La adopción del Plan de Acción fue aprobada por los Gobiernos participantes de la Asamblea, siendo las áreas prioritarias de las medidas: 1) las personas de edad y el desarrollo; 2) el fomento de la salud y el bienestar en la vejez; 3) la creación de un entorno propicio y favorable. Los gobiernos tienen la responsabilidad primordial de promover y prestar servicios sociales básicos, así como de facilitar el acceso a ellos, teniendo presentes las necesidades específicas de las personas de edad.
2002	Aportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al Plan Mundial de Acción sobre el Envejecimiento. Envejecimiento Activo: un marco político (2002). Este marco aportó información para la formulación de políticas sociales y planes de acción que promuevan la salud y el envejecimiento activo. Fue desarrollado por el Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la OMS como contribución a la Segunda Asamblea Mundial

	del Envejecimiento. La versión preliminar se denominó “Salud y Envejecimiento: un documento para el debate (2001)”. Incluye el reconocimiento de las contribuciones de las personas ancianas que están enfermas, son frágiles y vulnerables y la defensa de sus derechos de asistencia y seguridad.
2002	26ª. Conferencia Sanitaria Panamericana. Organización Panamericana de la Salud. CSP 26.R20 – La Salud y el Envejecimiento. Toma en cuenta la importancia del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002), reconoce el cambio de paradigma hacia el envejecimiento activo y considera la necesidad de promover un sistema integral de apoyo al mismo. Plantea en su contenido la promoción de iniciativas con opciones de atención comunitaria a largo plazo (incluidas viviendas adaptadas y residencias asistidas)
2003	1ra Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento (Santiago) CEPAL/CELADE. Instancia de análisis e intercambio, la primera que se llevó a cabo en la región, respecto a la situación del envejecimiento y las personas mayores. En ella los países de la región acordaron una Estrategia Regional de implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, que constituye un marco de referencia regional que los países deben adaptar a sus realidades nacionales con el fin de responder eficazmente a las necesidades e intereses de las personas mayores.
2004	Reunión de Expertos sobre Envejecimiento –II Foro de Centroamérica y del Caribe sobre Políticas para Adultos Mayores (San Salvador)
2004	Caribbean Symposium on Population Ageing. (Port of Spain).
2005	Reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envejecimiento de los países de América del Sur (Buenos Aires)
2006	Aportes de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Calidad de vida en el adulto mayor. Plantean indicadores que dan cuenta del aumento cuantitativo y proporcional de las personas mayores, de las mayores probabilidades de sobrevivencia y de ciertas características sociodemográficas de este grupo etario. Además de la seguridad económica en la vejez, analiza indicadores referidos a la participación económica, la cobertura previsional y la pobreza de la población adulta mayor. Se centra en la salud y el bienestar de las personas mayores, y propone indicadores agrupados en cuatro áreas: la mortalidad y sus causas, el estado de salud, los estilos de vida, sus factores de riesgo, y los vinculados con la atención en salud.
2007	Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento (Brasilia) CEPAL/CELADE. Se adoptó la Declaración de Brasilia en la cual se identifican las prioridades futuras de aplicación de la Estrategia Regional (2003), así como las oportunidades y los desafíos que plantea el envejecimiento de la población en las próximas décadas y la promoción de una sociedad para todas las edades. Con respecto al tema de Cuidados y Derechos, se destaca la necesidad de facilitar el envejecimiento en el hogar con medidas de apoyo a las familias, y en especial a las mujeres, en las tareas de cuidado (art.16).
2008	I Reunión de seguimiento de la Declaratoria de Brasilia en el tema de Derechos Humanos (Río de Janeiro)
2009	II Reunión de seguimiento de la Declaratoria de Brasilia (Argentina, mayo 2009)
2009	III Reunión de seguimiento de la Declaratoria de Brasilia (Santiago, octubre 2009)
2010	El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer adoptó la Recomendación general N° 27 sobre las mujeres mayores y la protección de sus derechos humanos. Su propósito es identificar las múltiples formas de discriminación que ellas sufren y entregar lineamientos acerca de las obligaciones de los Estados partes de la Convención desde la perspectiva del envejecimiento con dignidad y los derechos de las mujeres.
2010	Seminario Internacional del MERCOSUR Ampliado sobre buenas prácticas en políticas Gerontológicas (Buenos Aires, junio 2010)
2011	Semana Internacional de la Seguridad Social 2011 (Ciudad de México, abril 2011). OIT-ISSA-CISS-OISS- ISSSTE-IMSS
2011	Encuentro internacional para el seguimiento de la Declaración de Brasilia y la promoción de los derechos de las personas mayores (Santiago, octubre 2011)

2012	Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y El Caribe (Costa Rica) CEPAL/CELADE
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia a partir de información de Viveros, A. (2001, p.11) y Huenchuán y Rodríguez (2010, p.26 y 27; Pugliese, L. (s.f.,). Marco Normativo para los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Asesoría General en Seguridad Social.: <http://www.bps.gub.uy/bps/file/1516/1/marco-normativo-para-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores.-l.-pugliese.pdf>; CEPAL (http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/celade/noticias/paginas/8/11348/P11348.xml&xsl=/celade/tpl/p18f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xsl) y OIT (<http://www.oiss.org/IMG/pdf/Programa-SemanaSS-pdf.pdf> y OIT (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_154235.pdf) y OMS (2015) (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)

Los Convenios más importantes de la OIT relacionados con la vejez y la previsión social son: 102 de 1952 (norma mínima), 162 de 1962 (igualdad de trato), 121 de 1964 (accidentes del trabajo y enfermedades profesionales), 128 de 1967 (pensiones de vejez, invalidez y sobrevivientes), 130 de 1969 (atención a la salud), 157 de 1982 (conservación de derechos), 168 de 1988 (fomento de empleo y prevención del desempleo) y 183 de 2000 (protección de la maternidad) (como se cita en Mesa, 2005, p.14).

En cuanto al derecho a la seguridad social, en los instrumentos internacionales se prescribe, como normas mínimas, el derecho de las personas de edad a beneficiarse de la seguridad social y otras formas de protección social en caso de jubilación, edad avanzada, viudez, discapacidad y otros casos de pérdida involuntaria de medios de subsistencia. Plantea que los estados deben asegurar además, según su disponibilidad de recursos, que las personas de edad tengan acceso a esos beneficios cuando, al alcanzar la edad de jubilación establecida en la legislación nacional, no tienen derecho a la pensión de jubilación u otros beneficios de la seguridad social. Los órganos de derechos humanos han desarrollado además algunas de esas normas, que incluyen: a) la igualdad de las condiciones de jubilación entre hombres y mujeres; b) la prohibición de que las normas del Estado reduzcan los beneficios de la jubilación; c) el deber del Estado de proporcionar una “diligencia excepcional” al responder a las denuncias jurídicas relacionadas con el otorgamiento de los beneficios por edad avanzada o viudez (Huenchuán y Rodríguez, 2010, p.61 y 62)

- **Marco Legal Nacional**

- **La Constitución de la República de Honduras**

La constitución hondureña declara en el Art.117 que “*Los ancianos merecen la protección especial del Estado*”. Garantiza el derecho a la Seguridad Social a los derechohabientes y corresponde a la Dirección General de Previsión Social de la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social su administración (Art.142), plantea que “*Toda persona tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido*”.

En el Art. 143 contempla que “*El Estado, los patronos y los trabajadores estarán obligados a contribuir al financiamiento, mejoramiento y expansión del Seguro Social*”. En el Art. 144. “*Se considera de utilidad pública la ampliación del régimen de Seguridad Social a los trabajadores de la ciudad y del campo*” y en el Art. 145 reconoce el derecho a la protección de la salud.

Esta Ley plantea además que los servicios de Seguridad Social serán prestados y administrados por el Instituto Hondureño de Seguridad Social que cubrirá los casos de enfermedad, maternidad, subsidio de familia, vejez, orfandad, paros forzosos, accidentes de trabajo, desocupación comprobada, enfermedades profesionales y todas las demás contingencias que afecten la capacidad de producir”. Sin embargo el porcentaje de adultos mayores Jubilados y Pensionados se contabilizaba en un 7.5%, según la DIGAM¹², 2012. Otorga además el reconocimiento del *Día del Adulto Mayor*, el cual se celebra el 1 de octubre de cada año.

- **Código de Trabajo**

Se promulgó en 1959 mediante el Decreto No.189; y regula las relaciones entre el capital y el trabajo, colocándolas sobre una base de justicia social a fin de garantizar

¹² DIGAM: Dirección General del Adulto Mayor.

al trabajador las condiciones necesarias para una vida normal y al capital una compensación equitativa de su inversión.

En el Art.7 de este código se considera que intermediario es toda persona natural o jurídica, particular o de derecho público que contrata en nombre propio los servicios de uno o más trabajadores para que ejecuten algún trabajo en beneficio de un patrono y este último queda obligado solidariamente por la gestión de aquel para con él o los trabajadores, en cuanto efectos legales que se deriven de la constitución, del mismo Código, de sus reglamentos y de las disposiciones de previsión social. El Art.8 plantea que en caso de conflicto entre las leyes de trabajo o de seguridad social con las de cualquier otra índole, deben de predominar las primeras. No hay preeminencia entre las leyes de seguridad social y las de trabajo.

Otros artículos (11,17, 44, 83) del código laboral consideran aspectos de previsión social que deben cumplirse por patronos de manera inmediata después de su contratación.

- **Ley del Seguro Social**

Hace 62 años (1954) se creó en Honduras la Ley de Seguridad Social, sin embargo, el país no ha logrado la consolidación de un sistema unitario estatal de “previsión social” a pesar de que la seguridad social es un derecho humano que se encuentra plasmado en el artículo 142 de la Constitución de la República.

Esta ley, en su versión reformada de junio de 2001 (Decreto 80-2001) contempla en su artículo 2 que el Instituto de Seguridad Social (IHSS), cubrirá las contingencias y servicios siguientes: a) Enfermedad, accidente no profesional y maternidad; b) Accidentes de trabajo y enfermedad profesional; c) Vejez e invalidez; d) Muerte; e) Subsidios de familia, viudez y orfandad; f) Paro forzoso por causas legales o desocupación comprobadas; y g) Servicios sociales, sujetos a la reglamentación especial.

Considera como sujetos al régimen obligatorio (Art. 3) a los siguientes grupos: a) Los trabajadores que devenguen un salario en dinero o en especie o de ambos géneros y que presten sus servicios a una persona natural o jurídica, cualquiera que sea el tipo de relación laboral que los vincule y la forma de remuneración; c) Los funcionarios y empleados de las entidades descentralizadas, autónomas, semiautónomas, desconcentradas del Estado y de las Municipalidades; d) Los funcionarios y empleados públicos; d) Los trabajadores que laboran en empresas comerciales o industriales o de tipo mixto de la agricultura y de explotación forestal; e) Los agentes comisionistas que se dediquen profesionalmente a desempeñar por cuenta ajena, mandatos para la realización de actos de comercio; f) Las personas que laboran para un patrono, mediante un contrato de aprendizaje al tenor de lo establecido en el Código de Trabajo.

Según esta ley están sujetas a regímenes especiales y afiliación progresiva (Art. 4), cuando los estudios actuariales y de factibilidad lo permitan, los segmentos poblacionales que se encuentren comprendidos en las categorías siguientes: a) Los trabajadores que dejen de estar asegurados y voluntariamente deseen continuar en el régimen; b) Los trabajadores domésticos; c) Los trabajadores a domicilio; d) Los trabajadores independientes o autónomos tales como profesionales, propietarios de pequeños negocios, talleres artesanales, taxistas, trabajadores no asalariados, vendedores ambulantes y similares; d) Los patronos que sean personas físicas como trabajadores asegurados a servicio; cuando no estén afiliados; f) Los miembros de sociedades, cooperativas y otras organizaciones de obreros y campesinos legalmente constituidas; g) Los miembros que se dediquen a la explotación de la tierra o actividad agropecuaria de acuerdo con sus necesidades, las condiciones sociales del país y las propias de las distintas regiones y las posibilidades del IHSS; h) Los trabajadores ocasionales y de temporada; i) Los jubilados pensionados por invalidez de las instituciones de previsión social; j) Otras personas que se dediquen a actividades asalariadas o no, tales como deportistas, estudiantes y religiosos, y k) Los trabajadores incorporados al servicio médico de la empresa.

No están sujetos al régimen: a) El cónyuge, los padres e hijos menores de dieciséis años que trabajen por cuenta propia. Lo que se dice del cónyuge es aplicable así mismo al compañero o compañera de hogar; b) Los miembros de las fuerzas armadas; c) Las personas naturales sometidas a regímenes especiales de Seguro Social de carácter público, en cuanto a las ramas o beneficios que aquellas gestionen; d) Las personas naturales expresamente excluidas por leyes o convenios especiales o acuerdos internacionales suscritos por el Gobierno de Honduras; e) Los extranjeros contratados temporalmente por el gobierno, las instituciones estatales o la empresa privada; únicamente en lo que concierne a los riesgos de vejez, invalidez y muerte, que vengan al país por un período mayor de un año; d) Los funcionarios y empleados de misiones diplomáticas y consulares acreditados en el país, salvo casos de reciprocidad o afiliación voluntaria; y, g) Los Diputados del Congreso Nacional.

Considera que el Empleador está obligado a inscribir en el IHSS, a todo trabajador que ingrese a su servicio; y también deberá comunicar, en su caso, la cesación del trabajador tan pronto como sea posible.

El sistema de seguridad social presenta serias deficiencias como las bajas coberturas: 562,984(2006); y 656,865(2013); la incorrecta administración, la corrupción generalizada (de gran escándalo en el año 2014) y las inciertas perspectivas de sostenibilidad, suponen un futuro difícil para la seguridad social en Honduras.

La regulación de los programas de pensiones de los institutos de previsión social está a cargo de los mismos institutos, que se encargan de afiliar, recaudar cotizaciones y otorgar prestaciones de forma independiente, de manera que no existe un vínculo institucional definido hasta la actualidad. Las funciones de supervisión del IHSS y los demás institutos son realizadas por la *Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS)*.

- **Ley de Protección al Adulto Mayor y Jubilados (Decreto 199 -2006)**

La finalidad de esta Ley (Art. 1), que se presenta como de orden público e interés social es la de fomentar y tutelar el desarrollo del Adulto Mayor y Jubilados, garantizando el ejercicio de sus derechos y sancionando a las personas naturales o jurídicas que la infrinjan.

Entre sus objetivos (Art. 2) se plantean, entre otros, la creación de una Política Nacional para el Adulto Mayor y Jubilados; lo cual hasta la actualidad no se ha logrado. Igualmente plantea la creación de la Dirección General del Adulto Mayor (DIGAM), lo cual se realizó en el año 2008. Esta dependencia es el ente rector del Estado en materia de Adulto Mayor y Jubilados y su mandato es velar por el respeto de los derechos de los Adultos Mayores y garantizar el cumplimiento de esta Ley.

Esta Dirección está a cargo de la supervisión de 28 centros de atención al adulto mayor en el país y en su relación con otras instituciones del Estado forma parte del Comité Técnico Interinstitucional del Adulto Mayor (COTIAM).

En su artículo 3, toma como principios la autonomía y autorrealización, participación, equidad, corresponsabilidad y atención preferente para este grupo poblacional.

En el artículo 12 esta ley considera “que toda persona en su vida activa tiene el derecho y el deber de incorporarse a los sistemas de seguridad social de carácter público, privado o mixto, a efecto de garantizarse un respaldo económico que le permita satisfacer las necesidades de su vejez de una forma digna y que el Estado dictará las medidas necesarias para el cumplimiento de este Artículo”.

La Ley plantea los descuentos generales para los adultos mayores en su artículo 30, que:1) 50% de descuento del valor de los precios que se cobran como entrada general a las actividades de recreación y entretenimiento, tales como: cines, teatros, museos, espectáculos deportivos, conciertos, y cualquier espectáculo público o

privado. 2) 25% de descuento en cualquier pasaje aéreo, terrestre o marítimo, nacional o internacional en empresas públicas o privadas que operen en el territorio nacional; 3) Descuentos sobre las tarifas regulares vigentes de empresas o establecimientos dedicados a la prestación de servicios de alojamiento 4) Descuento del 25%) en consumo individual de comida en restaurantes y cafeterías de primera y de segunda categoría, según clasificación del Instituto Hondureño de Turismo; 5) Descuento del 25% en facturas por servicios de salud brindados en hospitales y clínicas privadas; 6) Descuento del 25% por la compra de medicamentos y material quirúrgico siempre que los mismos fueren prescritos por médico colegiado o médico en servicio social debidamente autorizado. 7) Descuento 25% de los honorarios que se causen por consultas medica general y del 30% de honorarios causados por consulta médica especializada; 8) Descuento 30% por cada intervención quirúrgica y por el uso de servicios de odontología, optometría y oftalmología, incluida la compra de aros y lentes; servicios de radiología y de laboratorio; 9) Descuento del 30% por el uso de servicio radiológico y de toda clase de exámenes y pruebas de medicina computarizada; 10) Descuento del 25%, hecho a los familiares o responsables del beneficiario fallecido, por el uso de salas funerarias, compra de cajas mortuorias y lotes en cementerios; 11) Descuento 25% por servicios de notariado, servicios técnicos y profesionales de ingeniería, arquitectura y otros; 12) Descuento del 30% por la compra de todo tipo de prótesis, así como sillas de ruedas, camas ortopédicas, semi-ortopédicas y hospitalarias; 13) Descuento de dos (2) puntos porcentuales en la tasa de interés en los préstamos hipotecarios de vivienda para uso del titular del derecho y su familia, exceptuándose los sistemas de previsión social o sujetos a tasas preferenciales decretadas por leyes especiales; y, 14) Cualquiera que fuere el techo no gravable del impuesto sobre la renta aplicable a las personas naturales, los beneficiarios de la Ley gozarán de un crédito adicional de Lps.30,000.00 por compra de medicamentos, materiales medios, prótesis, aparatos ortopédicos, camas hospitalarias, sillas de ruedas y otros afines. Además, considera descuento del 25%, en el pago de la factura por servicios de comunicación como ser: telefónicos, fijos, móviles, telefax, Internet y otros similares.

Sin embargo, en la práctica las acciones para cumplir con la Ley son mínimas, por ejemplo, no se aplica la rebaja de 2 puntos en el cobro de intereses a los préstamos hipotecarios, pues los bancos alegan ignorancia. En las farmacias prácticamente solo se aplica un 5 o 10% de descuento real; sin que haya alguna supervisión y sanción de las instancias competentes.

- **Ley Marco de Protección Social**

Se promulgó en el año 2015, mediante el Decreto 56-2015 y contempla algunas variaciones en relación con la legislación nacional previa. Planea un Sistema integrado por 5 regímenes:

a. Régimen del Piso de Protección Social (PPS): Pilar no contributivo destinado a proteger a las personas en condiciones de pobreza y alta vulnerabilidad y contempla 2 grandes componentes:

- Un conjunto básico de derechos y transferencias sociales esenciales monetarias y/o en especies, como plataforma progresiva para el desarrollo social solidario e incluyente para garantizar servicios esenciales.
- El suministro de un nivel esencial de bienes y servicios sociales, tales como: salud, agua y saneamiento, educación, alimentación, vivienda social, recreación, generación de empleo e inclusión financiera y otros de acuerdo a las necesidades de prioridad nacional.

b. Régimen del Seguro de Previsión Social (SPS): (Art. 12), tiene por objeto garantizar los medios económicos de subsistencia, ante la ocurrencia de la invalidez, vejez o muerte. Considera 2 pilares:

- *Pilar de Capitalización Colectiva:* es un plan de carácter contributivo para proporcionar coberturas de acuerdo al esfuerzo de contribución, ante las

contingencias derivadas de la Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), para afiliados y sus dependientes, según se contemple en la Ley del Seguro Social; el IHSS es quien prestaría y administraría los beneficios.

- *Pilar Complementario de Cuentas Individuales:* Está constituido por el conjunto de prestaciones y servicios que en materia previsional, deben ser contratadas por los empleadores(as) y/o trabajadores(as).

3-Régimen del Seguro de Atención de la Salud. Tiene como propósito que todas las personas que forman parte de la población, tengan acceso equitativo a las prestaciones y servicios integrales que necesitan a lo largo del curso de la vida, en el marco del ejercicio efectivo del derecho fundamental de la Salud, con calidad y sin dificultades financieras. Sería regulado conforme a 2 pilares:

- *Pilar Contributivo:* Tienen derecho a recibir el Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud, todos los hondureños(as) y extranjeros(as) y aquellos extranjeros(as) que estén de tránsito en el territorio nacional o haciendo turismo, que tengan capacidad de contribuir por sí o a través de terceros al régimen contributivo de aseguramiento en salud; y,
- *Pilar Subsidiado:* Tienen derecho a recibir el Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud, todos los hondureños(as) y extranjeros(as) elegibles que tengan limitaciones económicas para contribuir por sí o a través de terceros, al Régimen Contributivo de Aseguramiento en Salud.

4-Régimen del Seguro de Riesgos Profesionales. Tiene el propósito de proteger integralmente al (la) trabajador(a) ante la ocurrencia de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Son sujetos(as) de cobertura obligatoria las personas que se encuentren vinculadas a otra, sea ésta natural o jurídica, independientemente del tipo de relación laboral o de servicio que los vincule, lo mismo que la personalidad jurídica o la naturaleza económica del empleador(a), empresa o institución pública o privada que utilice sus servicios.

5-Régimen del Seguro de Cobertura Laboral. Su objetivo es propiciar el pago efectivo y obligatorio del auxilio por cesantía que se deriva del Código del Trabajo, la creación de la compensación por antigüedad laboral y otros servicios que puedan generarse al (la) trabajador(a), derivados de la constitución efectiva de una reserva laboral establecida a su nombre.

2.4 Marco histórico

El incremento de la esperanza de vida de la población ha implicado un incremento del porcentaje de población adulta mayor en todo el mundo; lo cual representa un cambio demográfico importante que tiene grandes repercusiones en la seguridad y protección social, obligando a recomodar o replantear los sistemas de seguridad y protección social en los países.

- **Marco histórico mundial**

Según Nugent, R. (s.f.), las culturas del mundo antiguo no fueron ajenas al deseo de seguridad. En Egipto se crearon instituciones de defensa y de ayuda mutua que prestaban auxilio en caso de enfermedad, como el servicio de salud pública financiado con un impuesto especial. En Roma surgieron asociaciones de artesanos con propósitos mutuales, religiosos y de asistencia a los miembros y sus familiares, que asumían la obligación de atender a sus funerales. En el siglo VIII, Carlomagno dictaminó que cada parroquia debía sostener a sus pobres, viejos, enfermos sin trabajo y a los huérfanos, cuando no contaban con ayuda familiar. En Inglaterra (1601), se estableció un impuesto obligatorio a nivel nacional, para cubrir la asistencia parroquial y, dos siglos más tarde, Dinamarca y Suecia adoptaron medidas similares, para asegurar de esta manera la responsabilidad de la comunidad. En América del Sur, los Incas garantizaban a la totalidad de las personas bajo su jurisdicción, el derecho a la vida mediante la satisfacción plena de las necesidades físicas primordiales de alimento, vestido, vivienda y salud; atendían

a los ancianos, viudas y huérfanos haciendo uso de reservas de sobrantes de cultivos llamados piruas, en épocas de escasez (p.604)

La previsión social, tuvo sus orígenes en Inglaterra y Francia con carácter mutualista en los comienzos del siglo XVIII; más tarde, pasó a ser una institución social y una función del Estado.

El primer país donde surgen los seguros sociales es en Alemania, donde el Canciller Otto Von Bismarck, líder del partido conservador, veía crecer peligrosamente la influencia de los socialistas entre las masas obreras; planteó una serie de Seguros para cubrir diversos riesgos sociales: el de enfermedad (1883), el de accidentes de trabajo (1884), el de invalidez y vejez (1889) y el de supervivencia (1911), cuya regulación se reunió y sistematizó en un Código de Seguros Sociales (1911). El seguro contra el paro tardaría aún algunos años en aparecer¹³.

Según Iglesias (2000) el modelo de pensiones japonés tiene detrás una larga historia. Con la industrialización (1868), comienza en este país una época en la que se implanta un primer sistema de pensiones no contributivo para funcionarios, personal retirado del ejército y la armada, maestros de escuela, y policías (1890); un segundo sistema, de carácter contributivo, se establece para dar cobertura a aquellos trabajadores de administración que quedaban fuera de la protección del sistema no contributivo (1920)¹⁴.

Los seguros sociales creados por Bismarck fueron imitados enseguida por todos los países europeos industrializados y también por España (1908). En el marco de la Conferencia de Seguros Sociales de 1917, se pasa de la libertad subsidiada al aseguramiento obligatorio.

¹³ Fuente: La formación histórica de la Seguridad Social en Europa y en España: Los Seguros Sociales de Bismarck y su implantación en España. (s.f). URL: https://rodas5.us.es/file/a65815a2-75b5-4c1f-17e1-cfc1062a5e9f/1/formacion_historica_wimba.zip/pagina_05.htm

https://rodas5.us.es/file/a65815a2-75b5-4c1f-17e1-cfc1062a5e9f/1/formacion_historica_wimba.zip/pagina_05.htm

¹⁴ Mensaje de un blog. Recuperado de: http://rentabasica.net/otras_obras/japon/japon.html

Según OIT (2009) a partir de mediados de los años 30, la seguridad social se desarrolló en distintos países y se resumen a continuación:

- En 1935, en EEUU el Presidente Roosevelt aprobó la Ley de la Seguridad Social, que acuñaba un nuevo término que combina “seguridad económica” con “seguro social”.
- Después de la primera guerra mundial, los sistemas de seguros sociales se desarrollaron rápidamente en varias regiones, y la protección social se incluyó en los programas de las organizaciones internacionales recientemente creadas, como la OIT y la Conferencia Internacional de Uniones Nacionales de Mutualidades y Cajas de Seguro de Enfermedad que inició en Bruselas en octubre de 1927 y que posteriormente se convirtió en la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS).
- En 1941, en la Carta del Atlántico, el Presidente Roosevelt y el Primer Ministro del Reino Unido, Winston Churchill, se comprometieron a mejorar las normas laborales, el progreso económico y una seguridad social para todos.
- En 1942, en pleno apogeo de la segunda guerra mundial, el Gobierno del Reino Unido publicó el Plan Beveridge que dio lugar a la creación del primer sistema unificado de seguridad social.
- En 1944, con el giro experimentado por la guerra, la histórica Declaración de Filadelfia de la OIT hacía un llamamiento a favor de ampliar las medidas de seguridad social y de promover, a escala internacional o regional, una cooperación sistemática y directa entre las instituciones de la seguridad social, el intercambio regular de información y el estudio de los problemas comunes.
- En 1945, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, cuyo artículo 22 reconoce que “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social”.
- En Francia, Pierre Laroque lideró los esfuerzos gubernamentales por extender la protección social a toda la población, y en 1946 se constituyó un sistema nacional de seguridad social.

- En 1952, la OIT adoptó el Convenio sobre la Seguridad Social (normas mínimas) (núm. 102), y en 2001 puso en marcha una Campaña Mundial en materia de Seguridad Social y Cobertura para Todos.
- En 1973 Japón sienta las primeras bases de cobertura universal con un sistema de pensiones público moderno, y conocido como el primero de la Era del Bienestar, no solo por las mejoras introducidas en las diversas pensiones, sino también en el sistema de salud y de los servicios sociales.

- **Marco histórico latinoamericano**

América Latina tiene su propia historia en cuanto a la evolución de los sistemas de seguridad social, ha conseguido avances en los últimos años, pero aún tiene que superar importantes obstáculos para lograr un nivel de cobertura apropiado, en especial para hacer frente a los cambios demográficos que vive la Región y que van a acentuarse en el futuro.

En *Argentina* se promulga en 1904 la Ley 4.349 y se crea la Caja Nacional de Jubilaciones y Pensiones Civiles. El sistema previsional argentino es uno de los más antiguos de América Latina y el mundo. Originado como un conjunto heterogéneo de programas de protección a los adultos mayores creados y gestionados en forma independiente por rama de actividad, el mismo se fue extendiendo e integrando durante todo el siglo XX. (Rofman, Apella, y Vezza, 2013, p.61 y 63). Las políticas estatales de protección financiera a los gastos en la vejez se establecen por primera vez en Chile en 1924, con la creación de la Caja de Seguro Obligatorio y la Caja de Previsión de Empleados Particulares. En 1925, se crea además la Caja Nacional de Empleados Públicos. Estas tres instituciones constituirían la base de los sistemas de transferencias de ingreso a los adultos mayores hasta la reforma del año 1980 que crea el sistema de cuentas individuales existente en la actualidad. Entre los años 1925 y 1980 la provisión de seguridad social para los adultos mayores se fue complejizando mediante la creación de una serie de sistemas paralelos para distintos grupos de trabajadores, con gran heterogeneidad de reglas de elegibilidad y beneficios. (Rofman, Apella, y Vezza, 2013, p.164). En *Brasil*, el punto de partida

del sistema de Seguridad Social fue la Ley Eloy Laves (Dto. No4.682) de 1923 de creación de las Cajas de Jubilaciones y Pensiones en las empresas ferroviarias de la época y la Ley de Vacaciones Pagas (1925) (Rofman, Apella, y Vezza, 2013, 121 y 122). En Paraguay, mediante el Decreto Ley N° 17.071 del 18 de febrero de 1943 se creó el Instituto de Previsión Social con el propósito de proteger la salud de los trabajadores asalariados del país (Instituto de Previsión Social de Paraguay)¹⁵

Al entrar en la década de los cuarenta, Costa Rica también entró en el período de la Reforma Social, uno de cuyos logros sobresalientes fue la fundación de la Caja Costarricense de Seguro Social, por Ley N°17, del 31 de octubre de 1941. Tal legislación estableció la modalidad de seguro social obligatorio no sólo para los trabajadores asalariados, sino también para los independientes, a fin de protegerles contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte; además, la ley instituyó el sistema de contribución forzosa de patronos, trabajadores y Estado (Durán, 2013, p.46)

En todos los países de América Latina existen sistemas privados de previsión, además de sistemas de servicios sociales. Argentina, Costa Rica, Cuba, Uruguay, Brasil, Jamaica, las Bahamas y Barbados tienen los sistemas de seguridad social más extensamente desarrollados. Formalmente la población de estos países está amparada en un 70 al 100% por este sistema; en el extremo opuesto se encuentran países como Guatemala, El Salvador, República Dominicana, Bolivia y Honduras, en donde apenas el 20% de la población está protegido por sistemas públicos de seguridad social (Blanco, 2005, p.3)

¹⁵ <http://portal.ips.gov.py/portal/IpsWeb/overview/Historia>

- **Marco histórico nacional**

Los primeros antecedentes de la previsión social en Honduras vienen del año 1906 donde existía una ordenanza para beneficiar a los militares, luego en 1935 se elabora un Reglamento de Pensiones Militares. En estos documentos se tipificaban beneficios a favor de los lisiados de guerra, viudas y huérfanos, pero lastimosamente las pretensiones en que se basaron estos documentos nunca se cumplieron porque se carecía de fondos presupuestados para ese objetivo.

La Seguridad Social nace como consecuencia de la huelga bananera de la costa norte en julio de 1954. En el pliego original de 10 puntos el Comité de Huelga hace énfasis en la parte económica exigiendo además un código de trabajo y libertad de sindicalización. Dos meses después (21 agosto), la lista de condiciones sube a 30 puntos, dentro de los cuales sobresale la creación de los Ministerios de Salud y de Trabajo, mejorar las condiciones de salud y de educación en los enclaves bananeros de la United y la Standard Fruit, además el establecimiento de la Seguridad Social que acababa de aprobarse en Guatemala durante el gobierno de Jacabo de Arbenz. El Presidente de Honduras en esa época el Dr. Juan Manuel Gálvez negoció el citado pliego de condiciones y ya para 1955 hay una dirección de trabajo para resolver conflictos laborales; y en 1956 el Presidente Julio Lozano crea el Ministerio de Salud, cuyo primer Ministro fue el Doctor Manuel Cáceres Vigil, y el Ministerio del Trabajo cuyo primer Ministro fue el Profesor Mariano P. Guevara que dura sólo un año, siendo sustituido en 1958 por el Dr. Rogelio Martínez Agustinuz (IHSS, 2014)

La implementación tardía de la seguridad social en Honduras comparada con otros países se dio en 1959 durante la administración de Ramón Villeda Morales, mediante el Decreto No.140.

Actualmente existen 6 institutos de previsión social, las cuales fueron creados entre 1959 y 1989. La cobertura de estos regímenes se considera un privilegio para un segmento reducido de la sociedad, pues comparativamente solo un porcentaje muy bajo de los adultos mayores en Honduras cuentan con ingresos de pensiones o jubilaciones. Perdomo 2011 resume claramente las principales características de los regímenes de previsión social vigentes en Honduras, hasta el año 2011 (tabla 5).

Tabla 5. Panorama general de las Instituciones de seguridad y previsión social en Honduras 2011

Variables /Instituto	IHSS	INJUPEMP	INPREMA	IPM	INPREUNAH	IPP
Ley de creación	Decreto No. 140 del 3 de julio de 1959	Decreto No. 138 del 5 de febrero de 1959	Decreto No. 1026 del 15 de julio de 1980	Decreto No. 905 del 29 de abril de 1980	No tiene ley orgánica propia, lo crea la Ley Orgánica de UNAH. Se regula por un reglamento	Decreto No. 190-1985
Tasa de Cotización	8% EM 3,5% IVM 0,2 % RP	19%	19% Maestros del sector público. 18% Maestros del sector privado.	25%	18%	10% empleador y 5% trabajador
Tasa Legal de Reemplazo	Mínimo 50% Máximo 80% De la base del cálculo mensual	Mínimo L.250 Máximo 90%	Mínimo L.1,000 Máximo 90% Máximo 90	Mínimo 65% Máximo 95%	Mínimo L.5,000 Máximo L.50,000	El promedio de 36 meses.
Indexación de Pensión	Sí	Sí, sujeta a informes actuariales y aprobación de CNBS.	Sí, sujeta a informes actuariales y aprobación de SEFIN.	Sí, sujeta a informes actuariales y aprobación de CNBS.	Sí, sujeta a informes actuariales y aprobación de CNBS.	
BENEFICIO DE PENSIONES						
Tipos de Pensiones	Pensión por invalidez y pensión por incapacidad.	Pensión por invalidez.	Permanente pensión por invalidez y pensión post-muerte.	Pensión de discapacidad de supervivencia.	Pensión por invalidez y 90% Auxilio extraordinario por invalidez	Pensión por vejez, invalidez. Esta última no se ha otorgado aún.
BENEFICIOS DE JUBILACIONES						
Tiempo de cotización para obtener beneficio	180 meses	120 meses	12 supervivencia	300 meses o edad mínima, lo que ocurra primero.	300 meses	180 cotizaciones
Edad Mínima para Jubilarse	60 años mujeres 65 años hombres	58 años, 50 años quienes realicen trabajos riesgosos.	50 años	58 años, 50 los servidores con riesgo especial	58 años	60 años
Base de Cálculo de la Jubilación	Promedio de los últimos 180 salarios en base a la contribución máxima.	El 2.75% del promedio de los últimos 36 salarios por el número de años cotizados.	El 3% del promedio de los últimos 36 salarios por el número de años cotizados.	Promedio de los 60 últimos salarios.	El 2.75% del promedio de los últimos 36 salarios por el número de años cotizados.	El promedio de 180 meses.

E-M Embarazo y maternidad; IVM: Invalidez, vejez y muerte.; RP: Régimen de Pensión.

