Informe técnico No. 12-S

ORGANIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO EN EL ECUADOR

Presentado a la
Misión de USAID en el Ecuador
y a la
División de Política y Reforma Sectorial
Centro de Población, Salud y Nutrición
Oficina de Programas Mundiales, Apoyo de Campo e Investigación
Agencia para el Desarrollo Internacional

Por

Dieter K. Zschock
Jazmina Estupiñán
Consultores, Abt Associates, Inc.

Noviembre 1994

PROYECTO DE FINANCIAMIENTO Y SUSTENTABILIDAD DE LA SALUD (HFS)

ABT ASSOCIATES, INC., Contratista principal
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 USA
Tel: (301) 913-0500 Fax: (301) 652-3916
Télex: 312638

Management Sciences for Health, Subcontratista
The Urban Institute, Subcontratista

Contrato AID No. DPE-5974-Z-00-9026-00

EXTRACTO

Este estudio exploratorio analiza la organización y el financiamiento del Seguro Social Campesino Ecuatoriano (SSC), una dependencia del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). El SSC opera más de 500 dispensarios que proporcionan servicios de atención básica en salud a 153.000 familias rurales que aportan con pagos mensuales a través de sus organizaciones comunitarias. El estudio plantea que el IESS y el Gobierno, que co-financian al SSC, deben examinar a este último aislándolo de las actuales propuestas de reformas al IESS. El SSC en la actualidad atraviesa por dificultades administrativas y financieras. La contratación de personal y el suministro de medicamentos, administrados por el IESS, son "cuellos de botella" en las operaciones del SSC, pero éste también es ineficiente en la gerencia de sus recursos humanos y financieros. El estudio resume estos problemas, proporciona un análisis sobre el financiamiento del SSC y ofrece recomendaciones.

RECONOCIMIENTOS

Este estudio exploratorio fue realizado a través del Proyecto Financiamiento y Sostenibilidad de la Atención en Salud, financiado por AID, a petición de USAID/Ecuador, y en cercana cooperación con el Director Nacional y los directivos del Seguro Social Campesino Ecuatoriano (SSC). El objetivo del estudio fue complementar un análisis económico ya existente sobre el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), organización matriz del SSC. El autor de aquel análisis, Carmelo Mesa-Lago, realizó también una revisión de un primer borrador del presente estudio y sus sugerencias han sido incorporadas a la preparación del borrador final.

La investigación para las observaciones del estudio sobre la organización y gerencia del SSC se llevó a cabo a través de entrevistas a los directivos del SSC a nivel central y regional (ver entrevistas). La investigación y el análisis sobre el financiamiento del SSC fueron realizadas en asociación cercana con el Director de la División Económica del SSC, Nilo Macías, y su asistente Giovanny Apolo. Eileen Zappia fue de gran ayuda en la preparación de las tablas sobre datos financieros y en la producción del estudio en la Universidad Estatal de Nueva York en Stony Brook.

Los autores expresan su profundo aprecio al Director Nacional del SSC, Coronel Fausto Flores, por su apoyo y guía, y al Director Médico del SSC, Doctor Rodrigo Viñán; al Doctor Pedro Barreiro, al Licenciado Antonio Montalvo y al Licenciado Luis Tuicanaza que realizaron comentarios al borrador de este informe, y al personal de *Abt Associates, Inc.*, que proporcionó servicios administrativos para este estudio. Los autores asumen la responsabilidad por el análisis y las recomendaciones del estudio.

Dieter K. Zschock
Jazmina Estupiñan

INDICES

RECONOCIMIENTOS i

LISTA DE CUADROS v

LISTA DE ACRONIMOS vii

RESUMEN EJECUTIVO ix

1.0 INTRODUCCION 1

2.0 ORGANIZACION 3

3.0 FINANCIAMIENTO 7

4.0 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 11
- 4.1 ORIENTACIÓN DEL PROGRAMA DEL SSC 11
- 4.2 RECLUTAMIENTO DEL PERSONAL MÉDICO 11
- 4.3 APOYO DE LA COMUNIDAD 12
- 4.4 LIDERAZGO ADMINISTRATIVO 12
- 4.5 MANEJO FINANCIERO DEL IESS 13
- 4.6 MANEJO FINANCIERO DEL SSC 13
- 4.7 NIVEL Y COMPOSICIÓN DEL FINANCIAMIENTO 14

CUADROS 17

ANEXOS 33

ANEXO 1 35

ANEXO 2 37

ENTREVISTAS 39

FUENTES 41

LISTA DE CUADROS

CUADRO 1
SEGURO SOCIAL CAMPESINO
COBERTURA ACTUAL, CENTROS DE SALUD Y PERSONAL 19

CUADRO 2
SEGURO SOCIAL CAMPESINO
DISTRIBUCION DEL TIEMPO DE LOS MEDICOS, 1993 20

CUADRO 3
SEGURO SOCIAL CAMPESINO
FUENTES DE INGRESO, 1990—93 (en miles de sucres corrientes) 21

CUADRO 4
SEGURO SOCIAL CAMPESINO
INGRESOS ANUALES, EGRESOS Y EXCEDENTES, 1985—1994
(en millones de sucres corrientes) 22

CUADRO 5
SEGURO SOCIAL CAMPESINO
PRESUPUESTOS Y GASTOS, 1989—93 (en miles de sucres corrientes) 23

CUADRO 6
INFLACION EN ECUADOR, 1989—93
(1989 = 100) 23

CUADRO 7
SEGURO SOCIAL CAMPESINO PRESUPUESTOS Y GASTOS, 1989—93
(en miles de sucres constantes de 1989) 24

CUADRO 8
CRECIMIENTO DEL PIB EN ECUADOR, 1989—93 24

CUADRO 9
SEGURO SOCIAL CAMPESINO: BALANCE PRESUPUESTARIO SEGUN ITEM
(en miles de sucres corrientes) 1989 25

CUADRO 10
SEGURO SOCIAL CAMPESINO: BALANCE PRESUPUESTARIO SEGUN ITEM
(en miles de sucres corrientes) 1990 26

CUADRO 11
SEGURO SOCIAL CAMPESINO: BALANCE PRESUPUESTARIO SEGUN ITEM
(en miles de sucres corrientes) 1991 27

CUADRO 12
SEGURO SOCIAL CAMPESINO: BALANCE PRESUPUESTARIO SEGUN ITEM
(en miles de sucres corrientes) 1992 28

CUADRO 13
SEGURO SOCIAL CAMPESINO: BALANCE PRESUPUESTARIO SEGUN ITEM
(en miles de sucres corrientes) 1993 29

CUADRO 14
SEGURO SOCIAL CAMPESINO: COMPOSICION DE ASIGNACIONES
CODIFICADAS 1989—1993 (en porcentajes) 30

CUADRO 15
SEGURO SOCIAL CAMPESINO: PRESUPUESTO 1993 Y GASTOS POR EL NIVEL
ADMINISTRATIVO Y PROGRAMA (en miles de sucres corrientes) 31

LISTA DE ACRONIMOS

PIB	Producto Interno Bruto
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
SSC	Seguro Social Campesino
US	Estados Unidos

RESUMEN EJECUTIVO

Este estudio explora la organización y el financiamiento del Seguro Social Campesino (SSC), programa del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). El SSC, que fue creado como un programa piloto en 1968, proporciona servicios básicos de salud para todos los miembros de 153.000 hogares rurales y pequeñas pensiones para los jefes de estos hogares. Los servicios del SSC corresponden a un 40% de la cobertura total del IESS pero absorben solamente el 4% de los gastos del Instituto.

El SSC está financiado por el IESS y subsidios estatales, que en conjunto cubren un 80% de los gastos totales del programa; el monto restante es financiado por el producto de las inversiones del SSC y por las contribuciones mensuales de sus afiliados. Los servicios de salud son proporcionados por médicos, odontólogos y auxiliares de enfermería; cerca del 5% de pacientes son referidos a los hospitales del IESS, y representan cerca del 13% de las admisiones totales a esos establecimientos. El SSC ha construido 549 dispensarios con participación comunitaria, pero aproximadamente el 15% no está operando debido a vacantes en los puestos de médicos y auxiliares de enfermería.

Los servicios del SSC están limitados por los niveles de personal y presupuesto: la razón personal/población llega únicamente al 1.6/1.000 y el gasto *per cápita* (en 1993) fue solamente de 9.50 dólares. Después de un período de rápida expansión, tanto en el número de afiliados como en el número de dispensarios, actualmente el SSC está abrumado por la escasez de personal médico y suministros, especialmente fármacos. Sus gastos actuales son significativamente más bajos que los presupuestos aprobados. Tanto para sus presupuestos como la contratación de personal y la adquisición de medicamentos, el SSC depende de la organización matriz (IESS), relación que se ha transformado en la causa principal de sus dificultades. Sin embargo, los procedimientos administrativos internos del SSC se han vuelto bastante ineficientes. Sin tomar en cuenta su estructura organizativa relativamente simple, el SSC sufre de serias dificultades por sus deficientes comunicación y tecnología informática, y por la inadecuada utilización de su limitada autonomía.

Otros aspectos que influyen más fundamentalmente en la viabilidad del SSC son, en primer lugar, su dependencia del IESS, principalmente en lo referente a la contratación de personal y al suministro de medicamentos básicos, y, en segundo lugar, su financiamiento. Si las reformas al IESS redujeran su base salarial urbana, de la cual deriva la mitad del ingreso del SSC, y si el Estado elimina los subsidios al SSC, deberán encontrarse otras fuentes de financiamiento si se quiere que el programa continúe proporcionando servicios básicos de salud. Considerando los bajos ingresos de la población servida, el auto-financiamiento a través de las contribuciones de los afiliados no es una opción viable, a pesar de que podría ser posible lograr algún incremento en las contribuciones mensuales.

1.0 INTRODUCCION

La suerte del Seguro Social Campesino (SSC), programa del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), no ha recibido mucha atención durante el actual debate sobre el futuro de la institución matriz. Este trabajo estudia la organización y el financiamiento del SSC, institución que desde su nacimiento hace 26 años ha buscado activamente alcanzar las metas de la seguridad social, como la solidaridad y el subsidio, así como un objetivo de las agencias financieras internacionales, esto es, la imposición de pagos parciales a los beneficiarios de los servicios de salud .

