CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA NTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

ASF-151-2013
13-09-2013

ÁREA SERVICIOS FINANCIEROS

EVALUACIÓN DE LA CONTRIBUCIÓN EN CUOTAS AL SEGURO DE SALUD POR LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS PENSIONADOS SEGÚN LEY 5905 "PENSIONADOS PROTEGIDOS SEGURO ENFERMEDAD MATERNIDAD" GERENCIA DE PENSIONES/GERENCIA FINANCIERA/GERENCIA MÉDICA

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó con fundamento en las competencias conferidas en los artículos 21 y 22 de la Ley General de Control Interno a la Auditoría Interna CCSS; y en atención al Plan Anual Operativo 2013 del Área de Servicios Financieros de este Órgano de Fiscalización.

OBJETIVO GENERAL

Revisar la tasa de contribución del sector pensionado, establecida en un 14% (un 8.75% el fondo de jubilaciones, un 5% el pensionado y un 0.25% el Estado como tal) en el Reglamento del Seguro de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el balance de ingresos y gastos correspondiente a la atención médica de los pensionados de los diferentes regímenes de pensiones.
2. Indagar sobre el contexto legal del artículo 2 de la Ley 5905, en razón del cinco por ciento que asume el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte por la atención en médica de sus pensionados.
3. Verificar el cobro del Seguro de Salud a los pensionados rentistas total permanente y gran invalidez del Régimen de Riesgo de Trabajo del Instituto Nacional de Seguros.

ALCANCE

El presente estudio contempló el análisis a lo dictaminado en la Ley 5905, propiamente sobre el déficit que el gobierno costarricense debería cancelar al Seguro de Salud con respecto a la atención médica de la población denominada pensionada.

Asimismo, el alcance se amplía a los controles relacionados con los procesos operativos, financieros y contables en cumplimiento con lo legislado. Igualmente, se indaga sobre el costo (gasto) en que incurre el Régimen de Enfermedad y Maternidad por la atención médica de los pensionados y la suficiencia e insuficiencia de la tasa contributiva vigente.

El examen abarcó el contexto de la Ley 5905 desde su promulgación en 1976 hasta el primer trimestre del 2013; para tal fin se consideró el informe ASF-019-2012 del 06 de febrero, 2012, denominado *"Evaluación sobre la aplicación de la Ley 5905 "Pensionados protegidos Seguro Enfermedad Maternidad"* suscrito por esta Auditoría.

La evaluación se realizó de conformidad con lo establecido en el Manual de Normas Generales de Auditoría para el Sector Público y el Manual de Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público, ambos emitidos por la Contraloría General de la República. Además, de otra normativa legal y técnica atinente a la materia.

METODOLOGÍA

Se aplicaron los siguientes procedimientos metodológicos, en la ejecución del presente estudio:

- ✓ **Revisión y análisis de las siguientes Leyes:**
  - Ley 5905 "Pensionados Protegidos Seguros Enfermedad Maternidad" del 26 de mayo, 1976.
  - Ley 6230 "Interpreta Ley 5905 de 26 de mayo de 1976", del 02 de mayo, 1978.
- ✓ **Análisis:**
  - Acuerdos de la Junta Directiva CCSS.
  - Pronunciamientos y criterios jurídicos internos y externos en tono al tema de fondo.

MARCO NORMATIVO

- ✓ Ley General de Control Interno 8292 del 27 de agosto 2002, publicada en la Gaceta 169 del 4 de setiembre 2002.
- ✓ Ley 5905 "Pensionados Protegidos Seguro Enfermedad Maternidad" del 26 de mayo 1976.
- ✓ Ley 6230 "Interpreta Ley 5905 de 26 de mayo de 1976" del 02 de mayo de 1978.
- ✓ Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad del 05 de febrero, 1997.
- ✓ Reglamento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte del 17 de noviembre, 2010.
- ✓ Reglamento del Programa Régimen No Contributivo de Pensiones[1] del 19 de mayo, 2009.

[1] *Aprobado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el art. 14º, sesión Nº 8278, celebrada el 28 de agosto del 2008 y publicado en "La Gaceta" número 186 del 26 de setiembre del año 2008. Modificado en el artículo 11º de la sesión 8343 celebrada el 30 de abril 2009 y publicado en La Gaceta No. 95 del 19 de mayo 2009.*

- ✓ Manual de Normas Generales de Auditoría para el Sector Público N° M-2-2006-CO-DFOE, aprobado mediante resolución número R-CO-94-2006 del 17 de noviembre, 2006. Publicado en la Gaceta número 236 del 08 de diciembre, 2006.
- ✓ Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República número 2-2009-CO-DFOE-Gaceta N°20 del 06 de febrero 2009.
- ✓ Manual Descriptivo de Cuentas Contables elaborado por el Área Contabilidad Operativa. Actualizado a Octubre, 2012.

DISPOSICIONES A CONSIDERAR DE LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO

Esta Auditoría informa y previene al Jerarca y a los titulares subordinados acerca de los deberes que les corresponden respecto a lo establecido en el artículo 6 de la Ley General de Control Interno, así como sobre las formalidades y los plazos que deben observarse en razón de lo preceptuado en los numerales 36, 37 y 38 de la Ley 8292 en lo referente al trámite de nuestras evaluaciones; al igual que sobre las posibles responsabilidades que pueden generarse por incurrir en las causales previstas en el artículo 39 del mismo cuerpo normativo, que indica en su párrafo primero:

> *"Artículo 39.- Causales de responsabilidad administrativa*
>
> *El jerarca y los titulares subordinados incurrirán en responsabilidad administrativa y civil cuando corresponda, si incumplen injustificadamente los deberes asignados en esta Ley, sin perjuicio de otras causales previstas en el régimen aplicable a la respectiva relación de servicios. (…)"*

ANTECEDENTES

La Constitución Política de Costa Rica, en los artículos 73, 74 y 177 dicta que los Seguros Sociales administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social se rigen por los principios de solidaridad y universalidad. El principio de solidaridad garantiza que toda persona (trabajadora asalariada, trabajadora independiente, pensionada, etc.) deben aportar según sus posibilidades económicas al financiamiento de la seguridad social. En el caso de las personas asalariadas rige una contribución tripartita, donde las cargas son distribuidas entre patronos, trabajadores y el Estado. Las personas "trabajadoras por cuenta propia" y "pensionadas" comparten las cargas con el Estado, quién también tiene la obligación de hacerse cargo del aseguramiento de las personas que no cuenten con ingresos suficientes para ello.

Los principales intentos de extender la cobertura horizontal en salud, tanto la de aseguramiento como la de los servicios, nace en 1941 con la protección obligatoria de asalariados del sector urbano en el Seguro de Salud, posteriormente en 1947 se amplía al Seguro de Pensiones; extendiéndose hasta el 2005 con la obligatoriedad legal de aseguramiento en salud y pensiones para los trabajadores independientes. Siendo que el modelo de atención propuesto para satisfacer las demandas actuales y futuras de la población, pretende mantener y fortalecer los principios filosóficos de Universalidad, Solidaridad, Unidad, Equidad, Igualdad y Obligatoriedad.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA NTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

A continuación se presenta el antecedente del marco normativo promulgado desde 1941 hasta el 2005, relacionado con el tema de cobertura de aseguramiento, tabla 1:

TABLA 1
SEGURO DE SALUD
COBERTURA DE ASEGURAMIENTO
MARCO NORMATIVO DESDE EL 1941 AL 2005

AÑO	
1941	Protección Obligatoria de Asalariados del Sector Urbano en el Seguro de Salud.
1947	Protección Obligatoria de Asalariados del Sector Urbano en el Seguro de IVM.
1961	Reforma constitucional artículo 177 de la Constitución Política CR
1962	Extensión del Seguro de Salud a zonas rurales.
1965	Aplicación de la protección familiar.
1974	Creación del Régimen No Contributivo de Invalidez, Vejez y Muerte
1973	Ley Universalización del Seguro de Maternidad y Enfermedad
1975	Protección Obligatoria a Trabajadores No Asalariados 1/
1975	Creación del programa de asegurados voluntarios
1976	Obligatoriedad de Contribución al Seguro de Salud para los pensionados.
1984	Creación del Seguro por Cuenta del Estado. Cobertura para los indigentes en el Seguro de Salud.
1984	Protección mediante Convenios de Aseguramiento Colectivo.
1995	Obligatoriedad de tener seguro de pensiones para afiliarse al seguro de salud
1996	Seguro estudiantil de salud para todos los estudiantes del país
2005	Obligatoriedad legal de aseguramiento en salud y pensiones para los trabajadores independientes.

1/ Por razones jurídicas, a partir de 1978 y hasta la ley de Protección del Trabajador se torna voluntario.

Fuente: Elaboración propia. Sistema Costarricense de Información Jurídica.

De la normativa citada en la tabla 1 se obtiene el siguiente resumen cronológico:

- **1961:** Mediante la Ley 2738 del 12 de mayo, 1961, se aprueba la Universalización de los Seguros Sociales a cargo de la CCSS, la población meta era el universo asalariado y no toda la población; lo que se aprueba fue una extensión y no la cobertura total de la población del país. Por tanto, en ese momento la Asamblea Legislativa impuso a la institución la obligación de universalizar los seguros a su cargo, imponiendo la protección familiar del Régimen de Enfermedad y Maternidad en un plazo no mayor a diez años, contados a partir de la promulgación de la reforma constitucional; para tal fin se modificó el párrafo tercero del artículo 177 de la Constitución Política.

- **1965:** Extensión de la protección del Régimen del Seguro de Salud a todas las personas que conforman el núcleo familiar del asegurado directo y que conviven en un estado de dependencia económica por motivos de edad, estudios o discapacidad.

- **1973:** Con la Ley 5349 se aprobó el traspaso a la CCSS de los hospitales administrados por el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social y financiados con fondos provenientes de la Junta de Protección Social y el Estado; con el fin de que la universalización no se limitara únicamente a los asalariados, sino que incluyera a los indigentes.

  Para lograrlo los establecimientos de salud y las rentas que los sostenían tenían que traspasarse a la Caja Costarricense de Seguro Social; además, se estableció en el artículo séptimo de la Ley 5349 que en caso de que tales rentas no fueran suficientes, el Estado crearía a favor de la CCSS rentas específicas para completar el pago de la atención de los NO asegurados incapaces de sufragar los gastos de su atención médica.

Es decir, se lograba de esta forma la verdadera universalización a toda la población costarricense, con el único propósito de fortalecer la salud nacional.

- **1975:** Creación del Seguro Voluntario. Esquema contributivo dirigido a trabajadores independientes, quienes pagarían una tasa de cotización parcial con un complemento del Estado. Además, se dio acceso al Seguro de Salud a los beneficiados del Régimen No Contributivo de Pensiones por Monto Básico con subsidio del Fondo de Desarrollo de Asignaciones Familiares.

- **1976:** Obligación de los pensionados de la CCSS y de los regímenes especiales (contributivos y no contributivos) a cotizar para el Seguro de Salud. Los aportes están a cargo de cada programa que otorga la pensión o bien, son responsabilidad directa del pensionado. Siendo que el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte asume como fondo el cinco por ciento (5%) del costo de atención en salud correspondiente a sus pensionados.

- **1984:** Creación de los convenios de aseguramiento colectivo con organizaciones de trabajadores no asalariados de bajo ingreso modalidad denominada convenios especiales. De igual manera, se creó el programa de asegurados por cuenta del estado, el cual permite la cobertura de la población indigente mediante subsidio estatal. Además, de un tipo de aseguramiento cuyo objetivo es la protección de las personas de muy escasos recursos y que toma como base los núcleos familiares.

  Asimismo, en los años ochenta se creó el aseguramiento colectivo con el objetivo de proteger a los trabajadores independientes que no reciben salario y que están principalmente afiliados a una organización social, modalidad que la CCSS formaliza mediante convenios especiales.

- **2005:** Entró en vigencia el establecimiento de la obligatoriedad del aseguramiento entre todos los trabajadores aunque no fueran asalariados; lo cual fue establecido en la Ley de Protección al Trabajador promulgada en el 2000, debió a que en 1975 hubo un intento de establecer esta obligatoriedad mediante una medida administrativa que tuvo que ser suspendida 3 años después precisamente por carecer de sustento legal.

La Universalización de los Seguros Sociales se encuentra en la Constitución Política de Costa Rica en el artículo 177, que dicta:

> *"[…] Para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social rentas suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución. Si se produjere un déficit por insuficiencia de esas rentas, el Estado lo asumirá, para lo cual el Poder Ejecutivo deberá incluir en su próximo proyecto de presupuesto la partida respectiva que le determine como necesaria la citada institución para cubrir la totalidad de las cuotas del Estado. […]"*

Con la promulgación en 1961 de la Ley de Universalización de los Seguros Sociales, la CCSS adquiere la responsabilidad constitucional de cubrir a la totalidad de la población nacional en un plazo de diez años, este compromiso rompe con los principios doctrinales *"Bismarckianos"* que hasta ese momento caracterizaban al Seguro Social del país, ya que solo cubría a los trabajadores asalariados. Para cumplir con ese mandato, la institución diseñó y desarrolló un conjunto de nuevas modalidades de aseguramiento con el propósito de incorporar a los grupos de la población aún no afiliados a ese seguro.

Con la universalización de los Seguros Sociales las modalidades de aseguramiento se convierten en sectores contributivos, aplicándose los principios de solidaridad financiera y caja única en razón de las contribuciones recibidas por el Seguro de Salud, unificándose todos los recursos económicos y la administración financiera del mismo.

La aplicación de ese principio ha permitido desarrollar en el caso del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) un sistema de salud de cobertura universal[2] e integralidad de la atención existiendo la equidad en la prestación de los servicios, es decir, toda persona tiene el derecho a recibir la atención médica y las prestaciones sanitarias que requiera para garantizar su salud integral, independientemente de si puede pagar por ella o no.

Esa es la esencia del derecho constitucional a la Seguridad Social, que garantiza a todos los ciudadanos que el Estado por medio de la Caja Costarricense de Seguro Social les otorgará al menos los servicios indispensables en caso de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte.

En cuanto a los pensionados de los regímenes creados por leyes especiales y que deben cotizar al Seguro de Enfermedad y Maternidad, el 26 de mayo, 1976 se crea la Ley 5905 denominada *"Pensionados Protegidos Seguros Enfermedad Maternidad"*, misma que estableció:

> *"ARTÍCULO 1.-Toda persona amparada por regímenes nacionales de pensiones, sean estas ordinarias o extraordinarias, quedará protegida por los beneficios del Seguro de Enfermedad y Maternidad con protección familiar de la Caja Costarricense de Seguro Social.*
>
> *ARTÍCULO 2.-Las cuotas y beneficios relativos a las personas tuteladas en esta ley, serán las mismas que rijan para los demás asegurados de la Caja, en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, excepto que las cuotas de los pensionados se cobran sobre la cuantía de las pensiones y sus revalorizaciones y que no habrá pago de subsidio en dinero por tratarse de pensionados que no pierden su ingreso con motivo de la enfermedad. La cuota patronal será cubierta por el Fondo Nacional de Pensiones quien haciendo las veces de patrones, enterará a la Caja las cuotas correspondientes.*
>
> *Si hubiere algún déficit, este será cubierto por el Estado, el cual tomará los recursos de las rentas creadas por leyes anteriores para cubrir la cuota estatal y la cuota del Estado como patrono a la Caja Costarricense de Seguro Social".*

[2] *En 1961 se promulgó la Ley de Universalización de los Seguros Sociales.*

La Ley 6230 del 02 de mayo, 1978 interpreta el artículo 2 de la Ley 5905 del 26 de mayo de 1976, con lo cual en el caso del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte este pagaría el cinco por ciento (5%) que le correspondería a sus pensionados:

> *Artículo 1º: "Interprétese en forma auténtica el artículo 2º de la Ley número 5905 de 26 de mayo de 1976, en el sentido de que todos aquellos pensionados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social,* ***quedan exentos de la contribución que al mismo se refiere,*** *aun cuando reciban algún ajuste de pensión de otro régimen de pensiones, ya que existen para ellos el derecho de continuar recibiendo los beneficios médicos sin carga adicional alguna*".

