



Reestructuración del Seguro Social. Solución o nuevo problema?*

María Eugenia Fernández

Becaria Académica. LUZ-CIELDA. Apartado Postal 526. Maracaibo-Venezuela.

Resumen

El presente trabajo constituye una aproximación a los factores que han determinado el deterioro que durante los últimos veinte años ha experimentado el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), así como a los "supuestos" correctivos que han tratado de implementarse para reorganizarlo o reestructurarlo.

La Investigación abarca desde la promulgación en 1992 de la Ley de Reestructuración del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, haciendo especial referencia al Plan de Reestructuración y Descentralización del IVSS y al Proyecto de Ley Orgánica

del Sistema de los Seguros Sociales en Venezuela, ambos presentados en 1995, hasta el Acuerdo o Convenio de la Comisión Tripartita, firmado en marzo del presente año, traducido casi en los mismos términos al Proyecto de Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral, mejor conocida como Ley Marco.

Se trata de una propuesta documental, descriptiva, teórica, que pretende servir de base a investigaciones posteriores que permitan comprobar buena parte de las afirmaciones aquí contenidas.

Palabras clave: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Reestructuración, Comisión Tripartita.

* Este Trabajo forma parte de un Proyecto de Investigación financiado por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CONDES) de la Universidad del Zulia.

The restructuring of Social Security. A solution or a new problem?

Abstract

This paper proposes a closer look at the factors which have resulted in the demise over the last twenty years of the Venezuelan Social Security Institute (IVSS), as well as the corrective measures which have been implemented in order to reorganize and/or restructure said system. This paper covers the period beginning with the promulgation of the Law for the Restructuring of the Venezuelan Social Security Institute in 1992, includes mention of the Plan for the Restructuring and Decentralization of IVSS

and the projected Organic Law for the Venezuelan Social Security System, both presented in 1995, and ends with the Tripartite Commission Agreement, signed in March of this year, which was written in almost the same terms as the Project for the Organic Law of Integrated Social Security, better known as the Framework Law. This paper is a documental, descriptive and theoretical proposal which could serve as a basis for further research which would hopefully confirm the impressions contained herein.

Key Words: Venezuelan Institute of Social Security, Restructuring, Tripartite Commission.

Introducción

La preocupación del Estado por mantener los niveles de ingreso de los ciudadanos y evitar su empobrecimiento extremo ante ciertas contingencias, motivó la aparición de diversos sistemas públicos de previsión social, con mayor alcance que los sistemas privados (mutualismo, cofradías, seguros privados, etc.) que los precedieron y sirvieron de inspiración a los mismos.

Así, los Seguros Sociales, las estrategias basadas en la obligación del

empleador y en la obligación individual, la previsión voluntaria por incitación fiscal, los programas sujetos a examen de recursos (Asistencia Social) y los programas universales (Thompson, 1996) fueron aplicados a nivel mundial desde finales del siglo XIX y, con mayor énfasis después de la segunda guerra mundial, aunque frecuentemente no se los encuentre en forma pura, sino combinados unos con otros en diferente grado.

Sin embargo, de todas estas estrategias o sistemas la más "popular", la de

mayor aplicación es la de los Seguros Sociales, basada en la técnica de los seguros privados y en los fundamentos del mutualismo, con un origen casi siempre legislativo y carácter obligatorio, administrados por entes públicos u otros de distinta naturaleza, pero siempre supervisados por el Estado.

Tanto los Seguros Sociales como las demás estrategias de previsión y seguridad social y los híbridos creados a partir de la combinación de ellas, funcionaron con bastante eficacia y eficiencia hasta comienzos de los años ochenta, cuando razones diversas, sobre todo, la crisis económica que afectó a los países industrializados, que ya no podían crecer al mismo ritmo que en los años anteriores, determinó su revisión y reestructuración.

Naciones industrializadas y en vías de desarrollo, así como las que atravesaban y aún hoy día están viviendo procesos de transición económica (como las de Europa Oriental y las integrantes de la Ex-Unión Soviética), comenzaron a evaluar la eficacia de sus estrategias y programas con el objeto de buscar o establecer nuevos métodos de administración y financiamiento, reducir los costos, modificar el papel desempeñado por el Estado, las empresas y los individuos, y especialmente, adaptar los sistemas a nuevas estrategias de desarrollo.

En Latinoamérica, las revisiones han sido impulsadas básicamente por las mismas razones y, en particular por los cambios en el modelo de desarrollo seguidas por los países de la región. Ciertamente los sistemas de seguridad social de estos países dista-

ban mucho de confrontar los problemas que sufrían los sistemas de las economías industrializadas, pero en todo caso, eran limitados en cuanto a la cobertura poblacional y prestacional, encontrándose extremadamente politizados y burocratizados. Asimismo, cabe señalar las presiones ejercidas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial que los han obligado a adoptar programas de ajuste estructural en los que la reforma a los sistemas de previsión social ocupa un papel preponderante.

Venezuela no podía escapar a esta realidad, pues a pesar de que su situación económica fue solvente durante los años en los que la economía mundial se tambaleaba, en la actualidad sufre los rigores de la llamada "década perdida", con uno de los mayores índices de inflación del continente y con un sistema de seguridad social que nada previene y menos protege a los ciudadanos.

Las implicaciones de la situación que actualmente confronta el Sistema de los Seguros Sociales en Venezuela, sus deficiencias y los cambios que para su transformación han sido planteados, constituyen el objeto central de este trabajo.

1. El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales

En Venezuela, la afiliación obligatoria, la supervisión y reglamentación por parte del Estado, el financiamiento por la vía de cotizaciones, la estipulación legal de las prestaciones, el derecho a ciertas prestaciones derivado de los aportes y la existencia de pres-

taciones no directamente ligadas a los aportes (Thompson, 1996), son las características exhibidas por el régimen del Seguro Social Obligatorio, cuya administración corresponde al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), definido en el Artículo 51 de la Ley del Seguro Social y el Artículo 11 del Reglamento General de la misma, como "un organismo autónomo, distinto e independiente del Fisco Nacional, con domicilio principal en la ciudad de Caracas y jurisdicción en todo el territorio de la República".

Antes de la creación del Seguro Social en 1944, existió la Ley de Pensiones de los Empleados Públicos*, que establecía el otorgamiento de pensiones como gratificación a los héroes por los servicios prestados a la patria y jubilaciones por años de servicio (Rodríguez, Hilda) canceladas directamente por el Estado, ya que no existía ninguna institución encargada de la previsión social.

Posteriormente, y al margen de ésta ley se fueron creando sistemas de previsión social más favorables para algunos grupos específicos de funcionarios públicos, lo que generó graves injusticias y desigualdades. Esta situación no cambió a pesar de la aparición del IVSS y de la Ley del Seguro Social, promulgada en 1966 con la que aparentemente se resolvería la anarquía reinante, ya que ese mismo año es aprobado el Reglamento de Jubilaciones y Pensiones para regir en Ministerios, Institutos Autónomos y Empresas del Estado, con lo que el proble-

ma de la diversidad de regímenes se agravó aún más, pues paralelamente al Sistema de Previsión de los trabajadores en general, se creaba uno distinto para los empleados de la Administración Pública.

Actualmente, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales se encuentra regido por la Ley del Seguro Social vigente desde el 1 de Enero de 1967, reformada en 1991 y el Reglamento General de dicha Ley, del 20 de Marzo de 1969, reformado en 1992, en el que se precisan con mayor detalle la organización administrativa, la competencia y funciones del Instituto.

Además y debido al proceso de reestructuración que se inició en 1992, fue promulgada la Ley de Reestructuración del IVSS, así como los Decretos Presidenciales No. 345 del 14 de Septiembre de 1994 en el que se ordena la reorganización de todos los organismos de la Administración Pública Nacional, y el Decreto No. 574 del 02 de Marzo de 1995, en el que se ordena la Reestructuración del IVSS.

1.1 Competencias. Funciones.

La Competencia del Instituto aparece señalada de manera general en el Artículo 52 de la Ley del Seguro Social y en el Artículo 12 del Reglamento General de esta Ley, correspondiéndole de acuerdo con éste último, "la administración y el control de todos los ramos del Seguro Social".

Las funciones que en concreto debe cumplir, son precisadas en el Artículo 13 ejusdem, cuatro en total. Se trata

* Respecto a la fecha de promulgación de esta Ley existen contradicciones, indicándose el 10 de Junio de 1925, el 10 de Junio de 1926, el 10 de Junio de 1928 y el 13 de Julio de 1938.

de funciones que a pesar de haber sido establecidas hace más de treinta años todavía tienen plena vigencia, por cuanto o bien no se han cumplido hasta el presente o lo han sido a medias. Tales funciones se refieren a la elaboración de estadísticas y estudios relativos a la población asegurada y beneficiaria; así como recomendar al Ejecutivo Nacional las reformas que considere convenientes en los ramos del Seguro Social, tarea que no se agota, pues las estadísticas deben llevarse continuamente, lo mismo que los estudios y recomendaciones, con miras a mejorar los servicios que presta el Instituto.

Los numerales tres y cuatro del Artículo en cuestión, imponen la realización de investigaciones para la aplicación progresiva del Seguro Social a nuevas regiones del país, categorías de empresas o grupos de patronos y trabajadores, la organización de las Cajas Regionales, Sucursales o Agencias y realizar los estudios necesarios para el establecimiento de los sistemas de percepción de cotizaciones y otorgamiento de prestaciones, tareas que como se sabe no sólo han sido realizadas parcialmente sino de una manera deficiente, permitiendo explicar en buena medida la situación caótica que actualmente vive la institución.

1.2 Organización Administrativa.

La Estructura Organizativa está conformada por cinco (5) niveles de autoridad y responsabilidad.

El Nivel Directivo: Está integrado por el Consejo Directivo y la Presidencia. El primero se encuentra a la cabeza del Instituto y constituye la máxima autoridad; está integrado por siete (7) miembros principales (quienes deben ser venezolanos, mayores de edad y de reconocida idoneidad), de los cuales dos (2) son representantes del Ejecutivo Nacional designados por el Presidente de la República, por órgano del Ministerio del Trabajo, dos (2) son representantes de los patronos, dos (2) son representantes de los asegurados y uno (1) es representante de la Federación Médica Venezolana, con voz pero sin voto, quienes son seleccionados de las listas que presentan las organizaciones empresariales y laborales más representativas y por la Federación Médica Venezolana (Artículos 14 y 16 del Reglamento General).

El Consejo Directivo es presidido por el Presidente del Instituto, quien representa jurídicamente al mismo, es su órgano de ejecución y a su vez, es uno de los dos (2) representantes gubernamentales a los que antes se hizo referencia (Artículo 15, Reglamento General).

