

# El Seguro Social: crisis y soluciones

Dr. Antonio Clemente H

Individuo de Número Academia Nacional de Medicina

## INTRODUCCION

El pensamiento del Libertador Simón Bolívar, expuesto en el discurso ante el **Congreso de Angostura** el 15 de febrero de 1819 (1) define la perfección de un Gobierno basada en tres conceptos: la felicidad, la seguridad social y la estabilidad política y es el equilibrio de los tres lo que condiciona su calidad. Ello está muy bien explicado por el Prof. M Zúñiga Cisneros (2) y recientemente por Mazza (3) experto en seguridad social de Argentina. Esta expresión se adelantó sesenta y cuatro años a la primera ley de seguridad social de Bismark (1883) y cien años a la Oficina Internacional del Trabajo. La segunda idea es la admirablemente expresada en la encíclica **Mater et Magistra** de SS, el Papa Juan XXIII al identificar la necesidad de un equilibrio entre el concepto de desarrollo económico y el progreso social. “La riqueza económica de un pueblo no consiste en la abundancia total de bienes, sino también, y más aún, en la real y eficaz distribución según la justicia para la garantía del desarrollo personal de los miembros de la sociedad, lo que es el verdadero fin de la economía” (4). Ambas ideas se complementan y las hemos usado como guía en la elaboración de este trabajo.

La seguridad social es considerada como uno de los mecanismos de redistribución de la riqueza, y se acepta que existe una vinculación muy estrecha entre el desarrollo de ella y la de la economía general de un país (4).

### Definición

“Se entiende por seguridad social el conjunto de medidas previsivas que conducen a garantizar a los habitantes de un país los medios económicos para lograr las condiciones mínimas de comodidad, salud, educación y recreación necesarias al civilizado; y

las providencias contra una serie de riesgos inherentes a la vida moderna, tales como el desempleo, la enfermedad profesional o de otro origen, la invalidez parcial o total, la ancianidad, la educación de los hijos, y los riesgos derivados de la muerte del jefe de la familia (2).

Los principios básicos sobre los cuales se fundamenta la seguridad social son: **solidaridad**, que es el concepto de que todos los seres humanos deben ayudarse entre si, **universalidad**, que corresponde al porcentaje de población cubierta, y **unidad**, que permite lograr los objetivos previamente señalados, desarrollando el concepto de la ayuda mutua obligatoria y reglamentada (5).

### Historia universal

La historia de la seguridad social, está enmarcada en las cinco grandes etapas o revoluciones de la civilización occidental: la primera en el siglo IV AC cuando nace la filosofía iniciada por Thales de Mileto quien pensó en el mundo material de la **fisis** al estar al alcance de los sentidos. La segunda gran revolución es el Cristianismo que destaca la doctrina de la fraternidad, que debemos considerarla como un pensamiento con un gran contenido ético. La tercera es el Renacimiento en los siglos XV y XVI. Ya al comienzo de la baja edad media se aprecian síntomas de preocupación racionalista, pero comienzan realmente con Descartes y Bacon con el aporte del método científico. La cuarta etapa es el liberalismo del siglo XVIII con Locke y Hobbes y los enciclopedistas que no se preocupan tanto por la verdad como por las relaciones humanas. La quinta es el socialismo con Marx y Engels que se ha caracterizado entre otras cosas por la planificación de la economía. El concepto de solidaridad siempre existió en el orden de valores humanos pero se materializó en estas dos últimas etapas. Debemos aceptar que la seguridad social está más vinculada al

Trabajo de incorporación a la Academia Nacional de Medicina, como Individuo de Número, Sillón XXXVI, presentado el 15 de junio de 1995.

concepto de **caridad cristiana** que a ningún otro grupo de ideas (6), San Pablo la llama “**El vínculo de la perfección**” (7). Fueron los cristianos quienes fundaron los primeros asilos y nosocomios u hospitales, inspirados en la idea de la hermandad por ser todos hijos de Dios. Son las órdenes militares, como la de San Juan de Jerusalén, los Templarios, los Caballeros teutones, las órdenes españolas de Santiago, Calatrava, Alcántara y las asociaciones religiosas, las que comienzan a atender a los enfermos, como la Hermandad del Espíritu Santo fundada por Guido de Montpellier, 1170, la de San Antonio de los Hermanos Hospitalarios, etc. (2). Es necesario destacar que durante la Edad Media había medidas rudimentarias de la seguridad social, especialmente en las **Guildas**, gremios, o corporaciones como se observa en un decreto de Carlomagno del año 799, **Capitulare Haristallense**, en ellas se destaca la tarea de la enseñanza de los maestros a los aprendices, la vigilancia del trabajo en relación a la calidad del mismo, la defensa del oficio y la ayuda mutua (8).

Estas corporaciones seculares al final de la Edad Media llegaron a abarcar lo que la moderna seguridad social cubre: a) Subsidio determinado o no, con ayuda en dinero por desempleo u otra necesidad; b) Atención en caso de enfermedad y servicio médico o farmacéutico; c) Auxilio de invalidez y vejez; d) Ayudas para entierros y viudas, e) Auxilios propios para cubrir las necesidades de la época como el dotal (para jóvenes casaderas), el de prisión y el de cautividad (8).

En 1883, Bismark en Alemania, estableció el seguro de enfermedad, en 1884 el de accidentes y en 1889 el de vejez e invalidez (9).

Otra contribución importante es el informe de Beveridge presentado en 1942, como consecuencia de la **Carta del Atlántico**, firmada por F.D. Roosevelt y W. Churchill en 1941, en la cual se anuncia la cooperación económica internacional, para mejorar las normas de vida y la seguridad social (2).

### **Seguridad Social en Venezuela**

Sus primeros esbozos están en las Leyes de Indias promulgadas por Carlos II en 1680 (10) para proteger a los indios en sus condiciones de trabajo. La primera Ley fue la de Talleres y Establecimientos Públicos de 1917 y luego la Ley del Trabajo de 1928. Pero se habló por primera vez del Seguro Social Obligatorio cuando comenzó a discutirse la

nueva ley del trabajo que presentó Rafael Caldera, con asesoría de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en 1936.

En 1938 el Ministerio del Trabajo contrata a Antonín Zelenka y Cyrylle Deschams, expertos en seguridad social para hacer los estudios de la cobertura de salud y accidentes de trabajo. En ese mismo año presenta Luis G. Pietri, el Código del Trabajo, voluminoso aporte de gran valor. En 1939 se prepara un segundo informe que incluía las contingencias de invalidez y vejez, pero tampoco se convirtió en Ley. El 24 de julio de 1940 aprueba el Congreso el proyecto de Ley elaborado y se crea el Instituto Central de los Seguros Sociales. El 1º de enero de 1944 en su alocución, el General Isaías Medina A, declaró ese año, el año del Seguro Social en Venezuela. El 19 de febrero de 1944 se dicta el Reglamento General de la Ley de los Seguros Sociales (11).