Entre los fondos de pensiones existentes en el país[3], se encuentran los siguientes regímenes: Contributivos y No Contributivos:

REGÍMENES CONTRIBUTIVOS:

- Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
- Régimen de Capitalización Colectiva del Magisterio Nacional
- Régimen Transitorio de Reparto del Magisterio Nacional
- Fondo de Jubilaciones y Pensiones del Poder Judicial
- Fondo de Pensiones del Benemérito Cuerpo de Bomberos
- Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional
    - ✓ Régimen de Pensiones de los Empleados de Comunicación (Correos y Telégrafos)
    - ✓ Régimen de Pensiones de Hacienda (Diputados)
    - ✓ Régimen de Pensiones de Hacienda (Ley 148)
    - ✓ Régimen de Pensiones de Hacienda (Reforma 7013)
    - ✓ Régimen de Pensiones de los Empleados de Obras Públicas y Transportes
    - ✓ Régimen de Pensiones de los Empleados del Ferrocarril al Pacífico
    - ✓ Régimen de Pensiones del Registro Nacional
    - ✓ Régimen de Pensiones de los Empleados Municipales

REGÍMENES NO CONTRIBUTIVOS:

- Régimen No Contributivo por Monto Básico
- Régimen de Pensiones de los Beneméritos de la Patria, Autores de Símbolos Nacionales y Personas Galardonadas con el Premio Magón
- Régimen de Pensiones de los ex Presidentes de la República.
- Régimen de Pensiones e Indemnizaciones de Guerra
- Régimen de Pensiones de Gracia

[3] *En el oficio de Supen SP-2280-2011 del 03 de noviembre, 2011 suscrito por el Sr. Mauricio Ávila Valverde, Intendente de Pensiones dirigido a esta Auditoría.*

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA NTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

Los aportes de los asalariados se establecen en los reglamentos del Régimen de Maternidad y Enfermedad, y del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, según el siguiente cuadro 1:

CUADRO 1
PORCENTAJE CONTRIBUCIÓN DE LOS ASALARIADOS

SECTOR	RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE	RÉGIMEN DE SALUD, ENFERMEDAD Y MATERNIDAD	TOTAL
PATRONAL	4,92%	9,25%	14,17%
TRABAJADOR	2,67%	5,50%	8,17%
ESTADO	0,41%	0,25%	0,66%
TOTAL	8,00%	15,00%	23,00%

Fuente: Elaboración propia. Información contenida en el Reglamento SEM e IVM.

La tasa de contribución de los asalariados equivalente al 15%, se encuentra vigente por aprobación de la Junta Directiva CCSS en el artículo 11° de la sesión 6274 del 06 de diciembre, 1988.

En el siguiente cuadro 2 se observan los aportes establecidos a la población pensionada de conformidad con el artículo 62 del Reglamento del Seguro de Salud:

CUADRO 2
PORCENTAJE CONTRIBUCIÓN AL SEGURO DE SALUD
POBLACIÓN PENSIONADOS (LEY 5905)

SECTOR	RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE	OTROS
PENSIONADOS	0,00%	5,00%
FONDO	13,75%	8,75%
ESTADO	0,25%	0,25%
TOTAL	14,00%	14,00%

Fuente: Elaboración propia. Información contenida en el Reglamento SEM e IVM.

Se desprende del cuadro 2 que el régimen de los pensionados está destinado a proteger la salud de sus personas jubiladas y familiares económicamente dependientes. La cuota que se recauda para su financiamiento es equivalente al 14% sobre el monto de las pensiones distribuido en: Un 8.75% el fondo de jubilaciones, un 5% el pensionado y un 0.25% el Estado como tal. En el caso del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), el fondo paga un 13.75% sobre el monto de las pensiones y el Estado el restante 0.25%, es por tanto, que en armonía con los artículos 73 y 177 de la Constitución Política existe la obligación del Estado de cubrir cualquier déficit de operación que se le presente al Seguro de Salud por la atención médica de esa población.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA NTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

RESULTADOS

1. SOBRE LA CONTRIBUCIÓN Y GASTO POR LA ATENCIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN PENSIONADA

El estudio permite evidenciar que la Caja Costarricense del Seguro Social registra la recaudación de las cuotas del sector de los pensionados del Gobierno Central (Regímenes Especiales de Pensiones, con cargo al Presupuesto Nacional) en las mismas cuentas contables usadas para el reconocimiento de las obligaciones propias del Estado "como patrono" y "como tal". Asimismo, se comprobó que los sistemas de información imposibilitan obtener el registro en salud y el gasto por la atención médica de ese sector. Aunado a que no existe una contabilidad de costos para tal fin.

Esa situación impide a la Institución, calcular y/o estimar si las cuotas menos los costos por la atención en salud del sector pensionados son suficientes y/o deficitarias de conformidad con lo que dicta la Ley 5905 en su artículo 2.

1.1 DE LOS INGRESOS Y GASTOS POR LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA POBLACIÓN PENSIONADA SEGÚN LA LEY 5905

Para los efectos del artículo 2 de la Ley 5905 se determinó que el Seguro de Salud no cuenta con un balance entre ingresos y gastos por la atención médica de la población pensionada, mismo que se calcularía del total de la contribución recibida por parte de los Regímenes Especiales de Pensiones, del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y del Régimen No Contributivo de Pensiones, aporte que actualmente es de un 14% (ver cuadro 2) menos el costo por el servicio brindado, cuya resultante permitiría determinar la pertinencia de cobrar al Estado Costarricense algún monto en caso de insuficiencia en la tasa de contribución ya establecida.

Lo anterior, se comprueba en los estados financieros del Seguro de Salud, en el cual se registra contablemente las contribuciones del Régimen Especial de Pensiones (administrado por el Gobierno Central) en las mismas subcuentas habilitadas para ingresar las cuotas del Estado "como patrono" y "como tal" a saber:

a) **805-20-2*"Cuota Patronal Gobierno Ministerio"***, incluye la cuota del Estado como Patrono (9,25%), así como la cuota patronal del Fondo de Pensionados (8.75%).
b) **805-21-0 *"Cuota Trabajador Gobierno Ministerio"***, correspondiente a la cuota obrera de los trabajadores del Estado (5,50%), y la cuota obrera de los pensionados del Estado (5,0%).
c) **800-00-0 *"Cuotas del Estado Como Tal",*** ingresa el aporte del 0,25%, importe tripartito y sector pensionados.

Siendo importante indicar, que la cuota de los pensionados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Régimen No Contributivo de Pensiones se registran en las cuentas: 805-07-3 *"Cuota SEM Pensión IVM"* y 825-08-0 *"Servicios Médicos Pensionados RNCP"*.

Por otra parte, en el primer semestre del 2013 el Seguro de Pensiones aprueba la pensión mínima en ciento veinte mil quinientos setenta y ocho colones (¢120.578.00), al compararla con la cuantía mínima de contribución[4] de ciento treinta y un mil setecientos sesenta colones (¢131.760.00) se evidencia una inconsistencia entre el mínimo contributivo y mínimo de protección manifestado en la pensión del IVM Y el salario mínimo actual.

Del párrafo anterior, se acota el documento "Cobertura No Asalariados" elaborado en el 2003 por la Dirección Actuarial y Económica, que en el inciso b.) Escala Contributiva se lee lo siguiente:

> ***"b. Escala Contributiva***
> *Para efectos de fortalecer los principios que sustentan nuestro esquema de seguridad social, así como la sostenibilidad financiera de los seguros sociales a corto, mediano y largo plazo,* ***es necesario que los ingresos presuntivos progresivamente se equiparen a los salarios mínimos, y que adicionalmente se cierre la brecha u homogenicen los ingresos para convenios y afiliados individualmente.*** *Esto no solamente evita un debilitamiento financiero, sino que favorece la concordancia de las bases mínimas de contribución con los indicadores mínimos de subsistencia, manifestados en los salarios mínimos legales, fortaleciendo a su vez la relación entre la base mínima de contribución y la cuantía mínima de la pensión, en lo que al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte se refiere." (La negrita no pertenece al original)*

Por otra parte, en el artículo 2° de la citada Ley 5905 se encuentra establecido:

> *"**Las cuotas y beneficios relativos a las personas tuteladas en esta Ley, serán las mismas que rijan para los demás asegurados de la Caja,** en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, excepto que las cuotas de los pensionados se cobrarán sobre la cuantía de las pensiones y sus revalorizaciones y que no habrá pago de subsidio en dinero por tratarse de pensionados que no pierden su ingreso con motivo de la enfermedad. […]". (El resaltado es nuestro)*

Con el citado artículo 2, la ley 5905 estableció que la cuota por parte de los pensionados al Seguro de Salud sería la misma que la de los demás asegurados que cotizan para ese régimen, la cual se encuentra referenciada en el sector de asalariados que registra una tasa de contribución del 15%[5] (cuadro 1), porcentaje que equivale a un 1% demás en relación con el 14% de los pensionados (cuadro 2).

La diferencia entre el aporte del asalariado y el pensionado según explicó a esta Auditoría de manera verbal[6] el Lic. Walter Calderón Sánchez, Jefe del Área Análisis Financiero, Dirección Actuarial y Económica obedece a que el sector trabajador percibe un pago de subsidio en dinero, beneficio que el sector jubilado no recibe en razón de que no pierde sus ingresos con motivo de la enfermedad.

[4] *La cuantía mínima tiene fundamento legal en el artículo 63° del Reglamento del Seguro de Salud, aprobado por la Junta Directiva CCSS, en el artículo 41° de la sesión 8603 celebrada el 10 de octubre de 2012.*
[5] *Cuota Tripartita (15%) = Patronal 9,25%, Trabajador 5,50% y Estado 0,25%.*
[6] *Conversación vía telefónica el 18 de junio, 2013.*

1.2 DE LAS ESTADISTICAS EN SALUD Y CONTABILIDAD DE COSTOS POR LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA POBLACIÓN PENSIONADA

1.2.1 SOBRE LAS ESTADISTICAS EN SALUD DEL SECTOR PENSIONADO

En cuanto a las estadísticas en salud se determinó que los sistemas de información actuales se restringen a los egresos hospitalarios y días de estancia de los pensionados, lo que impide obtener datos de manera clasificada y/o segregada de los servicios médicos que recibe la población pensionada.

Además, lo que corresponde a la parte ambulatoria no se dispone de un registro nominal del cual se pueda extraer la modalidad de aseguramiento de cada consultante o paciente atendido; asimismo, lo concerniente a consulta externa, el informe disponible lo registra únicamente los establecimientos que cuentan con el Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC).

De igual forma, no existe un costeo en procedimiento médico específico sino que solo de condición general como cualquier paciente que se atienda en los centros de salud del país.

En relación con lo expuesto, se transcribe lo señalado en el oficio AES-1-318-2013 del 13 de junio, 2013 suscrito por la MSc. Ana Lorena Solís Guevara, Jefe a.i. Área de Estadística en Salud de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, quién en respuesta a lo solicitado por esta Auditoría mediante la nota 30112[7] del 10 de junio, 2013 sobre las estadísticas médicas de la población pensionada indicó:

> *"[…] le remito los oficios que se han enviado en relación a este informe de auditoría, donde en resumen se plantea que:*
>
> - *Los datos disponibles como estadísticas continuas y que dispone esta dependencia son los relacionados al Sistema de Egreso Hospitalarios (los cuales se adjuntan), pues en la parte ambulatoria no se dispone de un registro nominal del cual se pueda extraer la modalidad de aseguramiento de cada consultante o paciente atendido.*
> - *Del Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC) es posible extraer la información de los pensionados atendidos en consulta externa, sin embargo el dato solo estaría disponible para los establecimientos que utilicen este sistema de información y de forma paulatina conforme se incluyan otros establecimientos se logrará disponer de la información requerida. Actualmente no hay una fecha definida a partir de la cual se podrá disponer de esta información."*

En concordancia con el mismo tema anterior, mediante oficio AES-1-173-2013 del 1 de abril, 2013 suscrito por la MSc. Ana Lorena Solís Guevara dirigido a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica, se lee:

[7] *Oficio dirigido a la MSc. Ana Lorena Solís Guevara, Jefe a.i. Área de Estadística en Salud de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y a la Licda. Azyhadee Picado Vidaurre, Jefe Área Contabilidad de Costos.*

"[…] es importante recordar que los datos estadísticos disponibles como estadísticas continuas y que dispone esta dependencia son los relacionados al Sistema de Egreso Hospitalarios (los cuales se adjuntan), pues en la parte ambulatoria no se dispone de un registro individual del cual se pueda extraer la modalidad de aseguramiento de cada consultante o paciente atendido, para lo cual la Dirección Financiero Contable externó la necesidad de que la Gerencia Médica, implementará un proceso de captura de esta última información, sin embargo, esta dependencia no dispone de los recursos necesarios para la recolección de esta información.

Llamo la atención sobre la necesidad de dimensionar el impacto que esto tiene en la práctica, pues se trata de un registro de más de 10 millones de consultas y más de 5 millones de atenciones de urgencias al año, esto requiere de un sistema único de registro y de personal a nivel local que pueda registrar de forma diaria y nominal estas atenciones, para finalmente construir las estadísticas y la información solicitada. Como es de su conocimiento para el Área de Estadística en Salud es materialmente imposible el logro de este requerimiento, pues ya hemos escalado por medio de otros informes el problema de recursos que enfrenta esta Unidad en el marco del EDUS y la imposibilidad de disponer de recursos para el desarrollo de proyectos alternos de transición al EDUS.

Es importante considerar que dentro del Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC) es posible extraer esta información, sin embargo el dato solo estaría disponible para los establecimientos que utilicen este sistema de información y de forma paulatina conforme se incluyan otros establecimientos se logrará disponer de la información requerida. […]"

En el informe emitido por la Contraloría General de la República número DFOE-SOC-IF-08-2013 del 29 de julio, 2013 se encuentra el siguiente cuadro 2 relacionado con los sistemas de información del EDUS[8] en etapa de desarrollo y en operación, en relación con el SIAC se lee su funcionalidad y estado en que se encuentra:

Cuadro N° 2
Caja Costarricense de Seguro Social
Sistemas de información del EDUS en etapa de desarrollo y en operación

Nombre del sistema	Funcionalidades	Estado actual en que se encuentra
Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES)	Registro de la atención básica del usuario por parte del médico en el consultorio; acceso en línea por parte del médico a los exámenes de laboratorio clínico, a la imagenología y a la medicación del usuario; acceso y utilización por parte de las enfermeras en la pre-post-consulta.	Mantenimiento (operación). Contempla la funcionalidad para el I nivel de atención y en evolutivos se desarrollan las funcionalidades para el II y III nivel de atención.
Sistema Integrado de Identificación, Agendas y Citas (SIAC)	Identificación de la población atendida por la Seguridad Social; manejo de las agendas médicas; gestión de las citas para los servicios de la consulta externa; y registro, envío y consulta de las incapacidades.	Mantenimiento (operación). Contempla la funcionalidad para el I nivel de atención y en evolutivos se desarrollan las funcionalidades para el II y III nivel de atención.

Fuente: CGR DFOE-SOC-IF-08-2013: *Estudio de Prefactibilidad Expediente Digital Único en Salud*, CCSS, 2012, pp. 17-19 y oficio N° TIC-0460-2013 del 09 de mayo de 2013, pp. 4-5.

[8] *Expediente digital único en Salud.*

En ese mismo informe la Contraloría General de la República, indica en el punto 2.29 lo siguiente:

> *"En el caso de la Gerencia Médica, las acciones incluyen: la realización de un diagnóstico de necesidades de infraestructura tecnológica para la automatización de los servicios de salud brindados por medio de los sistemas SIAC, SIFF y SIES en Direcciones regionales de Servicios de Salud, Hospitales y áreas de salud; la formulación de una propuesta preliminar, pendiente de validación interna, denominada Plan de trabajo para la atención de recomendaciones derivadas del Estudio Evaluación de la Factibilidad Económica y Financiera del Expediente Digital Unificado de Salud (EDUS); participación conjunta con la DTIC en actividades tendentes a evaluar alternativas de adquisición o adaptación de sistemas existentes de expediente digital en salud; así como, la comunicación a las direcciones regionales de servicios de salud, de la metodología para la migración de bases de datos locales al modelo institucional."*

Asimismo, el Órgano de Fiscalización Superior en el punto 2.59 indica que de acuerdo con información suministrada por la UE EDUS, la cantidad de áreas de salud en las que se han implementado los sistemas SIFA, SIFF, SIAC y SIES que componen el EDUS en el primer nivel de atención de la salud, se encuentran en el siguiente cuadro 3 de ese informe:

Cuadro N° 3
Caja Costarricense de Seguro Social
Cantidad de áreas de salud en las que se han implementado el SIFA, SIFF, SIAC y SIES

Sistema	Áreas de Salud con sistema implementado *(1)*	Total de Áreas de Salud	Porcentaje del total de Áreas de Salud
Sistema Integrado de Farmacias (SIFA) ***(2)***	90	103	87,4%
Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF)	24		23,3%
Sistema Integrado de Identificación, Agendas y Citas (SIAC) ***(3)***	21		20,4%
Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) ***(3)***	9		8,7%

(1) = Los datos referidos a implementación del SIFA son al 31 de marzo de 2012, los demás son al 22 de abril de 2013.
(2) = Se encuentra implementado a nivel nacional, a excepción de las 13 áreas de salud y sus sedes de EBAIS, contratadas con terceros.
(3) = Con posterioridad al 22 de abril de 2013 –fecha de corte de la información utilizada por la Contraloría General para la elaboración del presente cuadro–, la CCSS mediante oficio N° GIT-39338-2013 del 18 de julio de 2013 brindó un dato más actualizado sobre la cantidad de áreas de salud en las que se han implementado el SIAC y el SIES. De acuerdo con lo indicado por la CCSS, al 15 de julio de 2013 la cantidad de áreas de salud con el SIAC implementado asciende a 26 áreas y ello equivale al 25,2% del total de áreas de salud conformadas en la CCSS, mientras que el número de áreas de salud con el SIES implementado, a esa fecha, es de 13 áreas (12,6% del total de áreas de salud conformadas).
Fuente: Elaboración propia, a partir del oficio N° EDUS-0280-2013 del 22 de abril de 2013, pp. 14-18; *Inventario de áreas de salud, Sectores, EBAIS, sedes y puestos de visita periódica en el ámbito nacional al 31 de diciembre del 2011*, Dirección Proyección de Servicios de Salud, CCSS, 30 de enero de 2012, p. 7; y *Estudio de Prefactibilidad Expediente Digital Único en Salud*, CCSS, 2012, p. 72.