El Nivel de Control: está constituido por la Contraloría Interna, a cargo de un Director nombrado por el Contralor General de la República (Artículo 36 del Reglamento), y tiene entre otras atribuciones: "elaborar las normas relativas a su organización y funcionamiento; examinar los documentos y comprobantes de asientos contables; hacer los reparos que considere necesarios (....); velar porque se

practiquen y mantengan al día los inventarios de los bienes del Instituto, los Estados Financieros y la Contabilidad en general; (...) presentar informes que contengan una relación pormenorizada de la labor cumplida por la oficina; practicar auditorías periódicas en las dependencias del Instituto"; etc., (Artículo 38 Reglamento).

El Nivel Asesor: está conformado por la Dirección General de Planificación, Programación y Presupuesto, la Dirección de Información y Relaciones Públicas y la Consultoría Jurídica.

El Nivel de Apoyo: lo integran cuatro (4) Direcciones, la Dirección General de Mantenimiento e Ingeniería, la de Informática, la de Prevención y Control de Pérdidas y la de Servicios.

El Nivel Operativo: es el nivel ejecutor y está compuesto por cinco (5) Direcciones Generales, a saber, de Afiliación y Prestaciones en Dinero, de Recursos Humanos y Administración de Personal, del Seguro de Paro Forzoso, de Administración y de Salud, las cuales están integradas a su vez por distintas Direcciones de Línea.

Además, de acuerdo con los Artículos 56 de la Ley del Seguro Social y 47 del Reglamento General de la misma, el Instituto contará con una Comisión de Inversiones Ad-Honorem, compuesta por quince (15) miembros: cinco (5) representantes del Ejecutivo Nacional, cinco (5) representantes de los Patronos y cinco (5) representantes de los Asegurados.

Los Miembros de esta Comisión deben ser distintos a los del Consejo

Directivo, y deberán reunirse por lo menos, dos (2) veces al año.

2. La Reestructuración.

Como se sabe, actualmente el IVSS está siendo objeto un proceso de reestructuración que se inició formalmente el 12 de marzo de 1992, con la promulgación de la Ley de Reestructuración del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

En un primer momento, las acciones del Gobierno Nacional dirigidas a la reestructuración del IVSS obedecían "al deterioro de su organización traducida en una disminución de la calidad de los servicios y consiguiente insatisfacción de sus beneficiarios ..." (Comisión Reestructuradora del IVSS, 1995).

En este sentido, la Ley de Reestructuración estableció que el proceso, sería adelantado por una Comisión Especial designada por el Presidente de la República, integrada por siete (7) miembros principales, dos (2) representantes del Ejecutivo Nacional, uno (1) de los cuales la presidiría, dos (2) representantes del sector laboral, dos (2) representantes del sector empresarial y un (1) representante de la Federación Médica Venezolana.

Los miembros de esta Comisión debían poseer conocimientos y experiencias en la materia (Artículo 1), aunque el párrafo único del Artículo 2, prohíbe expresamente la incorporación a la misma de personas que "se hubieran desempeñado con anterioridad en la administración del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales".

La Comisión debía asumir las funciones correspondientes al Consejo Directivo del IVSS (el cual cesaría en sus actividades al constituirse la Comisión), y reorganizar el Instituto según los lineamientos establecidos en la Ley de Reestructuración, a saber: “descentralizar y regionalizar las funciones del Instituto; incorporar progresivamente los servicios de atención médica al sistema regional de salud (...); poner en funcionamiento sistemas, normas y procedimientos para el finiquito de deudas con el Seguro Social; ejecución de procedimientos necesarios para la inmediata administración autónoma de los fondos del Instituto; inventariar y contratar avalúos externos de los activos del Instituto; instrumentar un nuevo sistema de cobranzas de las cotizaciones del Instituto”; entre otros, dieciocho (18) en total, que realmente constituyen un listado de las fallas de la Institución y consecuentemente de las tareas que la Comisión debía acometer, para finalmente “proponer el nuevo régimen financiero y de prestaciones del Instituto (...)” (Artículo 3).

Además de estas amplias atribuciones, la Ley va más allá, al autorizar a la Comisión para “modificar la organización del Instituto, proponer los cambios de régimen de las prestaciones de asistencia médica y en dinero que estime convenientes, y solicitar al ejecutivo las revisiones reglamentarias de la Ley del Seguro Social vigente, hasta tanto se promulgue la nueva ley (...)” (Artículo 5).

El proceso de reestructuración debía realizarse en un plazo de ciento ochenta

(180) días contados a partir de la instalación de la Comisión, prorrogables por un plazo igual, por una sola vez, mediante solicitud motivada al Presidente de la República, so pena de destitución de todos sus miembros (Artículo 1). Transcurridos los ciento ochenta días o en su defecto trescientos sesenta (360), en caso de que se hubiere solicitado la prórroga, el Ejecutivo presentaría al Congreso Nacional un informe contentivo de las modificaciones realizadas por la Comisión y un Proyecto de Ley de Reforma de la Ley del Seguro Social (Artículo 7).

Las labores de la Comisión, y el proceso de reestructuración en sí serían supervisadas por una Comisión creada a tal fin, integrada por representantes designados por las Comisiones Permanentes de Contraloría y de Asuntos Sociales de la Cámara de Diputados y por un (1) representante designado por la Comisión Permanente de Salud del Senado, quien habría de presidirla (Artículo 6).

Sin embargo, tras un primer plazo y una prórroga, la Comisión no logró llevar adelante las transformaciones establecidas en la Ley, presentando en Abril de 1993 “un Informe contentivo de la Propuesta Filosófica sobre la cual debía erigirse el nuevo IVSS” (Plan, 1995), proceso que se ejecutaría en un plazo de dos (2) años. Transcurrido este tiempo, las transformaciones tampoco se realizaron, por lo que en 1994, mediante el Decreto No. 414 del 9.11.94 se crea la Comisión Presidencial para la Reforma de la Seguridad Social y las Prestaciones Sociales, la que finalmente entrega el 08.03.95 una propuesta de

transformación integral del IVSS, que coincidió con la designación mediante el Decreto 574 del 02.03.95 de una nueva Comisión Reestructuradora, encargada de realizar "un conjunto de acciones para sentar las bases de la transición hacia el nuevo sistema dentro de un período no mayor de un (1) año. Fue esta nueva Comisión la que presentó el 01.08.95 al Congreso Nacional, el Plan de Reestructuración y Descentralización del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

A partir de este año, la reestructuración o reforma a la constitución, estructura y régimen de funcionamiento del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, se constituyó conjuntamente con el saneamiento de las deudas del fondo de pensiones (a objeto de garantizar pensiones mínimas acordadas con el costo de la vida), y la redefinición de la estructura del Seguro de Paro Forzoso ("vinculándolo con la política de empleo y formación para el trabajo"), en una de las acciones que el Estado se propone adelantar como parte de la estrategia dirigida a la construcción de un sistema eficaz de seguridad social, planteada en el IX Plan de la Nación.

Esta estrategia pretende poner en funcionamiento un sistema de seguridad social integral que brinde protección al trabajo, a la familia y a la vejez, y en el que se unifiquen los diversos regímenes proteccionales existentes, así como la asistencia social, la salud y los seguros sociales, bajo la rectoría de un ente nacional, para lo que se requiere la promoción y realización efectiva

por parte del Estado de los cambios legales e institucionales necesarios. Hacia la creación de este sistema de Seguridad Social estuvo orientado el Plan de Reestructuración y Descentralización del IVSS y el Acuerdo Tripartito firmado recientemente.

Sin embargo, más allá de estos planteamientos declarativos y de las justificaciones formales que esgrime el Gobierno Nacional, las causas más inmediatas del proceso de reestructuración del IVSS y de la mayoría de los entes públicos e institutos autónomos venezolanos, deben buscarse en los programas de ajuste estructural impuestos por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial iniciados en la casi totalidad del mundo en desarrollo durante la década de los ochenta, "dirigidos" a acabar o al menos atenuar, los déficits presupuestarios crónicos, la evolución desfavorable de la balanza de pagos, el estancamiento del crecimiento económico y el menoscabo de las condiciones de vida de las diversas poblaciones.

2.1 Análisis Situacional. El IVSS Hoy.

Tanto la Comisión para la Reforma de la Seguridad y las Prestaciones Sociales como la Comisión Reestructuradora* propiamente dicha, autora del Plan de Reestructuración, partieron del diagnóstico de la situación que en ese momento (finales de 1994, comienzos de 1995, cuando fueron nombradas) y aún, hoy día, presenta el Instituto.

En este sentido, el principal problema detectado fue "la carencia de objeti-

* Se trata de la segunda Comisión Reestructuradora, nombrada el 02.03.95.

vos y metas precisas, así como la incapacidad para enfrentar los problemas administrativo-financieros acumulados" (Comisión Reestructuradora, 1995), lo que es a un mismo tiempo causa y consecuencia de las serias deficiencias observadas en las áreas de administración y finanzas del Instituto.

Así, en el Área de Administración, se evidenció la ausencia absoluta de control y registros contables, de registros y controles sobre cuentas corrientes bancarias y administración autónoma de los fondos. Mientras que en el **Área de Finanzas**, la situación no es más halagadora, pues no se realizan estudios actuariales "que permitan tomar previsiones para cubrir las necesidades y demandas de prestaciones en dinero y el aumento de costos en asistencia médica" (Comisión Reestructuradora, 1995); tampoco existe planificación financiera alguna, y mucho menos un sistema de delegación financiera.

Conforme al propio Plan de Reestructuración, esto ha generado "una disminución en la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios", es decir, prestaciones en dinero y prestaciones en asistencia médica.

En materia de **Prestaciones en Dinero**, la Comisión constató la inexistencia de un registro actualizado de trabajadores cotizantes y de un sistema de información también actualizado para el otorgamiento de los beneficios, retrasos en el otorgamiento de los beneficios y en la cancelación de deudas retroactivas, y un inadecuado sistema de cobranzas.

Las **Prestaciones en Asistencia Médica**, presentan fallas en la estrategia de atención primaria ambulatoria, lo que da lugar al congestionamiento de los hospitales; deficiencias en los sistemas administrativos y de control de gestión de hospitales y ambulatorios; en el suministro de equipos y medicamentos; e inexistencia de programas de mantenimiento preventivo de infraestructura y equipos.

Este diagnóstico o análisis situacional es complementado por la exposición de motivos del Proyecto de Ley Orgánica del Sistema de los Seguros Sociales en Venezuela, presentado a la Cámara de Diputados el 18 de Octubre de 1995, según el cual, desde el punto de vista organizativo-funcional, las principales fallas son entre otras, su escasa cobertura poblacional y territorial, excesivo centralismo, flexibilidad en los requisitos para acceder a las prestaciones, deficientes sistemas administrativos y de información, desproporcionalidad entre los recursos recaudados, aplicados a prestaciones y a gastos administrativos y sobre todo, ausencia de capacidad para la renovación o el cambio organizacional, lo que se traduce en una institución esclerosada, sin proyectos ni opinión, sin interés y preocupación por mostrar lo positivo de su acción (Proyecto, 1995).