En los respectivos estudios colaboraron con los expertos nacionales el Sub-Director de la OIT, Oswald Stein y Oscar M Powell, Director Ejecutivo de los Seguros Sociales de EE.UU. El 19 de octubre de ese mismo año inicia sus actividades el Seguro Social en una casa contigua al Ministerio del Trabajo y Comunicaciones, de Mercedes a Mijares, con asistencia del Presidente Isaías Medina y el Ministro de Trabajo, Dr. Julio Díez (11).

En la Constitución Nacional de 1961 se establecen: el Sistema de Seguridad Social para los trabajadores cotizantes y sus familiares, el Sistema de Asistencia Social, para quienes carezcan de medios económicos y no estén en condiciones de procurarse alguna protección. En 1962 se elaboró un anteproyecto de ley en la cual no se seguía la norma establecida en 1944 de crear leyes especiales para los distintos riesgos. Esta ley fue modificada varias veces y fue finalmente aprobada el 1º de enero de 1967. Fue modificada en 1975 cuando se extiende el régimen parcial a todo el país. En 1976 y 1982 se extiende el régimen general a varios Estados. El 23 de noviembre de 1989 se crea el seguro de paro forzoso. El primero de enero de 1994 entra en vigencia el decreto de extensión de cobertura total para los empleados públicos.

En Venezuela, con las propuestas de reforma del Estado, una de cuyas características primordiales ha sido la desconcentración de la ejecución presupuestaria, insistiendo mucho que la función central es normativa y de supervisión, pero que el desarrollo y la ejecución deben ser regionales. Así lo plantea

## EL SEGURO SOCIAL

la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación, Transferencia de Competencia del Poder Nacional en concordancia con la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

Los sistemas estatales de salud se definirán con los aspectos ecológicos, sociales, económicos, culturales y epidemiológicos de cada región o municipio.

### Seguridad social en las Américas

El informe de la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS) del año 1993, pero recibido en 1944 nos ha permitido actualizar los aportes de los distintos países de la región (12). Hemos usado como clasificación de los países la empleada en el informe de la Salud de las Américas elaborado por la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) (13).

El continente hoy comprende 36 países y 12 agrupaciones políticas clasificados en tres grupos: la región **Andina**, que está dividida en seis subgrupos: los Andes, el Cono Sur, Brasil, América Central, México y los países del Caribe Latino, el segundo grupo corresponde a los países del **Caribe no Latinos**, y el tercero a **Norte América**.

Hemos discriminado los aportes de los trabajadores, de las empresas y de los gobiernos, y

los hemos sumado todos después. El número total de países estudiados fue de 26.

Agrupados por regiones se observan ciertas diferencias; el grupo Andino donde está Venezuela tiene un promedio de aporte total de 25,72% del salario, pero debemos señalar que en la publicación consultada, Colombia tiene 21,59%, pero con la ley 100 recientemente aprobada asciende a 28,13%. Ello nos dará un promedio más elevado. El grupo del Cono Sur y Brasil tienen aportes más altos de 36,46 y 37,46% respectivamente. El más bajo es el de los países del Caribe, tanto el Latino con 13,32% como en no Latino con 13,89%. El grupo de Centro América tiene un promedio de 20,64% y México de 24,75%. Norte América está en el 18,95% (12,13).

El promedio general es de 26,92%. El aporte promedio de los trabajadores es de 10,84%, el de las empresas de 15,36% y el del gobierno, 1,57%. Este último componente nos parece que tiene una representatividad menor, pues muchos de los países señalan la contribución como un subsidio, o con la cancelación de la administración, y ambas son muy difíciles de relacionar como porcentaje del salario (Cuadro 1).

Cuadro 1  
Seguridad Social en las Américas

Región	Países	Total	Trabajadores	Empresas	Gobierno
Andina	Bolivia	28,50	11,00	16,00	1,50
	Colombia	21,59	4,95	16,64	subsidio
	Venezuela	17,70	4,50	11,70	1,50
Cono Sur	Argentina	45,40	24,40	21,40	subsidio
	Chile	25,45	19,45	6,00	subsidio
	Brasil	37,46	12,50	24,96	subsidio
Centro Am	Costa Rica	33,50	14,00	19,00	0,50
	Nicaragua	20,50	4,00	14,00	2,50
México		23,85	4,85	19,00	0,90
Caribe Lat	Rep. Dom.	14,50	2,50	9,50	2,50
Caribe no Latino	Barbados	16,67	10,25	6,44	empleador
Norte Am	Canadá	15,58	6,75	8,23	déficit
Estados Unidos		22,33	11,48	10,85	administr
Promedio		26,92	10,84	15,36	1,57

Fuente AISS (12,13)

Es evidente, como se ve en los cuadros, que Venezuela está muy por debajo del promedio de los países que conforman el grupo al cual pertenecemos, por lo tanto para equilibrar el sistema nuestros aportes deben subir en base a estudios actuariales y econométricos.

**Seguridad social en Europa**

En el informe demográfico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se divide a Europa en seis grupos: Este, Norte, Sur, Oeste, Marruecos y Turquía. Pero consideramos que para comparación es suficiente estudiar las cuatro zonas europeas clásicas (12,14).

Tomamos dos países de cada área, la contribución menor del total del salario fue la de Inglaterra, 18,20%, y la más alta, Alemania, 60,35%. El promedio de estos ocho países del viejo continente fue de 44,76%, el de los trabajadores de 11,17%, las empresas 30,16% y el promedio de tres países como aporte del gobierno fue de 10,59% (Cuadro 2).

**Gasto mundial en Salud**

Según la OIT y el Banco Mundial el mundo está dividido en ocho regiones: 1. Países con economía de mercado, 2. Europa antes socialista, 3. América Latina, 4. Oriente medio, 5. Asia y países insulares, 6. India, 7. China, y 8. Africa al Sur del Sahara (15).

El indicador más importante es el porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) gastado en salud. El más alto es el empleado por países de economía de

mercado, 9,2; es necesario hacer notar que el gasto per cápita anual, en salud, es en ellos 1 860 dólares americanos. El más bajo es el de China que emplea sólo 3,5, y el per cápita año es de 11 dólares americanos, América Latina emplea el 4% del PIB y el gasto anual por persona da 105 dólares americanos (15,17). En un estudio del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales entre 1967 a 1993 el promedio de gasto por persona en salud en el IVSS fue de 57 dólares americanos (Cuadros 3 y 4).