Fuente: CGR DFOE-SOC-IF-08-2013: *Estudio de Prefactibilidad Expediente Digital Único en Salud*, CCSS, 2012.

1.2.2 SOBRE LA CONTABILIDAD DE COSTOS DEL SECTOR PENSIONADO

El Seguro de Salud no cuenta con una contabilidad de costos que permita la cuantificación de la prestación de servicios médicos que recibe la población pensionada.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA NTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

Se cita el oficio ACC-1402-2013 del 13 de junio, 2013 suscrito por la Licda. Azyhadee Picado Vidaurre, Jefe del Área de Contabilidad de Costos, en respuesta al oficio 30112 emitido por esta Auditoría, en lo que interesa se lee:

> *"[…] El Área Contabilidad de Costos, a través de la Subárea Contabilidad de Costos Hospitalarios, desarrolla en su gestión operativa dos fuentes de información de tarifas de procedimientos hospitalarios, la cual brinda a todas las Unidades Médicas del país que requieran cobrar por servicios prestados:*
>
> *a. Informe de Costos SIH, el cual establece el costo unitario en el servicio de Hospitalización (para los 29 hospitales), y el costo de Consulta Externa (para 10 Áreas de Salud), más otro tipo de procedimientos de apoyo.*
> *b. El "Modelo Tarifario", que es un compendio de tarifas de procedimientos médicos desarrolladas mediante estudios de campo en diferentes centros médicos utilizados como referentes. Este documento viene a completar lo que el sistema autorizado no costea por no contar con las referencias específicas en unidades de costo.*
>
> *Tanto el sistema de costos por el medio automatizado como el que se realiza mediante estudios de campo, establece el valor para los procedimientos médicos al valor institucional sin utilidad, basado en la estructura contable de asignación del gasto, en las partidas principales de:-servicios personales en materiales suministros y en indirectos-, relacionándolos con la producción específica del proceso, para llegar a obtener un costo unitario, en ninguna valoración de este costo interviene o se ve afectado por el tipo de paciente atendido, es el mismo valor para cualquier persona, el costo es mismo para un paciente asegurado como para uno pensionado.*
>
> ***De tal manera, que ante su solicitud de referirnos a un costo por atención que el Seguro de Salud brinda a la población pensionada no es posible suministrarla, ya que no hay costeo en procedimientos médicos específicos para esta población sino de manera general para cualquier paciente que se atienda**." (El resaltado no pertenece al original)*

Al respecto, se acota el artículo denominado *"Diez reflexiones sobre el financiamiento de la salud en Costa Rica"* publicado en el 2006 en el suplemento número 2 de la Gaceta Médica de Costa Rica, elaborado por el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, que en el apartado *"Desarrollar sistemas de información apropiados para el diseño de políticas y toma de decisiones"* se lee:

> *"[…] La información, precisa, confiable y oportuna, es un insumo indispensable para llevar a cabo procesos inteligentes de toma de decisiones, que incidan favorablemente sobre la gestión del sistema y el impacto de éste en el estado de salud de la población. En términos generales, el Seguro de Salud resiente la ausencia de un sistema de información integral, eficiente y eficaz, tanto a nivel central como local, particularmente en cuanto a los costos que implica efectuar ciertas intervenciones o programas. Así por ejemplo, en la actualidad, la contabilidad de costos del Seguro de Salud no permite conocer el monto gastado por las actividades de promoción y prevención de la salud, ni tampoco el costo incurrido por la atención de enfermedades específicas, como el SIDA o el cáncer. De igual manera, es común la ausencia de datos confiables, para llevar a cabo análisis comparativos sobre el costo de contratar servicios con proveedores privados o producirlos internamente, y en caso de la primera opción, saber cuál debería ser el precio justo de la transacción."*

Igualmente, es importante citar el documento *"Atención al Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención"* elaborado por la Dirección de Compras en Servicios de Salud de la Gerencia Administrativa, en el cual se estima en un 6% la población adulta mayor del país del 2010, con una cobertura de atención integral global del 63,8%, en lo que interesa se lee:

> *"[…] las estimaciones y proyecciones de población elaboradas por la Caja Costarricense de Seguro Social, la población adulta mayor para el año 2010 fue de 290 741 personas lo que representa un 6% de la población total de Costa Rica.*
> *Según la pirámide poblacional del 2010 el grupo de adultos mayores cada vez va en aumento y predomina el sexo masculino (51%) sobre el femenino (49%). […]*
> *Cabe destacar que, de este grupo, un 34% son personas de 65 a 69 años, un 26% son personas de 70 a 74 años, el 18% pertenecen al grupo de 75 a 79 años y el 22% son personas de 80 y más. […]*
> *En el año 2010, la cobertura de atención integral global fue de 63,8%, la cual ha venido en aumento comparándola con años anteriores. Al comparar por región las coberturas varían, reportándose los mayores porcentajes en la región Brunca (72%), la región Pacífico Central (69%) y la región Central Sur (69%); comparadas con el resto de las regiones que presentan porcentajes de cobertura inferiores al dato global. […]"*

Del mismo modo, en el oficio DA-713 del 19 de octubre, 2009 suscrito por el Lic. Luis Guillermo López Vargas, Director Actuarial y Económica dirigido al Lic. Iván Guardia Rodríguez, Director Dirección Financiero Contable, sobre el registro contable de los ingresos por contribuciones de la población pensionada, se lee:

> *"[…] Sobre este particular, me permito indicar que con base en lo que dispone la normativa institucional, los ingresos del Seguro de Salud pasan a un fondo común denominado* ***"Fondo de Reparto",*** *el cual está orientado a la satisfacción de las necesidades de salud de la población, por tanto los ingresos por contribuciones no tienen un fin específico en la atención de un grupo determinado. […]*
>
> *De acuerdo con consultas realizadas a la Contabilidad, efectivamente a partir del año 2001, el registro de la cuota patronal y obrera del Gobierno Central está incluyendo en cada caso las cuotas de los Pensionados del Gobierno Central. Para efectos contables no interesa la separación, ya que se considera como parte de una sola obligación de parte del Gobierno Central. Antes del año 2001, tampoco se separaba la información pero si se obtenía de la liquidación de la "cuota estatal" del Departamento de Contabilidad y se informaba en el Análisis Técnico de Ingresos y Egresos de los Seguros Sociales."*

De igual manera, en el informe suscrito por esta Auditoría número ASF-019-2012 del 06 de febrero, 2012 denominado *"Evaluación sobre aplicación de la Ley 5905 "Pensionados Protegidos Seguros Enfermedad Maternidad"* se dictaminó sobre el proceso de cálculo del aporte que el Seguro de Pensiones realiza al Seguro de Salud, así como, del registro contable de los otros regímenes especiales de pensiones, que en el apartado de conclusiones se indicó:

> *"[…] de la revisión sobre la aplicación de la mencionada ley, se evidenció la falta de control sobre los ingresos al Seguro de Salud provenientes de la contribución tripartita de la población pensionada. Esto por cuanto en los estados financieros de la institución no se puede determinar a cuanto asciende lo ingresado al S.E.M., por concepto del aporte de los fondos de pensiones, del propio pensionado y la parte que le*

corresponde al Estado como tal; dado que todo se registra en las cuentas de ingresos de las cuotas obrero patronales de la población trabajadora. Además, la administración no tiene un proceso para determinar a cuánto asciende el costo o gasto por la atención brindada al sector pensionados; esta situación provoca que a la fecha no se tenga conocimiento si con lo recaudado por este concepto alcanza para cubrir los gastos de atención médica brindada a la población pensionada. Por lo que la institución no tiene mecanismos establecidos para determinar si le debe o no cobrar al Estado por los servicios médicos dados a este sector en aplicación de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo segundo de la Ley 5905. O si por el contrario, debe aumentar el porcentaje de contribución a los actores involucrados en el proceso (fondos de pensión, pensionados y al Estado como tal).

El débil control sobre los ingresos al S.E.M., se evidenció también en el cálculo del aporte que realiza el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, dado que en el procedimiento empleado no se incluyen todos los rubros en los cuales se registran los pagos de pensión de este régimen […]"

1.3 SOBRE LAS PROYECCIONES ACTUARIALES DE INGRESOS REGLAMENTARIOS CONTRA INGRESOS EFECTIVOS EN EL SEGURO DE SALUD

Del sistema de financiamiento que recibe el Seguro de Salud, se determinó que este régimen se financia de manera combinada o forzosa con las primas pagadas por los asegurados (asalariados y/o pensionados) patronos y el Estado, contribuciones establecidas en el artículo 62 de su reglamento, entre las que se encuentra el aporte de la población pensionada según el siguiente cuadro 3:

CUADRO 3
TIPO DE ASEGURAMIENTO
TASA DE COTIZACIÓN 2012

Trabajadores asalariados	**Tasa**
Trabajadores	5,50%
Patronos	9,25%
Estado	0,25%
Total	**15.00%**
Pensionados	
Pensionados	5,50%
Régimen que otorga	8,75%
Estado	0,25%
Total	**14.00%**
Trabajadores independientes	**12.00%**
Asegurados voluntarios	**12.00%**
Por cuenta del Estado	**12.00%**
Por acuerdo de Junta Directiva, artículo 41, sesión 8603 del 4 de octubre, 2012, la global es 12% y la estatal 0.25%. Existe una escala contributiva en 5 niveles y para cada uno se establece la cuota del afiliado y el estado, siendo conjunta 12% Circular 47502 del 10 de octubre, 2012.	

Fuente: *Reglamento del Seguro Salud en su artículo 62. Elaboración propia.*

Como se observa en el cuadro 3, el Gobierno de la República aporta el equivalente a un 0,25% de todos los asegurados directos y pensionados del país; adicionalmente, en los casos de los trabajadores independientes y de los asegurados voluntarios asume parcialmente lo que sería la cotización patronal y la totalidad de la contribución de los asegurados por cuenta del Estado, existiendo el mandato constitucional de que en caso de un déficit por insuficiencia en recursos, el Gobierno Costarricense lo asumiría creando nuevas rentas.

Del análisis de ingresos y egresos (cuadro E-42) del 2011[9] elaborado por la Dirección Actuarial y Económica se evidenciaron los ingresos reglamentarios[10] y efectivos registrados durante ese período en el Seguro de Salud, al respecto se observa una diferencia importante en la obligación que le corresponde al Estado Costarricense, según el siguiente cuadro 4:

CUADRO 4
SEGURO DE SALUD
DIFERENCIA INGRESOS REGLAMENTARIOS Y EFECTIVOS
Periodo 2011
(millones de colones)

III. DIFERENCIA INGRESOS REGLAMENTARIOS Y EFECTIVOS	
3.1. Cuotas:	
Cuota Patronal Gobierno Central	5,674.5
Cuota Estado como Tal	4,630.7
Cuota Complementaria Trabajadores Independientes	26,874.8
Total Cuotas Estado	**37,180.0**
Cuota Parcial Trabajadores Independientes	12,539.2
Total Faltante Cuotas	**49,719.2**
3.2. Facturación Servicios de Salud Asegurados Estado	**36,292.3**
Facturación Servicios Médicos Asegurados Estado	36,292.3
3.3 Otros Ingresos por Productos:	**32,227.5**
Intereses	12,930.2
Otros Ingresos	19,297.3
V DIFERENCIA INGRESOS REGLAMENTARIOS Y EFECTIVOS	**118,239.0**
IV RESUMEN DE INGRESOS:	
Total Ingresos Efectivos Salud 2011	**1,227,648.0**
Más:	
Faltante Obligaciones Estatales	**118,239.0**
Total Ingresos Reglamentarios Salud 2011	**1,345,887.0**

Fuente: Cuadro E-42 Análisis Ingresos y Egresos elaborado por la Dirección Actuarial y Económica

[9] *Valuación Actuarial del Seguro de Salud 2011, según oficio DAE-518 del 04 de junio, 2012 suscrito por Lic. Luis Guillermo López Vargas, Director Dirección Actuarial y Económica dirigido al Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero.*

[10] *Los ingresos reglamentarios incluye: Ingresos por contribuciones, ingreso por servicios de salud (productos por servicios) u otros ingresos por productos.*

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA NTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

Se desprende del cuadro anterior, que durante el 2011 los ingresos reglamentarios sumaba un billón trescientos cuarenta y cinco mil ochocientos ochenta y siete millones de colones (¢1.345.887.000.000,00), mientras que los ingresos efectivos un billón doscientos veintisiete mil seiscientos cuarenta y ocho millones de colones (¢1.227.648.000.000,00), resultando un faltante en las obligaciones estatales equivalente a ciento dieciocho mil doscientos treinta y nueve millones de colones (¢118.239.000.000), diferencia que obedece a las obligaciones por cobrar al estado costarricense y que es cancelada mediante la figura de convenio de pago suscrito entre la CCSS y el Ministerio de Hacienda.

Asimismo, en la Valoración Actuarial del Seguro de Salud 2011 elaborada por la Dirección Actuarial y Económica, se lee lo siguiente:

> *"[…]*
> ***6.2 Ingresos y Egresos de operación***
> *De acuerdo con los resultados presentados en el cuadro N°12, los ingresos efectivos son insuficientes para atender el nivel de gasto de operación durante el período de proyección.*
> *[…]*
> *2) De acuerdo con los resultados de la proyección de las variables que conforman el modelo actuarial del Seguro de Salud, los recursos financieros efectivos, para cada año, son insuficientes en el soporte del nivel de gasto de operación.*
> *[…]*
> *4) El sistema financiero del Seguro de Salud requiere el cumplimiento en el pago de las obligaciones de cada uno de los sectores contributivos y en especial el financiamiento oportuno en el Programa de Asegurados por el Estado.*
> *[…]"*

Al igual que en el 2011, durante el periodo 2012 se registró un faltante en las obligaciones estatales por el orden de los ciento dieciocho mil seiscientos sesenta y seis millones seiscientos mil colones (¢118.666.600.000.00) de acuerdo con el siguiente cuadro 5:

CUADRO 5
SEGURO DE SALUD
DIFERENCIA INGRESOS REGLAMENTARIOS Y EFECTIVOS
Periodo 2012
(millones de colones)

DIFERENCIA INGRESOS REGLAMENTARIOS Y EFECTIVOS	**118,666.6**
IV RESUMEN DE INGRESOS:	
Total Ingresos Efectivos Salud 2012	**1,423,634.4**
Más:	
Faltante Obligaciones Estatales	**118,666.6**
Total Ingresos Reglamentarios Salud 2012	**1,542,301.0**

Fuente: Cuadro E-42 Análisis Ingresos y Egresos elaborado por la Dirección Actuarial y Económica. Elaboración propia

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA NTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

Además, es evidente en el siguiente cuadro 6 que los estudios elaborados por la Dirección Actuarial y Económica han determinado déficits entre los ingresos efectivos y gastos de operación, tal y como se puede observa en el cuadro 12 del documento denominado *"Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2011"*:

CUADRO 6

CUADRO Nº 12

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

SEGURO DE SALUD

INGRESOS EFECTIVOS Y EGRESOS DE OPERACIÓN: 1991/2016

millones de colones

AÑOS	CUOTAS		INTERESES	OTROS INGRESOS	TASA DE CRECIMIENTO OTROS INGRESOS	TOTAL INGRESOS EFECTIVOS		TASA DE PARTICIPACION INTERESES	GASTO DE OPERACION		INGRESOS - EGRESOS
	(1)		(2)	(3)	(4)	(5)		(6)	(7)		(8)
1991	32,313.4	17.2%	2,830.2	1,157.1	0.1097	36,300.7	17.65%	0.0876	37,568.7	25.0%	(1,268.0)
1992	45,092.2	39.5%	1,955.8	1,785.6	0.5432	48,833.6	34.53%	0.0434	46,684.6	24.3%	2,149.0
1993	55,585.9	23.3%	3,099.8	2,020.3	0.1314	60,706.0	24.31%	0.0558	61,579.2	31.9%	(873.2)
1994	70,482.0	26.8%	2,332.9	2,552.7	0.2635	75,367.6	24.15%	0.0331	73,351.7	19.1%	2,015.9
1995	92,246.6	30.9%	3,252.5	2,573.3	0.0081	98,072.4	30.13%	0.0353	90,836.6	23.8%	7,235.8
1996	103,086.5	11.8%	3,642.6	3,052.0	0.1860	109,781.1	11.94%	0.0353	110,838.9	22.0%	(1,057.8)
1997	124,656.7	20.9%	2,125.2	5,208.2	0.7065	131,990.1	20.23%	0.0170	125,426.0	13.2%	6,564.1
1998	157,780.9	26.6%	4,425.5	8,732.6	0.6767	170,939.0	29.51%	0.0280	151,365.9	20.7%	19,573.1
1999	184,689.0	17.1%	7,590.2	10,172.6	0.1649	202,451.8	18.44%	0.0411	185,044.3	22.2%	17,407.5
2000	212,378.7	15.0%	7,129.6	14,317.4	0.4074	233,825.7	15.50%	0.0336	213,539.0	15.4%	20,286.7
2001	239,970.2	13.0%	7,897.7	18,984.3	0.3260	266,852.2	14.12%	0.0329	270,038.8	26.5%	(3,186.6)
2002	292,233.1	21.8%	6,694.9	15,968.2	(0.1589)	314,896.1	18.00%	0.0229	303,535.5	12.4%	11,360.6
2003	322,164.3	10.2%	7,197.6	11,325.8	(0.2907)	340,687.7	8.19%	0.0223	357,179.8	17.7%	(16,492.1)
2004	372,396.3	15.6%	6,527.2	20,099.8	0.7747	399,023.3	17.12%	0.0175	407,952.6	14.2%	(8,929.3)
2005	438,058.1	17.6%	8,243.8	20,028.8	(0.0035)	466,330.7	16.87%	0.0188	475,944.1	16.7%	(9,613.4)
2006	524,731.3	19.8%	7,550.7	21,838.8	0.0904	554,120.8	18.83%	0.0144	568,385.9	19.4%	(14,265.1)
2007	646,003.3	23.1%	12,947.1	22,734.6	0.0410	681,685.0	23.02%	0.0200	695,947.0	22.4%	(14,262.0)
2008	827,138.6	28.0%	9,114.6	18,514.0	(0.1856)	854,767.2	25.39%	0.0110	840,183.7	20.7%	14,583.5
2009	937,948.5	13.4%	10,986.6	88,615.9	3.7864	1,037,551.0	21.38%	0.0117	1,031,963.6	22.8%	5,587.4
2010	1,040,452.4	10.9%	8,866.1	32,302.5	(0.6355)	1,081,621.0	4.25%	0.0085	1,279,065.1	23.9%	(197,444.1)
2011	1,155,228.1	11.0%	9,219.5	63,200.4	0.9565	1,227,648.0	13.50%	0.0080	1,341,533.4	4.9%	(113,885.4)
2012	1,319,378.1	14.2%	10,964.6	45,073.5	0.1638	1,375,416.1	12.04%	0.0083	1,504,272.3	12.1%	(128,856.1)
2013	1,498,418.6	13.6%	12,452.5	52,456.5	0.1638	1,563,327.6	13.66%	0.0083	1,691,199.9	12.4%	(127,872.3)
2014	1,701,814.7	13.6%	14,142.8	61,048.9	0.1638	1,777,006.4	13.67%	0.0083	1,901,805.9	12.5%	(124,799.5)
2015	1,932,886.6	13.6%	16,063.1	71,048.7	0.1638	2,019,998.4	13.67%	0.0083	2,139,120.1	12.5%	(119,121.7)
2016	2,195,408.1	13.6%	18,244.7	82,686.5	0.1638	2,296,339.4	13.68%	0.0083	2,406,721.2	12.5%	(110,381.8)

FUENTE:
(1) = Col. (10), Cuadro No.5.
(2) = Dirección Actuarial y Económica "Análisis Técnico de Ingresos y Egresos de los Seguros Sociales, hasta 2011
A partir del 2012 Col(1)*Col(6)
(3) = Col.(5) - Col.(1) - Col.(2) hasta 2011. A partir del 2012 [1+col(4)] * col (3) año anterior
(4) = Col.(3) / Col.(3) año anterior hasta 2011. A partir del 2012 hipótesis de proyección.
(5) = Dirección Actuarial y Económica. "Análisis Técnico de Ingresos y Egresos de los Seguros Sociales hasta 2011.
A partir del 2012 Col(1)+Col(2)+Col(3)
(6) = Col (2)/col (1) hasta el 2011 A partir de 2012 hipótesis de proyección.
(7) = Col.(8), Cuadro No. 10.

Fuente: Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2011, según oficio DAE-518 del 04 de junio, 2012.

Se desprende del cuadro 6, que los ingresos efectivos en el Seguro de Salud fueron insuficientes con respecto a los gastos de operación, durante los años: **1991** (¢1,268,0); **1993** (¢873,2); **1996** (¢1,057,8); **2001** (¢3,186,6); **2003** (¢16,492,1); **2004** (¢8,929,3); **2005** (¢9,613,4); **2006** (¢14,265,1); **2007** (¢14,262,0); **2010** (¢197,444,1); y **2011** (¢113,885,4) en millones de colones. De igual manera, las proyecciones actuariales estimadas para el 2012 al 2016 determinan faltantes de recursos.

Del mismo modo, en la Valoración Actuarial del Seguro de Salud 2011 en el punto 5.2 Costo de operación en porciento de los salarios, en lo que interesa se lee:

> *"[…] puede notarse que el porcentaje de contribución es insuficiente para el nivel de gasto de operación. En el cuadro N° 12, el total de ingresos efectivos es insuficiente para atender los gastos de operación. […]"*

El faltante entre los ingresos reglamentarios menos los efectivos corresponde a la inoportunidad en el pago por parte del Estado Costarricense; en esa cifra no se incluye el déficit de recursos que hubiera por la población pensionada, eso en razón de que el Seguro de Salud no cuenta con esa información.

Es importante indicar, que la deuda estatal ha sido dictaminada por esta Auditoría en el informe ASF-065-2011[11] del 17 de febrero, 2011 denominado *"Estudio integral del proceso de facturación, registro y cobro de la deuda del estado"* y en el oficio 24700[12] del 14 de abril, 2011, siendo que en el anexo 2 adjunto, se observa el desglose de los montos y conceptos negociados en el convenio del 2007, y de la deuda acumulada por el Estado para el período de febrero a diciembre 2008, 2009,2010 y de enero a febrero del 2011, justamente el rubro correspondiente a la cuota estado pensionados del gobierno, aparece en cero, y no se encuentra lo relativo alguna cuenta por cobrar que se relacione con el tema de insuficiencia y/o déficit de recursos por la atención médica de la población en estudio.

Otro asunto importante, es que la cobertura de poblaciones especificas sin financiamiento explicito no son facturadas al Estado Costarricense, requiriendo que el Seguro de Salud normalice dicha situación y además valore la posibilidad de que esos sectores con cargo al gobierno cuenten con una única cuenta presupuestaria, lo que permitiría un mayor control sobre los recursos que por ese fin ingresan.

De lo señalado, en el oficio GF-28.753 del 22 de octubre, 2012 suscrito por el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, se lee:

> *"[…] Desde el punto de vista conceptual y filosófico,* ***el Seguro de Salud ha sido diseñado considerando la solidaridad financiera en un sentido amplio, no basado en equilibrios parciales por modalidad de asegurados contributivos, ni ajustando primas diferenciadas de acuerdo al uso y costo de los servicios otorgados a cada uno de estos grupos****. Por el contrario, la propuesta de incrementar progresivamente la tasa de contribución de los trabajadores independientes y asegurados voluntarios, hasta arribar a un 15% global en los próximos años, refleja el objetivo de la CCSS de lograr una tasa de contribución uniforme para todos los grupos de asegurados aportantes al Seguro de Salud.*
>
> *No obstante lo anterior,* ***continua siendo de suma utilidad, conocer con precisión el costo de los servicios brindados a estos grupos y su relación con el nivel de aportes, información que en su momento, la Dirección Actuarial ha estimado con fundamento en diversas fuentes internas, tales como, la Encuesta de Consulta Externa o los registros de egresos hospitalarios.*** *En caso de que en un futuro se considere pertinente, se podría valorar la posibilidad de complementar estas estimaciones u otras de índole más especifico, con la participación de una institución u organización externa. […]" (La letra negrita no pertenece al original)*

Asimismo, es importante citar el documento denominado *"La reforma de Salud en Costa Rica"* elaborado en el 2005 por Adolfo Rodríguez Herrera, Consultor de la Unidad de Estudios Especiales de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) que indica:

---

[11] *El período evaluado comprendió la revisión del registro contable de los conceptos y cifras negociadas en los convenios entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Hacienda, suscritos el 16/12/2003, 27/01/2006, 28/08/2007, 15/10/2008 y 10/07/2009.*

[12] *Oficio con asunto sobre el comportamiento financiero del Seguro de Salud (S.E.M), Seguro de Pensiones (I.V.M) y Régimen No Contributivo de Pensiones (R.N.C.P) al 31 de diciembre, 2010.*

"[…] la desproporción entre el valor de las prestaciones y el monto aportado, que es cierta si se considera un momento del tiempo, deja de serlo si se considera no un momento del tiempo sino todo el ciclo vital del asegurado: el costo de la atención que recibirá en la vejez, en su condición de pensionado, posiblemente sea mayor en probabilidad que las aportaciones realizadas durante toda su vida. En ese sentido, el seguro de salud puede concebirse no como un seguro de corto plazo, como lo consideran los actuarios, sino como un seguro de largo plazo, fundado en las transferencias intergeneracionales exactamente de la misma forma que los seguros de pensiones, con la diferencia de que no existe, como en pensiones, relación entre el esfuerzo contributivo y el valor de las prestaciones: mientras que en el seguro de pensiones el monto de la pensión suele depender tanto del tiempo de cotización como del monto del ingreso sobre el que se ha cotizado, en el seguro de salud los servicios recibidos por todos los asegurados son idénticos, con independencia del ingreso sobre el que cotizan y del tiempo en que han estado asegurados."

La situación descrita en los resultados 1.1, 1.2 y 1.3 del presente hallazgo 1, atentan contra el artículo 177 de la Constitución Política, que dicta:

"[…] Para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social rentas suficientes y calculadas en tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la Institución. ***Si se produjere un déficit por insuficiencia en las rentas, el Estado lo asumirá****, para lo cual el Poder Ejecutivo deberá incluir en su próximo proyecto de presupuesto la partida respectiva que le determine como necesaria la citada Institución para cubrir la totalidad de las cuotas del Estado". (El resaltado no pertenece al original)*

Igualmente, lo expuesto contraviene lo que dicta la Ley 5905 en el apartado 2, que dice:

"La cuota patronal será cubierta por el Fondo Nacional de Pensiones quién haciendo las veces de patrones, enterará a la Caja las cuotas correspondientes. Si hubiese algún déficit, este será cubierto por el Estado, el cual tomará los recursos de las rentas creadas por leyes anteriores para cubrir la cuota estatal y la cuota del Estado como patrono a la Caja Costarricense de Seguro Social."

Por otra parte, contraviene lo que dicta la norma 4.4.3 Registro contables y presupuestarios, contenida en las Normas de Control Interno para el Sector Público, que señala:

"El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben emprender las medidas pertinentes para asegurar que se establezcan y se mantengan actualizados registros contables y presupuestarios que brinden un conocimiento razonable y confiable de las disponibilidades de recursos, las obligaciones adquiridas por la institución y los transacciones y eventos realizados."

Asimismo, los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados en el boletín A-5. Revelación suficiente, dicta:

"[…] La responsabilidad de que la información contable sea útil y confiable está a cargo de los administradores, para cumplirla, deberán mantener un efectivo sistema de contabilidad y control interno […]".

Complementariamente, el Manual de Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, en la norma 303. Criterios de evaluación, indica:

> *"En la auditoría financiera el auditor debe establecer los criterios de evaluación con base en el marco normativo contable definido por el órgano rector de la materia."*

Que en la cuenta contable habilitada para los aportes del Gobierno Central se registren las correspondientes cuotas del sector de los Regímenes Especiales de Pensiones, demuestra que el proceso financiero contable gestado en el Seguro de Salud presenta debilidades que podrían traducirse en un frágil enfoque financiero-contable; consecuente a un impacto negativo sobre el patrimonio institucional, que entre otros, se encuentra la deuda estatal que ha quebrantado la liquidez del régimen, eso por cuanto la atención a los pacientes se otorga a pesar del cobro existente. Aunado a una contabilidad de costos limitada en su gestión a fuentes de información principalmente a lo que corresponde a tarifas de procedimientos hospitalarios, en razón de la ausencia de costeo en procedimientos médicos específicos por sector.

Es así como, la situación descrita incrementa el riesgo de liquidez[13] en el Seguro de Salud debido a que la población jubilada y/o adulto mayor es la que utiliza más los servicios médicos, por ende, se convierte automáticamente en uno de los sectores más costosos. Otro efecto de riesgo es la impericia de cuánto es el gasto de atención médica de ese sector, que únicamente se podría estimar considerando los servicios que recibe cualquier paciente.

Los resultados de las proyecciones de las variables que conforman el modelo actuarial del régimen, producto de la diferencia entre ingresos reglamentarios y efectivos han determinado los problemas de liquidez para este régimen, demostrando así que los recursos financieros efectivos han sido y/o serán insuficientes en el soporte del nivel de gasto de operación, lo que viene a delimitar el accionar financiero de la institución.

En resumen, lo expuesto se centra en que no se manejan los gastos y/o costos reales que compone la población pensionada en el Seguro de Salud, esto por cuanto la institución opera su administración financiera y contable en adhesión a la conceptualización, dogma y/o principios que gobiernan la propia universalización de los Seguros Sociales; además, con la promulgación de la Ley 5349 sobre el traspaso de todos los hospitales a la CCSS, el legislador pensó en darle al SEM más capacidad económica y recursos para atender las necesidades de la población costarricense a través de la creación de rentas que en muchos casos fueron impuestas a instituciones como por ejemplo FODESAF, misma que tiene sus recursos ya comprometidos en otros programas. Con todo, el asunto es que el Gobierno de la República ha sido incapaz financieramente hablando para cumplir con sus obligaciones[14] y los ingresos efectivos percibidos han sido insuficientes para cubrir las necesidades del SEM, provocándole así los problemas de liquidez ya conocidos.

---

[13] *Acuerdo SUGEF 21-99 define, el **Riesgo de liquidez**: se origina cuando la entidad financiera no posee los recursos líquidos necesarios para atender sus exigibilidades u obligaciones con terceros en el corto plazo.*

[14] *Legalmente le corresponde ante la institución, llámese lo concerniente a la tasa de contribución tripartita (0,25%); la cuota hasta un 100% de las poblaciones denominadas: Asegurados por el estado; internos de centros penales; pensionados del Régimen No Contributivo; trabajador voluntario e independiente; pensionados de los regímenes especiales (8.75%); estas obligaciones en conjunto le ha impedido garantizar el ingreso efectivo de las rentas creadas a favor de la Caja.*

Otro aspecto importante, es que la doctrina citada no contempla regímenes de protección de la salud, sino que el modelo financiero actuarial del Seguro de Salud es de reparto con la creación de reservas necesarias para atender las contingencias respectivas; este modelo de reparto lo que indica es que los recursos que se reciben se aplican a las necesidades de salud de toda la población según artículo 33 de Ley Constitutiva CCSS.