Fuente: Ajuste y actualización de Perdomo, R. (2011) en base a datos de Banco Mundial

- **Creación de los institutos de previsión social en Honduras**

a. Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). En 1957 con la Asamblea Nacional Constituyente ya se planteaba la creación de un ente autónomo organizado de seguridad social para los trabajadores hondureños, pero solo dos años después durante la presidencia constitucional del Dr. Ramón Villeda Morales se crea el Instituto Hondureño del Seguro Social (IHSS) mediante la emisión de la “Ley de seguridad social de Honduras”. Este instituto nació como una entidad autónoma, con personería jurídica y patrimonio propio con las funciones de orientar, dirigir, prestar y administrar los servicios de seguridad social para la clase trabajadora de Honduras. Su funcionalidad se dio a partir del año 1962, con una afiliación inicial de 40,522 beneficiarios: obreros, trabajadores y maestros.

En el IHSS el techo de cotización de 600 Lempiras no cambió desde 1962 hasta el 1 de junio de 2001, como consecuencia de un movimiento huelguístico que fue iniciado por la Asociación de Médicos del IHSS y el Colegio Médico de Honduras, y prontamente apoyado por el Sindicato de Trabajadores del IHSS, lográndose que la Junta Directiva de la Institución elevará el techo a partir de esa fecha sobre una remuneración máxima de dos mil cuatrocientos lempiras (Lps.2400.00), estableciéndose que al final de cada uno de los períodos de un año que finalizaron el 1 de julio de 2002 y el 1 de julio de 2003, respectivamente, la Junta Directiva no hubiese realizado los estudios actuariales que le indiquen los parámetros para un ajuste en las tasas de cotización, estas serían incrementadas automáticamente, elevándose los techos a tres mil seiscientos lempiras (3600) y cuatro mil

ochocientos (4800), respectivamente en cada una de las fechas arriba indicadas (Artículo 55-B de la Ley del IHSS, Decreto 140).

Esta institución otorga prestaciones de asistencia médica, monetarias de enfermedad y maternidad, bajo el Régimen de Enfermedad y Maternidad; y prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivencia, a través del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM). Inició funciones en 1969, y participan principalmente trabajadores del sector privado. Además de los regímenes citados anteriormente, el IHSS incorporó recientemente el Régimen de Riesgos Profesionales (implementado en el año 2005). Por ley, la Institución distingue dos tipos de régimen de afiliación: el Régimen Obligatorio, dirigido a trabajadores asalariados, y el Régimen Especial y de Afiliación Progresiva, que incluye principalmente a los no asalariados, distribuidos en 10 categorías o grupos de trabajadores. Este último régimen es de afiliación voluntaria (Durán, F.; Ortiz, J. y Díaz, H. OIT, 2013, p.12).

b) *El Instituto Nacional de Previsión del Magisterio (INPREMA)*, creado en 1980, brinda protección a los maestros del sector público y privado; es la organización de previsión social que cubre los docentes del sector público y privado, surgió como producto de las presiones del gremio magisterial. En 1970 el Congreso Nacional emite mediante Decreto (No. 84-70) la Ley de Jubilaciones y Pensiones del Magisterio Nacional, la cual se hizo efectiva en 1971 y para el año 1972 ofrece la cobertura contra los riesgos de invalidez, vejez y muerte a todas las personas que imparten, dirigen, supervisan y administran la educación del país. Con la reforma de 1980, y entrada en vigor de la nueva ley el 1 de enero de 1981 queda derogado el Decreto No 84, del

10 de Diciembre de 1970, y se crea el Instituto de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional.

La situación económica y financiera se considera muy grave ya que en “la última valuación actuarial del INPREMA se efectuó al 31 de Diciembre del 2010, determinándose un déficit de reservas de L. 79,169 millones, y que representan el 460% de sus reservas constituidas. Adicionalmente, la proyección de flujos netos de efectivo, reportan que las reservas constituidas ya han empezado a perder su poder adquisitivo en términos reales, por lo que la situación de iliquidez del Instituto sería grave en caso de no tomarse medidas radicales en el corto plazo (Perdomo, 2011, p.75).

La Ley del INPREMA fue reformada en el 2011, basándose en la norma mínima de seguridad social, convenio 102 de la OIT y en el Decreto No. 286-2009 de fecha 13 de enero de 2010 donde se aprobó la Ley para el Establecimiento de una Visión de País y la Adopción de un Plan de Nación para Honduras.

c) Instituto Nacional de Jubilación de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo (INJUPEMP), constituido en 1971, mediante el Decreto No. 138 con una asignación de 13% del Estado, 8% del trabajador y sin techo de cotización; nace mediante la percepción de los aportes patronales, cotizaciones individuales y la administración e inversión de sus recursos económicos.

Los beneficiarios de este régimen son los servidores públicos de los órganos o entidades del estado, instituciones descentralizadas, desconcentradas y las

municipalidades; y demás Instituciones de derecho público estatal; y los participantes que estando fuera del servicio público decidan voluntariamente mantenerse afiliados al Instituto, de conformidad a la Ley.

d) *El Instituto de Previsión Militar (IPM)*, instituido en 1972, otorga protección a los miembros de las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional y el Cuerpo de Bomberos y se crea mediante disposición constitucional y conforme al artículo 65 de la Ley Constitutiva de las Fuerzas Armadas, relacionada con el artículo 291 de la Constitución de la República, donde se planteó que para la protección, bienestar y seguridad social de todos los miembros de las Fuerzas Armadas, se creara el Instituto de Previsión Militar. En cumplimiento a las disposiciones legales contenidas en el artículo 335 de la Constitución de la República de 1965, se nombró una comisión de estudio para la elaboración del Anteproyecto de Ley del Instituto. El 30 de diciembre de 1971, el Presidente de la República, Doctor Ramón Ernesto Cruz, en Consejo de Ministros emite el Decreto No. 14 mediante el cual autoriza a la Jefatura de las Fuerzas Armadas para que, a partir de enero de 1972 iniciara la organización y funcionamiento del Instituto de Previsión Militar.

e) *El Instituto de Previsión Social de los Empleados de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (INPREUNAH)*, creado en 1989, cubre a docentes y empleados de la UNAH. Se creó gracias a la gestión de los trabajadores universitarios: docentes, administrativos y de servicio organizados en el Sindicato de Trabajadores de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (SITRAUNAH); quienes iniciaron esfuerzos en pro de sus derechos previsionales, los mismos que culminaron en julio de 1989 con el acuerdo de creación del INPREUNAH, durante la administración del Abogado Jorge Omar Casco Zelaya. Las operaciones del instituto se iniciaron en julio de 1990 y entre ese año y el 2002 este instituto funcionó principalmente con los aportes de los empleados universitarios, puesto que la aportación patronal había sido destinada a otros fines, resultando en una

deuda, déficit actuarial e intereses de aproximadamente 900 millones de lempiras.

Al final de la década de los ´90, los docentes universitarios aglutinados en la *Asociación de Docentes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (ADUNAH)*, reivindican el sistema previsional de los trabajadores universitarios que se encontraba en su órgano direccional con una representación mayoritaria de autoridades de la universidad, con lo que se concreta en el 2001, durante la gestión administrativa de la Rectora Ana Belén Castillo, una reforma a la normativa general del INPREUNAH que plantea la modificación en su órgano direccional incorporando a la ADUNAH y a la *Asociación de Jubilados y Pensionados de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (AJUPEUNAH)* a su junta directiva, que conjuntamente con el SITRAUNAH conforman un nuevo balance dentro del órgano de dirección del régimen (INPREUNAH, 2014).

Los beneficios que representa la existencia del INPREUNAH para los afiliados/as son: pensión por jubilación (mediante renta vitalicia ordinaria o mancomunada; o renta vitalicia con periodo garantizado, o jubilación mediante pago único); pensión por invalidez, auxilio extraordinario por invalidez, y prestación por muerte. También considera auxilio funerario.

La Junta Directiva del Instituto de Previsión Social de los Empleados de la *Universidad Nacional Autónoma de Honduras (INPREUNAH)*, en marzo de dos mil seis, mediante acta SE-02-06 basadas en el Decreto No 20904 del Congreso Nacional de Honduras, que contiene la Ley Orgánica de la

Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), realizó reformas a los artículos 4, 6, 8, 30, 35, 51, 58, 66, 67, 70 y 74.

f) El Instituto de Previsión de los Periodistas (IPP), es una organización de previsión privada que se creó en 1985, mediante el decreto 190/85 para beneficio de los miembros del Colegio de Periodistas y contempla únicamente pensiones por invalidez, vejez y muerte.

La contribución obligatoria no está puesta solamente para los que devengan un salario, sino que incluye a todos aquellos periodistas que estén afiliados al Colegio de Periodistas de Honduras, trabajen o no, tengan las condiciones de inversionistas o asalariados, ejerzan la profesión independientemente o tengan otra; todos sin excepción, se consideran miembros del Instituto. Los beneficios sociales de la Ley del Instituto de Previsión del Periodista, no responden a normas contenidas en las leyes de la república en cuanto a control, supervisión y vigilancia de sus operaciones financieras y administrativas.

En 2009, el gobierno hondureño emprendió un plan nacional de desarrollo denominado: *“Plan Nacional-Visión de País: 2010-2038”*, el cual integra los objetivos y las metas tanto de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza como de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Entre 2010 e inicios del 2014, este plan fue el hilo conductor de muchas de las acciones del ejecutivo. El primer objetivo del Plan de Nación se refiere a la previsión social *“Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social”*; sin embargo la relevancia de esta Ley disminuyó significativamente con la entrada del siguiente Gobierno (2014-2018).

El 2 de noviembre de 2012, Honduras ratificó, ante la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Convenio 102 sobre normas mínimas de seguridad social, donde el Estado de Honduras se compromete a aplicar las disposiciones

establecidas en el mismo, a partir de noviembre de 2013, para garantizar un nivel mínimo de protección social a los hondureños y hondureñas y residentes en el país.

En diciembre del año 2014, el ejecutivo presentó la propuesta de una nueva ley marco de protección social al poder legislativo para su aprobación. Dicha propuesta de Ley se aprobó en el 2015 y tiene por objeto crear el marco legal de las políticas públicas en materia de protección social, en el contexto de convenios, principios y mejores prácticas nacionales e internacionales que rigen la materia; a fin de permitir a la comunidad de habitantes, alcanzar de forma progresiva y sostenible financieramente, una cobertura digna en los momentos de mayor vulnerabilidad, a través de la prevención y el manejo de los riesgos asociados a su ciclo de vida.

Entre sus puntos más relevantes, la ley contempla la creación de: 1. Régimen del Piso de Protección Social; 2. Régimen del Seguro de Previsión Social; 3. Régimen del Seguro de Atención de la Salud; 4. Régimen del Seguro de Riesgos Profesionales; y, 5. Régimen del Seguro de Desempleo y Otras Causas de Terminación de la Relación de Trabajo.

La aplicación de la Ley Marco de Protección Social depende de las reformas/creación de otras leyes relacionadas.

CAPÍTULO III. HIPÓTESIS

3.1 Planteamiento de hipótesis

VARIABLES como la cotización a un sistema de previsión social, el sexo, el nivel educativo, el dominio, el área de residencia, el nivel de empleo, el estado conyugal, jefatura de hogar, la línea de pobreza, quintil de ingreso, tenencia de la vivienda, condiciones de la vivienda, tipo de alumbrado y acceso a agua, son factores que determinan la probabilidad de que la PAM sea vulnerable en Honduras.

3.2 Definición de variables e indicadores

Los indicadores fueron priorizados observando una lógica de las variables más relevantes desde el punto de vista sociodemográfico, económico y de previsión social.

Tabla 6. Variables e indicadores escogidos para la caracterización

Variables	Indicadores
Sexo	Porcentaje de PAM ¹⁶ desagregada por sexo
Área de residencia	Porcentaje de PAM desagregada rural y urbana
Dominio	Porcentaje de PAM en el Distrito Central, San Pedro Sula, ciudades medianas, ciudades pequeñas o zona rural.
Índice de envejecimiento	Índice de envejecimiento de Honduras
Índice de dependencia	Índice de dependencia de Honduras
Estado Conyugal	Porcentaje de PAM según estado conyugal.
Jefatura del hogar	Porcentaje de PAM jefes de hogar
Nivel educativo alcanzado	Porcentaje de PAM por mayor por nivel educativo alcanzado
Analfabetismo	Porcentaje de PAM analfabeta.
Condición de actividad	Porcentaje de PAM según condición de actividad.
Nivel de empleo	Porcentaje de PAM subempleada visible, subempleada invisibles y sin problemas de empleo
Necesidades básicas insatisfechas (NBI)	Porcentaje de PAM con una o más NBI.
Línea de pobreza	Porcentaje de PAM en pobreza extrema y pobreza relativa y no pobres
Quintil de ingresos	Porcentaje de PAM según quintil de ingresos
Condiciones de vivienda: material de piso, de techo, paredes, obtención de agua, y alumbrado eléctrico.	Porcentajes de personas adultas mayores según sus condiciones de vivienda, obtención de agua y alumbrado.
¿Recibe pensión?	Porcentaje de PAM que reciben pensión
En alguna de sus ocupaciones, Cotiza usted a: a)RAP b)INJUPEMP c)INPREMA d)IPM e)IHSS f)Fondo privado de pensiones g)Seguro médico privado	Porcentaje de PAM que cotiza a un sistema de previsión social.

Fuente: *Elaboración propia.*

¹⁶ PAM: Población adulta mayor.

3.3 Plan de análisis

Tabla 7. Plan de análisis de la investigación

Objetivos específicos	Conceptos	Variables	Indicadores para 2006 y 2013
<p>1) Caracterizar sociodemográficamente y económicamente a los(as) adultos(as) mayores en Honduras, según sexo y área de residencia para los años 2006 y 2013.</p>	<p>-Caracterización: Desde una perspectiva investigativa la caracterización es una fase descriptiva con fines de identificación, entre otros aspectos, de los componentes, acontecimientos (cronología e hitos), actores, procesos y contexto de una experiencia, un hecho o un proceso (como se cita en CEDEVI, 2010, p.1)</p> <p>-Adulto Mayor: Persona que haya cumplido sesenta (60) años, nacional o extranjero con la debida acreditación de residencia. (Ley N° 31,361. 2007. Ley Integral del Adulto Mayor y Jubilados en Honduras, Art. 3. p. A2)</p> <p>-Hogar: Es aquel formado por una sola persona ó grupo de dos ó más personas unidas ó no entre sí por vínculos familiares, que se asocian para ocupar total ó parcialmente una vivienda particular así como para proveer el presupuesto para la satisfacción de sus necesidades de alimentación ó de otra índole. (INE, http://www.ine.gob.hn/index.php/component/content/article?id=87)</p> <p>-Envejecimiento: Es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional. El número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años aumentó en el siglo xx de 400 millones en la década de los años cincuenta a 700 millones en la década de los noventa, y se estima</p>	<p>-PAM</p> <p>-Sexo</p> <p>-Área de residencia</p> <p>-Dominio</p> <p>-Estado Conyugal</p> <p>-Jefatura del hogar</p> <p>-Nivel educativo alcanzado</p> <p>-No sabe leer y escribir (analfabetismo)</p> <p>-Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)</p> <p>-Línea de pobreza</p> <p>-Quintil de ingresos</p> <p>-Nivel de empleo</p> <p>-Condición de actividad</p> <p>-Condiciones de vivienda, materiales de piso, techo y paredes, obtención de agua y alumbrado eléctrico.</p> <p>-Tenencia de la vivienda</p> <p>-Recibe pensión</p>	<p>-Porcentaje de PAM en relación a población total de Honduras</p> <p>-Porcentaje de PAM según sexo</p> <p>-Porcentaje de PAM según área de residencia</p> <p>- Porcentaje de PAM según dominio.</p> <p>-Porcentaje de PAM según estado conyugal</p> <p>-Porcentaje de PAM jefes de hogar</p> <p>-Porcentaje de PAM según nivel educativo alcanzado</p> <p>-Porcentaje de PAM según analfabetismo</p> <p>-Porcentaje de PAM según NBI</p> <p>--Porcentaje de PAM según línea de pobreza</p> <p>-Porcentaje de PAM según quintil de ingresos</p> <p>-Porcentaje de PAM según nivel de empleo</p> <p>-Porcentaje de PAM según condición de actividad</p> <p>- Porcentaje de PAM según tenencia de la vivienda</p>

	<p>que para el año 2025 existirán alrededor de 1.200 millones de ancianos. (Jiménez, Y.; Pintado, Y.; Rodríguez, A.; Guzmán, L. y Clavijo, M.; 2010, p. 240).</p> <p>-Índice de envejecimiento (IE): es una medida para valorar, el proceso de envejecimiento de las poblaciones y metodológicamente consiste en la relación de la población adulta mayor (60 años y más) y la población joven (menor de 15 años). (Trejo, 2014, p.47)</p> <p>-Índice de dependencia o relación de dependencia: La relación de dependencia demográfica normalmente considera a la población en edades potencialmente inactivas (Población de 0-14 años y población de 65 años y más) con las potencialmente activas (Población de 15-64 años). Sin embargo para la presente investigación se considera la relación de dependencia entre la población inactiva (Población de 0 a 14 años y población de 60 años y más) con las potencialmente activas (población de 15-59 años), dado que según la Ley Integral del Adulto Mayor y Jubilados en Honduras los adultos mayores son las personas de 60 años y más.</p>	<p>-En alguna de sus ocupaciones ¿Cotiza usted a:</p> <p>a)RAP b)INJUPEMP c)INPREMA d)IPM e)IHSS f)Fondo privado de pensiones g)Seguro médico privado</p>	<p>-Porcentaje de PAM según condiciones de vivienda -Porcentaje de PAM según obtención de agua para consumo -Porcentaje de PAM según tipo de alumbrado de vivienda -Porcentaje de PAM que reciben pensión -Porcentaje de PAM que cotizan a un sistema de previsión social: RAP, INJUPEMP, INPREMA, IPM, IHSS, Fondo Privado de pensiones, o seguro médico privado.</p> <p>*todos los indicadores se desagregan por sexo y área de residencia</p>
<p>2) Determinar la probabilidad de vulnerabilidad de los(as) adultos(as) mayores asociada con</p>	<p>Pobreza¹⁷:</p> <p>-Como concepto material (necesidad), la pobreza se entiende como carencia de bienes o servicios materiales. - Si la pobreza está asociada a la falta de recursos, también puede ser entendida en términos económicos. Uno de los enfoques más</p>	<p>Variables consideradas para el objetivo 1.</p>	<p>Probabilidad de que PAM sea vulnerable según:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sexo, - área de residencia - dominio

¹⁷ La medición de la pobreza comprende varias etapas. En primer lugar, se debe especificar la definición de pobreza que se utilizará. "Necesidad", "nivel de vida" y "carencia de recursos" han sido las definiciones más utilizadas; aunque estos términos engloban tanto aspectos tangibles como intangibles, en la práctica se han enfocado principalmente sobre los primeros. En este sentido, el indicador de bienestar preferido para "nivel de vida" suele ser el consumo, y el ingreso se utiliza más bien como una aproximación. Para el caso de "carencia de recursos", el ingreso es el indicador de bienestar más apropiado. En ambos casos, la teoría sugiere utilizar indicadores ajustados por una escala de equivalencia, que refleje las distintas necesidades de las personas. La identificación de los pobres puede hacerse por varios métodos, conceptualmente distintos entre sí, que pueden clasificarse en "directos - indirectos", "objetivos - subjetivos" y en "absolutos - relativos". La teoría no permite elegir un método por sobre los demás. Dado que ningún método de identificación y agregación es completo por sí solo, muchos autores plantean la necesidad de integrar distintos métodos para captar de mejor manera diversos aspectos de la pobreza. El método combinado entre línea de pobreza y necesidades insatisfechas constituye un ejemplo, así como la propuesta para la nueva línea de pobreza estadounidense, en la que se combina métodos absolutos y relativos. Feres, J. y Mancero, X. (2001, p.37).

<p>factores socio-demográficos, económicos y su afiliación al sistema de seguridad social para los años 2006 y 2013.</p>	<p>utilizados para medir la pobreza es el de los ingresos, por lo que algunos científicos sociales consideran que la pobreza es equivalente a bajos ingresos. (Spicker, s.a, p.292, 294)</p> <p>Línea de pobreza: el Banco Mundial (BM) define una línea de pobreza como el costo monetario de un nivel de bienestar de referencia para una persona dada, en un momento y lugar dados. La pobreza extrema que equivale a "1 dólar diario"; este umbral representa un estándar internacional mínimo de pobreza, desarrollado por el BM a los efectos de disponer de una medida de pobreza absoluta comparable entre las distintas regiones y países en desarrollo.</p> <p>Vulnerabilidad: Desde una perspectiva combinada y para esta investigación, la noción de vulnerabilidad es entendida como un proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas. La vulnerabilidad social de sujetos y colectivos de población se expresa de varias formas, ya sea como fragilidad e indefensión ante cambios originados en el entorno, como desamparo institucional desde el Estado que no contribuye a fortalecer ni cuida sistemáticamente de sus ciudadanos; como debilidad interna para afrontar concretamente los cambios necesarios del individuo u hogar para aprovechar el conjunto de oportunidades que se le presenta; como inseguridad permanente que paraliza, incapacita y desmotiva la posibilidad de pensar estrategias y actuar a futuro para lograr mejores niveles de bienestar.</p> <p>(Busso, 2001, p.8)</p>		<ul style="list-style-type: none"> - estado conyugal - jefatura de hogar - nivel educativo alcanzado - analfabetas - condición de actividad - nivel de empleo - línea de pobreza - quintil de ingreso - tipo de tenencia de la vivienda - condiciones de la vivienda- - obtención de agua para consumo - tipo de alumbrado de vivienda - ingreso por pensión - cotización al seguro social
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Chambers plantea que la vulnerabilidad se relaciona con el “desamparo, las inseguridades y la exposición a riesgos, traumas y estrés” que expone a los individuos, los hogares y las comunidades a un mayor riesgo de pobreza (como se cita en CLACSO, 2009, p. 290)</p> <p>Previsión Social: Previsión: Viene del latín praevisio, previsión es la acción y efecto de prever (ver con anticipación, conjeturar lo que sucederá mediante la interpretación de señales o indicios, o bien preparar medios para futuras contingencias). Social: Del latín socialis, es aquello que pertenece o que es relativo a la sociedad (el conjunto de individuos que comparten una cultura y que interactúan entre sí, conformando una comunidad). La previsión social se encarga de brindar una protección a aquellas personas que están imposibilitadas de obtener un ingreso, ya sea de manera temporal o permanente. Estos servicios sociales, por lo tanto, contribuyen a la cobertura de las principales problemáticas sociales, como la pobreza, la salud, el desempleo, la discapacidad o la vejez. Fuente: http://definicion.de/prevision-social/ Protección Social: es la intervención pública para (i) asistir a personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo y (ii) proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza. La Protección Social es como una red de protección y a la vez como un trampolín para los pobres. Si bien debería existir una red de protección para todos, los programas también deberían entregar a los pobres la capacidad de salir de la pobreza. (Holzmann, R. y Jorgensen, S. 2000, p.3). Seguridad Social. La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las</p>		
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

	<p>privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos.</p> <p>(OIT, 2008. p.5)</p>		
<p>3)Revisar las principales reformas realizadas en las leyes de los institutos de previsión social de los últimos años.</p>	<p>Reforma: Aquello que se propone, proyecta o ejecuta como innovación o mejora en algo.</p> <p>Diccionario de la Real Academia de la Lengua.</p> <p>Fuente: http://dle.rae.es/?id=VdvBdgW</p>	<p>-Leyes de los institutos de previsión social de Honduras: IHSS, INPREMA; INJUPEMP (y sus reformas) y Ley Marco de Previsión Social.</p>	<p>Análisis de los cambios principales realizados a través de las reformas en las leyes de INPREMA e INJUPEMP, IHSS y Ley Marco de Protección Social.</p>

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

Se trata de una investigación correlacional donde se pretende observar los cambios en las variables sociodemográficas y económicas de los adultos(as) mayores para los años 2006 y 2013, que determinan el estado de vulnerabilidad de esta población en Honduras. La unidad de análisis es la población adulta mayor integrada por las personas de 60 y más años de edad.

Según Cazau, P. (2006, p. 27) la investigación correlacional tiene como finalidad medir el grado de relación que eventualmente pueda existir entre dos o más conceptos o variables, en los mismos sujetos. Los estudios correlacionales pretenden observar cómo se relacionan o vinculan diversos fenómenos entre sí; averiguar cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas, es decir, el propósito es predictivo.

La investigación correlacional determina la variación en unos factores en relación con otros y está indicada para establecer relaciones estadísticas entre características o fenómenos, pero no conduce directamente a establecer relaciones de causa-efecto (Martínez, 2011, p.14).

Para Salinas (s.f. p. 17) la investigación correlacional también llamada *ex post facto* es aquella que se realiza después que han ocurrido las variaciones en la variable independiente en el transcurso natural de los acontecimientos. Pretende comprender las relaciones entre los fenómenos tal como ocurren espontáneamente, sin la intervención del investigador.

Los datos de las variables en esta investigación fueron recopilados por las EPHPM de los dos años de estudio, es decir que se usan una vez han sucedido; que es lo planteado en las investigaciones correlacionales.

4.2 Fuentes de datos

Las principales fuentes utilizadas en la investigación fueron las bases de datos de las Encuestas Permanentes de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) de los años 2006 y 2013, los registros administrativos del IHSS; información primaria de la Comisión Nacional de Banca y Seguros (CNBS) relacionada con las reformas de Ley de INJUPEMP e INPREMA. Además fuentes secundarias sobre los temas enfocados, como son los estudios recientes realizados en el país por la OIT.

Las Encuestas Permanentes de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) son realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras (INE), todos los años, consideran como unidades de análisis los hogares y las personas. En este caso la unidad de análisis son las personas adultas mayores.

En las EPHPM, para el levantamiento de la información, los equipos de encuestadores formados por el INE visitan e investigan hogares que habitan viviendas particulares, se incluyen aquellos hogares que usan como vivienda particular locales no construidos expresamente como tales, es decir, que viven en garajes, casas rodantes, bodegas y similares. Sin embargo no se toman en cuenta viviendas colectivas como son: hoteles, hospitales, cárceles, cuarteles militares, conventos, y otras de este tipo; ni tampoco embajadas o residencias de embajadores y/o cónsules (INE, 2006 p.2 y 2013. p.7).

Para todo el análisis de la situación de los(as) adultos(as) mayores se tomaron los años 2006 y 2013 con el fin de establecer comparaciones y ver la evolución de los indicadores en un lapso de 8 años. Se realizó la caracterización de la población adulta mayor a través de la descripción de variables sociodemográficas,

económicas y de previsión social : edad y sexo, jefatura de hogar, estado conyugal, nivel educativo, analfabetismo, nivel de empleo, condición de actividad, condiciones de vivienda, acceso a servicios y afiliación a sistemas de previsión social, con datos de las EPHPM. El año 2013 se escogió como el año final por ser el período más reciente con datos de la EPHPM disponibles al momento de iniciar la investigación.

4.3 Población y muestra

Se tomó únicamente el segmento de las bases de datos de las EPHPM de 2006 y 2013, considerándose todas las personas de 60 y más años de edad que viven en Honduras como unidad de análisis.

Para la XXXII EPHPM (Mayo 2006) que es realizada por el INE, el marco muestral lo constituyeron las 1,436,978 viviendas registradas en el Pre-censo (1999) del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, con su respectiva segmentación y cartografía. Las viviendas del Marco estaban distribuidas en 20,270 segmentos censales, los que conformaban las Unidades Primarias de Muestreo (UPM). Cada una de estas UPM tenía en promedio 75 viviendas. Las Unidades Secundarias de Muestreo (USM) las constituyeron las Medidas de Tamaño (MT) o grupos compactos, compuesto de cinco viviendas adyacentes entre sí. El Marco fue dividido en cuatro áreas de estudio o dominios. Distrito Central, San Pedro Sula, Resto Urbano y Rural. Los tres primeros dominios son el total urbano. La definición de urbano se tomó del Pre-censo, considerando como tal todas y cada una de las cabeceras municipales; la excepción se considera rural (INE, 2006 p.2 y 2013. p.7).

La muestra para la XXXII EPHPM (2006) fue de 20,955 viviendas, seleccionadas sin tomar en cuenta los departamentos de Gracias a Dios e Islas de la Bahía.

El hecho de que solo sean 20,955 permite hacer estimaciones a nivel de departamento, sin afectar las estimaciones para cada uno de los dominios de estudio definidos. La muestra se distribuyó con asignación proporcional al tamaño entre los dominios. La distribución de la muestra fue de 11670 en el área urbana y 9285 en el área rural. Esta encuesta se considera representativa a nivel nacional, urbano y rural, dominio, y a nivel de 16 de los 18 departamentos del país (INE, 2013¹⁸)

Según ILO Microdata Repository (2016, p.8) el marco muestral de la XLIV EPHPM (Mayo 2013) lo constituyeron 1, 436,978 viviendas registradas en el Pre-censo (1999) del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, con su segmentación y cartografía. Las viviendas del Marco están distribuidas en 20,270 segmentos censales, los que conforman las Unidades Primarias de Muestreo (UPM). Cada una de estas UPM tiene en promedio 75 viviendas. El Marco fue dividido en cuatro áreas de estudio o dominios: Distrito Central, San Pedro Sula, Resto Urbano y Rural. Los tres primeros dominios sumados dan el total urbano del país. La definición de urbano se tomó del Pre-censo, considerando como tal todas y cada una de las cabeceras municipales; igualmente la excepción se considera rural.

La muestra para la XLIV EPHPM (2013) fue de 7,200 viviendas seleccionadas sin tomar en cuenta los departamentos de Gracias a Dios e Islas de la Bahía. La muestra se distribuyó con asignación proporcional al tamaño entre los dominios. La distribución de la muestra fue de 3,936 en el área urbana y 3,264 en el área rural (INE, 2006 p.3 y 2013. p.8).

4.4 Métodos y técnicas de investigación

La presente investigación se realizó aplicando el método científico donde se analizaron las variables que se consideraban relevantes para caracterizar a los adultos mayores. A pesar que enfocarse en la vulnerabilidad implica asumir

¹⁸ Tomado de la página web <http://181.189.226.85/index.php/catalog/27#page=sampling&tab=study-desc>

problemas para su medición, debido a la naturaleza compleja del concepto se decidió medir la vulnerabilidad social, a través de los diferentes indicadores revisados en la caracterización que fueran significativos en el marco de la aplicación del modelo estadístico utilizado. Como se observa a lo largo de las secciones del estudio, se tiene en cuenta la perspectiva de género (datos desagregados por sexo y área de residencia).

La investigación se aborda desde el concepto de vulnerabilidad planteado, sin limitarse a la noción de pobreza. Este trabajo se desarrolla con la expectativa de que sea útil no sólo para el debate académico, sino también para el propio conocimiento por parte de los actores y para los diseñadores y ejecutores de políticas públicas.

Para el análisis cuantitativo, se usó el software SPSS, versión 22 en la parte descriptiva de caracterización de la población en estudio y STATA para la regresión logística con las variables de la caracterización, lo cual constituye uno de los mayores aportes de esta investigación.

Revisión y análisis cualitativo, en relación a todos los objetivos y en especial el objetivo 3 del estudio, se realizó una recopilación de la literatura más reciente sobre el tema y las reformas de las leyes de los institutos de previsión social, para concluir sobre los cambios planteados y las posibles implicaciones para la población adulta mayor.

Los enfoques utilizados en la investigación son el demográfico y el AVEO. El enfoque demográfico ya que se analiza la situación de los adultos mayores como un segmento de la población en crecimiento en la estructura por edades (teoría de la compresión de la morbilidad: aumento de la esperanza de vida y la concentración de las enfermedades al final del ciclo vital gracias a los avances en salud), junto con la teoría de transición demográfica (menores tasas de fecundidad y de

mortalidad) que en su final se caracteriza por una tendencia al aumento del peso de la población más envejecida.

El enfoque AVEO (**activos, vulnerabilidad y estructura de oportunidades**) planteado por Kaztman y Filgueira en 1999 hace una relación entre la vulnerabilidad, los activos (entre ellos la vivienda) y la estructura de oportunidades (enmarcadas en las políticas y estrategias donde participan el Estado, el mercado y la sociedad); estableciendo una relación entre las variables usadas en la caracterización y el enfoque AVEO, las mismas se pueden asignar de la siguiente manera:

Activos: condiciones de la vivienda: tenencia, piso, techo, paredes, tipo de alumbrado, acceso a agua para consumo, y línea de pobreza).

Estructura de oportunidades: Afiliación al seguro social (políticas de previsión social), nivel educativo, analfabetismo, nivel de empleo (mercado laboral), condición de actividad, área de residencia y estado conyugal.

Dado que no existe una medición concreta de la vulnerabilidad ya que se trata de un concepto cualitativo, en esta investigación se planteó que la vulnerabilidad sería la condición de tener una o más NBI (por lo tanto al aplicar el modelo de regresión logístico se usaron las variables analizadas en la caracterización, incluyendo el indicador de afiliación a la seguridad social y se tomaron los indicadores que resultaron significativos (11 en el 2006 y 16 en el 2013).

La corresponsabilidad de la investigación con el enfoque de vulnerabilidad, específicamente el enfoque AVEO, se puede notar en uno de los postulados de sus autores, donde afirman que:” el nivel de vulnerabilidad de un hogar depende de la posesión o control de activos, es decir, de los recursos requeridos para el aprovechamiento de las oportunidades que brinda el medio en que se desenvuelve”. Agregan que los cambios en la vulnerabilidad de los hogares pueden producirse por

cambios en los recursos que poseen o controlan, por cambios en los requerimientos de acceso a la estructura de oportunidades o por cambios en ambas dimensiones (como se cita en González, s.f., p.5). Al realizar la medición de los niveles de afiliación al seguro social y otros sistemas previsionales y hacer la revisión de las reformas que se han dado a nivel de las leyes de los institutos de previsión social en Honduras (3er objetivo del estudio) se puede notar la similitud que se da con lo analizado por Aranibar (2001), que aplica el concepto de vulnerabilidad a nivel de las personas mayores y examina las reformas del Estado, políticas de servicios y vejez, concluyendo que “los enfoques de la desigualdad y la dependencia han sido aportes importantes a la comprensión sociológica de la vejez, pero se ha privilegiado el concepto emergente de vulnerabilidad, pues permite tanto la comprensión de variables estructurales (al contextualizar el fenómeno de la vejez dentro de un patrón de desarrollo específico) como meso y microsociales (comunidades, familias e individuos) y hace posible identificar elementos (activos) que fáctica o potencialmente pueden ser movilizados por las personas mayores, sus familias y comunidades y para satisfacer sus necesidades y requerimientos específicos” (p.64)

- **Modelo de Regresión Logística**

A partir de las variables definidas en este estudio y descritas en la caracterización, se determinó usar en el modelo todas aquellas variables que resultaran significativas una vez recodificada la base, transformando las mismas en dicotómicas.

En este caso se construyó el indicador de vulnerabilidad social basándose en un modelo de regresión logística, donde se incluyen un total de 11 indicadores para el 2006 y 16 indicadores para el 2013, relacionados con aspectos sociodemográficos, económicos y de seguridad social. Cada una de estas variables manifiesta el fenómeno de exclusión, marginación y pobreza, que deja en estado de desprotección a individuos o familias y los coloca en una situación de vulnerabilidad.

En cuanto a la afiliación a los sistemas de previsión social para el modelo de regresión solo se tomó en cuenta el indicador relacionado con la afiliación al IHSS, dado que es el de mayor cobertura en el país; los otros institutos de previsión social presentan coberturas mucho más bajas y sin duda, ese reducido número de casos de cobertura le restaría confiabilidad a los resultados del modelo; esos datos se tomaron en cuenta únicamente como parte de la caracterización general de los(as) adultos(a) mayores.

Para el modelo de regresión logística se utilizaron los datos de los años 2006 y 2013; con el fin de calcular el impacto de determinadas variables en la condición de vulnerabilidad de un(a) adulto(a) mayor y basándose teóricamente en el enfoque demográfico y el enfoque AVEO (activos, vulnerabilidad y estructura de oportunidades). El planteamiento del análisis partió de que un(a) adulto(a) mayor es vulnerable cuando tiene una o más necesidades básicas insatisfechas; dado que la vulnerabilidad es un concepto que no cuenta con una medición específica.