Es precisamente, en éste último aspecto en el que coinciden el Plan de Reestructuración y el Proyecto de Ley, ya que como se dijo anteriormente, el Instituto carece de objetivos, metas que marquen el rumbo de las acciones, de ahí que parezca funcionar al gare-

te, únicamente para atender y tratar de solventar los problemas del momento, pero sin proyectos, planes o programas dirigidos a poner la casa en orden y mejorar los servicios prestados.

Desde el punto de vista Financiero, el Proyecto señala como fallas la desproporcionalidad entre la contribución y los beneficios obtenidos por los asegurados y beneficiarios; la excesiva permisibilidad o discrecionalidad de los cuerpos directivos para el manejo de los recursos; los altos porcentajes de evasión y mora contributiva y el bajo porcentaje de recaudación; la cuantiosa deuda del Estado; las ineficientes políticas de inversión; el desequilibrio financiero consecuencia de la disminución de los ingresos (motivada por los bajos salarios de cotización, el desempleo, el crecimiento de la informalidad laboral) y del incremento de los gastos, debido al aumento en los costos de la asistencia médica, los ajustes salariales a los empleados del Instituto y los ajustes a los montos de las pensiones, entre otros factores; y finalmente el desequilibrio actuarial, determinado por los cambios en las variables demográficas, en otras palabras, aumento de la esperanza de vida y en consecuencia, prolongación en el tiempo de las prestaciones por vejez, invalidez, etc.

Se trata pues de fallas fundamentalmente administrativas, de gestión y control, lo que hace suponer que poniendo en práctica los correctivos adecuados se logrará la superación de la crisis por la que atraviesa la institución. Asimismo, se desvirtúa el ar-

gumento de la inviabilidad de los seguros sociales sostenido por grupos y sectores interesados en la eliminación definitiva del IVSS, piedra angular del sistema de la seguridad social en Venezuela, a los fines de sustituirlo por otros en los que no existe la solidaridad, basados fundamentalmente en la capacidad contributiva individual, de cada uno de los afiliados.

2.2 Cambios Propuestos. El IVSS Mañana.

Los cambios necesarios para la transformación del Seguro Social, han sido presentados en el Plan de Reestructuración y Descentralización de 1995, en el Proyecto de Ley Orgánica del Sistema de los Seguros Sociales en Venezuela (que analizaremos en el próximo aparte), en un segundo Plan presentado en Enero de 1997, en el Acuerdo o Convenio de la Comisión Tripartita, firmado el 17 de Marzo del presente año y en el Proyecto de Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral, mejor conocido como Ley Marco.

El Plan de Reestructuración y Descentralización se basó en los lineamientos que para la realización del proceso aparecen consagrados en el Artículo 4 de la Ley de Reestructuración del IVSS, concretamente en el numeral primero: "Descentralizar y regionalizar las funciones del Instituto", para lo cual se asumió "la distribución regional que rige la política sanitaria del país a través del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y se enmarca la descentralización dentro, de la política formulada a este

respecto, en el IX Plan de la Nación y, sectorialmente en la Plan de Salud elaborado para dicha área" (Comisión Reestructuradora, 1995).

El mismo, propuso dos cambios fundamentales, el primero consistía en la separación de la administración institucional y la prestación de servicios, ésta última con dos (2) modalidades: Directa, prestaciones en dinero; e indirecta, cuidado básico e integral de la salud; el segundo, se refería a los regímenes de afiliación que serían dos (2), a saber: régimen general obligatorio de prestaciones básicas y facultativo de prestaciones básicas y complementarias.

De acuerdo con el Plan la estructura del Instituto se dividiría en dos (2) subsistemas: El Subsistema de Prestaciones en Dinero y el Subsistema de Prestaciones en Asistencia Médica.

La transformación del Subsistema de Prestaciones en Dinero, constaba de dos Fases: la primera, comprendía la **Reorganización y Reestructuración** del subsistema, debía cumplirse entre Julio de 1995 y 1996, y con ella se crearía una estructura de transición mediante la puesta en práctica de seis estrategias principales, que sentarían las bases del nuevo sistema de los Seguros Sociales.

La segunda Fase, la de la **Desconcentración**, se realizaría entre 1996 y 1997, y su estrategia central suponía el traspaso definitivo de competencias a los funcionarios locales, reservándose el IVSS el dictado de políticas, de normas técnicas, la planificación, la recaudación y financiamiento, la formación de recursos humanos y la su-

pervisión, control y evaluación, gracias a lo cual se lograría la separación definitiva de la administración institucional y la administración de la prestación de servicios.

En cuanto al **Subsistema de Prestaciones en Asistencia Médica**, tres fases debían completarse para lograr su transformación: la primera, de **Reorganización y Reestructuración** debía cumplirse entre julio de 1995 y 1996, y su objetivo era establecer las bases organizativas y funcionales de la asistencia médica y el funcionamiento autónomo de los centros de salud, fortaleciendo además la atención primaria de la salud (Comisión Reestructuradora, 1995).

La segunda fase, **Descentralización**, contemplaba, al igual que la segunda fase de la transformación del Subsistema de Prestaciones en Dinero, el otorgamiento de plenas atribuciones de decisión y poder en materia de prestación asistencial a los entes locales, de conformidad con lo preceptuado en la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público, reservándose el Instituto las mismas áreas que se reserva en la fase de desconcentración del Subsistema de Prestaciones en Dinero. A través de este proceso que debía completarse entre 1996 y 1997, se pretendía mejorar la prestación de los servicios, atendiendo la demanda regional.

Finalmente, como tercera fase, aparecía la **Transferencia e Integración** al Sistema de Salud Estatal de los Centros Asistenciales, y aunque el Plan no indicaba el tiempo

en el cual esta fase debía completarse, se entiende que este proceso se desarrollaría a la misma velocidad en que se fuera cumpliendo la descentralización. El producto sería, la integración de los centros asistenciales pertenecientes al Instituto, al Sistema de Salud de cada entidad federal.

El Segundo de los grandes cambios se refería a los regímenes de afiliación que serían dos (2), a saber: Régimen General Obligatorio de Prestaciones Básicas y Facultativo de Prestaciones Básicas y Complementarias.

El **Régimen General Obligatorio** debía amparar a los trabajadores dependientes que laboraban para el sector público o privado, siempre que no estuvieran incluidos en otro régimen obligatorio de seguridad social; y el **Régimen Especial Facultativo**, cubriría a los trabajadores por cuenta propia, independientes o autónomos, a los trabajadores por cuenta ajena en actividades del mar, agrícolas, pecuarias y forestales; socios de cooperativas y asociaciones, miembros del clero y cualquier otro grupo de personas no incluidas dentro de los grupos señalados anteriormente.

En cuanto a las prestaciones o beneficios correspondientes a los afiliados a cada uno de los regímenes, las personas amparadas por el régimen general obligatorio de prestaciones básicas, tendrían derecho a: 1) la prestación básica de salud (sin importar el período previo de cotización); 2) pensiones básicas de vejez e invalidez; y 3) pensiones básicas de sobrevivientes y orfandad. El régimen especial facultativo de prestaciones básicas propor-

cionaría: 1) prestación básica de salud; 2) pensiones básicas de vejez e invalidez; y 3) prestación de incapacidad parcial. Ambos regímenes ofrecían como prestaciones complementarias una pensión adicional y el cuidado integral de la salud.

Este Plan de Reestructuración y Descentralización, a pesar de haber sido presentado en Agosto de 1995, nunca se ejecutó, problemas diversos y fundamentalmente la falta de voluntad política, impidieron su puesta en práctica.

Sin embargo, durante 1995 se adelantaron ciertas acciones dirigidas si no a transformar, por lo menos a mejorar la planificación y organización del Instituto, su sistema presupuestario, y los recursos humanos con que cuenta, preparando el terreno para la descentralización, al menos en teoría.

Así, en materia de organización y planificación, se implementó el manual sobre normas y procedimientos para los cambios en la estructura organizativa del Instituto; y se formuló una estructura de transición del IVSS, hacia el nuevo Sistema de los Seguros Sociales (Ministerio del Trabajo, 1995).

En cuanto al presupuesto, se logró la recuperación, sinceración y actualización de la nómina presupuestaria correspondiente a los años 1992, 1993, 1994 y 1995.

En lo relativo a la descentralización, se celebraron convenios con el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Gobernaciones, Alcaldías y Empresas Públicas para "la transferencia de la Asistencia Médica que

prestan los Centros y Hospitales del Seguro Social" (Ministerio del Trabajo, 1995).

Pero, de todas las acciones desarrolladas en esta materia, la más importante fue la ejecución del Plan Piloto Carabobo, a través del cual se transfirió al gobierno regional (Subsistema Regional de Salud) el servicio de asistencia médica, la administración de los recursos y la recaudación de las cotizaciones.

Salvo estas excepciones, el panorama general del Instituto continuó y continúa hasta hoy siendo el mismo, pues la Junta Reestructuradora no cumplió su función, y únicamente sorteó de manera espasmódica los graves problemas que aquejan a la Institución. De hecho, durante buena parte de 1995 y todo 1996 la discusión estuvo centrada en torno al destino de las "Prestaciones Sociales" y de la Seguridad Social en general, como paso previo para discutir el aumento del salario, la necesidad de mantener y fortalecer el Seguro Social, y aprobar o no la nueva Ley del Seguro Social. No será sino hasta finales de 1996, cuando el Ejecutivo Nacional decida buscar una verdadera solución al problema, nombrando una Comisión Tripartita para la Modernización del Sistema de Seguridad Social.

La Tripartita, encabezada por el Ministro de CORDIPLAN como representante del Ejecutivo, e integrada además por el Presidente de la Confederación de Trabajadores de Venezuela (CTV) y el Presidente de FEDECAMARAS, comenzó a reunirse en el mes de noviembre de 1996, siendo una de

sus primeras decisiones la de "separar los servicios de atención médica de la función aseguradora (...) y recapitalizar el Fondo de Pensiones del IVSS con doscientos (200) millones de dólares suministrados por la Corporación Andina de Fomento, transformándolo además en un Fondo Autónomo" (Panorama, Miércoles 20.11.96). Asimismo, propuso la eliminación del Instituto para ser sustituido por lo que la Comisión denominó Sistema Nacional de Seguridad Social, dotado con tres Direcciones autónomas, la constitución de Fondos Privados de Capitalización, revivir el Seguro de Paro Forzoso y manejar su fondo de manera autónoma (Panorama, Domingo 08.12.96, 1-10).

De más está decir que el carácter autónomo de los Fondos no es nada nuevo, ya que ello está previsto en la Ley del Seguro Social y su Reglamento General, ambos vigentes, de manera que sólo se trataría de llevar a la práctica los preceptos legales (Artículos 74 y siguientes de la Ley del Seguro Social y Artículo 112 del Reglamento General).