2. SOBRE EL APORTE DEL RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE AL RÉGIMEN DE MATERNIDAD Y ENFERMEDAD POR LA POBLACIÓN PENSIONADA

La Ley número 6230 de 2 de mayo de 1978, interpreta el artículo 2° de la Ley 5905:

> *"Interprétese en forma auténtica el artículo 2º de la Ley número 5905 de 26 de mayo de 1976, en el sentido de que todos aquellos pensionados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la C.C.S.S., quedan exentos de la contribución que al mismo se refiere, aun cuando reciban algún ajuste de pensión de otro régimen de pensiones, ya que existe para ellos el derecho de continuar recibiendo los beneficios médicos sin carga adicional alguna".*

Se señala en el artículo 2 de la Ley 5905, que toda persona amparada a un régimen nacional de pensiones se encuentra cubierta por el Seguro de Enfermedad y Maternidad, siendo así, las personas afiliadas a los Regímenes Especiales de Pensiones, del IVM y del RNCP disfrutarían de iguales beneficios, quedando obligadas al pago de las mismas cuotas que los demás asegurados, calculadas sobre el monto de sus pensiones y sus revaloraciones, sin recibir derecho a subsidios en dinero por su condición de pensionados.

Es así como, la Ley 6230 excluye de la obligada cotización a los pensionados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte dándoles el derecho a recibir prestaciones médicas sin carga adicional, imponiéndole ese costo al propio seguro.

Tal y como se observa en el cuadro 2 del presente informe del 13.75% que cancela el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte al Seguro de Salud, un cinco por ciento (5%) corresponde a la contribución de sus pensionados, porcentaje que por su parte si cancelan los beneficiarios de los otros regímenes especiales de pensiones, lo que viene a quebrantar el principio filosófico de igualdad establecido.

En el siguiente cuadro 7 se encuentra un detalle de los montos que entre el 2000 al 2012 ha cancelado el Seguro de Pensiones al Seguro de Salud por la atención médica de sus pensionados:

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA NTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

CUADRO 7

RÉGIMEN DE INVALIDEZ,VEJEZ Y MUERTE

CANCELACIÓN ATENCIÓN MÉDICA PENSIONADOS IVM AL SEGURO DE SALUD

PERIODO 2000 AL 2012

AÑO	MONTO PAGADO AL SEM	5.00%	8.75%
2000	8,306,940,248.90	3,020,705,545.05	5,286,234,703.85
2001	9,872,128,578.87	3,589,864,937.77	6,282,263,641.10
2002	11,474,201,281.14	4,172,436,829.51	7,301,764,451.63
2003	13,121,283,507.70	4,771,375,820.98	8,349,907,686.72
2004	15,192,658,634.94	5,524,603,139.98	9,668,055,494.96
2205	17,910,583,984.16	6,512,939,630.60	11,397,644,353.56
2006	21,845,834,868.86	7,943,939,952.31	13,901,894,916.55
2007	26,166,427,015.45	9,515,064,369.25	16,651,362,646.20
2008	31,138,290,952.42	11,323,014,891.79	19,815,276,060.63
2009	38,021,963,739.94	13,826,168,632.71	24,195,795,107.23
2010	42,440,125,929.40	15,432,773,065.24	27,007,352,864.16
2011	47,788,949,036.15	17,377,799,649.51	30,411,149,386.64
2012	53,885,352,205.65	19,594,673,529.33	34,290,678,676.32
TOTAL GENERAL	337,164,739,983.58	122,605,359,994.03	214,559,379,989.55

Fuente: Área de Contabilidad IVM- Gerencia de Pensiones. Elaboración propia

Se desprende del cuadro anterior, que en los últimos doce años el Seguro de Pensiones ha cancelado al Seguro de Salud por la atención médica de sus pensionados, la suma de trescientos treinta y siete mil ciento sesenta y cuatro millones setecientos treinta y nueve mil novecientos ochenta y tres colones con 58/100 (¢337.164.739.983.58), de ese monto ciento veintidós mil seiscientos cinco millones trescientos cincuenta y nueve mil novecientos noventa y cuatro colones con 03/100 (¢122.605.359.994.03), equivalen al 5% que como fondo asume de su población.

Si bien es cierto, la Ley 6230 (promulgada hace 35 años) faculta al Seguro de Pensiones cubrir el 5% por concepto del Seguro de Salud de sus pensionados; en el presente es un asunto que debería ser revisado jurídicamente en términos de la posibilidad de que los pensionados asuman ese concepto y no el fondo de pensión, tal y como hasta hoy se realiza.

Por otra parte, en la actualidad existen elementos importantes, que demandan dicha revisión, como son: La maduración y crecimiento que ha tenido el Seguro de Pensiones; la sostenibilidad financiera y actuarial del IVM; la desigualdad que enfrentan los pensionados de los regímenes especiales de pensiones, a los cuales si se les cobra dicho monto; entre otros, parámetros que de manera individual

y/o conjunta merecen ser revisados y considerados para garantizar la permanencia del mediano y largo plazo que requiere este fondo de pensiones de la CCSS.

3. SOBRE EL PAGO DE ATENCIÓN MÉDICA DE LA POBLACIÓN PENSIONADA QUE REGISTRA EL RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES

La atención médica de los asegurados del Régimen No Contributivo de Pensiones, es facturada en su totalidad al Gobierno de la República, según se determinó en el Reglamento del Régimen No Contributivo, en su artículo 26° dicta:

> ***"Artículo 26° DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS DEL REGIMEN NO CONTRIBUTIVO***
> *De los recursos que se reciban para el financiamiento de este Régimen, se pagarán además de las pensiones en curso de pago,* ***los costos de aseguramiento en el Seguro de Salud*** *y el de administración del Programa. El monto de dichos costos será aprobado por la Junta Directiva, con base en los estudios actuariales de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica, según lo establecido en el artículo 24 de este Reglamento."*

En relación con el beneficio de aseguramiento en calidad de pensionado del Régimen No Contributivo de Pensiones, se determinó que el costo se calcula sobre la cuantía básica del 13.75% por el número de pensionados. No obstante, la inoportunidad del Estado Costarricense para honrar la cancelación de las contribuciones pertenecientes al fondo, ha inducido que el propio Seguro de Salud, asuma el costo de atención médica de esa población, tal y como se puede ver en la nota 9 a los estados financieros del 31 de diciembre, 2012-2011:

Estados Financieros Diciembre 2012, RNCP

NOTA 9: Cuentas por Pagar
En estas cuentas se contabiliza los Servicios Médicos, Servicios Administrativos, Cuentas por Pagar de Intereses, según el siguiente detalle:

REGIMEN NO CONTRIBUTIVO DE PENSIONES
DETALLE CUENTAS POR PAGAR
AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2012 y 2011
(Cifras en miles de colones)

CUENTA	CONCEPTO		2012	2011	VAR ¢	VAR %
	CUENTAS POR PAGAR					
301-01	Servicios Médicos	(a)	(149,607)	(1,330)	(148,277)	11,151.20
301-02	Servicios Administrativos SEM	(b)	358,900	55,000	303,900	552.55
301-09	Servicios Administrativos IVM	(b)	0	0	0	0.00
301-07	Intereses Servicios Médicos	(c)	0	132,678	(132,678)	-100.00
301-08	Intereses Servicios Administrativos	(c)	5,142	29,779	(24,637)	-82.73
	Totales		**214,435**	**216,127**	**(1,692)**	**-0.78**

a) Se registran los Servicios Médicos, que brinda la Caja Costarricense del Seguro Social, Seguro de Salud al Régimen No Contributivo de Pensiones por la atención médica de los pensionados por este régimen, se realiza de manera mensual mediante el cálculo de un porcentaje del 13.75% por número de casos y cuantía básica. Para este mes se presenta un saldo anormal esto por cuanto para el mes de diciembre 2012, el monto a cancelar por este concepto se gira mediante un dato presupuestado y el mismo fue mayor al monto real cancelado, por lo que para el próximo mes (enero 2013) se hará la devolución de recursos correspondiente.

Lo expuesto, ha sido evaluado en diferentes informes emitidos por esta Auditoría entre los cuales se encuentra el número ASF-051-R-2010[15] del 17 de febrero, 2010, que sobre las cuentas por pagar dictaminó que la CCSS estaba financiando operativamente al Régimen No Contributivo de Pensiones en contraposición a lo que reza el artículo 73 de la Constitución Política:

[15] Denominado Informe sobre evaluación integral de la información financiera del Régimen No Contributivo de Pensiones.

"5. SOBRE LAS CUENTAS POR PAGAR

A la fecha de esta revisión, sin considerar las pensiones por pagar del mes de diciembre 2008, que por el procedimiento de pago establecido se hacen efectivas hasta los primeros cinco días del mes siguiente, dichas partidas estaban compuestas de la siguiente manera:

RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO
CUENTAS POR PAGAR
AL 31 DICIEMBRE 2008
Miles de colones

	2008	*2007*
Corto Plazo		
Servicios Médicos	122.843	44.164
Servicios Administrativos	-232.900	-209.667
Intereses Servicios Médicos	340.266	231.777
Intereses Servicios Administrativos	401.265	321.346
Subtotal Cuentas por Pagar corto plazo	***631.474***	***387.620***
Largo Plazo		
Servicios Médicos SEM	1.014.362	1.014.362
Servicios Administrativos SEM	1.261.617	1.471.283
Prestaciones Sociales	3.657.449	3.657.449
Intereses Servicios Médicos	1.039.836	1.039.837
Intereses Servicios Administrativos	637.216	637.216
Subtotal Cuentas por Pagar largo plazo	***7.610.480***	***7.820.147***
Total Cuentas por Pagar	***8.241.954***	***8.207.767***

Fuente: Estados Financieros RNC a diciembre 2008.

El pasivo al 31 de diciembre 2008-2007, según se describe en el cuadro anterior, está compuesto por cuentas por pagar al Régimen de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, por concepto de: Servicios Médicos y Administrativos y sus respectivos intereses, así como, una cuenta por pagar por concepto de Prestaciones Sociales.

De la información descrita, se colige que la CAJA está financiando operativamente al RNC, mediante el financiamiento de la prestación de servicios médicos y administrativos. […]" La letra negrita no pertenece al original

Asimismo, en el oficio de advertencia AD-ASF-22822[16] del 26 de abril, 2012 suscrito por este Órgano de Fiscalización dirigido a la Gerencia de Pensiones en el análisis de la liquidez del Régimen No Contributivo al 31 de diciembre, 2011 se dictaminó lo siguiente:

"ANÁLISIS DE LA LIQUIDEZ DEL RÉGIMEN

De acuerdo con el Estado de Ingresos y Egresos Comparativo 2011 y 2010, […]

No obstante, analizado el activo y el pasivo reflejado en el Balance de Situación al 31 de diciembre, 2011, se destaca lo siguiente en el cuadro 6:

[16] *Sobre las Cuentas por Cobrar de Corto y Largo Plazo; por Pagar y las de Patrimonio registradas en los Estados Financiero del Régimen No Contributivo de Pensiones al 31 de diciembre, 2011.*

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA NTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

CUADRO 6	
ANALISIS SITUACIÓN DEL ACTIVO Y EL PASIVO	
REGIMEN NO CONTRIBUTIVO	
Al 31 de diciembre, 2011	
(millones de colones)	
TOTAL ACTIVOS:	76.962.958
MENOS LAS CUENTAS POR COBRAR	69.099.067
SALDO:	7.863.891
MENOS EL TOTAL PASIVOS:	15.185.544
DIFERENCIA:	(7.321.653)
Fuente: Estados Financieros RNCP al 31 de diciembre, 2011	

Se observa en el cuadro anterior, que el 90% de los activos del Régimen corresponde a cuentas por cobrar, se resta el total de las cuentas por cobrar, en razón de que por el comportamiento de las mismas a través de los años, se conoce que no son un activo líquido, el saldo del activo serían ¢7.863.891 millones de colones lo cual corresponde a bancos e inversiones a la vista al 31 de diciembre, 2011.

Si se analiza el pasivo a esa misma fecha (¢15.185.544 millones), se observa que el saldo real y efectivo del activo, no alcanza para cubrir el pasivo, obteniendo una diferencia negativa de -7.321.653 millones de colones.

La magnitud de endeudamiento dentro de la estructura del pasivo, aumenta el grado de exigibilidad de los Regímenes de Salud y Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social, debido a la obligación contractual que tiene el RNCP con ellos. Asimismo, introduce un síntoma de debilidad en la estructura del balance, dado que los activos no generan la liquidez suficiente para atender todos los compromisos derivados de las altas obligaciones adquiridas por este programa. […]"

Es importante, citar el oficio GP-43.314-12/GF-31.446 del 02 de noviembre, 2012 emitido por la Gerencia de Pensiones y la Gerencia Financiera, que fundamentados en el oficio conjunto DAE-970-2012, DFC-2071-2012, DFA-2195-12, DAP-2287-2012 del 31 de octubre, 2012, presentaron una propuesta de acuerdo ante la Junta Directiva CCSS:

"Autorizar la cancelación al Seguro de Salud de un monto de ¢1.634,08 millones por concepto de la deuda en gastos de administración y ¢2.911,2 millones por concepto de la deuda en aseguramiento, cancelándose en su totalidad las deudas a largo plazo que registran los Estados Financieros al 31 de agosto de 2012, por estos conceptos en el Régimen No Contributivo de Pensiones. No obstante, cualquier diferencia resultante en las cuentas por pagar una vez que se cuente con los Estados Financieros al 31 de diciembre de 2012, deberá liquidarse en los primeros meses del año 2013. […]"

Esta situación incrementa el riesgo de liquidez y operativo en el Seguro de Salud, al registrar el RNCP cuentas por pagar a favor del primero en cuyos saldos pendientes su recuperación es muy lenta, lo que además provoca tener que pagar intereses a dicho régimen por esa inoportunidad en la cancelación.

Por otra parte, también incide en los compromisos y metas que el propio RNCP ha planificado, situación que esta Auditoría[17] había recomendado en los términos que fuera analizada desde la perspectiva operativa, financiera, económica y actuarial, siendo imperativo que la Institución asuma una actitud

[17] *Oficio de advertencia AD-ASF-22822 del 26 de abril, 2012.*

enérgica y proactiva con las autoridades del Gobierno en aras de recuperar los saldos adeudados al fondo, permitiendo así cumplir y/o cubrir sus compromisos de manera oportuna.

4. INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS SUSPENDE EL PAGO DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD AL PENSIONADO RENTISTA Y DE GRAN INVALIDEZ DEL RÉGIMEN DE RIESGOS DEL TRABAJO.

La Junta Directiva del Instituto Nacional de Seguros (INS) adoptó el acuerdo II, sesión 8901 del 14 de julio, 2008, mismo que adquirió firmeza en sesión 8902 del 21 de julio, 2008, con el que se deroga el acuerdo IX de la sesión 6218 del 30 de noviembre, 1976, eliminando el cargo del 9,25% correspondiente a la cuota obrera y patronal.

Sobre ese asunto, en la nota 4 a los estados financieros del INS, se lee como cambios en políticas contables lo siguiente:

> *"[…] Por otra parte se ajustó una variante en el cálculo de la reserva de rentas vitalicias de Riesgos del Trabajo al eliminar el cargo del 9,25% para los rentistas total permanente y gran invalidez, con lo cual se obtuvo una disminución de ¢501 millones, según Acuerdo II, sesión 6218 de la Junta Directiva […]"*

Al ser derogada la obligación de cubrir los montos relativos al Seguros de Enfermedad y Maternidad, le generó al INS una disminución en la reserva de siniestros pendientes para los rentistas total permanente y gran invalidez del Régimen de Riesgo de Trabajo administrado por dicha institución, suma por el orden de los quinientos un millones cuatrocientos cincuenta y seis mil doscientos cincuenta colones (¢501.456.250.00) según lee en sus estados financieros al 31 de diciembre, 2008[18]:

SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO

Detalle de la Reserva de Siniestros Pendientes al 31-12-2008

	(en colones)
1. Provisión para atender reclamos en horizonte:	
año 1	17.423.765.788
año 2	6.583.425.933
año 3	3.515.264.311
año 4	2.470.193.670
año 5	1.828.560.888
año 6	1.399.104.874
año 7	1.140.196.612
año 8	599.237.830
año 9	391.145.749
año 10	136.448.201
Sub Total	**35.487.343.855**
Adicionales:	
2. Provisión para cuentas médicas pendientes	346.568.296
3. Provisión para atención de cirugias	451.152.673
4. Provisión para rentas en vías de conmutación	3.113.255.142
5. Provisión para atención Médica INS-Salud	4.474.093.915
6. Provisión para derechohabientes por fallecidos	1.369.891.070
7. Provisión para atender afectados nemagon	573.749.895
8. Ajuste por exclusión de 9,25% ccss en rentas vitalicias	-501.456.250
9. Atención recom au ext incorp aguinaldo en beneficiarios en racls003	3.522.977
Total reserva siniestros pendientes	**45.318.121.574**

Fuente: Nota a los estados financieros periodo 01 de enero al 31 de diciembre, 2008 del Instituto Nacional de Seguros.