**Programas del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales**

El IVSS cubre los siguientes riesgos: a. Vejez, invalidez y sobrevivientes, b. Enfermedad y maternidad, c. Accidentes de trabajo, d. Desempleo y e. Asignaciones familiares.

a. Vejez, invalidez y sobrevivientes. Cubre los empleados, públicos y privados registrados, están excluidos los trabajadores temporales, domésticos o autoempleados, pero pueden afiliarse en condiciones especiales. Las Fuerzas Armadas y los maestros tienen sistemas propios. Los topes de edad son de 55 para las mujeres y 60 para los hombres, pero debido al aumento de la expectativa de vida se ha introducido un procedimiento progresivo para que dentro de cinco años sean 60 y 65 años respectivamente. Se adquiere la pensión después de 750 cotizaciones semanales. Cuando se ha perdido las 2/3 partes de la capacidad de trabajo se adquiere sólo

Cuadro 2  
Seguridad Social en Europa

Región	Países	Total	Trabajadores	Empresas	Gobierno
Este	Polonia	43,00		43,00	empleador
	Hungría	79,25	11,00	48,75	19,50
Norte	Inglaterra	18,20	11,00	7,2	subsidio
	Suecia	34,59	8,75	15,96	9,88
Sur	España	38,80	6,00	32,80	subsidio
	Italia	39,80	11,14	28,66	deficit
Oeste	Alemania	60,35	29,98	31,35	subsidio
	Francia	55,02	19,64	32,98	2,4
	Rusia	33,80	3,00	30,80	subsidio
Promedio		44,76	11,17	30,16	10,59

Fuente (14)

Cuadro 3  
Gasto mundial en salud 1990

regiones-países	per cápita EUA-\$	% PNB salud	% población mundial
Economía de mercado	1 860	9,2	15
Europa antes socialista	142	3,6	7
América Latina	105	4,0	8
Oriente Medio	77	4,1	18
Asia e insulares	61	4,5	13
India	21	6,8	16
China	11	3,5	22
Africa S Sahara	24	4,5	10

Fuente: OMS-OPS Banco Mundial (15)  
PNB Producto Nacional Bruto

Cuadro 4  
Seguridad Social  
Ingresos y egresos relacionados con el PIB

País	año	ingresos	egresos	relación
Argentina	1986	6,7	6,1	1,09
Bolivia	1985	2,6	1,9	1,36
Brasil	1986	5,4	5,0	1,0
Colombia	1986	2,5	2,0	1,25
Chile	1986	18,1	13,1	1,38
Ecuador	1986	7,3	3,0	2,43
México	1986	3,1	2,7	1,15
Perú	1986	1,8	1,6	1,13
Uruguay	1986	9,6	9,6	1,00
Venezuela	1986	1,5	1,3	1,15
Promedio		5,86	4,63	1,27
Canadá	1985	18,4	16,2	1,14
EE.UU.	1986	15,4	12,5	1,23
Promedio		16,9	14,4	1,19
Alemania	1986	23,8	23,4	1,02
Francia	1986	28,4	28,6	0,99
Italia	1986	10,1	11,1	0,90
Portugal	1986	11,2	10,4	1,08
Suecia	1986	34,2	31,3	1,09
Promedio		21,5	21,0	1,02

Fuente: Organización Internacional del Trabajo - Costo de la Seguridad Social (16).  
PIB Producto Interno Bruto.

con 250 semanas (Informes presentados al Consejo Directivo del IVSS, no publicados).

El monto de la pensión ha ido subiendo: en 1979 era 40% del ingreso y no menor de 450 Bs, hasta 1989 era no menor de 585 Bs, para comienzos de 1993 estaba en 3 000 Bs, en junio de ese año ascendió a 6 000 Bs y en octubre del mismo año a 9 000 Bs que correspondía al salario mínimo. Esta ascendió el 1 de mayo de 1994 a 15 000 y la pensión a 14 800 Bs.

La pensión de sobrevivientes es el 40% del monto total de la pensión, pagadero a las viudas. El gasto en pensiones para 1993 fue de 26 821 millones Bs y el proyectado para 1994 será de 33 840 millones Bs y en 1995 el total del gasto de pensiones estará por primera vez encima del gasto en atención médica. El IVSS atiende cerca de 325 000 pensionados.

El gasto en indemnizaciones temporales y definitivas fue en 1993 de 3 216 millones Bs y el de 1994 será parecido sin tomar en cuenta la inflación.

b. Enfermedad y maternidad. Cubre también los empleados, públicos y privados registrados, también están excluidos los mismos grupos, los dependientes están cubiertos sólo por 26 semanas.

La atención médica electiva y de emergencias se hace por medio de una red, cuya característica es que los centros de atención y la patología son de complejidad creciente.

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales tiene 78 Centros Ambulatorios y 33 Hospitales y son atendidos 9 294 431 personas. Entre 1989 a 1993 fueron vistas 62,5 millones de consultas entre los ambulatorios y hospitales. Están contratadas 39 286 horas médico en los hospitales y 13 033 en los ambulatorios. Tenemos un total de 9 602 camas de las cuales 6 590 son propias. Egresaron 1 334 000 pacientes, de los cuales 406 000 fueron de cirugía mayor y 414 000 partos. El total de médicos contratados fue de 7 644, la mayoría en los hospitales, el resto en los ambulatorios, residentes e internos. Tenemos 15 039 enfermeras, de las cuales son graduadas 4 998. Nuestros indicadores generales dan 9 días de estancia, 71% de ocupación y 38 egresos por cama/año (17).

En los llamados hospitales del III nivel (Universitarios o Zonales) con más de 300 camas, el personal y el equipo de salud, están altamente especializados y disponen de aparatos muy avanzados para el diagnóstico y el tratamiento, y hay médicos especializados en la mayoría de las disciplinas. Aquí atendemos el 5% de la demanda.

El nivel II de atención corresponde generalmente a hospitales de 100 a 300 camas, donde hay especialistas de: cirugía general, medicina interna, obstetricia, pediatría y algunas otras como cardiología, terapia intensiva, etc., o los grandes centros ambulatorios, que ven generalmente más de 500 000 pacientes por año, y que cuentan con la mayoría de las especialidades. En este nivel se atiende el 15% de la demanda.

El primer nivel de atención está dividido en varios grupos que van de la medicina simplificada, practicada por enfermeras, soldados, bomberos, etc., hasta hospitales menores de 100 camas, pasando por ambulatorios pequeños, dispensarios y servicios médicos de empresa. En este nivel la especialidad más importante es la medicina familiar, pero también pediatría, obstetricia, medicina interna, cirugía menor, etc. Se atiende hasta el 80% de la demanda.

En los estudios practicados para determinar el uso de los servicios de atención médica, la epidemiología y la planificación de salud, señalan que se debe hacer el mayor de los esfuerzos para desarrollar el primer nivel, pues está cada vez mejor demostrado que la medicina preventiva y curativa efectuada allí, es la que modifica el estado de salud en los países. La OSP ha hecho énfasis en este concepto. El eje de este sistema se ha denominado **Sistemas Locales de Salud (SILOS)**.