En Diciembre de 1996, tras la dimisión del último Presidente del Seguro Social, y consecuencialmente de la Junta Reestructuradora, se anunció que en Enero de 1997 un Consejo Administrativo asumiría el mando del IVSS, sin embargo, en la que podría considerarse la primera reunión del Gabinete Económico en 1997, se aprobó el último Programa de Reestructuración presentado por el Consejo Directivo del Seguro Social, designando además, un Comité Técnico encargado

de instrumentar los acuerdos a los que hasta ese momento había llegado la tripartita en materia de seguridad social, procediendo a nombrar el Presidente de la Institución que habría de sustituir al IVSS.

El panorama pareció cambiar a partir del 17 de marzo del presente año, cuando tras casi cinco meses de reuniones y discusiones, la Tripartita presentó un Convenio o Acuerdo contentivo de las decisiones que se habían venido adoptando desde el mes de noviembre; el mismo fue firmado por el Ejecutivo Nacional, los representantes del sector empresarial y los representantes de los trabajadores.

El Convenio fue calificado por sus redactores como la primera parte del trabajo de la Tripartita, como un acuerdo marco que sentaría las bases de un moderno sistema de seguridad social, correspondiendo al legislador realizar las reformas legales pertinentes, y dictar las leyes que sean necesarias para materializar los cambios contenidos en el acuerdo. De hecho, la Ley Orgánica del Trabajo ya ha sido reformada.

Dos materias fundamentales son tratadas en el Convenio: Prestaciones Sociales, que no discutiremos en este trabajo, y Seguridad Social. En cuanto a la segunda, se ratifican la universalidad y la solidaridad como principios básicos en los que se sustentará el "nuevo" sistema de seguridad social, su carácter obligatorio y contributivo, así como su organización y dirección por parte de un órgano tripartito.

El IVSS será desmontado, quedando dividido en "tres entidades independientes, a saber, el Fondo de Pen-

siones (...), una Institución para los Servicios de Atención Médica y lo referente a la administración del Seguro de Paro Forzoso.

El campo de aplicación del sistema se ve ampliado al incorporar no solamente a los trabajadores por cuenta ajena, sino también a los trabajadores independientes o no dependientes (los que laboren en el sector informal de la economía) y los trabajadores rurales; sin embargo la extensión de la cobertura a estos trabajadores no constituye novedad alguna, ya que la misma está prevista en la Ley del Seguro Social vigente (aunque no en los mismos términos) que data de 1966. Efectivamente, el Convenio habla de regímenes especiales, mientras que la Ley habla de seguro facultativo (Artículo 3).

En relación a las contingencias cubiertas, también se observa una ampliación, pues a las contingencias de enfermedad y accidentes, maternidad, invalidez, vejez, sobrevivientes y paro forzoso previstas en la Ley vigente y que el Convenio denomina respectivamente Subsistema de Salud y Subsistema de Pensiones, se agregan los "Subsistemas" de Política Habitacional, Formación Profesional y Recreación.

La Comisión Tripartita sólo estudió lo relativo al Subsistema de Pensiones, Subsistema de Salud y Subsistema de Paro Forzoso, los cuales fueron desarrollados en la forma siguiente:

Subsistema de Pensiones: Otorgará prestaciones en dinero a las contingencias de vejez, invalidez total o parcial, muerte y sobrevivencia, mediante un régimen de pensiones mix-

to, en el que una parte de las pensiones provendrá de la solidaridad intergeneracional tal y como ha ocurrido hasta ahora y garantizará a los beneficiarios una pensión acorde con los aportes que hubiere hecho durante su vida activa; mientras que la otra parte de las pensiones provendrá del ahorro individual obligatorio que confiere el derecho a una pensión "cuya cuantía dependerá de la suma de los aportes acumulados en la cuenta de cada trabajador, con sus rendimientos respectivos (Panorama, 4-8, Martes 18.03.97, 4-8).

El Régimen de Pensiones por solidaridad intergeneracional se financiará mediante las contribuciones del Estado, los empleadores y los trabajadores tal y como ocurre en la actualidad, mientras que el régimen de ahorro individual obligatorio (Fondos de Capitalización Individual), se financiará mediante contribuciones de los empleadores y trabajadores.

Los montos de todos los aportes, tanto los del Estado, como los de los empleadores y trabajadores, serán fijados por Ley y los correspondientes al régimen de ahorro individual obligatorio serán administrados por entidades creadas a tal fin (Administradoras de Fondos de Pensiones o de Retiro, AFP, AFR, AFORE, etc.).

Un aspecto novedoso es la creación de una pensión mínima vital (prevista en el sistema chileno), que será otorgada por el Estado a los trabajadores que aún habiendo cotizado, no hubieren ahorrado lo suficiente para obtener una pensión conforme a los requisitos del sistema.

Subsistema de Salud: Como fue anunciado desde que comenzaron las reuniones de la Comisión Tripartita, el Convenio separa la función aseguradora de los servicios de atención médica, ambos prestados por el IVSS. En consecuencia, el IVSS no desaparecerá sino que se concretará al pago de prestaciones dinerarias y a la administración de un Fondo de Salud al que pasarán los dineros contenidos en el actual Fondo de Asistencia Médica del IVSS y los aportes de patronos y trabajadores una vez que entre en vigencia el nuevo sistema, pudiendo el asegurado escoger el ente que le dispensará el servicio de atención médica.

"La Red Asistencial patrimonio del IVSS (hospitales y ambulatorios) pasará a formar parte del Subsistema de Salud y será administrada bajo diferentes modelos de gestión. Entre ellos, la concesión del servicio a entes públicos, privados o mixtos, que se basará en un régimen de competencia y eficiencia gerencial en la prestación de los servicios de salud (Panorama, Martes 18.03.97, 4-8).

Esto último, aparentemente, descarta la posibilidad de descentralizar o transferir los centros a los Sistemas Regionales de Salud, tal y como estaba planteado o al menos, en los mismos términos en los que lo planteaban los Planes de Reestructuración del IVSS. Sin embargo, ello no significa que resulte imposible que los Estados obtengan la "concesión" de cualquiera de los hospitales y ambulatorios del IVSS si demuestran la capacidad suficiente para manejarlos adecuadamente.

En todo caso, lo que sí queda claro es que la transferencia no se hará por se a los Estados, sino que se amplía el espectro de aspirantes que pueden tener carácter público, privado o mixto.

Subsistema de Paro Forzoso: Se acuerda recapitalizar el Fondo del Seguro de Paro Forzoso así como su separación financiera y administrativa del IVSS, no se indica expresamente quien lo administrará, pero todo parece indicar que será el Ministerio del Trabajo, a través del Servicio Nacional de Empleo, pues el mismo Convenio considera necesario el fortalecimiento de dicho servicio.

Otro aspecto interesante en relación a este subsistema tiene que ver con el establecimiento de un "procedimiento ejecutivo de intimación que podrá intentar el trabajador en el caso de que no obtenga las prestaciones correspondientes a este Seguro dentro de los treinta (30) días siguientes a la terminación de la relación de trabajo.

2.3 Una Nueva Ley para el Seguro Social.

Los cambios en materia de Seguridad Social contenidos en el Acuerdo de la Tripartita, suponen necesariamente la reforma a diferentes instrumentos legales: Ley Orgánica del Trabajo, Reglamento del Seguro de Paro Forzoso, Ley de Política Habitacional, Ley Orgánica de la Administración Central, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y Ley del Seguro Social.

Para materializar rápidamente estas reformas legislativas, en principio, se propusieron tres alternativas: la primera, defendida por el Presidente

del Congreso, consistía en la aplicación de la urgencia constitucional de manera que las Cámaras legislaran y aprobaran en forma rápida las reformas (Panorama, Martes 18.03.97, 1-9); la segunda, consistía en otorgar poderes especiales al Presidente de la República mediante una Ley Habilitante para que legislara en materia de seguridad social y prestaciones sociales vía decretos-leyes; y la tercera, es la llamada "Ley Autobús", se trataría de un solo texto jurídico contentivo de las reformas a las leyes que se necesitan para hacer viable el cambio ..." (El Nacional, Miércoles 19.03.97, D/2).

En todo caso, para la reforma de la Ley Orgánica del Trabajo, el Ejecutivo Nacional presentó el texto de la reforma aprobada con ligeros cambios el 19.06.97; mientras fue lo relativo a la Seguridad Social, fue encomendado a una comisión instalada el 14.04.97 que redactó el Proyecto de Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral, presentado al Congreso el 15.05.97 y actualmente en discusión.

Es importante acotar que en materia de Seguridad Social, la reforma a la Ley del Seguro Social estaba prevista desde 1992 en la Ley de Reestructuración del IVSS, cuyo Artículo 7 establece como obligación de la Comisión Reestructuradora la presentación de un informe relativo a las "modificaciones y transformaciones llevadas a cabo por ella", y un Proyecto de Ley de Reforma de la Ley del Seguro Social, al momento de concluir sus funciones.

Las sucesivas Comisiones nombradas al efecto no presentaron el mencionado Proyecto de Ley, sin embargo,

el 18 de Octubre de 1995, la "iniciativa popular" sometió a la consideración del Congreso el Proyecto de Ley Orgánica del Sistema de los Seguros Sociales en Venezuela, al que ya se ha hecho referencia.

En su exposición de motivos el Proyecto describe la situación que durante los últimos años ha vivido la Institución, sobre todo, la última década, planteando como objetivos de la Ley detener su deterioro, saneándolo administrativamente y financieramente; mejorar la calidad de los servicios e incentivar al personal; ampliar la cobertura, contenido y avance de la institución; y definir regímenes prestacionales, de financiamiento y de gestión capaces de brindar protección social de primera calidad a los asegurados (...) (Proyecto, 1995).

El Proyecto Propone cambios significativos con relación al régimen vigente en cuanto al campo de aplicación y los regímenes de afiliación y prestacionales.

Así, en relación al Campo de Aplicación, además de las contingencias cubiertas conforme a la vigente Ley del Seguro Social Obligatorio, el Proyecto prevé el fomento de programas sociales relativos a higiene y seguridad del trabajo, medicina preventiva, reeducación y rehabilitación de inválidos y acción formativa (Artículo 6). De igual forma, los sujetos de aplicación de la Ley son ampliados, al extenderse la cobertura a los trabajadores autónomos, por cuenta propia e informales, los trabajadores del deporte, los socios trabajadores de asociaciones civiles, organizaciones no gubernamentales

y fundaciones, los miembros del clero nacional y demás organizaciones religiosas, los estudiantes de educación superior y de otros niveles educativos no amparados bajo la condición de beneficiarios, los trabajadores contratados por honorarios profesionales a tiempo determinado o para obra determinada, los miembros de las fuerzas armadas nacionales y los funcionarios públicos del servicio civil del estado, las entidades federales, los municipios, las instituciones autónomas y las empresas del sector público y el personal de los cuerpos de seguridad del estado (Artículo 7).