[18] *Según estados financieros INS del 01 de enero al 31 de diciembre, 2008, ver **NOTA 4**: Cambios en políticas Contables y Correcciones.*

Por otra parte, en las notas a los estados financieros del INS período del 1 de enero al 31 de diciembre, 2009 se lee la restitución del beneficio del Seguro de Salud eliminado en los meses finales del 2008, a saber:

> ***"Riesgos del trabajo***
> *Durante el periodo 2009 el Instituto aprobó un cambio en su metodología de cálculo de esta reserva, que incluye la reserva de rentas para pensionados (reserva matemática), el cual tuvo un efecto de incrementar los siniestros incurridos del año en ¢415 millones. Los cambios principales fueron:*
> ***a. Se restituyó el beneficio del seguro de salud de la CCSS, que se había eliminado en los meses finales del año 2008.***
> *b. Se amplió el horizonte de estimación a 15 años en lugar de 10 años, esto como una medida de atención parcial y gradual de la recomendación de la Auditoría Externa, ya que el horizonte se puede extender más allá de los 20 años.*
> *c. Se incluyó la probabilidad de extensión de rentas.*
> *d. Se actualizó la tasa de descuento que pasó de 9,95% a 13,76% y la tasa de inflación de 13,24% a 10,62%.*
> *e. Se ajustaron las tablas de mortalidad y se actualizaron de los parámetros de extensión de rentas"*
> *(El resaltado no pertenece en el punto a. del original)*

Otro aspecto importante, es que mediante entrevista verbal[19] el Lic. Rodolfo Quesada Castro, Jefe del Departamento de Estadística, explicó a esta Auditoría que existe duplicidad en la base de datos del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), en lo que corresponde a la planilla que envía el Instituto Nacional de Seguros por el Fondo de Pensiones de Bomberos. En el acto, entrega copia del oficio DA-035-09 del 20 de enero, 2008, suscrito por el Lic. Luis Guillermo López Vargas, Director Actuarial al Dr. Guillermo Constenla Umaña, Presidente Ejecutivo INS, en el cual sobre este asunto se lee:

> *"La Sección de Análisis Demográfico, dependencia del Departamento de Estadística, de la Dirección Actuarial de la Caja Costarricense de Seguro Social, tiene a su cargo el suministro de información relacionada con los Sistemas de Pensiones de Regímenes Especiales; datos que son obtenidos de la base de datos del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE).*
> *El Instituto Nacional de Seguros ha estado reportando a SICERE cerca de 520 pensionados, divididos en dos partes, bajo el mismo número patronal -4000001902- pero con diferente rotulación; una correspondiente a* ***"Instituto Nacional de Seguros" y otra referente a "Instituto Nacional de Seguros Fondo de Pensiones Bomberos"***
> *Durante el año 2007 y hasta Setiembre de 2008, los reportes del INS a la CCSS correspondieron a una única cifra, la cual era coincidente con la tendencia presentada por la suma de ambas categorías. Esto indujo a pensar que el reporte correspondería al conjunto de trabajadores pensionados; sin embargo en las estadísticas reportadas en Octubre y Noviembre de 2008, únicamente aparecen 189 pensionados del total de los 568 enviados en Setiembre 2008; cifra que parece el número de pensionados del Fondo de Pensiones de Bomberos.[…]"*

[19] *Reunión verbal sostenida el 24 de junio, 2013 a las 8:00 a.m. con el Lic. Rodolfo Quesada Castro, Jefe Departamento de Estadística.*

Asimismo, se evidenció el oficio RT-4832-2008 del 05 de setiembre, 2008 suscrito por la Licda. Cecilia Montero Acuña, Jefe del Departamento de Riesgos del Trabajo del Instituto Nacional de Seguros dirigido al Sr. Luis Fernando Molina, Jefe Facturación CCSS, referenciándole el acuerdo de la Junta Directiva del INS sesión 8901 que cita:

> *"El Departamento de Riesgos del Trabajo hace de su conocimiento que nuestro órgano Superior la Junta Directiva del INS, mediante Acuerdo en Sesión 8901 que adquirió firmeza en la Sesión 8902, del 24-07-2008 en lo que respecta al aseguramiento bajo el número patronal 2-040000001902-004-004-001, acordó lo siguiente:*
> *"1) Derogar el acuerdo IX de la Sesión 6218 del 30 de noviembre de 1976"*
> *En razón de lo anterior, no procede en lo sucesivo cargo al Instituto Nacional de Seguros por el Seguro de Riesgos Trabajo el pago de la cuota obrero y patronal a la Caja Costarricense del Seguro Social para los rentistas bajo el número patronal 2-40000001902-004-004-001."*

Además, se determinó que no existe un control cruzado entre la CCSS y las aseguradoras públicas o privadas que otorgan pólizas de Riesgo del Trabajo. En relación con ese asunto, la Junta Directiva CCSS, en la sesión 8479 artículo 3° del 18 de noviembre, 2010 analizó la propuesta del Reglamento de requisitos de funcionamiento de los seguros obligatorios, remitido por la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) y el Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero (CONASSIF), entre las preocupaciones deliberadas se encuentra que la Institución llegará a subsidiar con los recursos del Seguro de Salud, las atenciones de los pacientes cubiertos por el Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA) o por el Seguro de Riesgos del Trabajo (SRT), se lee:

> *"[…] Dadas las circunstancias actuales en cuanto a la facturación y cobro de los servicios médicos brindados a pacientes del INS, donde se registran sumas importantes por cobrar, se considera necesario que el reglamento contemple un capítulo específico de las relaciones de las entidades aseguradoras autorizadas con la Caja Costarricense de Seguro Social para el otorgamiento, facturación, cobro y pago de los servicios médicos por accidentes de tránsito y riesgos del trabajo, toda vez que si bien es cierto, en el artículo 34 se indicaba que las prestaciones se brindarán por la red de proveedores contratada por la entidad aseguradora o contratada por la víctima ejerciendo su libertad de elección, en la práctica las víctimas de un accidente de tránsito o riesgo del trabajo el primer contacto de atención se da en los servicios de emergencias, consulta externa y hospitalización de la Caja Costarricense de Seguro Social, atenciones que la Caja está en la obligación de cobrar y las entidades asegurados de pagar, pues de no hacerlo, estaría la Caja subsidiando con recursos de la Seguridad Social, las atenciones de los pacientes cubiertos por el Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA) o por el Seguro de Riesgos del Trabajo (SRT) conforme a las pólizas que se lleguen a suscribir con las aseguradoras."*

Lo aquí expuesto, se opone a lo que dicta la propia Ley 5905, en su artículo 1° señala:

> "*Toda persona amparada por regímenes nacionales de pensiones, sean estas ordinarias o extraordinarias, queda protegida por los beneficios del Seguro de Enfermedad y Maternidad con protección familiar de la C.C.S.S.".* Asimismo en el 2° dice: "***Las cuotas y beneficios relativos a las personas tuteladas en esta ley, serán las mismas que rijan para los demás asegurados de la Caja, en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, excepto que las cuotas de los pensionados se cobrarán sobre la cuantía de las pensiones y sus revalorizaciones*** *y que no habrá pago de subsidio en dinero por tratarse de pensionados que no pierden su*

ingreso con motivo de la enfermedad. La cuota patronal será cubierta por el Fondo Nacional de Pensiones quien haciendo las veces de patrones, entregará a la Caja las cuotas correspondientes. / Si hubiere algún déficit, este será cubierto por el Estado, el cual tomará los recursos de las rentas creadas por leyes anteriores para cubrir la cuota estatal y la cuota del Estado como patrono a la C.C.S.S."

Consecuentemente, se encuentra lo que dicta el artículo 6 del Reglamento de Riesgos de Trabajo en razón de quienes conforman los regímenes de Seguridad Social:

"Artículo 6º - Son regímenes de seguridad social, para los efectos del artículo 196, inciso a), del referido Código, los que gestiona y administra la Caja Costarricense de Seguro Social, el Seguro Obligatorio de Vehículos Automotores, los sistemas de pensiones, generales y especiales, y las prestaciones que se otorguen a los trabajadores como beneficios incorporados e instrumentos colectivos de trabajo, y los previstos en convenios que suscriban organismos gremiales o profesionales con instituciones aseguradoras."

Es importante indicar, que la reforma al Código del Trabajo en 1982 estableció un régimen de aseguramiento universal y obligatorio para todas las personas asalariadas brindado por el INS, mismo que con la póliza de Riesgos de Trabajo tiene entre sus beneficios para las personas aseguradas, rentas en casos de incapacidad permanente o muerte, las cuales tiene la conceptualización de una pensión contributiva. Es decir, los subsidios dependen del tipo de incapacidad que haya producido el riesgo, la indemnización es tarifada por la ley y no son incompatibles ni suspenden el giro de ninguno de los beneficios establecidos en leyes de jubilación, pensión y subsidios generales o especiales, según se establecen en los artículos 223, 240 y 241 del Código de Trabajo.

La situación aquí indicada, tiene su sustento a una interpretación de la Dirección Jurídica del Instituto Nacional de Seguros; lo que conlleva a una repercusión financiera importante en la institución, porque la atención médica a la población adscrita al INS se brinda en los diferentes hospitales y centros de salud del país sin restricción alguna.

CONCLUSIONES

El resultado de la presente evaluación permite advertir a la Caja Costarricense de Seguro Social de la importancia de registrar de manera separada los ingresos (cuotas) y los gastos reales producto de la población pensionada atendida por el Seguro de Salud, con el fin de que en concordancia con lo que dicta la Ley 5905 se pueda determinar las obligaciones reales que tiene el Gobierno de la República con este régimen. Además, que la protección de los recursos exige una administración eficiente y transparente en materia operativa, financiera y contable sobre las contribuciones percibidas.

Se requiere una revisión del dogma jurídico con respecto a los alcances de la Ley 5905 y 6230, lo que permitirá aclarar aspectos puntuales señalados en este informe, principalmente si se debe cobrar al Estado Costarricense cualquier déficit producto de la contribución al Seguro de Salud de la población pensionada.

El informe evidencia que el Seguro de Salud fundamenta su modelo financiero actuarial en uno de reparto con la creación de reservas necesarias para atender contingencias; este modelo lo que indica es que los recursos recibidos se aplican a las necesidades de salud de la población costarricense, según dictan los artículos 32 y 33 de la Ley Constitutiva CCSS[20]. Su financiamiento está definido en el artículo 73 de la Constitución Política y en la Sección III de la Ley Constitutiva CCSS.

Los ingresos no percibidos (diferencia entre Ingresos Reglamentarios- Ingresos Efectivos) han originado problemas de liquidez al Seguro de Salud, faltante que se encuentra en las obligaciones estatales; no siendo propiamente un déficit en la contribución de la población pensionada.

Asimismo, es importante señalar que a pesar de que el pago en cuotas del Ministerio de Hacienda ha mejorado mediante los convenios de pago suscritos (anexo1), la carencia de recursos en la obligación estatal se ha centralizado principalmente en los programas de asistencia social, tales como: Asegurados por el Estado, Código de la Niñez, Internos en Centros Penales, Cuotas Complementarias de Trabajadores Independientes, Servicios Salud en el RNC, situación que ha provocado que el Seguro de Salud vea afectada su liquidez y sostenibilidad financiera. Del mismo modo, existen otras poblaciones específicas sin un financiamiento explicito que requieren sean facturadas al Gobierno, entre estas: Código, Niñez y Adolescencia, Madre Adolescente Embarazada, Seguro Estudiantil, Adultos mayores, Convención Iberoamericana de derecho de los Jóvenes, Mujeres con Cáncer de Cérvix, Protección de Víctimas y Testigos, Ley Contra la Trata de Personas.

Con la promulgación de la universalización de los Seguros Sociales en la década de los 70, se hace extensivo a los programas de asistencia social por medio del traspaso de hospitales y con ellos las rentas que estos recibían, apareciendo la protección de Asegurados por el Estado (luego desaparecen en su totalidad), se da la extensión al seguro por cuenta propia (no tienen patrón por tanto el Estado debe cubrir la cuota complementaria), asimismo, nace el Programa del Régimen No Contributivo para quienes no habían contribuido al sistema y se encontraran en estado de pobreza, sin bienes y mayores de 65 años; este proceso caracterizado por la extensión de servicios a personas no protegidas en estado de pobreza, genera una demanda de servicios importante y una presión financiera adicional a los Seguros Sociales, con un financiamiento mucho menor que el que generan los trabajadores asalariados activos; por lo cual se encuentra en este informe, una recomendación para que el aseguramiento de poblaciones específicas con y sin cargo al Estado se defina como solo un programa y que en el Presupuesto Nacional se asignen por ese concepto una única partida presupuestaria a la Caja Costarricense de Seguro Social, con el fin de mejorar las finanzas institucionales y contar con una fuente viable y oportuna de financiamiento.

[20] ***ARTÍCULO 32.-*** *La Junta Directiva formara con los capitales y rentas que se obtengan de acuerdo con esta ley, dos fondos: uno para beneficios y gastos del régimen de reparto y otro para beneficios y gastos del régimen de capitalización colectiva.*
ARTÍCULO 33.- *El fondo del régimen de reparto estará formado por las cuotas de los patronos y se destinará a las prestaciones que exijan los seguros de enfermedad y maternidad, con la extensión que indique la Junta Directiva, y a cubrir, además, los gastos que ocasionen los mismos seguros, así como los de administración en la parte que determine la Junta Directiva en el presupuesto correspondiente, todo de acuerdo con los cálculos actuariales.*

Se debe revisar la base mínima contributiva según los requerimientos de ambos seguros, dado la inconsistencia entre el mínimo contributivo y mínimo de protección de la pensión del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y el salario mínimo vigente.

Con la Ley 5905 el legislador pretendió que todas las personas amparadas por regímenes nacionales de pensiones, ordinarias o extraordinarias quedasen protegidas por los beneficios del Seguro de Enfermedad y Maternidad, lo cual desde el punto de vista operativo y de atención ha cumplido la CCSS, no obstante, es evidente que los sistemas financiero-contable, actuariales y estadísticos actuales, imposibilitan estimar si la tasa de contribución del 14% tutelada en el Reglamento del Seguro de Salud es suficiente o deficitaria; en caso que resultará insuficiente y no se cobrará al Estado Costarricense se estaría violentando los artículos 73 y 177 de la Constitución Política que establece un destino específico a los fondos y reservas de los seguros sociales.

Para este Órgano de Fiscalización es óptimo que se habiliten en los estados financieros del Seguro de Salud cuentas contables específicas para el registro de los ingresos (cuotas) de la población pensionada de los Regímenes Especiales de Pensiones, tal y como consta la separación contable para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y el Régimen No Contributivo de Pensiones, lo que permitirá cuantificar la suficiencia y/o insuficiencia de los recursos reconocidos, además, que contribuya al análisis (balance) de capital y estimaciones actuariales demandados en la Ley 5905 y demás norma legal relacionada.

Entre otros aspectos, que este régimen esgrima las estadísticas en atención médica, costos y gastos reales de la población pensionada del país. Que la composición del gasto entre otros, contenga la distribución por edad y zonas geográficas; servicios utilizados, así como, familiar (es) amparado (s) por este; evaluando las presiones que generan las transiciones demográfica, epidemiológica, tecnológica y económica sobre las finanzas y/o recursos que dan sustentabilidad al Seguro de Salud.

Por otra parte, las estadísticas del sector salud tienen un carácter bastante limitado, al no manejarse políticas sectoriales y/o categorías de aseguramiento, restringiendo aún más cuánto le cuesta a este seguro la atención por grupo de asegurados, en cumplimiento a lo que dictan las diferentes leyes vigentes, en caso de que si existe insuficiencia en la contribución al Seguro de Salud, la misma será cubierta por el gobierno.

Asimismo, en razón de que el sistema de costeo en procedimientos médicos no es específico por atención y/o por servicio usado por un grupo focal, sector o asegurado, es demostrable que el gasto en salud tiende a aumentar a consecuencia de, entre otros:

i) Incremento en el número promedio de consultas, en particular, las relativas a especialidades médicas;
ii) Crecimiento en los egresos hospitalarios y las estancias promedio causadas por el predominio de enfermedades crónico-degenerativas, y
iii) Aumento en el costo unitario de las consultas y las estancias hospitalarias, debido al uso más intensivo de ciertos insumos y los mayores requerimientos de diagnósticos, tratamientos y tecnología médica más costosa.

Otro asunto importante, es el papel de la Caja Costarricense de Seguro Social frente a los Riesgos de Trabajo, el cual consiste en la prestación de servicios médicos. Esto en razón de que es la única institución pública autorizada y competente para brindar atención médica, quirúrgica, hospitalaria y de rehabilitación en el país[21], siendo así, no es admisible subsidiar con los recursos del Seguro de Salud las atenciones que se presten por el acaecimiento de un riesgo cubierto por el Instituto Nacional de Seguros y/o las aseguradoras privadas, mismo que además está inmerso en una relación entre el suscribiente de la póliza y la institución aseguradora.