Se trabajó un modelo econométrico no lineal logit, utilizando un conjunto de variables de las base de datos de EPHPM 2006 y EPHPM 2013 para observar la influencia de los factores sociodemográficos, educativos y económicos sobre el estado de vulnerabilidad del adulto mayor en Honduras.

En el modelo de regresión logit o logístico, la variable dependiente es binaria o dummy, es decir, se define una variable “Y” (variable dependiente) que puede tomar dos valores; cada uno de ellos representa una combinación particular de la condición de vulnerabilidad del adulto mayor, es decir, si tiene o no necesidades básicas insatisfechas, esto de la manera siguiente:

$y_i = 1 [y_i^* > 0]$: si el(la) adulto(a) mayor tiene necesidades básicas insatisfechas.

$y_i = 0 [y_i^* \leq 0]$: si el(la) adulto(a) mayor no tiene necesidades básicas insatisfechas.

Donde: y_i^* es una variable latente no observable.

El modelo de regresión logit, es un modelo de respuesta binaria, donde el interés yace principalmente en la **probabilidad de respuesta**. La formulación del modelo es la siguiente:

$$P(y = 1|x) = P(y = 1|x_1, x_2, \dots, x_k),$$

Dónde: $X =$ denota el conjunto total de variables explicativas (en este caso, cuando y es el indicador **de necesidades básicas insatisfechas**, es decir, si un adulto mayor tiene **necesidades básicas insatisfechas**, entonces x contiene varias características individuales del adulto mayor como la educación, edad, condición de pobreza y otros factores que afectan el estado de vulnerabilidad.

El modelo logit considera una clase de respuesta binaria considerando la siguiente ecuación:

$$P(y = 1|x) = G(\beta_0 + \beta_1x_1 + \dots + \beta_kx_k) = G(\beta_0 + x\beta)$$

Dónde: $P(y=1|x) =$ es la probabilidad de que un adulto mayor tenga necesidades básicas insatisfechas. $X =$ es la matriz de variables consideradas (variables independientes). $G =$ es una función que asume valores estrictamente entre cero y uno para todos los números reales z . Esto asegura que las probabilidades de respuesta estimada sean estrictamente entre cero y uno. En el modelo logit G es la función logística que está entre cero y uno para todos los números reales z . Esta es la función de distribución acumulada (fda) para una variable aleatoria logística estándar:

$$G(z) = \exp(z)/[1 + \exp(z)] = (z)$$

El modelo logit, asume que existe una variable latente no observable (y^*) la cual está conectada con la variación de los regresores:

$$y_i^* = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \dots + \beta_k X_{ki} + u_i$$

Según esta idea, cuando esa variable latente supera el umbral del “0”, sucede el “suceso” $y=1$ y en caso contrario sucede $y=0$.

$$Y = \begin{cases} 0 & \text{no ocurre = no vulnerable} \\ 1 & \text{si ocurre = vulnerable} \end{cases}$$

En esta situación interesa la probabilidad de éxito, dados los valores de las covariables $\pi(X)$: esto es lo que pretende este modelo, establecer una correlación entre esa probabilidad y las variables explicativas.

Una vez especificada la ecuación de dicho modelo y tomando en cuenta las bases de datos de las EPHPM 2006 y 2013, se procede a especificar la ecuación del modelo logit para el año 2006 y para el 2013 de la siguiente forma:

$$P(nbi = 1|x) = \phi(\beta_0 + \beta_1 SS + \beta_2 mujer + \beta_2 Hombre + \beta_2 area + \beta_3 casado + \beta_4 soltero + \beta_5 divorciado + \beta_6 separado + \beta_7 viudo + \beta_8 sps + \beta_9 cp + \beta_{10} pobrext + \beta_{11} nopobre + \beta_{12} prim + \beta_{13} secund + \beta_{14} sup + \beta_{15} spe + \beta_{16} sei)$$

Dónde: nbi = es adulto(a) mayor con una o más necesidades básicas insatisfechas, es decir la vulnerabilidad del adulto mayor. Se trata de la variable dependiente que es una respuesta binaria (1=con necesidades básicas insatisfechas, y 0 = sin necesidades básicas insatisfechas).

Como variables independientes o explicativas:

SS= Si el(la) adulto(a) mayor está sin seguro social

Mujer: Si la adulta mayor es mujer

Hombre= Si el adulto mayor es hombre

área= Si el(la) adulto(a) mayor vive en el área urbana

casado = Si adulto(a) mayor es casado/a
soltero= Si adulto(a) mayor es soltero/a
divorciado= Si adulto(a) mayor es divorciado
separado= Si adulto(a) mayor es separado
viudo = Si adulto(a) mayor es viudo/a
sps = Si adulto(a) mayor vive en San Pedro Sula
cp= Si adulto(a) mayor vive en ciudades pequeñas
pobrext = Si adulto(a) mayor está en condición de pobreza extrema
no pobre= Si adulto(a) mayor es no pobre
prim = Si adulto(a) mayor tiene educación primaria
secun = Si adulto(a) mayor tiene educación secundaria
sup = Si adulto(a) mayor tiene educación superior
spe = Si adulto(a) mayor no tiene problemas de empleo
sei = Si adulto(a) mayor es un subempleado invisible

Por lo descrito en los párrafos anteriores, en la tabla 8 se definen las variables a utilizar para el análisis de regresión de ambos años y se presentan los signos esperados.

Tabla 8. Variables empleadas en el análisis de regresión

Variable dependiente	Definición	
nbi	1 = Adulto mayor con necesidades insatisfechas. 0 = Adulto mayor sin necesidades básicas insatisfechas.	
Variables Independientes	Definición	Signo esperado
Seguridad Social	1= sin seguro social (SS) 0= con seguro social (SSi)	+ -
Sexo	1= hombre 1= mujer	+ +
Área de residencia (ur)	1= Urbano (AREA) 1= Rural (AREA1)	- +
Dominio	1= Tegucigalpa (TGA) 1 = San Pedro Sula (SPS) 1 = Ciudades pequeñas (CP)	- - +

Estado conyugal	1= casado (CASADO)	-
	1= soltero (SOLTERO)	+
	1= divorciado (DIVORCIADO)	+
	1= separado (SEPARADO)	+
	1=viudo (VIUDO)	+
Línea de pobreza	1 = Pobreza extrema (POBREXT)	+
	0 = No pobre (NO POBRE)	-
Nivel educativo	0 = sin nivel (SIN NIVEL)	+
	1 = Primaria (PRIMARIA)	-
	1 = Secundaria (SECUNDARIA)	-
	1 = Superior (SUPERIOR)	-
Nivel de empleo	0 = sin problemas de empleo (SPE)	-
	1 = subempleado invisible (SEI)	+
	1= subempleado visible (SEV)	+

Fuente: Elaboración propia

Para la realización del modelo logit se recodificó cada variable en las bases de datos 2006 y 2013, tomando en cuenta que se tratan de variables dicotómicas o binarias (en cuanto a las variables independientes o exógenas). Por otro lado, la variable dependiente también es binaria o dummy, es decir, en la cual el 1 indica presencia de una categoría y el 0 ausencia de la misma.

El modelo logit resulta útil en aquellas situaciones en las que se desea clasificar a los sujetos según los valores de un conjunto de variables predictivas. Si la variable determinante se incrementa en una unidad, el signo del coeficiente estimado de una categoría dada, indica la dirección del cambio en la probabilidad de que un adulto mayor tenga necesidades básicas insatisfechas, es decir, si el signo es (-) la probabilidad que un adulto sea vulnerable disminuye, por el contrario si el signo es (+) la probabilidad aumenta.

Debido a que el objetivo del presente trabajo es mostrar como inciden los factores socio-demográficos, económicos y de previsión social en la condición de

vulnerabilidad de los(as) adultos(as) mayores, el modelo Logit, sirve para determinar la probabilidad que un(a) adulto(a) mayor sea vulnerable o no, tomando en cuenta algunas variables específicas de los años 2006 y 2013 que resultan significativas al correr el modelo.

CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este capítulo tiene el objetivo de dar a conocer detalladamente los resultados que se lograron en el proceso de investigación a través de la descripción y análisis de los indicadores escogidos. En primera instancia se presentan los resultados que se obtuvieron utilizando estadística descriptiva por medio de tablas o gráficas generales para cada indicador a nivel nacional y también para los datos desagregados por sexo y área de residencia, permitiendo la comparación de los dos años estudiados; luego se enfocan los resultados del modelo logístico y finalmente los resultados del análisis de las últimas reformas en los sistemas de previsión social del país que responden al tercer objetivo de la investigación.

5.1 Presentación de los resultados obtenidos

Los resultados del estudio se plantean desde la óptica demográfica y socioeconómica, ya que como lo refiere Pérez (2004, p.2), la vulnerabilidad está asociada a la previsión social en el sentido económico, pues el envejecimiento demográfico se traduce en que la población activa debe soportar la dependencia económica de un número creciente de ancianos. En estas circunstancias, el envejecimiento demográfico es considerado como un verdadero desastre económico ineludible, con el que los países occidentales esperan encontrarse en un horizonte temporal bastante próximo.

5.1.1 Caracterización sociodemográfica y económica de los(as) adultos(as) mayores en Honduras, según sexo y área de residencia para los años 2006 y 2013.

Se presenta en esta sección la descripción de la situación de la Población Adulta Mayor (PAM) en el país, con base en variables de tipo socio-demográfico y económico para los años 2006 y 2013, de manera que puedan compararse y explicar su evolución.

- **PAM por sexo y área de residencia**

En 2006 en Honduras había 7 adultos mayores por cada 100 habitantes. Luego de 8 años, en el 2013, la cantidad sufrió un aumento de aproximadamente 100,000 personas, 9 adultos mayores por cada 100 habitantes. El incremento de la población adulta mayor entre 2006 y 2013 fue de 2.2 puntos porcentuales, lo que indica que con el proceso de transición demográfica la población adulta mayor está aumentando en proporciones mayores, y es necesario tomar medidas desde el Estado para responder a las demandas sociales de este segmento poblacional.

Dentro de la población adulta mayor hay predominio femenino, en los dos años estudiados esta característica permanece, como se puede observar en la tabla 9. Nacen casi la misma cantidad de niñas que de niños, sin embargo, en etapas tempranas mueren más niños; igualmente mueren hombres por violencia, la esperanza de vida es mayor en las mujeres y migran más hombres que mujeres.

En cuanto al área de residencia se puede observar que en el 2006 habían más adultos(as) mayores en la zona rural. Pero a través del tiempo los porcentajes se han ido equiparando hasta que en el año 2013 se tiene un mayor porcentaje de adultos mayores en la zona urbana, lo cual podría relacionarse con el proceso sostenido de urbanización que se está experimentando el país y con la migración del campo a la ciudad (tabla 9).

La migración internacional (especialmente la emigración) es un fenómeno que empezó a darse hace aproximadamente 30 años, los adultos mayores de hoy fueron los adultos jóvenes de esa época, y probablemente ese éxodo mayormente masculino de población joven influye ahora en la estructura poblacional y específicamente en la proporción mayoritariamente femenina de adultos(as) mayores.

Tabla 9. Población adulta mayor desagregada por sexo y área de residencia, Honduras 2006 y 2013

Año	Grupo poblacional	Nacional	Sexo		Área de residencia	
			Hombre	Mujer	Urbano	Rural
2006	Adultos(as) mayores	542,712 (7.4%)*	256,020 (47.2%)	286,691 (52.8%)	249,473 (46%)	293,239 (54%)
	Población total	7,367,370	3,549,754	3,817,616	3,350,431	4,016,940
2013	Adultos(as) mayores	812,335 (9.52%)*	375,880 (46.3%)	436,455 (53.7%)	409,648 (50.4%)	402,686 (49.6%)
	Población total	8,535,692	4,099,703	4,435,989	3,986,354	4,549,338

*Porcentajes respecto a población total de Honduras para cada año

Fuente: Elaboración propia con base en las EPHPM, INE Honduras 2006 y 2013.

- **PAM según dominio**

La distribución de los(as) adultos(as) mayores en el país tenía un predominio rural en el 2006 (54%), sin embargo en el 2013 la predominancia pasó a ser urbana (51%).

La mayor cantidad de adultos mayores en el 2006 se encontraba en las ciudades medianas, seguido de las ciudades pequeñas y Tegucigalpa; mientras que en el 2013 las ciudades pequeñas tienen una mayoría dentro de lo urbano (16.7%), luego está Tegucigalpa (13.1%), las ciudades medianas (13.0%), y finalmente San Pedro Sula (7.6%). La ciudad grande con más adultos mayores en el país es Tegucigalpa tanto para el 2006, como para el 2013 (tabla 10).

Tabla 10. Adultos(as) Mayores por Dominio: Honduras 2006 y 2013

Dominio	Tegucigalpa	San Pedro Sula	Ciudades medianas	Ciudades pequeñas	Rural
2006	12.0%	6.6%	15.2%	12.2%	54.0%
2013	13.1%	7.6%	13.0%	16.7%	49.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

En todos los dominios hay una mayoría de adultas mayores, con excepción del rural (tabla 11). Como se había mencionado anteriormente, esto puede estar relacionado con la mayor esperanza de vida de las mujeres, la migración y muerte más numerosas de los hombres.

Tabla 11. Dominio de adultos(as) mayores por sexo, Honduras: 2006 y 2013.

Dominio	Años			
	2006		2013	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Tegucigalpa	39.8%	60.2%	39.3%	60.7%
San Pedro Sula	42.6%	57.4%	39.4%	60.6%
Ciudades medianas	40.5%	59.5%	45.4%	54.6%
Ciudades pequeñas	46.4%	53.6%	42.9%	57.1%
Rural	51.2%	48.8%	50.5%	49.5%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

- **Índice de Envejecimiento según sexo y área de residencia**

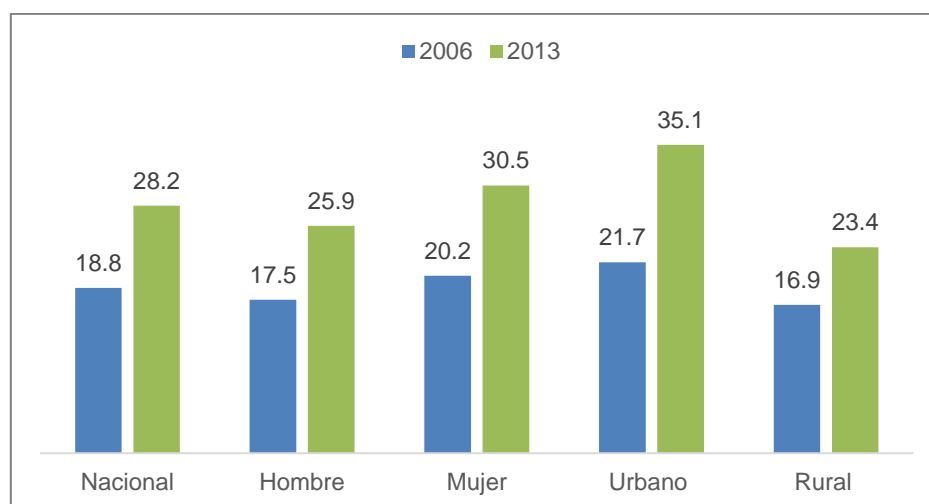
El índice de envejecimiento es una medida para valorar el proceso de envejecimiento de las poblaciones¹⁹. En Honduras este indicador está aumentando de manera progresiva como se puede ver en la gráfica 2. En el año 2006 este índice fue de 19; lo que significa que por cada 100 menores de 15 años había 19 adultos mayores, mientras que en el año 2013 había 28 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años. El incremento en 8 años fue de 9 puntos porcentuales. Se puede notar en la misma gráfica 2 que el índice de envejecimiento es mayor para las mujeres de manera general. Así, por cada 100 mujeres menores de 15 años había 20 adultas mayores en el 2006 y 31 por cada 100 en el 2013 (gráfica 2).

A nivel de área de residencia se puede notar que el índice de envejecimiento es mayor en la zona urbana, lo cual era de esperarse porque en los análisis anteriores se pudo notar que la población adulta mayor es más numerosa en la zona urbana.

¹⁹ Metodológicamente consiste en la relación de la población adulta mayor (60 años y más) y la población joven (menor de 15 años).

Estos resultados refuerzan lo planteado por las Naciones Unidas en el Informe de Desarrollo Humano 2013: “La tasa de envejecimiento poblacional preocupa porque si los países en desarrollo siguen siendo pobres después de la transición demográfica, se esforzarán por responder a las necesidades de una población más vieja y eso puede frenar el desarrollo” (p.100)

**Gráfica 2. Índice de envejecimiento nacional, por sexo y área de residencia.
Honduras 2006 y 2013**



Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

- **Índice de dependencia²⁰ según sexo y área de residencia**

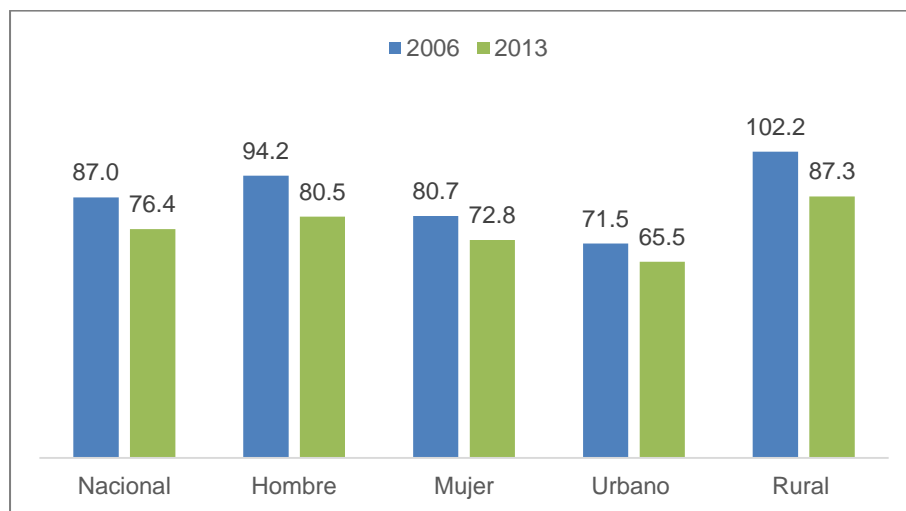
Según la gráfica 3, para Honduras el índice de dependencia entre 2006 y 2013 ha tenido una tendencia a la baja, que se explica por las tasas de fecundidad que han ido disminuyendo. En el año 2006 existían 87 dependientes por cada 100 personas en edad activa y en el 2013 este número bajó a 76 por cada 100 personas en edad activa (gráfica 3). Las cantidades altas de dependientes de las escasas personas activas, que se dieron en el 2006, podían hacer que las familias en general vieran afectadas sus condiciones de vida. Tanto niños/as como adultos(as) mayores quienes normalmente forman parte de los(as) dependientes en los hogares, son personas más propensas a enfermarse, por lo que el presupuesto familiar podía ser

²⁰ El índice de dependencia hace referencia a la cantidad de personas dependientes menores de 15 años más las dependientes mayores de 60 años en relación a la cantidad de personas en edad activa, es decir entre 15 y 59 años.

afectado significativamente; mientras que en el 2013 por la cantidad de personas en edad activa en relación a los dependientes, se podría dar una mayor posibilidad de mejorar las condiciones de vida de la gente. Sin embargo, si no se tienen las políticas educativas y de empleo adecuadas que creen las oportunidades, la cantidad de personas en edad activa no podrán aportar en su hogar ni al desarrollo del país.

En la gráfica 3, se puede notar que el índice de dependencia es mayor en los hombres (94 dependientes por cada 100 hombres activos); y mayor en la zona rural (102) que en la urbana (72) por cada 100 personas activas en el 2006. En el 2013 este índice en todas las categorías es menor en relación al de 2006. Dicha disminución puede explicarse por la gran cantidad de población joven que existe en el país (bono demográfico), la cual ha estado creciendo año con año y crecerá aún más. Esta representa una buena parte de la población en edad activa que se mantendrá por varios años predominando (aproximadamente hasta el 2050), lo cual debe aprovecharse desde el punto de vista económico; porque luego de eso la población adulta mayor dependiente, empezará a crecer aceleradamente.

Gráfica 3. Índice de dependencia demográfica a nivel nacional, según sexo y área de residencia. Honduras 2006 y 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

- **PAM según jefatura de hogar**

En el 2006, en Honduras de cada 100 hogares, 4 tenían como jefes de hogar a adultos(as) mayores; en el 2013 ya eran 6 por cada 100. Para todos los años estudiados, la mayoría de jefes de hogar adultos mayores, eran hombres. En el 2013 había en el país más de medio millón de adultos(as) mayores jefes de hogar (tabla 12); lo cual supone también un factor de pobreza y vulnerabilidad, pues en esta situación los adultos(as) mayores cargan con la responsabilidad de mantener bajo su cuidado a los demás miembros del hogar.

Dada la difícil situación económica que se vive en Honduras, muchos/as hijos/as y otros parientes deciden quedarse viviendo en casa de sus padres o familiares; algunos incluso ya casados, pues no cuentan con los recursos necesarios para rentar o comprar una casa y vivir de manera independiente, lo cual puede agudizar la situación difícil que atraviesa los hogares hondureños; suponiendo un factor asociado con la pobreza y vulnerabilidad, pues en esta situación los adultos mayores cargan con la responsabilidad de mantener bajo su cuidado a otros miembros del hogar.

Tabla 12. Jefatura de hogar de adultos mayores a nivel nacional por sexo y área de residencia. Honduras 2006 y 2013

Año	Nacional	Hombres	Mujeres	Urbano	Rural
2006	4.3%	63.8%	36.2%	45.7%	54.3%
2013	6.1%	59.1%	40.9%	50.1%	49.9%

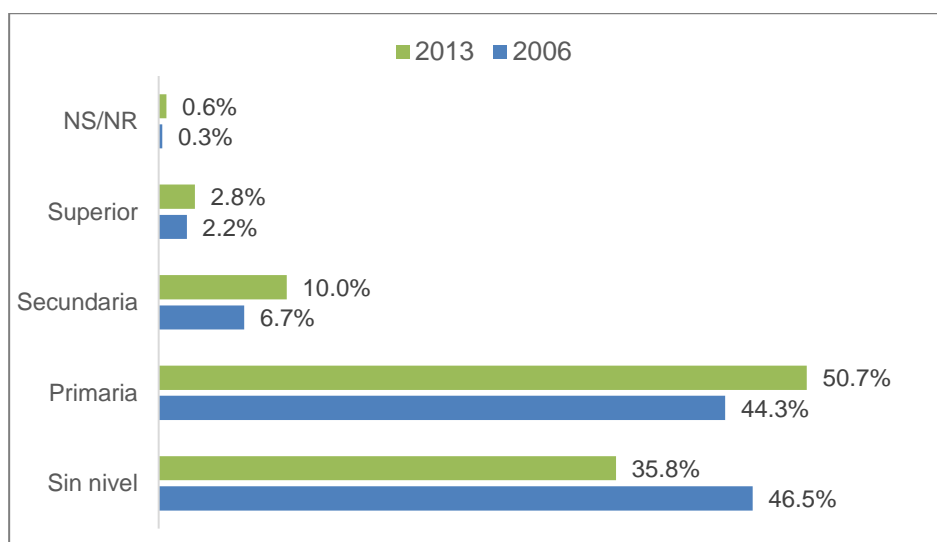
Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013.

En el 2006 habían más adultos mayores hombres jefes de hogar (63.8%) que mujeres (36.2%); en el 2013 el porcentaje de hombres se mantuvo más alto (59.1%) que el de mujeres (40.9%), según la tabla 12. Es decir que en el país predomina la jefatura de hogar masculina entre los adultos mayores.

- **PAM según nivel educativo alcanzado**

En el 2006, 4 de cada 100 adultos(as) mayores tenía educación primaria y 6 de cada 100 para el 2013, sin embargo, la categoría de ningún nivel es muy alta con un 46.5% para 2006 y 35.8% para el 2013. El porcentaje de adultos(as) mayores con educación superior para los 2 años estudiados es muy baja, no superando un 3% (gráfica 4), lo cual influye en sus condiciones de vida.

Gráfica 4. Porcentaje de adultos(as) mayores por nivel educativo alcanzado, Honduras 2006 y 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

Esto se explica por la poca importancia que se le daba a la educación en generaciones pasadas (años 30's, 40 y 50's) donde la población en general y en especial las mujeres, eran excluidas de las oportunidades educativas. Esta situación influye en la generación de ingresos, factor que puede asociarse a la pobreza y vulnerabilidad.

La matrícula de la educación superior en Honduras se ha expandido a un ritmo elevado a lo largo de todo el siglo XX y comienzos del XXI. Los adultos mayores dentro de 30 o 40 años gozarán de una mejor formación y previsión, siempre que el Estado asuma la responsabilidad de dedicarle recursos a la formación de los y las

jóvenes actuales en todos los niveles educativos, con estándares de calidad educativa que permitan tener capital humano mejor preparado.

En la tabla 13 se observa que, para los años referidos, en la desagregación por sexo la mayoría de adultos(as) mayores sin nivel son mujeres (2006) 55.5% y (2013) 57.4%. Igualmente los porcentajes mayores cuyo nivel es primaria para los 2 años, son mujeres; es decir que el nivel educativo necesario para las mujeres según la sociedad existente hace 60 años y más era únicamente primaria, pues se consideraba que la mujer solo debía prepararse de manera básica pues se casaría y la mantendría su esposo.

Adicionalmente se puede notar en la tabla 13 que para los 2 años del estudio, la mayoría de adultos mayores con educación superior son hombres (2006) 68.3% y (2013) 60.5%, confirmando una vez más que los niveles educativos altos eran en las décadas pasadas un privilegio mayoritariamente masculino.

Tabla 13. Nivel educativo alcanzado por la población adulta mayor por sexo, Honduras: 2006 y 2013

Nivel educativo alcanzado	Años			
	2006		2013	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Sin nivel	44.5%	55.5%	42.6%	57.4%
Primaria	49.5%	50.5%	48.6%	51.4%
Secundaria	42.5%	57.5%	43.6%	56.4%
Superior	68.3%	31.7%	60.5%	39.5%
NS/NR	73.0%	27.0%	57.0%	43.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

En cuanto a los resultados del análisis por área de residencia se puede observar en la tabla 14 que los(as) adultos(as) mayores con nivel superior están ubicados en un 90% y más en la zona urbana, igualmente el nivel más alto de secundaria (más del 90%) y primaria son de la zona urbana para los 2 años. Mientras que la mayoría de adultos mayores sin nivel educativo se encuentran en la zona rural.

Estos resultados suponen que el área de residencia y el sexo determinan el alcance niveles educativos diferenciados; estando la zona rural y las mujeres marcadas con menores porcentajes respecto a sus pares; lo cual puede deberse a la poca importancia de la educación para las mujeres en el pasado y la baja cantidad de centros educativos en el área rural.

Tabla 14. Nivel educativo alcanzado por la población adulta mayor según área de residencia. Honduras 2006 y 2013

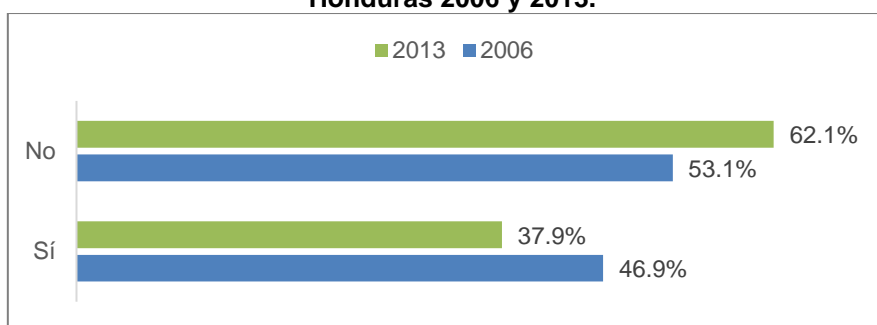
Nivel educativo alcanzado	Años			
	2006		2013	
	Urbano	Rural	Urbana	Rural
Sin nivel	30.5%	69.5%	32.3%	67.7%
Primaria	52.8%	47.2%	53.0%	47.0%
Secundaria	92.3%	7.7%	90.5%	9.5%
Superior	92.2%	7.8%	96.4%	3.6%
NS/NR	60.9%	39.1%	58.7%	41.3%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

- **PAM según analfabetismo**

El analfabetismo en Honduras representa aún un problema muy grave, ya que aunque las tasas se han reducido, no se ha logrado erradicar. Los adultos mayores son el grupo más afectado, porque la educación no era prioridad para sus padres, por razones de ingresos o simplemente porque preferían que sus hijos les apoyaran en labores del campo en el pasado. Así, en el 2006, 46.9% de adultos mayores era analfabeta y 37.9% en el 2013 (gráfica 5).

Gráfica 5. Analfabetismo en adultos(as) mayores, Honduras 2006 y 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

En cuanto a la desagregación por sexo (tabla 15), las mujeres son las más afectadas por el analfabetismo en el segmento poblacional de adultos mayores., puesto que en el pasado la mayoría de mujeres se casaban o entraban en unión libre a muy temprana edad; una vez en esas circunstancias, las mujeres empezaban a tener hijos lo cual disminuía la posibilidad de obtener algún grado de educación, por esta y otras razones como el machismo.

**Tabla 15. Analfabetismo de adultos(as) mayores por sexo.
Honduras 2006 y 2013.**

Analfabetismo	Años			
	2006		2013	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Sí	44.0%	56.0%	41.9%	58.1%
No	50.0%	50.0%	49.0%	51.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

En el analfabetismo por área de residencia (tabla 16) predomina una mayoría rural, para los 2 años, con 70.4% en 2006 y 68.5% en 2013 lo cual es lógico al relacionarlo con el déficit de centros educativos en dicha área.

Por lo tanto con los datos diferenciados por área de residencia y sexo, se confirma que el analfabetismo de adultos(as) mayores predomina en el área rural y en las mujeres, por razones de accesibilidad y prioridad.

**Tabla 16. Analfabetismo de adultos(as) mayores según área de residencia.
Honduras 2006 y 2013.**

Analfabetismo	2006		2013	
	Urbano	Rural	Urbana	Rural
Sí	29.6%	70.4%	31.5%	68.5%
No	60.4%	39.6%	62.0%	38.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

- **PAM según estado conyugal**

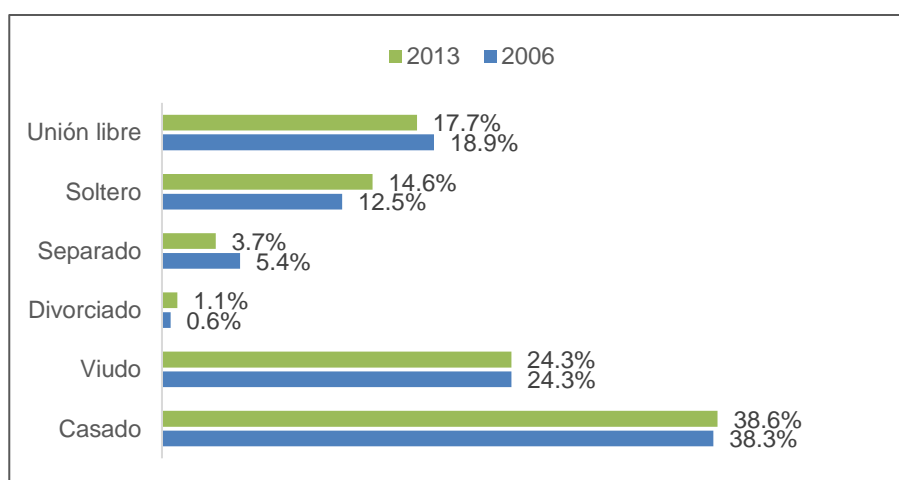
En los años estudiados el estado conyugal presentado por los(as) adultos(as) en su mayoría es el de casado con porcentajes de 38 en el 2006 y 39 en el 2013, el

segundo estado es el de viudo con porcentajes de 24% para los dos años, le sigue en orden descendente la unión libre con porcentajes de 19% en el 2006 y 18% en el 2013, luego solteros con 13% en 2006 y 15% en el 2013, separado con 5% en el 2006 y 4% en el 2013 y por último los divorciados con un 0.60% en 2006 y 1% en 2013 (gráfica 6).

La generación de adultos(as) mayores conserva una perspectiva muy distinta respecto a las más modernas en cuanto al estado conyugal. La mayoría de adultos(as) mayores crecieron en ambientes donde el matrimonio era común y duraba muchos más años que en la actualidad.

El compromiso adquirido por las parejas era más estable en las décadas pasadas, la mujer era más dependiente del esposo tanto en términos psicológicos como económicos; mientras que en la actualidad la educación, el empoderamiento femenino y el reconocimiento de los derechos brinda una mayor independencia de la mujer frente al hombre.

Gráfica 6. Estado conyugal de adultos(as) mayores, Honduras 2006 y 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

Como puede notar en la tabla 17, para los 2 años en estudio la mayoría de los hombres adultos mayores (más del 64 a 65%) vivían en unión libre, o estaban

casados (60.5 a 61.4%); mientras que las mujeres adultas mayores tienen mayor porcentaje (54.4 a 68.8%) en la categoría divorciadas; lo mismo sucede con las categorías de viudas o separadas. Esto puede deberse a que normalmente las mujeres divorciadas, separadas o viudas no se vuelven a casar; mientras que los hombres sí lo hacen; o viven en unión libre con otras mujeres en general más jóvenes.

**Tabla 17. Estado conyugal de adultos mayores por sexo.
Honduras: 2006 y 2013.**

Estado Conyugal	Años			
	2006		2013	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Casado	61.4%	38.6%	60.5%	39.5%
Viudo	21.6%	78.4%	23.7%	76.3%
Divorciado	31.2%	68.8%	45.6%	54.4%
Separado	35.6%	64.4%	34.7%	65.3%
Soltero	31.9%	68.1%	27.8%	72.2%
Unión libre	65.2%	34.8%	64.0%	36.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

Se puede observar en la tabla 18 que para los 2 años el mayor porcentaje (82% en 2006 y 87% en 2013) de adultos mayores divorciados están en el área urbana; la mayoría de los separados y de solteros (del 54% a 59%) también están en el área urbana; mientras que los que viven en unión libre (65% en el 2006 y 56% en el 2013) están en el área rural, lo cual ha sido una práctica común en esa área.

**Tabla 18. Estado conyugal de adultos(as) mayores por área de residencia.
Honduras 2006 y 2013**

Estado Conyugal	Años			
	2006		2013	
	Urbano	Rural	Urbana	Rural
Casado	44.1%	55.9%	46.7%	53.3%
Viudo	49.9%	50.1%	53.2%	46.8%
Divorciado	81.6%	18.4%	86.7%	13.3%
Separado	59.5%	40.5%	58.8%	41.2%
Soltero	53.4%	46.6%	58.9%	41.1%
Unión libre	34.9%	65.1%	43.8%	56.2%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

- **PAM según línea de pobreza**

Según la CEPAL la "pobreza extrema" o "indigencia" se entiende como la situación en que no se dispone de los recursos que permitan satisfacer al menos las necesidades básicas de alimentación. Se consideran como "pobres extremos" a las personas que residen en hogares cuyos ingresos no alcanzan para adquirir una canasta básica de alimentos, así lo destinaran en su totalidad a dicho fin.

La pobreza relativa por su parte se refiere a un concepto más analítico, el término lo que hace es encajar dentro de una medida establecida lo que se conoce como pobreza. Por ejemplo si en una sociedad la media de familias percibe un ingreso anual estipulado, y luego otras familias no alcanzan ese porcentaje, inmediatamente caen en la escala de pobreza. Muchas veces este tipo de medición causa confusión, ya que puede basarse en mediciones específicas sobre un tema en concreto, ya sea compra de alimentos, ingresos para pagar viviendas o servicios básicos.