Un reciente análisis económico demuestra que el IESS es disfuncional, tiene exceso de personal y experimenta un déficit profundo (Mesa-Lago, 1993). Revisiones actuariales recientes del programa de atención médica para trabajadores urbanos (Bayo, 1993) y de las pensiones para trabajadores urbanos (Lalama, 1993), proyectan tasas de incremento basadas en los salarios de magnitudes suficientes como para provocar cambios inevitables en los arreglos organizativos y financieros de la institución. (1)[1]. Contrastando con esta situación, el SSC es funcional; sus servicios de salud tienen un déficit de personal, pero, bajo la actual ley de seguridad social, podría ser un programa viable desde el punto de vista financiero si sus presupuestos anuales fueran completamente financiados y aprobados en tiempo. Aunque está pendiente una revisión actuarial del SSC, planificada para el este año, se puede anticipar que la expansión del programa requerirá algunos ajustes en su actual estructura de ingresos. Sin embargo, reducciones en la base salarial del IESS y en los subsidios del gobierno—las dos principales fuentes de financiamiento del SSC—amenazarían seriamente la viabilidad financiera del programa.

En 1993, el SSC proporcionó servicios básicos de salud, incluyendo referencias hospitalarias, a todos los miembros de 152.744 familias (aproximadamente 812.000 individuos); en contraste, el programa de atención médica del IESS proporciona cuidados médicos completos a los trabajadores afiliados, pero solo cuidados maternos e infantiles a sus dependientes. El SSC también entrega pensiones para los jefes de las familias campesinas, pero a niveles mucho menores que los pagados por el IESS a los trabajadores urbanos retirados. El SSC cubre un 40% del total de la población amparada por el IESS, pero absorbe tan solo un 4% de sus gastos totales.

En comparación con el programa integral de atención médica para trabajadores urbanos del IESS, el SSC proporciona servicios básicos de salud de bajo costo para familias campesinas. Entrega servicios básicos de salud y pensiones a un 7.5% de la población ecuatoriana, con un costo equivalente al 0.1% del Producto Interno Bruto (PIB). El costo de todos los otros programas del IESS, que en conjunto cubren a un 10% de la población (con mayores, pero menos equitativos beneficios), equivale a más del 2% del PIB. En términos absolutos, el presupuesto del SSC en 1993 fue de aproximadamente 26.000 millones de sucres (14 millones de dólares). Sin embargo, gastó solo unos dos tercios del presupuesto aprobado. El gasto en atención médica para la población cubierta (excluyendo las pensiones) fue de aproximadamente 14.600 millones de sucres (7.7 millones de dólares), o 18.000 sucres (9.5 dólares) *per cápita*.

---

[1] Los números en paréntesis se refieren a notas al final del texto.

El SSC comenzó en 1968 como un programa piloto, con cuatro dispensarios y 611 familias afiliadas, auspiciado por el *Instituto Nacional de Previsión* (un predecesor del IESS) y con asistencia técnica de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Después de cinco años de experimentación, en 1973 el Estado ecuatoriano aceptó el programa, incluyendo sus características de cobertura de familias y participación comunitaria. En 1980 existían 101 centros de salud que cubrían 20.782 hogares (Barreiro, 1993) y en 1990 el programa se había expandido para incluir 519 centros de salud y 131.414 hogares. En los últimos tres años (1990-93) se añadieron otros 40 centros de salud (un incremento del 5%) y la cobertura de hogares se incrementó en un 16%. (***Cuadro 1***).

La emergencia y el rápido crecimiento del SSC fueron facilitados por el desarrollo económico, social y político del Ecuador. Durante la primera década de vida del programa (1968-1980), el país experimentó un rápido crecimiento económico, impulsado por un boom petrolero, en tanto que su población era aun predominantemente rural. Las condiciones económicas facilitaron el progreso social y los líderes políticos estimularon la participación de las bases. La situación cambió durante la década de los ochenta, cuando disminuyó la velocidad del crecimiento económico pero se mantuvo la urbanización rápida. Sin embargo, la producción y el ingreso rurales crecieron más rápidamente que en el sector urbano durante este período, lo que puede haber contribuido a mantener el impulso para la rápida expansión del SSC.

La premisa de este estudio, entonces, es doble: En primer lugar, en los actuales esfuerzos por reformar al IESS, el SSC debería ser tratado separadamente y haciendo referencia a sus antecedentes particulares y a sus actuales problemas. Algunos de estos problemas se originan en su rápido crecimiento y en la dificultad que conlleva el servir a población rural de bajos ingresos y muy dispersa; otros son inherentes a su difícil relación de dependencia con el IESS. En segundo lugar, a pesar de sus problemas actuales, el SSC merece ser reconocido y apoyado por haber sido un programa pionero de servicios de salud de relativo bajo costo, con fuerte participación comunitaria y pagos parciales regulares de las familias campesinas, y por continuar operando así.

2.0 ORGANIZACION

El SSC es un programa concebido primariamente para pequeños campesinos y sus familias, miembros de organizaciones comunitarias, que pagan sus aportes mensuales a través de ellas. Más aun, el programa está dirigido a famlias campesinas que residen fuera de las cabeceras parroquiales o los cantones. Si se utiliza este segmento de la población como denominador (y asumiendo que representa aproximadamente un tercio de la población rural), entonces el SSC cubre aproximadamente un 50% de su población objetivo, una estimación mas apropriada que el 17.5% de la población rural total de 4.6 millones, cobertura citada por Mesa Lago (1993) y otras fuentes.

La ley que detalla los beneficiarios del SSC y las responsabilidades financieras para su sostenimiento fue promulgada en 1981 (IESS, 1992). Los beneficios incluyen cuidado médico y dental, así como un fondo de mortuoria para todos los miembros de las familias campesinas y una pensión por invalidez completa (o por retiro a los 70 años de edad) para el jefe de familia. La ley estableció las contribuciones mensuales de los hogares en un 1% del salario mínimo vital nacional, las contribuciones del IESS en un 0.7% de su base salarial (pagado a partes iguales por empleados y empleadores) y una contribución del Estado, equivalente al 0.3% de la base salarial del IESS. Estas fuentes de ingreso se añadieron a los subsidios gubernamentales previamente existentes, implicados pero no especificados en la ley.

La ley de 1981 también estipuló que la consecución de bienes y servicios para el SSC debería realizarla el IESS, en base a prioridades e independientemente de las compras para otros programas. Según se informa, este enfoque funcionó bien, particularmente para los medicamentos, pero fue modificado en 1990 por un decreto gubernamental que centralizó todas las compras de artículos farmacéuticos (medicamentos, insumos médicos y equipo quirúrgico) en el IESS. Sin embargo, y debido a esta medida, que probablemente quería aumentar la eficiencia, los centros de salud del SSC padecen ahora una severa falta de medicamentos. Las demandas de los hospitales del IESS, y la pequeña proporción asignada al SSC dentro de todas las compras de artículos farmacéuticos del IESS, parecen haber generado un descuido de los requerimientos del SSC.

La contratación del personal del SSC está sujeta al Código del Trabajo del Ecuador, que concede autoridad para realizar nombramientos definitivos únicamente a los jefes de las instituciones gubernamentales, en este caso al Director General del IESS. A niveles inferiores, como el del Director Nacional del SSC, sólo se pueden hacer contrataciones temporales, limitadas a seis meses y no renovables. El Código del Trabajo también otorga importantes derechos a los sindicatos del sector público; los médicos y odontólogos, las auxiliares de enfermería y las trabajadoras sociales del SSC están sindicalizados. Más aún, la selección de médicos y odontólogos para nombramientos permanentes en el Estado, incluyendo al SSC, está en manos de los colegios médicos y odontológicos provinciales, de acuerdo con la Ley de Federación Médica y Odontológica. Solo los trabajadores sociales y las auxiliares de enfermería son recomendados directamente por el SSC para su nombramiento por parte del Director General del IESS.

Datos actuales (julio de 1994) indican que el SSC tiene 42 vacantes para médicos (12% de 330 puestos), 9 para odontólogos (9% de 102 puestos), y 117 para auxiliares de enfermería (20% de 588

puestos) (2). De sus 546 centros de salud, probablemente un 15% no funcionan actualmente debido a falta de personal. Además, datos de 1993 indican que los médicos no dedican todo el tiempo que se les paga a cumplir sus obligaciones contractuales (*Cuadro 2*).

Según sus informes de actividades, los médicos—contratados para trabajar cuatro o seis horas diarias, cinco días a la semana—sólo trabajan un 78% de su tiempo contratado en tareas del SSC; el 22% restante probablemente incluye actividades sindicales (permitidas por su contrato colectivo), problemas logísticos para alcanzar los centros de salud y según se reporta, alguna negligencia para cumplir con sus obligaciones. Del tiempo que ocupan en su trabajo, los médicos utilizan aproximadamente la mitad a la atención curativa, un tercio para atención preventiva y el resto para administración y capacitación. La capacitación usualmente significa pasantías de un mes de duración en los hospitales del IESS, para desarrollar habilidades especializadas. La mayoría de médicos y todos los odontólogos empleados por el SSC trabajan en más de un centro de salud, dependiendo del número de familias inscritas en cada centro.

Los centros de salud están construidos para proporcionar vivienda a las auxiliares de enfermería y el modelo original del programa piloto esperaba que aquellas vivieran permanentemente allí. Sin embargo, gracias al contrato colectivo, las auxiliares de enfermería trabajan ocho horas diarias, cinco días a la semana, y muchas ya no viven en los centros de salud. En vez de ello, viajan diariamente y—al igual que los médicos y los odontólogos—pueden contabilizar sus actividades sindicales como parte del cumplimiento de su contrato de trabajo. Más aun, las empleadas de sexo femenino tienen derecho a una licencia de maternidad de siete meses, lo que explica en algo la falta de auxiliares de enfermería de los centros de salud.

Cuando se promulgó la ley del SSC en 1981, se establecieron cuatro oficinas regionales para coordinar la implementación del programa a nivel comunitario. Con el rápido incremento en el número de centros de salud, las oficinas regionales aumentaron a ocho en 1985; este número ahora se ha incrementado a nueve, para coincidir con el número de oficinas regionales del IESS; ahora se espera que cada oficina regional supervise más de 100 centros de salud. Este último cambio es parte de una reorganización de todo el IESS que apunta a modernizar su estructura administrativa (IESS, 1994). A nivel regional, el SSC tiene 165 posiciones: 30 están ocupadas por médicos, odontólogos y enfermeras que trabajan como supervisores del personal de los centros de salud, 48 corresponden a trabajadoras sociales que promueven la participación comunitaria, y 85 corresponden a personal administrativo, de oficina y conserjería, la mayoría de cuyos servicios de apoyo y registros hacen a mano. Casi no existe computarización a este nivel.