Asimismo, es necesario para la CCSS el acceso a las bases de datos de las aseguradoras privadas y el INS, con el fin de establecer procedimientos que contribuya a detectar la evasión a la Seguridad Social.

Del mismo modo, es importante el fortalecimiento del control interno entre otros, que la Gerencia Financiera, propiamente la Dirección Financiera Contable, ejerza la generación y promulgación del liderazgo en materia financiero-contable, que propicie la consolidación de una cultura de control mediante una mayor transparencia demandada a través de los estados financieros del Seguro de Salud y Pensiones.

Finalmente, es importante indicar que el término sostenibilidad financiera no debe interpretarse como el equilibrio, en un determinado período de tiempo de los ingresos y egresos del régimen, sino que su conceptualización trata sobre las posibilidades financieras que tendrán en un futuro el Seguro de Salud para mantener así la atención médica en el país, lo cual se encuentra condicionado por un patrón de consumo, la estructura de edades de la población, los costos unitarios de los servicios, los gastos de administración, las inversiones en equipo e infraestructura necesarios y otros elementos más que se conjugan hacia su permanencia.

RECOMENDACIONES

Con el propósito de fortalecer la estructura económica, financiera y contable del Seguro de Salud, se proponen las siguientes recomendaciones, a las cuales se les establece un tiempo de ejecución contado, una vez que cada unidad administrativa tenga recibido el presente informe:

A LA GERENCIA FINANCIERA Y DIRECCIÓN ACTUARIAL Y ECONÓMICA

1. Proponer a la Junta Directiva CCSS un proyecto de ley tendiente a que las coberturas de poblaciones específicas establecidas por Ley y sin un financiamiento explicito, sean facturadas a cargo del Estado Costarricense.

   Entre otras cosas, valoren definir las coberturas de poblaciones específicas como un único programa y que en el Presupuesto Nacional se asigne por ese concepto una única partida presupuestaria a la

[21] *En 1971 se promulgó la Ley de Traspaso de Hospitales y en 1995 se dispuso trasladar los servicios de salud del Ministerio de Salud, ambos a la CCSS.*

Caja Costarricense de Seguro Social, en aras de que exista una fuente viable y oportuna de financiamiento.

Entre esas poblaciones se encuentran: Código, Niñez y Adolescencia, Madre Adolescente Embarazada, Seguro Estudiantil, Adultos mayores, Convención Iberoamericana de derecho de los Jóvenes, Mujeres con Cáncer de Cérvix, Protección de Víctimas y Testigos, Ley Contra la Trata de Personas.

PLAZO: 6 meses. De conformidad con el resultado del hallazgo 1 y 3.

A LA DIRECCIÓN JURÍDICA Y A LAS GERENCIAS: FINANCIERA Y PENSIONES

2. Que la Dirección Jurídica emita el criterio legal considerando los alcances de la Ley 5905 y 6230, con respecto a:

    a. En razón de que la ley 5905 se aprobó el 26 de mayo, 1976 (hace 37 años) y dado que la CCSS no determina la suficiencia y/o insuficiencia de la tasa de contribución de los pensionados establecida en un 14%; emitir criterio en los términos de cuál es el período máximo de retroactividad de cobro (principal e intereses) si procediera cobrarle al Gobierno Central algún monto por déficit en esa cuota.
    b. Estime si existe desproporción entre la contribución del sector pensionado (14%) en comparación con el asalariado (15%) que representa un uno por ciento (1%) de más con respecto al primero, dado que la Ley 5905 en su artículo 2 indica que debe ser la misma tasa contributiva.
    c. La procedencia del acto dictado por la Junta Directiva del Instituto Nacional de Seguros, que en el acuerdo II de la sesión 8901 de 14 de julio de 2008 dispuso revocar el acuerdo IX de la sesión 6218 de 30 de noviembre de 1976, analizar si existió un vicio de constitucionalidad que permitiría realizar la gestión cobro de montos dejados de percibir producto de lo aprobado por dicho instituto.
    d. La viabilidad jurídica en razón de que el cinco por ciento (5%) que asume y cancela el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte por la atención médica de sus pensionados sea asumido directamente por estos últimos, además, señalar el procedimiento legal en caso de que proceda modificación en la distribución porcentual actual (según cuadro 2 de este informe) .

    Que la Dirección Jurídica remita a las Gerencias: Financiera y de Pensiones el criterio solicitado, para que esas presenten a la Junta Directiva las propuestas que consideren necesarias de acuerdo a los puntos que son de su competencia.

    A la Gerencia Financiera le corresponde la atención de los puntos a), b), c). Mientras que a la Gerencia de Pensiones el punto d).

    Entre otras cosas, que la Gerencia Financiera:

- ✓ Una vez obtenido el criterio jurídico del punto a), realizar el estudio técnico que corresponda y proceder conforme el resultado así lo establezca.

- ✓ Si lo resuelto en el punto b) es que jurídicamente es válido el 1% que pagan de más los asalariados, se reforme el artículo 62 del Reglamento del Seguro de Salud en los términos de explicar ese punto porcentual de diferencia en relación con la contribución que hace el sector pensionado. En caso de ser contrario, igualmente realizar la reforma conforme a derecho afecte.

- ✓ Del punto c) si resulta el cobre al INS realice las gestiones respectivas.

Por su parte, que la Gerencia de Pensiones en caso que lo dictaminado en el punto d) procede, presentar a la Junta Directiva CCSS una reforma de los artículos 3 del Reglamento del Seguro del Invalidez, Vejez y Muerte, y 62 del Reglamento del Seguro de Salud, para tal fin realizarlo en conjunto con la Gerencia Financiera.

PLAZO: 2 meses a la Dirección Jurídica.
6 meses (contados una vez que se tenga el criterio jurídico) a la Gerencia Financiera y Pensiones
De conformidad con el resultado del hallazgo 1, 2, 3 y 4.

A LA GERENCIA FINANCIERA Y A LA DIRECCIÓN ACTUARIAL Y ECONÓMICA

3. Que la Dirección Actuarial y Económica elabore un estudio técnico (con conclusiones y recomendaciones), sobre los costos (gastos)[22] por la atención médica de la población pensionada (Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, Régimen No Contributivo de Pensiones y/o Regímenes Especiales de Pensiones), determinando cuál es la relación entre el gasto y el ingreso por aseguramiento versus la tasa de contribución establecida, cuantificando la suficiencia y/o insuficiencia de los recursos destinados a este sector. Que el mismo sea de insumo y referente para valorar la evolución de los costos de una población que está en proceso de envejecimiento.

   El estudio técnico actuarial será remitido a la Gerencia Financiera, para que lo analice y determine la viabilidad de presentar a la Junta Directiva una propuesta en aras de mantener y/o aumentar la contribución vigente.

   Asimismo, que la Dirección Actuarial y Económica elabore anualmente el balance ingresos-gastos y lo remita a la Gerencia Financiera para que realice el balance financiero y en caso de déficit efectúe el cobro al Estado Costarricense.

[22] *En cuanto a los gastos se necesita el reporte del número de consultas y estancias del sector pensionado distribuido por Gobierno, IVM y RNC. Entre otros, los cálculos serían globales: número de consultas y estancias así como los ingresos para este sector, valorando la diferencia obtenida.*

Como insumo al estudio solicitado, considerar lo resuelto por la Administración Activa, en el Informe ASF-019-2012 del 06 de febrero, 2012, recomendación 1, suscrito por esta Auditoría, que a la letra se lee:

> ***"GERENCIA MÉDICA - GERENCIA FINANCIERA***
>
> *1. Que la Gerencia Médica elabore un proceso para determinar y registrar los gastos en que incurre la Caja en la atención médica brindada a la población pensionada, en todos los establecimientos de salud de la institución.; para tales efectos, deberá coordinar lo que corresponda con la Gerencia Financiera. Esto con el propósito de que esta última pueda determinar si lo ingresado al S.E.M., por concepto de la contribución tripartita del sector pensionados, alcanza para cubrir los gastos en que incurre la Caja por la atención médica suministrada a esta población; en el caso que los gastos sean superiores a los ingresos, (el déficit) le corresponderá a la Gerencia Financiera realizar las gestiones necesarias para efectuar dicho cobro al Estado, de conformidad con lo que establece el artículo 2 de la Ley 5905. El plazo para el cumplimiento de esta recomendación es de 12 meses"*

PLAZO: 6 meses, considerando la atención de la recomendación 1 señalada en el ASF-019-2012. De conformidad con el resultado del hallazgo 1, 2 y 3.

A LAS GERENCIAS FINANCIERA Y PENSIONES - A LA DIRECCIÓN ACTUARIAL Y ECONÓMICA

4. Que la Dirección Actuarial y Económica revise la Base Mínima Contributiva vigente, eso por cuanto al cotejar la cuantía mínima de contribución que asciende a los ciento treinta y un mil setecientos sesenta colones (¢131.760.00) contra el monto de pensión mínima del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de aproximadamente ciento veinte mil quinientos setenta y ocho colones (¢120.578.00) se evidenció una inconsistencia entre el mínimo contributivo y mínimo de protección manifestado en la pensión del IVM y en el salario mínimo vigente; por tanto, en conjunto con la Gerencia Financiera y de Pensiones presentar ante la Junta Directiva una propuesta de ajuste a la referida Base.

   Lo anterior, considerando que el pasivo actuarial del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte es sensible por el aumento de la esperanza de vida del costarricense, que conlleva un incremento en el costo de las pensiones; igualmente esa expectativa de vida de los costarricense repercute en un alto costo en los servicios médicos que brinda el Seguro Salud a esa población.

   PLAZO: 6 meses. De conformidad con el resultado del hallazgo 1.1.

A LA GERENCIA FINANCIERA: DIRECCIÓN DE SICERE Y A LA DIRECCIÓN ACTUARIAL y ECONÓMICA

5. Que la Dirección de SICERE y la Dirección Actuarial y Económica de manera conjunta soliciten ante el Instituto Nacional de Seguros, una revisión y depuración del reporte que envía el INS al SICERE por los pensionados de ese régimen de acuerdo con lo indicado en el oficio DA-035-09 del 20 de enero, 2008, que señala una duplicidad en el reporte del Fondo de Pensiones correspondiente a los Bomberos, datos que inciden en las proyecciones actuariales y financieras de la Institución.

Una vez recibida la respuesta del INS proceder con los ajustes y/o revisiones que corresponda.

PLAZO: 2 meses. De conformidad con el resultado del hallazgo 4.

A LAS GERENCIAS: FINANCIERA Y DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

6. Gestionar ante las aseguradoras pública[23] y/o privadas que comercialicen o lleguen a comercializar pólizas del Seguro de Riesgos del Trabajo, el que la Institución cuente con el acceso a la base de datos correspondiente a los trabajadores reportados en sus planillas, lo anterior considerando las disposiciones de la Superintendencia General de Seguros (SUGESE), todo con el fin de que la CCSS implemente un control cruzado con la información que registra el SICERE del sector privado y público.

   Para tal fin, que la Dirección de Inspección establezca dentro de sus procedimientos la fiscalización de la población patronal y de trabajadores independientes que no están cotizando para la CCSS pero si para las aseguradoras; con el propósito de que se elaboren las planillas adicionales que correspondan a quienes se les detecte evasión.

   Con esta recomendación se espera que la Caja Costarricense de Seguro Social tenga acceso a una base de datos centralizada de planillas con insumo proveniente tanto del SICERE como de las aseguradoras pública y privada, que combinada con los mecanismos de inspección que se tiene permitirá controlar la evasión patronal y contribuirá a penalizar a los evasores mediante las dispositivos que por ley se encuentran establecidas, y además, que esto se constituya en una herramienta enérgica para reducir, sino eliminar la evasión y la sub-declaración de ingresos de la Seguridad Social.

   PLAZO: 8 meses. De conformidad con el resultado del hallazgo 1 y 4.

A LAS GERENCIAS: MÉDICA Y DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

7. Que el Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC) sea instalado en los establecimientos de Salud que así lo requieran conforme al Plan de Trabajo del EDUS aprobado por la Junta Directiva. Previamente que la Gerencia Médica valide cuales son los requerimientos que permitirían obtener la información necesaria conforme a lo solicitado en la evaluación ASF-019-2012[24] del 06 de febrero, 2012 y en el presente informe.

   Una vez identificado los requerimientos necesarios del SIAC, que la Gerencia Médica solicite a la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones el desarrollo de los mismos.

[23] *En ese momento la aseguradora pública sería el Instituto Nacional de Seguros*
[24] *Informe denominado "Evaluación sobre la aplicación de la Ley 5905 "Pensionados protegidos Seguro Enfermedad Maternidad"*

Como insumo a lo solicitado considerar lo resuelto por la Administración Activa, en el Informe ASF-019-2012 del 06 de febrero, 2012, recomendación 1, suscrito por esta Auditoría, que a la letra se lee:

> ***"GERENCIA MÉDICA - GERENCIA FINANCIERA***
> 2. *Que la Gerencia Médica elabore un proceso para determinar y registrar los gastos en que incurre la Caja en la atención médica brindada a la población pensionada, en todos los establecimientos de salud de la institución.; para tales efectos, deberá coordinar lo que corresponda con la Gerencia Financiera. Esto con el propósito de que esta última pueda determinar si lo ingresado al S.E.M., por concepto de la contribución tripartita del sector pensionados, alcanza para cubrir los gastos en que incurre la Caja por la atención médica suministrada a esta población; en el caso que los gastos sean superiores a los ingresos, (el déficit) le corresponderá a la Gerencia Financiera realizar las gestiones necesarias para efectuar dicho cobro al Estado, de conformidad con lo que establece el artículo 2 de la Ley 5905. El plazo para el cumplimiento de esta recomendación es de 12 meses"*

El propósito de esta recomendación es que la Institución pueda contar con la información por modalidad de aseguramiento de cada consultante o paciente atendido a nivel nacional, generada por el Área de Estadísticas en Salud, lo que coadyuvará a la Dirección Actuarial y Económica y al Área de Contabilidad de Costo poder realizar sus proyecciones, estimaciones y costos sobre la cuantía que le demanda al Seguro de Salud en este caso específico la Población Pensionada, pero que incluye además otras poblaciones, como son: Asalariados, Dependientes, Asegurados por el Estado, Indigentes, Código de la Niñez y la Adolescencia, Internos en Centros Penales, Trabajadores Independientes, Servicios Salud RNC.

PLAZO: 12 meses. De conformidad con el resultado del hallazgo 1, 2, 3 y 4.

A LAS GERENCIAS: MÉDICA, FINANCIERA Y DIRECCIÓN ACTUARIAL Y ECONÓMICA

8. Que el Área de Estadísticas en Salud, el Área de Contabilidad de Costo y la Dirección Actuarial y Económica procedan conforme a sus criterios técnicos a incluir en sus informes estadísticos, actuariales y/o de contabilidad de costos, la población pensionada que recibe atención médica en el Seguro de Salud según dicta la Ley 5905, la Ley Constitutiva CCSS y el Reglamento del Seguro de Salud.

   Se espera de esta recomendación al igual que la anterior, que la Institución pueda contar con la información por modalidad de aseguramiento de cada consultante o paciente atendido a nivel nacional generada por el Área de Estadísticas en Salud, lo que coadyuvará a la Dirección Actuarial y Económica y al Área de Contabilidad de Costo poder realizar sus proyecciones, estimaciones y costos sobre la cuantía que le demanda al Seguro de Salud en este caso específico la Población Pensionada, pero que incluye además otras poblaciones, como son: Asalariados, Dependientes, Asegurados por el Estado, Indigentes, Código de la Niñez y la Adolescencia, Internos en Centros Penales, Trabajadores Independientes, Servicios Salud RNC.

PLAZO: 12 meses. De conformidad con el resultado del hallazgo 1, 2, 3 y 4.

GERENCIA FINANCIERA

9. Que la Gerencia Financiera del mandato de la Ley 5905 establezca el procedimiento operativo, financiero y contable que considere de las recomendaciones anteriores, entre otros se cita:

    a) Efectuar una contabilidad de costos, que permita determinar el déficit que señala la Ley 5905.
    b) Habilitar las cuentas contables para registrar la contribución de los Regímenes Especiales de Pensiones al Seguro de Salud.
    c) Elaborar el balance financiero (ingresos-gastos) y proceder con las gestiones pertinentes, entre estas el registro de la cuenta por cobrar al Estado Costarricense y la gestión de cobro en caso de que la resultante sea que los recursos fueron deficitarios; considerar como insumo el estudio técnico que para tal caso enviará la Dirección Actuarial y Económica según recomendación 3 de este informe.