La inclusión de los funcionarios públicos y de los miembros de las Fuerzas Armadas Nacionales, generó muchos cuestionamientos al Proyecto, convirtiéndose en uno de los principales obstáculos para su aprobación, indicándose que si desde 1967 hasta el presente no fue posible incorporar los servicios médico-asistenciales de los Ministerios, Institutos Autónomos y demás entes públicos al IVSS, tal y como está previsto en el Artículo 3 de la Ley del Seguro Social vigente, ello es menos viable en este momento.

De igual forma, con respecto al personal de las Fuerzas Armadas, se ha dicho que no es conveniente trasladar la seguridad social de las Fuerzas Armadas Nacionales al Seguro Social, no sólo porque los militares disponen de una Ley que rige sus actividades, sino que además, en medio del caos de la seguridad social en Venezuela, ellos han logrado ciertos beneficios y avances importantes en cuanto a su protección social, mucho más significativos

que los alcanzados por otros grupos de trabajadores (Panorama, Jueves 18.04.96, 1-9).

En cuanto a los regímenes de afiliación y prestacionales, los contenidos en el Proyecto, salvo pequeñas variaciones, son muy similares a los contemplados en el Plan de Reestructuración y Descentralización del IVSS de 1995. En este sentido, basta señalar que el Proyecto desglosa en cinco (5) Regímenes de Afiliación los dos (2) Regímenes previstos en el Plan, de la siguiente forma: 1) Régimen General Obligatorio; 2) Régimen Especial Obligatorio; 3) Régimen Especial Facultativo Aplicable a los Trabajadores Autónomos, por Cuenta Propia e Informales; 4) Régimen Especial Facultativo aplicable a los Trabajadores Independientes que soliciten su afiliación después de los cincuenta (50) años de edad; y 5) Régimen Complementario Facultativo, aplicable a todas las categorías de afiliados (Artículo 10).

Los Regímenes Prestacionales serían dos (2), a saber: 1) El Régimen de Prestaciones Básicas, que comprende asistencia médica integral, protección en caso de pérdida del empleo, indemnización diaria por incapacidad temporal, pensiones por incapacidad parcial, invalidez, vejez y/o jubilación, viudedad y orfandad, asignaciones por nacimiento de hijos, para el cuidado de miembros de la familia con necesidades especiales y para gastos funerarios, créditos para la adquisición de viviendas y programas culturales, recreativos, de turismo social y de salud, con algunas variaciones según el régimen de afiliación de que se trate

(Artículos 12, 13, 14 y 15); y 2) El Régimen de Prestaciones Complementarias, al que tendrían acceso todos los asegurados, sin importar su régimen de afiliación, y que tiene por objeto mejorar la cuantía de las prestaciones básicas de asistencia médica integral, desempleo, pensión por invalidez, pensión por vejez y ahorro habitacional, mediante aportes voluntarios que serían administrados a través de cuentas o fondos de capitalización individual.

En cuanto a la organización del Instituto, el Proyecto propone pocos cambios, aunque no por ello, menos importantes. La administración del sistema de los Seguros Sociales continuaría a cargo del IVSS, esta vez remozado por un Consejo Directivo similar al previsto en la Ley vigente, con las mismas atribuciones pero constituido por ocho (8) miembros designados de manera diferente, ya que dos (2) serían nombrados por el universo de los afiliados cotizantes, dos (2) por los empleadores solventes con el Instituto, dos (2) por los jubilados y pensionados del IVSS, uno (1) por el Ministerio del Trabajo y uno (1) por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (Artículos 147 al 150).

Además, se crea un Consejo Ejecutivo integrado por un (1) representante de los afiliados, un (1) representante de los empleadores y un (1) representante del Ejecutivo Nacional, y que como su nombre lo indica, estaría encargado de ejecutar las políticas y directrices emanadas del Consejo Directivo (Artículos 151 al 153).

Se mantiene la oficina de Contraloría del Instituto con las mismas características que la existente, aunque se observa una importante disminución en el número de sus atribuciones (Artículos 158 y 159); y se dispone la creación de la Oficina Técnica Actuarial, a cargo del Actuario del Instituto quien sería designado por el Consejo Directivo (Artículos 160 y 161).

En cuanto al personal, en atención a la naturaleza básica y esencial del servicio que presta el Instituto, la función pública que cumple se regularía por el estatuto de personal que establecerá la carrera del funcionario de los seguros sociales, quedando cubierto lo no previsto en él, por la Ley Orgánica del Trabajo (Artículos 156 y 157).

En todo caso, el aspecto más resalante del Proyecto es su carácter universalista y centralizador. Universalista al pretender que el Instituto brinde protección al conjunto de toda la población, independientemente de si prestan o no servicios de manera subordinada, sin importar que estén incorporados al mercado formal o informal de trabajo. De hecho es precisamente de su carácter universalista, del que derivan las mayores críticas. El Proyecto quiere ser muy amplio y abarcar a toda la población tal y como lo dispone la Constitución Nacional, así como ofrecer una gran gama de prestaciones que van desde las pensiones "clásicas" hasta créditos para la adquisición de viviendas, programas culturales, recreativos, de turismo social, lo cual si bien es positivo, dada la situación económica imperante y la desorganización y caos en que se en-

cuentra la Seguridad Social en Venezuela, son muy difíciles de adelantar convirtiéndose prontamente en letra muerta o simplemente en causa de mayor burocracia, cuando lo esencial es garantizar pensiones básicas acordes con la inflación y con las necesidades reales de los beneficiarios que a fin de cuentas no los condenen a la indigencia por sus montos irrisorios y que sean entregadas de manera rápida y oportuna.

De igual forma, se lo considera **Centralizador**, porque le asigna al Instituto la misión de crear un régimen general y uniforme de protección social, coordinando "otras formas y modalidades previsionales fuertemente arraigadas, la prestación y garantía de los derechos consolidados, pero (...) evitando su reproducción, y sobre todo, la multiplicidad de instituciones oferentes de prestaciones y la concurrencia de varias de ellas, de similar naturaleza, en una misma persona o sujeto protegido" (Proyecto, 1995).

Ciertamente, en diversas oportunidades se ha señalado como una de las causas de la crisis que vive el IVSS y la Seguridad Social en general, la existencia de múltiples instrumentos legales, muchas veces contrarios entre sí, y en este sentido, se ha afirmado que la existencia de un instrumento legal único garantizaría el mejoramiento de las prestaciones de la Seguridad Social, sin embargo, el problema no estriba en pretender amparar a toda la población, sino en centralizar la administración del sistema de previsión social del universo de los habi-

tantes de la República en un ente o institución única, lo que podría ser contraproducente puesto que se estarían eliminando regímenes más protectivos, más beneficiosos para sus acreedores.

En definitiva, e independientemente del contenido del Proyecto, lo importante es que este constituyó el primer intento realizado para modificar la Ley del Seguro Social, pudiendo servir de base a los nuevos proyectos de reforma o a la Ley Marco sobre Seguridad Social que gracias al Convenio de la Tripartita deberán surgir próximamente.

3. La Descentralización del Seguro Social.

3.1 Antecedentes:

A finales de la década de los setenta y durante la mayor parte de los ochenta, el mundo capitalista en general, y especialmente los países latinoamericanos, se vieron afectados por una grave crisis económica y fiscal, la recesión en los países industrializados y el estancamiento en las economías subdesarrolladas fueron analizados desde diferentes perspectivas con el objeto, no sólo de explicar tales fenómenos sino fundamentalmente, encontrar soluciones; una de esas explicaciones es la conocida como "Consenso de Washington", la cual privilegia el papel de la descentralización y la privatización en el reacomodamiento económico.

El "Consenso de Washington" considera que el modelo de sustitución de importaciones adoptado como estrategia de desarrollo por los países lati-

noamericanos, constituye la causa de sus graves problemas, al propiciar el crecimiento de la economía hacia adentro y la mala inversión de los recursos, convirtiendo al Estado en un ente controlador e interventor que asumía papeles que no le correspondían o que podrían haber sido ejecutados más eficaz y eficientemente por el sector privado.

En consecuencia, la estabilización macroeconómica, el superávit fiscal, la reestructuración de los sistemas de previsión pública y reformas estructurales basadas en privatizaciones, reducción de la regulación de las transacciones financieras y comerciales por parte del Estado, así como la apertura del mercado hacia el capital extranjero (Keinert y Castro Silva, 1996) son sólo algunas de las medidas que el "Consenso de Washington" impone para superar la crisis.

En este contexto, a partir de 1989 aparecen con fuerza en Venezuela los discursos pro-descentralizador y pro-privatizador, cuando en medio de una ola de cambios "neoliberales" comienzan a observarse los primeros pasos de este proceso al ser promulgada la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público, y la Ley de Elección y Remoción de los Gobernadores de los Estados.

A partir de entonces, descentralización y privatización (al menos en Venezuela) serán consideradas como la panacea para resolver los graves problemas financieros (déficit presupuestario, pérdidas en las empresas del estado, corrupción, burocracia excesiva

va, etc.) y de gobernabilidad que por entonces vivía el aparato estatal; como sinónimos de modernización y progreso, y como el instrumento indispensable para incrementar la participación ciudadana y por esta vía "profundizar la democracia".

Tales expectativas e intereses generó la descentralización que algunos Estados (Zulia, Aragua, Carabobo) inmediatamente comenzaron a solicitar el traspaso de ciertas competencias (puertos, aeropuertos, salinas, papel sellado, etc.), las que no solo suponían el aumento de gastos y responsabilidades para los Ejecutivos Regionales, sino también la posibilidad de obtener nuevos ingresos. Al mismo tiempo, el Ejecutivo Nacional procedía a deslastrarse de empresas importantes como la Compañía Anónima Nacional Teléfonos de Venezuela (CANTV) y la Venezolana Internacional de Aviación (VIASA), de una manera que muchos consideraron apresurada y en medio de agrias discusiones, ya que existían otras absolutamente ineficientes e insolventes, que arrojaban más pérdidas que las antes indicadas. Así, descentralización y privatización aparecían indisolublemente ligadas, la segunda como complemento indispensable de la primera, y el Seguro Social no sería la excepción.

La descentralización del IVSS comenzó a plantearse por entonces, aunque formalmente, a partir de 1992, cuando es promulgada la Ley de Reestructuración del IVSS, en la que figura la acción de "descentralizar y regionalizar las funciones del Instituto" (Artí-

culo 4), como el primer paso para llevar adelante su reorganización. Más tarde, sin embargo, el Plan de Reestructuración y Descentralización del IVSS la considerará no como la primera sino como la etapa final del proceso de transformación de la Institución, en otras palabras como el medio para lograrla y como fin en sí misma, pues una vez concluido el reacomodo, se realizaría la transferencia de los Centros dispensadores de asistencia médica a los Estados, integrándolos a sus respectivos Sistemas Regionales de Salud.