Pobreza absoluta siempre y cuando sea medida bajo un mismo umbral, suele ser muy extrema e inexacta, ya que esta medida generalmente se basa en una sola línea, sin tomar en consideración los diferentes países, culturas y grado de desarrollo. La idea básica de la medida absoluta se basa en que un individuo para su supervivencia requiere la misma cantidad de recursos en cualquier parte del mundo y que cada uno debe estar sujeto a los mismos estándares.

Según se observa en la tabla 19 los(as) adultos(as) mayores en Honduras se encuentran en su mayoría en situación de pobreza extrema; entre 52% en el año 2006 y 42.2% para el año 2013. Sin embargo, también se puede observar que hay un aproximado de 33% de adultos mayores no pobres para los 2 años, lo que nos lleva a pensar que la población adulta mayor en el país se encuentra mayormente en los extremos en cuanto a las categorías de pobreza.

**Tabla 19. Población adulta mayor según línea de pobreza.
Honduras 2006 y 2013.**

Años	Línea de pobreza		
	Extrema	Relativa	No Pobre
2006	51.7%	17.3%	31.0%
2013	42.2%	21.7%	36.1%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013.

Estos extremos, sobre todo el de adultos(as) mayores no pobres puede ser incoherente con otras mediciones de pobreza; puesto que no considera el nivel de endeudamiento que puede estar influyendo en el estado de bienestar de los(as) adultos(as) mayores.

Se puede ver en la tabla 20 que en el 2006, para todas las categorías de línea de pobreza había mayoría femenina, pero para el 2013 la mayoría pasa a ser masculina y con mayores diferenciales en la pobreza extrema y los no pobres (18.4% y 25.4% respectivamente). Esto contradice la idea de que las mujeres son más pobres, ya que para el 2013, no es así. En el caso de los(as) adultos(as) mayores los hombres parecen ser más pobres relativos y extremos en el 2013; pero también la mayoría de los no pobres son hombres (con una diferencia de 25.4 puntos porcentuales entre hombres y mujeres), para el 2013.

**Tabla 20. Población adulta mayor según línea de pobreza por sexo.
Honduras 2006 y 2013.**

Línea de Pobreza	Años			
	2006		2013	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Extrema	49.7%	50.3%	59.2%	40.8%
Relativa	46.5%	53.5%	52.9%	47.1%
No pobre	46.8%	53.2%	62.7%	37.3%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

El porcentaje más grande de pobres extremos para los 2 años, se encuentra en el área rural, lo contrario se da en los no pobres que en su mayoría se encuentran en el área urbana; lo que se puede deber a que en el área urbana hay más fuentes de

trabajo. La población en condiciones de pobreza relativa están en su mayoría ubicados en el área urbana (tabla 21), lo cual se debe a la baja disponibilidad de ingresos con que cuentan los adultos(as) mayores que les impide acceder a la canasta básica.

Tabla 21. Población adulta mayor según línea de pobreza por área de residencia. Honduras 2006 y 2013.

Línea de Pobreza	Años			
	2006		2013	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Extrema	32.0%	68.0%	35.8%	64.2%
Relativa	73.3%	26.7%	66.9%	33.1%
No pobre	59.6%	40.4%	56.8%	43.2%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

- **PAM según NBI**

El método NBI, es una herramienta recomendada por la CEPAL a comienzos de los años setenta, como una opción para aprovechar la información de los censos demográficos y de vivienda, en la caracterización y medición directa de la pobreza.

Su base conceptual descansa en la definición de un conjunto de necesidades que se consideran básicas para el bienestar de los hogares y en considerar la pobreza como "la situación de aquellos hogares que no logran reunir, en forma relativamente estable los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros". El método NBI, tipifica la pobreza mediante un conjunto, generalmente pequeño, de necesidades específicas, definidas a conveniencia. La insatisfacción de necesidades, se evalúa con base en la presencia o ausencia de características de la vivienda, tales como materiales del piso o techo o el acceso a servicios tales como el agua potable o servicio sanitario, se consideran también rasgos demográficos del hogar como número de miembros, educación del jefe o asistencia de los niños a la escuela.

En la tabla 22, se observa que para el 2006 la mayoría de adultos(as) mayores (un 50.7%) no tenían necesidades básicas insatisfechas; mientras que para el 2013 el porcentaje de adultos(as) mayores sin necesidades insatisfechas bajó a un 35.7%, y el porcentaje de adultos(as) mayores con una necesidad insatisfecha subió de 31.1% a 43.4% para el 2013; lo que confirma que la pobreza está aumentando en el país, en vez de disminuir.

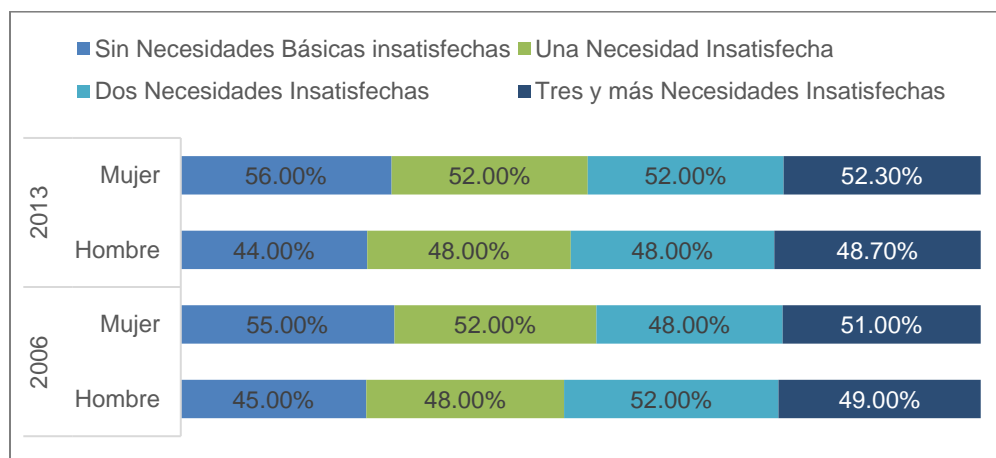
Tabla 22. Necesidades Básicas Insatisfechas de adultos(as) mayores, Honduras 2006 y 2013.

Necesidades Básicas Insatisfechas	Años	
	2006	2013
Sin Necesidades Básicas insatisfechas	50.7%	35.7%
Una Necesidad Insatisfecha	31.1%	43.4%
Dos Necesidades Insatisfechas	13.6%	17.0%
Tres y más Necesidades Insatisfechas	4.6%	4.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

Según la gráfica 7, existe un porcentaje mayor (55 a 56%) de mujeres sin necesidades básicas insatisfechas. También, en el resto de categorías de las NBI las mujeres son mayoría (con diferencias bajas de 2 puntos porcentuales); sin embargo en el año 2006 los hombres fueron mayoría (52%) para 2 necesidades básicas insatisfechas.

Gráfica 7. NBI de adultos(as) mayores por sexo, Honduras 2006 y 2013.

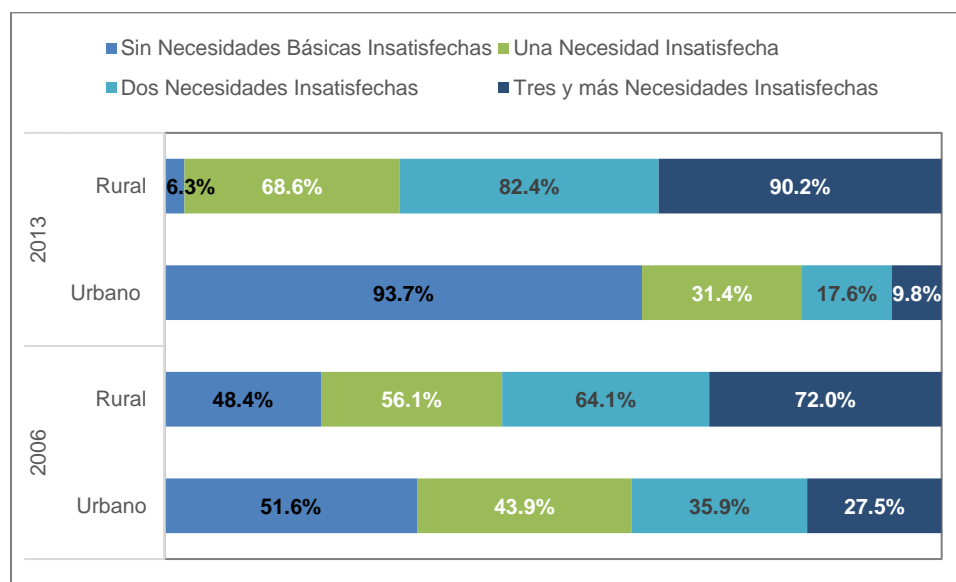


Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

Los(as) adultos(as) mayores con 1, 2 y 3 NBI (1, 2 y 3) están concentrados en el área rural, mientras que los porcentajes mayores de adultos(as) mayores sin NBI se encontraban en el área urbana, 52% en el 2006 y 93% en el 2013; lo cual puede deberse a que en el área urbana existen más oportunidades de trabajo. La diferencia tan marcada en los porcentajes de los(as) adultos(as) mayores sin necesidades insatisfechas para los dos años puede deberse a que en el 2009 hubo mucho desempleo provocado por la subida abrupta del salario mínimo y por la crisis política que se dio en ese año (gráfica 8).

En Honduras muchas personas del área rural se dedican a la agricultura por cuenta propia, cultivando productos de rentabilidad baja (granos básicos); lo cual asegura de cierta manera el autoconsumo, pero no garantiza la disponibilidad de alimentación durante todo el año; por lo que requieren complementar sus ingresos trabajando como jornaleros para terceros. En el caso de los(as) adultos(as) mayores la posibilidad de trabajar se reduce; ya que generalmente se prefiere contratar mano de obra más joven.

**Gráfica 8. NBI de adultos(as) mayores por área de residencia.
Honduras 2006 y 2013**



Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

- **PAM según quintiles de ingreso**

A nivel de clasificación por quintil de ingresos, según la tabla 23, se puede observar que los(as) adultos(as) mayores se encuentran desagregados en parecida proporción en todos los quintiles y en todos los años del estudio. Sin embargo, para los 2 años se encuentran mayormente en el quintil 1 y 2, es decir en los segmentos con menos ingreso. Revisando todos los datos se nota que existen porcentajes muy cercanos de adultos mayores en todos los quintiles y las diferencias entre año y año también son bajas (2 o 3 puntos porcentuales). Esto quiere decir que en todas las categorías de ingreso hay casi la misma cantidad de adultos mayores.

Se observan algunas características interesantes; en primera instancia, el quintil 5 es decir, el más rico: 20% de la población, concentra entre 18 y 21% del ingreso de los adultos mayores en Honduras para los 2 años estudiados. Este resultado indica por sí sólo el nivel de desigualdad que hay entre los distintos estratos de la población de adultos(as) mayores.

Además, en 2013, la proporción del ingreso que tenía el quintil 5 se incrementó a 20.9%, denotando con esto un incremento en la desigualdad entre esos años. Por su parte, el quintil 4 vio aumentada su proporción de ingreso (de 18 a 19 %), caso contrario ocurrió con el quintil 3, que disminuyó su proporción (de 19.9 a 19.4%), lo mismo que el quintil 1, cuya proporción disminuyó (de 21.4 a 19.7%) aunque de menor forma.

Tabla 23. Quintil de ingresos de adultos(as) mayores. Honduras 2006 y 2013

Quintil de ingreso del hogar	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
2006	21.4%	21.7%	19.9%	18.2%	18.8%
2013	19.7%	20.5%	19.4%	19.2%	20.9%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

Según la tabla 24, se puede observar que todos los quintiles (1-5) en los 2 años tienen mayorías masculinas. La diferencia mayor según sexo se da en los quintiles

de ingreso más bajos (1 y 2) 42.4 puntos y 30.4 puntos respectivamente en el 2006 y 30.2 y 9.4 en el 2013; es decir que a medida que pasa el tiempo se están acercando las cantidades de hombres y mujeres en estos quintiles. Es muy notorio que en el quintil 1 hay muchos más hombres que mujeres.

A nivel de área de residencia, en la zona rural se concentran la mayor cantidad de adultos(as) mayores en los quintiles más pobres, es decir el 1 y 2 para los 2 años en estudio. Los adultos mayores de los quintiles más altos (4 y 5) se encuentran en la zona urbana en los dos años, es decir que el 20% del ingreso está concentrado en 77 y 79% de los adultos mayores de las zonas urbanas para los años estudiados.

Tabla 24. Quintiles de ingreso de adultos(as) mayores por sexo y área de residencia: Honduras 2006 y 2013.

Quintil de Ingreso del hogar	Años				Años			
	2006		2013		2006		2013	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Quintil 1	71.2%	28.8%	65.1%	34.9%	17.1%	82.9%	26.8%	73.2%
Quintil 2	65.2%	34.8%	54.7%	45.3%	30.3%	69.7%	32.8%	67.2%
Quintil 3	60.8%	39.2%	55.7%	44.3%	47.6%	52.4%	46.9%	53.1%
Quintil 4	59.5%	40.5%	58.6%	41.4%	64.8%	35.2%	64.5%	35.5%
Quintil 5	59.6%	40.4%	61.3%	38.7%	77.2%	22.8%	79.0%	21.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

- **PAM según nivel de empleo**

La Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados, en su artículo 5 sobre los Derechos, numeral 9, plantea que de manera derivada de los derechos individuales consignados en la Constitución de la República y otras leyes se reconoce que es un derecho de los adultos mayores y jubilados tener un ambiente de trabajo y condiciones de vida que no incrementen su vulnerabilidad; sin embargo la situación que se revela en la EPHPM de los años en estudio es totalmente contraria, como se puede ver en la tabla 25.

En el año 2006 habían 37.7% de adultos mayores subempleados invisibles, y 36.4% en el 2013. Estas cifras son realmente preocupantes dado que el subempleo

invisible se refiere a las personas que habiendo trabajado 36 o más horas semanales tuvieron ingresos mensuales inferiores al salario mínimo promedio mensual, lo que implica que desde hace varios años más de 36 de cada 100 personas de 60 y más años de edad en Honduras, trabajan en condiciones de explotación laboral, lo cual supone vulnerabilidad.

**Tabla 25. Nivel de empleo de adultos(as) mayores.
Honduras 2006 y 2013.**

Nivel de empleo	PAM 2006	2006%	PAM 2013	2013%
Sin problemas de empleo	136,900	59.8	211,675	58.7
Subempleo Visible	5,651	2.5	17,638	4.9
Subempleo Invisible	86,388	37.7	131,533	36.4
Total	228,939	100.00	360,846	100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

Según la tabla 26, 73% y 83% de adultos mayores subempleados invisibles²¹ son hombres; entre 58 y 64% de adultos mayores hombres no tienen problemas de empleo y entre 60 y 64% subempleados visibles²² son hombres. Esto indica que en general los hombres están más insertos en el mercado laboral que las mujeres en todos los niveles de empleo, persistiendo la situación de que buena parte de las mujeres se dedican a trabajo no remunerado es decir a labores domésticas, por lo tanto son dependientes económicamente de otros.

**Tabla 26. Nivel de empleo de adultos(as) mayores por sexo.
Honduras 2006 y 2013**

Nivel de empleo	Años			
	2006		2013	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Sin Problemas de Empleo	62.9%	37.1%	64.0%	36.0%
Subempleado Visible	63.4%	36.6%	64.2%	35.8%
Subempleado Invisible	83.2%	16.8%	73.4%	26.6%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

²¹ Los Subempleados Invisibles son las personas que, habiendo trabajado 36 horas semanales o más, tuvieron ingresos mensuales inferiores al salario mínimo promedio mensual por rama de actividad económica y área geográfica. Para medir el subempleo invisible se toman los ingresos mensuales obtenidos en la ocupación principal y en la secundaria (INE, 2006)

²² Son Subempleados Visibles las personas que en la semana de referencia trabajaron menos de 36 horas y en el momento de la entrevista expresaron deseo de haber podido trabajar más tiempo, indicando que no lo hicieron porque no encontraron más trabajo. Para medir el subempleo visible se toman tanto las horas semanales trabajadas en la ocupación principal como en la secundaria. (INE, 2006)

Cuando se hace una comparación de los niveles de empleo de los adultos mayores desagregados por sexo, se nota en la tabla 26 que para los 2 años del estudio la mayoría de adultos(as) mayores insertos en el mercado laboral son hombres.

Todas las categorías de nivel de empleo tienen porcentajes mayores en el área rural para los dos años, con excepción del subempleo visible para el año 2013, dónde el porcentaje es mayor en el área urbana. Esto puede deberse a que una gran parte de la población nacional se dedica a la agricultura y los(as) adultos(as) mayores no son la excepción y esta actividad se realiza mayormente a nivel rural (tabla 27). Sin embargo, en el caso del 2013 con la categoría subempleo visible, donde la proporción es mayor en la zona urbana, la variación podría deberse al crecimiento del sector informal.

**Tabla 27. Nivel de empleo de adultos(as) mayores por área de residencia.
Honduras 2006 y 2013**

Nivel de empleo	Años			
	2006		2013	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Sin Problemas de Empleo	43.0%	57.0%	44.5%	55.5%
Subempleado Visible	48.7%	51.3%	57.1%	42.9%
Subempleado Invisible	28.2%	71.8%	40.1%	59.9%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

- **PAM según condición de actividad**

Esta variable clasifica a la población en económicamente activa e inactiva, permite un acercamiento al mercado de trabajo, por medio de la tasa de actividad y el desempleo, por medio de la tasa de desocupación. Con respecto a la condición de actividad, la clasificación de la población se divide en ocupados, desocupados e inactivos y debe plantearse tomando en cuenta las limitaciones que pueden darse frente a las dificultades para medir situaciones diversas que se traslapan.

La expansión del empleo corresponde en Honduras a ocupaciones transitorias, en general informales, de bajos ingresos y escasa productividad; ejemplo el empleo por hora. Todos estos factores confluyen en determinar una fuerte variabilidad en

los ingresos de los hogares, lo cual deja la posibilidad de una situación de alta vulnerabilidad.

Para los 2 primeros años en estudio más del 55% de los adultos mayores estaban inactivos y 3 de cada mil estaban desocupados; pero en el 2013 solo 2 de cada 100 se encontraban desocupados (tabla 28). Además se puede observar que para el 2013 se incrementó el porcentaje de ocupados y disminuyó el porcentaje de inactivos. Es decir que los adultos mayores en los dos años estudiados en su mayoría estaban ocupados (44 y 52%) o estaban inactivos²³ (46-55%).

Es comprensible que los(as) adultos(as) mayores ya no busquen trabajo porque deberían estar descansando; sin embargo un alto porcentaje de ellos(as) están ocupados(as), posiblemente para poder seguir aportando económicamente en sus hogares.

**Tabla 28. Condición de actividad de adultos(as) mayores.
Honduras 2006 y 2013**

Condición de actividad	Años	
	2006	2013
Ocupados	44.4%	51.6%
Desocupados	0.3%	2.1%
Inactivos	55.3%	46.3%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

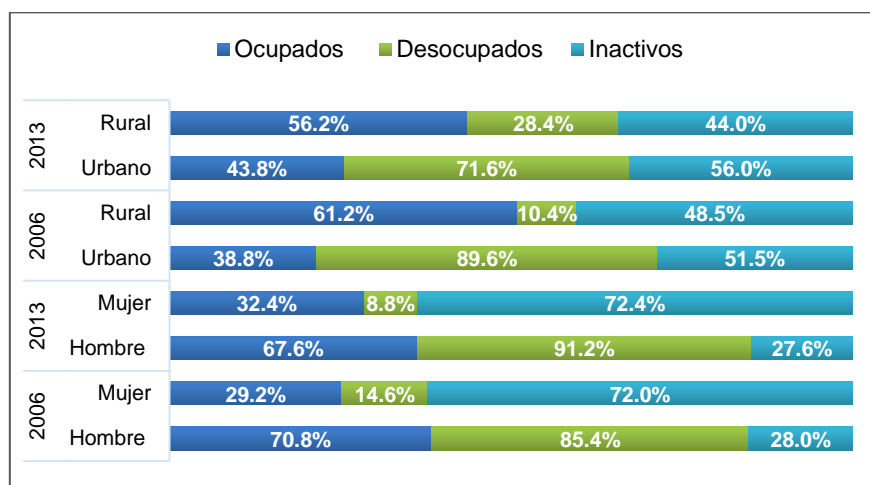
A pesar de la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la diferencia entre tasas de actividad masculina y femenina sigue siendo muy alta en el país. Según la gráfica 9, en el año 2006 la tasa de ocupación masculina para el total del país alcanzaba 70.8%, mientras que era de 29.2% para las mujeres. Si bien la tasa de ocupación femenina ha crecido, la brecha continúa siendo muy grande entre hombres y mujeres, superando los 35 puntos porcentuales. Porcentaje cercano de inactivos se dieron en el 2006 y 2013 para las mujeres, lo que nos confirma que muchas mujeres adultas mayores prevalecen en labores domésticas en sus hogares y ya no están buscando una actividad remunerada.

²³ Inactivo se refiere a aquellas personas que no trabajan, ni están buscando trabajo (INE, 2013).

Los tiempos de descanso para las mujeres adultas mayores se transforman en trabajo al interior del espacio doméstico, ya que la carencia de ingresos no permite contratar ayuda para esas labores. Si la mayoría de personas del hogar trabajan fuera, muchas veces el trabajo doméstico queda en manos de las adultas mayores, situación que plantea un problema caracterizado por el agotamiento, deterioro de la calidad de vida y problemas de salud para las mismas.

En cuanto a la condición de actividad por área de residencia (gráfica 9) se puede observar que hay más adultos(as) mayores desocupados(as) 89.6% (2006), y 71.6% (2013) e inactivos 51.5%(2006), y 56.0%(2013) en el área urbana. Los(as) adultos(as) mayores ocupados(as) son más en el área rural, lo cual es de esperarse por el tipo de trabajo que pueden hacer (actividades que en su mayoría no requieren de mano de obra calificada. Hay un porcentaje bastante mayor de desocupados en el área urbana comparado con el área rural, lo cual puede deberse a la alta migración del campo a la ciudad.

Gráfica 9. Condición de actividad de adultos(as) mayores por sexo y área de residencia, Honduras 2006 y 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013.

- **PAM según tenencia de la vivienda**

El hábitat es uno de los espacios más importantes para el desarrollo familiar e individual, que afecta la identidad, la evolución de las personas y el desarrollo humano. La calidad del espacio en que se desenvuelven las personas y su vivienda, incluye condiciones internas del hogar y ambientales, infraestructura urbana, facilidades de saneamiento, así como también las vías de acceso a la vivienda y la tenencia de la misma, son todos componentes que inciden en la vulnerabilidad de la población adulta mayor e impactan sobre las situaciones de pobreza.

Huenchuán y Guzmán (2006), afirman que la dimensión más relevante para una medición adecuada de las situaciones de necesidad de las personas mayores, y que se omite casi sistemáticamente en las estimaciones de pobreza monetaria, es la consideración de diferentes indicadores sobre el equipamiento y la vivienda de los hogares. La insatisfacción general que produce la medición de la pobreza con indicadores estrictamente monetarios ha dado lugar al desarrollo de nuevos enfoques y procedimientos de medición que descansan en una consideración multidimensional del fenómeno de la pobreza. La vivienda es la inversión más importante que realiza cualquier hogar y ha sido tradicionalmente interpretada como una fuente generadora de servicios de bienestar, si bien la transformación de este bien de capital en renta corriente no siempre es fácil. En los últimos años han aflorado nuevos instrumentos de financiación de las personas mayores utilizando como base del crédito las viviendas en propiedad (p. 222)

Según Moser (1998) la propiedad de la vivienda es el activo productivo más importante para los pobres urbanos. La vivienda es comúnmente identificada como una necesidad básica, es también un importante activo productivo, que brinda a los hogares un apoyo contra la pobreza extrema. Esta área del análisis de la pobreza normalmente no es considerado en los estudios de ingresos, pero es relevante para la vulnerabilidad (como se cita en Camargo, A. y Hurtado, A., 2011, p. 228)

Tanto para el 2006 como para el 2013 los mayores porcentajes en cuanto a la tenencia de la vivienda se ubica en la categoría de propietario y totalmente pagada, con valores de 81% en el 2006 y 89% en el 2013; lo cual indica que la mayoría de adultos mayores son propietarios de su vivienda, contribuyendo a su estabilidad y tranquilidad (tabla 29).

3 de cada 100 adultos(as) mayores tenían en la categoría de propietario de propietario recuperada sin legalizar en el 2006 lo cual implica inseguridad jurídica e inestabilidad, sin embargo, en el 2013 la cantidad en esta categoría bajó a 3 de cada mil adultos mayores, lo cual se considera muy positivo.

**Tabla 29. Tenencia de la vivienda de adultos(as) mayores.
Honduras 2006 y 2013.**

Tipo de tenencia	Años	
	2006	2013
1. Alquilada	5.2%	4.7%
2. Propietario y la está pagando	1.3%	0.7%
3. Propietario y completamente pagada	80.8%	88.6%
4. Propietario recuperada legalizada	2.9%	1.4%
5. Propietario recuperada sin legalizar	2.9%	0.3%
6. Cedida sin pago	6.3%	3.8%
7. Recibida por servicios de trabajo	0.6%	0.5%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

En las propiedades de la categoría completamente pagada desagregada por sexo se puede ver el predominio masculino en todos los años: en el 2006 con el 55% y en el 2013 con 53.7%, esto puede explicarse por la mayor cantidad de ingresos que tienen los hombres, respecto a las mujeres (tabla 30).

Según HIC (2007, p.6) las mujeres como grupo son más vulnerables que los hombres a las violaciones de sus derechos a una vivienda adecuada y a la tierra. Esto se origina a partir de la subordinación estructural de las mujeres, debido a preconcepciones sobre roles de género. Este desequilibrio de poder según el género se manifiesta de diferente manera en distintos lugares y sus consecuencias incluyen una mayor responsabilidad (sin remuneración) de las mujeres en el cuidado

de su casa, de su familia y su acceso, comparativamente menor a la educación, trabajo y recursos.

Se puede ver que hay más mujeres que hombres alquilando vivienda en todos los años, al igual que las categorías de propiedad que se está pagando, con la excepción de la categoría recibida por servicios de trabajo donde los hombres vuelven a predominar. Esto último puede explicarse porque algunas personas trabajan cuidando propiedades (con su familia) y en algunos casos se quedan con ellas por muchos años (tabla 30).

Tabla 30. Tenencia de la vivienda de adultos(as) mayores por sexo. Honduras 2006 y 2013.

Tipo de tenencia de vivienda	2006		2013	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Alquilada	47.3%	52.7%	42.7%	57.3%
2. Propietario y la está pagando	48.6%	51.4%	33.3%	66.7%
3. Propietario y completamente pagada	55.0%	45.0%	53.7%	46.3%
4. Propietario recuperada legalizada	36.3%	63.7%	44.8%	55.2%
5. Propietario recuperada sin legalizar	38.0%	62.0%	36.8%	63.2%
6. Cedida sin pago	48.2%	51.8%	47.3%	52.7%
7. Recibida por servicios de trabajo	70.3%	29.7%	74.0%	26.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

En la desagregación por área de residencia (tabla 31) se puede notar que los mayores porcentajes de viviendas de adultos mayores alquiladas se encuentran en la zona urbana para el 2013, mientras que para el 2006 el mayor porcentaje era en el área rural, lo cual se puede deber a la migración interna. En todos los años la categoría de propietario y la está pagando, propietario recuperada legalizada y propietario recuperada sin legalizar son mayores en el área urbana, mientras que las categorías de propietario y completamente pagada, cedida sin pago y recibida por servicios de trabajo es mayor en todos los años para el área rural; ya que una vivienda es más accesible económicamente en el área rural que en el área urbana.

Sin embargo, es notorio que año tras año los porcentajes se van equiparando, por ejemplo en la categoría propietario recuperada sin legalizar se puede ver un gran cambio comparando el 2006 con el 2013, pasando de un 88.7% en lo urbano a un 53.8% en el 2013 en esta área. Los cambios que se notan en los porcentajes en el 2013 pueden deberse al proceso de urbanización que se experimenta en el país (tabla 31).

Las viviendas alquiladas predominan en el área urbana para el año 2013 (81.8%), mientras que en el 2006 eran más numerosas en el área rural (57%); lo cual puede deberse al proceso de urbanización que se está dando en el país.

Tabla 31. Tenencia de la vivienda de adultos(as) mayores por área de residencia. Honduras 2006 y 2013.

Tipo de tenencia	Años			
	2006		2013	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
1. Alquilada	43.0%	57.0%	81.8%	18.2%
2. Propietario y la está pagando	52.4%	47.6%	89.9%	10.1%
3. Propietario y completamente pagada	47.9%	52.1%	48.1%	51.9%
4. Propietario recuperada legalizada	81.3%	18.7%	79.3%	20.7%
5. Propietario recuperada sin legalizar	88.7%	11.3%	53.8%	46.2%
6. Cedida sin pago	40.0%	60.0%	48.0%	52.0%
7. Recibida por servicios de trabajo	16.4%	83.6%	30.0%	70.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

- **PAM, características de las viviendas**

Los materiales de construcción de las viviendas están relacionados con el nivel de ingresos de las familias y su estado de bienestar, por ejemplo los pisos de tierra están asociados con el riesgo de contraer enfermedades gastrointestinales y respiratorias. Las viviendas de los(as) adultos(as) mayores en su mayoría tienen piso de plancha de cemento para los 2 años estudiados, el siguiente porcentaje más alto es el de ladrillo de cemento y tierra. Siendo el piso de tierra la tercera categoría más abundante; es decir que aproximadamente la tercera parte de los adultos mayores en el 2006 vivía en esta condición inapropiada (26.4%); sin embargo, en

el 2013 este porcentaje bajó a 16.3%; por lo tanto podemos decir que las condiciones han mejorado con el transcurso de los años (tabla 32).

Tabla 32. Material de piso de viviendas de adultos(as) mayores, Honduras 2006 y 2013.

Material piso	Años	
	2006	2013
1. Cerámica	3.5%	9.4%
2. Ladrillo de cemento	22.2%	24.8%
3. Ladrillo de granito	5.0%	3.9%
4. Ladrillo de barro	1.7%	1.2%
5. Plancha de cemento	39.8%	43.2%
6. Madera	1.4%	1.1%
7. Tierra	26.4%	16.3%
8. Otro	0.6%	0.1%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

En cuanto a los materiales del techo, según se nota en la tabla 33, predomina la lámina de zinc para los 2 años con porcentajes de 44 para el 2006 y 42 para el 2013; le sigue la teja de barro con valores de 41% en el 2006 y 33% para el 2013. Los materiales de desecho y la paja o similar, que se consideran inadecuados para una vivienda normal, tienen porcentajes bajos entre las viviendas de adultos(as) mayores en Honduras (0.1 - 0.4%), lo cual se considera positivo, porque esta condición de techo sería precaria para este grupo poblacional.

Tabla 33. Material de techo de viviendas de adultos(as) mayores, Honduras 2006 y 2013.

Material techo	Años	
	2006	2013
1. Teja de barro	40.6%	32.8%
2. Asbesto	11.3%	11.0%
3. Lámina de zinc	43.9%	42.0%
4. Concreto	1.9%	1.8%
5. Madera	0.2%	0.1%
6. Paja, palma o similar	0.1%	0.4%
7. Material de desecho	0.3%	0.2%
8. Otro	1.7%	11.2%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

Como se nota en la tabla 34, los materiales más comunes en las paredes de las viviendas de adultos(as) mayores en Honduras son el ladrillo, piedra y bloque (con 44 y 55%); les sigue el adobe (con 36 y 38%). Llama la atención que el tercer material más común es el bahareque y barraca (entre 6-11); con el porcentaje más

bajo en el 2013. Este material representan muy malas condiciones de vida, pues se asocian con la existencia de ratones y vectores de enfermedad como el chagas (chinche picuda), dengue, chikungunya y zika (zancudos).

**Tabla 34. Material de paredes viviendas adultos(as) mayores.
Honduras: 2006 y 2013**

Material paredes	2006	2013
1. Ladrillo, piedra y bloque	44.2%	51.7%
2. Adobe	36.2%	37.4%
3. Material prefabricado	0.4%	0.4%
4. Madera	7.7%	5.3%
5. Bahareque y barraca	11.0%	6.0%
6. Desechos	0.2%	0.2%
7. Otros	0.2%	0.1%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

Atendiendo a las diferencias según sexo (tabla 35), los materiales más adecuados de piso están en las viviendas de las mujeres; luego la madera, tierra y otros tienen mayor porcentaje entre las viviendas de los hombres tanto para el 2006 como el 2013. Con estos datos se puede inferir que las mujeres priorizan tener viviendas en mejores condiciones que los hombres ya que normalmente permanecen más tiempo en ellas. Aun cuando las viviendas no son de su propiedad, las mujeres procuran mantener mejores ambientes en su hogar, en cuanto a limpieza, orden, entre otros aspectos.

El material de las paredes de la vivienda de los adultos mayores era de ladrillo, piedra y bloque en un 56% para las mujeres y 44% para los hombres en el 2006; en el 2013 las proporciones siguen siendo casi iguales. Así, se observa que las mujeres adultas mayores tienen porcentajes más altos (56%) para los primeros materiales de paredes (ladrillo, piedra y bloque). Lo mismo sucede con los materiales para el techo donde los mayores porcentajes de los mejores materiales tienen mayoría en las viviendas de las mujeres; lo cual denota la importancia que le dan las mismas al estado de su vivienda (tabla 35).

Tabla 35. Materiales de las viviendas de adultos(as) mayores desagregado por sexo. Honduras 2006 y 2013.

Material del piso	2006		2013	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Cerámica	40.2%	59.8%	47.9%	52.1%
2. Ladrillo de cemento	42.5%	57.5%	40.8%	59.2%
3. Ladrillo de granito	39.4%	60.6%	38.7%	61.3%
4. Ladrillo de barro	41.9%	58.1%	40.6%	59.4%
5. Plancha de cemento	49.3%	50.7%	47.9%	52.1%
6. Madera	52.7%	47.3%	50.6%	49.4%
7. Tierra	50.3%	49.7%	51.2%	48.8%
8. Otro	58.1%	41.9%	76.0%	24.0%
Material del techo	2006		2013	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Teja de barro	48.3%	51.7%	47.5%	52.5%
2. Asbesto	42.5%	57.5%	42.1%	57.9%
3. Lámina de zinc	47.2%	52.8%	46.8%	53.2%
4. Concreto	41.5%	58.5%	48.1%	51.9%
5. Madera	27.4%	72.6%	33.3%	66.7%
6. Paja, palma o similar	57.2%	42.8%	66.7%	33.3%
7. Material de desecho	65.1%	34.9%	71.6%	28.4%
8. Otro	49.3%	50.7%	43.0%	56.0%
Material de las paredes	2006		2013	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Ladrillo, piedra y bloque	44.3%	55.7%	43.6%	56.4%
2. Adobe	49.2%	50.8%	48.6%	51.4%
3. Material prefabricado	39.0%	61.0%	51.5%	48.5%
4. Madera	47.7%	52.3%	52.1%	47.9%
5. Bahareque y barraca	51.9%	48.1%	48.8%	51.2%
6. Desechos	52.9%	47.1%	71.6%	28.4%
7. Otros	37.2%	62.8%	25.0%	75.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

Según la tabla 36, para los dos años los materiales más adecuados para pisos, techos y paredes tienen porcentajes mayores a nivel urbano; en la zona rural son mayoría los materiales menos adecuados como ser tierra para el piso, el bahareque y barraca en paredes; la paja, palma o similar y el material de desecho y otros en el área rural.

