asistencia médica

Yolanda D´Elía

Capítulo 5

El Fondo de Asistencia Médica (FAM) del IVSS: Situación actual y opciones de reforma

Uno de los componentes de mayor significación dentro de la reforma de la seguridad social es la atención a la salud. El seguro de asistencia médica del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), es el más antiguo del Sistema de los Seguros Sociales, y el que tiene mayor peso dentro de su estructura, programas, recursos físicos y humanos.

El capítulo detalla la situación actual del FAM y analiza sus opciones de reforma.

El Fondo de Asistencia Médica (FAM) del IVSS: Situación actual y opciones de reforma

Situación actual del Fondo de Asistencia Médica (FAM) 89

Funciones y organización del IVSS 89

Cobertura del Fondo Asistencia Médica (FAM) 91

Cobertura legal 91
- Determinantes de la cobertura del FAM 91
- Situación actual de la cobertura de beneficiarios 96

Servicios prestados por el FAM 100
- Cobertura geográfica de la red de establecimientos del FAM 100
- Magnitud y distribución de los recursos humanos del FAM 103
- Los indicadores de rendimiento de servicios del FAM 103

Situación financiera del FAM 106
- Origen de los recursos 106
- Los gastos del FAM 108

Opciones para la reforma del FAM 111

Fundamentos de la reforma 112

Implicaciones de la reforma en el ámbito político-institucional del FAM 113

Implicaciones de la reforma en el ámbito financiero del FAM 114

Implicaciones de la reforma en el ámbito de servicios del FAM 115
- Condicionantes de la reforma propuesta en el Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud 117

Conclusiones 122

La autora

Yolanda D'Elía es socióloga de la Universidad Católica Andrés Bello, con cursos de postgrado en el IESA y la Fundación Escuela de Gerencia Social-ILPES. Se ha desempeñado como consultora de instituciones nacionales: MSDS, PNUD, ILDIS, OCEI, Ministerio de la Familia. Su área de especialización es gestión de políticas, programas y proyectos sociales.

yolandadelia@cantv.net

Uno de los componentes de mayor significación dentro de la reforma de la seguridad social es la atención a la salud. El seguro de asistencia médica del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), es el más antiguo del Sistema de los Seguros Sociales, y el que tiene mayor peso dentro de su estructura, programas, recursos físicos y humanos.

La red de establecimientos de salud del IVSS es la segunda del país. Está compuesta de servicios de carácter esencialmente curativo, de mayor especialización y nivel de complejidad que la red del sistema de salud público dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). La red se concentra en las zonas de mayor desarrollo urbano-industrial con mayor proporción de trabajadores del sector formal, quienes son la principal población contribuyente y beneficiaria. El instrumento financiero del seguro de asistencia médica del IVSS es el Fondo de Asistencia Médica (FAM). En este capítulo denominaremos FAM a todos los componentes que lo integran, a saber: en lo financiero (el Fondo propiamente dicho), en lo institucional (las unidades administrativas correspondientes) y en la prestación de servicios (la red de establecimientos de salud).

El objetivo de este capítulo es doble: (1) detallar la situación actual del FAM, y (2) señalar las características de las opciones de reforma que podrían acometerse en el futuro inmediato. El capítulo se divide en dos grandes secciones. En la primera sección se analiza la situación actual del FAM en los ámbitos institucional, programático y financiero desde el año 1990. Para ello se toma en cuenta la información oficial publicada por el IVSS desde ese año. En la segunda sección se señalan las opciones de reforma del FAM de acuerdo con el marco constitucional y las modificaciones legales que están en discusión.

Situación actual del Fondo de Asistencia Médica (FAM)

A los efectos de precisar la situación actual del FAM, señalaremos, en primer lugar, las funciones y organización general del IVSS. El análisis de la situación actual del FAM se concentrará en los siguientes aspectos: cobertura geográfica y poblacional, prestación de servicios a los beneficiarios, y situación financiera.

Funciones y organización del IVSS

De acuerdo con la Ley del Seguro Social vigente,[1] el IVSS es el organismo público con autonomía y patrimonio propio, adscrito al Ministerio del Trabajo, que dirige y administra el Seguro Social Obligatorio (SSO), el cual funciona en el país desde el año 1940. El SSO está basado en un sistema de contribución compartido entre patronos, trabajadores y el Estado. El seguro otorga a los asegurados y sus familias un conjunto muy amplio de beneficios de protección frente a las contingencias de enfermedad, maternidad, vejez, accidentes, invalidez, muerte, retiro, sobrevivientes, cesantía o paro forzoso.

A objeto de cumplir con sus atribuciones, el IVSS funciona con una compleja estructura organizativa y financiera centralizada (Tabla 1), la cual comprende: un órgano administrativo central con 12 Direcciones Generales y 24 Direcciones de Línea, una red de 110 establecimientos para la atención de salud (hospitales, ambulatorios, unidades de medicina del trabajo y otras unidades asistenciales) y 45 oficinas administrativas (4 Cajas Regionales, 11 sucursales, 15 agencias y 15 sub-agencias) para la recaudación de cotizaciones y el pago de prestaciones en dinero.

Los ingresos y gastos del IVSS se asignan a tres fondos que legalmente deben ser independientes: el Fondo de Asistencia Médica, el Fondo de Pensiones y Prestaciones en Dinero, y el Fondo de Indemnizaciones Diarias. Además, el IVSS recibe aportes del Estado destinados a un cuarto fondo denominado Fondo de Administración, a través del cual se cancelan los gastos de las unidades administrativas del organismo y la instalación de nuevos establecimientos de servicios. Cada tipo de prestación (salud, pensiones, indemnizaciones) tiene establecida una tarifa de cotización fijada por reglamento.

Los patronos están obligados a inscribirse en la caja regional, sucursal o agencia del IVSS que se encuentre en su jurisdicción y, ante esta dependencia, presentar la nómina de sus trabajadores con sus datos respectivos y salarios devengados (Registro Patronal de Asegurados). El IVSS conoce sobre la iniciación o extinción de empresas a través de los organismos públicos que lleven el control de registro de negocios o empresas. No obstante, cualquier trabajador que tenga patrono se considera asegurado así no haya sido inscrito

1
Gaceta Oficial Nº 4.322 Extraordinaria del 3 de Octubre de 1991, que reforma los Artículos 1,2,3,5 y 11 de la Ley del Seguro Social. La Ley del Seguro Social fue aprobada en 1966.

Tabla 1. Estructura Orgánica del Sistema de Seguridad Social (Ley del Seguro Social 1991 y Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social de 1999)

Unidades	Conformación	Atribuciones
Consejo Nacional de Seguridad Social	Organo asesor y consultivo del Ejecutivo Nacional, compuesto por el Ministerio del Trabajo, Ministerio de Finanzas, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Ministerio de Infraestructura y Ministerio de Planificación y Desarrollo, y por representantes de trabajadores y empresarios según los mecanismos de representatividad de sus asociaciones.	• Definir lineamientos estratégicos de la política. • Asesorar al Ejecutivo Nacional. • Velar por cumplimiento de la ley y leyes de los subsistemas. • Ayudar en coordinación de organismos públicos y privados. • Proponer normas relativas a la ley. • Presentar planes de seguimiento de programas. • Proponer creación de nuevos subsistemas.
Junta Directiva del IVSS	Conformada por 3 miembros más el Presidente del IVSS quien la preside, postulados por el Consejo Nacional de Seguridad Social y designados por el Presidente de la República.	Es un órgano de dirección creado con el fin de conocer, orientar y dictar normas en relación con la organización y funcionamiento del organismo en todas las atribuciones que le competen.
Equipo Directivo del IVSS	Presidente del IVSS, elegido por el Ministerio del Trabajo. Direcciones Generales: • Dirección Afiliación y Prestaciones en Dinero • Dirección de Recursos Humanos • Dirección del Seguro de Paro Forzoso • Dirección de Administración • Dirección de Adquisición y Suministros • Dirección de Salud	Cumplir la ley, el reglamento, disposiciones del Ejecutivo y resoluciones del Consejo Directivo. Ejerce la dirección suprema de las oficinas del IVSS. Presentar el proyecto de presupuesto de ingresos y egresos del IVSS.
Cajas Regionales	Están a cargo de un Jefe y funciona con una Junta Asesora con carácter ad-honorem, compuesta por un representante del Colegio Médico de la localidad, uno de los Patronos y uno de los Trabajadores.	Existen 4 Cajas Regionales en todo el país ubicadas en Caracas, Maracaibo, Puerto Ordaz y Valencia y tienen plenas funciones de recepción, clasificación, análisis, decisión y trámite de pago. Del IVSS dependen Sucursales y Agencias que tramitan solicitudes y documentos para ser enviados a Caracas. Las sucursales pueden efectuar pagos.
Comisión de Inversiones	Compuesta de 15 miembros: 5 del Ejecutivo, 5 de patronos, y 5 de los asegurados. Son miembros natos el Ministro del Trabajo, el Ministro de Finanzas y el Presidente del Banco Central de Venezuela. Tiene carácter ad-honorem y se reúne 2 veces al año.	Elaborar el reglamento de inversiones y vigilar su cumplimiento. Determinar monto, oportunidad y distribución de las inversiones. Conocer Memoria y Cuenta del IVSS e Informe Anual de Contraloría. Hacer seguimiento del Plan de Inversiones.

por éste en el IVSS. Para el año 2000, estaban inscritas en el IVSS un total de 238.348 empresas y 2.199.722 trabajadores. El 98% de estas empresas y el 61% de los trabajadores, pertenecían al sector privado.

Los asegurados y sus familiares directos reciben las prestaciones en los sitios donde sean inscritos por el IVSS, de acuerdo con su lugar de residencia. Para tener el derecho a pensiones u otras prestaciones en dinero, es condición haber realizado un determinado número de cotizaciones semanales, pero en el caso de la atención médica, el asegurado y sus familiares tienen derecho a gozar de los servicios desde el mismo momento en que es registrado, a no ser que en el lugar de residencia no existan establecimientos de salud del IVSS. En esta situación el asegurado tiene una cotización menor al resto de los asegurados. El IVSS utiliza una clasificación denominando a esto último Régimen Parcial, mientras que al goce completo de prestaciones que ofrece el seguro se denomina Régimen General.

El SSO protege, mediante afiliación obligatoria, a todos aquellos trabajadores que mantienen relación de dependencia con un patrono en cualquier parte del país, estén empleados en empresas privadas o instituciones públicas. También incluye a los trabajadores informales de microempresas

y los trabajadores a domicilio, domésticos, temporeros y ocasionales donde exista un contrato o relación de trabajo establecido, y a quienes, habiendo sostenido en un tiempo determinado una relación de subordinación, se encuentran en situación de retiro temporal o definitivo del trabajo, sea por causa de vejez, maternidad, enfermedad, incapacidad o cesantía.

El resto de los trabajadores no dependientes o aquellos que se definen como trabajadores por cuenta propia dentro del sector informal de la economía, pueden afiliarse de manera voluntaria, asumiendo la contribución del patrono bajo un régimen especial denominado Seguro Social Facultativo (SSF). Dentro de este régimen también pueden asegurarse las mujeres no trabajadoras cuando se presente la maternidad. Tanto en el seguro obligatorio como en el facultativo, las prestaciones de asistencia médica se extienden a los familiares directos o calificados de los asegurados.