La actual reorganización del IESS incluye únicamente ajustes menores a la organización relativamente simple de la Dirección Nacional del SSC en Quito. La sede del SSC, conducida por un Director Nacional, consiste de algunas áreas administrativas (personal, presupuesto, promoción social, programas médicos y pensiones) y servicios de apoyo estadístico y logístico. Su estructura organizativa está fluctuando, atrapada entre los cambios internos graduales e informales y los nuevos ajustes que vendrán como parte de las reducciones de personal recientemente promulgadas para el IESS, que se espera sean compartidas por el SSC, al menos en los niveles administrativos centrales y regionales. De 136 posiciones en las oficinas centrales, aproximadamente 40 son ocupadas por personal profesional y las restantes corresponden a oficinistas y trabajadores de conserjería. Con una computarización parcial a nivel central, la mayoría de las transacciones de personal, de los programas de pensiones y de otros gastos todavía se registran a mano.

Los procedimientos administrativos dentro del SSC se han dificultado más debido a que, después de un período de continuidad de cuatro años (1988-92), la jefatura del SSC ha cambiado de directivos cinco veces a partir de septiembre de 1992 (como ha ocurrido con la dirección del IESS). Cuatro de estos nombramientos, hechos por el Consejo Superior del IESS, han sido a personas sin experiencia previa en el SSC o el IESS. Cada cambio ha enlentecido la toma de decisiones, ya que la mayoría de decisiones sobre la asignación de recursos dentro del SSC requieren de la firma del Director.

Existen otras causas, más mundanas, pero no por ello menos convincentes, de la ineficiencia administrativa. Por ejemplo, todo el edifico matriz del SSC tiene una sola línea telefónica; existe una bodega fuera del edificio para almacenar medicinas, insumos, equipos y muebles, que también tiene una sola línea, que como agravante a veces solo recibe llamadas pero no puede salir. El mantenimiento de registros en la sede del SSC está computarizado parcialmente; todos los datos estadísticos originados en los centros de salud y en las oficinas regionales son compilados a mano y enviados a la sede por correo regular. Cantidades importantes de documentos de gastos menores, tanto a nivel regional como de los centros se han perdido. El procesamiento de asuntos relativamente más importantes, como los roles de pago del personal y las pensiones, parece ser más eficiente, pese a que los pagos iniciales para personal temporal y nuevos pensionados toma largo tiempo.

En comparación con su organización matriz, el SSC no tiene exceso de personal. En tanto que el índice personal total/cobertura del IESS está sobre un 13:1000, el del SSC es solo de un 1.6:1000. Sin embargo, aunque existen 168 vacantes para personal médico a nivel de centros de salud, existen solo 7 vacantes administrativas en los niveles regional y central. Así, la ineficiencia en la entrega de servicios a nivel de la comunidad se debe en gran parte a falta de personal médico y medicamentos, en tanto que en los niveles regional y central la ineficiencia se debe, más probablemente, a la escasez de equipos y personal para el mantenimiento de registros y a la inconsistencia en la toma de decisiones.

Sin embargo, las ineficiencias más debilitantes son los nombramientos de personal y el abastecimiento. Desde que se presenta una vacante, la selección y aprobación de los candidatos a los nombramientos de médicos y odontólogos demoran más de un año. Los nombramientos temporales, que pueden ser aprobados por el Director Nacional del SSC, son un recurso necesario, pero los colegios médicos y odontológicos provinciales no permiten que un empleado temporal sea nombrado como permanente en la misma posición. En general, los directivos del SSC piensan que la influencia de los colegios médicos y odontológicos provinciales y de los sindicatos restringe seriamente su control sobre el empleo y la supervisión de los médicos, los odontólogos, las auxiliares de enfermería y las trabajadoras sociales.

La procura de medicinas, insumos médicos y equipo quirúrgico incluye un proceso de ofertas que al momento está centralizado para todos los programas médicos del IESS. De los 71 items de la lista de medicamentos básicos del SSC que cada centro de salud debería tener, solo 33 existían en la bodega central en el momento de realizarse este estudio. En respuesta a todas las órdenes colocadas para 1993, la bodega del SSC recibió una sola entrega, el 28 de diciembre de 1993. Entre las grandes cantidades de insumos ordenadas para todos los programas médicos del IESS, la mayoría de los cuales sirven a adultos en hospitales urbanos, los muy distintos requerimientos de los centros de salud del SSC son fácilmente ignorados.

Los procesos para ordenar y distribuir artículos farmacéuticos son también ineficientes al interior del SSC. Se supone que el personal de los centros de salud proyecta sus requerimientos para nueve meses y supuestamente recibe entregas cada seis. Sin embargo, a nivel central la proyección de los

requerimientos totales no se basa en la suma de estas proyecciones individuales, porque muchos centros de salud no las envian. En vez de ello se utiliza un simple modelo de proyección agregada, basado en una estimación de lo que necesitarán anualmente los centros de salud, hecha por el personal médico del nivel central. Pero las proyecciones de los centros de salud son utilizadas por el personal de la bodega como una guía para preparar los paquetes para sus entregas semestrales. Así, las carencias pueden ser explicadas en parte por inconsistencias entre lo que ordenan los centros de salud y lo que el nivel central asume que necesitan.

La tecnología de almacenamiento y distribución de medicinas en el SSC es muy inadecuada. No existe cadena de frío; la bodega casi no tiene capacidad de refrigeración y la mayor parte de los centros de salud carece de equipo de refrigeración. Así, no se pueden utilizar algunos medicamentos básicos y vacunas. De hecho, la bodega es un edificio inapropiado para almacenar la mayoría de medicamentos y no tiene seguridades adecuadas. La mayoría del personal no está entrenado y no tiene ropas especiales, máscaras y guantes, que se requieren para manejar materiales frágiles o peligrosos. El equipo de transporte es insuficiente para la ardua tarea de distribuir materiales a más de 500 centros de salud, considerando su dispersa y remota localización. Muchos centros de salud reciben sus entregas semestrales tarde o nunca.

El personal central y regional, que promueve y supervisa las actividades del SSC a nivel de la comunidad, enfrenta muchas dificultades para cumplir con estas tareas. El transporte es un problema, en parte porque el uso de autos y camiones también ha sido centralizado por el IESS, tanto a nivel central como regional. El uso de vehículos, aún los comprados con fondos del SSC, es causa frecuente de disputas entre los administradores del SSC y los del IESS. Otros obstáculos son la limitada disponibilidad y el tedioso procesamiento de viáticos para viajes.

Las tareas de supervisión en el SSC se dividen entre la promoción de la participación comunitaria (habitualmente realizada por las trabajadoras sociales) y el monitoreo al personal de los dispensarios de salud (habitualmente realizado por médicos y enfermeras). Sus puntos de vista divergentes sobre lo que las comunidades necesitan y lo que deberían ofrecer los centros de salud, son una parte no explícita de las discusiones sobre programas y políticas al interior del SSC. Las organizaciones comunitarias deben donar el terreno para los centros de salud y ayudar en su mantenimiento. El análisis obligatorio de la comunidad, realizado por trabajadoras sociales del SSC, verifica este compromiso e identifica condiciones locales de salud que pueden mejorar más apropiadamente con atención preventiva que con servicios curativos. Cuando un centro de salud está funcionando, sin embargo, el pago de las contribuciones mensuales de las familias puede reflejar una mayor demanda de atención curativa que una comprensión de su necesidad de atención preventiva; en otras palabras, lo que las comunidades necesitan no necesariamente es lo que desean. Más aún, la voluntad de pagar (y tal vez de pagar una mayor contribución mensual) probablemente se ve fuertemente afectada por la presencia del personal médico y la disponibilidad de medicinas en los centros de salud. Es probable que el personal médico responda más rápidamente a esta demanda expresada de atención curativa que a la política del SSC, que procura promover la atención preventiva, tendencia que también puede estar condicionada por su adiestramiento.

3.0 FINANCIAMIENTO

Las fuentes de financiamiento para el SSC, los presupuestos aprobados y sus gastos reales no han estado sujetos recientemente a un análisis por separado. Los cuadros y las observaciones ofrecidos en este trabajo son un primer intento por entregar una visión general del financiamiento del SSC para el período 1989-93. Este es el período de cinco años transcurrido desde la promulgación de la Ley de Seguridad Social Obligatoria en 1988—una actualización de la ley de 1981—que cuando se hizo la investigación para este estudio (junio—agosto de 1994) era el marco legal de todos los programas del IESS, incluyendo los del SSC. La ley de 1988 especifica más completamente todas las fuentes de financiamiento del SSC (Anexo 1), más variadas que las mencionadas en la ley de 1981.

La base salarial del IESS es la mayor fuente de ingresos del SSC (54.3%). Otras fuentes son los subsidios estatales (26.6%), las utilidades de las inversiones del SSC y otras fuentes (14.8%) y los aportes familiares mensuales (4.3%). Aunque la composición de estas fuentes demuestra alguna variación anual, no ha cambiado significativamente desde 1990 (***Cuadro 3***). Sin embargo, existe alguna duda, en base a los hallazgos de Mesa-Lago (1993), sobre si la totalidad de los subsidios estatales obligatorios ha estado disponible para el SSC.

El IESS ha recibido severas críticas por no separar sus fondos entre programas; esto hace necesario investigar cuánto del aporte obligatorio del 1% de la base salarial del IESS (que incluye un subsidio estatal del 0.3%) ha sido realmente entregado al SSC. En 1991 se entregó el 92%, pero esto no necesariamente significa que todos estos fondos estuvieron realmente disponibles para los gastos del SSC. Históricamente, los datos sugieren que el SSC ha tenido grandes excedentes presupuestarios, como se refleja en los bajos índices de gasto con respecto al presupuesto de los últimos 10 años (***Cuadro 4***); estos aparentes excedentes pueden reflejar en parte limitaciones en la disponibilidad de fondos obligatorios.

También es necesario investigar si los ingresos anuales legalmente destinados al SSC coinciden con los presupuestos anuales aprobados para el SSC. La respuesta parece ser afirmativa; la comparación de los ingresos previstos (***Cuadro 4***) con los presupuestos aprobados (***Cuadro 5***) para los años 1989-93 revela sólo pequeñas diferencias . Sin embargo, los bajos índices de gasto con respecto al presupuesto pueden deberse en parte a la retención (o falta) de fondos legalmente destinados al SSC. En particular, la categoría de "inversiones" en los presupuestos aprobados para el SSC requiere de un examen más concienzudo (ver en párrafos posteriores).

Durante los últimos cinco años, las grandes variaciones nominales en los presupuestos aprobados, así como en los gastos (***Cuadro 5***), no son particularmente significativas, a menos que se ajusten a la inflación (4). Después de este ajuste (***Cuadro 7***) se encuentra que el financiamiento del SSC es bastante volátil y que parece haberse quedado por detrás del crecimiento del PIB. Después de una década de estancamiento, la economía ecuatoriana registró un incremento del PIB del 14% entre 1989 y 1993 (***Cuadro 8***), en tanto que los gastos del SSC—que fluctuaban por encima y por debajo de su nivel de 1989—no fueron más altos en 1993 que en 1989 (***Cuadro 7***).