El material prefabricado es más frecuente en el área urbana para el 2006 pero en el 2013 sube mucho su uso en la zona rural, posiblemente por la accesibilidad al mismo.

**Tabla 36. Materiales de las viviendas de adultos(as) mayores por área de residencia.
Honduras 2006 y 2013**

Material del piso	Años			
	2006		2013	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
1. Cerámica	81.6%	18.4%	78.6%	21.4%
2. Ladrillo de cemento	77.7%	22.3%	77.8%	22.2%
3. Ladrillo de granito	90.8%	9.2%	87.9%	12.1%
4. Ladrillo de barro	39.3%	60.7%	36.5%	63.5%
5. Plancha de cemento	41.2%	58.8%	40.4%	59.6%
6. Madera	54.3%	45.7%	60.8%	39.2%
7. Tierra	13.2%	86.8%	9.8%	90.2%
8. Otro	49.9%	50.1%	72.0%	28.0%
Material del techo	Años			
	2006		2013	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
1. Teja de barro	29.9%	70.1%	33.4%	66.6%
2. Asbesto	84.9%	15.1%	81.1%	18.9%
3. Lámina de zinc	49.9%	50.1%	51.2%	48.8%
4. Concreto	95.7%	4.3%	90.2%	9.8%
5. Madera	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%
6. Paja, palma o similar	5.2%	94.8%	0.0%	100.0%
7. Material de desecho	18.6%	81.4%	61.4%	38.6%
8. Otro	34.8%	65.2%	55.3%	44.7%
Material de las paredes	Años			
	2006		2013	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
1. Ladrillo, piedra y bloque	70.5%	31.1%	70.4%	29.6%
2. Adobe	25.4%	74.6%	29.6%	70.4%
3. Material prefabricado	70.8%	29.2%	17.6%	82.4%
4. Madera	46.9%	53.1%	45.1%	54.9%
5. Bahareque y barraca	14.5%	85.5%	15.5%	84.5%
6. Desechos	49.3%	50.7%	61.4%	38.6%
7. Otros	13.1%	86.9%	59.6%	40.4%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

- **PAM, forma de obtención de agua para consumo**

La obtención de agua para consumo ha mejorado con los años, en el 2006 solo el 36% de los adultos mayores contaba con esta dentro de su vivienda, mientras que para el 2013 ya era un 55% de ellos quienes la tenían más accesible. Sin embargo, prevalece para los 2 años un porcentaje alto de adultos mayores que tienen el agua para consumo fuera de su residencia (aunque dentro de la propiedad), lo cual podría amenazar su bienestar; porque en edades avanzadas en muchos casos las personas tienen dificultades de movimiento por razones de salud, como ser problemas artritis, entre otras afecciones. En los casos donde los(as) adultos(as) mayores afectados por estas condiciones viven solos, el tener que moverse fuera

de su vivienda por el agua para consumo puede representar la posibilidad de sufrir caídas u otros problemas (tabla 37).

Tabla 37. Obtención de agua para consumo en viviendas de adultos(as) mayores. Honduras: 2006 y 2013.

Obtención de agua para consumo	Años	
	2006	2013
1. Dentro de la vivienda	35.9%	54.6%
2. Fuera de la vivienda y dentro de la propiedad	50.8%	45.3%
3. Fuera de la propiedad a menos de 100 mts.	7.8%	0.1%
4. Fuera de la propiedad a más de 100	5.6%	0.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

Un porcentaje mayor de mujeres adultas mayores tienen acceso al agua para consumo dentro de su vivienda comparada con los hombres de este grupo de edad, igualmente fuera de la vivienda y dentro de la propiedad son más mujeres que hombres las que tienen acceso. Como se dijo anteriormente, la explicación de esto sería que las mujeres priorizan mejores condiciones en su vivienda. Las mujeres hacen mayor uso del agua comparado con los hombres porque en general están a cargo del lavado de ropa, cocinar los alimentos, lavar utensilios de cocina y limpieza general de la vivienda, por lo cual es prioritario para ellas el tener el agua disponible (tabla 38).

Tabla 38. Obtención de agua para consumo en viviendas de adultos(as) mayores por sexo. Honduras 2006 y 2013.

Obtención de agua para consumo	Años			
	2006		2013	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Dentro de la vivienda	42.9%	57.1%	45.5%	54.5%
2. Fuera de la vivienda y dentro de la propiedad	49.0%	51.0%	45.9%	54.1%
3. Fuera de la propiedad a menos de 100 mts.	50.8%	49.2%	100.0%	0.0%
4. Fuera de la propiedad a más de 100	52.5%	47.5%	0.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

En la tabla 39 se puede observar que la accesibilidad más cercana al agua (dentro de la vivienda) es mayor en el área urbana (74% para 2006 y 74% para 2013), respecto al área rural. Es muy común que en el área rural el agua esté fuera de la

vivienda pues normalmente el lavado de utensilios de cocina, ropa e incluso la ducha y servicios sanitarios se encuentran fuera de la misma.

Tabla 39. Obtención de agua para consumo en viviendas de adultos(as) mayores por área de residencia. Honduras: 2006 y 2013.

Obtención de agua para consumo	Años			
	2006		2013	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
1. Dentro de la vivienda	74.0%	26.0%	70.2%	29.8%
2. Fuera de la vivienda y dentro de la propiedad	34.3%	65.7%	37.1%	62.9%
3. Fuera de la propiedad a menos de 100 mts.	17.7%	82.3%	23.7%	76.3%
4. Fuera de la propiedad a más de 100	10.8%	89.2%	0.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

- **PAM según tipo de alumbrado utilizado en la vivienda**

El alumbrado de las viviendas de los(as) adultos(as) mayores es predominantemente un servicio público (entre 67.3% y 84.5%), sin embargo en el 2006, todavía permanecía un porcentaje representativo del 19.4% de adultos(as) mayores alumbrándose con candil o lámpara de gas y con vela (5.1%) lo cual representa un factor de riesgo de salud por el humo generado y también por el peligro de incendios. Ventajosamente con el tiempo esto ha mejorado y en el 2013 solamente un 6% usaban candil y vela solamente un 1.3% (tabla 40).

Tabla 40. Alumbrado de viviendas de adultos(as) mayores. Honduras 2006 y 2013.

Alumbrado de la vivienda	Años	
	2006	2013
1. Servicio público	67.3%	84.5%
2. Servicio privado colectivo	0.3%	0.2%
3. Planta propia	0.3%	0.4%
4. Energía solar	1.0%	3.6%
5. Vela	5.1%	1.3%
6. Candil o lámpara de gas	19.4%	6.2%
7. Ocote	6.4%	3.3%
8. Otro	0.3%	0.5%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

Según la tabla 41, para los 2 años de estudio hay un mayor porcentaje de mujeres adultas mayores que tienen el alumbrado de vivienda como servicio público (55.6% y 54.8%). El alumbrado como servicio privado colectivo tiene una mayoría masculina en el 2006 (55.5%) que se equipara en el 2013 (50% y 50%). El alumbrado con planta propia es usado mayormente por los hombres (63.2% en el 2006 y 58.3% en el 2013) y son más numerosos los hombres que usan velas para alumbrarse al igual que candil y lámpara de gas, comparados con las mujeres; lo cual los hace susceptibles a sufrir un incendio. Otros tipos de alumbrado en su mayoría tienen predominancia masculina, con pocas excepciones, por ejemplo en el 2013 en el caso del alumbrado por ocote tiene una mayoría femenina (51.8%).

Tabla 41. Alumbrado de viviendas de adultos(as) mayores desagregados por sexo. Honduras: 2006 y 2013.

Alumbrado de la vivienda	Años			
	2006		2013	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Servicio público	44.4%	55.6%	45.2%	54.8%
2. Servicio privado colectivo	55.5%	44.5%	50.0%	50.0%
3. Planta propia	63.2%	36.8%	58.3%	41.7%
4. Energía solar	56.9%	43.1%	55.6%	44.4%
5. Vela	54.2%	45.8%	51.4%	48.6%
6. Candil o lámpara de gas	52.1%	47.9%	52.3%	47.7%
7. Ocote	51.5%	48.5%	48.2%	51.8%
8. Otro	75.0%	25.0%	64.6%	35.4%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

En la tabla 42 se puede ver que el alumbrado como servicio público predomina a nivel urbano con porcentajes de a 65.9 para 2006 y 59.2 para 2013. Como servicio privado colectivo fue más común en el área urbana en el 2006, para luego en 2013 ser mayormente rural.

Planta propia, energía solar y las demás formas de alumbrado son eminentemente rurales en los 2 años, lo que implica que la energía como servicio público en el país todavía no ha logrado cubrir todo el territorio.

**Tabla 42. Alumbrado de viviendas de adultos(as) mayores por área de residencia.
Honduras 2006 y 2013**

Alumbrado de la vivienda	Años			
	2006		2013	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
1. Servicio público	65.9%	34.1%	59.2%	40.8%
2. Servicio privado colectivo	61.5%	38.5%	30.0%	70.0%
3. Planta propia	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
4. Energía solar	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
5. Vela	12.2%	87.8%	4.9%	95.1%
6. Candil o lámpara de gas	3.8%	96.2%	1.5%	98.5%
7. Ocote	1.7%	98.3%	1.9%	98.1%
8. Otro	0.0%	100.0%	12.5%	87.5%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

5.1.2 Determinación de la probabilidad de vulnerabilidad de los(as) adultos(as) mayores, asociada con factores socio-demográficos, económicos y su afiliación al sistema de seguridad social para los años 2006 y 2013.

Esta sección inicia haciendo referencia a algunos aspectos de los sistemas de previsión social organizados desde el Estado y a nivel privado en Honduras, por la importancia que representa para el presente y futuro de los(as) adultos(as) mayores.

La protección social, según Bertranou (2004, p.13), es “el conjunto de intervenciones de entes públicos y privados que buscan aliviar a los hogares y a los individuos de la carga que significa una serie de riesgos y necesidades”. La desprotección social no sólo afecta a los trabajadores que no gozan de beneficios sociales sino que también produce serios problemas de financiamiento en todo el sistema de seguridad social. Los menores ingresos reducen la calidad de las asistencias que puede brindar el sistema.

Huenchuán y Guzmán (2006. p.3) afirman que los factores que influyen en la Seguridad Económica en la vejez interactúan entre sí en la vejez, son el ciclo vital individual y familiar; las biografías personales, características de los sistemas de protección social y las biografías generacionales.

El sector cuentapropista con su heterogeneidad es el que tiene menos cobertura a nivel nacional, por su baja afiliación. El trabajo por cuenta propia en muchos casos es incluido en clasificaciones de trabajo atípico, sin embargo este tipo de categoría es mayoría en el marco de la informalidad del país.

Además el cuentapropismo muchas veces está encubriendo relaciones asalariadas, donde el empleador evita los costos de protección social. Así se confirma un gran segmento de población en condiciones de vulnerabilidad, con escasos niveles de cobertura de beneficios sociales básicos y con una perspectiva de escasos o nulos ingresos cuando se retire del mercado laboral.

En esta investigación se toman únicamente algunos aspectos de la protección social, en particular, el alcance de la protección socio-laboral de los trabajadores ocupados, es decir la cobertura de los sistemas previsionales públicos más importantes: IHSS, INJUMPEMP, IMPREMAH e IPM y privados: fondos de pensión, y seguro médico; así como también un mecanismo de apoyo a la parte patrimonial, como es el Régimen de Aportaciones Privadas (RAP).

- **PAM según afiliación a regímenes de previsión social**

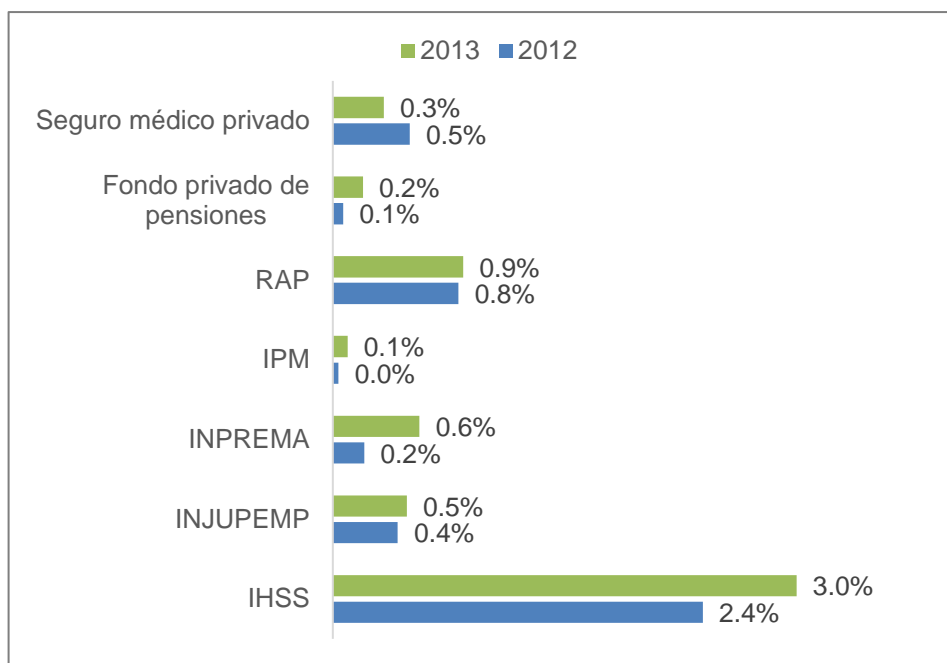
Los resultados de la revisión de las cantidades de adultos mayores cubiertos por los sistemas enfocados en el estudio son muy preocupantes; se puede ver en la gráfica 10 que solo un mínimo porcentaje de adultos mayores están protegidos. Los sistemas previsionales públicos específicos para algunos grupos de ciudadanos representan un privilegio muy limitado, por ejemplo se puede ver en el caso del IPM (cobertura para los militares) una afiliación de 1 de cada 1000 adultos mayores en el 2013. En el INPREMA (cobertura para los maestros) había un beneficio para 6 de cada 1000 adultos mayores en el mismo año y en el INJUPEMP (para los empleados del poder ejecutivo) una cobertura únicamente de 5 por cada 1000 adultos(as) mayores.

El IHSS es el instituto con la mayor cobertura a nivel nacional, en el 2006 cubría a 2 de cada 100 adultos(as) mayores, en el 2013 a 3 de cada 100 adultos(as) mayores. Es decir que en el país con un total de 812,335 (2013) adultos(as) mayores, solamente 24,697 (3.0%) pueden ser atendidos en los hospitales y centros del IHSS y podrán jubilarse o pensionarse, la conclusión es que la cobertura social de este segmento de la población es totalmente insuficiente.

Según la gráfica 10, la cotización a fondos de pensión privados es muy baja, en el 2006, solamente 2 de cada 1000 adultos mayores cotizaban a estos fondos y en el 2013 solo 1 de 1000 adultos(as) mayores lo hacían. En cuanto a la afiliación al RAP, solo 8 de cada 1000 en el 2006 y 9 de cada 1000 en el 2013 eran adultos(as) mayores, es decir un número muy reducido. En el 2013 y años anteriores la cotización en el RAP era para acceder a fondos de préstamo para vivienda o mejoras con intereses blandos (11.5%); los plazos son de 20 años; por lo que si la persona empezó el compromiso de préstamo a los 40 años o menos; a los 60 ya estaría libre de su deuda y podría retirar sus aportaciones.

En la cobertura de seguro médico privado, se observa que con el paso de los años esta ha disminuido; en el 2006 era de 5 adultos(as) mayores de cada 1000 y luego en el 2013 disminuyó a 3 por cada 1000, es decir que para el 2013 solo 3 de cada 1000 adultos mayores estaban cubiertos por un seguro médico privado en Honduras. Este hecho es preocupante porque los(as) adultos(as) mayores se enferman frecuentemente y en general los tratamientos son prolongados y costosos; normalmente sufren de enfermedades crónicas y al no tener otro tipo de cobertura, la única opción que tienen en el país es recurrir al sistema sanitario público que adolece de muchas deficiencias; como es la falta de medicamentos y materiales, lo cual hace más difícil la situación de los(as) adultos(as) mayores y supone vulnerabilidad.

Gráfica 10. Porcentaje de afiliación de adultos(as) mayores a sistemas de previsión social. Honduras 2006 y 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

Analizando el 2006 y 2013 para hacer una comparación, y valiéndose de la información primaria proporcionada por el IHSS (resumida en la tabla 43), se puede ratificar lo dicho anteriormente en cuanto a la desprotección social, ya que tanto en el 2006, como en 2013 las coberturas son muy bajas.

Tabla 43. Población Asegurada IHSS por régimen, Honduras 2006 y 2013

Año	Régimen E-M			Régimen IVM			Régimen RP	Población total cotizante	Población total Benefic.	Población total asegurada
	Cotizantes.	Benefic	Total	Cotizantes	Benefic	Total	Cotizantes			
2006	537,997	650,978	1188,977	468,497	796,479	1264,976	541,760	562,984	s.d.	s.d.
2013	656,865	794,807	1451,672	534,332	908,364	1442,696	634,675	666,591	969,890	1636,481

Cotizante: Asegurado que paga una Cuota y está vigente para recibir los servicios que presta el Régimen. **Beneficiario:** Asegurado que recibe los beneficios del Sistema este es inscrito por el cotizante, cubre los niños hasta 11 años y a las mujeres la maternidad.

E-M: Enfermedad Maternidad. **IVM:** Invalidez, Vejez y Muerte. **RP:** Riesgo Profesional (entro en Vigencia en el 2005, Julio).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de registros administrativos del IHSS, 2013. Reportes de Facturación; Informática y Gerencia de Afiliación IHSS.

Según la tabla 43, la población total asegurada por el IHSS (que toma en cuenta a cotizantes y beneficiarios), en el 2013 era de 1,636,481 es decir que únicamente el 19% de la población de Honduras contaba con dicha cobertura. Si comparamos con el caso de Costa Rica se observa bastante diferencia puesto que en ese país la cobertura de seguridad social alcanzó un 84% en el 2010 (Muiser, 2013, p. 67). En

la observación de los datos de cobertura de previsión social desagregada por sexo (tabla 44) se puede ver claramente que para el 2006 había una mayoría masculina en todos los sistemas, con excepción del INPREMA y el fondo de pensión privado. El 100% de los adultos mayores afiliados al IPM eran hombres para los 2 años. En el 2013 las mayores coberturas son masculinas: seguro médico privado con 65.8%, fondo privado de pensiones con 73.3%, RAP con 76%, e IHSS con 70.7%.

Tabla 44. Afiliación de adultos(as) mayores a los sistemas de previsión social según sexo. Honduras 2006 y 2013

Instituciones	Años			
	2006		2013	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
IHSS	72.0%	28.0%	70.7%	29.3%
INJUPEMP	65.0%	35.0%	43.8%	56.2%
INPREMA	26.1%	73.9%	36.3%	63.7%
IPM	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%
RAP	75.6%	24.4%	76.0%	24.0%
Fondo Privado de pensiones	31.3%	68.7%	73.3%	26.7%
Seguro médico privado	82.6%	17.4%	65.8%	34.2%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

En cuanto a la cobertura de sistemas de previsión social por área de residencia (tabla 45), prevalece una mayoría urbana para todos los años y todos los sistemas. Dados estos resultados se puede interpretar que los(as) adultos(as) mayores del área rural están más desprotegidos pues solo una minoría cuenta con cobertura social.

Tabla 45. Afiliación de adultos(as) mayores a los sistemas de previsión social según área de residencia. Honduras 2006 y 2013

Institutos	Años			
	2006		2013	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
IHSS	86.4%	13.6%	80.0%	20.0%
INJUPEMP	85.2%	14.8%	92.6%	7.4%
INPREMA	92.4%	7.6%	87.4%	12.6%
IPM	56.8%	43.2%	63.0%	37.0%
RAP	88.6%	11.4%	79.0%	21.0 %
Fondo Privado de pensiones	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%
Seguro médico privado.	87.6%	12.4%	100.0%	0.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013.

- **PAM según beneficio de pensión**

En Honduras solo 5 de cada 1000 adultos(as) mayores tenían una pensión en el 2006; y en el 2013 solamente 9 de cada 1000 de ellos la tenían. Estos datos implican que la mayoría de adultos(as) mayores dependen totalmente de sus familiares y/ o el Estado, a menos que cuenten con otro tipo de ingreso que los pueda sostener.

Los ancianos que se encuentran desprovistos de solvencia económica son responsabilidad de sus familias y del Estado y si estos no les proveen de lo necesario para tener una vejez digna, se refuerzan las situaciones de vulnerabilidad incumpléndose así los compromisos en el marco de la legislación nacional e internacional. Según la tabla 46 en la revisión de porcentajes de cobertura de pensión por sexo, los mayores porcentajes son para los hombres en los 2 años del estudio; en el 2006 el 62.7% de adultos mayores que recibían pensión eran hombres; igualmente había mayoría masculina en el 2013 con un 63.6%.

Los adultos mayores que reciben pensión se concentran en la zona urbana; sin embargo, en el 2013 ya se puede observar un porcentaje de adultos(as) mayores con pensión en la zona rural, comparado con el año 2006; lo cual podría explicarse por el regreso de adultos(as) mayores a sus lugares de origen, una vez que han dejado de laborar en la zona urbana.

Tabla 46. Adultos(as) mayores con pensión respecto al total de adultos mayores, por sexo y área de residencia. Honduras 2006 y 2013

Año	AM con pensión	Población adulta mayor	% de AM con pensión	Hombre	Mujer	Urbano	Rural
2006	2,538	542,712	0.5	62.7	37.3	93.3	6.7
2013	7,188	812,335	0.9	63.6	36.4	75.7	24.3

Fuente: Elaboración propia a partir de las EPHPM 2006 y 2013

MEDICIÓN DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL DE LOS(AS) ADULTOS(AS) MAYORES

Los factores internos que desencadenan situaciones de vulnerabilidad forman parte de las características propias del individuo, grupo o comunidad de que se trate, con especificidades de acuerdo a su edad, sexo, área de residencia, entre otros. Los factores externos, por su parte, están ligados al contexto social en que se desenvuelve la persona, ya que, atendiendo a su naturaleza de ser social, los individuos están en constante interacción e interdependencia con otros, con grupos e instituciones para satisfacer sus necesidades.

Algunos ejemplos de factores externos que desencadenan en situaciones de vulnerabilidad son las conductas discriminatorias, el nivel de ingresos, la falta de empleo, la crisis económica, la desigual repartición de la riqueza, la falta de políticas sociales orientadas hacia el beneficio de la población, así como los fenómenos climatológicos (Acevedo J.; Trujillo, M. y López, M., p.13)

Para la presente investigación ***la vulnerabilidad social es la condición de tener una o más necesidades básicas insatisfechas, ya que esta no cuenta con un sistema de medición definido***, el cálculo de la misma se hizo tomando en cuenta las variables de la caracterización para determinar cuáles influyen en la misma.

RESULTADOS DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

Para determinar la probabilidad que un adulto mayor sea vulnerable, considerando para ello algunas variables sociodemográficas, se hizo uso de la econometría, realizando un modelo de regresión logístico y tomando las bases de datos de las EPHPM de 2006 y 2013 a nivel de personas (tabla 47).

Tabla 47. Resultados del modelo de regresión logístico.

Vulnerabilidad del(a) adulto(a) mayor, Honduras 2006 y 2013

Variable**	2006		2013	
	dy/dx***	(P> z)****	dy/dx***	(P> z)****
ss	ns	0.000	0.1871	0.016
Hombre	0.0838438	0.000	ns	ns
Mujer	ns	Ns	ns	ns
área	-0.0654824	0.000	-0.6155	0.000
casado	-0.0455695	0.001	-0.1031315	0.002
soltero	ns	Ns	-0.1339392	0.001
divorciado	ns	Ns	-0.3206856	0.004
separado	ns	Ns	-0.1702912	0.009
viudo	ns	Ns	-0.1199672	0.001
sps	-0.180703	0.000	-0.1002548	0.009
cp	0.169772	0.000	0.0682597	0.002
pobrext	ns	Ns	0.1642075	0.000
nopobre	-0.0950027	0.007	-0.1465359	0.000
prim	-0.149987	0.000	-0.1479153	0.000
secun	-0.2940601	0.000	-0.3665473	0.000
sup	-0.3700311	0.000	-0.2479527	0.001
spe	-0.0430419	0.000	-0.1153612	0.000
sei	-0.1235263	0.023	-0.0989545	0.005

* El Pseudo $R^2 = 0.0757$ (2006) y 0.4461 (2013) y se tomaron en cuenta las variables significativas al nivel de confianza del 95%.

** Aunque se trabajó con algunas variables exógenas, únicamente se tomaron 11 por ser significativas para el 2006 y 16 para el 2013

SS= Si el(la) adulto(a) mayor está sin seguro social,

Hombre= Si el adulto mayor es hombre.

Mujer= Si la adulta mayor es mujer.

área= Si el(la) adulto(a) mayor vive en el área urbana;

casado = Si adulto(a) mayor es casado/a;

soltero= Si adulto(a) mayor es soltero/a;

divorciado= Si adulto(a) mayor es divorciado;

separado= Si adulto(a) mayor es separado;

viudo = Si adulto(a) mayor es viudo/a;

sps = Si adulto(a) mayor vive en San Pedro Sula;

cp= Si adulto(a) mayor vive en ciudades pequeñas

pobrext = Si adulto(a) mayor está en condición de pobreza extrema;

nopobre= Si adulto(a) mayor es no pobre;

prim = Si adulto(a) mayor tiene educación primaria;

secun = Si adulto(a) mayor tiene educación secundaria;

sup = Si adulto(a) mayor tiene educación superior;

spe = Si adulto(a) mayor no tiene problemas de empleo;

sei = Si adulto(a) mayor es un subempleado invisible;

*** Cambio marginal, o el coeficiente que es un cambio discreto de la variable dummy que va de 0 a 1.

El signo indica si aumentó o disminuyó la probabilidad y para convertirlos en porcentajes se debe multiplicar por 100.

**** Representan el nivel de significancia individual, donde cada variable debe ser < 0.05 para ser aceptada.

Fuente: Elaboración propia, con datos de EMHPM 2006 y EMPH 2013, INE Honduras

Con el propósito de comprobar estadísticamente lo que la teoría indica se tomaron en cuenta las variables que fueron descritas en la caracterización anteriormente desarrollada: sexo, estado conyugal, dominio, área de residencia, línea de pobreza, quintil de ingreso, nivel de educación, nivel de empleo, condición de actividad, tenencia de la vivienda, afiliación a la seguridad social, ingreso por concepto de pensión (tabla 47). Se tomaron en cuenta los indicadores de las variables que resultaron significativos: 16 para el 2006 y 11 para el 2013.

En el caso del año 2006, la variable ss (sin seguro social) se omitió porque no es significativa, pues representa únicamente el 0.1% de los datos y para que sea significativa estadísticamente debería representar como mínimo el 5%. Para el año 2013 no se omite porque la variable ss representa el 5.9% de los datos. Dentro de la variable sexo, para los dos años el indicador Mujer no resultó significativo, por lo cual se omitió. Sin embargo, el indicador Hombre sí resultó significativo para el 2006, por lo cual se tomó en cuenta en ese año.

Se pudo observar que para el año 2006 la probabilidad de vulnerabilidad aumenta en un 8.4% si el adulto mayor es hombre, lo cual podría deberse a que algunos hombres tienden a ser poco previsores.

Las diferencias entre la significancia de los 2 años podría deberse a la diferencia de la muestra en cada uno de ellos, ya que en el 2006 la muestra fue de 20,955 viviendas; mientras que para el año 2013 fue de 7,200 viviendas.

Considerando que la regresión se efectuó con errores estándar robustos (corregidos por heterocedasticidad²⁴) y verificando el nivel de significancia individual o de cada variable, con coeficientes estadísticamente significativos para un intervalo de confianza del 95% para los dos años, asimismo, determinando sus efectos

²⁴ La palabra heterocedasticidad surge de la unión de dos palabras: "hetero" (diferente) y "cedasticidad" (dispersión), es decir varianza diferente. En el modelo de regresión lineal, ($Y=X\beta+u$), uno de los supuestos que se estable, para poder estimar el modelo por mínimos cuadrados ordinarios, y así, obtener estimaciones eficientes de los parámetros, es que las perturbaciones del modelo tienen que ser homocedásticas, es decir, su varianza se mantiene constante para todas las observaciones de la muestra, $E(u^2) = \sigma^2$. Sin embargo, si este supuesto deja de cumplirse entonces el término de error tiene heterocedasticidad, $E(u^2) = \sigma^2_i, i=1, \dots, N$. di Tomado de: <http://www.expansion.com/diccionario-economico/heterocedasticidad.html>

marginales, y con un 62.4% de predicciones correctas en 2006 y 82.8% de predicciones correctas en 2013, se presentan los resultados de la estimación econométrica para el año 2006 (anexos 6, 7, 8, 9 y 10) y 2013 (anexos 11, 12, 13, 14 y 15).

Para cada variable explicativa de la condición de vulnerabilidad del adulto mayor se detalla el coeficiente (dy/dx) y el nivel de significancia ($(P > |z|)$). La probabilidad que un adulto mayor sea vulnerable cuando no tiene seguro social, no se pudo determinar en el caso del 2006 porque la variable resultó no significativa y se omitió; sin embargo para el 2013 la probabilidad de ser vulnerable aumenta en 18.71% si no tiene seguro social, puesto que tendrá menos posibilidades de ser atendido adecuadamente en caso de enfermedades comunes o crónicas. Igualmente al no percibir ingresos por concepto de pensión o jubilación, su subsistencia podría verse afectada si no cuenta con otros ingresos alternativos, el apoyo familiar o del Estado.

Al explorar la relación entre vulnerabilidad de los adultos mayores y la seguridad social, dado que el segmento de adultos mayores aumenta de tamaño año con año, incidiendo en el gasto total de salud y subsistencia a nivel nacional se puede concluir que hay una relación inversamente proporcional entre vulnerabilidad y seguridad social para el 2013.

En el país la proporción que representan los adultos mayores respecto a la población total irá en constante ascenso, como se notó en la caracterización: 7.4% en 2006 y 9.5% en 2013. Según las proyecciones de CELADE (2015) esta proporción sería de 9.6% en 2025 y de 20.7% en 2050, sin embargo, de acuerdo a los resultados obtenidos, la proporción del 2013 ya se acerca mucho a la proyectada para el 2025, lo que implica que las proyecciones de cobertura de previsión social también deberían considerar mayores valores si se pretende disminuir la vulnerabilidad de este grupo de población.

En cuanto a los indicadores de línea de pobreza (pobreza relativa y pobreza extrema), las variables no fueron significativas para el 2006; para el 2013 la probabilidad de ser vulnerable aumentó en 16,4% si vive en condición de *pobreza extrema*. En cuanto a los no pobres, la probabilidad de ser vulnerables disminuye en 9.5% para el 2006 y en 14.7% en el 2013.

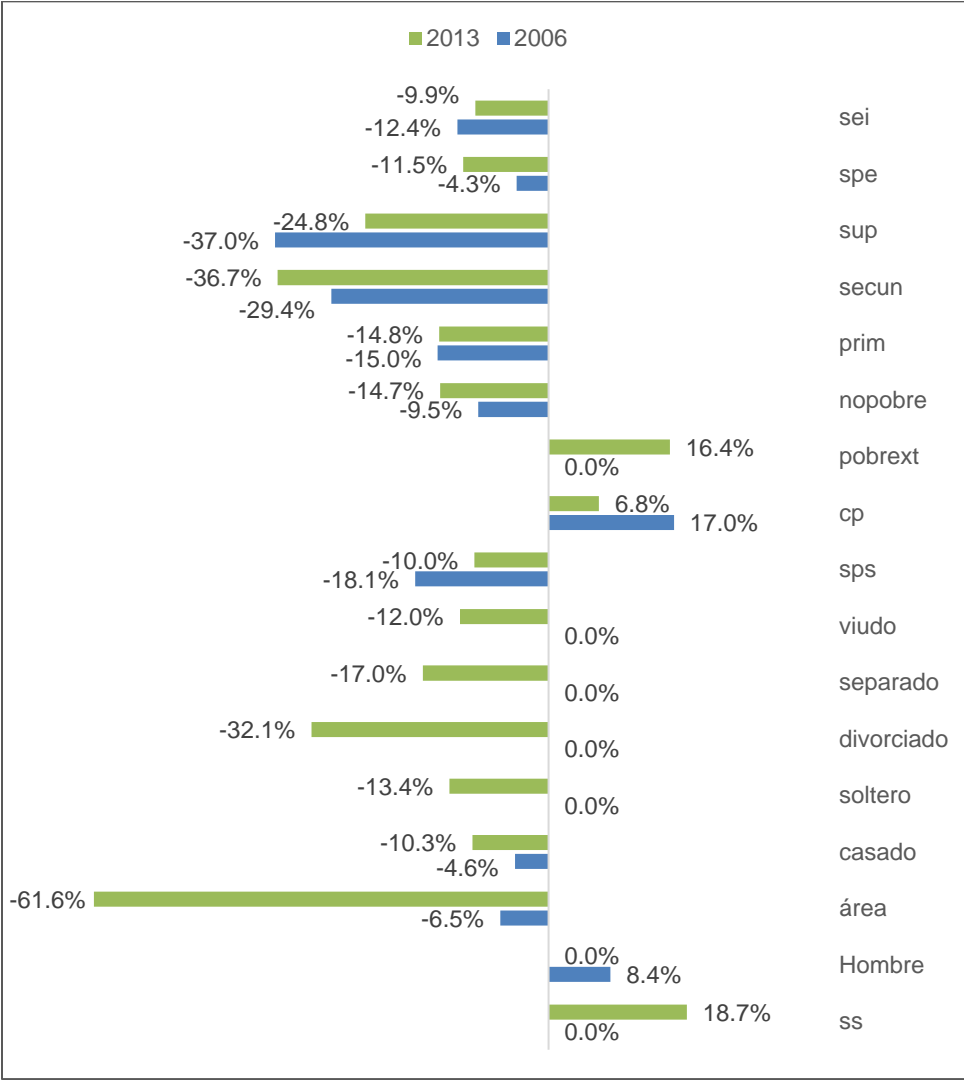
Si un adulto mayor vive en ciudades pequeñas, la probabilidad de ser vulnerable aumenta en 16.3% (2006) y 6.8% (2013), lo que se explica por el bajo acceso a servicios básicos del que sufren las mismas. Si el(la) adulto(a) mayor vive en un *Área de residencia* urbana, disminuye la probabilidad de ser vulnerable en 6.5% en el 2006 y en 61.6% en el 2013, pues en esta zona hay mayor acceso a los servicios de educación, salud y alcantarillado; además de mayor posibilidad de empleo, apertura de negocios, entre otros.

La vulnerabilidad del(la) adulto(a) mayor en Honduras, también está relacionada con el *Nivel educativo*; disminuye en un 15.0% en 2006 y un 14.7% en 2013 si el(la) adulto(a) mayor cuenta con educación primaria. Disminuye en 29.4% en 2006 y en 36.6% en 2013, si el(la) adulto(a) mayor tiene educación secundaria y en 37% en 2006 y 24.79% en 2013 si tiene educación superior. Se puede ver que el resultado para educación superior es relativamente incongruente con el resultado de secundaria, pero esto podría deberse a que los resultados pueden estar influenciados por el peso de la cantidad de adultos(as) mayores con ese nivel educativo, el cual es muy reducido con relación a la totalidad de adultos(as) mayores, por las razones que se plantearon con anterioridad.