Cobertura del Fondo Asistencia Médica (FAM)

Para el análisis de la cobertura del FAM distinguiremos tres aspectos, a saber: cobertura legal, factores determinantes, y situación actual.

Cobertura legal

La cobertura legal del seguro de asistencia médica es más restringida que la cobertura total del sistema. Esto se debe a que las prestaciones de salud sólo se otorgan en aquellos lugares donde existan establecimientos asistenciales del IVSS. Los trabajadores con derecho a estas prestaciones son los asegurados en el régimen general. Dentro de este régimen, las personas legalmente beneficiarias son:

- Los asegurados contribuyentes.
- Los pensionados por vejez, invalidez y quienes reciben pensión de sobreviviente.
- Los familiares calificados de los asegurados y pensionados:
- La esposa o concubina del asegurado hombre.
- El esposo de la asegurada, sólo si presenta invalidez permanente.
- Los hijos solteros, legítimos y reconocidos y hermanos huérfanos de padre y madre, todos hasta 18 años.
- La madre del asegurado (a) o pensionado (a).
- El padre del asegurado (a) o pensionado (a), sólo si presenta invalidez permanente.
- Los pensionados por invalidez temporal y sus familiares, mientras duren las prestaciones en dinero.
- Los cesantes beneficiarios del Seguro de Paro Forzoso y sus familiares, mientras persista la situación de desempleo.

Las prestaciones de asistencia médica de los trabajadores del sector público fueron establecidas en la Ley del Seguro Social aprobada en 1966 (Artículo 4 de la ley de 1966, artículo 3 de la ley vigente). La aplicación de este seguro se realizaría cuando el Ejecutivo lo considerara conveniente. Sin embargo, la incorporación de los trabajadores del sector público al SSO no se realizó sistemáticamente. Probablemente como consecuencia de esta circunstancia, las instituciones del sector público crearon sistemas propios para la atención médica a través de la conformación de organismos de previsión social, como es el caso del personal docente de escuelas y universidades nacionales, o por la contratación de pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM) a compañías aseguradoras privadas. Los miembros de las Fuerzas Armadas se encuentran protegidos por un sistema de seguridad social regido por ley especial.

Determinantes de la cobertura del FAM

La cobertura de beneficiarios del Fondo de Asistencia Médica (FAM) está determinada, al menos, por tres factores: (1) la situación del mercado laboral, (2) el acceso a la red de servicios de salud del IVSS y (3) la calidad de la asistencia médica. Cada uno de estos factores configura una forma particular forma de exclusión de la población beneficiaria.

La situación del mercado laboral

Si se toma en cuenta la evolución del mercado laboral venezolano, la cobertura del sistema de seguros sociales ha disminuido considerablemente en las últimas décadas, lo cual afecta de manera directa y definitiva su esquema de sostenimiento y viabilidad económica y financiera. El mercado de trabajo formal, en el que se encuentra la población principalmente cubierta por el sistema, se ha reducido de manera significativa, siguiendo un patrón que parece adquirir forma recurrente en el tiempo, por lo cual se excluye a casi el 50% de la población trabajadora y cerca del 80% de la población en edad de retiro. De acuerdo con cifras de 1999, solamente el 17% de la fuerza de

trabajo venezolana puede considerarse trabajadores asalariados "formales" públicos o privados.

El considerable aumento de los trabajadores informales ha sido uno de los principales factores de exclusión del sistema, a quienes no puede aplicarse uno de sus principios fundamentales: la concurrencia de empleadores y trabajadores en el esfuerzo económico de proveer de protección a los segundos para enfrentar contingencias que puedan restar o hacer perder su fuente de ingresos (enfermedad, accidentes, incapacidad o invalidez, maternidad o vejez). Queda por lo tanto a estos trabajadores asumir por su propia cuenta este esfuerzo, sea en el mismo sistema, en el sector privado o acudir a los sistemas asistenciales provistos por el Estado. En un estudio de Cartaya (1993) se estimó que 62% de la población ocupada se encuentra excluida de este sistema, lo cual se debía a que no se encontraban en categorías de trabajadores obligatoriamente cubiertos por la ley.

El esquema de afiliación y condiciones para el otorgamiento de beneficios crea también formas de exclusión que afecta a los trabajadores dependientes con mayores debilidades de inserción en el mercado de trabajo formal y que tienen una mayor propensión hacia la inestabilidad y el desempleo, menos capacidad de contribución y mayores carencias. Si comparamos el número de trabajadores formales registrados en las estadísticas de mercado de trabajo, y el número de asegurados, encontraremos que aproximadamente el 25% de los trabajadores legalmente protegidos no están asegurados. De acuerdo con Cartaya (1993) la mayor parte de los trabajadores formales que se encuentran fuera de cobertura pertenecen al sector privado, representando los obreros una proporción alta. Esta situación se manifiesta con mayor énfasis en el comercio, la construcción, los servicios personales y el transporte (Cartaya 1993).

Las razones que explican la situación anterior se pueden resumir en tres factores:

• **La evasión**: se trata de las prácticas evasivas de las empresas en las que recae principalmente la responsabilidad de la afiliación y la contribución mediante el "sistema nómina" y frente a lo cual el IVSS y otros organismos competentes del Estado no tienen suficiente capacidad de control. Los instrumentos de afiliación y recaudación del IVSS presentan retrasos y dificultades en su funcionamiento, lo que hace mucho más difícil detectar y cuantificar la evasión. Por otro lado, es preciso tomar en cuenta factores relacionados con la calidad y pertinencia de las prestaciones que otorga el IVSS, lo cual desestimula al propio trabajador y a la empresa en cumplir sus obligaciones con el Seguro Social.

• **La recomposición del mercado de trabajo:** corresponde con la tendencia de precarización, flexibilización y desregulación del mercado de trabajo venezolano, como sucede en muchos países de América Latina, haciendo que la mayoría de los empleos del sector formal sean de baja productividad, alta movilidad e inestabilidad, bajos salarios y escasa presencia de organizaciones sindicales o gremiales. Apenas un 12,5% de los trabajadores formales están afiliados a este tipo de organizaciones.

• **El desempleo:** se trata de la persistencia de un contexto de recesión económica que se manifiesta en la eliminación de puestos de empleo. Para 1999 el desempleo alcanzó la más alta tasa (15,3%) en las últimas décadas. En el grupo de los desocupados se consideran cesantes el 91%.[2] El IVSS prevé protección para el trabajador frente a esta contingencia por medio del Seguro de Paro Forzoso, sin embargo su cobertura es mínima si se compara con la cantidad de cesantes actuales, la cual equivale a menos del 10% de éstos. Las restricciones económicas y el desempleo afecta fundamentalmente a las mujeres y los jóvenes quienes representan una proporción considerable de los nuevos contingentes de población económicamente activa que se incorporan a la fuerza de trabajo.

El conjunto de estos factores ocasiona que la exclusión incida más en los trabajadores más pobres, quienes tienen mayor representación en categorías no cubiertas legalmente por el sistema de seguros sociales (trabajadores agrícolas, trabajadores por cuenta propia no profesionales). En el caso de los trabajadores dependientes con derecho a estar afiliados, las barreras de entrada al mercado de trabajo los colocan en puestos laborales más precarios y con mayores dificultades para organizarse y reclamar sus derechos. En un estudio realizado con datos de la Encuesta Social 1992[3] se pudo apreciar que sólo 1 de cada 10 trabajadores pobres disfrutaba de seguridad social y de otros beneficios de protección a través del vínculo laboral (Cartaya 1993).

2 Cifras de la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI). Encuesta de Hogares por Muestreo. Primer Semestre de 1999.

3 La Encuesta Social de 1992 fue elaborada por el Ministerio de la Familia e implementada por la Oficina Central de Estadística e Informática. Su estructura para ese año fue especialmente diseñada para levantar información sobre el tema de seguridad social.

Los mecanismos de protección del sistema profundizan la segmentación y desequilibrios del mercado de trabajo, y no benefician a quienes más lo necesitan. En conclusión, el sistema actual de seguros sociales ampara a los grupos de trabajadores que se encuentran mejor protegidos laboral y socialmente. Son los que frecuentemente acceden a empleos estables, gozan de otros sistemas de aseguramiento y beneficios por vía de contratación colectiva y los que poseen mayor capacidad de organización y presión para ejercer sus derechos.

Visto desde la perspectiva del mercado de trabajo, el sistema de seguros sociales y fundamentalmente su componente de asistencia médica, tenían como lógica proteger el empleo formal y ayudar en su expansión. Tanto para trabajadores como para empresas, el seguro médico por vía contributiva representaba un atractivo para avanzar hacia un escenario de creciente formalización de la economía. Por el contrario, ante un contexto recesivo, de precarización del empleo e informalización, el seguro agrega más dificultades al esfuerzo de mantener un empleo formal en la economía.

El acceso a la red de establecimientos de salud

La cobertura de asistencia médica del IVSS tiene un gran determinante de carácter geográfico. El régimen parcial, que comprende el derecho sólo a las prestaciones en dinero, se aplica en todo el territorio, contando para ello con oficinas administrativas en cada estado. En cambio, el régimen general, que comprende además de las prestaciones en dinero, el acceso a servicios de atención médica, se aplica únicamente en aquellas partes del territorio donde existen establecimientos de salud del IVSS.

Es por esta razón que el número de trabajadores cotizantes a la asistencia médica es menor al total de trabajadores contribuyentes al sistema. Los asegurados al Régimen General representan el 86% del total de asegurados al SSO. En promedio, de cada 10 asegurados al sistema, solamente 8 contribuyen al seguro de asistencia médica. Los estados Apure, Barinas, Cojedes, Guárico, Mérida, Monagas y Yaracuy sólo tienen establecimientos de tipo ambulatorio, y los estados Sucre, Amazonas y Delta Amacuro no cuentan con ninguna infraestructura de salud del IVSS. Por el contrario, una gran proporción de unidades de atención médica del FAM se localizan en el Distrito Federal y los estados Bolívar, Zulia, Miranda y Carabobo, en los cuales se concentra el 61% de los establecimientos.

El IVSS fue creado en un momento en el cual la red asistencial del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS, ahora MSDS) no tenía capacidad para cubrir las demandas de salud de los trabajadores. Sin embargo, al paso de los años el sistema sanitario dependiente del MSAS aumentó su tamaño de manera considerable, teniendo hoy día una red de más de 4.000 establecimientos de salud en todos los estados del país. Desde 1990 los hospitales y ambulatorios de esta red se han transferido hacia los Gobiernos Estadales, habiendo descentralizado en el presente la prestación de estos servicios a 17 de los 24 estados que componen el territorio nacional. El IVSS tiene 116 establecimientos, repartidos en 20 estados del país, reservándose dentro de un esquema de organización centralizado la función de prestación de servicios.