3.2 Requisitos de la Descentralización.

La descentralización de un ente o servicio consiste en la transferencia del poder de toma de decisiones de una persona jurídica gubernamental a otra persona jurídica que esté por debajo en jerarquía (Martínez, 1996), o como afirma Jean Rivero (1984), es la toma de decisiones en nombre y por cuenta de una colectividad local por un órgano que emana de ella. De ahí que sea necesario el cumplimiento de ciertos requisitos o condiciones, sin cuya verificación la transferencia no podría lograrse, tratándose de una desconcentración en el mejor de los casos.

Así y siguiendo a Jean Rivero (1984), son tres las condiciones o requisitos necesarios para llevar adelante el traspaso de competencias, a saber: 1) el reconocimiento de una categoría de asuntos locales distinta de la categoría de asuntos nacionales; 2)

el otorgamiento a las colectividades o a entes de menor jerarquía (estados, municipios) de personalidad jurídica, lo que conlleva autonomía financiera (capacidad para generar sus propios ingresos o recursos) sin la cual es imposible que puedan gestionar sus asuntos; y 3) la elección de los órganos locales encargados de la gestión de las competencias o servicios transferidos por la colectividad y no por el poder central, lo que supone la participación activa de los ciudadanos no sólo en la elección sino en la supervisión y control de las actividades adelantadas por los órganos elegidos (Rivero, 1984).

Además de estos requisitos, también es indispensable que tanto el ente que transfiere las competencias y responsabilidades como el que las recibe tenga voluntad política para llevar adelante el proceso; que el ente que pretende las nuevas responsabilidades tenga capacidad administrativa y de gestión suficientes; el establecimiento de mecanismos de planificación y evaluación de los servicios que se prestarán; y la puesta en práctica de formas de participación ciudadana para la vigilancia y control de la gestión de las competencias y servicios transferidos (Daza, 1996).

Finalmente, es necesaria la existencia de un nivel "político-técnico" adecuado que sirva de interlocutor entre el ente que transfiere el servicio, el organismo que se está descentralizando y la comunidad en la que está ubicado y a la que va a atender. De esta manera, el primero marchará acorde a la realidad de la localidad y los usua-

rios encontrarán respuestas y soluciones a sus problemas, de lo contrario, como afirman Escobar y Solari (1996) "los problemas de la sociedad local terminarán en el despacho del ministro respectivo".

Precisados los alcances del proceso de descentralización en teoría, así como los requisitos necesarios para su efectiva realización cabe preguntarse si lo que hasta ahora se ha planteado como descentralización del IVSS es tal, y qué es en realidad lo descentralizable, pues mucho se ha dicho sobre las ventajas de la descentralización, pero muy poco sobre lo que va descentralizarse y los recursos con los que la transferencia se llevará a cabo.

Así, de acuerdo a la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público, el Poder Público Nacional está en capacidad de transferir a los Estados la prestación de ciertos servicios públicos que corresponden al Ejecutivo Nacional, y en diversas oportunidades se ha indicado que la Ley de Reestructuración del IVSS en su Artículo 4, Ordinal 1, establece como uno de los lineamientos a seguir el de "descentralizar y regionalizar las funciones del Instituto", es decir, administrar y controlar todos los ramos del seguro social (Artículo 51 Ley del Seguro Social, Artículo 11 Reglamento General). Esto último podría llevar a pensar que la función aseguradora, de previsión social que actualmente corresponde al IVSS, puede ser asumida por los Estados, bien a través de institutos pertenecientes a la administración descentralizada, o bien,

creando cada Entidad Federal o agrupación de éstas su propio sistema de seguridad social (red de seguridad social regional).

Sin embargo, y ajustándonos a lo descrito en el Plan de Reestructuración y Descentralización del IVSS de 1995, el único que hasta ahora ha explicado la forma en la que el "proceso de descentralización" se llevaría a cabo, una vez que se divide la estructura del Instituto en dos Subsistemas, el de Prestaciones en Dinero y el de Prestaciones en Asistencia Médica, al establecer los momentos que deben verificarse para su reestructuración, sólo hace referencia a la descentralización del Subsistema de Prestaciones en Asistencia Médica, con la consiguiente incorporación de los hospitales y ambulatorios del IVSS a los Sistemas Regionales de Salud de cada Entidad Federal, mientras que el Subsistema de Prestaciones en Dinero, únicamente se desconcentraría, traspasándose la competencia a funcionarios locales que actuarían en nombre de la autoridad central.

En cuanto a los términos en los que el traspaso de dichas competencias debía verificarse, aunque de acuerdo con el Plan se otorgarían a los Estados "atribuciones plenas de decisión y poder de toda la prestación asistencial ...", el Instituto se reserva el manejo de aspectos claves como el dictado de políticas, normas técnicas, planificación y financiamiento del sector, formación de recursos humanos, supervi-

sión, control y evaluación y adquisición de grandes equipos.

Si como ya se dijo, no sólo basta para descentralizar la voluntad política y el reconocimiento de una categoría de asuntos locales sino también y principalmente, la autonomía financiera, resulta fácil concluir que de acuerdo al Plan, el Subsistema de Asistencia Médica no sería descentralizado, sino desconcentrado, ya que tanto hospitales como ambulatorios dejarían de ser "regentados" por funcionarios del IVSS para pasar a manos de funcionarios propuestos por los Estados, pero designados por el Instituto, carentes de todo poder, pues no dispondrían de autonomía financiera, indispensable para que cada centro pueda invertir los recursos de acuerdo a sus necesidades más urgentes (y quien mejor que la propia directiva, personal y usuarios para conocerlas), y "reclutar un personal bien remunerado, capacitado y con alta motivación de logro...." (Escobar y Solari, 1996)

Visto así el proceso, los Estados serían los administradores de los Centros Asistenciales y los ejecutores de las políticas y programas diseñados desde Caracas por el IVSS, quien además suministraría los recursos, seleccionaría el personal y vigilaría el funcionamiento de los centros y por supuesto, la gestión adelantada por los gobiernos regionales.

Sin embargo, independientemente de lo que establece el Plan de Rees-

tructuración y más recientemente, la Comisión Tripartita, son muchas las "áreas" descentralizables dentro del IVSS, con lo que se lograría mayor eficiencia y disminución del gasto.

Obviamente, la formulación de las políticas del Instituto, el dictado de normas técnicas, el financiamiento y la supervisión general no pueden ser transferidas, pero, si es posible y conveniente trasladar la planificación (recursos, dotación, planta física, gerencia hospitalaria, cooperación interinstitucional, extensión de riesgos y beneficios), la ejecución (pago de prestaciones, control de asistencia médica, recaudación de cotizaciones) y la evaluación (control de metas para evitar desviaciones burocráticas, cotizaciones, personal, sustanciación de expedientes, recaudaciones, gastos operativos) (Díaz, 1994), tanto del Subsistema de Prestaciones en Dinero como del Subsistema de Prestaciones en Asistencia Médica; sólo de esta manera se lograría el acercamiento del Servicio o Instituto a los usuarios, se instrumentarían mecanismos de coordinación más eficaces entre el poder central y las entidades federales, y se aprovecharían mucho más los recursos, mejorando la calidad del servicio.

3.3 Ventajas y Desventajas de la Descentralización.

Desde una perspectiva muy general, las ventajas de la verdadera, de la auténtica descentralización del IVSS parecen ser muchas, pues mejoraría la calidad del servicio prestado gracias al control ejercido desde cerca y a los recursos extras provenientes de la au-

togestión; se deslastraría al Instituto de la pesada carga que supone el manejo de personal, el mantenimiento de la infraestructura física, la dotación de los materiales y equipos indispensables para la prestación de la asistencia médica, así como la construcción de nuevos centros. De igual forma, se propiciaría el acercamiento de los asegurados y beneficiarios al Instituto.

En cuanto a las desventajas, no son pocas, escasez de recursos económicos en los Ejecutivos Regionales para hacer frente a estos nuevos gastos, pues aunque la Ley Orgánica de Descentralización dispone que al transferirse los servicios contemplados dentro de las competencias concurrentes, como lo es la salud pública y la nutrición...." (asistencia médica), también serán transferidos a los Estados los recursos asignados por el Poder Nacional para la prestación del servicio (Artículo 6, Ordinal 5), de igual forma es cierto que, independientemente de las transferencias, "cada Entidad Federal deberá destinar a sus programas de inversión un mínimo del 50% del monto que le corresponda por concepto de situado constitucional en: desarrollo educativo, cultural y tecnológico (...); programas de atención a la familia y al niño en situación irregular; salud y asistencia social (...); la construcción y dotación de edificios médico - asistenciales (...); y programas de promoción, construcción y financiamiento de obras y servicios destinados al desarrollo de la industria (Díaz, 1994).

A estas erogaciones hay que sumar las provenientes de los "programas sociales" desarrollados paralelamente

por Gobernaciones, Legislaturas, Alcaldías y Cámaras Municipales, sin coordinación alguna entre ellas y mucho menos con el Poder Nacional. Se trata de pensiones, becas, centros terapéuticos, guarderías, ancianatos, etc., que lejos de contribuir al mejoramiento y bienestar general de la población, individualizan las necesidades, atomizan los recursos, incrementan la burocracia e incitan el clientelismo político (Díaz, 1994).

Otro problema, lo constituyen los elevados pasivos laborales que arrastran los Centros del IVSS y en general todo el Instituto, el mal estado en que se encuentran la casi totalidad de los hospitales y ambulatorios a transferir, la experiencia hasta ahora negativa (salvo en Carabobo) de las Entidades Federales que han intentado descentralizar los centros asistenciales dependientes del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, las trabas que la propia Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público contiene, y sobre todo, la poca garantía de recibir del poder central los recursos financieros para llevar adelante el proceso.

3.4 Descentralización del Seguro Social = Mayor Participación.

Cuando se habla de participación generalmente se piensa en participar políticamente o en participación política, la que si bien es cierto, es quizás la forma más frecuente de participación, no es la única. Participar significa tomar parte, intervenir en algo que

despierta el interés; la participación política va más allá, pues se trata de los "esfuerzos organizados de los ciudadanos para escoger los jefes políticos y para ejercer influjo continuo en la conducción de la cosa pública (Weiner, citado por Neira, 1985).

Los motivos para participar son infinitos y variadas las formas de participación; en todo caso, lo que si parece estar claro es que el que los individuos participen o dejen de hacerlo, no depende necesariamente de la existencia de mecanismos expresamente consagrados en las leyes, sino del proceso de socialización política que viven como ciudadanos, el que a su vez, tiene que ver con su entorno familiar, comunitario, con la educación que han recibido y los mensajes que fluyen de la sociedad, que van haciendo crecer el interés por tomar parte en los asuntos que los afectan directamente (Escobar y Solari, 1996).

En cuanto a las formas de participación, al menos en política, pueden darse varias, aunque tradicionalmente se hace referencia a dos: la institucional, que tiene lugar "cuando se participa en el funcionamiento o gestión de los poderes públicos (...) y cuando se participa electoralmente (...) mediante el aporte personal a la campaña y/o votando"; y la organizada, cuando se participa en política por medio de los partidos, los sindicatos, los clubes políticos y hasta los grupos subversivos (Neira, 1995), pero también se puede participar en forma autónoma y espontánea.