En cuanto a la relación entre vulnerabilidad y *Estado conyugal* de las/os adultos(as) mayores para el 2013, en la categoría divorciado disminuye la probabilidad en un 32.1%, disminuye en 17% si es separado, 13.4% si es soltero, 12.0% si es viudo y 10.3% si es casado. Según esta variable los(as) más vulnerables serían los(as) casados(as), lo que podría explicarse con la situación de que normalmente hay más miembros en un hogar constituido formalmente, lo que aumenta el gasto de

alimentación, salud, entre otros. En el caso del 2006, la única variable de estado conyugal que resultó significativa en el modelo fue la de casado con un 4.6%, es decir que para ese año de probabilidad de ser vulnerable si es casado disminuye en esa proporción. Por otro lado, si el(a) adulto(a) mayor no tiene problemas de empleo la probabilidad de vulnerabilidad disminuye en 4.3% en 2006 y en 11.5% en el 2013, lo cual tiene que ver con la generación de ingresos que se da cuando las personas tienen un trabajo remunerado, además de los beneficios que perciben.

Gráfica 11. Probabilidad que un adulto mayor sea vulnerable según variables sociodemográficas y afiliación a seguridad social. Honduras 2006 y 2013.



Fuente: Elaboración propia, con datos de EPHPM 2006 y 2013.

El nivel educativo está directamente ligado al nivel de empleo y por consiguiente al estado de vulnerabilidad del(a) adulto(a) mayor, ya que, muchas personas con bajo nivel educativo tienen poco acceso a trabajo formal o únicamente pueden conseguir trabajos precarios y con salarios muy reducidos, muchas veces sin cobertura social, por lo tanto quedan relegados de sus beneficios, permaneciendo en un estado de vulnerabilidad social y contribuyendo a los ciclos de pobreza del país (gráfica 11).

Aun estando en condiciones de subempleo invisible, su probabilidad de ser vulnerable de un(a) adulto(a) mayor disminuye en 12.4% en 2006 y en 9.9% en el 2013; lo cual indica que el acceso a empleo constituye una importante determinante contra la vulnerabilidad.

5.1.3 Revisión de las principales reformas realizadas en las leyes de los institutos de previsión social de los últimos años.

INPREMA (Reformas Decreto 267-2013)

El objetivo de las últimas reformas dadas mediante el Decreto 267-2013 fue ajustar los Artículos 28, 43, 48, 49, 56, 59, 60, 63, 65, 105 y 125 de la Ley del Instituto Nacional de Previsión del Magisterio (INPREMA), del Decreto No. 247-2011 de fecha 14 de diciembre de 2011.

Dichas reformas se aprobaron en el año 2014, mediante la intervención de la Comisión Nacional de Banca y Seguros (CNBS) y se resumen en lo siguiente:

1. Se modifica la cuota de inscripción única, a un pago máximo y deducible por una única vez de 250 lempiras por afiliado.
2. Se establece una cuota mensual deducible para mantener el estatus de afiliado de un docente dentro de un único colegio elegido, a un valor máximo equivalente al 0.5% del “sueldo base mensual” de un maestro de educación primaria.

3. Se prohíbe a la Secretaría de Educación, Ministerio de Finanzas y a los centros educativos privados efectuar cualquier tipo de deducciones a favor de 2 o más colegios magisteriales.
4. Un maestro que se encuentre afiliado a más de un colegio magisterial deberá seleccionar en un plazo de 3 meses, a cuál de ellos deberá transferirse la cuota mensual que se le deduce por concepto de afiliación.
5. El INPREMA percibirá de sus afiliados por concepto de aportaciones y cotizaciones el 12% del salario sujeto de contribución por concepto de aportación patronal; el 8% del salario sujeto de contribución por concepto de cotización y el porcentaje que el participante decida cotizar en su “cuenta de ahorros previsional” (CAP).
6. Las tasas de interés de préstamos hipotecarios y personales no podrán ser inferiores al 4% real ni inferior a la tasa real generada por los bonos garantizados por el Estado a 180 días plazo. La tasa de interés de estos préstamos tampoco podrá ser inferior al 75% de las tasas promedio de los últimos 12 meses que cobre el sistema bancario nacional privado, sobre la cartera de vivienda y consumo.
7. Se agrega la cobertura de atención integral de la salud del pensionado además del servicio de “administración de cuentas de ahorro previsional” (CAPs) y deja abierta la posibilidad de otros servicios.
8. Se restituye el derecho de los beneficiarios de los pensionados y jubilados en caso de muerte. Cubriendo a los hijos menores de 18 años y a los discapacitados de cualquier edad.
9. El monto de pensión por vejez para afiliados previos a la ley reformada que cumplen con los requisitos del Art. 121 se calculará por los primeros 25 años de servicio debidamente cotizados y se reconocerá un crédito unitario de 2% por cada año y por cada año adicional cotizado sobre los primeros 25 años, se reconocerá un crédito unitario de 2.5%, sin que el porcentaje total acumulado pueda exceder del 80% de “salario básico mensual” (SBM). En la ley anterior la base de cálculo de la jubilación era de 3% del promedio de los últimos 36 salarios por el número de años cotizados.

La situación del INPREMA fue revisada por 2 comisiones interventoras para hacer cambios en sus políticas ya que de lo contrario iría a la quiebra. Los beneficios que contemplaba la Ley del INPREMA no podrían ser cubiertos si se mantenían las mismas condiciones de cotización y cobertura. Las reformas a la Ley del INPREMA obedecen a una situación de insostenibilidad de la institución, que se manifestó en el 2011, con un déficit actuarial de casi 80 mil millones de lempiras. Los responsables de esta situación son los políticos y los perdedores son los cotizantes.

En general las reformas de la Ley del INPREMA no mejoran significativamente los beneficios para los(as) afiliados(as) sobre todo en cuanto al cálculo de su pensión (por mayor tiempo para el cálculo del promedio); pero aseguran de cierta manera la permanencia del mismo a nivel de los beneficios para las los(as) actuales y nuevos(as) pensionados y jubilados(as) y sus beneficiarios(as): Sin embargo, se pueden reconocer algunas mejoras importantes sobre todo a nivel de beneficiarios en el caso de muerte del afiliado o pensionado (cobertura en caso de muerte), además de las opciones de crédito.

Si se logra aumentar la cobertura de este instituto de manera substancial, aprovechando la oportunidad del bono demográfico y la gran cantidad de maestros que se gradúan de año en año, los beneficios del INPREMA podrían volverse sostenible y cubrir en el futuro a una buena parte de los(as) adultos(as) mayores, sin embargo esto depende de una buena administración y la eliminación de la corrupción.

En cuanto al tema de ahorro previsional, el impacto dependerá de cómo se manejen los fondos de esta línea de manera que se resguarden de las posibles riesgos de caer en manos equivocadas (vía préstamos entre instituciones o falta de pago por parte del Estado).

INJUPEMP (Reformas Decreto 357-2013 y Decreto 130-2014)

El objetivo del Decreto 130-2014 es principalmente reformar los artículos 2, 8, 28, 56, 59, 71 y 72 y realizar algunas adiciones. Estas últimas reformas entraron en vigencia en mayo de 2014 y cambian la ley vigente por más de 40 años (Decreto 138-1971). Contiene mejoras en los beneficios, así como ajustes no convenientes para los actuales y futuros afiliados.

Mejoras:

- *Porcentaje de aporte patronal (Estado) será de 14.5% sobre el salario y aumentará, partiendo de 11.5% en 2015, y aumentará en 1% hasta el 2018.*
- *Invalidez calificada solo aplicaba para el empleado en el caso de que surgiera en el ejercicio de su trabajo; con la reforma se amplía para cualquier causa.*
- *Pensión por sobrevivencia (viudez, ascendiente, orfandad): se da por participante activo voluntario; el participante en suspenso durante su primer año después de haber interrumpido sus aportes al sistema; y, el pensionado por invalidez o vejez.*
- *Pensión por viudez. Monto de 30 rentas equivalentes al SBM²⁵ pagaderas mensualmente; o 50% de la pensión que recibía el afiliado o la pensión por invalidez o vejez.*
- *Pensión por orfandad: antes aplicaba únicamente para hijos del afiliado hasta máximo 18 años, ahora sería de 20% de la pensión que recibía el beneficiario directo. Con la reforma se extiende a los 18 años de edad o hasta los 25 años si todavía estudia.*
- *Pensión por ascendientes: hasta 40% de la pensión que percibía el causante. El padre y madre del participante pensionado activo o voluntario, que al fallecer no tenga cónyuge e hijos y que se demuestre que dependen económicamente del participante fallecido.*

²⁵ SBM: Salario Básico Mensual

- La pensión por invalidez contiene: pago mensual (70%) del SBM con periodo garantizado de 10 años) más pago único (12 veces el monto de la renta), más gastos médicos.
- Beneficio por separación: para las cotizaciones individuales: entre el 90% y 150% (actualizadas financieramente); 65 años de edad mínimo y 15 años de cotización mínimo, pero menos de 20 años para cotizaciones individuales y aportaciones patronales (actualizadas financieramente). La edad de jubilación antes era menor
- Los(as) participantes, que al entrar en vigencia la Ley tengan al menos diez (10) años de servicio acreditados al INJUPEMP, tendrán derecho a jubilarse después de los 58 años de edad, sin que se les aplique la tabla de gradualidad expuesta en el Art. 122. Si tiene más de 10 años de cotización; pero menos de 22, entonces el monto de la pensión se calcula actuarialmente; si lo solicita antes de la edad mínima de la tabla).
- Art. 121 y Art. 122. Los años de jubilación van de acuerdo a la tabla de gradualidad, sin embargo existen excepciones: El(la) afiliado(a) que alcance 22 años de cotización al Instituto podrá pensionarse con una edad de 58 años (excepción).
- Se crea el Programa “Crédito Ya” que permite un anticipo de un 90% del décimo cuarto salario. Para los activos o en suspenso al llegar a los 58 años, se le aplicaría ajuste actuarial. Art. 121 y 122.
- Préstamos hipotecarios: Antes se tenía un límite de 2 viviendas por beneficiario, pero con la reforma desaparece ese límite, es decir queda abierta la cantidad; solo dependería de la capacidad de pago. La tasa de interés de los préstamos hipotecarios es de 12.5%, pero el Instituto a través de la Departamento de Cartera y Cobro deberá incrementar la tasa de interés pactada para los Préstamos Hipotecarios en 2 puntos, en los casos en que el Participante o el Instituto ejerzan una de las siguientes acciones: a) Retiro del Sistema b) Retiro de Oficio.

- Ampliación de créditos de L.300,000 a L.4,000,000 para pensionados por vejez²⁶.
- En la ley reformada, el gobierno corporativo está integrado por tres miembros que serán escogidos por medio de concurso público con base en méritos, por un período de 5 años.
- Los gastos de auxilio fúnebre serían de L.5,000 a 8 veces el salario mínimo promedio.

Ajustes que reducen beneficios:

- El número de años de cotización era de 9 anteriormente, con la reformas es de 20 años.
- Pensión por vejez: La edad de jubilación era antes de 58 años de edad; con la reforma es de 65 años.
- Jubilación obligatoria: Empleado(as) puede ser retirado por patrono en el caso de que el mismo ya no pueda cumplir con sus funciones, depende también de su edad.
- Cotización individual se mantiene en 7% del salario y subirá a partir del 2017 en 0.5% cada 2 años hasta llegar a un 9.5% en 2025. Se aplicará también al décimo tercer y décimo cuarto salario para evitar el déficit actuarial.
- El porcentajes de aportación del patrono ahora será 12.5% mensual del salario de sus empleados, iniciando con la entrada en vigencia de la Ley. También aplica al décimo cuarto y décimo tercer mes.
- En la manera de calcular el Salario Base Mensual ahora se harán las pensiones con un promedio de los últimos 120 salarios (10 años); antes era el 2.75% del promedio de los últimos 36 salarios (3 años) por el número de años cotizados.
- El cálculo del monto de las pensiones o jubilaciones se hacía sobre el promedio de los últimos 36 salarios percibidos en la ley anterior, pero con la reforma el cálculo se hará tomando en cuenta los salarios recibidos en los

²⁶ Pensionado por vejez: Es toda persona natural en pleno goce del beneficio de pensión por vejez, legalmente concedido u otorgado por el INJUPEMP.

últimos 120 meses de trabajo (10 años). Algo nuevo en este cálculo es que será al valor actual, es decir tomando en cuenta la devaluación, el poder adquisitivo y el costo de vida.

Las reformas plantean principalmente cambios a nivel de años de cotización, base de cálculo para la jubilación y ampliación del límite de créditos institucionales. Mejoran el monto de gastos de auxilio fúnebre. El Gobierno corporativo del instituto está integrado por tres miembros que serán escogidos por medio de concurso público con base en méritos, por un período de 5 años.

Se amplian las condiciones de los créditos para los(as) afiliados(as) y se amplía el límite de financiamiento, sin embargo las generaciones nuevas de afiliados deberá cotizar durante más años y podrá jubilarse hasta cumplir los 65 años, porque si lo hacen antes perderán beneficios.

Las reformas son necesarias en la medida que aseguran beneficios sostenibles para una cantidad mayor de afiliados y beneficiarios; pero esto dependerá de las decisiones que tomen las autoridades del instituto en cuanto a las inversiones, a la exigencia de los compromisos financieros basados en prácticas éticas y solidarias, entre ellas la inclusión de una mayor base cotizante (cobertura contributiva) por ejemplo con la medida de incorporar al personal por contrato siempre y cuando se trate de personal necesario para el cumplimiento de los objetivos. Igualmente debe combatirse la corrupción que es la principal causa de gasto injustificado.

Ley del Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS

El Instituto Hondureño de Seguridad Social se creó el 3 de julio de 1959, mediante la publicación en el Diario Oficial La Gaceta, edición número 16,819. En su reglamento se establecieron tres prestaciones: Enfermedad, Maternidad (EM) que inició en 1962, Vejez, Invalidez y Muerte (IVM) que inició en 1969; y Riesgos Profesionales, que entró en vigencia el 29 de junio de 2005.

En la Ley se establece la obligatoriedad de los trabajadores y empresarios para afiliarse al IHSS, y las cuotas son las siguientes: para Enfermedad Maternidad (EM) es del 5% para el Patrono, 2.5% para el Trabajador, y 0.5% para el Estado; haciendo un total de 8%. Para Vejez, Invalidez y Muerte (IVM) la tasa de cotizaciones es de 2% para el Patrono, 1% para el trabajador y de 0.5% para el Estado, en total de 3.5%. Sumando ambas prestaciones un total de 11.5%. A este porcentaje, se agrega un 0.2% proporcionado por el Patrono para cubrir la prestación del régimen de Riesgos Profesionales vigente desde el 2005.

En el IHSS su techo de cotización de 600 Lempiras no cambió desde 1962 hasta el 1 de junio de 2001, como consecuencia de un movimiento huelguístico que fue iniciado por la Asociación de Médicos del IHSS y el Colegio Médico de Honduras, y prontamente apoyado por el Sindicato de Trabajadores del IHSS, lograron que la Junta Directiva de la Institución elevará el techo a partir de esa fecha sobre una remuneración máxima L.2,400.00, y con futuros incrementos de acuerdo a estudios actuariales, hasta llegar a L.4,800. (Artículo 55-B de la Ley del IHSS, Decreto 140).

Reforma de 1967: Adoptada en fecha 1967-10-28 (HND-1967-L-33504) Decreto núm. 115, del Congreso Nacional, por el que se reforma el artículo 36 de la ley del seguro social. Se refiere a la protección maternal; contempla que los hijos de los asegurados, hasta la edad de cinco años, tendrán igualmente derecho a las prestaciones que señala el apartado a. del artículo 34. Las esposas o compañeras de hogar de los trabajadores asegurados tendrán derecho a asistencia médica en caso de maternidad y enfermedades postparto.

Reforma de 1980: Adoptada en fecha 1980-02-23 (HND-1980-L-33505) Decreto núm. 891 por el que se reforman varios artículos de la ley de seguro social, se adoptó el 23 de febrero de 1980; contempla que el seguro social cubre los riesgos de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo y enfermedad profesional, invalidez, vejez, muerte y cesantía involuntaria.

Reforma 1989 (HND-1989-L-22167) La Gaceta, 1989-05-16, No. 25832. Decreto núm. 46-89 del Congreso Nacional, por el que se reforman disposiciones de la ley del seguro social (Serie Legislativa, 1957-Hon. 4). Las disposiciones reformadas enumeran las contingencias y servicios que cubrirá el seguro social, los sujetos asegurados al régimen obligados, las personas sujetas a regímenes de seguro social y los que no son sujetos obligatorios. Las reformas se refieren también a los órganos superiores del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Se establece que el derecho a percibir rentas o pensiones es imprescriptible.

Reforma 2001, adoptada en fecha: 2001-06-02. Decreto núm. 80-2001. Las modificaciones se refieren a que el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), bajo cuya responsabilidad está la administración del seguro social; regula las contingencias y servicios que cubre dicho instituto, sus órganos superiores, sus atribuciones y funcionamiento. El seguro social cubre los riesgos de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo y enfermedad profesional, invalidez, vejez, muerte y cesantía involuntaria. Están sujetos al seguro social obligatorio los trabajadores particulares, los trabajadores públicos, los de entidades autónomas y semiautónomas y los de las entidades descentralizadas del Estado. Quedan provisionalmente exentos los trabajadores a domicilio, domésticos, temporarios, ocasionales, agropecuarios, salvo los que trabajen en empresas agrícolas propiamente dichas. Por medio de ella se aprobó la variación de los techos de cotización, ampliación de las edades límite de los hijos de padres beneficiarios para poder ser cubiertos en forma indirecta por el régimen de seguridad social y la posibilidad que tanto los hombres como las mujeres puedan incorporar como beneficiarios a sus respectivos cónyuges dependientes.

Reforma 2003. A partir del año 2003 se inició el programa denominado “Sistemas Locales de Seguridad Social” (SILOSS), que busca extender la cobertura a otras ciudades secundarias del país, para lo cual se contrató diferentes entidades públicas y privadas que proveían servicios de salud. El programa SILOSS se inició

en la ciudad de la Ceiba, donde existía desde 1972 el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte pero no el de salud. Más recientemente se ha extendido la experiencia a otras ciudades: Comayagua, Puerto Cortés, Santa Rosa de Copán, Siguatepeque, Tela y San Lorenzo, entre otras. A mediados del 2005 existían 26 proveedores que brindaban servicios en 10 ciudades; aún no existe ninguna experiencia del programa SILOSS en la zona rural. El hecho de que en las nuevas ciudades la experiencia es muy reciente impide evaluar sus resultados. El IHSS hace un contrato por los servicios de primer nivel de atención, que se basa en pagos perca pita, y otro para el segundo y el tercer nivel de atención, que se basa en el pago por evento. El programa está organizado de tal forma que se contrata a varios proveedores para atender la población de una determinada área geográfica.

Reforma 2011, adoptada el 17 de junio de 2011 Resolución SOJD. N°.02-29-03-2011. Diario Oficial La Gaceta N°32,544 se refiere a la modificación del techo de cotización al Seguro Social elevándolo de L. 4,800 a L. 7,000; desindexado del salario mínimo y del índice inflacionario, siempre y cuando se implementen los acuerdos de la ruta crítica contenidos en el Acuerdo Tripartito de Seguridad Social.

A partir de septiembre de 2015 la legislación relativa a la seguridad social en el país se centra en la Ley Marco de Sistema de Protección Social, sin embargo la Comisión Interventora del Seguro Social, que impulsa y promueve dicha ley plantea que para su aplicación será necesario reformar nuevamente la ley del IHSS, y otras leyes relacionadas.

Ley Marco del Sistema de Protección Social (Decreto No. 56-2015)

Su objetivo es “crear el marco legal de las políticas públicas en materia de protección social, en el contexto de los convenios, principios y mejores prácticas nacionales e internacionales que rigen la materia; a fin de permitir a los habitantes, alcanzar de forma progresiva y sostenible financieramente, una cobertura digna, a través de la promoción social, prevención y el manejo de los riesgos que conlleva la vida de las

personas, asegurando la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los demás derechos sociales necesarios para el logro del bienestar individual y colectivo”.

Incluye 5 tipos de coberturas:

- 1) *Régimen del Piso de Protección Social (PPS)*
- 2) *Régimen del Seguro de Previsión Social*
- 3) *Régimen del Seguro de Atención de la Salud*
- 4) *Régimen del Seguro de Riesgos Profesionales*
- 5) *Régimen del Seguro de Cobertura Laboral*

Los aspectos más relevantes de esta nueva ley son:

- 1) En un inicio la nueva ley no representará aumento de las cotizaciones, sin embargo sufrirán ajustes con base en el índice de inflación (lo cual puede variar mucho y se basa en los datos del Banco Central de Honduras que no siempre son los más realistas.
- 2) Anteriormente cada trabajador pagaba al RAP el 1.5% de su salario y al IHSS²⁷ otro 1% (L.245 lempiras) con base en un techo de cotización de L. 7,000; mientras que el patrono pagaba por cada uno de sus empleados al RAP 1.5% y al IHSS un 2% (L.504). Sumando las dos cotizaciones, el RAP percibía cada mes un 3% por cada trabajador y el IHSS recibía otro 3% (L.749). Empleadores, trabajadores y Estado pagaban 6.5% al RAP e IHSS. Con la nueva Ley, el pago se hará unificado a un solo instituto de seguridad social; es decir se consolida en una sola cuenta.
- 3) El patrono pagará el 3.5% con base en un techo de cotización de un salario mínimo.

²⁷ El Seguro Social en teoría también debía recibir un 0.5% como cuota que debía pagar el Estado no solo por sus empleados sino por todos los hondureños afiliados. Sin embargo, esta cuota no fue cancelada y hasta el 2014 llegó a L.2,700 millones.

- 4) El trabajador pagará también a ese nuevo instituto el 2.5%, mientras el Estado deberá cancelar, de forma obligatoria, el 0.5% por el total de hondureños en el sistema universal de seguridad social. Es decir que el total de cotización por cada persona será la misma, 6.5%, mientras el índice de inflación sea igual al actual.
- 5) En el caso de micro y pequeñas empresas, el pago del 6.5% se hará de forma gradual hasta enero de 2018. Es decir, que antes de esa fecha continuarán pagando el 3.5% que aportaban al IHSS, pero no el 3% que aportaban al RAP.
- 6) Con los recursos que se obtengan de las nuevas contribuciones, el Estado podrá desarrollar 3 de los 5 regímenes contemplados en la ley: régimen del Seguro de Previsión Social, régimen del Seguro de Atención de la Salud y el régimen del Seguro de Riesgos Profesionales.
- 7) Para el régimen del Piso de Protección Social, que garantiza acceso a los servicios básicos de las personas de escasos recursos, el Estado suplirá los recursos para su existencia.
- 8) En el Art. 10 de esta Ley se establece que los fondos para este régimen se obtendrán de aportaciones solidarias del Estado según valores resultantes de aplicar el 20% a nuevas concesiones, el 15% de inversiones no financieras concesionadas por el Estado, entre otros. Mientras, para desarrollar el régimen del Seguro de Cobertura Laboral se establece un pago extra de los patronos. Este último tiene como objeto propiciar el pago efectivo y obligatorio del auxilio por cesantía (prestaciones) que se deriva del Código del trabajo; para cumplir con este objetivo, la ley contempla la creación de una reserva laboral de Capitalización Individual, es decir una cuenta privada, intocable a nombre del trabajador, que será constituida con aportaciones del patrono.
- 9) Las contribuciones serán del 4% del salario ordinario del trabajador y se depositarán de forma mensual, según lo establece la nueva normativa.

- 10) El aporte del patrono como reserva, no es un egreso real, es una especie de ahorro obligatorio para que pague las prestaciones que por ley corresponden (pasivo laboral).
- 11) Los recursos serán manejados ahora por el RAP, que se convierte en un Administrador de Fondos de Pensiones (AFP), pero el empleado tiene la libertad de tener esta cuenta en cualquier institución bancaria o fondo de pensiones de su preferencia.
- 12) En el caso de empresas que tengan menos de 10 empleados, estarán exentos de esta obligación hasta enero de 2018, su incorporación se hará conforme a parámetros de gradualidad definidos por el Consejo Económico y Social (CES).
- 13) Así mismo, los empleadores de las microempresas definidas en el Artículo 12 del Código de trabajo, abonarán a las subcuentas de Reserva Laboral de Capitalización Individual de cada uno de sus trabajadores, el porcentaje que determine el CES.
- 14) El nuevo sistema de protección en Salud será rectorado por la Secretaría de Salud, que según la ley deberá cumplir las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud.
- 15) El IHSS será el asegurador del sistema, es decir, el administrador que deberá garantizar las prestaciones y servicios que se derivan del Régimen del Seguro de Atención de la Salud;
- 16) Tanto la Ley del Sistema Nacional de Salud Pública como la Ley Orgánica de Seguro Social y otras que se asocien, deberán pasar por un proceso de reforma.
- 17) En el Art. 6 de la ley se determina que son sujetos de cobertura dentro del Sistema de Protección Social, los hondureños/as y extranjeros/as elegibles, que cumplan las condiciones establecidas en la normativa aplicable para acceder a las prestaciones y servicios. A las aportaciones de patronos y trabajadores/as se suman las que realice el Estado como patrono, así como las aportaciones solidarias que éste realice al Sistema de Protección Social,

en su condición de Estado, para subsidiar grupos de trabajadores(as) en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

- 18) En el Art.7 considera el Piso de Protección Social (PPS), como el pilar no contributivo que garantiza el acceso a servicios esenciales y transferencias sociales con énfasis en las personas más pobres y vulnerables.
- 19) Según el Art. 24: La tasa de contribución patronal e individual al régimen contributivo del Seguro de Atención de la Salud, debe ser determinada en la Ley del Seguro Social; tomando como base, por primera vez, la aportación patronal del 5% y la cotización individual del 2.5%, establecidas en la Ley del Seguro Social contenida en el Decreto Legislativo número 140-1959 y sus reformas. Más el aporte solidario del Estado del 0.5% según lo dispuesto en el Art. 45.
- 20) El Seguro de Atención de la Salud será prestado y administrado por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) e incluye: 1) Pensión por Retiro; 2) Pensión por Discapacidad; 3) Beneficio por Separación; 4) Auxilio de Sobrevivencia; 5) Pensión por Sobrevivencia; 6) Gastos Fúnebres; 7) Reserva Laboral; 8) Suma Asegurada; 9) Montepío; 10) Jubilación; 11) Pensión por incapacidad y 12) Beneficio por muerte.
- 21) Según Art. 34 se pretende crear la Asociación Nacional de Institutos de Previsión Social, la cual estará integrada por todos los Institutos Previsionales Públicos del País, con el objeto de velar por el debido cumplimiento de sus propias Leyes y Reglamentos, a fin de garantizar los derechos de sus afiliados(as).
- 22) Art.42. Se crea el Fondo Educativo para la Promoción de la Seguridad Social (FEPSS), el cual tiene por objeto promover la educación en principios y valores esenciales para el desarrollo sostenible y mejora continua de la seguridad social de la población hondureña. El FEPSS, debe ser constituido con los aportes anuales que los Institutos Previsionales Públicos y las Administradoras de Fondos de Cesantía y Pensiones realicen durante el primer trimestre de cada año. La aportación al Fondo Educativo para la Promoción la Seguridad Social (FEPSS) es equivalente al 3% de los gastos

administrativos en que dichos institutos incurran, calculado al cierre anual del mes de diciembre del año inmediato anterior.

- 23) Art. 43 se crea el Plan para la Promoción Solidaria del Deporte y del Auxilio Recíproco (PROSOLIDAR). Se contempla para fines preventivos y de inclusión social. Tiene como propósito propiciar la universalización de la cobertura, a través de la afiliación gradual y progresiva de los (las) trabajadores(as) excluidos de la Seguridad Social, el mejoramiento de la Red Integral Pública de Salud, la atención directa de hogares temporales para adultos(as) mayores y niños(as) en situación de vulnerabilidad y la inversión en infraestructura, equipamiento y educación deportiva que propicie la prevención. El financiamiento para este Plan se haría por medio de 3 vías: 1) Estado: Aplicación de 20% sobre el total de cánones, tasa y similares generados por las nuevas concesiones otorgadas a terceros. 2) 50% del total de nuevos ingresos dados por la cancelación, disminución, finiquito vencimiento de las exoneraciones fiscales que se produzcan una vez aprobada la ley. 3) Aportaciones adicionales consignadas al presupuesto nacional para objetivos de universalizar la cobertura del PRO-SOLIDAR. 4) Otras fuentes de financiamiento como: contribuciones, cuotas, subvenciones personales o institucionales aplicables, préstamos, donaciones herencias y legados, cooperación nacional e internacional de procedencia lícita.
- 24) Art. 45. Aporte solidario del Estado nunca podrá ser menor a 0.5% del total de aportaciones patronales y cotizaciones individuales del Régimen del Seguro Previsional, más el 0.5% del total de aportaciones patronales e individuales del Régimen del Seguro de Atención de la Salud.
- 25) Art. 46. Destino de los fondos del PLAN PROSOLIDAR: 1) 70% para incentivar y promover la cobertura universal de trabajadores de bajo ingreso y alta vulnerabilidad socioeconómica. 2) 20% para financiamiento de centros de día y hogares temporales, para niños y personas de tercera edad en situaciones de abandono, o de vulnerabilidad de derechos; 3) Diez por ciento (10%) para la creación, mantenimiento e infraestructura física, equipamiento y capacitación con fines preventivos y deportivos de previsión social.

- 26) Art. 50. Todas las instituciones del Estado que actualmente desarrollen programas sociales, deberán adecuar sus planes y acciones a los objetivos y lineamientos establecidos en esta ley.
- 27) Art. 51. Pago de la deuda del Estado. El Estado pagará al IHSS la deuda pendiente a partir del 2016, con un plazo máximo de 10 años, con cuotas mensuales de más de 30 millones de lempiras.
- 28) De acuerdo al Art. 53 sobre contribuciones anteriores al Régimen de Aportaciones Privadas (RAP) de la Ley, los nuevos aportes patronales y las nuevas cotizaciones individuales que se puedan producir en el Régimen de Aportaciones Privadas (RAP) en el marco del Decreto Legislativo No.107-2013 (Ley del RAP) deben ser de carácter voluntario. Los fondos propiedad de los(las) trabajadores(as) producto de las contribuciones patronales e individuales, más sus respectivos intereses, aportados y cotizados respectivamente al Régimen de Aportaciones Privadas (RAP) antes de la entrada en vigencia de esta Ley, deben ser trasladados a favor de cada empleado(a) según corresponda a su Cuenta Individual de Capitalización derivada del Régimen Previsional, pudiendo también trasladarlo a cualquier Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías de su elección. Por la presente Ley, se faculta al Régimen de Aportaciones Privadas (RAP), a captar y administrar las Cuentas de Capitalización Individual derivadas del Régimen Previsional.
- 29) El porcentaje de aportación al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) pasa del 3% (2% patrono y 1% trabajador) a 6% (3.5% patrono y 2.5% trabajador).
- 30) Las aportaciones al Régimen de Aportaciones Privadas (RAP) serán voluntarias para asalariados que devenguen salarios de hasta 8,882.30 lempiras. Los obreros que ganen más de ese monto hasta un techo de tres salarios mínimos cotizarán al RAP un 6% adicional que irá a una cuenta de capitalización individual para el retiro del trabajador.
- 31) El patrono está obligado a través de esta ley a depositar en el RAP un fondo de reserva laboral para cada uno de sus trabajadores consistente en una

aportación del 4% mensual. Ese dinero será entregado en su totalidad al trabajador en caso de despido justificado, injustificado o renuncia voluntaria.

32) La ley faculta al RAP a crear una Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Solidaria a través de las cuales se manejarán las cuentas de capitalización individual, la cuenta de reserva laboral y las aportaciones que los trabajadores tienen actualmente depositadas en la institución.

33) Se deberán aprobar leyes complementarias a esta: 1) Ley del Seguro Social; 2) Ley de Sistema Nacional de Salud; 3) Ley de Administración de Fondos de Pensiones y Cesantías; 4) Ley del Seguro de Accidentes de Tránsito; y, 5) Otras leyes o reformas complementarias que se requieran para la aplicación integral del Sistema.

Algunos críticos de esta Ley Marco de Protección Social, opinan que esta contiene disposiciones que podrían poner en riesgo los ingresos de los trabajadores, la sostenibilidad de las empresas y fomentar la informalidad; según ellos la misma no garantiza la transparencia en el uso de los fondos, ni pensiones dignas y tampoco la libre elección del trabajador.

Los efectos inmediatos para los trabajadores y las empresas son las siguientes:

- *Las cotizaciones al seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) se incrementan inicialmente del 3 al 5% de los salarios de cotización, así como el techo de cotización que se eleva de un salario mínimo a dos salarios mínimos inicialmente.*
- *El 50% de las empresas con diez trabajadores o menos y las maquiladoras, que no cotizan al RAP actualmente, tendrán un aumento del 100% en su contribución al IVM. Esto es negativo para las empresas, pero positivo para los trabajadores, sin embargo se pueden perder muchas plazas de trabajo.*

- Se crean unas nuevas prestaciones denominadas “Reserva Laboral de Capitalización Individual” y “Reserva Laboral de Capitalización Colectiva” las que se financiarán por los patronos mediante la aportación del 4% y el 15% respectivamente, de los salarios ordinarios, sin techo de cotización.
- En el **Régimen de Piso de Protección Social**: Todos los beneficios sociales del gobierno, bono de Vida Mejor, bolsa solidaria, sepelio digno, planes recreativos, etc. priorizando a los más vulnerables. Se trata de un beneficio universal y gradual de asistencia social; sin embargo esto no es algo nuevo.
- **Régimen de Seguro de Previsión Social**: pago de Pensiones a Jubilados y préstamos para vivienda. Cotizan el afiliado, el patrono y el Estado.
- **Capitalización Colectiva**: incluye solo a los que ganan más de 2 salarios mínimos.
- **Capitalización Individual**: sin incrementó en cotización para el 85% que gana menos de dos salarios mínimos
- **Régimen del Seguro de Atención Salud**: habrá redes certificadas de proveedor de servicios médicos, farmacias, clínicas, laboratorios, etc... incluso los hospitales privados y los cotizantes pueden atender. No habrá aumento en la cotización. Se seguirá pagando el mismo 7.5% de la actualidad. 5% el patrono y 2.5%. El problema actual no es el costo de la cotización, es la corrupción y la mala administración, que vuelve ineficiente el sistema, una nueva ley con las mismas malas prácticas no garantiza mejores resultados.
- **Régimen de Riesgos Profesionales**: Actualmente existe en el IHSS y es deficitario. Ahora las empresas con más de 10 empleados estarán obligados a aportar. Lo cubre en su totalidad el patrono, cobertura privada. El empleado y el Estado no aportan a este régimen.
- **Régimen de Cobertura Laboral**: La compensación de sus prestaciones equivalente a la mitad a nombre del trabajador, aun en casos de renuncia; lo cual resulta beneficioso para el trabajador.

Para que esta ley fuera aprobada era necesario hacer previamente un análisis de su impacto macroeconómico y microeconómico así como, su factibilidad y sostenibilidad, y planear una implementación gradual, dado que la misma requiere de la revisión, ajuste y creación de otras leyes y reglamentos complementarios relacionados que todavía no se han desarrollado.

Sería necesario que se observen los impactos de leyes similares en otros países, aprender de las experiencias ajenas y las lecciones aprendidas de otros mientras se generan los procedimientos adecuados para garantizar una implementación más efectiva y no replicar las malas experiencias. Algunas experiencias a observar podrían ser las de: Colombia, Costa Rica, México, Chile y Ecuador.

La aplicación de la Ley Marco de Protección Social es un proceso gradual y depende de la aprobación de otras leyes o reformas importantes, que son:

- 1) Ley del Seguro Social (define cómo funcionan las distintas coberturas).*
- 2) Ley del Sistema Nacional de Salud (con un ente rector/proveedor).*
- 3) Ley de las Instituciones Administradoras de Pensiones y Cesantías (ley complementaria para que la gente pueda ahorrar de forma obligatoria y mejorar las pensiones).*
- 4) Ley de Accidentes de Tránsito.*

Según la CNBS²⁸, con base en los estudios actuariales se prevé hacer aumentos paulatinos en las tasas, aumentar la base de cotizantes, aprovechando de manera estratégica el número de jóvenes en edad activa que brinda la ventana o bono demográfico.