Existe un grupo de procedimientos de diagnóstico y de terapéutica que denominamos **“Programas Especiales”**, entre ellos están incluidos la diálisis, los medicamentos antineoplásicos y leucopoyéticos, las prótesis vasculares y articulares, los marcapasos cardíacos, las clínicas de terapia mínima, las clínicas psiquiátricas, geriáticas y de custodia de niños excepcionales, los colegios psicopedagógicos y los servicios médicos no institucionales. Esto representó en materia de costos el 13,4% del total de gastos efectuados en atención médica en 1993; estos programas deben ser nacionales y recibir, además de

los del IVSS, aportes de otro origen. En las nuevas regulaciones hay que esperar 24 cotizaciones para recibir estos beneficios.

La indemnización por enfermedad es de 66,75% del salario, que se reduce a 50% cuando el paciente está hospitalizado, pagadero después de tres días y durante 52 semanas. Los beneficios de maternidad son iguales además del reposo pre y pos natal de 12 semanas (19,20).

La coordinación de los Sistemas estatales de salud la desempeñará un médico, que tenga el curso superior de salud pública o de administración de hospitales. Debe tener una experiencia mayor de cinco años y será escogido por el Ministerio de Sanidad de una terna presentada por el Gobernador del Estado. Similarmente se hará en el IVSS.

El Director de Salud estatal será el director de una junta que agrupará los representantes de la Universidad, de la Asamblea Legislativa, del Colegio de Médicos, la central sindical que agrupe la mayoría de los trabajadores del Estado, la representación de las empresas y dos de la comunidad.

Se piensa que cada distrito o la unión de varios de ellos podría constituir una unidad cuyo esquema será el de la Junta Estatal Regional. Existen en la Federación Médica Venezolana las normas para organización de este sistema.

c. Accidentes de trabajo. La primera ley data de 1923, tiene la misma cobertura que los anteriores. El tratamiento agudo se efectúa en los hospitales y la rehabilitación en centros y consultas especiales, muy bien organizados. Las viudas reciben 40% de la pensión hasta los 45 años. Las otras reciben un pago único. Los huérfanos, el 20% cada uno, por debajo de la edad de 14 años y hasta 18 si son estudiantes. El pago por funeraria es de 5 000 Bs como una suma única.

d. Desempleo. Los trabajadores y sus familiares están cubiertos por la ley vigente de 1989, ella

Distribución de cotizaciones

	Total	%	1993	trabajadores	empresas	gobierno
Atención médica	6,25	35	54	2,0	4,25	
Pensiones	6,75	38	25	2,0	4,75	
Desempleo	2,20	12	9	0,5	1,70	
Administración	1,50	9	9			1,5
Indemnizaciones	1,00	6	3		1,00	
<b>Total</b>	<b>17,7</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>4,5</b>	<b>11,7</b>	<b>1,5</b>

EL SEGURO SOCIAL

Cuadro 5

Relación entre ingresos totales y egresos por atención médica

Años	total ingresos	AM egresos	porcentaje
1967	707,696	274,005	38,72
1968	729,623	303,991	41,66
1969	812,680	374,903	46,13
1970	843,560	448,699	53,19
1971	942,770	506,727	53,78
1972	1 049,656	534,534	50,92
1973	1 158,582	574,908	49,62
1974	2 344,832	617,264	26,32
1975	2 138,637	698,286	32,65
1976	2 272,048	846,585	37,26
1977	2 649,502	875,094	33,02
1978	3 140,498	955,840	30,44
1979	3 088,568	1 038,264	33,62
1980	4 258,145	1 632,708	38,34
1981	5 050,562	1 839,485	36,42
1982	5 405,134	1 823,120	33,73
1983	5 053,284	1 908,355	37,76
1984	5 281,499	1 881,310	35,62
1985	5 747,112	2 303,700	40,08
1986	6 911,753	3 339,420	48,31
1987	8 374,004	3 885,221	46,40
1988	11 166,409	5 130,103	45,94
1989	15 000,555	8 565,221	57,10
1990	32 209,240	14 885,267	46,21
1991	31 519,802	16 737,424	53,10
1992	59 205,000	42 950,000	72,54*
1993	87 493,000	57 226,000	65,40*
Promedio			43,86

Fuente: Balance General. En miles.

provee que a la terminación de la relación laboral, por despido justificado o no, o por retiro, califican quienes hayan trabajado 52 semanas en los 24 meses previos a la interrupción del trabajo. Reciben el 60% del salario semanal promedio hasta un máximo de 7 500 Bs durante 18 semanas que puede extenderse a 26 semanas, con un período de espera de 1 mes. Los desempleados gozan del privilegio de ser reentrenados y de facilidades para búsqueda de un nuevo empleo. Ellos y sus familiares están cubiertos con atención médica por 26 semanas (20).

e. **Prestaciones familiares.** La única cubierta es nupcias con una suma única de 7 000 Bs. Requiere 100 contribuciones semanales en los tres años previos al matrimonio (20).

**Financiamiento de la seguridad social**

Sabemos que en la actualidad los trabajadores

Cuadro 6

Salud costo per cápita/año 67-93

años	asegurados	egresos*	Bs/\$	Costo EUA \$
1967	1 304,477	274,005	4,30	48,85
1968	1 385,480	303,991	4,30	51,03
1969	1 758,865	374,903	4,30	49,60
1970	1 866,374	448,699	4,30	55,90
1971	2 002,332	506,727	4,30	58,85
1972	2 152,910	534,534	4,30	57,74
1973	2 374,451	547,908	4,30	53,66
1974	2 556,452	617,264	4,30	56,15
1975	2 852,940	698,286	4,30	56,92
1976	3 012,801	846,585	4,30	65,35
1977	3 283,156	875,094	4,30	61,99
1978	3 634,120	955,840	4,30	61,17
1979	4 144,921	1 038,264	4,30	58,25
1980	4 272,272	1 632,708	4,30	88,88
1981	4 498,725	1 829,485	4,30	94,57
1982	4 539,203	1 823,120	4,30	91,28
1983	4 258,730	1 908,355	10,32	43,42
1984	4 430,426	1 881,319	13,25	32,04
1985	4 669,844	2 303,700	14,01	35,21
1986	5 089,312	3 339,420	20,04	32,74
1987	5 451,005	3 885,221	28,09	25,37
1988	6 045,809	5 130,103	33,84	41,87
1989	5 993,183	8 565,221	39,15	36,50
1990	6 310,321	14 885,267	47,50	49,66
1991	6 531,298	16 737,424	57,42	44,63
1992	6 200,569	42 950,000	69,16	100,16
1993	6 577,802	57 226,000	92,19	89,04
1994	6 797,189	55 398,850	153,4	53,13
Total				1 599,25
Promedio				57,17

Fuente: Balance General-División de Contabilidad. #En miles.\* Estimaciones. Departamento de Formulación. Dirección de presupuesto.

Aumento de Cotizaciones

	Actual	propuesto	diferencia	costo actual trabajador mensual	costo propuesto mensual
Trabajadores	4,5	5,2	0,70	920	1 133
Empresas	11,7	16,86	5,16	2 549	3 674
Gobierno	1,5	3,14	1,64	307	684
Total	17,7	25,2	7,50	3 836	5 491

contribuyen con el 25% del gasto de operación, las empresas con el 66% y el gobierno con el 9%.