En Venezuela, la participación de los asegurados y beneficiarios del Se-

guro Social en la toma de decisiones relativas al funcionamiento del Instituto, no aparece prevista ni en la Ley del Seguro Social, ni en su Reglamento General; de hecho, el mayor acercamiento que pueden tener a las mismas se verifica sólo a través de los representantes de los asegurados al Consejo Directivo del Instituto, quienes a su vez provienen o son designados por la CTV "como organización laboral más representativa".

Instrumentos legales más recientes como la Ley de Reestructuración del IVSS, tampoco contemplan la participación de los asegurados en dicho proceso; de igual forma, el Plan de Reestructuración y Descentralización del IVSS de 1995, excluye la intervención de los asegurados en sus diferentes etapas, lo que hasta cierto punto es comprensible, dado que como se ha planteado anteriormente, éste no propone una verdadera descentralización sino una simple desconcentración.

Sólo el Proyecto de Ley Orgánica del Sistema de los Seguros Sociales en Venezuela prevé la participación de los asegurados, aunque apenas se refiere a ella en una de sus disposiciones, de acuerdo con la cual el IVSS deberá crear "los mecanismos que permitan y faciliten la participación activa de los afiliados en la gestión, supervisión y control de los seguros sociales (...)", facilitando la constitución de Comunidades de Afiliados Usuarios en los Centros de Atención Médica y en cualquiera otro servicio, correspondiendo al Reglamento de la Ley regular las formas de participación de los afiliados (Artículo 167).

Sin embargo, y a pesar de la carencia de mecanismos formales de participación, durante los últimos años, los asegurados y pensionados del IVSS han venido participando espontáneamente, no sólo con el objeto de obtener reivindicaciones particulares como el aumento del monto de las pensiones o la atención a los enfermos renales, sino de hacerse sentir como parte interesada de una institución, de un grupo social, del país.

En efecto, la existencia de una enorme distancia entre asegurados y representantes, la falta de legitimidad de estos últimos e incluso el desconocimiento por parte de los asegurados de quienes son las personas que ejercen su representación, motivó la creación de otros canales de participación menos formales y más efectivos como el Comité de Defensa de los Derechos Humanos y Pensionados del IVSS, que tras la realización de movilizaciones que aunque tardíamente y muchas veces por debajo de las expectativas planteadas, han permitido ciertos logros importantes, demuestran que los ciudadanos quieren tomar parte en la solución de los problemas que los afectan directamente, pero por sobre todo, quieren ser escuchados.

La ampliación de los canales de participación popular y la aparición de otros nuevos, es el resultado de los grandes cambios que se están produciendo a nivel mundial, de la globalización y los procesos de ajuste estructural que están viviendo actualmente los países de América Latina, y a los que Venezuela no es ajena. Tales transformaciones han motivado la aparición de

nuevos actores sociales (asociaciones, ONG's, etc.), modificando el carácter de los actores tradicionales, que ya no luchan por reivindicaciones generales, sino por demandas sectoriales, localizadas y muy particulares (Keinert y Castro Silva, 1996).

Es en este contexto de cambios estructurales, en el que aparece la descentralización generalmente asociada con la participación. Ciertamente, la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones suele incrementarse cuando se llevan a cabo procesos de descentralización en los que la administración se acerca a los administrados, pues ello supone autoridades locales nombradas por la localidad y conocedoras de sus problemas, distancias más cortas entre administración y administrados y, soluciones más rápidas a los problemas.

Pero, es necesario tener presente que la descentralización no es garantía absoluta de mayor participación, pues aunque se personalice el servicio, aunque la "agencia" encargada de prestarlo se encuentre más cerca de los usuarios y este pueda formular sus quejas y/o sugerencias de una manera más directa, "algunos servicios locales pueden ser tan tiranos como el más centralizado" (Díaz, 1994).

4. Consideraciones Finales.

Durante las últimas dos décadas, el IVSS ha venido sufriendo un continuo deterioro en su organización, infraestructura y equipos, lo que se ha traducido en la disminución de la calidad de los servicios que presta.

Diversas causas, "domésticas" y estructurales se encuentran en la raíz de sus problemas. Clientelismo, burocracia, corrupción, escasos o inexistentes sistemas de control, desvío de partidas y dineros de los fondos del seguro hacia otros gastos, son sólo el comienzo de la larga lista de factores que han motivado su quiebra.

Además, hay que sumar la mora o simplemente el incumplimiento absoluto de los patronos, sobre todo el Estado, con sus obligaciones para con el Instituto (pago de cotizaciones), el exiguuo salario base para el cálculo de las cotizaciones, la disminución del número de cotizantes debido al cierre de empresas y a la incorporación de mayor cantidad de mano de obra al mercado informal de trabajo; la ausencia de estudios actuariales; y el continuo incremento en los costos de la asistencia médica.

Precisamente, esta última, ha sido señalada como una de las principales causas de la actual crisis del IVSS. Tradicionalmente, la mayoría de los países que adoptaron como sistema previsional la estrategia de los Seguros Sociales, separaban las prestaciones dinerarias, de las que el seguro se encargaba directamente, de la prestación de asistencia médica, suministrada por entes públicos y/o privados a los que el seguro social contrataba.

En Venezuela, al momento de crearse el IVSS (1944) el país apenas comenzaba a transitar el camino de la modernidad (siendo precisamente la creación del Seguro Social uno de los primeros pasos), quizás ello explique

el que el Instituto se viera en la necesidad de asumir la asistencia médica, dada la inexistencia de centros en disposición y capacidad de ofrecerla. Poco a poco la prestación de asistencia médica fue mejorando, ampliándose cada vez más tanto el servicio en sí mismo (nuevas especialidades), como la cobertura poblacional al extenderse los centros a diversas regiones del territorio, además de la capital. Asimismo, la solvencia económica del país y el ambiente político fueron consolidándola como parte esencial del Seguro, en lugar de propiciar su separación, a tal punto que en la actualidad el IVSS cuenta con 33 hospitales y 65 ambulatorios distribuidos en todo el territorio nacional.

Los gastos que supone la prestación de asistencia médica, sobre todo el pago de personal, aumentan enormemente cada año, pronunciando aún más el déficit presupuestario que arrastra la Institución. De igual forma, hacen aumentar los gastos de asistencia médica, la inflación, la devaluación de la moneda y el aumento en el flujo de pacientes, no asegurados ni beneficiarios del IVSS que acuden a los centros del Instituto debido al mal funcionamiento de los hospitales y ambulatorios dependientes del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Para dar solución a estos problemas y consecuentemente, mejorar la calidad de los servicios prestados por la Institución, se inició el proceso de reestructuración del IVSS, planteándose la descentralización como principal salida a la crisis.

Esta elección obedeció quizás más a la moda que a un estudio concienzudo de la real situación del Instituto, así como de los alcances y consecuencias de un verdadero proceso de descentralización. Prueba de ello, es que en un primer momento no se indicó con claridad lo que habría de transferirse, aunque más tarde, se precisó que se trataría de la prestación de asistencia médica y a tal efecto, se diseñó un Plan de Reestructuración y Descentralización a cumplirse en varias etapas que demostraron que se trataba de un simple proceso de desconcentración puesto que el Instituto continuaba reservándose la toma de decisiones tanto en aspectos claves, como en otros meramente cotidianos.

Con la firma del Acuerdo Tripartito la situación del IVSS tampoco se ha clarificado, pues si bien en principio se planteó su desmontaje, entendiéndose como tal la separación del Fondo de Pensiones que se crearía por decreto y que estaría administrado por una Comisión Tripartita, la separación de la Asistencia Médica, y la separación del Paro Forzoso que pasaría a manos del Ministerio del Trabajo, más tarde, el propio Ministro de Estado para la Reforma de la Seguridad Social, usó la expresión "desmontaje", para referirse al saneamiento de la Institución, a la sinceración de su nómina, al despido de más de 25.000 trabajadores que cobran sin trabajar (nómina blanca), y a la reorganización de la atención a los enfermos renales, de cáncer, sida y otras enfermedades costosas.

La separación del Area o Subsistema de Prestaciones en Dinero, del

Area o Subsistema de Prestaciones en Asistencia Médica, ha sido confirmada y se hará efectiva, mediante el traspaso de la red de asistencial patrimonio del Instituto al Subsistema de Salud, para ser "administrados bajo diferentes modelos de gestión". Esto último pareciera descartar la continuación del proceso de descentralización de los centros asistenciales del IVSS, haciendo pensar más en una privatización de los mismos, puesto que el Acuerdo también afirma que se garantizará "al asegurado escoger libremente el ente público, autogestionario o privado, que le dispensará el servicio de atención médica, mientras que el IVSS se encargará únicamente de cancelar las facturas que presenten los asegurados y beneficiarios mediante un sistema tarifado creado a tal fin.

En todo caso, independientemente de lo acordado por la Tripartita y de los nuevos instrumentos legales que al respecto puedan surgir, la descentralización continua siendo una alternativa viable para hacer eficaz y eficiente, no sólo la prestación de asistencia médica, sino el funcionamiento general del IVSS o de la institución que asuma el control de la Seguridad Social en el país, aunque deben tenerse en cuenta ciertas consideraciones.

En primer lugar, es necesario reconocer que la descentralización supone el traslado de competencias y recursos a los Estados, de manera que sean estos los que administren y ejecuten, siempre bajo la vigilancia de un ente rector que establezca la política general de la institución y los lineamientos

generales para su funcionamiento, pero, que al mismo tiempo, le permita o proporcione libertad de acción a los Gobiernos Regionales quienes se encargarían de la prestación del servicio.

Asimismo, es necesario tomar en cuenta las particularidades de cada Estado al que se traspasarán las competencias, y la situación en que se encuentran los centros asistenciales a descentralizar ya que esta no es uniforme en todos los casos.

De hecho, se supone que el Ejecutivo Nacional transferirá los centros y los recursos que en el Fondo de Asistencia Médica se destinaban a esta prestación. El problema es que el Fondo se encuentra descapitalizado y al asumir los Estados los distintos centros tendrán que incurrir en nuevos gastos para los que no están preparados, y aún estándolo, no podrán asumir, de manera que se estarían transfiriendo nuevos problemas y no soluciones a las Entidades Federales.

Una salida a este problema, sería la privatización de los centros una vez que sean transferidos debido a la incapacidad en que se encuentran los Estados para administrar y lograr el cabal funcionamiento del servicio que han recibido, pero, al mismo tiempo, surge otro problema, pues si los centros son privatizados a quien corresponderá la vigilancia, control, seguimiento y dictado de políticas? ... a los gobiernos regionales o al IVSS u organismo rector de la seguridad social? Si estas tareas corresponden a los primeros, posiblemente se crearía más burocracia y mayores oportunidades de corrupción, precisamente lo que se quiere corregir; si el

encargado es el segundo, no tendría sentido descentralizar los centros para que luego los Estados los privaticen, sino o bien privatizarlos directamente, o sólo descentralizar aquellos que puedan ser asumidos por los Gobiernos Regionales.