5.2 Conclusiones

5.2.1 Caracterización sociodemográfica y económica de los(as) adultos(as) mayores en Honduras, según sexo y área de residencia para los años 2006 y 2013.

Según el presente estudio en el país existe una población adulta mayor que se está incrementando con el transcurso del tiempo, acercándose y casi superando las proyecciones hechas por los organismos internacionales referentes en temas

²⁸ CNBS: Comisión Nacional de Banca y Seguros.

poblacionales. Con esto la población dependiente se está manteniendo en cantidades altas, ya que los menores de 15 años continúan siendo una gran proporción. Esta alta dependencia tiene implicaciones para la economía del país ya que las personas activas están a cargo de las dependientes y esto puede traducirse en malas condiciones de vida para las familias.

En la población adulta mayor hay predominio femenino en los años estudiados, lo cual puede deberse a que en etapas tempranas de la vida mueren más niños que niñas, además mueren más hombres que mujeres por violencia y además la migración hacia otros países ha sido mayoritariamente masculina. La distribución de los adultos(as) mayores es más o menos igualitaria en todo el territorio nacional, sin embargo actualmente tiene una mayoría urbana, siendo Tegucigalpa la ciudad con más adultos(as) mayores.

Muchos(as) adultos(as) mayores en el país se encuentran en condiciones de *pobreza extrema*, lo que indica que históricamente no se ha hecho lo suficiente a nivel de políticas públicas para prevenir esta situación. En el pasado era común que los(as) niños/as y jóvenes descuidaran los estudios para obtener ingresos y resolver las carencias de sus hogares, sin embargo, esto implicaba menores oportunidades laborales en el futuro. Al impedir la inversión en capital humano (educación), se construye un mecanismo de reproducción de la pobreza; muestra de esto se observa en personas adultas mayores que aún tienen que trabajar y lo hacen como mano de obra no calificada con remuneraciones incipientes. La medición de los indicadores relacionados con la pobreza (NBI, quintiles de ingreso y línea de pobreza) confirman que en la PAM la pobreza está aumentando en el país, en vez de disminuir.

Cuando los miembros de hogares en situación de escasez no consiguen ocuparse como asalariados, no pueden conformarse y permanecer desempleados, por lo que o bien generan su propio empleo (negocio propio), o bien buscan otras maneras de obtener de recursos monetarios o en especie, como la ayuda social a través de

programas del Estado, como bono 10,000 o bonos del PRAF²⁹ (Programa de Asignación Familiar), los cuales están destinados a los segmentos más necesitados, pero tienen muchas limitaciones.

El bajo nivel educativo también tiene que ver con la mayor accesibilidad que existe en el área urbana en cuanto a instituciones de educación media y superior, por lo que es muy importante que se creen más institutos de educación media y universidades en las zonas rurales como parte de las políticas de inclusión de las poblaciones rurales para lograr una mejora en el nivel de vida de la población rural, incluidos(as) los(as) adultos(as) mayores. Las mujeres representan los mayores porcentajes entre los(as) adultos(as) mayores sin nivel o con bajo nivel educativo; sin embargo, según algunos de los datos de pobreza resultantes de la caracterización no siempre son las que viven en peores condiciones y con menos ingreso; ya que las mujeres tienden a ser más cuidadosas de sus viviendas y pueden tener ingresos provenientes de la economía informal (negocios) y remesas.

Hay una cantidad representativa de adultos(as) mayores laborando y muchos(as) de ellos lo hacen en condiciones de subempleo invisible con una mayoría rural, lo que significa que prevalecen opciones de trabajo precarias que están violando sus derechos y la legislación vigente a nivel nacional e internacional.

Las políticas de empleo e inclusión impulsadas por el Estado no deben incentivar acciones violatorias cortoplacistas como lo es el empleo por hora, porque no abonan a asegurar la calidad de vida y dignidad de la población de manera sostenible. Se deben trabajar en soluciones consensuadas de manera participativa que se hagan efectivas a través de acciones estratégicas basadas en políticas públicas integrales (población, educación, salud, planificación, etc.) que consideren más y mejores alternativas y oportunidades de educación, empleo, emprendedurismo para la

²⁹ El bono de la tercera edad del PRAF consiste en una transferencia monetaria anual a hombres y mujeres de 65 años, que viven en condiciones de extrema pobreza con ingresos mensuales inferiores a L. 475. Con este bono se trata de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de esta población. El apoyo se brinda en 17 de los 18 departamentos de Honduras, y la cantidad asignada a cada adulto mayor es de US\$50 por año, es decir aproximadamente L. 1,100.

población; además de una mayor concientización y formación en planificación y cultura de ahorro, de manera que la población adulta pueda tener una vida digna y el país pueda crecer económicamente y desarrollarse.

5.2.2 Determinación de la probabilidad de vulnerabilidad de los(as) adultos(as) mayores, asociada con factores socio-demográficos, económicos y su afiliación al sistema de seguridad social para los años 2006 y 2013.

La mayoría de la población adulta mayor se encuentra desprotegida en términos de previsión social. Los sistemas previsionales públicos son muy específicos para reducidos grupos de población y representan un privilegio. La cobertura de los sistemas privados son aún más reducidos y poco frecuentes entre los adultos(as) mayores.

Según el modelo de regresión aplicado, si un(a) adulto(a) mayor no tiene seguridad social, la probabilidad de que sea vulnerable aumenta significativamente. Esto es comprensible ya que esta población enferma frecuentemente y los tratamientos son prolongados y costosos; normalmente sufren de padecimientos crónicos y al no tener otro tipo de cobertura, la única opción que tienen en el país es recurrir al sistema sanitario público que adolece de muchas deficiencias; como ser la falta de medicamentos y materiales. Pero solo 3 de cada 100 adultos(as) mayores están cubiertos por el IHSS y esta es la mayor cobertura a nivel nacional, comparada con los otros sistemas.

El costo de los servicios de salud y medicamentos en Honduras es muy alto y puede llegar a competir con la posibilidad de una alimentación adecuada y necesaria para los(as) adultos(as) mayores y sus familias. En casos extremos los(as) adultos(as) mayores no acuden a ningún servicio de salud por falta de recursos y pueden morir.

Tomando en cuenta esta preocupante realidad es necesario que el Estado procure aumentar la cobertura del IHSS mediante la creación masiva de empleos formales respetando la normativa laboral vigente.

Cuando el(la) adulta mayor tiene educación secundaria o superior la probabilidad de ser vulnerable disminuye significativamente (25-37%); por lo tanto se debe invertir en la creación de más y mejores instituciones educativas públicas a nivel nacional para que las personas que hoy son niños o jóvenes tengan accesibilidad a la educación y después a trabajos dignos; y una vez que lleguen a los 60 años tengan asegurada una vejez tranquila, gracias a lo que pudieron acumular durante su juventud.

Dada la cantidad tan alta de personas activas que habrá gracias al bono demográfico es necesario que existan las oportunidades laborales para que los jóvenes y adultos puedan aportar a un sistema de seguridad social que sea incluyente y de manera solidaria fortalecer el mismo y asegurar su sostenibilidad. Los sistemas deben crecer en base a las proyecciones de población realistas y estudios actuariales y deben ajustarse procurando un beneficio a mediano y largo plazo para la mayor cantidad de población y no continuar beneficiando únicamente a una pequeña cantidad. Deben crearse centros de cuidado para adultos mayores abandonados que viven en pobreza extrema, de manera que puedan tener aseguradas mínimamente la alimentación, alojamiento y servicios de salud (incluyendo medicamentos).

Ya que gran parte de los(as) adultos/as mayores vive en malas condiciones y la proporción de adultos que pronto estará en este segmento poblacional tendrá las mismas o peores circunstancias y será más abundante; es importante que cada persona piense en las estrategias individuales en cuanto a la educación, planificación familiar, reducción del consumismo, productividad, ahorro y participación activa en el desarrollo comunitario, lo cual sumado a las acciones de los gobiernos y la sociedad podrán construir soluciones sostenibles y brindar mejores perspectivas futuras.

5.2.3 Revisión de las principales reformas realizadas en las leyes de los institutos de previsión social de los últimos años.

Honduras tiene compromisos internacionales y nacionales en términos de seguridad social, de acuerdo al Convenio 102 de la OIT, y al objetivo número 1 del Plan de Nación y Visión de País. En cuanto a metas, debe alcanzar el 90% de cobertura en seguridad social en relación a la PEA asalariada.

Las principales reformas dadas en los últimos años corresponden a los sistemas de previsión del INPREMA e INJUMPEMP y la creación de la Ley Marco de Protección social y principalmente plantean la modificación de la edad de jubilación, los techos de cotización, la tasa de cotización y la tasa de reemplazo. La ley del IHSS no ha sido reformada en los dos últimos años, pero cambios en la misma son necesarios para la implementación de la Ley Marco de Previsión Social, al igual que en otras leyes relacionadas.

Las principales reformas que se pudieron recopilar en el marco de la presente investigación fueron:

- *Cambio del Gobierno Corporativo de los institutos*, pasa a una asamblea de aportantes y jubilados y un directorio de especialistas; con lo que se pretende eliminar la actual injerencia política en los puestos directivos y de administración de los institutos previsionales, así como para delimitar las funciones administrativas y las funciones de establecer estrategias y políticas según corresponda a la asamblea y a los directores, tener un órgano administrativo especializado y multidisciplinario que brinde la eficiencia y la austeridad necesaria para optimizar los recursos.
- *Reformas en variables paramétricas*, suben los requisitos de años de cotización y edad mínima de jubilación. La base salarial para el cálculo de la pensión pasa del promedio nominal de los últimos 36 sueldos al promedio real de los últimos 120 sueldos (es decir ajustados por inflación), establecen

una pensión mínima y una pensión máxima; incrementan la tasa de cotización y la de aportación patronal, definen un techo de cotización y un monto mínimo de contribución patronal (para garantizar el otorgamiento de la pensión mínima).

- *Ampliación y modificación de beneficios*, cambio del seguro por muerte, que en lugar de dar un monto en un solo desembolso se otorguen rentas temporales y vitalicias para el conyugue e hijos del participante que fallezca, dejando establecida que porcentaje de la pensión del jubilado o la que le hubiere tocado a un participante activo le corresponderá a cada uno de los beneficiarios y las circunstancias por las cuales serán temporales y por cuanto tiempo, así como las condiciones en que se dará de forma vitalicia.
- Se plantea un *beneficio de separación* (es decir si se retira del sistema sin haber cumplido los requisitos para jubilarse) que al menos sea el valor acumulado de las cotizaciones y los intereses correspondientes al participante y en caso de no retirarlos inmediatamente reconocer una parte de lo patronal en función del tiempo que transcurra entre su retiro laboral y el momento en que goce del beneficio de separación.
- Se deja *una parte transitoria* para mantener los requisitos y parámetros de la ley que se deroga, para el otorgamiento de los beneficios, por ejemplo subir gradualmente la edad de retiro.
- *La Ley de Previsión social faculta al IHSS a aumentar los techos de cotización y las cuotas, desde que inicie la vigencia de la Ley Marco del Sistema de Protección Social y para las empresas y sus colaboradores hay aumentos de inmediato, mientras que el Gobierno se da un plazo de tres años de transición, para empezar a cotizar; se puede concluir que la misma trae algunas disposiciones escondidas que hacen que prevalezca un sistema*

exigente para los trabajadores pero blando para el Estado, lo cual puede acarrear consecuencias negativas.

Las reformas plantean algunos beneficios, sin embargo es un gran reto que los mismos se hagan efectivos en un ambiente tan dañado por la corrupción y la impunidad. Para prevenir situaciones similares será necesario establecer mejores sistemas de control en las instituciones involucradas en los regímenes contenidos en esta ley, además de evaluaciones y auditorías más frecuentes. Planificar estrategias de crecimiento de cobertura beneficiarios(as), dado que el aumento de la población activa que puede aplicar a los sistemas es mayor y será aún más grande por el bono demográfico (entre 2015 y 2045), pero también la cantidad de adultos mayores crecerá significativamente. Con este complejo marco, se espera que los beneficios de los actuales jubilados no vayan en detrimento de los beneficios de los(as) futuros(as) jubilados(as) y pensionados(as) que serán más numerosos(as). Es prioritario que se combata la impunidad, se aumente la eficiencia en el uso de los recursos y se reduzcan los índices de corrupción en la administración de los institutos de previsión social, mejorando los sistemas de control, registros y auditorías; de manera que se eviten las salidas de fondos injustificadas que van en detrimento de la población beneficiaria, en especial los(as) adultos(as) mayores.

Se deben realizar más estudios de este tipo para profundizar en las fuertes implicaciones de la protección y previsión social en la vulnerabilidad de los(as) adultos(as) mayores. Estos estudios deben servir de base para nuevas políticas integrales de protección e inclusión social para que se dirijan los esfuerzos hacia los factores clave de la vulnerabilidad social y sus relaciones.

CAPITULO VI. BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, I. y Cadena, V. (2006). *Índice de Vulnerabilidad Social en los países de la OCDE*. Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Planeación Territorial de la Facultad de Planeación Urbana y Regional de la Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado 8 de julio de 2014 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40180212>

Acevedo J.; Trujillo, M. y López, M. (2012). *La problemática de los grupos vulnerables: Visiones de la realidad y los adultos mayores vistos por sí mismos: percepciones desde su calidad de vida*. México. Recuperado el 5 de marzo de 2015 de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000023.pdf>

Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. CEPAL. Serie Población y Desarrollo N° 21. Santiago. Recuperado 6 de marzo de 2015 de: http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/1354/1/03_cepalaaranibar.pdf

Banco Mundial, (2015). *Indicadores de Desarrollo Mundial (WDI)*. Recuperado el 28 de febrero de 2015 de: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>

Bertranou (2008). *Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe. Serie Población y Desarrollo*. CELADE: División de población. 82. Recuperado el 2 de septiembre de 2014 de: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7224/S0800054.pdf?sequence=1>

Biografías y Vidas. *Keynes/Friedman/ Modigliani/Malthus/Duesembergy*. Recuperado el 18 de enero de 2014 de:

<http://www.biografiasyvidas.com/biografia/f/friedman.htm>

- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*. 2(2) Julio-diciembre de 2015. pp. 50-63. Antioquia, Colombia. Recuperado el 6 de diciembre de 2016 de: <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
- Bueno, E. (2011). *Pobreza multidimensional y vulnerabilidad social*. Observatorio del Desarrollo. Universidad Autónoma de Zacatecas. 1(4). pp.38-45
- Busso, G. (2001). *Vulnerabilidad Social: Nociones e Implicancias de Política para Latinoamérica a inicios del siglo XXI*. CEPAL-CELADE. Santiago. Recuperado el 20 de noviembre de 2015 de: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/8283/gbusso.pdf>
- Camargo, A. y Hurtado, A.(2011). *Vivienda y pobreza: una relación compleja*. Cuadernos de Vivienda y Urbanismo. 4. N° 8. Julio-diciembre 2011. 224-248 Recuperado el 5 de noviembre de 2016 de:http://www.javeriana.edu.co/viviendayurbanismo/pdfs/CVU_V4_N8-03.pdf
- Castillo, J. (2010). *Análisis Macroeconómico*. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Escuela de Economía. Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo. Chile. Recuperado el 5 de enero de 2016 de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2010c/732/Teoria%20del%20Ciclo%20de%20Vida%20de%20Franco%20Modigliani.htm>
- Castro, J. (2007). *Keynes, los neoclásicos y su influencia en la macroeconomía*. Recuperado el 8 de enero de 2014 de: <http://www.monografias.com/trabajos36/keynes-macroeconomia/keynes-macroeconomia.shtml>

CEDEVI (2010). Instrumento de caracterización de experiencias. Fundación Universitaria. Católica del Norte.
<http://www.ucn.edu.co/sistema-investigacion/Documents/instrumento%20para%20caracterizar%20experiencias.pdf>

CEPAL (1999). Marco Conceptual sobre Activos, Vulnerabilidad y Estructura de Oportunidades. Recuperado el 7 de noviembre de 2016 de:
<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/10816/LC-R176.pdf>

CEPAL (2002). *Vulnerabilidad Sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para Comunidades, hogares y personas.*

CEPAL (2003). Las Personas Mayores en América Latina y e El Caribe: Diagnóstico Sobre la Situación y las Políticas. Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.
<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/13233/DLE1973-Sintesis.pdf>

CEPAL (2003). Capital Social: potencialidades analíticas y metodologías para la superación de la pobreza.. Serie Seminarios y Conferencias N°31. Santiago
Recuperado el 3 de julio de 2015 de:
https://books.google.hn/books?id=ZbVva5UbkCsC&pg=PA33&lpg=PA33&dq=banco+mundial+Moser+1998&source=bl&ots=tfr8uZhvVZ&sig=-8AkmyEbWFCMJGN-VDcG0qt45TI&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwiruY-Vw8_RAhXERCYKHx_8ByEQ6AEILzAC#v=onepage&q=banco%20mundial%20Moser%201998&f=false

CEPAL (2007). *Estimaciones y proyecciones del CELADE (2007), División de*

Población de la CEPAL. Recuperado el 6 de marzo de 2015 de:
http://celade.cepal.org/redatam/pryesp/cairo/WebHelp/Metalatina/esperanza_de_vida_al_nacer.htm

CEPAL (2008). *Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe*. Serie población y Desarrollo 82. Santiago. Recuperado el 8 de marzo de 2016 de:
<http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7224/S0800054.pdf?sequence=1>

CEPAL (2008). *El bono demográfico: una oportunidad para avanzar en materia de cobertura y progresión en educación secundaria*. Panorama Social de América Latina. Cap. III. pp.143-169

CEPAL (2009). *Envejecimiento, Derechos Humanos y Políticas Públicas*. Naciones Unidas. Recuperado el 10 de septiembre de 2014 de:
http://social.un.org/ageing-working-group/documents/ECLAC_sp_HR%20and%20public%20policies.pdf

CEPAL (2010). *Envejecimiento en América Latina: Sistemas de Pensiones y Protección Social Integral*. Santiago. Naciones Unidas. Recuperado el 15 de julio de 2014 de <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/11674/LCW3-Vulnerabilidad.pdf>

CEPAL (2011). Documentos de trabajo. Módulo 1. Recuperado en 10 de febrero de 2016 de:
http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf

CEPAL (2011). *América Latina y el Caribe. Observatorio Demográfico. Envejecimiento Poblacional*. N° 12. Publicación de las Naciones Unidas. Santiago de Chile. Recuperado el 11 de noviembre de:
<http://www19.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2012/10347.pdf>

CEPAL (2013). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Recuperado el 4 de agosto de 2015 de: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/51945/AnuarioEstadistico2013.pdf>

CEPAL (s.a). Noticias. Recuperado el 2 de febrero de 2015 de: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/13237/pp2.pdf>

CLACSO (2009). Pobreza: Glosario Internacional. 313 p. Recuperado el 17 de abril de 2014 de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/glosario.pdf>

Constitución de la República de Honduras. Recuperado el 10 de septiembre de 2014 de: http://www.oas.org/dil/esp/Constitucion_de_Honduras.pdf

Cruz Roja Española (2006). Estudio de la vulnerabilidad Social. Recuperado el 20 de diciembre de 2016 de: <http://www.cruzroja.es/principal/documents/449219/451169/1+Estudio+de+a+vulnerabilidad+social.pdf/7b524a0d-59a5-45bf-a6f7-4652f153c4f4>

Klose, M. y Mari-Klose, M. (2012). Edad, vulnerabilidad económica y estado de bienestar. La protección social contra la pobreza de niños y personas mayores. Panorama Social. 15 (1). 107 a 125, recuperado el 4 de agosto de 2016 de: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37019061/015art09.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1485131992&Signature=zBflygZOqgCorlNYCwFtiXV5A9s%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEdad_vulnerabilidad_economica_y_Estado_d.pdf

Duarte, J.; Elizalde, C. y Casparri, M. (2011). Evaluación del desempeño económico de los sistemas de pensiones privados en Latinoamérica (1997-

2008). Revista Sociedad y Economía. (21). pp. 243-266

Diccionario Real Academia de la Lengua. Recuperado el 6 de julio de 2013 de:

<http://dle.rae.es/?w=diccionario>

Dirección General de Propiedad Intelectual de Honduras (DIGEPIH). Estadísticas 2005-2013. Recuperado el 12 de diciembre de 2014 de:
<https://drive.google.com/file/d/0B1Eyl0ei54fDSnQzaDBNWnFGTHM/view>

Dueñas, O. (2012). Colombia, España, Uruguay, Costa Rica, Cuba, Ecuador: Seguridad Social para el adulto mayor. Revista de Derecho, Universidad del Norte. (37). pp. 68 -110

Durán, F. (2013). Innovación en la extensión de la cobertura del seguro social a los trabajadores independientes. Experiencias de Brasil, Cabo Verde, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Filipinas, Francia y Uruguay. OIT. Recuperado el 14 de noviembre de 2016 de:
<http://embargo.ilo.org/gimi/gess/RessourcePDF.do;jsessionid=51mnXJDGZ017JxxDwLwdZGkrvG7L6b3krQ5HL4J2L942jM9Cb9Ph!-475661094?ressource.ressourceId=42117>

Durán, F.; Ortiz, J y Díaz, H. (2013). *La Cobertura de los Seguros Sociales en Honduras. Análisis y Recomendaciones*. OIT -UE

Envejecimiento Biológico. Recuperado el 10 de marzo de 2015 de:

<http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/EnvejeBiologico.pdf>

El envejecimiento de la población. Transición Demográfica Mundial. Recuperado el 21 de mayo de 2014 de:

https://www.google.hn/search?q=envejecimiento+pa%C3%ADses+desarrollados&og=envejecimiento+pa%C3%ADses+desarrollados&aqs=chrome..69j57j0l3.10654j0j8&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8

Feres, J. y Mancero, X. (2001). *Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura*. Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos 4. División de Estadística y Proyecciones Económicas. CEPAL. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4740/S01010056_es.pdf?sequence=1 61-100

Fernández, O. (2013). *Análisis del mercado laboral de Honduras; con énfasis en la vulnerabilidad del adulto mayor en la protección social*. IIES- UNAH

Flores, M. (s.a) *La Transición Demográfica en Honduras*. Fondo de Población de Naciones Unidas.

Franco Modigliani y la Teoría del Ciclo Vital. 2010. Recuperado el 9 de enero de 2014 de: <http://metologiadelainvestigacion.blogspot.com/>

Fries, J. Bruce, B. and Chakravarty, E. (2011). *Compression of Morbidity 1980-2011: A Focused Review of Paradigms and Progress*. Journal of Aging Research. Volume 2011 (2011). 10 pages. Recuperado el 26 de octubre de 2014 de: <http://www.hindawi.com/journals/jar/2011/261702/>

Gago, J. (2010). Teorías de Envejecimiento. *Tribuna del Investigador*. 11 (1-2). pp. 3-6. Recuperado el 4 de marzo de 2015 de: <http://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/?i=art12>

Garay, R. (2011) *Presentación Foro Nacional: Hacia una Política de Seguridad Social. Estrategia Nacional de Previsión Social*. Organización Internacional del Trabajo.

- Giró, J. (s.f). *El significado de la vejez*. Recuperado el 6 de octubre de 2015 de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=979110>
- Golovanevsky, L. (2007). Transmisión intergeneracional de la pobreza. Un abordaje cuantitativo para Argentina en el siglo XXI. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. 450 p. Recuperado el 5 de marzo de 2015 de:
http://www.econ.uba.ar/www/servicios/biblioteca/bibliotecadigital/bd/tesis_doc/golovanevsky.pdf
- Golovanevsky, L. (2007). Vulnerabilidad Social: Una Propuesta para su Medición en Argentina. *Revista de Economía y Estadística, Cuarta Época, Vol. 45, No. 2* (2007), pp.52-94. Recuperado el 12 de enero de 2016 de
<http://revistas.unc.edu.ar/index.php/REyE/article/viewFile/3840/6780>
- González, L. (s.f). Orientaciones de Lectura sobre Vulnerabilidad. Córdoba.
Recuperado el 5 de junio de 2016 de:
<http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/orientaciones-de-lectura-sobre-vulnerabilidad-social.pdf>
- Hernando, M. (s.f.). *El fenómeno del envejecimiento*. pp. 37-64. Recuperado el 17 de abril de 2016 de: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/2756876.pdf>
- Hernández, L. (1993). *Revisión de la hipótesis de la renta relativa en la demanda agregada de consumo*. Madrid. Recuperada el 18 de enero de 2014 de:
<http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/2/S2005801.pdf>
- Help Age International (2014). *Índice Global de Envejecimiento, AgeWatch 2014. Informe a profundidad*. Recuperado el 6 de septiembre de 2014 de:
<http://www.helpage.es/noticias/lanzamos-el-ndice-global-del-envejecimiento/>
- Habitat International Coalition HIC (2007). *Las Mujeres y el Derecho a una Vivienda*

Adecuada: una introducción a los problemas centrales. Recuperado el 13 de octubre de 2015 <http://www.hic-gs.org/articles.php?pid=2211>

Holzmann, R. y Jorgensen, S. (2000). Manejo Social del Riesgo. Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. Serie de Documentos de Discusión sobre la Protección Social. 36p. Recuperado el 10 de julio de 2014 de:

<http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/0006Spanish.pdf>

Holzmann, R. y Jorgensen, S. (2003). Manejo Social del Riesgo. Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. Revista Facultad de la Salud Pública. Universidad de Antioquia. 21 (1). pp. 73-106
<http://www.redalyc.org/pdf/120/12021106.pdf>

Huenchuán, s. (1998). Vejez, Género y Etnia. Grandes temas para el siglo XXI. Temuco-Chile. <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-054.pdf>

Huenchuán, S. y Guzmán, J. (2006). Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez. Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe 14 y 15 de Noviembre 2006, Santiago, Chile. CEPAL y UNFPA.

Huenchuán, S. (s.f). Conceptos de vejez y enfoques de envejecimiento. Recuperado el 5 de marzo de 2015 de:
<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/13237/pp2.pdf>

Huenchuán, S. y Rodríguez (2010). Envejecimiento y derechos humanos: situación

y perspectivas de protección. CEPAL- UNFPA – ASDI.
http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3803/lcw353_es.pdf

Huenchuán, S. (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*. Santiago de Chile. CEPAL.

ICEFI (2012). *La Política Fiscal en Centroamérica en tiempos de crisis*. Guatemala. Artgrafic Internacional.

Iglesias, J. (2000). *Japón: un ejemplo de la agresividad del capitalismo contra los sistemas públicos de bienestar* [Mensaje en un blog]. Recuperado de: http://rentabasica.net/otras_obras/japon/japon.html

IHSS (2014). Antecedentes Históricos de la Seguridad Social en Honduras. Recuperado el 20 de septiembre de 2014 de: <http://www.ihss.hn/General/Paginas/AntecedentesIHSS.aspx>

ILO. Microdata Repository (2016). Honduras: *XLI Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples. XLIV Mayo 2013*.

Informe de Avance. *Situación del Adulto Mayor en Honduras*. Recuperado el 29 de mayo de 2013 de: <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/20633/honduras.pdf>

INJUPEMP (2013). Decreto 357-2013. Ley del INJUPEMP. Recuperado el 3 de noviembre de 2014 de: <http://www.injupemp.gob.hn/docs/NuevaLeyINJUPEMP.pdf>

INJUPEMP (2014). Memoria INJUPEMP 2014. Recuperado el 3 de Febrero de 2016 de: <http://www.injupemp.gob.hn/images/documentos/2014-MEMORIA-INJUPEMP.pdf>

INPREUNAH (2014). Fundación del INPREUNAH. Recuperado el 5 de noviembre de 2014 de: <http://www.inpreunah.hn/historia01.html>

IPM (2014). Régimen de riesgos especiales. Historia y Creación. Recuperado el 3 de noviembre de 2014 de: <http://grupoipm.hn/sobre-ipm/historia-y-creacion/>

Instituto Nacional de Estadísticas, INE Honduras (2010). *Tips cápsulas de información*. Recuperado el 18 de abril de 2013 de <http://www.ine.gob.hn/drupal/node/35>

INE Honduras (2013). Metodología XXXII EPHPM 2006. Recuperado el 10 de noviembre de 2015 de: <http://181.189.226.85/index.php/catalog/27#page=sampling&tab=study-desc>

INE Honduras.(s.a) *Metodología de la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples – EPHPM*. Recuperada el 12 de abril de 2015 de: <http://www.ine.gob.hn/images/Productos%20ine/encuesta%20de%20hogares/EPHPM%20jun2014/Metodologia%20Junio%202014.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas, INE Honduras. (2015). Metodología de la XLIII Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples – EPHPM. Instituto de Previsión Social de Paraguay,(IPS). <http://portal.ips.gov.py/portal/lpsWeb/overview/Historia>

Izal, M. y Fernández, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de Psicología*. 6(2), 181-198. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado el 7 de octubre de 2016 de: http://www.um.es/analesps/v06/v06_2/07-06_2.pdf

Jiménez, Y.; Pintado, Y.; Rodríguez, A.; Guzmán, L. y Clavijo, M. (2010).

Envejecimiento Poblacional: Tendencias actuales. Revista de Psicogeriatría 2010. Viguera Editores SL; 2 (4): 239-242. Recuperado el 10 de febrero de 2015 de:

http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0204/0204_0239_0242.pdf

Keynes - Los neoclásicos y su influencia en la macroeconomía. Recuperado el 11 de enero de 2014 de: <http://www.monografias.com/trabajos36/keynes-macroeconomia/keynes-macroeconomia.shtml>

La formación histórica de la Seguridad Social en Europa y en España: Los Seguros Sociales de Bismarck y su implantación en España. (s.f). Recuperado de: https://rodas5.us.es/file/a65815a2-75b5-4c1f-17e1-cfc1062a5e9f/1/formacion_historica_wimba.zip/pagina_05.htm

Lampis, A. 2011. *Social Protection Policy for Poverty Reduction in Colombia*: Revista de Estudios Sociales. (41), pp.107-121.

Ley N° 31,361. 2007. Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados en Honduras. Decreto 199-2006. Diario Oficial La Gaceta. ENAG. Tegucigalpa, M. D. C. Honduras. 21 de julio de 2007.

Ley N°080-2001. Ley del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Recuperada el 8 de julio de 2014 de: http://www.trabajo.gob.hn/biblioteca-y-documentos/leyes/LEY%20DEL%20SEGURO%20SOCIAL.pdf/view?search_term=Ley%20de%20Seguridad%20Social

López, S., Corcho, A. y López, M. (1998). La hipótesis de la compresión de la morbilidad: un ejemplo de desarrollo teórico en epidemiología. Salud Publica de México, 4(5). pp.442-449. Recuperado el 5 de febrero de 2016 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10640509>

Martínez, Y.(2003). Pobreza, seguridad social y desarrollo humano en Honduras

Recuperado el 5 de enero de 2016 de: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=24895>

Malgesini, R. (s.a.). *Guía metodológica sobre el proyecto de Intervención Social*. EAPN.

Mesa, C. (2005). *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Recuperado el 8 de diciembre de 2016 de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/S2005077_es.pdf?sequence=1

Moscoso, A. (2008). Características del Ahorro en el Ciclo de Vida. Facultad de Economía y Negocios. Universidad de Chile. Recuperado el 1 de julio de 2015 de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/107948/Caracter%C3%ADsticas%20del%20ahorro%20en%20el%20ciclo%20de%20vida.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Moser, C. (1998). The Asset Vulnerability Framework: Reassessing Urban Poverty Reduction Strategies. *World Development*. 26 (1). pp.1-19. Recuperado el 20 de marzo de 2014 de: <http://www.chs.ubc.ca/srilanka/PDFs/The%20asset%20vulnerability%20matrix.pdf>

Montes De Oca, V.(2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Revista Renglones*. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente ITESO. (62) pp.164 . Recuperado el 8 de marzo de 2015 de: http://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/235/art_8_Pensar_la_vejez-Veronica_Montes_de_Oca.pdf?sequence=2

[Muiser, J. \(2013\)](#). *La Seguridad Social en Costa Rica en los últimos veinte años*:

Comportamiento del seguro de salud en perspectiva comparada (1990 – 2010). Vigésimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2013). Recuperado el 3 de julio de 2015 de: http://estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/020/especial/Muiser_seguridadsocial.pdf

Nugent, R. (s.a.). *La Seguridad Social: su historia y sus fuentes*. Recuperado el 10 de julio de 2015 de: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/1/139/36.pdf>

Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos - Naciones Unidas. *Las mujeres y la tierra, la propiedad y la vivienda*. Recuperado el 10 de marzo de 2015 de: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Women/WRGS/Pages/Land.aspx>

Velasco, S. (2008). *Presentación de Taller Formativo de Seguridad Social para Sindicatos Guatemaltecos*. OIT Guatemala. 17 p.

OIT y UE (2012). *La Protección Social en Honduras. Informe de discusión*. Ginebra. Organización Internacional del Trabajo. pp.21
Recuperado el 3 de marzo de 2014 de: http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action;jsessionid=n1IWYT2dVjTDS_cddbB2SP5WBv8krtjHwjQQh2r0szsFP477QJxfJ!125534846?ressource.ressourceId=35192

Olivo, M. y Piña, M. (2009). *Envejecimiento y Cultura en América Latina y el Caribe*. Universidad Central de Chile. Santiago. Recuperado el 4 de marzo de 2015 de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000013.pdf>

Organización Internacional de Empleadores (OIE), (2011). *El Concepto de piso de protección social: Nota explicativa para empleadores*. Recuperado el 10 de febrero de 2014 de: <http://white.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrav/proye>

ctos/proyecto_ssos/act_subregionales/paises_andinos/documentos/23_26_mayo2011/conceptopisodeprotecsoc.pdf

ONU Mujeres, PNUD y OIT. (2012). *Combatiendo la desigualdad desde lo básico. Piso de protección social e igualdad de género*. Resumen Ejecutivo. San Salvador. Renderos Publicidad.

ONU. Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos (2016). Las mujeres y la tierra, la propiedad y la vivienda. Recuperado el 5 de mayo de <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Women/WRGS/Pages/Land.aspx>

Pardo, G. 2003. Consideraciones Generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. Universidad de Camaguey. Cuba.
http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol22_1_03/ibi08103.pdf

Pérez, L. (s.f). *El envejecimiento de las sociedades, una aproximación desde la sociología*. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado el 17 de abril de 2014 de: <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Lourdes%20P%C3%A9rez%20Ortiz.pdf>

Perdomo, R. (2011). *Protección social en Honduras. Informe para discusión. Documento elaborado para discusión en el Taller de Revisión y Valoración de los Estudios de Empleo y Protección Social de Honduras, bajo el Proyecto UE-OIT “Mejorando la Protección Social y Promoviendo el Empleo”*. OIT-UE.