En un escenario completamente distinto al que existía cuando fue creado, mantener una estructura de funcionamiento aislada del resto, desaprovecha las ventajas de los recursos de la red sanitaria pública –más extendida- o del sector privado en aquellos lugares desprovistos, lo cual se ha convertido en una gran limitación para extender la cobertura de beneficiarios, en fuente de altos costos y en desequilibrios de acceso entre la población asegurada, y entre la población contribuyente y no contribuyente. De hecho, en algunos estados y zonas del país, el IVSS ha suscrito convenios de prestación con hospitales de la red sanitaria o con clínicas privadas con el fin de atenuar las dificultades de acceso para aquellos asegurados que no tienen a disposición todos los beneficios de prestación que se otorgan al resto de los afiliados. Sin embargo, la prestación sigue siendo directa y centralizada por el IVSS.

Actualmente el seguro de asistencia médica del IVSS coexiste con una amplia multiplicidad de otros sistemas y subsistemas de protección a la salud (Tabla 2). Esto provoca un enorme desperdicio de recursos en materia de salud para el Estado. Además de la red sanitaria del MSDS y la red del FAM, existe un mosaico de subsistemas con distintas modalidades de aseguramiento que han adoptado los organismos, universidades y empresas del sector público, no cubiertas legal-

Tabla 2 **Sistemas de protección a la salud en Venezuela**

	Sistemas Públicos (Financiamiento Fiscal)
Sistema Sanitario Público	Regido por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), cubre a toda la población del país. Se compone de 4.278 Ambulatorios, 83.2% de los cuales son Ambulatorios Rurales Tipo I y II, y 192 Hospitales. De éstos, el 53.6% son Hospitales Generales Tipo I y 24.5% Hospitales Generales Tipo II y III. Esta red de servicios es de gestión descentralizada en 17 de las 24 entidades federales del país, prestados por las Gobernaciones Estadales, a través de Direcciones de Salud o Institutos Autónomos de Salud.
Servicio Autónomo de Elaboraciones Farmacéuticas SEFAR-SUMED	Adscrito al MSDS, es el sistema encargado de elaborar y suministrar medicamentos y ortos insumos a los establecimientos del sistema sanitario público en todo el territorio.
Servicios de Asistencia Médica de Gobernaciones y Alcaldías	Regidos por los Gobiernos Locales, cubre a la población dentro de los respectivos territorios, mediante una red de establecimientos propios (hospitales y centros ambulatorios), así como de ayudas para la compra de medicinas y productos farmacéuticos.
Instituto Nacional de Geriatría y Gerontología (INAGER)	Organismo adscrito al MSDS dirigido a los ancianos de escasos recursos económicos, y comprende servicios de atención médica y ayuda económica para la compra de medicinas.
	Sistemas Públicos Contributivos (contribuciones de trabajadores y del Estado como patrón)
Instituto de Previsión y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME)	Financiado por vía fiscal y contribución de los trabajadores, cubre al personal que labora en el sector público educativo. Cuenta con servicios médicos y odontológicos propios.
Dirección General Sectorial de Sanidad de las Fuerzas Armadas y el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA)	Adscritos al Ministerio de la Defensa son los encargados de garantizar protección integral de la salud al personal militar y sus familiares. Cuenta para ello con su propia red de establecimientos de salud (centros ambulatorios y hospitales) pero también puede recurrir a la contratación de Pólizas HCM. Sus prestaciones cubren: atención ambulatoria y hospitalaria, enfermería, servicios auxiliares (laboratorios, radiología y otros), odontología, suministro de medicinas y productos farmacéuticos, prótesis y servicio a domicilio.
Institutos y Fundaciones de Previsión y Asistencia Social de organismos del Gobierno y Universidades públicas y privadas	Son institutos y fundaciones creadas con el fin de prestar asistencia social y médica a grupos particulares de trabajadores, fundamentalmente del sector público. No existe información sobre el número exacto de estas instituciones y la composición de sus prestaciones, pero pueden destacarse el Instituto de Previsión Social de la Policía Metropolitana y el del Cuerpo de Policía Técnica Judicial (PTJ), o los institutos de las principales universidades públicas del país.
Pólizas Colectivas HCM y Servicios de Asistencia Médica por Contratación Colectiva en Instituciones, Empresas y Universidades del Sector Público	Financiado por vía fiscal y contribución de trabajadores, que frecuentemente aparece como beneficios de la contratación colectiva entre los trabajadores fijos de instituciones del sector público. Los servicios son variables pero en promedio comprende: • Servicio médicos y odontológicos gratuitos. • Servicios médicos especializados con pago. • Descuentos en Medicinas. • Pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM). • Ayudas para la compra de medicinas y otros como productos ortopédicos, lentes y prótesis.

Tabla 2 (cont) Sistemas de protección a la salud en Venezuela

Sistema de Seguros Sociales (Contribuciones obligatorias de patronos y trabajadores y aporte fiscal)	
Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)	Financiado mediante contribuciones de patronos y trabajadores, comprende servicios de atención médica prestados por una red de 33 hospitales y 83 ambulatorios a los afiliados: trabajadores asalariados, pensionados, cesantes y sus familiares calificados. Comprende una gama amplia de programas y servicios, en su mayoría de nivel especializado, que los afiliados pueden recibir en el mismo momento que son inscritos en el sistema por los patronos. El Estado aporta un porcentaje de la contribución para gastos del ente administrativo (IVSS) y la construcción de primeros establecimientos, en caso de ampliar la cobertura de atención.
Sistemas Contributivos Patronales (Contribuciones de patronos y trabajadores)	
Pólizas Colectivas HCM en Empresas del Sector Privado.	Financiado por vía de recursos patronales y contribución de trabajadores, comprende la contratación de pólizas colectivas de hospitalización, cirugía y maternidad, además de las cotizaciones por servicios médicos del SSO. En empresas grandes también puede incluir servicios médicos prestados dentro del mismo establecimiento y pago de servicios especializados cuando se trata de accidentes laborales.
Sistemas con financiamiento privado	
Sistemas No Convencionales Solidarios	Financiado con recursos particulares, comprende una red de servicios de salud a costos por debajo del mercado, que incluye: medicina familiar, medicina especializada, métodos exploratorios, intervenciones quirúrgicas menores, laboratorio y farmacias.
Servicios Pre-Pagados	Financiado con recursos particulares de cada persona o familia, puede comprender emergencias médicas especializadas para adultos y niños; servicios de medicina pre-hospitalaria y ambulancias.
Seguros Privados	Financiado con recursos particulares de cada persona o familia, mediante la compra de pólizas de seguro en hospitalización, cirugía y maternidad.

mente por el SSO hasta años recientes, financiadas por el Estado en su calidad de patrón (Institutos de Previsión Social, pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad con compañías aseguradoras privadas, servicios médicos). Del lado privado, los empresarios y trabajadores, fundamentalmente las grandes empresas, han incluido progresivamente beneficios médicos en la contratación colectiva, paralelamente al pago obligatorio del Seguro Social. Esta última situación ha sido consecuencia de problemas de acceso a los establecimientos del IVSS o bien porque éstos no prestan una atención adecuada y oportuna.

La calidad de los servicios del FAM

La calidad de los servicios de salud del IVSS, entendiéndola como categoría global donde se incluye la capacidad de ofrecer una atención adecuada y oportuna en cualquier establecimiento de salud, representa otro factor que influye de manera determinante tanto en la cobertura de beneficiarios como en la legitimidad del sistema. En general, la red de servicios del IVSS ha presentado un importante deterioro en las últimas décadas, al igual que el conjunto de los servicios de salud de carácter público. La razón que lo explica es el insuficiente financiamiento y una organización de servicios donde predomina la fragmentación, el clientelismo, la ineficiencia en el uso de los recursos y un esquema de atención que dista mucho del comportamiento de los problemas de salud de la población venezolana.

La red de salud del IVSS fue desarrollándose dentro de parámetros de cierta especialización y complejidad, concibiéndose como una atención esencialmente curativa. En cambio, el sistema sanitario público se perfiló como una red de carácter preventivo, compuesta en su mayoría por establecimientos de primer nivel de atención que "teóricamente" sólo cuentan con lo más básico (el 83.2% de los establecimientos de la red sanitaria pública son Ambulatorios Rurales Tipo I y II). Pero se sabe que la norma de clasificación de estos centros de salud dictada en la década de los años 40 está hoy plenamente superada por la realidad. En la práctica, los establecimientos del sistema sanitario han cambiado progresivamente su perfil, mejorando y ampliando su infraestructura, incluyendo nuevos servicios, reorganizando sus ta-

reas y funciones, y contando con equipos de mayor nivel de complejidad y tecnología, con el fin de enfrentar los nuevos problemas de salud, en una sociedad donde más del 80% vive en zonas urbanas.[4] De cualquier manera, ambas redes han ido disminuyendo su calidad de la atención. Aunque no existen estudios sobre el uso de los servicios del IVSS ni de la red sanitaria pública, existen evidencias de que la demanda por servicios de salud en estas dos redes ha caído de manera importante en las últimas décadas. Una primera evidencia reportada por los mismos órganos prestadores son las bajas coberturas de los programas de atención que se ejecutan a través de la red ambulatoria. En su defecto, la demanda se ha desplazado hacia los grandes centros hospitalarios, donde se concentran más del 70% de los recursos financieros asignados en el presente al presupuesto de salud, tanto del MSDS como del IVSS. La asistencia masiva a hospitales hace ineficiente el sistema, al utilizar capacidades e infraestructura de alta complejidad y costo para atender casos que no lo requieren. El peso financiero de los hospitales y las dificultades para contener su uso de manera inadecuada ha sido uno de los mayores problemas de orden financiero del sistema de salud en su conjunto.

Otra evidencia de la pérdida de calidad de las redes de salud del IVSS y del MSDS, es el rápido desplazamiento del gasto en salud hacia la provisión de atención médica en el sector privado. A falta de atención oportuna y de insumos en el sistema público, el gasto de la población en atención privada, incluyendo empresas e instituciones, ha aumentado en forma significativa en los últimos años, lo que se estima alcanza un porcentaje similar al gasto total del Gobierno Central en el sector (Gráfico 1). El aumento vertiginoso de este rubro en los hogares venezolanos es síntoma de que el gasto público en salud es claramente insuficiente para atender la demanda y que, debido a ello, existe una creciente cantidad de usuarios insatisfechos.

Situación actual de la cobertura de beneficiarios

La cobertura de beneficiarios[5] del SSO[6] creció de manera considerable en un primer período de expansión que va desde su fundación en 1968 hasta comienzos de la década de los ochenta en 1981, al pasar de 11% a 35% de la población total. Después de este período la tasa de cobertura fue decreciente, manteniéndose entre un 34% y 38% para el período comprendido entre 1982 y 1989. Debido a que en 1990 se introdujeron las prestaciones en dinero para beneficiarios de paro forzoso y sus familiares, la tasa de cobertura aumentó en los años 1990, 1991 y 1994, alcanzando 47% (Gráfico 2). Sin embargo, este especial crecimiento no logra sostenerse. A partir de 1995 la cobertura decrece hasta alcanzar 34% entre los años 1999 y 2000.