Una comparación de los actuales índices anuales de gasto del SSC (esto es, gastos/presupuesto aprobado) por categoría presupuestaria (***Cuadros 9-13***) con la composición de las asignaciones

presupuestarias anuales (*Cuadro 14*), muestra variaciones significativas que sugieren problemas administrativos originados en su dependencia del IESS y en el código laboral. En comparación con todos los índices anuales de gasto, la categoría de remuneraciones ha tenido mucha mejor suerte que la de fármacos. Sin embargo, el *Cuadro 14* muestra que las asignaciones presupuestarias de ambas categorías se han incrementado. Las remuneraciones saltaron de un 26% en años precedentes a un 51% en 1993, y la proporción para materiales e insumos (cerca de la mitad de la cual corresponde a medicamentos) también se duplicó, si se compara el período 1991-93 con el 1989-90. El incremento de las remuneraciones en 1993 se explica en gran parte por un gran crecimiento de los beneficios y las concesiones para el personal médico en todas las posiciones estatales ocurrido durante ese año. Sin embargo, los buenos deseos de la mayor asignación de fondos para materiales e insumos en 1993 fueron frustrados por el índice de gasto (para esta categoría), él más bajo de toda la historia del SSC, en ese año.

De todas las categorías presupuestarias del SSC, la más incomprensible es inversiones. Esta se refiere a una asignación de fondos que, en vez de estar disponible para gastos en bienes y servicios, parecen ser "ahorros forzados". Estas inversiones (o ahorros) no están destinadas a financiar las pensiones actuales o futuras de los beneficiarios del SSC, ya que estas se presupuestan separadamente como pagos de transferencia. La altamente excesiva asignación para inversiones de 1989 (que puede haber contenido excedentes acumulados de los años previos, mostrados en el *Cuadro 4*) explica el voluminoso presupuesto total de aquel año. Desde entonces, la proporción de inversiones ha declinado; virtualmente desapareció en 1993, tal vez porque estos fondos fueron utilizados para equilibrar el incremento obligatorio de las remuneraciones. Sin embargo, el tener que especular acerca de la categoría inversiones significa que se requiere mejor información para comprender sus funciones, tales como gasto y fuente de ingresos.

Los *cuadros 3 a 14*, como revisión de los ingresos, presupuestos y gastos del SSC (incluyendo ajustes para la inflación y comparaciones con el crecimiento del PIB) nos dan algunas pautas sobre la salud financiera de la institución (y plantean algunas preguntas sobre el tema). El *Cuadro 15* entrega un recuento más completo de los gastos de 1993, así como un detalle más útil (5). Las comparaciones de las cantidades y los porcentajes presupuestados y gastados y de los índices de gasto por nivel administrativo y categoría presupuestaria destacan los "cuellos de botella". El peor es la adquisición de medicamentos e insumos. Las observaciones sobre este aspecto realizadas en la sección precedente se fundamentan claramente aquí. Los medicamentos e insumos consumieron un 14% del presupuesto, pero solo un 2% de los gastos (y para un índice de gasto del 11%).

Los niveles administrativos centrales y regionales, que en conjunto abarcan un relativamente escaso 21% del presupuesto, alcanzan sin embargo el 26% de los gastos totales. Los centros de salud, en donde se evalúa mejor el rendimiento del programa, representan un admirable 70% del presupuesto, pero solo un 62% de los gastos. Casi toda la explicación para el bajo índice de gasto de los dispensarios de salud (58%) está en el problema de los medicamentos y los insumos. El índice de gasto para salarios y beneficios en los dispensarios de salud (91%) fue considerablemente mayor que en los niveles administrativos (6). El rubro "Transferencias a los hospitales del IESS", que representa un 10% del presupuesto, no muestra gastos. En este caso, aunque aproximadamente un 5% de todos los pacientes de los centros de salud son referidos a los hospitales del IESS (en donde los pacientes del SSC representan aproximadamente un 13% de todos los ingresos), este gasto simplemente no se ha señalado como una transacción presupuestaria.

El cuadro "real" que mejor refleja el rendimiento del programa en 1993, es la comparación de rubros presentada en el resumen del *Cuadro 15*. El índice general de gasto del 89% para salarios y

beneficios refleja el hecho de que aproximadamente un 13% de todas las posiciones del SSC están vacantes. La severa deficiencia de medicamentos e insumos es el mayor "cuello de botella", que afecta directamente al rendimiento del programa en todos los dispensarios de salud; la ausencia de gasto de los fondos presupuestados para transferencias a los hospitales del IESS probablemente no afecta al rendimiento, y los pagos de pensiones parecen estar al día.

Una revisión del presupuesto, como instrumento diagnóstico, responde algunas preguntas y al mismo tiempo plantea otras. ¿Cómo es la relación de dependencia del SSC y el IESS, particularmente en las áreas de nombramientos de personal y adquisición de medicinas e insumos, reflejadas en el presupuesto? El 34% no gastado del presupuesto de 1993 puede reflejar el pago incompleto de los subsidios del IESS y el Estado al SSC, pero puede también ser el resultado de ineficiencia administrativa en las relaciones entre el IESS y el SSC y dentro del propio SSC.

4.0 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los hallazgos anteriores sobre la organización y el financiamiento del SSC se basan en datos primarios entregados por la institución. Sin embargo, su interpretación ha sido influenciada por una serie de entrevistas con directivos del SSC, que también coinciden con las siguientes conclusiones sobre los principales problemas de la institución. Una versión anterior de este resumen fue revisada y en general aprobada por los entrevistados; las recomendaciones (en negrilla) sobre cómo podrían tratarse estos problemas se ofrecen como una base para la discusión.

4.1 ORIENTACIÓN DEL PROGRAMA DEL SSC

Los datos sobre el empleo del tiempo por parte de los médicos fundamentan la preocupación, que se escucha tanto dentro como fuera de la institución, de que la entrega de servicios de salud del SSC se concentra en la atención curativa. Sin embargo, el objetivo del SSC, que se especifica claramente en las descripciones de los puestos para el personal médico, es entregar atención primaria de salud, según como se define internacionalmente. Los ejecutivos del SSC aseguran que el personal médico tiene una orientación curativa y descuida las tareas preventivas. Sin embargo, el personal médico aduce que la demanda de las comunidades determina la gran proporción de su tiempo que destina al cuidado curativo, y que la atención preventiva está limitada por la apatía de la comunidad, los recursos limitados y problemas logísticos.

La expansión de las actividades preventivas requiere de un diálogo para lograr concordancias entre los supervisores centrales y regionales del SSC, por un lado, y el personal de los dispensarios de salud (incluyendo sus representantes sindicales) y los líderes comunitarios, por otro. Los objetivos prioritarios del programa deben ser especificados más claramente por los supervisores y apoyados con los insumos y la asistencia logística necesarios. Las campañas focalizadas pueden ser más efectivas que los enfoques rutinarios para expandir la cobertura de vacunas, el rastreo de enfermedades y la planificación familiar. Las mejoras en la salud ambiental pueden requerir de una participación más activa de las familias a través de sus organizaciones comunitarias, pero también requieren apoyo adecuado de los niveles más altos, incluyendo cooperación con otros programas estatales.

4.2 RECLUTAMIENTO DEL PERSONAL MÉDICO

Los directivos del SSC argumentan que el reclutamiento para llenar las vacantes de médicos y odontólogos está fuera de su control, y los sindicatos dificultan mucho la contratación y supervisión del personal médico. Poco se dice acerca de la contratación y supervisión de los odontólogos, a los que aparentemente se les deja libres para determinar su rutina de trabajo. Las auxiliares de enfermería, la mayoría de las cuales son reclutadas como candidatas para programas de entrenamiento de nueve meses de duración auspiciados por el SSC, deben 18 meses de servicio en un dispensario de salud después de su graduación. El SSC carece de candidatas y observa que muchas graduadas, después de completar su servicio obligatorio, dejan el SSC por empleos en las ciudades, frecuentemente en los hospitales del IESS.

Previous Page Blank

Los graduados de las facultades de medicina del Ecuador deben realizar un año de servicio a nivel primario (usualmente en unidades del Ministerio de Salud). Entonces, debe existir una importante reserva de candidatos con alguna experiencia en medios urbano-marginales y rurales. El SSC podría incentivar aplicaciones para sus vacantes de esta reserva, con propaganda que haga énfasis en el salario y en los beneficios (que incluyen un suplemento rural). Una consulta más cercana y continua con las entidades que participan en el proceso de selección (en particular los colegios médicos y odontológicos provinciales) podría mejorar su eficiencia, así como mejores procedimientos de procesamiento y pago al personal dentro del IESS. Centros de salud mejor abastecidos y mayor apoyo en la capacitación y la logística para el cuidado preventivo aumentarían los atractivos del trabajo en las comunidades rurales, tanto para los médicos como para las auxiliares de enfermería. Posiblemente será necesario revisar la rutina de trabajo de los odontólogos y sus requerimientos logísticos en las áreas rurales.

4.3 APOYO DE LA COMUNIDAD

Los trabajadores sociales son la primera línea de contacto entre el SSC y las organizaciones comunitarias. Ellos analizan las necesidades y los recursos de la comunidad, buscan compromisos de las organizaciones comunitarias para donar terrenos y para ayudar a construir y mantener los centros de salud y promueven las actividades extramurales del personal médico. Su trabajo es esencial para convertir la mística del apoyo comunitario de los centros de salud del SSC en una realidad. Esta mística, según dicen los trabajadores sociales, está siendo minada por la orientación curativa de los médicos, la falta de medicinas e insumos en los centros de salud, el descontento de los líderes comunitarios y por el incumplimiento de los aportes mensuales de muchas hogares.

Deberían revisarse las responsabilidades de los trabajadores sociales y su efectividad para llevarlas a cabo. Inevitablemente, ellos trabajan a la sombra de los médicos; es posible que estos deban apoyarles más en su trabajo a nivel comunitario. A su vez, es posible que los trabajadores sociales hayan extendido excesivamente—tanto personal como profesionalmente—sus posiciones de primera línea. No se debe permitir que su rol como estimuladores de la participación se quede sencillamente en un mero refuerzo. Es posible que se requiera de una mayor participación de los directivos para negociar acuerdos con la comunidad y para mantener e incrementar la membrecía de familias al programa.