Presentación *Teorías de la Función del Consumo*. Recuperado el 10 de enero de 2014 de: [www.econ.uba.ar/.../Cap_16_Consumo%20\(MANKI-Cerna\)](http://www.econ.uba.ar/.../Cap_16_Consumo%20(MANKI-Cerna))

Prieto, M. y Formiga, N. (2008) *Envejecimiento y Vulnerabilidad*

Sociodemográfica. El caso de Bahía Blanca – Argentina. Recuperado el 10 de junio de 2014 de:

<http://tsmetodologiainvestigaciondos.sociales.uba.ar/files/2014/03/operacion-alizacion-VULNERABILIDAD-EN-ADULTOS-MAYORES.pdf>

Pugliese, L. (s.f). *Marco Normativo para los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Asesoría General en Seguridad Social*. Recuperado el 6 de noviembre de 2016 de: <http://www.bps.gub.uy/bps/file/1516/1/marco-normativo-para-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores.-l.-pugliese.pdf>

Pujol, R.; Abellán, A. y Fariñas, D. (2014). *La medición del envejecimiento*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). *Envejecimiento en Red*. (9). Recuperado el 3 de noviembre de 2014 de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-medicion-envejecimiento-2.pdf>

Rofman, R.; Apella, I. y Vezza, E. (2013). *Más allá de las Pensiones Contributivas*. Banco Mundial. Recuperado el 20 de diciembre de 2016 de: <http://www.telam.com.ar/advf/documentos/2014/01/52e0020b0c243.pdf>

Robles, A.; Huesca, L.; y Borbón, C. (2011). *Comportamiento del consumo de alimentos en el ciclo de vida de los hogares. México y Sonora, 2008*. *Revista Análisis Económico*. 63: XXVI. pp.171-198

Robles, E.; Bernabeu, J. y Benavides, F. (1996). *La Transición Sanitaria: Una revisión conceptual*. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XIV, I. pp.117-144

Rodríguez, K. (2010). *Vejez y Envejecimiento*. Escuela de Medicina y Ciencias de

la Salud. Documento de Investigación Número 12. Universidad del Rosario, Colombia. Recuperado el 8 de junio de 2015 de: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf

Saad, P. et al. 2008 Juventud y bono demográfico en Iberoamérica. CEPAL, UNFPA, OIJ. Recuperado el 4 de noviembre de 2014 de http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/37142/oij-celadebono_dem.pdf

Sánchez, D. y Egea, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles de Población*. 69. pp. 151-185. Recuperado el 5 de enero de 2015 de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v17n69/v17n69a6.pdf>

Sánchez Upegüi, A. (2010). *Introducción: ¿qué es caracterizar?* Medellín, Fundación Universitaria Católica del Norte.

Secretaría del Interior y Población. Honduras (s.a.). Presentación: Adultos Mayores en Honduras. Recuperado el 2 de julio 2015 de: <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/fourth/Honduras.pdf>

Secretaría de Trabajo y Seguridad Social (2015). Ley Marco de Protección Social. DECRETO No. 56-2015. Recuperado el 10 de enero de 2016 de: <http://www.trabajo.gob.hn/biblioteca-y-documentos/leyes/Ley%20Marco%20del%20Sistema%20de%20Proteccion%20Social..pdf>

Secretaría de Trabajo y Seguridad Social (2011). *Estrategia Nacional de Previsión Social*. (Sistema de Pensiones). Documento en Construcción (4ta Edición).

Sojo, A. (2005). Vulnerabilidad Social y Políticas Públicas. Serie Estudios y

Perspectivas. N°14. CEPAL México. 41p. Recuperado el 20 de junio de 2016 de:

http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4936/S042106_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Spicker, P. (s.a.) Definiciones de pobreza: Doce grupos de significados.

Recuperado el 6 de marzo de 2014 de:

<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/06spicker.pdf>

Teoría Económica de Malthus. Recuperado el 13 de enero de 2014 de:

<http://historiapolec.blogspot.com/2012/06/teoria-economica-de-thomas-robert.html>

Thomas, J. (2012). Evaluación de la vulnerabilidad social ante amenazas naturales

en Manzanillo (Colima). Un aporte de método. Investigaciones Geográficas. Boletín Electrónico del Instituto de Geografía, Recuperado el 3 de marzo de 2014 de:

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/riq/article/view/36383/42013>

Trejo, E. (2005). *El proceso de envejecimiento demográfico en Honduras.*

Reflexiones a partir de la población adulta mayor en los municipios del corredor turístico centro-sur del país. Revista Centroamericana de Ciencias Sociales. Voces Nuevas. 2 (2). pp. 173-195

Trejo, E. (2013). *Honduras: un país difícil para envejecer.* Revista Población y

Desarrollo: Argonautas y Caminantes. 9, pp.45-54

UNFPA (2012). *El Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío.*

Resumen Ejecutivo. Nueva York. Fondo de Población de Naciones Unidas.

Uthoff, A. (2006). *Brechas del Estado de bienestar y reformas a los sistemas de*

pensiones en América Latina. Revista de la CEPAL. 89. pp. 10

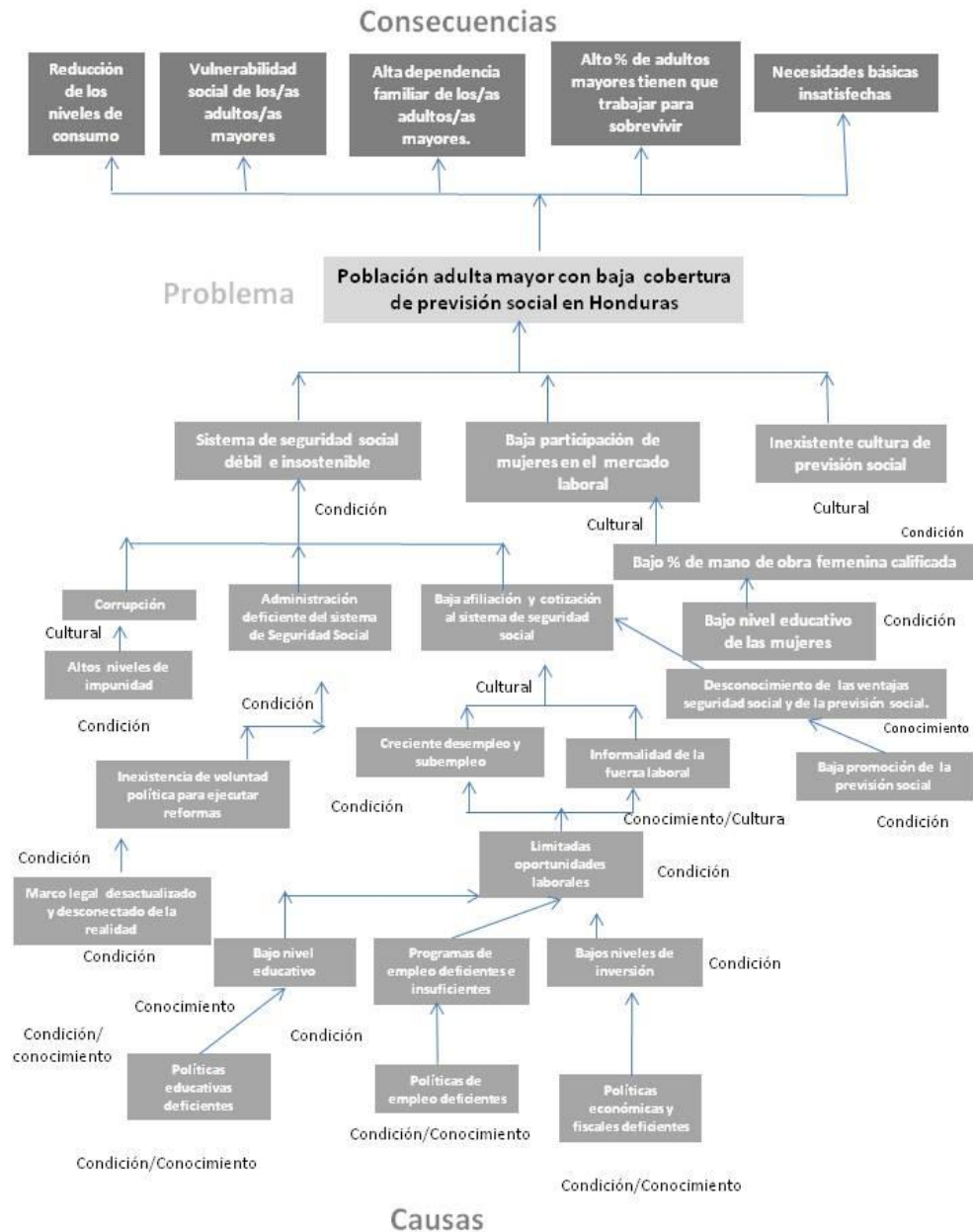
Viveros, A. (2001). Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad. CEPAL-SERIE Población y desarrollo. N°22. Recuperado el 8 de noviembre de:
http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7155/1/S01121062_es.pdf

Zelaya, M. (2012). *El envejecimiento en Honduras: Una Caracterización Sociodemográfica del Adulto Mayor*. Revista Población y Desarrollo: Argonautas y Caminantes. 8, pp.83-93

ANEXOS

Anexo 1.

Árbol de problemas adultos(as) mayores con baja cobertura de previsión social en Honduras



Fuente: Elaboración propia

Anexo 2.

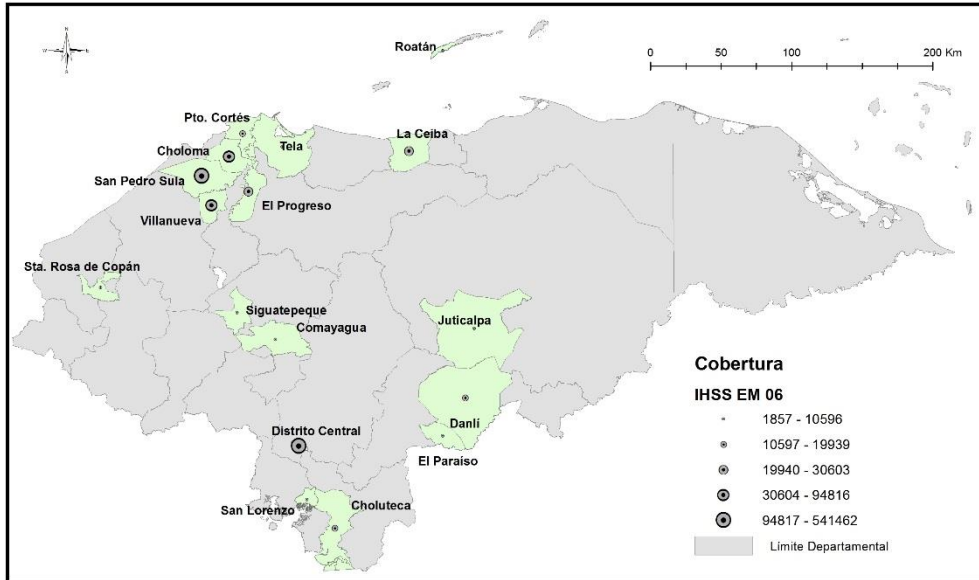
Otros conceptos de envejecimiento de acuerdo a orientaciones políticas.

<p>Algunas orientaciones políticas de envejecimiento en los acuerdos internacionales</p> <p>Ante la diversidad de definiciones sobre envejecimiento y con el objetivo de promover orientaciones políticas, algunos organismos internacionales han promovido su propia definición de envejecimiento.</p>
<p>-Envejecimiento activo: Es definido por OMS como una propuesta política para estimular una mejor calidad de vida en las personas, supone que esta es “un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomenta la autoestima y la dignidad de las personas y el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales” (OMS, 2002).</p>
<p>-Envejecimiento exitoso. Es una propuesta del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) que busca promover la capacidad emprendedora del envejecimiento. Reconoce la contribución económica de los mayores, sobre todo en países pobres. Fomenta la inversión institucional en créditos para proyectos productivos y promueve que el adulto mayor no sea segregado de las actividades productivas (Engler, 2005).</p>
<p>-Envejecimiento saludable. Perspectiva previa a la del envejecimiento activo que se usaba hasta 2002. A través de ella se planteaba la necesidad de prevenir el surgimiento de enfermedades físicas y mentales en la vejez. Adolecía de no contemplar la parte social y los procesos de inclusión social. Era necesario contemplar no solo el plano de las enfermedades sino también el cuidado de los ambientes saludables. La idea central era en la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, como cardiopatías, arteriosclerosis, diabetes, obesidad, hipertensión arterial y salud mental, y en el impulso de políticas favorables al envejecimiento activo y saludable (Marín Larraín, s.f.).</p>
<p>- Envejecimiento satisfactorio. Considerado un nuevo paradigma de la gerontología, fue propuesto por Paul Baltes y Margret Baltes (1990) y busca promover cambios en la conducta y el aprendizaje de comportamientos saludables y adaptativos, que en su sentido más amplio, permite a las personas de edad satisfacer sus expectativas personales y cubrir las exigencias que le impone el medio donde viven. Para que se produzca se necesita:</p> <ul style="list-style-type: none">- Un envejecimiento saludable- Estilos de vida satisfactorios- Mantenimiento de las reservas funcionales corporales- Prevención de las enfermedades y discapacidades- Una sociedad más amigable con las personas de edad
<p>-Envejecimiento competente su antecedente inmediato es el envejecimiento exitoso. Se plantea el reto de disminuir las probabilidades de enfermedades y sus discapacidades asociadas, alto funcionamiento cognitivo y funcional, con un alto compromiso con la vida (Fernández- Ballesteros, 1998).</p>

Fuente: Montes_de_Oca, V., 2010, pp. 164.

Anexo 3. Localización de centros y cobertura EM- IHSS. Honduras, 2006 y 2013

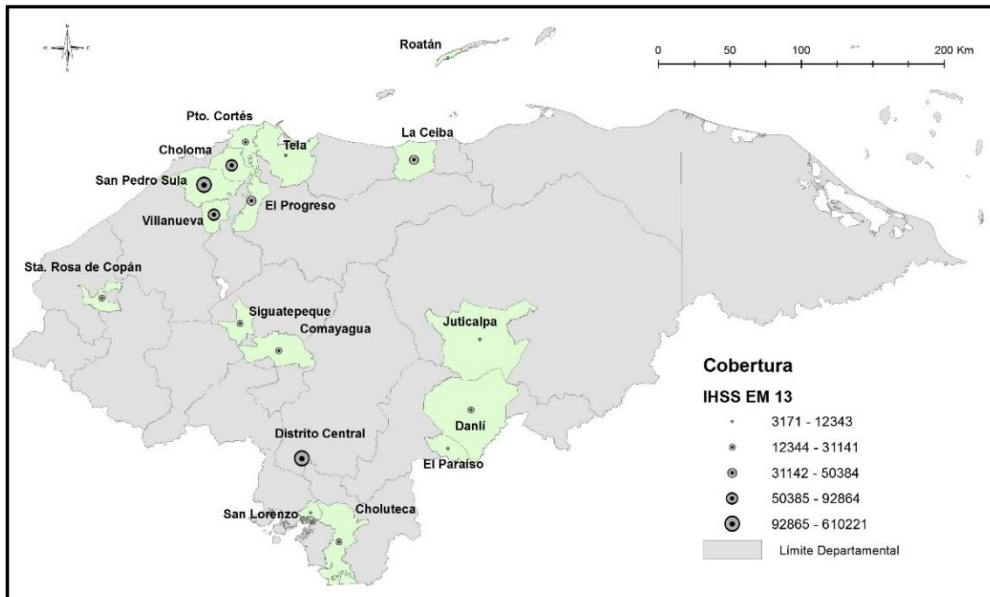
Localización de Centros y Cobertura EM. IHSS. Honduras, 2006



Fuente: Elaboración propia, con base en información de registros administrativos del IHSS, Honduras 2006, 2012 y 2013
Fuente cartográfica: SINIT-SEPLAN

2013

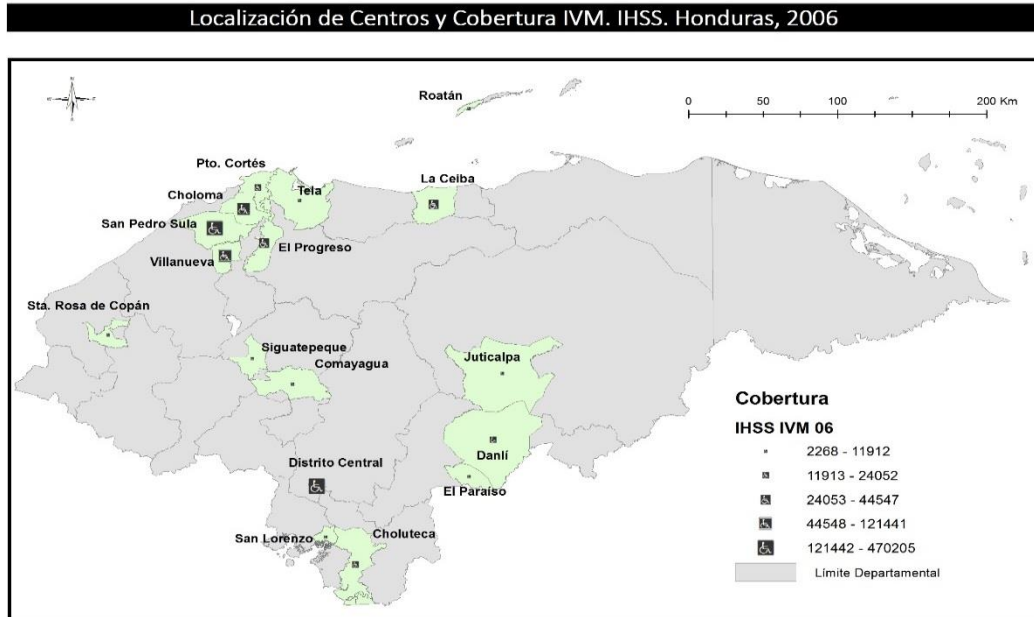
Localización de Centros y Cobertura EM. IHSS. Honduras, 2013



Fuente: Elaboración propia, en base a información de registros administrativos del IHSS, Honduras 2006, 2012 y 2013
Fuente cartográfica: SINIT-SEPLAN

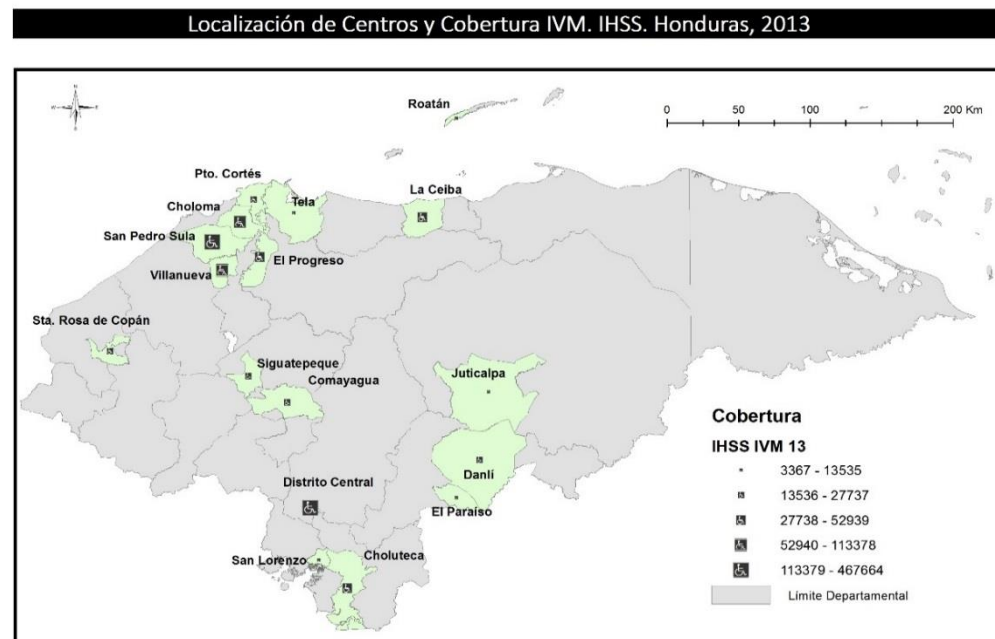
Anexo 4. Localización de Centros y cobertura de IVM- IHSS. Honduras, 2006 y 2013

2006



Fuente: Elaboración propia, en base a información de registros administrativos del IHSS, Honduras 2006, 2012 y 2013
Fuente cartográfica: SINIT-SEPLAN

2013

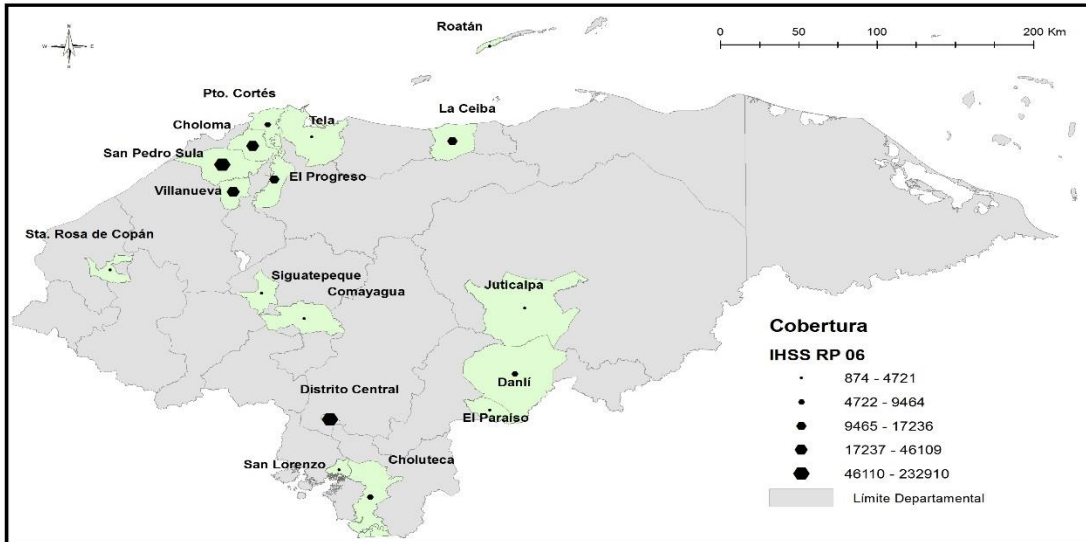


Fuente: Elaboración propia, en base a información de registros administrativos del IHSS, Honduras 2006, 2012 y 2013
Fuente cartográfica: SINIT-SEPLAN

Anexo 5.
Localización de Centros y cobertura de - IHSS Honduras, 2006 y 2013

2006

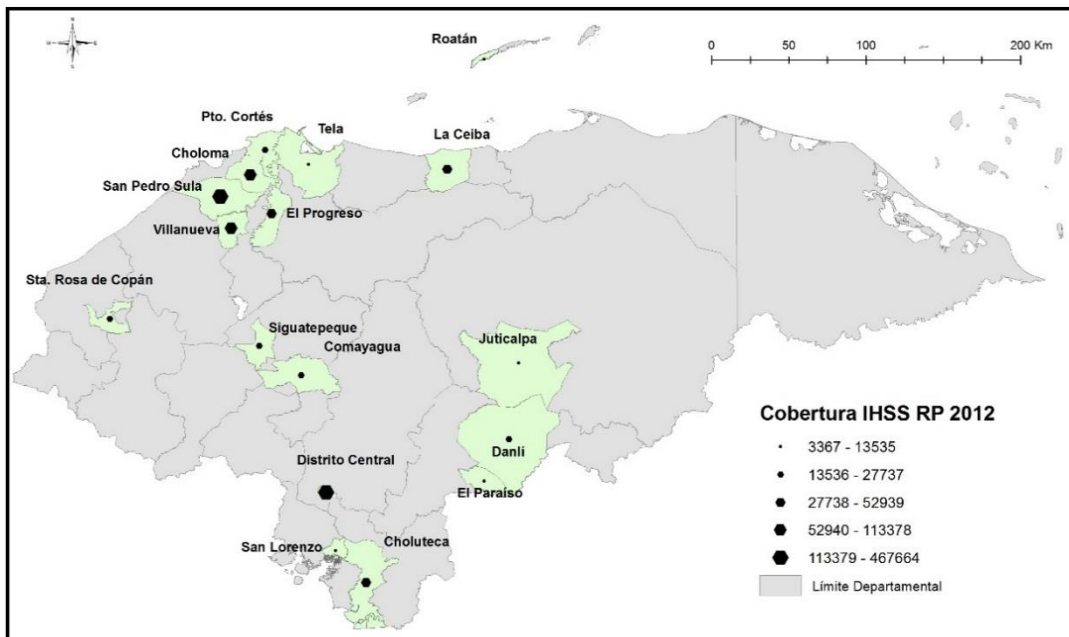
Localización de Centros y Cobertura RP. IHSS. Honduras, 2006



Fuente: Elaboración propia, en base a información de registros administrativos del IHSS, Honduras 2006, 2012 y 2013
Fuente cartográfica: SINIT-SEPLAN

2013

Localización de Centros y Cobertura RP. IHSS. Honduras, 2013



Fuente: Elaboración propia, en base a información de registros administrativos del IHSS, Honduras 2006
Fuente cartográfica: SINIT-SEPLAN

Anexo 6

Regresión logística antes de los efectos marginales 2006

```

Logistic regression
Number of obs = 7294
Wald chi2(11) = 660.08
Prob > chi2 = 0.0000
Pseudo R2 = 0.0757

Log pseudolikelihood = -4665.8285
    
```

AMNBI	Robust		z	P> z	[95% Conf. Interval]	
	Coef.	Std. Err.				
Hombre	.3372374	.0562452	6.00	0.000	.2269989	.4474759
area	-.2632144	.0599072	-4.39	0.000	-.3806304	-.1457984
casado	-.1833923	.0533224	-3.44	0.001	-.2879022	-.0788823
sps	-.7662033	.1039543	-7.37	0.000	-.96995	-.5624566
cp	.6604919	.084901	7.78	0.000	.4940891	.8268947
nopobre	-.390096	.1484777	-2.63	0.009	-.6811069	-.099085
prim	-.6081412	.0530816	-11.46	0.000	-.7121792	-.5041032
secun	-1.358418	.1123972	-12.09	0.000	-1.578712	-1.138123
sup	-1.996686	.2186945	-9.13	0.000	-2.42532	-1.568053
sei	-.1737693	.0768567	-2.26	0.024	-.3244055	-.023133
spe	-.504525	.06206	-8.13	0.000	-.6261603	-.3828897
_cons	.5228703	.0516196	10.13	0.000	.4216977	.6240428

Anexo 7

Regresión logística con los efectos marginales 2006

```

Marginal effects after logit
y = Pr(AMNBI) (predict)
= .46875724
    
```

variable	dy/dx	Std. Err.	z	P> z	[95% C.I.]		X
Hombre*	.0838438	.01393	6.02	0.000	.056542	.111146	.464217
area*	-.0654824	.01487	-4.40	0.000	-.094625	-.03634	.527968
casado*	-.0455695	.01321	-3.45	0.001	-.071458	-.019681	.380175
sps*	-.180703	.02236	-8.08	0.000	-.224522	-.136884	.090074
cp*	.1629772	.02024	8.05	0.000	.1233	.202654	.115163
nopobre*	-.0950027	.03496	-2.72	0.007	-.163515	-.02649	.037565
prim*	-.149987	.01287	-11.65	0.000	-.175219	-.124755	.450096
secun*	-.2940601	.01889	-15.57	0.000	-.331085	-.257035	.080066
sup*	-.3700311	.02261	-16.37	0.000	-.41434	-.325722	.027283
sei*	-.0430419	.01891	-2.28	0.023	-.080103	-.005981	.149027
spe*	-.1235263	.01482	-8.34	0.000	-.152569	-.094483	.24856

(*) dy/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1

Anexo 8

Porcentaje de predicciones correctas 2006

Logistic model for AMNBI

Classified	True		Total
	D	~D	
+	2143	1405	3548
-	1336	2410	3746
Total	3479	3815	7294

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .5$

True D defined as AMNBI != 0

Sensitivity	$\Pr(+ D)$	61.60%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	63.17%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$	60.40%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	64.34%
False + rate for true ~D	$\Pr(+ \sim D)$	36.83%
False - rate for true D	$\Pr(- D)$	38.40%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$	39.60%
False - rate for classified -	$\Pr(D -)$	35.66%
Correctly classified		62.42%

Anexo 9

Test goodness-of-fit 2006

Logistic model for AMNBI, goodness-of-fit test

(Table collapsed on quantiles of estimated probabilities)

number of observations =	7294
number of groups =	10
Hosmer-Lemeshow chi2(8) =	10.01
Prob > chi2 =	0.2645

Anexo 10

Matriz de correlación 2006

Correlation matrix of coefficients of logit model

e (V)	AMNBI	Hombre	area	casado	sps	cp	nopobre	prim	secun	sup	sei	spe
AMNBI												
Hombre		1.0000										
area		0.0268	1.0000									
casado		-0.2008	0.0799	1.0000								
sps		-0.0251	-0.2883	0.0084	1.0000							
cp		-0.0044	-0.4197	-0.0429	0.2092	1.0000						
nopobre		0.0059	-0.0056	-0.0495	-0.0611	-0.0035	1.0000					
prim		-0.0541	-0.2004	-0.0871	-0.0320	0.0144	-0.0244	1.0000				
secun		-0.0184	-0.2596	-0.0729	-0.0301	0.0968	-0.0503	0.2964	1.0000			
sup		-0.0478	-0.1434	-0.0582	-0.0150	0.0856	-0.0326	0.1577	0.1037	1.0000		
sei		-0.3701	0.1388	0.0025	0.0104	-0.0659	0.0285	-0.0067	0.0169	0.0147	1.0000	
spe		-0.2850	0.0919	-0.0260	0.0344	-0.0658	0.0239	-0.0281	-0.0454	-0.0430	0.3468	1.0000
_cons		-0.2311	-0.4341	-0.2507	0.0130	0.0537	-0.0478	-0.3414	-0.0919	-0.0202	-0.2301	-0.2597
e (V)	AMNBI											
	_cons											
AMNBI												
	_cons	1.0000										

Anexo 11

Regresión logística antes de los efectos marginales 2013

Logistic regression	Number of obs =	3124
	Wald chi2(16) =	777.97
	Prob > chi2 =	0.0000
Log pseudolikelihood = -1159.8704	Pseudo R2 =	0.4461

AMNBI	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
ss	.8326723	.3157287	2.64	0.008	.2138553	1.451489
area	-3.766364	.1724746	-21.84	0.000	-4.104408	-3.42832
casado	-.5148803	.16021	-3.21	0.001	-.8288861	-.2008746
soltero	-.6277064	.1842266	-3.41	0.001	-.9887839	-.266629
divorciado	-1.368464	.4563117	-3.00	0.003	-2.262819	-.4741097
separado	-.7649664	.268561	-2.85	0.004	-1.291336	-.2385966
viudo	-.5778436	.1679555	-3.44	0.001	-.9070304	-.2486568
sps	-.4752197	.1680785	-2.83	0.005	-.8046475	-.1457919
cp	.3712116	.1264986	2.93	0.003	.1232788	.6191444
pobrex	.9480348	.1369718	6.92	0.000	.6795749	1.216495
nopobre	-.6967142	.1375339	-5.07	0.000	-.9662758	-.4271527
prim	-.7611122	.1200409	-6.34	0.000	-.9963881	-.5258363
secun	-1.593951	.2029888	-7.85	0.000	-1.991802	-1.1961
sup	-1.078951	.2980348	-3.62	0.000	-1.663089	-.4948137
spe	-.5581488	.1309715	-4.26	0.000	-.8148481	-.3014494
sei	-.4733856	.1609901	-2.94	0.003	-.7889204	-.1578509
_cons	3.498371	.3790034	9.23	0.000	2.755538	4.241204

Anexo 12

Regresión logística con los efectos marginales 2013

Marginal effects after logit
 $y = \text{Pr}(\text{AMNBI}) (\text{predict})$
 $= .73395105$

variable	dy/dx	Std. Err.	z	P> z	[95% C.I.]	X
ss*	.1871113	.07753	2.41	0.016	.03515	.339073		.96767
area*	-.6155	.01672	-36.81	0.000	-.648274	-.582726		.556658
casado*	-.1031315	.03275	-3.15	0.002	-.167327	-.038936		.381882
soltero*	-.1339392	.04207	-3.18	0.001	-.216392	-.051487		.148528
divorc~o*	-.3206856	.11054	-2.90	0.004	-.537339	-.104033		.011844
separado*	-.1702912	.06507	-2.62	0.009	-.297822	-.04276		.038732
viudo*	-.1199672	.03656	-3.28	0.001	-.191615	-.04832		.244238
sps*	-.1002548	.03811	-2.63	0.009	-.174953	-.025556		.109795
cp*	.0682597	.02202	3.10	0.002	.025097	.111423		.173816
pobrext*	.1642075	.02056	7.99	0.000	.123914	.204502		.256402
nopobre*	-.1465359	.03026	-4.84	0.000	-.20584	-.087231		.234315
prim*	-.1479153	.02313	-6.40	0.000	-.19324	-.102591		.501601
secun*	-.3665473	.04778	-7.67	0.000	-.460189	-.272905		.108195
sup*	-.2479527	.07421	-3.34	0.001	-.393397	-.102509		.033611
spe*	-.1153612	.0282	-4.09	0.000	-.170638	-.060085		.256082
sei*	-.0989545	.0356	-2.78	0.005	-.168726	-.029183		.15781

(*) dy/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1

Anexo 13

Porcentaje de predicciones correctas 2013

Logistic model for AMNBI

Classified	True		Total
	D	~D	
+	1556	199	1755
-	339	1030	1369
Total	1895	1229	3124

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .5$

True D defined as AMNBI != 0

Sensitivity	$\Pr(+ D)$	82.11%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	83.81%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$	88.66%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	75.24%
False + rate for true ~D	$\Pr(+ \sim D)$	16.19%
False - rate for true D	$\Pr(- D)$	17.89%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$	11.34%
False - rate for classified -	$\Pr(D -)$	24.76%
Correctly classified		82.78%

Anexo 14

Test goodness-of-fit 2013

Logistic model for AMNBI, goodness-of-fit test

(Table collapsed on quantiles of estimated probabilities)

number of observations =	3124
number of groups =	10
Hosmer-Lemeshow chi2(8) =	18.55
Prob > chi2 =	0.0174

Anexo 15

Matriz de correlación 2013

Correlation matrix of coefficients of logit model

e (V)	AMNBI	ss	area	casado	soltero	divorcio	separado	viudo	sps	cp	pobrex	nopobre	prim
AMNBI													
ss		1.0000											
area		-0.0320	1.0000										
casado		-0.0897	0.1353	1.0000									
soltero		-0.0257	0.0246	0.5817	1.0000								
divorciado		-0.0497	0.0240	0.2472	0.2087	1.0000							
separado		-0.0639	0.0866	0.4162	0.3479	0.1469	1.0000						
viudo		-0.0751	0.0647	0.6420	0.5753	0.2335	0.3873	1.0000					
sps		-0.0450	-0.2329	-0.0073	0.0272	-0.0314	-0.0022	0.0098	1.0000				
cp		-0.0553	-0.3283	-0.1049	-0.0100	0.0231	-0.0401	-0.0218	0.3001	1.0000			
pobrex		-0.0477	-0.0675	0.0618	-0.0103	0.0364	0.0045	-0.0166	0.0641	-0.0739	1.0000		
nopobre		0.0250	0.2570	0.0137	0.0075	-0.0335	-0.0007	-0.0623	-0.0097	0.0559	0.2283	1.0000	
prim		0.0490	-0.0684	-0.0398	0.0674	-0.0047	-0.0168	0.0714	-0.0058	0.0727	-0.0168	-0.0892	1.0000
secun		0.1394	-0.1362	-0.1007	0.0171	-0.1126	-0.0479	0.0359	0.0481	0.0808	-0.0025	-0.1131	0.4262
sup		0.0974	-0.1738	-0.0982	0.0110	-0.0162	-0.0566	0.0195	-0.0474	0.0883	0.0160	-0.2162	0.3180
spe		0.1036	0.2171	-0.0083	0.0585	0.0421	0.0044	0.1040	-0.0258	-0.1099	-0.0843	-0.1193	-0.0269
sei		0.1393	0.1590	0.0383	0.1157	0.0403	0.0557	0.1373	0.0160	-0.0786	-0.0647	-0.0012	0.0010
_cons		-0.7963	-0.3668	-0.2492	-0.2636	-0.0711	-0.1462	-0.2642	0.0358	0.0677	-0.0167	-0.1835	-0.2313
e (V)	AMNBI	secun	sup	spe	sei	_cons							
AMNBI													
secun		1.0000											
sup		0.2340	1.0000										
spe		-0.0027	-0.0797	1.0000									
sei		0.0355	0.0020	0.2951	1.0000								
_cons		-0.1857	-0.0810	-0.2513	-0.2809	1.0000							