Mientras que la cobertura de beneficiarios mide el grado de expansión que ha tenido el sistema durante su existencia hacia diversas categorías de población: los trabajadores, los ancianos y los desempleados; la relación entre el número de asegurados cotizantes y la población trabajadora, permite observar el nivel de sostenimiento del sistema. En este sentido, el comportamiento de la cobertura del SSO respecto a potenciales asegurados o contribuyentes provenientes de la población económicamente activa o en edad de trabajar, indica que desde la década de los ochenta el sistema se ha mantenido estancado con tendencia a decrecer. Para el año 2000 la cobertura de la PEA es prácticamente la misma que la alcanzada por el sistema en 1969.

En los últimos años, un poco más del 60% de los trabajadores se han empleado en puestos de trabajo de carácter dependiente o subordinado, siendo el sector privado el mayor empleador absorbiendo el 74% del empleo formal. No obstante, la proporción de los que se encuentran trabajando de forma independiente ha experimentado un crecimiento mayor que en el empleo dependiente.

Para el año 2000, 3 millones 500 mil trabajadores en la categoría de trabajadores independientes no estaban cubiertos legalmente por el Seguro Social Obligatorio, aunque podían asegurarse por medio del Seguro Social Facultativo (Tabla 3). A estos se suman los 2 millones 900 mil trabajadores que pese a estar obligatoriamente protegidos, no se encuentran afiliados (58% de los empleados subordinados). En el año 2000 la cifra de trabajadores cubiertos que no cotizaban al seguro de asistencia médica (régimen parcial) era 351.000 (16% del total de asegurados). En total existen 6.600.000 trabajadores no amparados por el SSO. Esto significa que un 76% de la población ocupada se encuentra excluida de los beneficios del sistema. Además, el sistema sólo cubre al 32.5% de la población en edad de retiro (65 años y más) y

4
Entre las políticas destinadas a cambiar el perfil de atención de la red ambulatoria del sistema sanitario público, cabe destacar el desarrollo a partir de 1990 de una estrategia de apoyo al aumento de cobertura de la atención primaria mediante el suministro de complementos nutricionales para la madre y el niño (fundamentalmente leche), y la dotación masiva de equipos de cierta tecnología en estos establecimientos, la cual se detuvo definitivamente en 1998 debido a la gran cantidad de problemas relacionados con su implementación. Más recientemente, a partir de iniciativas de algunos Gobiernos Estadales (Aragua, Lara y Carabobo) se han definido nuevas políticas orientadas hacia la elevación del nivel de resolución de los establecimientos de primer nivel, abriendo nuevos servicios, suministrando equipamiento e insumos y cambiando funciones, tareas y horarios dentro de la organización habitual del trabajo, lo que hoy en día implica nuevas normas de clasificación de servicios y modelos diferentes de planificar la prestación de las redes.

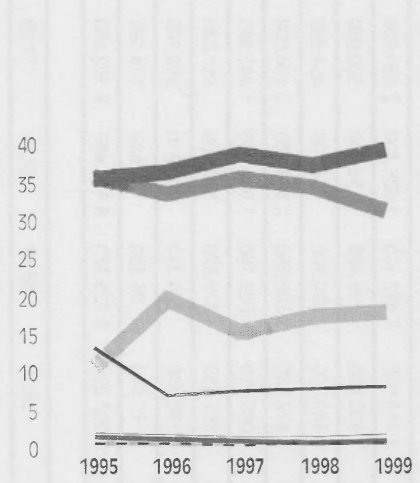
5
El número efectivo de beneficiarios se desconoce. Este cálculo se basa en la multiplicación del número de asegurados, pensionados y beneficiarios de paro forzoso por un factor fijo que representa el promedio de familiares que cada tipo de beneficiario podría incorporar y que solamente pueden disfrutar de atención médica, de acuerdo con el comportamiento demográfico del país. Para asegurados y beneficiarios de paro forzoso el factor es 2,5 y para pensionados se tomó como factor un 2,0.

6
Asegurados + Pensionados + Beneficiarios de Paro Forzoso + Familiares de todos estos.

Gráfico 1

Nivel de gasto en salud por fuentes de financiamiento

(1995-1999)



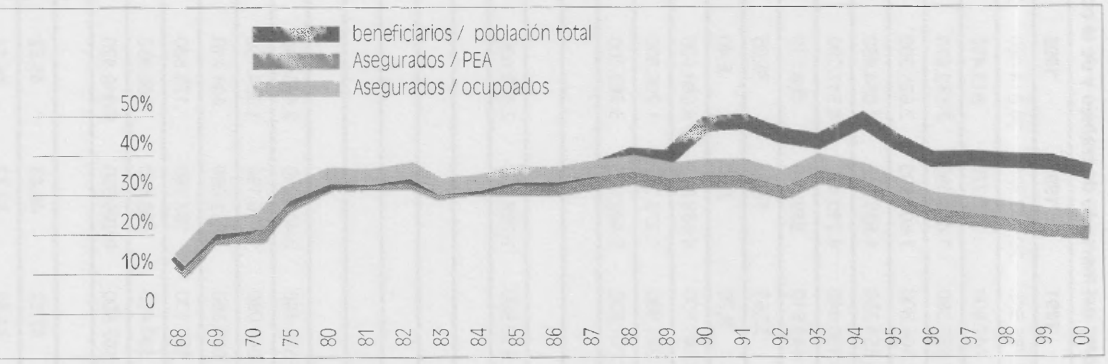
	1995	1996	1997	1998	1999
Privado	33,53	36,23	38,64	37,21	39,14
Gobierno central	35,89	33,46	35,44	34,46	31,18
IVSS	10,72	19,67	15,32	17,19	17,95
Estados	13,26	6,9	7,39	7,78	8,12
Aportes IVSS y HCM	2,11	1,63	1,46	1,43	1,84
Municipios	0,49	0,47	0,46	0,75	0,55
FFAA	1,49	1,08	0,85	0,70	0,74
IPASME	0,5	0,56	0,43	0,47	0,49

Fuente: Curcio (s/f)

Gráfico 2

Evolución cobertura del SSO

(1968-2000)

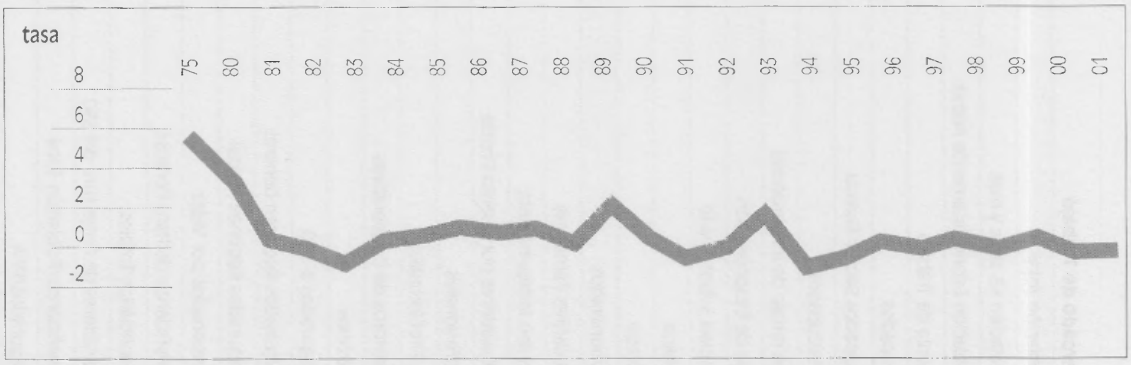


Fuente: IVSS. Anuarios estadísticos (varios años).

Gráfico 3

Cobertura de beneficiarios de FAM

(1975-2000)



Fuente: IVSS. Anuarios estadísticos (varios años).

Tabla 3. Indicadores del mercado de trabajo y de la cobertura del SSO

Mercado de Trabajo	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Población Total	19.325.220	19.786.500	20.248.820	20.814.080	21.177.150	21.644.200	22.311.090	22.777.150	23.242.430	23.706.710	24.896.380
Población 65 años y más	710.870	742.600	777.270	813.450	850.410	887.240	923.800	960.630	929.700	948.270	995.860
Población Económicamente Activa	7.143.910	7.355.580	7.481.490	7.532.670	7.953.850	8.104.530	9.024.630	9.324.550	9.687.210	9.839.010	10.225.310
Fuerza de Trabajo	7.196.600	7.466.800	7.601.800	7.625.200	7.952.700	8.609.700	9.024.600	9.507.100	9.898.830	10.174.760	9.898.230
Ocupados	6.407.050	6.654.550	6.855.940	7.034.830	7.246.380	7.383.660	7.902.510	8.494.720	8.816.200	8.741.650	8.682.360
Ocupados Sector Formal	3.963.400	4.150.440	4.290.430	4.317.280	4.000.000	4.177.670	4.529.720	4.884.460	4.161.020	4.172.740	4.161.020
Desocupados	748.450	649.610	539.730	488.010	675.980	878.090	1.121.760	1.012.510	1.082.630	1.483.360	1.215.570
Porcentaje de Informalidad	38,14	37,63	37,42	38,63	44,80	43,42	42,68	42,50	49,57	51,99	52,40
Tasa de Desocupación	10,40	8,70	7,10	6,40	8,50	10,20	12,43	10,65	12,28	15,30	14,00
Empleo Subordinado	4.238.200	4.545.100	4.638.800	4.688.900	4.486.000	4.742.300	4.593.400	4.741.800	5.349.600	5.262.700	5.160.900
Público	1.265.700	1.293.800	1.275.200	1.206.800	1.191.900	1.357.700	1.353.500	1.440.400	1.395.400	1.319.800	1.352.800
Privado	2.972.500	3.251.300	3.448.900	3.482.100	3.294.100	3.384.600	3.388.400	3.891.600	3.954.200	3.942.900	3.808.100
Remunerados					3.294.100	3.389.900	3.388.400	3.891.600	3.831.200	3.758.000	3.649.900
Ayudantes Familiares					111.000	94.600	105.800	68.700	123.000	184.900	158.240
Empleo Independiente	2.037.600	2.118.900	2.208.300	2.318.600	2.688.300	2.892.000	3.054.900	3.094.100	3.466.700	3.479.000	3.521.700
Trabajadores por Cuenta Propia					2.208.400	2.390.500	2.564.800	2.570.000	2.925.100	2.924.700	2.978.700
Profesionales					73.000	73.500	151.800	107.900	119.900	104.700	111.420
No Profesionales					213.530	2.316.900	2.413.000	2.462.100	2.805.300	2.820.000	2.867.200
Miembros de Cooperativas					7.290	54.120	100.300	93.300	96.900	100.000	102.550
Patronos					473.540	437.500	389.700	430.300	444.700	454.300	440.510
Asegurados al SSO	2.481.600	2.524.440	2.448.280	2.645.840	264.257	2.427.010	2.372.580	2.388.550	2.364.360	2.194.000	2.199.720
Asegurados Régimen General	1.802.950	1.866.080	1.756.190	1.954.130	2.259.290	2.087.220	2.005.150	2.009.180	1.986.160	1.842.960	1.847.760
Asegurados Régimen Parcial	628.650	658.360	692.090	691.710	383.280	339.790	367.430	379.370	378.200	351.040	351.960
Pensionados por Vejez	ND	152.170	167.160	175.680	178.890	186.120	198.940	204.270	207.210	292.100	323.970
Beneficiarios de Paro Forzoso	408.070	390.460	368.370	166.930	207.550	130.630	71.360	93.390	92.610	174.580	75.310 (1)
Beneficiarios Totales	9.073.450	9.362.800	8.995.650	9.016.320	993.462	9.050.270	8.607.220	8.728.370	8.648.490	8.792.430	8.575.520
Indicadores de Cobertura del SSO											
Beneficiarios/Población Total	46,95	47,32	44,43	43,32	46,91	41,81	38,58	38,32	37,21	37,09	34,44
Asegurados/PEA	34,04	34,32	32,72	35,12	33,22	29,95	26,29	25,62	24,41	22,30	21,51
Asegurados/Subordinados	57,37	55,54	52,78	56,43	58,91	51,18	51,65	50,37	44,20	41,69	42,62
Emp.Independientes/											
Fuerza de Trabajo	28,31	28,38	29,05	30,41	33,80	33,59	33,85	32,55	39,32	39,80	40,56
Emp.TCP No P./Emp.Ind.				79,43	80,11	78,99	79,57	80,92	81,06	81,42	
Pensionados/Población 65 años y más	17,78	20,49	21,51	21,60	21,04	20,98	21,53	21,26	22,29	30,80	32,53
Beneficiarios de Paro Forzoso/Desocupados	54,52	60,11	68,25	34,21	30,70	14,88	6,36	9,22	8,55	11,77	6,20 (1)