4.4 LIDERAZGO ADMINISTRATIVO

Es indudable que el liderazgo central del SSC ha sufrido por los frecuentes cambios de directores, pero existen también pocos directivos y algunas posiciones clave que están vacantes o son ocupadas por profesionales cuyo entrenamiento y experiencia no están en relación con sus responsabilidades. La actual reorganización del IESS puede afectar solo marginalmente al SSC, pero las reducciones de personal en todo el IESS probablemente incluirán recortes en el personal administrativo del SSC. Muchos empleados técnicos y oficinistas en los dos niveles administrativos tienen deficiencias en su educación y en sus habilidades para el trabajo. La comunicación y la tecnología informática en el SSC continuan siendo rudimentarias. En conjunto, estos problemas han aumentado conforme el SSC ha continuado expandiéndose sin prestar atención a su capacidad de absorción administrativa.

El liderazgo administrativo del SSC requiere de continuidad, de profesionales calificados y (de preferencia) con experiencia previa de trabajo en el IESS. La elevación de las posiciones de coordinadores

regionales a nivel de jefes de departamento, que está llevándose a cabo en la reorganización del IESS, hará que estas posiciones sean más atractivas para profesionales bien calificados. Los nombramientos de jefes de departamentos centrales y de jefes de división deberían exigir una experiencia previa a nivel regional; alternativamente, los jefes de departamentos centrales y los coordinadores regionales podrían intercambiarse periódicamente. El personal técnico y de oficina necesita desarrollar habilidades, particularmente en el procesamiento de la información; y los sistemas de comunicación e información del SSC necesitan grandes mejoras.

4.5 MANEJO FINANCIERO DEL IESS

Las autoridades del SSC no han utilizado el análisis presupuestario como un instrumento gerencial. No se informan sobre el flujo de ingresos y egresos, quizá porque consideran que esto está fuera de su control. En efecto, la autoridad que decide los nombramientos de personal, el abastecimiento de medicinas, suministros, equipamiento quirúrgico, e incluso el uso de recursos menores (vehículos y viáticos para viajes) está centralizado en el IESS y no ha sido delegada al SSC. Aun una revisión superficial del presupuesto del SSC plantea preguntas importantes, como por qué es menor los ingresos legalmente asignados al SSC, por qué los índices de gasto con respecto al presupuesto son tan bajos, qué ocurre con la categoría denominada "inversiones" en el presupuesto general del SSC, y por qué las pensiones no se separan de la contabilidad de gastos médicos.

Un principio de la administración de la seguridad social es la separación de los fondos para los diversos programas. Parece ser poco posible que el IESS haya observado este principio en el caso del SSC, igual que en sus otros programas. La actual reforma del IESS busca superar este problema, mientras se debate el problema más fundamental de las responsabilidades públicas/privadas en la seguridad social. El SSC debería ejercer un mayor control sobre su presupuesto, al menos como se especifica en la ley de 1981, y sus fondos deberían ser administrados separadamente de los de otros programas. Todos los ingresos obligatorios, incluyendo el ingreso de las inversiones de algunos de estos fondos, deberían ser asignados al SSC. Si se espera que el SSC reembolse al IESS por sus servicios de administración (así como por sus servicios hospitalarios), ello debería incluirse en el presupuesto como un rubro separado, y no ser retenido implícitamente por el IESS. La compra centralizada de insumos farmacéuticos y equipo no debería interpretarse como una negación de la responsabilidad del IESS, según la ley de 1981, de dar prioridad a los requerimientos del SSC; el IESS debería considerar la posibilidad de que el SSC vuelva a la práctica de adquirir directamente algunos medicamentos básicos. Los nombramientos depersonal médico para el SSC podrían ser manejados de la misma manera por el Director General del IESS, dándoles alta prioridad con consideración especial a los requerimientos únicos del programa, y delegando autoridad al Director del SSC en la máxima extensión permitida por el código laboral.

4.6 MANEJO FINANCIERO DEL SSC

El manejo financiero interno del SSC es también un problema, y debería ser fortalecido antes de que la institución pueda asumir mayor responsabilidad por su presupuesto. No está claro la extensión con que los bajos índices de gasto con respecto al presupuesto, particularmente a nivel de las categorías presupuestarias y los rubros (en donde varían mucho) resultan de problemas de la transferencia de fondos desde el IESS dentro de los parámetros presupuestarios aprobados, y de problemas de contabilización de los gastos (en parte en el IESS, por ejemplo para fármacos, y en parte en el SSC, por ejemplo para

insumos y equipos que puede comprar directamente). La mayor categoría presupuestaria (remuneraciones) tiene el más alto índice de gasto con respecto al presupuesto, los fármacos el más bajo; ambas son responsabilidad del IESS. Las categorías sobre las cuales el SSC tiene un mayor control directo, aunque representan pequeñas proporciones del presupuesto total, tienden a tener índices de gasto con respecto al presupuesto menores al promedio.

Podría aumentarse la eficiencia de los procedimientos internos para las compras directas de bienes y servicios que no sean fármacos, para los cuales el SSC tiene autoridad legal hasta un cierto techo. El SSC no debería exceder los límites legales de tiempo para pagar a sus abastecedores, porque ello reduce su crédito y eleva los precios. Una cooperación más cercana con la oficina de Intervención del IESS, localizada en el edificio del SSC, ayudaría al personal del SSC a evitar pasos innecesarios y a acelerar las solicitudes de pago. Se necesitan mejoras en la contabilidad, incluyendo una mejor coordinación entre los departamentos del SSC para hacer un seguimiento de los gastos. El SSC también debería asegurar el control sobre el uso de sus vehículos y el manejo de sus fondos de viajes, y debería desarrollar un plan de acción para mejorar su tecnología de comunicación e información. Parte del equipo necesario puede comprarse con fondos asignados en el presupuesto y dentro de los límites de la capacidad de compra directa del SSC.

4.7 NIVEL Y COMPOSICIÓN DEL FINANCIAMIENTO

Finalmente, debe tratarse la cuestión del nivel y la composición del financiamiento del SSC. Las fuentes obligatorias de ingreso para el SSC pueden aun ser suficientes para mantener los servicios con el nivel actual de cobertura. Sin embargo, los déficits en el gasto en algunas categorías presupuestarias son motivo de gran preocupación. Si todos los presupuestos no gastados en 1993 se debieran a una falta de ingresos dentro del IESS, el déficit total de financiamiento llegaría a aproximadamente 8.500 millones de sucres (4.5 millones de dólares); sin embargo, los ingresos deficitarios probablemente justifican menos de la mitad de esta cantidad; en gran medida, el bajo índice de gasto con respecto al presupuesto (66% en 1993) también es atribuible a una ineficiencia administrativa tanto dentro del IESS como dentro del SSC. El subsidio de la base salarial del IESS al SSC (0.70%) probablemente se confunda con otros recursos del IESS en vez de ser administrados en forma separada exclusivamente por el SSC, como lo establece la ley. Los subsidios estatales del SSC, también establecidos por ley, son cantidades menores, dentro de las transferencias anuales del Estado.

Puede argumentarse que los beneficiarios del SSC deberían aportar en mayor proporción el costo de sus servicios de salud y sus pensiones. La duplicación de las contribuciones familiares mensuales podría ser una recomendación razonable, dependiendo de la lógica subyacente. Este aumento probablemente no sería difícil para la mayoría de afiliados (ver Anexo 2). En su magnitud actual, puede ser que los ingresos del aporte familiar obligatorio sean en gran parte utilizados por el costo de su recolección. Esta podría ser una razón para incrementar el aporte, pero no es una razón convincente para exigir que las familias de bajos ingresos cubran una mayor parte del costo de su cuidado médico. Un rol más importante de los pagos de las familias es el estimular la participación comunitaria en el desarrollo de los servicios básicos de salud, y dar a los participantes argumentos para fundamentar su insistencia de que estos servicios estén disponibles en cantidades adecuadas y tengan una calidad aceptable. Sin embargo, las principales fuentes de apoyo financiero del SSC, dado los bajos ingresos de las familias rurales, seguramente deberán seguir siendo subsidiadas de diversas maneras por el nivel nacional.

NOTAS

1. Aunque el estudio de Mesa-Lago incluye algunos datos comparativos sobre el SSC, se concentra en el programa de atención médica para trabajadores urbanos del IESS y en el manejo de los recursos financieros de la institución. Dos publicaciones recientes del SSC incluyen un libro conmemorativo del vigésimo quinto aniversario del programa (Veloz Sancho, 1993), que informa sobre el desarrollo inicial y la organización y la prestación de servicios del SSC, y un breve resumen histórico que incluye los antecedentes del SSC (Barreiro, 1993).

2. Los datos sobre el número de posiciones son del *Cuadro 1*; los datos sobre las vacantes se obtuvieron de un documento interno firmado por el director del SSC (Flores, 1994).

3. La base salarial del IESS en 1991 fue de 872.000 millones de sucres; de esta fuente, la asignación al SSC fue de 8.000 millones de sucres, lo que equivale al 0.9%. Esto significa un déficit de 720 millones de sucres, equivalente al 0.1% de la contribución total del 1%, compartida por empleadores, empleados y el Estado, según dispone la ley (ver Anexo 1). Para el total de la base salarial, ver IESS (1991), p. 114, *Cuadro 24*; para las asignaciones del SSC, ver *Cuadro 3* de este informe.

4. El deflactor del PIB probablemente sea el índice más apropiado para este propósito, y no el índice de Precios al Consumidor (*Cuadro 6*), ya que estamos comparando agregados anuales de presupuestos y gastos antes que una canasta de bienes y servicios.

5. Este presupuesto detallado, preparado solamente para 1993, incluye a la administración central con cinco unidades presupuestarias (Códigos 02-06), la administración regional como una unidad presupuestaria (Código 10), los dispensarios locales como una unidad presupuestaria (Código 23) y la administración y los pagos de pensiones como dos unidades presupuestarias (Códigos 09 y 24). Estas dos últimas unidades, sin embargo, muestran datos casi idénticos para la remuneración al personal y todos los otros rubros administrativos, excepto el pago de pensiones. Por lo tanto, se debe sospechar que esto representa una doble contabilidad del presupuesto administrativo para el programa de pensiones. Por esta razón, solo la unidad presupuestaria incluida en el Código 24, que incluye todos los rubros de remuneraciones y rubros administrativos, así como los pagos de pensiones, está incluida en el *Cuadro 13*. Si existen rubros en la unidad presupuestaria Código 09 que no están duplicados en el Código 24, ello representaría un pequeño subreporte en este cuadro. Este ajuste explica parcialmente la razón de que el presupuesto total aprobado mostrado en el *Cuadro 15* sea algo menor que el total mostrado en el *Cuadro 13*.

6. Los respectivos índices de gasto en personal, que son mayores para los niveles centrales y regionales que para los dispensarios de salud, parecen contradecir la información sobre las vacantes, que están concentradas a nivel de los centros de salud. Esta contradicción no se pudo aclarar durante la investigación de campo para este estudio; sin embargo, la combinación de todos estos niveles de remuneración resulta en un índice de gasto del 89%, que refleja más cercanamente el índice total de vacantes (esto es, 175/1.320 o 13%).