La contribución actual total es de 17,7% del salario, los trabajadores aportan el 4,5% del salario, las empresas de riesgo mínimo 10,7%, las de riesgo medio con 11,7% y las de riesgo máximo 12,7% de la nómina, lo que nos da un promedio de 11,7 y el estado el 1,5% del total de salarios pagados.

La distribución en porcentajes tal como lo pauta la ley vigente es: a) Atención médica 35%, b) Pensiones 38%, c) Desempleo 12%, d) Administración 9% y e) Indemnizaciones 6%. Pero cuando llevamos a porcentajes los egresos de 1993 encontramos lo siguiente: a) En atención médica se gastó 19% por encima de lo que figura en la ley, b) En pensiones 13% por debajo, c) En desempleo 3% por debajo, d) En administración igual, y e) En indemnizaciones 3% por debajo.

Atención médica. En un estudio efectuado entre 1967-93, del total de los egresos el 54% fue para este rubro (Cuadro 5). El gasto promedio 1957-93 per cápita en dólares americanos por año fue de 57 (Cuadro 6). El gasto total en 1993 fue de 57 226 millones de bolívares. En 1986 en un informe de la OIT encontramos que los gastos por persona en dólares americanos en seguridad social fueron: Panamá 191, Chile 165, Argentina 115, Brasil 90, México 29 y Venezuela 25, pero Canadá y los Estados Unidos ambos estuvieron por encima de 2 000 y en Suecia fue 5 115, Francia 4 027, Alemania 3 814, Italia 1 290 y España 1 133 (16).

Con lo anteriormente señalado queda demostrado que el gasto en atención médica del IVSS está muy por debajo de algunos países latinoamericanos y, en comparación con los países industrializados, lo que empleamos es una proporción mínima.

Masa monetaria y cotización

salarios*	masa monetaria**	porcentaje cotización	total de cotización**
9 a 45	621 461	17,7	109 999
9 a 45	621 461	25,2	156 608
15 a 75	681 442	17,7	120 615
15 a 75	681 442	25,5	167 192

\*en miles, \*\*en millones

Pensiones. En pensiones la situación es distinta, pues Venezuela está, según la clasificación de los países latinoamericanos de Mesa Lago, (10), entre los países intermedios. Esta clasificación se basa en once variables, entre otras la antigüedad del sistema y el porcentaje de la población cubierta. Nos acompañan en ese grupo: Colombia, Costa Rica, México, Paraguay, Perú. Nuestro fondo de pensiones está en la etapa de maduración, por esto la demanda de recursos no ha sido tan alta pero existen razones que nos producen una gran preocupación: a) El fondo de reserva y el de pensiones ha sido gastado en una proporción altísima en atención médica, b) la inflación, y c) el no haber cumplido con el espíritu y la letra de la ley, que ordena mantener el sistema de ingresos e ingresos en equilibrio. En 1993 gastamos 26 821 millones Bs y para 1994, la cancelación fue lenta y con muchos casos rezagados por diversas causas.

Desempleo. En Venezuela recibe el nombre de paro forzoso, pues el primer anteproyecto de ley llevó ese nombre. Nuestro país como miembro de la OIT firmó el convenio 44 en 1934 e incorporó esta contingencia a la ley en 1940, 1967 y entró en vigencia en 1989. Lo pagado al trabajador equivale a 60% del salario cotizado al IVSS, en las últimas 50 semanas. Cubre 18 semanas y puede prolongarse hasta 26. Son atendidos ellos y sus familiares en los hospitales y centros de IVSS. El financiamiento procede 0,5% de los trabajadores y 1,7% de las empresas. Durante el año 1993 fueron atendidos 302 899 trabajadores.

**Futuro del IVSS**

Consideramos urgente elevar moderadamente los aportes y por ello hemos planteado cuatro escenarios. Expondremos el que se acerca más a la proporción actual.

Con el aporte procedente de este aumento debemos acentuar el proceso de descentralización e iniciar un proceso agresivo de afiliación. El crecimiento ha sido entre 1967-93 de 7% por año. La población económicamente activa (PEA) es de 7 519 107, de los cuales están afiliados al IVSS solamente 2 745 606, el 36,2%.

Denominamos **masa monetaria** la suma del total de salarios sujetos a cotización. Si este total fuera facturado y cobrado sería capaz de pagar la inflación y quizá las cinco contrataciones colectivas que vencieron el año 1993. Por ello es necesario mejorar la base de informática y perfeccionar o delegar el sistema de cobranzas.

Hemos pensado que el sistema vigente es muy



costoso, por lo tanto en salud, con el fin de bajar los aportes individuales debemos extender la cobertura del IVSS. Con el aumento del número de afiliados se dispersa la frecuencia de las enfermedades y baja el costo. Como un ejemplo, las pólizas colectivas, en general son más baratas, tienen menos requisitos de admisión y cubren mayores riesgos, pues disminuye la siniestralidad.

En relación al sistema de pensiones consideramos que quienes están en el sistema actual, pueden permanecer en él, siempre que los estudios econométricos y actuariales, den el soporte necesario. Luego, crear otro sistema nuevo basado en el modelo "Swiss Chilapore", que consiste en la combinación de los sistemas suizo, chileno y el de Singapur, tiene dos componentes uno privado y otro público (18).

Ambas proposiciones de cambio tienen que ser calculadas a corto, mediano y largo plazo, empleando el número de variables suficientes que permitan la mayor exactitud.

#### **Condiciones de salud en la región Latinoamericana y del Caribe**

Los países de la región Latinoamericana y del Caribe están sufriendo un gran cambio caracterizado por: aumento de la población y de la urbanización, una tendencia importante hacia una baja de la fertilidad y un aumento de la expectativa de vida. La población se ha doblado en 30 años, entre 1970 y 2000 pasará de 280 millones a 550 millones de habitantes. Durante el mismo período la población urbana se triplicó de 160 millones a 420 millones. Para el año 2000 la población urbana será 76% comparado con lo que era en 1970 de 57%. La proporción de la población menor de 15 años ha disminuido, mientras que la mayor de 65 años está aumentando (13).

Estos cambios han modificado la frecuencia de las enfermedades, motivadas por alteraciones en el estilo de vida: aumento en el consumo del tabaco, del alcohol y de las drogas, malos hábitos alimenticios, ejercicio físico insuficiente, pobreza (46%) y otros. Se ha registrado un aumento de las enfermedades no contagiosas, los accidentes, la violencia, las mentales y las metabólicas. El riesgo de morir de homicidio para individuos del sexo masculino entre 10 y 70 años es superior al de morir por accidentes de tránsito. La primera causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares y luego las neoplásicas, también la diabetes se registra con una frecuencia en ascenso, en otras palabras

está cambiando el perfil epidemiológico (13).