Fuente: Indicadores de la Fuerza de Trabajo (OCEI); Memoria y Cuenta IVSS (varios años).
(1) Solamente incluye los beneficiarios de Paro Forzoso hasta el mes de junio del año 2000. (2): ND: no disponible.

Tabla 4. Indicadores de cobertura del FAM (1990-2000)

Población Beneficiaria FAM (Miles)	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Total Asegurados	2.431.600	2.524.440	2.448.280	2.645.840	2.642.570	2.427.010	2.372.580	2.388.550	2.364.360	2.194.000	2.199.720
Asegurados Régimen General	1.802.950	1.866.080	1.756.190	1.954.130	2.259.290	2.087.220	2.005.150	2.009.180	1.986.160	1.842.960	1.847.760
Familiares de Asegurados	4.507.380	4.665.200	4.390.480	4.885.330	5.648.230	5.218.050	5.012.880	5.022.950	4.965.400	4.607.400	4.619.410
Pensionados	235.410	268.850	289.200	300.300	305.800	316.000	324.000	330.000	331.530	460.000	497.600
Familiares de Pensionados	470.820	537.700	578.400	600.600	611.600	632.000	648.000	660.000	663.060	920.000	995.200
Beneficiarios Paro Forzoso	408.070	390.460	368.370	166.930	207.550	130.630	71.360	93.390	92.610	174.580	230.000
Familiares de Benef. Al Paro Forzoso	1.020.180	976.150	920.930	417.330	518.880	326.580	178.400	233.480	231.530	436.450	575.000
Total de Beneficiarios del FAM (1)	8.444.800	8.704.440	8.303.560	8.324.610	9.551.340	8.710.480	8.239.790	8.349.000	8.270.290	8.441.390	8.764.980
Asegurados Régimen General/PEA (%)	59,16	58,79	53,12	48,07	45,44	40,71	37,74	36,53	34,90	31,31	30,34
Asegurados Régimen General/Ocupados (%)	62,56	63,03	56,58	51,37	48,17	43,47	40,70	40,72	40,22	36,09	34,24
Beneficiarios del FAM/Población Total (%)	43,70	43,99	41,01	40,00	45,10	40,24	36,93	36,66	35,58	35,61	33,03
Asegurados Reg. Gral./Asegurados (%)	74,15	73,92	71,73	73,86	85,50	86,00	84,51	84,12	84,00	84,00	84,00
Beneficiarios FAM/ Contribuyentes FAM (%)	4,68	4,66	4,73	4,26	4,23	4,17	4,11	4,16	4,16	4,58	4,74

Fuente: Indicadores de Fuerza de Trabajo (OCEI). Memoria y Cuenta IVSS (varios años).

(1) El total de familiares de las categorías legalmente protegidas se obtiene al multiplicar cada una por 2,5 personas, exceptuando a los pensionados en el cual se utilizó un factor de multiplicación de 2.

un poco más del 20% de los trabajadores cesantes. La población beneficiaria de asistencia médica tuvo su mayor auge en la década de los setenta, período en el cual alcanzó su mayor tasa de crecimiento. A partir de los ochenta, y coincidiendo con una severa crisis económica en el país, el aumento de la cobertura del seguro médico descendió abruptamente para permanecer relativamente estancada desde entonces, con fuertes caídas en 1983, 1989, 1992 y 1995 (Gráfico 3).

La cobertura de contribuyentes para asistencia médica ha sido influenciada por la reducción de la cobertura del sistema global. A pesar que en estos años el mercado de trabajo creció, el seguro médico no logró captar mayor cantidad de trabajadores contribuyentes. Esta situación se agrava en la década de los noventa cuando aumenta considerablemente las tasas de informalidad y desocupación. En el período 1990-2000 la cobertura de asegurados contribuyentes al FAM disminuyó en 45%, pasando de 62,5% a 34,2% sobre el total de población ocupada (Tabla 4). La cobertura de beneficiarios del FAM tuvo su mayor crecimiento en 1994, representando el 45% de la población total del país. A partir de 1995 desciende de manera constante y en mayor ritmo que la cobertura de los beneficiarios totales del sistema, llegando a su más bajo porcentaje en el 2000 con un 33% de la población total.

Sin embargo, mientras se observa una contracción del número de asegurados legalmente contribuyentes, las categorías de beneficiarios han aumentado. Cada asegurado cotiza legalmente por seguro médico en beneficio de casi 5 personas, entre los que se incluyen los asegurados, sus familiares directos, los pensionados y sus familiares, así como los beneficiarios del seguro de paro forzoso y también sus familiares. En la práctica, la población beneficiaria es un poco mayor porque existe una población que es atendida en los establecimientos de salud del FAM sin cotizar al sistema. Durante los últimos años, los establecimientos de salud del FAM han atendido en proporción cada vez mayor a población no asegurada, y en consecuencia no contribuyente. La cuantificación de esta población sólo se observa a través de las estadísticas de salud establecidas como cortesías médicas. En 1999 el número de cortesías médicas otorgadas a la población no asegurada en ambulatorios del FAM, se calculaba en

626.504 consultas, es decir cerca de un 8,5% del total realizado en el año. Este porcentaje aumentó a 20% para servicios de emergencia. Otras cifras indican que el 25% del gasto de hospitales se destina a la atención de población no cubierta por el seguro social.

En el año 2000 el Ejecutivo Nacional dictó la medida de eliminar la condición de asegurado para recibir atención en los establecimientos de salud del FAM. Esta medida se tomó previendo la unificación de la red de servicios del FAM con la del sistema sanitario público, dentro de un sistema único y universal de salud, tal como se estableció en la Constitución Nacional de 1999. En tal sentido, la base de sostenimiento financiero del sistema se ha ido socavando con la reducción progresiva de la población contribuyente, el mantenimiento de los mismos beneficios y el aumento de las categorías de beneficiarios, sin realizar ningún ajuste por la vía del aumento de los ingresos o por la vía de la restricción de los gastos.

Servicios prestados por el FAM

En el Régimen General, los trabajadores asegurados, pensionados, beneficiarios del paro forzoso y los familiares calificados, están amparados por un seguro de asistencia médica de amplia cobertura. Esta atención se presta a través de servicios médicos permanentes y solamente puede solicitarse en aquellos sitios del país donde existan establecimientos del IVSS, aunque también pueden realizarse contratos con terceros.

El 28% de las unidades asistenciales son hospitales cuyos servicios cubren desde consultas externas de medicina general, hospitalización y cirugía hasta los más complejos servicios de emergencia y atención de accidentes graves. Los ambulatorios representan el 72% de las unidades asistenciales y atienden consultas así como casos graves. Entre sus servicios se encuentran: consulta externa, servicios auxiliares como farmacia, enfermería y laboratorio.

El conjunto de prestaciones de salud que pueden solicitarse a través del seguro de asistencia médica del IVSS comprende: consultas médicas (Medicina General, Especialidades y Pediatría), consultas de emergencia, consultas odontológicas, servicios de laboratorio, radiodiagnóstico, farmacia, cirugía y hospitalización (incluye transplantes de riñón, transplantes de médula ósea), atención obstétrica, banco de sangre, programas especiales (diálisis para enfermos renales, drogas antineoplásicas, atención de pacientes con hemofilia, suministro de marcapasos y prótesis, atención de enfermos diabéticos, atención de personas que viven con el VIH, programa para pacientes con trastornos del crecimiento, prevención y seguridad laboral). También incluye los servicios prestados en 23 clínicas psiquiátricas y 33 clínicas geriátricas, así como en el Centro de Rehabilitación para Trabajadores Víctimas de Accidentes en el Hospital Pérez Carreño y la atención a niños con necesidades especiales en 26 colegios de educación especial.

Estas prestaciones no están sujetas a períodos previos de cotizaciones, a diferencia del resto de las prestaciones, y cubren el tratamiento de cualquier tipo de enfermedad o variación de enfermedades durante el período de otorgamiento del beneficio. El goce de este seguro tiene una duración de 52 semanas consecutivas para los trabajadores afiliados (1 año y 1 mes) y de 26 semanas para los pensionados (6 meses y medio). Al terminar este período se requieren al menos 16 semanas más de cotización (4 meses) para volver a recuperar el derecho de atención, o 26 semanas en el caso de los familiares calificados, y de por lo menos 8 (2 meses) si se trata de una enfermedad nueva en ambos casos. Sin embargo, bajo prescripción médica los enfermos que hayan cubierto el período reglamentario pueden continuar recibiendo atención hasta su recuperación.

El seguro también cubre la asistencia médica durante el embarazo de la asegurada, la pensionada y la cónyuge o concubina del trabajador asegurado, una vez diagnosticado clínicamente por los servicios pertenecientes al IVSS, así como los servicios de asistencia obstétrica y cuidados postnatales. A continuación presentaremos en secuencia los aspectos más relevantes de la cobertura geográfica del FAM, la magnitud y distribución de los recursos humanos, y los indicadores de rendimiento de los servicios.