CUADROS

Previous Page Blank

CUADRO 1 SEGURO SOCIAL CAMPESINO COBERTURA ACTUAL, CENTROS DE SALUD Y PERSONAL		
COBERTURA		
Número de Hogares	131.414 152.744	(1990) (1993)
Crecimiento (Porcentaje)	16%	
Número de individuos	712.366 811.809	(1990) (1993)
Pensionados (estimado)	2.242 2.700	(1990) (estim.1993)
Organizaciones comunitarias involucradas en la promoción de membrecías y la recolección de aportes hogares	2.332	(1993)
DISPENSARIOS MÉDICOS	519 549	(1990) (1993)
PERSONAL		
Puestos del personal médico (D) Médicos		
Dentistas	330	
Auxiliares de enfermería	101	
	588	
Puestos administrativos		
Nivel Regional	301	
Nivel Central	165	
	136	
Total de puestos	1.320	(1993)
INDICE PERSONAL/COBERTURA	1.6:1000	(1993)

FUENTE:
SEGURO SOCIAL CAMPESINO—información primaria proporcionada por el Departamento de Programación de Salud (para cobertura, dispensarios y personal médico), y por el Departamento de Personal (para personal administrativo, que incluye Trabajadores Sociales).

Previous Page Blank

CUADRO 2
SEGURO SOCIAL CAMPESINO
DISTRIBUCION DEL TIEMPO DE LOS MEDICOS, 1993

	Horas	Porcentaje
Atención curativa	138,093	36.0
Atención preventiva	30,313	7.9
Visitas domiciliarias	23,978	6,2
Educación de salud	21,944	5,7
Salud comunitaria	24,822	6.5
Subtotal, servicios de salud	239,150	62.3
Administración	44,496	11.5
Capacitación	15,202	4.0
Total horas contabilizadas	298,848	77.8
Horas sin contabilizar	85,136	22.2
Total horas contratadas	383,984	100.0

FUENTE:
SEGURO SOCIAL CAMPESINO—información primaria proporcionada por el Departamento de Programación de Salud

CUADRO 3
SEGURO SOCIAL CAMPESINO
FUENTES DE INGRESO, 1990–93
(en miles de sucres corrientes)

	1990		1991		1992		1993	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	PCT.
IESS-CONTRIBUCIONES DE LOS MIEMBROS								
Empleados, 0.35% de la base salarial (Para 15)[1]	2,020,285	26.0	2,802,000	23.9	4,315,536	25.5	7,294,681	27.1
Patronos, 0.35% de la base salarial (Para 15)	2,000,321	25.8	2,774,000	23.5	4,358,644	25.8	7,347,464	27.2
CONTRIBUCION DE FAMILIAS AFILIADAS								
1.00% del S.M.V. (Para 14)	525,209	6.7	553,000	4.7	638,818	3.8	1,162,075	4.3
CONTRIBUCIONES DEL GOBIERNO NACIONAL								
40% pensiones pagadas por IESS (Para 10)	243,800	3.1	343,000	2.9	432,000	2.6	700,000	2.6
0.30% de la base salarial-IESS (Para 15)	1,777,109	22.8	2,444,000	20.7	3,802,195	22.5	6,471,436	24.0
Defensa del campesinado (Para 23)	600	0.0	600	0.0	600	0.0	600	0.0
Subsidio anual (Para 34)	15,000	0.2	15,000	0.1	15,000	0.1	15,000	0.0
INGRESO POR INVERSIONES								
Interés en bonos[2]	246,000	3.2	739,000	6.3	2,003,204	11.8	433,000	1.6
Distribución utilidades (Para 29)[3]	953,000	12.2	694,000	5.9	(no dato)	–	733,000	2.8
Devoluciones en inversiones[4]	(incluido en los bonos)	–	1,417,000	12.0	1,327,000	7.9	2,164,000	8.0
OTROS								
Varios[5]	(no dato)	–	(no dato)	–	(no dato)	–	647,254	2.4
TOTALES	7,781,324	100.00	11,781,600	100.00	16,892,997	100.00	26,968,510	100.00

FUENTE: SEGURO SOCIAL CAMPESINO—DIVISION ECONOMICA, resúmenes anuales de ingreso.

NOTAS:

1. "Para" se refiere a los párrafos en la Ley Obligatoria del Seguro Socia, Artículo 165 (Ver Anexo 1 para la fuente y cita de los párrafos.
2. Para 1990-92, esta fuente es referida como "intereses valores fiduciarios", mientras en 1993 se lee "sorteos cédulas hipotecarias".
3. Para 1990-92, esta fuente es referida como "distribución utilidades", mientras en 1993 se lee "sorteos de prenda".
4. Para 1990-92, esta fuente es referida como "recuperación de inversiones", mientras en 1993 se lee "pagarés corto plazo".
5. No entradas para 1990-92: para 1993 dos fuentes enlistadas son "financiamiento fondos de defensa" (S/. 200.000) y "financiamiento escalafón médico (S/. 447.254); las cantidades enunciadas en la fuente para el Fondo del Seguro Social Agrícola se excluyen (Ver Nota 3 en el texto).

CUADRO 4
SEGURO SOCIAL CAMPESINO
INGRESOS ANUALES, EGRESOS Y EXCEDENTES, 1985—1994
(en millones de sucres corrientes)

AÑO	INGRESOS (1)	EGRESOS (2)	EXCEDENTES (1-2)	INDICE DE EGRESO (2/1)
1985	1,500	1,005	495	67%
1986	2,131	917	1,214	43%
1987	2,714	1,424	1,290	52%
1988	3,265	2,159	1,106	66%
1989	8,621	3,340	5,281	39%
1990	7,781	6,602	1,179	85%
1991	11,782	6,778	5,004	58%
1992	16,893	13,637	3,256	81%
1993	26,969	7,602	19,367	28%

FUENTES:
SEGURO SOCIAL CAMPESINO—DIVISION ECONOMICA, ingresos y egresos 1985-88; series históricas, 1975-1988;1989, del resumen presupuestario;1990-93, del ***Cuadro 3*** (para ingresos), y de los resúmenes presupuestarios (para egresos).

CUADRO 5
SEGURO SOCIAL CAMPESINO
PRESUPUESTOS Y GASTOS, 1989–93
(en miles de sucres corrientes)

AÑO	ASIGNACION CODIFICADA (1)	PAGOS ACUMULADOS (2)	INDICE DE EGRESO (2)/(1)
1989	8,620,711	3,339,975	39%
1990	7,831,324	6,601,699	84%
1991	12,355,233	6,778,327	55%
1992	18,808,875	13,636,504	73%
1993*	26,194,246	7,602,497	29%

FUENTES: SEGURO SOCIAL CAMPESINO—DIVISION ECONOMICA, resúmenes presupuestarios anuales.

NOTA:Egresos son los asumidos por el SSC, incluyendo los registrados durante el primer trimestre del año fiscal siguiente contra el presupuesto del año previo, como es una práctica estándar en contabilidad.
* Los egresos registrados para 1993, y consecuentemente el índice de egreso, son mucho más altos en un detallado documento del presupuesto que se utilizó como fuente para el Cuadro más abajo Nótese además que los índices de gasto en esta tabla difieren de los mostrados para el período 1990-93 en el ***Cuadro 4***, máas abajo; esto se explica porque durante estos años, los impuestos aprobados difieren de los ingresos reportados.

CUADRO 6
INFLACION EN ECUADOR, 1989–93
(1989 = 100)

AÑO	INDICE DE DEFLACION DEL PIB	INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR
1989	100	100
1990	171	150
1991	242	223
1992	374	357
1993*	527	467

FUENTE: Banco Central del Ecuador, Información Estadística Mensual, No. 1706, Abril 30, 1994.
* Basado en datos estimados.

CUADRO 7
SEGURO SOCIAL CAMPESINO PRESUPUESTOS Y GASTOS, 1989–93
(en miles de sucres constantes de 1989)

AÑO	ASIGNACION CODIFICADA	PAGOS ACUMULADOS	INDICES DE CRECIMIENTO	
			PRESUP	GAST.
1989	8,620,711	3,339,975	100	100
1990	4,579,722	3,860,643	53	116
1991	5,105,468	2,800,962	59	84
1992	5,029,111	3,646,124	58	109
1993*	4,970,445	1,442,599	58	43
		(3,180,489)		(95)

FUENTES: SEGURO SOCIAL CAMPESINO–DIVISION ECONOMICA

NOTA: Ver ***Cuadro 6*** para el índice de deflación del PIB utilizado en el cálculo de valores constantes.

* Nótese que el ***Cuadro 15***, más abajo, muestra un nivel mucho más alto de egresos par 1993; los egresos totales del ***Cuadro 15***, convertidos en sucres constantes, y el índice (ambos entre paréntesis) se refieren a este mayor nivel de egresos.

CUADRO 8
CRECIMIENTO DEL PIB EN ECUADOR, 1989–93

AÑO	TASA ANUAL DE INCREMENTO	INDICE CRECIMIENTO (1989 = 100)
1989	0.3%	100
1990	3.0%	103
1991	4.9%	108
1992	3.5%	112
1993*	1.7%	114

FUENTE: Banco Central del Ecuador, ***Información Estadística Mensual,*** No. 1706, Abril 30, 1994.
* Estimados

CUADRO 9
SEGURO SOCIAL CAMPESINO
BALANCE PRESUPUESTARIO SEGUN ITEM
(en miles de sucres corrientes)
1989

CATEGORIA PRESUPUESTARIA	ASIGNACION CODIFICADA (1)	PAGOS ACUMULADOS (2)	SALDO (1-2)	EJECUCION (2/1)
REMUNERACIONES	1,718,830	1,267,364	451,466	74%
Sueldos	707,000	564,675	142,325	80%
Beneficios	1,011,830	702,689	309,141	69%
SERVICIOS	464,750	215,962	248,788	46%
Medicos	300,000	104,446	195,554	35%
Otros	164,750	111,516	53,234	68%
SUMINISTROS Y MATERIALES	639,895	296,087	343,808	46%
Medicinas	22,500	5,040	17,460	22%
Otros	617,395	291,047	326,348	47%
BIENES MUEBLES	322,600	95,296	227,304	30%
Equipo Medico	159,700	25,358	134,342	16%
Otros	162,900	69,938	92,962	43%
ADQUISICIONES, CONSTRUCCIONES Y MANTENIMIENTO	237,000	54,850	182,150	23%
Adquisiciones y Construcciones	187,000	46,916	140,084	25%
Mantenimiento	50,000	7,934	42,066	16%
INVERSIONES	4,634,911	853,161	3,781,750	18%
Largo Plazo	700,000	639,473	60,527	91%
Corto Plazo	3,934,911	213,688	3,721,223	5%
TRANSFERENCIAS	599,075	555,676	43,399	93%
Pensiones Invalidez y Vejez	391,000	392,037	(1,037)	100%
Otros	208,075	163,639	44,436	79%
OTROS	3,650	1,579	2,071	43%
TOTAL	8,620,711	3,339,975	5,280,736	39%

FUENTE: SEGURO SOCIAL CAMPESINO - DIVISION ECONOMICA, resumen presupuestario.