    PLAZO: 6 meses. De conformidad con el resultado del hallazgo 1.

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, mediante el oficio número 41059, 41060 y 41061 del 26 de agosto, 2013, se realiza convocatoria para comunicar los resultados obtenidos en el presente informe.

A continuación se encuentran los comentarios de la Administración Activa:

1. El 27 de agosto, 2013, participaron del comentario de resultados las Licdas. Sofia Emiliana Carvajal Chaverri y Gabriela Ramírez Abarca, ambas Asesoras de la Presidencia Ejecutiva, entre sus observaciones:

    "En relación con la recomendación 1, resulta importante valorar el contenido del proyecto de ley propuesto para la Dirección Actuarial a la Gerencia Financiera, en este sentido para efectos de verificar lo relativo a una única partida presupuestaria dirigida a garantizar la atención de los gastos del Seguro de Salud por la atención de poblaciones específicas a cargo del Estado. Así como, si este asunto ya fue propuesto a Junta Directiva, por cuanto de ser así lo procedente y por respeto a la competencia debe ser dirigida a la Junta Directiva para que, esa en razón de su naturaleza determine la responsabilidad así como, lo requerido. Es importante llevar el informe a la Junta Directiva para su conocimiento. […]"

    Por su parte, el Lic. Luis Guillermo López Vargas, Director Actuarial y Económica, manifestó lo siguiente:

"1. Me parece que la recomendación #1 debe ir dirigida a la Gerencia Financiera, en el sentido de que las coberturas de poblaciones específicas existentes y las que se crearán en el futuro sin financiamiento explicito, sean facturadas al Estado.

2 En la recomendación #3 debe ser más directa en cuanto a que el ajuste en la Base Mínima Contributiva hasta llegar al Salario Mínimo, debe darse para lograr consistencia respecto a la pensión mínima, y fortalecer el Seguro de Salud."

2. El 29 de agosto, 2013, las observaciones del Lic. Edwin Rodríguez Alvarado, Subdirector Jurídico fueron:

"Con respecto a la recomendación incido d) cabe indicar que sobre este tópico la Dirección Jurídica podría analizar la procedencia legal de lo actuado por el INS en este tema y si ello eventualmente podrá tener un vicio constitucional."

Por su parte, el Ing. Manuel Rodríguez Arce, Director Proyecto EDUS, GIT, indicó:

"En cuanto a la recomendación N°6 no se tienen observaciones. En cuanto a la recomendación N° 7 se tienen las siguientes observaciones:

- *Validar los requerimientos funcionales del SIAC, en función de los objetivos que persigue la recomendación y el informe.*
- *Que la implementación del SIAC se realice conforme el plan de trabajo avalado por la Junta Directiva como parte del Proyecto EDUS."*

Mientras, el Lic. Gilberto León Salazar, Asesor de la Gerencia Médica, señalo:

"-En relación a recomendación N°7, se indica que el Área de Estadísticas de Salud no realiza proyecciones de poblaciones, dado que esta es una labor de la Dirección Actuarial. Lo que podría constituir esta recomendación es poder obtener los datos de la población pensionada. El plazo establecido para su ejecución es muy corto dado la complejidad de la implementación del SIAC, dado que hay aspectos externos a la Institución que pueden impedir su ejecución. –En cuanto a la recomendación 8, no hay observaciones."

3. El 30 de agosto, 2013, se comento el informe al Lic. José Luis Quesada Martínez, Gerente de Pensiones, quién indicó:

"- Aumentar la BMC puede conllevar una mayor morosidad y evasión del Trabajador Independiente.
-Preocupa que en el caso de los trabajadores independientes, el gobierno pague mensualmente lo correspondiente a las cuotas y por lo tanto estos (TI) puedan exigir jurídicamente derecho a pensión.
-De no ser viable modificar el Reglamento del SS para que se aumente el 5% de la cotización de los pensionados, se deberán presentar las modificaciones legales que corresponda."

4. El 30 de agosto, 2013, Lic. Danilo Rodas Chaverri, Gerencia Financiera, vía correo electrónico envía observaciones de las áreas técnicas relacionadas con las recomendaciones dirigidas, mismas que se adjunta a los papeles de trabajo del informe. Por su parte, el Lic. Miguel Cordero García, Director a.i. Dirección de Coberturas Especiales suscribe el oficio DCE-459-09-2013 del 03 de setiembre, 2013 dirigido a la Licda. Xiomara Rodríguez Álvarez, a quién le remite el oficio AGRE-1754-2013 del 29 de

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA NTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

agosto, 2013 del Lic. Wven Porras Núñez, Jefe del Área de Riesgos Excluidos, mediante el cual se plantea una modificación del texto propuesto a la recomendación 6, propiamente tomando en cuenta la apertura del mercado de seguros solidarios y el voto 16628-2012 del 28 de noviembre, 2012 de la Sala Constitucional.

5. El 02 de setiembre, 2013, en sesión con el Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, se analizó las recomendaciones dirigidas a dicha gerencia, considerándose las observaciones pertinentes.

ÁREA SERVICIOS FINANCIEROS

Licda. Xiomara Rodríguez Álvarez
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Lic. José Ramón Hernández Cordero
JEFE, SUBÁREA INGRESOS-EGRESOS

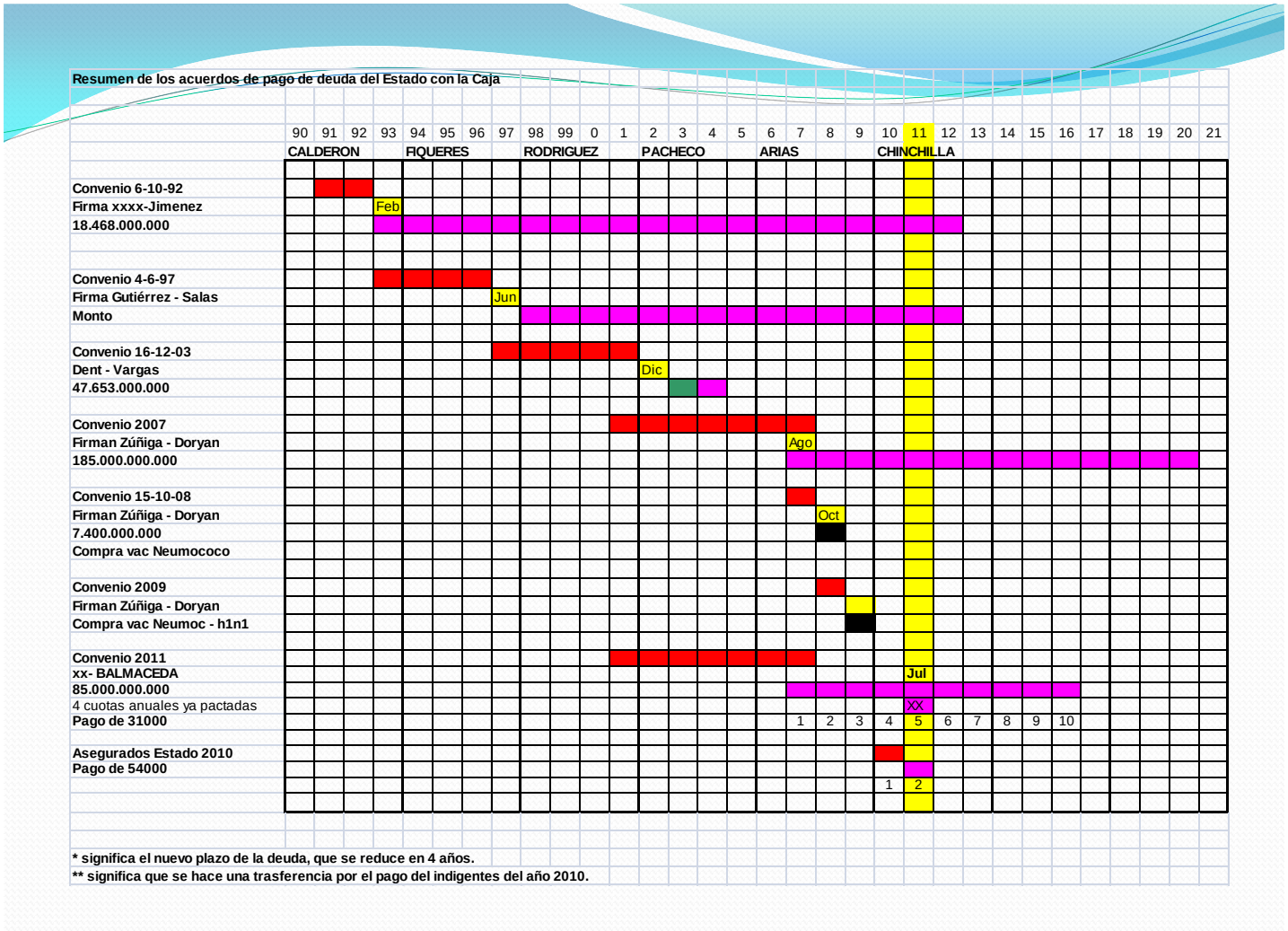
Lic. Fernando Barahona Montero
JEFE

FBM/JRHC/XRA/lba

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA NTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

ANEXO 1

Resumen de los convenios de pago de deuda del Estado con la Caja
Desde 1992 hasta 2011



Fuente: Lic. Walter Calderón Sánchez, Jefe Área Análisis Financiero, Dirección Actuarial y Económica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA NTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

ANEXO 2

Aparte 3.1.1., oficio 24700 DEL 14 de abril, 2011
Aparte 3.2 Sobre las deudas acumuladas por el estado en los años 2008, 2009 y 2010, que no se han negociado

3.1.1 *El 29 de agosto 2007 la Caja suscribe convenio de pago con el Ministerio de Hacienda, por las deudas acumuladas por el Estado al 30 de junio 2007 (el período que abarca es del 1 de enero del 2005 al 30 de junio 2007), por concepto de Cuotas de Asegurados por el Estado (FODESAF), Servicios de Administración (FODESAF), Cuotas Patronales, Estado como Tal, Pensionados de Gobierno, Intereses Deuda (Ministerios y Poderes), Cuotas Complementarias de Trabajadores Independientes, Centros Penales, Convenios Especiales, Planilla Adicional del Ministerio de Relaciones Exteriores, Ley de Paternidad Responsable y Código de la Niñez y Adolescencia; por un monto total de 185,178.9 millones de colones, de los cuales 172,219.8 millones de colones corresponden al Seguro de Salud, 12,890,4 millones de colones al Seguro de Pensiones y 68,7 millones de colones perteneciente a la Ley de Protección al Trabajador.*

A continuación se detallan los montos y conceptos negociados en este convenio, según los datos remitidos por la jefatura del Área de Contabilidad Financiera, luego de la conciliación de los mismos con el Ministerio de Hacienda:

(*) CONCEPTO	*SEGURO DE SALUD*	*SEGURO DE PENSIONES*	*LPT*	*TOTAL*
DEUDAS DESAF:				
Atención Población Indigente /1	*120.086.200.000,00*	*0,00*	*0,00*	*120.086.200.000,00*
Servicios de Administración	*10.293.578.390,07*	*0,00*	*0,00*	*10.293.578.390,07*
Sub-total DESAF	***130.379.778.390,07***	***0,00***	***0,00***	***130.379.778.390,07***
DEUDAS GOBIERNO CENTRAL:				
Cuota Estado Patrono (Ministerios y Poderes)	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*
Cuota Estado como Tal	*4.767.104.563,09*	*5.570.033.683,86*	*0,00*	*10.337.138.246,94*
Cuota Estado Pensionados Gobierno	*0,00*	*0,00*	*0,00*	*0,00*
Intereses Deuda (Ministerios y Poderes)	*419.040.553,39*	*538.991.906,30*	*0,00*	*958.032.459,69*
Cuota Complementaria Trab. Independientes	*22.860.249.000,02*	*5.689.076.500,02*	*0,00*	*28.549.325.500,04*
Cuenta por Cobrar Edo. Centros Penales	*202.709.500,00*	*0,00*	*0,00*	*202.709.500,00*
Cta. Cobrar Cuota Compl. Convenios Esp.	*4.948.398.000,04*	*-215.287.000,06*	*0,00*	*4.733.110.999,98*
Sub-total Gobierno Central	***33.197.501.616,54***	***11.582.815.090,11***	***0,00***	***44.780.316.706,65***
OTRAS DEUDAS:				
Ministerio de Relaciones Exteriores /2	*3.849.664.936,00*	*188.899.201,40*	*70.867.949,00*	*4.109.432.086,40*
Ley Paternidad Responsable	*117.000.000,00*	*0,00*	*0,00*	*117.000.000,00*
Código de la Niñéz y la Adolecencia	*1.984.000.000,00*	*0,00*	*0,00*	*1.984.000.000,00*
Sub-total Otras Deudas	***5.950.664.936,00***	***188.899.201,40***	***70.867.949,00***	***6.210.432.086,40***
TOTAL GENERAL	***169.527.944.942,61***	***11.771.714.291,51***	***70.867.949,00***	***181.370.527.183,12***

/1 Se refiere a montos calculados por la Dirección Actuarial CCSS conforme a la metodología aprobada por Contraloría General República.
/2 Corresponde a los saldos definitivos de la planilla calculados a la fecha de efectivo pago.
(*) Montos conciliados por la Comisión Técnica CCSS - Ministerio de Hacienda el 24 de marzo del 2008.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA NTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax: 2539-0888
Apdo: 10105

3.2. SOBRE LAS DEUDAS ACUMULADAS POR EL ESTADO EN LOS AÑOS 2008, 2009 Y 2010, QUE NO SE HAN NEGOCIADO.

3.2.1. DEUDA NO NEGOCIADA DEL SEGURO DE SALUD

A continuación se presenta un detalle de la deuda acumulada por el Estado por el período de febrero a diciembre – 2008, años 2009 – 2010 y de enero a febrero del 2011, suministrada por la jefatura del Área de Contabilidad Financiera; estas cuentas a la fecha están pendientes de pago y no existe ninguna negociación de la misma en el corto plazo.

SEGURO DE SALUD Y PENSIONES
RESUMEN DEUDA ESTATAL ACUMULADA FEBRERO 2008 A FEBRERO 2011

CONCEPTO	SALUD	PENSIONES	TOTAL
Cuota Estado Patrono	0,00	0,00	0,00
Cuota Estado como Tal	7.491.424.684,14	27.590.600.791,62	35.082.025.475,76
Cuota Estado Patrono (Poderes)	0,00	0,00	0,00
Cuota Estados Pensionados Gobierno	0,00	0,00	0,00
Intereses Deuda	1.130.487.199,09	2.917.579.116,57	4.048.066.315,65
Cuota Complementaria Trab. Independientes	6.486.692.749,33	10.922.550.255,05	17.409.243.004,38
Cuenta por Cobrar Edo. Centros Penales	-193.832.676,55	0,00	-193.832.676,55
Cta. Cobrar Cuota Compl. Convenios Espec.	575.318.907,79	-1.274.828.003,40	-699.509.095,61
Ajuste Finiquito Crédito BIRF 7068 (Conv. 2003)	1.923.177.849,90	0,00	1.923.177.849,90
Ajuste Finiquito Crédito BBVA (Conv. 2003)	529.100.786,63	0,00	529.100.786,63
TOTAL	**17.942.369.500,33**	**40.155.902.159,83**	**58.098.271.660,16**

Fuente: Información suministrada por la Jefatura del Área Contabilidad Financiera.

De lo anteriormente expuesto, cabe agregar que los conceptos de: Estado como Tal, Intereses sobre Deuda Acumulada del Estado y las Cuotas Complementarios, las cuales son controladas por la jefatura del Área Contabilidad Operativa no concuerdan con los montos reportados en el mayor auxiliar correspondiente; esta situación se hizo del conocimiento de la administración en el informe de auditoría ASF-065-2011 del 17 de febrero del 2011. Esto por cuanto, los Estados Financieros del Seguro de Salud en estas cuentas (considerando las cuentas de corto y largo plazo), muestran un total de deuda por cuatro mil seiscientos treinta y un millones cincuenta y seis mil quinientos ochenta y ocho colones con cuarenta y un céntimos (¢4.631.056.588,41) y en el cuadro anterior estos conceptos sumarizan quince mil cuatrocientos noventa millones noventa mil ochocientos sesenta y tres colones con ochenta céntimos (¢15.490.090.863,80), generándose una diferencia entre ambos registros de diez mil ochocientos cincuenta y nueve millones treinta y cuatro mil doscientos setenta y cinco colones con treinta y nueve céntimos (¢10.859.034.275,39). Es importante señalar, que esta comparación se efectúo sin analizar la documentación justificante de las transacciones registradas en dichos estados financieros, y se consideraron las variaciones de los movimientos mensuales.