Cobertura geográfica de la red de establecimientos del FAM

El FAM cuenta con 33 hospitales y 83 ambulatorios en 20 de los 24 estados del país (Tabla 5). En cuanto a infraestructura hospitalaria disponible, existen 6 hospitales de alta complejidad y gran tamaño Tipo IV (más de 500 camas en promedio) y 17

Tabla 5. Distribución de establecimientos de salud y oficinas administrativas del IVSS por Estado (1999)

Estados	Oficinas Administ.	Hospitales					Ambulatorios				Total Unidades
		I	II	III	IV	Total	I	II	III	Total	
Distrito Federal	3	-	1	4	1	6	7	7	7	21	27
Anzoátegui	3	-	-	2	-	2	-	3	-	3	5
Amazonas	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aragua	3	-	-	2	-	2	1	1	2	4	6
Apure	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1
Barinas	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1
Bolivar	3	1	-	2	1	4	-	7	-	7	11
Carabobo	3	-	-	1	1	2	4	5	1	10	12
Cojedes	1	-	-	-	-	-	2	-	-	2	2
D. Amacuro	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Falcón	2	1	2	1	-	4	-	-	1	1	5
Guárico	3	-	-	-	-	-	1	1	-	2	2
Lara	2	1	-	-	1	2	1	-	1	2	4
Mérida	1	-	-	-	-	-	-	2	-	2	2
Miranda	3	-	2	-	1	3	-	5	2	7	10
Monagas	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1
N. Esparta	1	-	-	1	-	1	-	1	-	1	2
Portuguesa	2	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1
Sucre	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Táchira	2	-	-	1	-	1	2	2	-	4	5
Trujillo	2	1	-	-	1	2	2	1	-	3	5
Yaracuy	1	-	-	-	-	-	2	1	-	3	3
Zulia	3	-	-	3	-	3	1	5	2	8	11
TOTAL	45	4	6	17	6	33	23	44	16	83	116

Fuente: Memoria y Cuenta del IVSS.

Tabla 6. Distribución de establecimientos, camas y personal del IVSS por estado (1999)

Estados	Habs.	Asegurados	N° Hosp.	N° Amb.	Total	Aseg X Unidad	Camas	% Ocupación (1998)	Camas X 100 Aseg	Camas X Unidad	RH	AsegxRH
Distrito Federal	2.369.775	539.351	6	21	27	19.975	1.874	42,54	0,35	312	8.896	61
Anzoátegui	1.170.911	70.849	2	3	5	14.169	409	28,85	0,58	205	1.694	42
Aragua	1.523.527	118.001	2	4	6	19.667	513	35,09	0,43	257	2.351	50
Apure	478.717	9.656		1	1	9.656					59	164
Barinas	599.301	15.574		1	1	15.574					120	130
Bolívar	1.334.130	119.826	4	7	11	10.893	775	78,28	0,65	194	3.419	35
Carabobo	2.162.121	160.150	2	10	12	13.345	622	15,85	0,39	311	3.083	52
Cojedes	269.159	15.406		2	2	7.703					103	150
Falcón	773.615	45.895	4	1	5	9.179	348	39,59	0,76	87	1.830	25
Guárico	657.213	21.244		2	2	10.622					120	177
Lara	1.631.148	80.934	2	2	4	20.233	240	39,34	0,30	120	1.455	56
Mérida	770.994	26.103		2	2	13.051					133	196
Miranda	2.692.702	319.193	3	7	10	31.919	904	58.00	0,28	301	4.927	65
Monagas	618.122	21.852		1	1	21.852					125	175
N. Esparta	390.062	26.283	1	1	2	13.141	304	73,09	1,16	304	1.210	22
Portuguesa	852.447	29.683	1		1	29.683	100	ND	0,34	100	393	76
Táchira	1.064.965	46.675	1	4	5	9.335	200	53,68	0,43	200	965	48
Trujillo	610.947	25.431	2	3	5	5.086	420	38,32	1,65	210	1.374	19
Yaracuy	534.304	1.956		3	3	652					41	48
Zulia	3.295.460	153.690	3	8	11	13.971	622	34,19	0,40	207	3.407	45
TOTAL	**23.799.620**	**1.847.760**	**33**	**83**	**116**	**15.928**	**7.331**	**48,38**	**0,40**	**222**	**35.705**	**52**

Fuente: Memoria y Cuenta. IVSS. Proyecciones de Población OCEI, 2000.

Nota: Los Estados Sucre, Amazonas y Delta Amacuro no aparecen porque en ellos no funcionan establecimientos de salud del IVSS.

de mediana complejidad Tipo III (entre 300 y 400 camas en promedio). Asimismo, el FAM cuenta con 16 Ambulatorios Tipo III que prestan servicios esencialmente curativos de cierta complejidad.

La cobertura geográfica es bastante desigual. El estado con mayor número de establecimientos de salud es el Distrito Federal que cuenta con 6 hospitales y 21 ambulatorios, además de los estados Bolívar, Carabobo, Miranda y Zulia. Estos 5 estados concentran el 61% de los establecimientos existentes, el 54% de los hospitales y el 64% de los ambulatorios. En los estados Táchira, Trujillo, Falcón, Aragua y Anzoátegui, funcionan entre 4 y 5 establecimientos; en Apure, Barinas, Cojedes, Guárico, Mérida, Monagas, Nueva Esparta, Portuguesa y Yaracuy existen menos de 4; y en Sucre, Delta Amacuro y Amazonas, no existe ninguno.

La conformación de la red de establecimientos del FAM presenta un patrón variable. Aparentemente se respeta la lógica según la cual la red de ambulatorios debería ser más extendida que la de hospitales, asumiendo que la mayor parte de la demanda de salud se resuelve mediante la asistencia médica básica. En los estados Aragua, Bolívar, Miranda y Zulia la relación entre ambulatorios y hospitales es de 2 a 1; en el Distrito Federal, Carabobo y Táchira es de 4 a 1. Sin embargo, en el estado Falcón la lógica funciona a la inversa, es decir, existen más hospitales que ambulatorios (1 ambulatorio para 4 hospitales), y en muchos otras entidades como Lara, Nueva Esparta y Trujillo la relación es casi paritaria (1 ambulatorio por cada hospital). Por otra parte, en 7 estados del país sólo existen ambulatorios, lo cual rompe con las premisas de la regla mencionada.

El número y tipo de establecimiento de salud en cada lugar del país parece seguir un comportamiento relacionado con la cantidad de trabajadores asegurados (Tabla 6). Aunque no se encontraron normas establecidas al respecto, es posible observar que por cada establecimiento hay un rango aproximado de 10.000 a 19.000 trabajadores; y que en aquellos estados con una cantidad inferior a 20.000 asegurados, no funcionan hospitales. Si bien ésta parece ser la norma, existen desproporciones en algunas entidades. En los estados Nueva Esparta, Falcón y Trujillo, el número de asegurados no parece justificar la cantidad de camas y recursos humanos disponibles. En proporción al número de sus asegurados, estas 3 entidades son las mejores dotadas de todo el país. Tampoco es justificable que en estados como Carabobo, el porcentaje de ocupación diario de sus camas hospitalarias sea de apenas el 15%, siendo uno de los 5 estados con mayor cantidad de trabajadores asegurados. Probablemente esto se deba a que también es la segunda entidad con mayor número de ambulatorios del FAM, en adición a sus hospitales.

Magnitud y distribución de los recursos humanos del FAM

En 1997 el IVSS registraba en su nómina 42.261 trabajadores (Tabla 7), pero en un estudio realizado por el Ministerio del Trabajo para 1998 el total de cargos activos del IVSS ascendía a 53.607, existiendo además para el mismo año 67.499 personas en situación de jubilación. El 84% de este personal cumple funciones asistenciales en la red de establecimientos de atención médica (hospitales y ambulatorios), mientras que el 15% ejerce labores administrativas en los propios servicios o en unidades que tienen ese carácter. Debido a que la cobertura de atención sigue un patrón geográfico, el personal asistencial es mayor en aquellas entidades con mayor cantidad de establecimientos de salud, tales como Distrito Federal, Carabobo, Miranda, Bolívar y Zulia. Al igual que con los establecimientos, en estas cinco entidades prestan sus labores el 60% del personal asistencial total, y particularmente en las tres primeras, el personal asistencial tiene mayor peso sobre el administrativo.

La categoría de personal asistencial comprende, además de los profesionales dedicados a la prestación directa de atención médica, las categorías de personal de apoyo administrativo y obreros (Tabla 8). En este último grupo se incluye al personal de enfermería y otro personal similar. Los obreros y personal de apoyo representan más del 60% de la nómina, mientras que los médicos, los odontólogos, los bioanalistas y los farmacéuticos suman el 18.7% del total de cargos asistenciales.

Los indicadores de rendimiento de servicios del FAM

No cabe duda que el FAM produce una importante cantidad y variedad de servicios. Se estima que para el año 2000 se realizaban más de 8 millones de consultas en los ambulatorios del FAM, de las cuales el 30% fueron emergencias (Tabla 9). El 20% de los pacientes atendidos en estas emergen-

Tabla 7. Cantidad y Distribución de Recursos Humanos por Estado (1997)

Entidades	Unidades Asistenciales	Personal Administrativo	Personal Asistencial	Total	% Asistencial	Asistencial por unidad	Administrativo por unidad	Asistenciales/ Administrativo
Distrito Federal	27	1252	8896	10148	87,66	24,92	19,10	7,11
Anzoátegui	5	373	1694	2067	81,95	4,74	5,69	4,54
Aragua	6	473	2351	2824	83,25	6,58	7,21	4,97
Apure	1	14	59	73	80,82	0,17	0,21	4,21
Barinas	1	39	120	159	75,47	0,34	0,59	3,08
Bolivar	11	766	3419	4185	81,70	9,58	11,68	4,46
Carabobo	12	512	3083	3595	85,76	8,63	7,81	6,02
Cojedes	2	31	103	134	76,87	0,29	0,47	3,32
Falcón	5	350	1830	2180	83,94	5,13	5,34	5,23
Guárico	2	35	120	155	77,42	0,34	0,53	3,43
Lara	4	305	1455	1760	82,67	4,08	4,65	4,77
Mérida	2	45	133	178	74,72	0,37	0,69	2,96
Miranda	10	766	4927	5693	86,54	13,80	11,68	6,43
Monagas	1	39	125	164	76,22	0,35	0,59	3,21
N. Esparta	2	265	1210	1475	82,03	3,39	4,04	4,57
Portuguesa	1	66	393	459	85,62	1,10	1,01	5,95
Táchira	5	204	965	1169	82,55	2,70	3,11	4,73
Trujillo	5	291	1374	1665	82,52	3,85	4,44	4,72
Yaracuy	3	19	41	60	68,33	0,11	0,29	2,16
Zulia	11	711	3407	4118	82,73	9,54	10,85	4,79
TOTAL	**116**	**6556**	**35705**	**42261**	**84,49**	**100,00**	**100,00**	**5,45**

Fuente: Plan de Transición del IVSS (Ministerio del Trabajo, 1998)

Tabla 8. Cargos del IVSS (1997)

Cargos	Cargos Asistenciales	Cargos otras Dependencias	Total Cargos	%
Obreros	17.139	3.360	20.499	38,24
Apoyo Administrativo	7.694	5.910	13.604	25,38
Profesionales No Médicos	5.746	2.270	8.650	16,14
Médicos	8.016	-	8.016	14,95
Odontólogos	944	-	944	1,76
Bioanalistas	929	-	929	1,73
No Clasificados	100	-	602	1,12
Farmacéuticos	182	-	182	0,34
De Alto Nivel	0	181	181	0,34
Total Activos	40.750	11.721	53.607	100,00
Total Jubilados			67.499	
TOTAL			**121.106**	

Fuente: Plan de Transición del Régimen Vigente al Nuevo Sistema de Seguridad Social. (Ministerio del Trabajo, 1998).