CUADRO 10
SEGURO SOCIAL CAMPESINO
BALANCE PRESUPUESTARIO SEGUN ITEM
(en miles de sucres corrientes)
1990

CATEGORIA PRESUPUESTARIA	ASIGNACION CODIFICADA (1)	PAGOS ACUMULADOS (2)	SALDO (1-2)	EJECUCION (2/1)
REMUNERACIONES	2,101,744	1,958,863	142,881	93%
Sueldos	814,738	766,377	48,361	94%
Beneficios	1,287,006	1,192,486	94,520	93%
SERVICIOS	905,740	913,020	(7,280)	101%
Medicos	583,000	589,281	(6,281)	101%
Otros	322,740	323,739	(999)	100%
SUMINISTROS Y MATERIALES	717,338	617,576	99,762	86%
Medicinas	405,000	302,536	102,464	75%
Otros	312,338	315,040	(2,702)	101%
BIENES MUEBLES	440,800	217,150	223,650	49%
Equipo Medico	225,500	121,054	104,446	54%
Otros	215,300	96,096	119,204	45%
ADQUISICIONES. CONST.Y MANTE.	810,000	250,350	559,650	31%
Adquisiciones y Construccione	484,000	208,595	275,405	43%
Mantenimiento	326,000	41,755	284,245	13%
INVERSIONES	1,953,902	1,875,841	78,061	96%
Largo Plazo	704,000	692,841	11,159	98%
Corto Plazo	1,249,902	1,183,000	66,902	95%
TRANSFERENCIAS	881,800	760,829	120,971	86%
Pensiones Invalidez y Vejez	609,500	508,944	100,556	84%
Otros	272,300	251,885	20,415	93%
OTROS	20,000	8,070	11,930	40%
TOTAL	7,831,324	6,601,699	1,229,625	84%

FUENTE: SEGURO SOCIAL CAMPESINO-DIVISION ECONOMICA, resumen presupuestario.

CUADRO 11
SEGURO SOCIAL CAMPESINO
BALANCE PRESUPUESTARIO SEGUN ITEM
(en miles de sucres corrientes)
1991

CATEGORIA PRESUPUESTARIA	ASIGNACION CODIFICADA (1)	PAGOS ACUMULADOS (2)	SALDO (1-2)	EJECUCION (2/1)
REMUNERACIONES	3,269,530	2,539,237	730,293	78%
Sueldos	1,256,105	1,162,863	93,242	93%
Beneficios	2,013,425	1,376,374	637,051	68%
SERVICIOS	1,345,900	1,222,491	123,409	91%
Medicos	810,000	812,106	(2,106)	100%
Otros	535,900	410,385	125,515	77%
SUMINISTROS Y MATERIALES	2,281,850	1,128,005	1,153,845	49%
Medicinas	1,250,000	368,736	881,264	29%
Otros	1,031,850	759,269	272,581	74%
BIENES MUEBLES	750,183	391,193	358,990	52%
Equipo Medico	321,900	152,364	169,536	47%
Otros	428,283	238,829	189,454	56%
ADQUISICIONES, CONSTRUCCIONES Y MANTENIMIENTO	1,650,000	175,162	1,474,838	11%
Adquisiciones y Construccione	1,350,000	117,835	1,232,165	9%
Mantenimiento	300,000	57,327	242,673	19%
INVERSIONES	1,719,500	60,589	1,658,911	4%
Largo Plazo	589,000		589,000	0%
Corto Plazo	1,130,500	60,589	1,069,911	5%
TRANSFERENCIAS	1,315,483	1,234,679	80,804	94%
Pensiones Invalidez y Vejez	875,000	858,666	16,334	98%
Otros	440,483	376,013	64,470	85%
OTROS	22,787	26,971	(4,184)	118%
TOTAL	12,355,233	6,778,327	5,576,906	55%

FUENTE: SEGURO SOCIAL CAMPESINO - DIVISION ECONOMICA, resumen presupuestario.

CUADRO 12
SEGURO SOCIAL CAMPESINO
BALANCE PRESUPUESTARIO SEGUN ITEM
(en miles de sucres corrientes)
1992

CATEGORIA PRESUPUESTARIA	ASIGNACION CODIFICADA (1)	PAGOS ACUMULADOS (2)	SALDO (1-2)	EJECUCION (2/1)
REMUNERACIONES	4,886,864	4,720,260	166,604	97%
Sueldos	1,850,000	1,764,868	85,132	95%
Beneficios	3,036,864	2,955,392	81,472	97%
SERVICIOS	2,063,980	1,982,603	81,377	96%
Medicos	1,255,000	1,274,533	(19,533)	102%
Otros	808,980	708,070	100,910	88%
SUMINISTROS Y MATERIALES	3,938,000	2,725,574	1,212,426	69%
Medicinas	2,070,000	1,724,566	345,434	83%
Otros	1,868,000	1,001,008	866,992	54%
BIENES MUEBLES	1,533,000	1,224,193	308,807	80%
Equipo Medico	750,000	718,295	31,705	96%
Otros	783,000	505,898	277,102	65%
ADQUISICIONES, CONSTRUCCIONES Y MANTENIMIENTO	1,600,000	726,699	873,301	45%
Adquisiciones y Construccione	1,450,000	679,129	770,871	47%
Mantenimiento	150,000	47,570	102,430	32%
INVERSIONES	2,585,516	305,077	2,280,439	12%
Largo Plazo	486,500		486,500	0%
Corto Plazo	2,099,016	305,077	1,793,939	15%
TRANSFERENCIAS	2,123,617	1,874,155	249,462	88%
Pensiones Invalidez y Vejez	1.400,000	1,179,877	220,123	84%
Otros	723,617	694,278	29,339	96%
OTROS	77,898	77,943	(45)	100%
TOTAL	18,808,875	13,636,504	5,172,371	73%

FUENTE: SEGURO SOCIAL CAMPESINO-DIVISION ECONOMICA, resumen presupuestario.

CUADRO 13
SEGURO SOCIAL CAMPESINO
BALANCE PRESUPUESTARIO SEGUN ITEM
(en miles de sucres corrientes)
1993

CATEGORIA PRESUPUESTARIA	ASIGNACION CODIFICADA	PAGOS ACUMULADOS*(2)	SALDO (1-2)	EJECUCION (2/1)
REMUNERACIONES	13,377,702	4,549,888	8,827,814	34%
Sueldos	3,848,756	1,579,823	2,268,933	41%
Beneficios	9,528,946	2,970,065	6,558,881	31%
SERVICIOS	3,313,146	106,663	3,206,483	3%
Medicos	2,570,000		2,570,000	0%
Otros	743,146	106,663	636,483	14%
SUMINISTROS Y MATERIALES	4,599,256	433,655	4,165,601	9%
Medicinas	1,968,000	960	1,967,040	0%
Otros	2,631,256	432,695	2,198,561	16%
BIENES MUEBLES	1,061,010	23,778	1,037,232	2%
Equipo Medico	302,000		302,000	0%
Otros	759,010	23,778	735,232	3%
ADQUISICIONES, CONSTRUCCIONES Y MANTENIMIENTO	805,000	592,592	212,408	74%
Adquisiciones y Construccione	750,000	590,544	159,456	79%
Mantenimiento	55,000	2,048	52,952	4%
INVERSIONES	304,368	1,384,969	(1,080,601)	455%
Largo Plazo	304,368	1,384,969	(1,080,601)	455%
Corto Plazo				
TRANSFERENCIAS	2,731,264	510,952	2,220,312	19%
Pensiones Invalidez y Vejez	1,953,000	393,278	1,559,722	20%
Otros	778,264	117,674	660,590	15%
OTROS	2,500		2,500	0%
TOTAL	26,194,246	7,602,497	18,591,749	29%

FUENTE: SEGURO SOCIAL CAMPESINO - DIVISION ECONOMICA, resumen presupuestario.
* Ver *Cuadro 15*

CUADRO 14
SEGURO SOCIAL CAMPESINO
COMPOSICION DE ASIGNACIONES CODIFICADAS 1989–1993
(en porcentajes)

DESCRIPCION	1989	1990	1991	1992	1993
REMUNERACIONES	19.9	26.8	26.5	26.0	51.1
SERVICIOS	5.4	11.6	10.9	11.0	12.6
SUMINISTROS Y MATERIALES	7.4	9.2	18.5	20.9	17.6
BIENES MUEBLES	3.7	5.6	6.1	8.2	4.1
ADQ. CONST.Y MANTE.	2.7	10.3	13.4	8.5	3.1
INVERSIONES	53.8	24.9	13.9	13.7	1.2
TRANSFERENCIAS	6.9	11.3	10.6	11.3	10.4
OTROS	0.0	0.3	0.2	0.4	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Calculado en base a los cuadros 9 a 13.