También, hay que considerar las abultadas nóminas que se manejan en estos centros y la inevitable reducción de las mismas en caso de que se llevara a cabo un verdadero proceso de descentralización y/o privatización, así como los enormes pasivos laborales que el Instituto no puede cancelar.

En segundo lugar, se encuentra la participación, aunque generalmente se asocia descentralización con mayor participación, esto no necesariamente es así, pues si bien es cierto, en muchos casos el proceso de transferencia se lleva a cabo debido a la presión ejercida por grupos de intereses organizados que gestionan ante el gobierno central el traslado de las competencias que serán adelantadas a su vez por autoridades locales, la mayoría de las veces la iniciativa no proviene de los ciudadanos propiamente dichos, lo que hace surgir una interrogante: están los asegurados interesados en participar en la toma de decisiones del instituto? ó simplemente quieren que les sean solucionados sus problemas?

Como se ha visto, el establecimiento de mecanismos de participación en instrumentos legales no garantiza la participación real de los ciudadanos y hasta ahora, los instrumentos a través de los cuales se ha pretendido reestructurar el IVSS, no mencionan ningún mecanismo de participación, sal-

vo un artículo del Proyecto de Ley Orgánica del Sistema de los Seguros Sociales en Venezuela. Tampoco toca este punto el Acuerdo Tripartito (aunque este ha sido considerado en sí mismo como el resultado de la participación o como una forma de participación), pero es posible que ello esté contenido en las reformas legislativas y en las nuevas leyes que habrán de ser promulgadas para dar vida al Acuerdo.

Lo que sí está claro, es que independientemente de que existan o no mecanismos de participación, con la transferencia de los centros asistenciales a los Estados, se acercan los centros de toma de decisiones a los ciudadanos quienes podrán elevar sus quejas y ser escuchados más fácil y rápidamente, pudiendo además aportar ideas y soluciones viables a los problemas que enfrenta el Instituto en su localidad.

Es precisamente en este punto en el que cabría determinar que esperan, que demandan trabajadores (asegurados), empresarios y hasta el mismo Estado del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales?, pues en la medida en que respondamos a esta interrogante también sabremos si la participación de los involucrados en el funcionamiento del IVSS o de la institución que tenga a su cargo el manejo de la seguridad social, será efectiva, si se ampliarán los escenarios para participar y si los "involucrados" se involucrarán realmente con el Instituto y con el Sistema.

Obviamente las demandas e intereses de los grupos indicados varían,

aunque no son diametralmente opuestos, los asegurados reclaman protección, pensiones dignas, suficientes, asistencia médica de calidad; los empleadores, esperan ver los resultados de las contribuciones al sistema, y como los primeros, desean prestaciones de calidad o al menos oportunas, que no los obliguen a contratar seguros privados o a continuar cancelando salarios a trabajadores incapacitados porque el instituto rector de la seguridad social no cumple su deber; en cuanto al Estado, lo que este debe demandar al sistema de seguridad social, no es del todo distinto a lo que demandan los restantes actores, para el Estado la protección de la población supone una inversión de recursos por lo que también exige el autosostenimiento del sistema y el otorgamiento de prestaciones que le permitan redistribuir ingresos y evitar conflictos sociales.

En tercer lugar, con la descentralización de la asistencia médica, el IVSS se deslastraría de más del cincuenta por ciento de las tareas que adelanta directamente, quedando encargado únicamente de las prestaciones dinerarias (pensiones, indemnizaciones, cancelación de cuentas a los centros dispensadores de asistencia médica, etc.), recaudación de cotizaciones, pero, si además y como hemos visto en páginas precedentes es posible descentralizar otras áreas como recaudación de cotizaciones, administración de los recursos, etc., puede concluirse que las tareas del IVSS quedarían reducidas a las de un Instituto rector, encargado de las funciones de alta po-

lítica, formulación de planes y programas, de normas técnicas, y sobre todo, supervisión, control y evaluación tanto de los entes dispensadores de la asistencia médica como de las áreas descentralizadas dentro del subsistema de prestaciones en dinero y de los nuevos Subsistemas de Política Habitacional, Formación Profesional y Recreación previstos en el Acuerdo de la Tripartita, prestando directamente un mínimo de servicios.

Hasta ahora la reestructuración del IVSS no se ha concretado básicamente porque en ningún momento se planteó una verdadera reorganización, se trató de una serie de "propuestas" dirigidas a acallar a quienes denunciaban las corruptelas y el mal funcionamiento del Instituto; pero si existe algo que reconocerle de positivo a este proceso que ya ha superado los cinco años de duración es el haber escogido la descentralización como bandera, quizás, más por esnobismo que por real convicción la que en todo caso, como hemos visto si constituye una alternativa para "reorganizar", ahora de verdad la seguridad social venezolana.

Creemos en la descentralización como salida efectiva a buena parte de los problemas del IVSS, los que no desaparecerán por un simple cambio en su denominación, ni con la repartición o fraccionamiento de sus responsabilidades entre otros entes nacidos con los mismos vicios y bajo una concepción centralista. El cambio, sólo será posible, mediante la ejecución de acciones contundentes que logren el aumento de los ingresos de la Institución rectora de la Seguridad Social, la

disminución de su personal, la racionalización del gasto y sobre todo el cumplimiento de sus tareas claves: planificación, supervisión y control.

Bibliografía

Almansa Pastor, José Manuel. **Derecho de la Seguridad Social**. Séptima Edición. Editorial Tecnos. Madrid - España. 1991.

Coraggio, José Luis. "La Propuesta Descentralizadora: Límites y Posibilidades". En: **Revista El Ojo del Huracán**. Ediciones el Ojo del Huracán. Año 7. No. 25/26. Caracas. Venezuela. Febrero-Junio 1996.

Daza, Humberto. "La Descentralización, Gobierno Local y Participación Ciudadana". En: **Revista El Ojo del Huracán**. Ediciones el Ojo del Huracán. Año 7. No. 25/26. Caracas. Venezuela. Febrero-Junio 1996.

Díaz, Luis Eduardo. "Campo de Aplicación del Derecho de la Seguridad Social en Venezuela (Contribución a una Teoría de la Seguridad Social que sirva para la Práctica Social)". Universidad del Zulia. Maracaibo - Venezuela. 1994.

"El Impacto de los Programas de Ajuste Estructural sobre las Prestaciones Sociales de los Países en Desarrollo". En: **Revista Internacional de Seguridad Social**. Asociación Internacional de Seguridad Social. Volumen 49. No. 2/96. Ginebra - Suiza.

Escobar, Santiago y Ricardo Solari. "EL Municipio y la Democracia Moderna". En: **Revista Nueva Socie-**

dad. No. 142. Caracas - Venezuela. Marzo - Abril 1996.

Fernández, Pastorino. **Seguridad Social**. Editorial Universidad. Buenos Aires - Argentina. 1989.

Fernández Toro, Julio César. "La Descentralización es una Oportunidad para la Democracia". En: **Revista El Ojo del Huracán**. Ediciones el Ojo del Huracán. Año 7. No. 25/26. Caracas. Venezuela. Febrero-Junio 1996.

Keinert, Tania Margarete y Claudete de Castro Silva. "Globalización, Estado Nacional e Instancias Locales de Poder en América Latina". En: **Revista Nueva Sociedad**. No. 142. Caracas - Venezuela. Marzo - Abril 1996.

"Los Países en Transición Económica: La Búsqueda de un Adecuado Sistema de Protección Social". En: **Revista Internacional de Seguridad Social**. Asociación Internacional de Seguridad Social. Volumen 49. No. 2/96. Ginebra - Suiza.

Martínez Abdenur, Ramón. "Experiencia de la Privatización en la Descentralización". En: **Revista El Ojo del Huracán**. Ediciones el Ojo del Huracán. Año 7. No. 25/26. Caracas. Venezuela. Febrero-Junio 1996.

"Mejorar la Efectividad de los Programas de Seguridad Social". En: **Revista Internacional de Seguridad Social**. Asociación Internacional de Seguridad Social. Volumen 49. No. 2/96. Ginebra - Suiza.

Ministerio del Trabajo. **Memoria y Cuenta**. Caracas - Venezuela. 1995.

Neira Fernández, Enrique. **El Saber del Poder. Introducción a la Ciencia Política**. Segunda Edición. Editorial Norma. Bogotá - Colombia. 1986.

Proyecto de Ley Orgánica del Sistema de los Seguros Sociales en Venezuela. En: **Revista Gaceta Laboral**. Centro de Investigaciones y Estudios Laborales y Disciplinas Afines (CIELDA). Volumen 2, No. 2. Maracaibo - Venezuela. Julio 1996.

República de Venezuela. Congreso Nacional. "Ley del Seguro Social". G.O. No. 1.096. Extraordinario del 6 de Abril de 1967. Caracas - Venezuela.

República de Venezuela. Congreso Nacional. "Reglamento General de la Ley del Seguro Social". G.O. No. 2.427. Extraordinario del 20 de Marzo de 1979. Caracas - Venezuela.

República de Venezuela. Congreso Nacional. "Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público". G.O. No. 4.153. Extraordinario del 28 de Diciembre de 1989. Caracas - Venezuela.

República de Venezuela. Congreso Nacional. "Ley de Reestructuración del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales". G.O. No. 34.921 del 12 de Marzo de 1992. Caracas - Venezuela.

República de Venezuela. Congreso Nacional. "Plan de Reestructuración del Instituto Venezolano de los Seguros

Sociales". Caracas - Venezuela. 1995.

República de Venezuela. Congreso Nacional. Presidencia de la República. Decreto No. 345 del 14 de Septiembre de 1994. G.O. No. 35.552. Caracas - Venezuela. Jueves 22 de Septiembre de 1994.

República de Venezuela. Presidencia de la República. Decreto No. 414 del 9 de Noviembre de 1994. G.O. No. 35.587. Caracas - Venezuela. Lunes 14 de Noviembre de 1994.

Rivero, Jean. **Derecho Administrativo**. Novena Edición. Universidad Central de Venezuela. Caracas - Venezuela. 1984.

Thompson, Lawrence H. "Ventajas e Inconvenientes de Distintas Estrategias de Protección Social. En: **Revista Internacional de Seguridad Social**. Asociación Internacional de Seguridad Social. Volumen 48. No. 3-4/95. Ginebra - Suiza.

Panorama, Jueves 18.04.96, Pág. 1-9

Panorama, Martes 18.03.97, Pág. 1-9, 4-8

Panorama, Miércoles 19.03.97, Pág. 1-8, 1-9, 1-10, 4-9.

Panorama, Domingo 30.03.97, Pág. 1-7, 4-5.

Panorama, Martes 15.04.97, Pág. 1-11.

El Nacional, Miércoles 19.03.97, Pág. D-2, E-6.