Entre 1975 y 1985, escogiendo cinco grupos de eventos: enfermedades cardiovasculares, cáncer, cerebrovasculares, accidentes y homicidios, se encuentra que todas ellas han aumentado pero, en proporción, fueron las dos primeras las que aumentaron más (13).

**Enfermedades cardiovasculares.** Son la primera causa de muerte en 31 países de la región. Las principales son: la isquemia cardíaca (410-414) (citamos los números que corresponden a la novena clasificación internacional de enfermedades), enfermedades cerebrovasculares (430-438), hipertensión arterial (401-405), fiebre reumática aguda (390-392), enfermedad reumática cardíaca crónica (393-398), que son las principales. Los dos primeros grupos tienen su raíz en el metabolismo y depósito del colesterol. Geográficamente el continente está dividido en ocho grupos, sólo en Norte América descendió y en Centro América aumentó 100%. En 24 países la isquemia miocárdica, comparando las cifras de 1975 con las de 1985, observamos que en los países que tenían la frecuencia más alta, EE.UU. de 113,7 por 100 000 habitantes descendió a 69,9, en cambio en Costa Rica pasó de 36,7 a 52,5. En Venezuela bajó de 58,0 a 55,5. En los mismos países, la enfermedad cerebrovascular fue más alta la mortalidad en Guyana pero bajó de 78,9 a 61,7 y la más baja era Honduras 9,8 pero ascendió a 17,4, en Venezuela bajó de 35,5 a 31,7 todas por cien mil habitantes.

Las enfermedades cerebrovasculares han producido muertes, pero su incidencia por 100 000 habitantes presenta menos diferencias que la isquemia miocárdica. La hipertensión arterial tiene una mortalidad mucho menor que las anteriores aunque su frecuencia y morbilidad son muy altas.

**Enfermedades neoplásicas.** Representan la primera causa de muerte en Chile, Costa Rica y Martinica, la segunda en 18 países, entre los cuales está Venezuela, y está entre las primeras cinco causas en los otros doce países. La mortalidad en el mismo período ha pasado de 14,9 a 16,4%. La tendencia hacia el aumento de este grupo de enfermedades en la región merece una consideración muy seria; la mayoría de ellas son debidas a causas ambientales o cambios del estilo de vida, o sea causas prevenibles. Se estima que 30% de ellas están asociadas al uso del tabaco, el 35% asociada a la dieta o aditivos, y 10% a la conducta sexual o el trabajo. Por este

motivo las neoplasias del estómago, pulmones, mamas y cuello uterino están entre las primeras en la región. El consumo de cigarrillos anual en personas mayores de 15 años ha sido estudiado encontrando que en Cuba es el más alto, 3 920 para 1985 y, el más bajo en Bolivia, 330.

También aumentan en frecuencia, con diferencias entre los distintos países, la diabetes mellitus, la cirrosis hepática, la enfermedad broncoobstructiva crónica, las enfermedades renales y la insuficiencia renal crónica (13).

**Accidentes.** Siguen siendo la principal causa de muerte en niños, adolescentes y adultos jóvenes en los países desarrollados y están en aumento en los países del área. Sólo recientemente se ha considerado que deben ser estudiados desde el punto de vista epidemiológico. Su incidencia está entre 8 y 24 por 100 000 habitantes (13).

**Enfermedades mentales.** Están aumentando, las más frecuentemente registradas son: abuso y dependencia del alcohol, retardo mental, epilepsia, lesiones cerebrales orgánicas, trastornos en el conocimiento, psicosis funcionales, neurosis, cambios de personalidad y drogadicción.

Se acepta que la vejez se inicia a los 60 años, y la proporción aumenta en el mundo y también en la región, y se piensa que hacia el año 2025 puede llegar al 12,7% de la población total (13).

Se insiste cada vez más en el uso de indicadores combinados, en la cual juegan papel importante el desarrollo social y las condiciones de salud. Es el caso de IGDASA (Indicador global de accesibilidad al desarrollo social acumulado). Para citar sólo un ejemplo: los Estados Unidos y Canadá tienen 5, Argentina 4,8, Chile 3,8 y Colombia y Venezuela 3,4. Otro indicador de este tipo sería BRM (Brechas reducibles de mortalidad); se establece comparando las tasas de mortalidad de grupos de edades con las más bajas de la región o de otras regiones del mundo (15).

**Causas de la crisis financiera del IVSS**

El espíritu y la letra de la ley vigente consideran que es obligatorio lograr y mantener el equilibrio económico en el sistema de seguridad social, lo cual está formalmente condicionado al “**Nivel general de salarios de los asegurados**” y “**Variación del costo de vida**”.

Con el fin de precisar la evolución de este importante aspecto desde los inicios del IVSS 1967 obtuvimos de los archivos: a) Los ingresos y egresos,

b) La relación entre ingresos totales y los egresos por atención médica, c) La serie histórica de lo facturado y cobrado, y d) La serie historia de la masa monetaria, o total de la suma de los salarios sujetos a cotización.

1. **Ingresos y egresos totales 1967-94.** En el análisis de esta serie numérica observamos, que solamente en los tres últimos años los egresos totales superaron a los ingresos, y la relación promedio en estos veinte y ocho años es de 1,2575. Es evidente que al no separar los fondos se empleó el dinero de las pensiones en la atención médica (Cuadro 7).

2. **Relación entre ingresos totales y egresos en atención médica 1967-93.** Con el objeto de aclarar dudas logramos determinar que en este lapso la asistencia médica presentó un déficit acumulado de 95 641 397 000 Bs. Cuando se efectuó la hoja de

Cuadro 7  
Ingresos y egresos 67-94

años	ingresos	egresos	relación
1967	707 696	390 563	1,81
1968	729 623	481 275	1,52
1969	812 680	586 592	1,39
1970	843 560	712 474	1,18
1971	942 770	794 691	1,19
1972	10 449 656	917 221	1,14
1973	1 158 582	1 035 677	1,12
1974	2 344 832	1 230 880	1,91
1975	2 138 637	1 136 152	1,88
1976	2 272 048	1 686 644	1,35
1977	2 649 502	21 922 520	1,38
1978	3 140 498	2 124 964	1,48
1979	3 088 568	2 313 291	1,34
1980	4 258 145	3 229 972	1,32
1981	5 050 562	3 849 409	1,31
1982	5 405 134	4 048 650	1,34
1983	5 053 284	4 449 759	1,14
1984	5 281 499	4 373 022	1,21
1985	5 747 112	5 000 203	1,15
1986	6 911 753	6 423 340	1,08
1987	8 374 004	7 541 310	1,11
1988	11 166 409	9 224 311	1,21
1989	15 000 555	14 875 625	1,01
1990	32 209 240	26 986 200	1,19
1991	31 519 802	30 914 051	1,02
1992	59 205 000	74 526 000	0,79*
1993	87 493 000	105 780 000	0,83*
1994	85 229 000	104 688 000	0,81*

Fuentes: Balances Generales del IVSS  
Dirección de Planificación, Programación y Presupuesto  
Departamento de Formulación. \* Estimado.