Tabla 9. Evolución de indicadores de atención ambulatoria y hospitalaria (Años seleccionados: 1996,1999 y 2000)

	1996	1999	2000
Atención Ambulatoria			
Total de Consultas	5.317.928	6.672.500	8.191.465
Médicas	3.107.459	6.119.466	5.042.736
Cortesías Médicas	2.73%	10.24%	4.22%
Emergencias	1.409.282	2.006.211	2.483.657
Cortesías Emergencias	20.55%	20.62%	20.81%
Odontológicas	426.665	563.034	665.072
Pacientes de Laboratorio	1.625.806	2.298.494	2.500.000
Pacientes de Rayos X	269.371	471.120	600.000
Servicio de Farmacia (Récipes)	2.596.347	7.250.550	7.400.000
Atención Hospitalaria			
Camas en funcionamiento	4.611	5.685	
Egresos de Hospitalización	139.016	178.465	
Intervenciones Mayores	48.248	69.584	
Atención Obstétrica (partos y césareas)	47.395	56.822	
Porcentaje de Ocupación	61,59	55,47	
Promedio de Días de Estancia Hospitalaria	5,52	6,08	
Promedio de Personas Hospitalizadas por Día	2.129,91	3.119,74	
Indice de Rendimiento Paciente-Cama-Año	30,15	31,39	

Fuente: IVSS. Record de Estadísticas Médico-Asistenciales.

cias eran no asegurados, es decir, unas 500.000 personas. Asimismo, mediante la atención ambulatoria, se prescribieron 7 millones de récipes y a cerca de 600.000 personas se le realizaron estudios radiodiagnósticos. En los hospitales se practicaron 69.000 intervenciones mayores y 56.000 partos y cesáreas. Sin embargo, el rendimiento hospitalario no es óptimo. En estos establecimientos se utiliza solamente el 50% del total de camas de hospitalización disponibles[7], obteniendo un rendimiento muy bajo de pacientes tratados por cama al año (aproximadamente 31 pacientes por cama al año).

También debe señalarse que el año 2000 los programas especiales atendieron a 2.026 pacientes con VIH-SIDA, 4.174 pacientes por hemodiálisis en centros y unidades en el hogar, 1.600 enfermos con cáncer, 115 pacientes con trastornos de crecimiento, 2.750 niños especiales en 26 colegios educativos y 138.407 que reciben fisioterapia, además de los 2.698 médicos becados en internados, residencias y cursos de post-grado.

El bajo rendimiento de los hospitales es indicativo de problemas relacionados con la gestión y calidad de los servicios. Largas colas de espera, una gran cantidad de pacientes atendidos por vía de las emergencias, falta de insumos médicos, ausencias del personal y otras más, son dificultades típicas de los establecimientos de salud, que comparten los establecimientos del IVSS y la red del sistema sanitario nacional. Esto hace que la contribución del trabajador al seguro médico del IVSS no haga mucha diferencia respecto a los servicios que presta el sistema público, a no ser el acceso a beneficios que éste último no puede cubrir a plenitud con el escaso presupuesto disponible (tratamientos y medicinas para enfermos crónicos, servicios e insumos de rehabilitación, educación especial, y otros).

7
En el sistema sanitario nacional el porcentaje de ocupación de camas alcanza el 69%.

Situación financiera del FAM

Origen de los recursos

En teoría, el FAM obtiene la mayoría de sus recursos de los ingresos provenientes de cotizaciones. Estos ingresos se completan con aportes del fisco nacional, inversiones y transferencias de otros fondos del sistema (pensiones y seguro de paro forzoso). Para el año 1997, último año que se pudo obtener para este trabajo, el IVSS facturó por concepto de seguro de asistencia médica a las empresas que tiene registradas, un monto cercano a los 75 mil millardos de bolívares, recibiendo efectivamente el 82,75% de estos aportes.

Las diferencias entre facturación y recaudación muestran las dificultades que tienen los sistemas de registro, control y supervisión del IVSS, y el frágil equilibrio presupuestario que ha confrontado el FAM. En algunos años se ha dejado de percibir más de un 30%, y hasta un 40%, de las cotizaciones facturadas (Tabla 10).

El IVSS recauda las cotizaciones de patronos y trabajadores asegurados, las cuales se fijan por Ley y Reglamento como un porcentaje fijo del salario efectivo que se devengue mensualmente[8] hasta un salario tope. Estas cotizaciones pueden ser modificadas de acuerdo con los análisis que realice el IVSS sobre la situación financiera del organismo. Según el mecanismo de recaudación establecido, las cotizaciones de los trabajadores son retenidas automáticamente por el sistema de nómina.

Las contribuciones son canceladas en forma mensual junto con la cuota del patrono. De haber atraso o evasión en el pago de cotizaciones, el IVSS puede cobrar intereses de mora fijados por ley en 1% mensual. Dado que las contribuciones tienen carácter obligatorio, únicamente existe la posibilidad de suspensión del servicio para el Seguro Social Facultativo en caso de falta de pago.[9] El patrono está obligado a dar aviso de todo cambio o variación del salario de sus trabajadores, distinto al registrado, o puede ser el propio asegurado quien lo notifique. El total de cotizaciones varía de acuerdo con un sistema de clasificación por nivel de riesgo de las empresas (Tabla 11).

8
Cuotas mensuales, quincenales o diarias más comisiones, primas, sobresueldos, horas extras, bonificación del trabajo nocturno o prestación en especie.

9
Se suspende la asistencia médica cuando se adeuda un mes de cotizaciones y de todos los servicios cuando han transcurrido seis meses sin pago de contribución.

Tabla 10

Porcentaje de recaudación por cotizaciones del FAM

Años	Facturación	Recaudación	% Recaudación
1990	10468,30	7868,32	75,16
1991	10116,19	9264,93	91,59
1992	18148,00	15771,43	86,90
1993	25892,96	17693,61	68,33
1994	43775,61	30412,10	69,47
1995	47510,38	39856,08	83,89
1996	46114,59	28012,14	60,74
1997	74959,79	62028,18	82,75

Fuente: IVSS. Memoria y Cuenta. Varios Años. Ingresos por cotizaciones

Tabla 11. Tasas de cotización según clasificación de empresas por niveles de riesgo

Categorías	Definición de Empresas según Riesgo	Patrono	Asegurado	Total
Riesgo Mínimo	Empresas que no usen fuerza motriz, instituciones docentes, fábricas de helado, medias, ropa, sobres, velas y sastrería.	11%	4%	15%
Riesgo Medio	Empresas no incluidas en otra clase.	12%	4%	16%
Riesgo Máximo	Empresas que usen fuerza motriz de alto riego: hornos, aserraderos, astilleros, caleta y estriba, canteras, construcción de carreteras, edificios, vías férreas y obras de envergadura, demoliciones, explotación petrolera, transporte, explosivos y sustancias inflamables, fundiciones, metales y herrería, mataderos y productos de la carne, minas, armaduras, torres, tanques y maquinar a pesada, rayos x , material radioactivo y bacteriológico.	13%	4%	17%

Nota: Los asegurados que no reciben atención médica cotizan el 2%.

Las cotizaciones están sujetas a un conjunto de restricciones:

• La ley vigente señala que la suma de los porcentajes de cotización para la prestación de servicios de atención médica y los pagos de indemnizaciones diarias no pueden superar el 7,25% de los salarios sujetos a cotización.

• El cálculo de cotizaciones se hace colocando un techo o tope salarial de contribución según el cual los salarios superiores a este límite pagan contribuciones iguales.[10] El tope que rige actualmente es de 5 salarios mínimos urbanos vigentes mensuales[11], y el salario mínimo legal está fijado actualmente en 158.400 Bs. mensuales, lo que equivale entonces a un tope máximo de 792.000 Bolívares. Se ha señalado que esta forma de cálculo crea desequilibrios dentro del sistema contributivo. Los trabajadores con menores posibilidades de contribución son los que más aportan al sistema. Asimismo, las empresas con mayor cantidad de trabajadores y mayores riesgos son los que cargan con el mayor peso contributivo. Estas son además las que menos pueden utilizar prácticas evasivas.

Cada rama de seguro tiene una tarifa o tasa diferente de contribución, calculada como porcentaje del salario (Tabla 12): para el seguro de pensión y prestaciones en dinero la tasa es de 6.75%, para el seguro de asistencia médica es de 6.25%, para el seguro de indemnizaciones diarias es de 1% y para el seguro de paro forzoso es de 2.10%. Según esta distribución, el FAM recibe el 35% de los ingresos por concepto de cotizaciones, mientras que el Fondo de Pensiones recibe el 38%. Con base en la suma porcentual de estas tasas de contribución, el trabajador cotiza el 25% (con excepción de pensiones en las cuales sólo coloca el 12.5%) y el empleador entre el 73% y 75% del monto, dependiendo de la clasificación de riesgo de la empresa.

Al respecto, cabe destacar que las variaciones de cotización aplicadas al sistema en su conjunto de acuerdo con una clasificación de las empresas por nivel de riesgo, se reflejan únicamente en los porcentajes de cotización para el ramo de pensiones y prestaciones en dinero. Para cualquier nivel de riesgo, la proporción de contribución para la asistencia médica es la misma (Tabla 13).

Aportes del Fisco Nacional

El FAM recibe subvenciones anuales del Fisco Nacional destinadas a gastos administrativos del IVSS para el pago de personal, materiales y suministros, servicios, mantenimiento y adquisición de maquinarias y equipos, así como para los pagos iniciales de establecimiento de equipos. Todas estas subvenciones no pueden ser menores al 1.5% de los salarios cotizados. Además, a través del Fisco Nacional se financia la construcción de nuevos edificios y locales destinados a la prestación de servicios médicos y administrativos. Si existiese sobrante de los aportes recibidos del fisco, estos deberán estar destinados por ley a las reservas para gastos de primer establecimiento, renovación y mantenimiento de equipos.

El Ministerio del Trabajo, del cual depende administrativamente el IVSS, es el encargado de presentar las estimaciones anuales de dichas subvenciones ante el Ejecutivo Nacional, entregándolas por vía presupuestaria al IVSS en dozavos el primer día de cada mes.