CUADRO 15
SEGURO SOCIAL CAMPESINO
PRESUPUESTO 1993 Y GASTOS POR EL NIVEL ADMINISTRATIVO Y PROGRAMA
(en miles de sucres corrientes)

	ASIGNACION CODIFICADA (1)		PAGOS ACUMULADOS (2)		EJECUCION (2/1)
	TOTAL	PCT.	TOTAL	PCT.	
ADMINIST. CENTRAL[1]					
Sueldos y beneficios	1,737,606	6.9	1,317,942	7.9	76%
Otros	2,020,826	8.0	1,672,346	10.0	83%
Subtotal	3,758,432	14.9	2,990,288	17.9	80%
ADMINIST. REGIONAL[2]					
Sueldos y beneficios	1,422,669	5.6	1,239,533	7.4	87%
Otros	210,340	0.8	184,483	1.1	88%
Subtotal	1,633,009	6.4	1,424,016	8.5	87%
CENTROS SALUD[3]					
Sueldos y beneficios	9,916,666	39.2	9,031,923	53.8	91%
Medicinas y suminis.	3,497,100	13.8	368,495	2.2	11%
Transferencias H. IESS	2,520,000	10.0	0	0.0	0%
Otros	1,831,134	7.2	977,339	5.8	53%
Subtotal	17,764,900	70.2	10,377,757	61.8	58%
PROGRAMA PENSION[4]					
Sueldos y beneficios	129,977	0.5	116,081	0.7	89%
Pagos de pensiones	1,955,224	7.9	1,841,398	11.0	92%
Otros	14,898	0.1	11,636	0.1	78%
Subtotal	2,140,009	8.5	1,969,115	11.8	92%
RESUMEN					
Sueldos y beneficios	13,206,918	52.2	11,705,479	69.8	89%
Medicinas y suminis.	3,497,100	13.8	368,495	2.2	11%
Transferencias H. IESS	2,520,000	10.0	0	0.0	0%
Pago de pensiones	1,995,224	7.9	1,841,398	11.0	92%
Otros	4,077,198	16.1	2,845,804	17.0	70%
TOTAL	25,296,440	100.0	16,761,176	100.	66%

FUENTE: SEGURO SOCIAL CAMPESINO—DIVISION ECONOMICA, balances presupuestarios detallados, por código y rubro.
NOTA: Esta contabilidad detallada, por códigos y con referencia a niveles y unidades administrativas fue preparada solamente en 1993, en cumplimiento de un requisito de contabilidad del nuevo gobierno.
1 Códigos 02-06; 2 Código 10; 3 Código 23; 4 Código 24 (Ver Nota Técnica No. 2)

ANEXOS

Previous Page Blank

ANEXO 1

LEY DEL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO

(Artículos y párrafos que se refieren al Seguro Social Campesino)

Artículo 114 Administración de Fondos

Los fondos para el Seguro Social Campesino serán administrados por la Comisión Nacional para el Seguro Social Campesino, que llevará la contabilidad adecuada a este propósito.

Artículo 165 Las Fuentes de Financiamiento

10. Una contribución del Estado equivalente al 40% de las pensiones de jubilación pagadas por el Instituto (IESS).

14. Un porcentaje del salario mínimo vital que pagará como contribución mensual el jefe de familia, de las familias miembros del programa.

15. Un porcentaje (basado en relación al salario) de las contribuciones al Instituto, que se distribuirá así: 0.3% a ser pagado por el Estado; 0.35% por los afiliados generales al seguro; 0.35% por los patronos.

16. Fondos del Fondo de Seguridad Social Marginal, cuya referencia está en el artículo 144.

23. Una contribución estatal dedicada a la defensa del campesinado en la cantidad anual de 600.000 sucres.

29. Utilidades provenientes de las inversiones del SSC.

30. Contribuciones de miembros, no previstas en este párrafo.

34. Un aporte del Estado a ser acreditado al Fondo del Seguro Social Campesino por el Banco Central, no menor de 15 millones de sucres anuales, de acuerdo al decreto 307, publicado en el R.O. 279 de abril 4, 1973; y

35. Recursos provenientes de donaciones y subsidios dados al Instituto.

Previous Page Blank

Artículo 144 Fondo para la Seguridad Social Marginal

Para la población marginal, que tiene ingresos menores al salario mínimo y que no está cubierta por ninguna otra clase de seguro.

[Fuentes de financiamiento para este Fondo incluyen asignaciones dadas por el Consejo Superior del IESS, dichas asignaciones pueden provenir de los rendimientos por inversiones del Instituto; ingresos provenientes de otras leyes y de las provincias, las municipalidades y el extranjero.]

Fuente: Ecuador, Gobierno de, Ley del Seguro Social Obligatorio. Registro Oficial, No. 21, 8 de septiembre de 1988.

ANEXO 2

ESTIMACIÓN DE INGRESOS FAMILIARES EN EL ÁREA RURAL PARA DETERMINAR LA "CAPACIDAD DE PAGO" POR SERVICIOS DE SALUD

Para determinar cuánto podría pagar una hogar rural de 5.3 individuos (que es el promedio de personas por familia afiliada al SSC) por la obtención de servicios de salud, es necesario calcular sus ingresos. Aunque no existen datos oficiales sobre los ingresos de hogares de los beneficiarios del SSC, dos puntos de referencia pueden ser útiles:

1. El primero es el salario mínimo vital, que en el año de 1993, incluyendo todos los beneficios adicionales de ley, equivale a un ingreso de 166.750 sucres mensuales (88 dólares al mes o 1.056 dólares al año, calculados con una tasa de cambio referencial de 1.900 sucres por dólar) por trabajador. Se debe notar que el salario mínimo promedio para 1993 (63.000 sucres mensuales), en base al cual se calculan los aportes familiares mensuales, representa apenas un 38% del ingreso total, si se adicionan todos los beneficios. Estos beneficios incluyen cuatro salarios adicionales, una compensación por costo de vida equivalente a un sueldo básico, y una compensación por transporte.[2] Los incrementos anuales en el sueldo básico, excluyendo estos beneficios, en años recientes han caído por debajo del índice de precios al consumidor, lo cual ha reducido substancialmente las contribuciones reales de las familias afiliadas al SSC.

2. Un segundo punto de referencia es una estimación del ingreso de una familia rural en 1993. En 1991, el PIB *per cápita* del Ecuador fue de 1.000 dólares; la población rural representaba el 43% de la población del país y la agricultura representaba el 15% del PIB.[3] Se podría asumir que la población rural aporta al PIB con otro 15% a través de actividades no agrícolas (por ejemplo, pequeña industria, transporte, mercadeo y otros servicios), lo que totaliza un 30% del PIB. Ello significa una producción *per cápita* de 698 dólares para el área rural y de 1.228 dólares para el área urbana. Asumiendo que el 70% (o 490 dólares *per cápita*) de la producción total de las áreas rurales corresponden al trabajo, el ingreso anual de la familia rural promediará aproximadamente los 2.646 dólares (esto es, 5.3 x 490). Aun asumiendo que las familias campesinas más pequeñas—típicamente afiliadas al SSC— ganen la mitad de este ingreso promedio, esto es, 1.300 dólares por año, éstas se encuentran en mejores condiciones que aquellas que dependen de un salario mínimo, incluyendo los beneficios. Por lo tanto, no parecería irracional utilizar como referencia el salario mínimo, incluyendo los beneficios adicionales, como un estándar para estimar la capacidad de pago de los afiliados al SSC; no obstante, apenas una pequeña parte del ingreso del campesino es dinero en efectivo, obtenido a través de la venta de los excedentes agrícolas de sus cosechas; una parte importante de la producción es consumida directamente por la familia. Por lo tanto, el salario mínimo vital de 1993, excluyendo los beneficios

---

[2] Banco Central del Ecuador, *Información Estadística Mensual,* No. 1.706, abril 30, 1994; Ver Tabla 5.1.2 para salario mínimo y beneficios y Tabla 4.41 para tasa de cambio.

[3] Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993* (Nueva York: Oxford University Press, 1993). Tablas 1, 3, y 31.

(756.000 sucres anuales o 400 dólares), puede considerarse como una base más adecuada para determinar los aportes familiares.

Basándonos en los datos anteriores y en estimaciones, el 1% del salario mínimo (excluyendo los beneficios adicionales), que pagan actualmente las familias afiliadas al SSC, puede considerarse una cantidad razonable. Encuestas de hogares realizadas en algunos países latinoamericanas han demostrado que aun las familias muy pobres gastan por lo menos un 2% de sus ingresos en servicios de salud, incluyendo medicinas.[4] En consecuencia, si se quiere que el SSC entregue servicios de salud adecuados, incluyendo medicinas, es posible que sus afiliados estén dispuestos a, y en capacidad de, pagar un 2% del salario mínimo (excluyendo los beneficios), lo que significaría duplicar sus contribuciones actuales.

Si la contribución de las familias hubiese sido equivalente a ese 2% en 1993, y asumiendo el mismo número de familias afiliadas, por este mecanismo se habría financiado un 8.3%, en lugar de un 4.3%, de los ingresos totales (Ver Tabla 3).

[4] Ricardo A. Bitran y D. Keith McInnes, *La Demanda de Salud en América Latina,* EDI, Banco Mundial, Ponencia de Seminario No. 46, 1993.

ENTREVISTAS

Esta lista incluye los nombres de los directivos del SSC a nivel central y regional que fueron entrevistados para este estudio. No se incluyen los nombres de especialistas técnicos que trabajan bajo las órdenes de estas personas, quienes también facilitaron información.

Coronel Fausto E. Flores, Director Nacional del Seguro Social Campesino

Lic. Lourdes Baquero, Coordinadora, Centro Regional 1

Dr. Pedro Isaac Barreiro, Jefe, Departamento Nacional de Atención de Salud

Lic. José Bustillos, Jefe, Departamento Nacional de Personal

Arq. Wilson Cárdenas, Jefe, División Nacional de Prestaciones

Ab. Isidro Cedeño Erazo, Coordinador, Centro Regional 6

Dr. César Córdova, Jefe, Departamento Nacional de Programación de Salud

Lic. Cristóbal Freire, Jefe, Departamento Nacional de Contabilidad y Presupuesto

Ab. Carlos Herdoíza, Jefe, Asesoría Legal

Lic. Nilo Macías, Jefe, División Nacional Económica

Lic. Antonio Montalvo, Jefe, Departamento Nacional Informático

Dr. Guillermo Ortega, Jefe, Departamento Nacional de Abastecimientos

Lic. Eloy Palacios, Coordinador, Centro Regional 3

Lic. Luis Tulcanaza, Jefe Encargado, Departamento Nacional de Promoción Social y Calificación de Derechos

Dr. Rodrigo Viñán, Jefe, División Nacional Médica

Las disposiciones legales y financieras que vinculan al SSC con el IESS fueron revisados con la Lic. María Caizapanta Vega, Revisora 5, Intervención, Supervisoría General del IESS.

FUENTES

Las fuentes de las tablas estadísticas se encuentran citadas en cada una. Otras fuentes citadas en este estudio incluyen:

Barreiro, Pedro Isaac, *El Seguro Social Campesino: Apuntes para su Historia* (Quito: SSC, 1993)

Bayo, Francisco R., "Informe de la Valoración Actuarial del Régimen de Enfermedad y Maternidad", IESS, Quito, julio 1993

Flores, Fausto, "Propuesta del Orgánico del Seguro Social Campesino", sin fecha (probablemente julio 1994), documento interno del SSC

IESS, *Seguro Social Campesino: La Legislación Actualizada al 15 de Junio de 1992,* Quito, 1992

IESS, Consejo Superior, "Resolución No. 824", julio 12, 1994 (Reorganización del IESS)

Lalama Hidalgo, Laura, "Valoración Actuarial del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte", IESS, Quito, diciembre 1993

Mesa-Lago, Carmelo, *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social: Evaluación Económica y Opciones para Reforma* (Quito: INCAE, 1993)

SSC/IESS, *Boletín Estadístico 1991,* en imprenta

Veloz Sancho, Indalide, *25 Años del Seguro Social Campesino* (Quito: IESS, 1993)

Previous Page Blank