EL SEGURO SOCIAL

cálculos, incluyendo los intereses sociales anuales que nos suministró el Banco Central, observamos que el fondo de pensiones para 1993 debía tener un capital de 409 568 356 035,98 Bs.

3. Porcentaje de egresos en atención médica del total de ingresos. La ley vigente prevee que para la asistencia médica se use el 35% del total de lo recaudado, pero el promedio de 1967 a 1993 señala un gasto que equivale al 43,68%. Pero, entre 1985 a 1993, éste fue de 52,79%. La inflación y el precio del dólar americano han aumentado los gastos médicos pues la mayoría del material médico-quirúrgico es importado (Cuadro 8).

4. **Monto de las cotizaciones.** Para determinar la cuantía de ellas, obtuvimos del Banco Central el índice de precios al consumidor del área metropolitana, y los salarios anuales promedio de todos

Cuadro 8  
Asistencia médica 67-93

años	balance	intereses	intereses	total
1967	(28 423)	7,5	2 132	(30 555)
1968	(34 196)	7,5	2 561	(67 262)
1969	(85 198)	7,5	6 390	(158 850)
1970	(133 381)	7,5	10 003	(302 234)
1971	(159 102)	7,5	11 933	(473 259)
1972	(142 171)	7,5	10 663	(626 103)
1973	(109 692)	7,5	8 227	(744 022)
1974	3 445	7,5	258	(744 022)
1975	48 065	7,5	3,065	(744 022)
1976	(24 698)	7,5	1 852	(770 572)
1977	89 390	7,5	6 704	(770 572)
1978	169 483	7,5	12 711	(770 572)
1979	89 188	7,5	6 689	(770 572)
1980	15 782	7,5	1 184	(770 572)
1981	(66 836)	7,5	5 013	(842 421)
1982	(60 494)	14	8 469	(911 384)
1983	(256 221)	15	38 433	(1 206 038)
1984	(147 289)	15	22 093	(1 375 968)
1985	(466 535)	15	69 980	(1 911 935)
1986	(1 175 895)	12	141 107	(3 228 937)
1987	(1 095 547)	15	164 332	(4 488 816)
1988	(1 622 061)	15	243 309	(6 354 186)
1989	(3 298 959)	35	1 154 636	(10 807 781)
1990	(7 016 793)	35	2 455 877	(20 280 451)
1991	(7 041 827)	35	2 464 639	(29 786 917)
1992	(20 688 000)	46	9 516 480*	(59 991 397)
1993	(23 000 000)	55	12 650 000*	(95 641 397)

Fuente: Balance General-División de contabilidad. En miles. \* Estimación. Departamento de Formulación. División de Presupuesto.

los venezolanos a precios corrientes de 1968 a 1994. En ambos se calculó el incremento año tras año, por la diferencia entre precios y salarios se determinó el porcentaje que modificaría la tasa de cotización. Este monto se sumó o se restó de la tasa del año precedente, según que la variación porcentual fuera positiva o negativa. El mismo método fue empleado en toda la serie. Entre los años 1969 a 1978 los salarios aumentaron más que los precios, por ello no fue necesario modificar la cotización vigente de 13,5%. De allí en adelante observamos que entre 1979 a 1983 se debió aumentar 2,2646%, en el año 1984 debió sustraerse 0,8081% y entre 1985 a 1990 debió aumentarse 8,6646%, entre 1991 a 1993 restarse 0,7168 y en 1994 el aumento debió ser de 8,6321%.

En 1989 se aumentó la cotización de 13,5 a 17,7%, pero debemos señalar que en este aumento está la implantación del seguro de paro forzoso o desempleo que tomó 2,2% o sea que el aumento real fue de 2%. Comprendemos bien que un incumplimiento de la ley, que genera una diferencia que implica la duplicación de los aportes, para establecer el equilibrio, no es posible efectuarlo sino lentamente. Por este motivo la corrección debe ser gradual y extendida en el tiempo (Cuadro 9).

Cuadro 9  
Aumento de cotizaciones 1967-94

Año	% Interanual aumento salarios	% Interanual aumento precios	aumento tasa	tasa
1969-78				13,5000
1979	10,52	12,31	0,2390	13,7390
1980	16,99	21,56	9,6279	14,3669
1981	10,09	16,04	0,8548	15,2217
1982	1,58	9,68	1,2330	16,4547
1983	(1,58)	6,32	1,2999	17,7546
1984	16,95	12,17	(0,8081)	16,9460
1985	7,68	11,40	0,6374	17,5433
1986	6,66	11,58	0,8631	18,4064
1987	26,14	28,08	0,3571	18,7635
1988	24,22	29,46	0,9832	19,7467
1989	55,33	84,87	5,7147	25,4614
1990	36,34	40,66	1,0901	26,5613
1991	39,56	34,20	(0,4236)	26,1377
1992	36,07	31,43	(0,2128)	25,9249
1993	38,25	38,12	(0,0804)	25,8445
1994	31,84	62,24	8,6321	34,4766

Fuente: Salarios y precios. Estadísticas Socio-Laborales de Venezuela. Banco Central de Venezuela. Series Históricas 1936-1990.

5. **Aumento de las cotizaciones.** Obtuvimos los montos de los salarios sujetos a cotización 1967-94, también el monto que corresponde a los riesgos mínimo, medio y máximo, de los trabajadores cubiertos por el régimen general y el régimen parcial.

Entre 1967-89 la cotización era de 4% por parte de los trabajadores y el 7% las empresas de riesgo mínimo, 8% las de riesgo medio, las de máximo 9%, y para todas, la contribución del Estado era el 1,5% del total de salarios sujetos a cotización lo que daba una cotización de 13,5%. Para el régimen parcial los aportes eran de 2% los trabajadores, 2,75% las empresas y 1,5% el Gobierno, para un total de 6,25%.

Entre 1989-94 la contribución de los trabajadores no se aumentó y siguió siendo 4%, las empresas aumentaron a 9,10 y 11 respectivamente, se añadió 2,2% para el seguro de paro forzoso o desempleo en el cual el 0,5% era de los trabajadores y 1,7% las empresas. Ello da un total promedio de 17,7%. Para el régimen parcial los trabajadores 2%, 4% las empresas y 1,5% el Gobierno, total 7,5%. La suma de estos tres componentes nos da el monto total de las cotizaciones para cada año.

6. **Facturación y cobranzas.** La serie histórica de facturación y cobranzas efectuadas, las comparamos con la meta programática calculada, y las separamos por quinquenios, para observar mejor el monto porcentual.

Encontramos que el mejor período fue de 1974-78 de 86,2% y el peor la del período inmediatamente siguiente, 1979-83, con sólo 70,8%. El promedio de facturación sobre la meta 1967-94 de 91,4% y la cobranza en el mismo lapso de 76,9%. La única información que pudimos obtener de otros países, fue de Alemania, donde la morosidad es de 3% (Cuadro 10).