Tabla 12. Tasas de cotización por Fondo

	Tarifas	%
Fondo de Asistencia Médica	6.25%	35.3%
Fondo de Pensiones y Prestaciones en Dinero	6.75%	38.1%
Fondo de Indemnizaciones Diarias	1.00%	5.6%
Seguro de Paro Forzoso (Incluido en Fondo de Pensiones y Prestaciones en Dinero)	2.10%	12.4%
Fondo de Administración	1.50%	8.5%
Total	17.60%	100,0%

Tabla 13. Tasas de cotización por niveles de riesgo y Régimen General o Parcial

	Régimen General			Régimen
Fuente de Contribución	Mínimo	Medio	Máximo	Parcial
Total Contribuyentes	15.10	16.10	17.10	8.10
Patronos	10.70	11.70	12.70	5.70
Asegurados	4.50	4.50	4.50	2.50
Fondos Total	15.20	16.20	17.20	8.20
Fondo de Asistencia Médica	6.25	6.25	6.25	-
Fondo de Indemnizaciones Diarias	1.00	1.00	1.00	-
Fondo Pensiones y Prestaciones en Dinero	7.95	8.95	9.95	8.00
Pensiones	5.75	6.75	7.75	6.00
Paro Forzoso	2.10	2.10	2.10	2.10

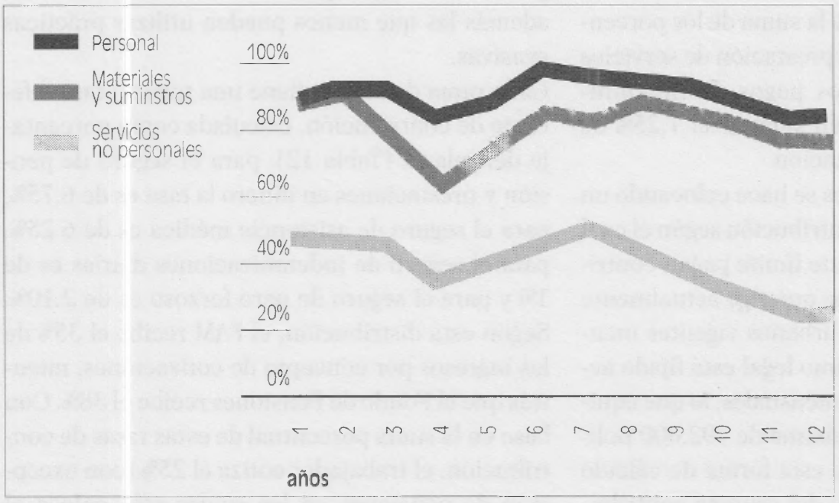
10 "Cuando el salario del asegurado sea mayor a 5 veces el salario mínimo urbano vigente, el cálculo de las cotizaciones y de las prestaciones en dinero se hará sobre la base de dicho límite". (Art.98 del Reglamento).

11 Esta forma de cálculo del tope salarial comenzó a regir a partir del 01/04/1993.

Gráfico 4

Evolución gasto FAM

(1990-2000)



Fuente: IVSS. Anuarios estadísticos (varios años).

Rendimientos por Inversiones

El IVSS recibe ingresos por inversiones financieras realizadas con las reservas acumuladas que se hayan producido con los excedentes de ingresos sobre egresos en cada fondo. Los recursos del FAM pueden colocarse a la vista o a corto plazo a través de instituciones bancarias o financiadoras acreditadas. Para ello el antiguo Consejo Directivo del IVSS debía fijar el monto de las reservas que serían invertidas y formular un plan de inversiones. Se desconoce si el IVSS ha invertido alguna vez los recursos del FAM, y cuál fue su rendimiento; pero dado que este fondo se ha mantenido durante muchos años estructuralmente deficitario, es poco probable que haya habido inversiones importantes.

Transferencias de otros Fondos

Dado que los pensionados por invalidez, vejez y muerte, gozan también del derecho a la asistencia médica, así como los beneficiarios del Seguro de Paro Forzoso, se obliga que el Fondo de Pensiones y Prestaciones en Dinero, transfiera el 6.25% de las pensiones y rentas pagadas al FAM (excluidas las correspondientes a incapacidad parcial) para la cancelación de prestaciones de salud.

Otro mecanismo de transferencia legalmente instituido es que el IVSS puede establecer convenios con el Ejecutivo Nacional para tomar prestado recursos del Fondo de Pensiones y Prestaciones en Dinero que permitan invertir en la construcción de edificios para centros médicos, hospitales y servicios administrativos, a condición de que estas deudas sean devueltas en un plazo no mayor a los 20 años.

Finalmente, aunque por ley los fondos tienen carácter independiente, el "sistema de cuentas agregadas" que se ha implementado en el IVSS ha favorecido que históricamente el Fondo de Pensiones –por naturaleza excedentario- cubra los déficits anuales del FAM. Esta práctica contable, que permite cubrir las insuficiencias de los fondos deficitarios con recursos provenientes de los que no lo son, tiene consecuencias para la solvencia financiera del sistema y para la transparencia y rendición administrativas del organismo.

Los gastos del FAM

Los gastos del FAM se dirigen hacia los siguientes rubros:

Pagos a personal: son los sueldos y salarios pagados al personal administrativo y asistencial que trabaja en establecimientos de salud del IVSS.

Compra de materiales y suministros: comprende la adquisición de materiales y suministros necesarios para la atención médica que se presta en los establecimientos de salud del IVSS.

Compra de servicios no personales: son aquellos gastos destinados a la compra de servicios o contrataciones en el sector privado en prestaciones de atención médica que no cubre directamente los establecimientos de salud el IVSS tales como diálisis, servicios geriátricos, ópticas, clínicas, educación especial en colegios y otros.

Activos reales: son activos que comprenden la adquisición o mantenimiento de instalaciones y equipos.

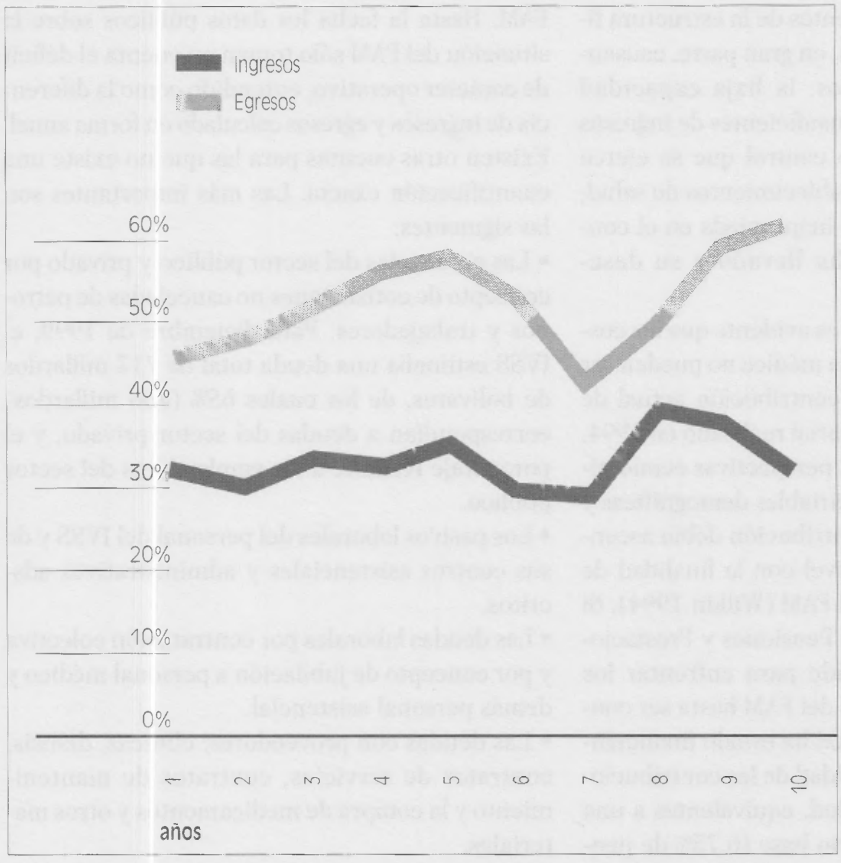
Transferencias: son los gastos que hace el FAM para el pago de atención médica para pensionados y jubilados del IVSS.

La mayor proporción de los egresos del FAM se destina al pago de personal, en segundo lugar se encuentran los gastos en materiales y suministros; y en tercer lugar, los servicios no personales (Gráfico 4). No obstante, el gasto en personal ha perdido su relevancia en la estructura de egresos a lo largo de la década, pasando de 48.8% en 1999 a 24.35% en el 2000. En su lugar, se han aumentado las partidas de materiales y suministros, pasando de 38.4% a 45.9% en los mismos años.

12
Para 1994 el IVSS estimaba un déficit de 45.000 millones de bolívares, sin embargo este déficit no aparece reportado en las publicaciones oficiales debido a los aportes hechos por el Gobierno Nacional vía Ley de Crédito Público para equilibrar el presupuesto. Igual sucede en el año 1992.

Gráfico 5 Ingresos y egresos

(% del FAM) / Varios años (1985-1997)



Fuente: IVSS. Anuarios estadísticos (varios años).

Balance operativo: ¿Cuál es la situación financiera del FAM?

En el año 2000 el FAM aportaba aproximadamente el 30% del total de ingresos del IVSS y representaba alrededor del 60% del total de gastos de este organismo. Esto es la demostración y resultado de más de dos décadas de desequilibrios financieros persistentes, que hoy en día tienen sumergido al FAM en una severa crisis por la ausencia de medidas que pudieran haber detenido el aumento de la brecha de insuficiencia presupuestaria (Gráfico 5 y Tabla 14)).

Los déficits anuales del FAM han sido cubiertos con el uso intensivo de recursos provenientes del Fondo de Pensiones y Prestaciones en Dinero. Desde el año 1991 el Fondo de Pensiones y Prestaciones en Dinero dejó de cancelar las asignaciones por nupcias y funerarias, así como los pagos únicos para quienes no reunían los requisitos exigidos de una pensión permanente. Al inicio de la crisis el Ejecutivo Nacional sólo cubría los faltantes de reserva, pero a partir de 1998 el Estado ha tenido que responder por el pago total de pensiones a través del fisco nacional por la vía de Leyes de Crédito Público. De esta manera se formaliza la subvención del Gobierno Nacional al FAM para manejar la grave situación financiera del IVSS desde hace varios años.

Tabla 14. Evolución del Balance de Ingresos y Gastos del FAM (1991-2000)

Años	Ingresos IVSS	Ingresos FAM	%	Egresos IVSS	Egresos FAM	%	Ingresos-EgresosFAM
1990							
1991	33354,40	9750,10	29,23	33626,10	17725,70	52,71	-7975,60
1992	56339,00	16298,00	28,93	38791,00	16298,00	42,01	0,00
1993	99132,90	29001,50	29,26	580442,70	39545,50	6,81	-10544,00
1994[12]	127839,70	34048,80	26,63	127839,70	34048,80	26,63	0,00
1995	122309,00	46629,00	38,12	119329,90	57956,00	48,57	-11327,00
1996	187544,00	68337,70	36,44	270388,00	157720,40	58,33	-89382,70
1997	226920,50	71400,50	31,46	476274,50	289489,90	60,78	-218089,40
1998	900421,70	195779,60	21,74	900421,70	385508,00	42,81	-189728,40
1999		154042,70			475710,00		-321667,30
2000		210967,50			562828,30		-351860,80

Fuente: IVSS. Anuarios estadísticos (varios años).

Nota: Los años 1992 y 1994 el Gobierno Nacional asignó recursos fiscales al IVSS para solventar el déficit.