Cuadro 10  
Facturación y cobranzas

Períodos	Facturación %	Cobranzas %
1967-68	90,5	76,5
1969-73	92,2	80,4
1974-78	93,6	86,2
1979-83	90,0	70,8
1984-88	91,8	74,0
1989-93	95,6	71,2
1994	91,0	76,0
Promedio	91,0	76,4

Fuente : Anuarios Estadísticos IVSS.

**Soluciones.**

Dentro de las recomendaciones generales señalamos como importantes:

1. Extender la seguridad social universalmente y especialmente a los autoempleados y los trabajadores del área rural.
2. Reducir los costos administrativos y de salud.
3. Hacer los estudios de factibilidad para establecer un solo régimen de jubilaciones, para quienes el Estado sea un ente contributivo.

En los llamados seguros a **corto plazo**: atención médica, indemnizaciones temporales y paro forzoso, el capítulo dominante por los costos es salud. Para reordenarla debemos:

- a. Lograr que toda población del país esté cubierta por atención primaria.
- b. Determinar la frecuencia de enfermedades por regiones o estados.
- c. Calcular el costo preventivo y curativo de cada enfermedad.
- d. Determinar el costo de los salarios u honorarios para todo personal del **equipo de salud**.
- e. Con esta base construir un baremo social, y
- f. Permitir que los asegurados sean atendidos por **libre elección**. Cuando ello sea en entes privados (ambulatorio u hospitalizado), el IVSS pagará lo que este acto médico le cueste, y los enfermos cubrirán la diferencia.

Estas premisas nos darán el costo per cápita/año y con ello podemos calcular el costo de una **tarjeta de salud**. En ella deben estar incluidas las enfermedades comunes y profesionales. La tarjeta será suministrada por las entidades como el IVSS, el IPASME o privadas, a quienes para ella contribuyan. Al ser atendido en un hospital u ambulatorio de la red nacional el costo será cancelado por medio de la **tarjeta de salud** u otro instrumento económico.

Para quienes no tengan ingresos suficientes la tarjeta será suministrada por el Estado.

Las llamadas **enfermedades especiales**, que describimos previamente serán parcialmente financiadas por el IVSS y por un **Fondo Estatal de Salud**. Este fondo será nutrido por contribuciones o impuestos especiales.

En los seguros a **largo plazo**: pensiones o sobrevivientes e incapacitados permanentes y asignaciones familiares, la tendencia mundial actual en pensiones es una pensión universal básica y una complementaria, esta última financiada por la

persona misma. En los momentos actuales, tal como señalamos, los fondos han disminuido dramáticamente, y su restitución no es fácil, como tampoco la determinación de quiénes deben hacerlo. Hay necesidad de idear alternativas, por ejemplo: quienes tengan derecho dentro del actual sistema que sigan en él si así lo desean, pero de nuevo surge la pregunta ¿Quién aportará los capitales de cobertura? Como alternativa se debe estudiar un sistema de Capitalización Individual Solidaria. El capital correspondiente a los aportes previos debe ser depositado. En Chile lo hizo el Estado.

Se deben estudiar los mecanismos financieros por medios actuariales y ecométricos para lograr que la pensión marche acorde con el índice de costo de la vida. Debido al progresivo cambio en la expectativa de vida, también se debe estudiar el número de años requerido, la relación laboral, para la obtención de la pensión y se debe considerar el sistema llamado **Swiss-Chilapore**, para estudiar la viabilidad de su aplicación (18).

#### REFERENCIAS

1. Proclamas y discursos del Libertador, Simón Bolívar. Discurso pronunciado por el Libertador, ante el Congreso de Angostura el 15 de febrero de 1819. Caracas: Lit y Tip del Comercio 1939:214.
2. Zúñiga Cisneros M. Seguridad Social y su historia. Madrid: Edi Mediterraneo, 1980.
3. Mazza VE. Bases técnicas, financieras y actuariales de los sistemas de Seguridad Social para profesionales de la República Argentina. Buenos Aires: Estudios de la Seguridad Social, 1993:73-125.
4. SS Juan XXIII Mater et Magistra. Caracas: Ediciones SIC, 1961;27:73-74.
5. Netter F. La Seguridad Social y sus principios. México DF: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1960.
6. Catecismo de Iglesia Católica Santo Domingo, República Dominicana: Librería Juan Pablo II, 1992.
7. San Pablo. Epístola a los Colonenses 13,13. Santa Biblia.
8. Uzcátegui R. Financiamiento de la Seguridad Social Caracas: Premio Ernesto Peitzer, Banco Central de Venezuela, 1975.
9. Schewe D. Soziales Sicherung Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Bonn Alemania:1977.
10. Mesa-Lago C. Social Security in Latin America. Pittsburg: University of Pittsburg Press, 1978.
11. Diez J. Discurso de incorporación a la Academia de Ciencias Políticas y Sociales. Rev Acad Ciencias Políticas y Sociales 1970;41:97-160.
12. Social Security Programs Throughout The World 1993 AISS US Department of Health and Human Services. Social Security Administration Publication. Washington, DC EE.UU.
13. Health conditions in the Americas. Pan American Health Organization 1990-1994 Washington, DC EE.UU.
14. Demographics trends in the European Region WHO. European Series N° 17 Copenhagen, Dinamarca 1984.
15. Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en Salud OMS-OPS Banco Mundial Washington, DC EE.UU. 1993.
16. Oficina Internacional del Trabajo. El costo de la Seguridad Social XIII Encuesta Internacional 1984-1986 Ginebra, Suiza 1992.
17. Anuarios Estadísticos del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales 1970-93.
18. Vittas D, Chilapour Suisse. La voi vers un réformé des pensions ? Etudes et Recherches. Association International de la Sécurité Sociale. Geneve Suiza 1994;34:133-157.
19. Programa Social de la América Latina CEPAL. Comisión Económica para la América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, Chile 1994.

#### AGRADECIMIENTOS

Este trabajo está basado en los estudios elaborados por todo el personal del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales desde el comienzo, y especialmente por la recolección de cifras y su ordenamiento que se efectuaron durante el período comprendido entre mayo de 1993 y marzo de 1995. Recibimos el decidido apoyo de los Presidentes del IVSS, Drs. Gustavo Gabaldon U y Juan V Vera C. y de los compañeros del Consejo Directivo del IVSS. Nos ayudaron los Directores de Planificación y Presupuesto, de Administración, la División de Estadística y la Tesorería. Formamos un equipo de trabajo los Drs. Guillermo Seijas C, Miembro del Consejo Directivo y actualmente Director Técnico de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y José M Hernández V., Actuario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Estas ideas las organizamos con la colaboración de todos nuestros compañeros de trabajo, por lo cual me encuentro inmensamente agradecido.